



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

ASF-112-2017
06-10-2017

RESÚMEN EJECUTIVO

Esta Auditoría en cumplimiento al Plan Anual Operativo del Área Auditoría Servicios Financieros para el 2017, realizó el estudio denominado: *“Estudio especial referente al cumplimiento del marco normativo técnico aplicable para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado”*.

El objetivo de dicho estudio consistió en evaluar el cumplimiento del marco normativo técnico aplicable para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado. El estudio comprende la revisión y análisis del fundamento legal que originó la obligación a la CCSS de brindar servicios médicos a los no asegurados sin capacidad de pago de los servicios y la regulación del financiamiento de la atención de la salud de esa población, que se encuentre intrínsecamente relacionada con los artículos 13º y 15º del Decreto 17898-S del 2/12/1987. El período de evaluación comprendió desde el 01 de enero al 31 de marzo 2017, ampliándose en casos en que se consideró necesario.

La evaluación de auditoría realizada evidenció debilidades de control interno que no están garantizando la prevención del riesgo de incumplimiento del marco normativo y el desfinanciamiento de dicho programa, entre ellas, la desactualización de la normativa interna y externa en la materia, según se expone seguidamente.

En la normativa externa, pareciera existir una antinomia entre la norma posterior (Decreto 17898-S; que señala que el financiamiento de los servicios médicos a los Asegurados por Cuenta del Estado se hará por medio del pago de cuotas de ese sector de la población) y la anterior (Ley 5349; que señala que el financiamiento de los servicios médicos a los Asegurados por Cuenta del Estado se hará por medio del traslado de rentas ordinarias y específicas en caso de determinarse previamente que las primeras eran insuficientes). Caso en el cual cabría considerar la existencia de una derogatoria tácita residenciada exclusivamente en el mecanismo de financiamiento, lo que a su vez requiere del análisis subsecuente de la eventual derogatoria tácita parcial o total que puedan tener los artículos 13º, 15º, 16º y 17º en lo referente a la obligación de que anualmente se realicen liquidaciones de rentas trasladadas y costos invertidos entre ambas instituciones CAJA-Ministerio de Salud, siendo que la forma de financiamiento para la atención en salud de las personas pobres varió, pasando de rentas ordinarias y específicas a cuotas, y que los programas del Ministerio de Salud de promoción y prevención de la salud, también fueron trasladados a la CAJA en el artículo 7º de la Ley 7374. En tal sentido, cabe considerar que la liquidación entre dichas instituciones ya no tendría sentido, sino el monitoreo constante de los costos y la suficiencia de la cuota que se cobra, a fin de garantizar que dicho programa se financie con los recursos que en la actualidad provienen de FODESAF, tal como lo establece el artículo 6º de la Ley 7374.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Sobre la normativa interna, se observó que el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado, solo contempla aspectos de la gestión y control para el otorgamiento del beneficio del Seguro por cuenta del Estado, no así los procedimientos y el control administrativo para la facturación y registro contable de las cuentas por cobrar a FODESAF que origina la ejecución del programa de atención médico-hospitalaria a la población meta. Se evidenciaron vacíos normativos que podrían estar en detrimento de la eficiencia en el proceso de determinación del monto a cobrar para el financiamiento del programa y debilitando los controles que deberían garantizar el cumplimiento del marco jurídico aplicable, tales como, la definición de las procedimientos mediante los cuales se obtienen y fundamentan las variables que intervienen en la aplicación de la fórmula utilizada para determinar el monto a cobrar (Registros mensuales*ingreso* de referencia*cotización media).

La revisión del procedimiento para determinar la **“Cotización Media”** para Asegurados por Cuenta del Estado, evidenció que: En el cálculo del porcentaje promedio no se incluye la totalidad de las masas cotizantes que conforman la masa salarial del Seguro de Salud, ya que las variables **“Total Cuotas”** y **“Total Masa Cotizante”** utilizadas para determinar la contribución media, se basan en los sectores contributivos: Asalariados, Voluntarios, Independientes, Convenios y Pensionados, y no incluyen los sectores para los cuales el que contribuye es el Estado, tales como; Centros Penales, Código de la Niñez y demás leyes especiales. La información utilizada para el cálculo no es oportuna, el cálculo de la contribución media de los meses de enero, febrero y marzo 2017, se realizó con base en la masa salarial o cotizante con corte a junio 2016, y llamó la atención, que el porcentaje de cotización promedio que se obtuvo al finalizar el procedimiento, es el mismo porcentaje que mes a mes y año con año, se viene cobrado de forma histórica, situación que según lo explicó la MSc. Carolina González Gaitán, Jefe Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica, ocurre debido a que se define de forma acumulativa, es decir se realiza abarcando todo el histórico, lo que hace que dicha media sea estable, y se hace acumulativo o histórico porque no está normado institucionalmente como debe ser.

En relación con el respaldo técnico de contribución establecida para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, ésta no se sustenta en estudios actuariales sobre los costos de dicho programa y su relación con los ingresos percibidos, en tal sentido tampoco se dispone de controles financieros que evidencien que los recursos que se reciben de FODESAF para el financiamiento de dicho programa, están siendo utilizados para los fines específicos dispuestos por ley, ni se está garantizando que la contribución del Estado es suficiente para prevenir el riesgo de desfinanciamiento del programa, y su sostenibilidad en el mediano y largo plazo.

Según se desprende del marco normativo interno y externo que regula los aspectos financieros del programa, para garantizar el cumplimiento de lo normado y garantizar la sostenibilidad del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, tanto a nivel externo (artículo 13º del Decreto 17898-S del 02 de diciembre 1987) como a nivel interno (artículo 23 de la Ley Constitutiva y 62º inciso 4 del Reglamento del Seguro de Salud), son los estudios actuariales a fin de que se disponga de bases técnicas para la determinación de las cuotas y las prestaciones por parte de Junta Directiva, tal como lo señala el artículo 23 **“(...) de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales (...)”**.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En el 2014, atendiendo recomendaciones de esta Auditoría, esa Dirección Actuarial realizó dos estudios de ingresos y costos del Programa de Asegurados por el Estado, denominados: **“Análisis de la Población Asegurada por el Estado: Proyección de Ingresos y Egresos”** y **“Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado”**. Los resultados de ambos estudios, con proyecciones de ingresos y gastos del 2014 al 2018, revelan que los recursos que ingresan son insuficientes para cubrir los beneficios que ofrece el Seguro de Salud a la población Asegurada por el Estado, no obstante, dichos estudios no se hicieron de conocimiento de Junta Directiva de la institución.

La ausencia de un monitoreo periódico de la relación ingreso/gasto, no brinda las herramientas de control necesarias para que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, tome los acuerdos y las acciones pertinentes que prevengan el riesgo de incumplimiento de la normativa que regula el financiamiento de dicho programa, y garantizar su sostenibilidad en el mediano y largo plazo, lo que debilita el control interno e incumple con lo normado en el artículo 13º del Decreto 17898-S del 02/12/1987 y en el artículo 23º y 62º inciso 4 del Reglamento del Seguro de Salud.

Según se evidenció, la razón de que institucionalmente no se ejecuten controles administrativo-financieros que evidencien que los recursos que se reciben de FODESAF para el financiamiento del programa están siendo utilizados para los fines específicos dispuestos en la Ley 5349 del 24/09/1973 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”, el Decreto 17898-S del 02/12/1987 “Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado” y la Ley 7374 del 3/12/1993 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela”, y que la contribución del Estado está siendo suficiente para cubrir los costos de la ejecución del programa, es que con fundamento en Criterios Legales emitidos por la Dirección Jurídica institucional, se ha considerado que no se requieren controles financieros individuales en la ejecución del mismo, por administrarse como una modalidad de aseguramiento del Seguro de Salud, por lo que las proyecciones actuariales de ingresos y costos se realizan para el Seguro de Salud como tal.

Sobre los criterios jurídicos vertidos por la Dirección Jurídica institucional (D.J. 3519-08 del 07/05/2008 / D.J. 1820- 2015 del 24/03/2015 / D.J. 0431-2017 del 05/04/2017), aunque pareciera haber falta de claridad en ellos, debe también considerarse que no responden a los mismos planteamientos o consultas de la Administración, y el tratar de unirlos para formar un solo criterio ha generado la tendencia a interpretar en ellos, líneas de argumentación jurídica distintas entre sí.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Al respecto, el Lic. Guillermo Mata Campos, funcionario de la Dirección Jurídica que estuvo a cargo del estudio y redacción de los 2 últimos criterios, aclaró que el fundamentar la contribución o cuota con base en los costos de la modalidad de aseguramiento en cuestión, no violenta el principio de “Solidaridad”, todo lo contrario, el mismo Reglamento del Seguro de Salud y la Ley Constitutiva de la CAJA, establecen que la contribución se fijará con base en los costos de cada sector contributivo, con lo cual se previene el no violentar el principio de “Sostenibilidad Financiera”, el cual debe ir de la mano con el principio de Solidaridad. En tal caso, lo que podría violentar la Solidaridad, sería hacer diferencias en el otorgamiento de beneficios una vez que la contribución ya ingresó, **por lo que garantizar con estudios técnicos que los recursos serán suficientes debe ser previo a fijarse la contribución, y mediante un monitoreo periódico de costos, realizar las actualizaciones requeridas a esa contribución con fundamento en los resultados de los estudios actuariales.**

Conforme con la situación descrita, podría estarse generando una inconsistencia o incumplimiento del principio de legalidad al no disponer de controles que evidencien con suficiencia y transparencia que los recursos provenientes de FODESAF para el financiamiento del programa de Asegurados por cuenta del Estado, son suficientes para cumplir con dicho fin, y están siendo utilizados según lo dispuesto legalmente.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

ASF-112-2017
06-10-2017

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

ESTUDIO ESPECIAL REFERENTE AL CUMPLIMIENTO DEL MARCO NORMATIVO TÉCNICO APLICABLE PARA EL FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE ASEGURADOS POR CUENTA DEL ESTADO

PRESIDENCIA EJECUTIVA (UE-1102) - GERENCIA FINANCIERA (UE-1103)

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en cumplimiento del Programa de Estudios Especiales del Plan Anual Operativo 2017 del Área de Servicios Financieros.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento del marco normativo técnico aplicable para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar si el cobro de los servicios de salud que se brindan a la población asegurada por el Estado, se realiza conforme lo regulado en el artículo 13º del Decreto 17898-S del 2/12/1987 y el artículo 6º de la Ley 7374 del 3/12/1993.
2. Constatar si se realizan estudios actuariales que determinen estadísticamente los costos del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, fundamenten que la contribución establecida garantiza el financiamiento de dicho programa y evidencien el uso de los recursos provenientes del Fondo de Asignaciones Familiares para dicho fin.
3. Analizar la vigencia de las liquidaciones de rentas y recursos entre CAJA y Ministerio de Salud establecidas en el artículo 15º del Decreto 17898-S del 2/12/1987.

ALCANCE

El estudio comprende la revisión y análisis del fundamento legal que originó la obligación a la CCSS de brindar servicios médicos a los no asegurados sin capacidad de pago de los servicios y la regulación del financiamiento de la atención de la salud de esa población, que se encuentre intrínsecamente relacionada con los artículos 13º y 15º del Decreto 17898-S del 2/12/1987, y su concordancia con la forma en que actualmente se financia dicho programa.

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 5 de 76

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

El período de evaluación comprende desde el 01 de enero al 31 de marzo 2017, ampliándose en casos en que se consideró necesario.

La evaluación se realizó cumpliendo con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio de auditoría se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Reuniones con:
 - ✓ Master Eduardo Flores Castro, Jefe Área Coberturas del Estado.
 - ✓ Licda. Alejandra Pichardo Sánchez, Asistente de la Dirección de Coberturas Especiales.
- Entrevista y sesiones de trabajo con:
 - ✓ MSc. Carolina González Gaitán, Jefe a.i., Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica.
 - ✓ Lic. Guillermo Mata Campos, Abogado de la Dirección Jurídica institucional.
- Análisis de normativa externa e interna que regula el financiamiento del Régimen del Seguro a Cargo del Estado.
- Verificación de la existencia de estudios actuariales para monitorear los costos y la cotización fijada para el Programa de Asegurados por el Estado, acuerdos y acciones tomadas al respecto.
- Lectura de Actas de Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, relacionadas con Asegurados por Cuenta del Estado.
- Revisión de las Modificaciones al Reglamento del Seguro de Salud, a fin de constatar las regulaciones que han existido en relación con la contribución que debe realizar el Estado para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado.
- Revisión de evaluaciones de auditoría anteriores relacionadas con la metodología de cobro a FODESAF para financiar el Régimen de Asegurados por cuenta del Estado y el monitoreo de costos del programa.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

- Aplicación de cuestionarios para recolección y verificación de información, remitidos a las unidades técnicas respectivas responsables de los procesos.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de la República de Costa Rica.
- Ley Constitutiva de la CCSS, 22 de octubre 1943.
- Ley General de la Administración Pública 6227.
- Ley General de Control Interno 8292.
- Ley Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, Ley 5349 del 24 de setiembre de 1973.
- Ley “Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela”, Ley 7374 del 3 de diciembre de 1993.
- Reglamento del Seguro de Salud.
- Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado, Decreto Ejecutivo 17898-S del 2 de diciembre de 1987.
- Normas Generales de Control Interno de la Contraloría General de la República.
- Manual de Procedimientos de Asegurados por el Estado.
- Criterio Jurídico DJ-3519-08 del 07 de mayo 2008.
- Criterio Jurídico DJ-1820-2015 del 24 de marzo 2015
- Criterio Jurídico DJ-0431-2017 del 05 de abril 2017
- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.

ASPECTOS A CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO 8292

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 Nº 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, el cual 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. (...)”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

GENERALIDADES DEL “SEGURO POR CUENTA DEL ESTADO”

Se originó con la Ley N° 5349 del 24 de setiembre de 1973 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”, cuyo fin era el traslado de los centros médico-asistenciales que estaban a cargo del Ministerio de Salud, las Juntas de Protección Social y Patronatos, a la Caja Costarricense de Seguro Social, a fin de garantizar que se cumpla el principio de universalidad en el acceso a la salud y la atención integral de la población.

Con el traspaso de instituciones médico-asistenciales del Ministerio de Salud, Patronatos y Juntas de Protección Social, a la CAJA, esta ley 5349, obligó a la Caja a prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de tales servicios, estableciendo en los artículos 1 y 2 que la Caja deberá prestar asistencia médico hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos **y para atender tales obligaciones se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias, además, que la Caja Costarricense de Seguro Social no podría aceptar ningún traspaso mientras no se le fijaran las rentas suficientes para atender el servicio médico a los no asegurados.**

Además, la Ley 5349 en el artículo 7º previó que: *“Las rentas e ingresos que de cualquier naturaleza reciban las instituciones dependientes del Ministerio de Salubridad Pública, Juntas de Protección Social y Patronatos que se traspasen conforme al artículo 1º de esta ley, serían giradas a la Caja Costarricense de Seguro Social desde el momento que tome posesión de ellas, conforme a los sistemas de distribución de las rentas señaladas en la legislación actual”.*

De igual forma, en relación con los recursos para atender a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos, en ese mismo artículo 7º reiteró: *“En caso de que esas rentas fueren insuficientes, el Estado deberá crear **previamente** a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, rentas específicas para completar el pago de la atención de los no asegurados incapaces de sufragar los gastos de su atención médica, de acuerdo a estudios que realicen conjuntamente la Caja y el Ministerio de Salubridad Pública”.*

Para reglamentar los procedimientos, de acuerdo con los cuales se definiera la población no asegurada por la Caja, pero con derecho a las prestaciones de salud, así como, el sistema financiero inherente a tales servicios, la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud, emitieron el Decreto Ejecutivo 17898-S del 02/12/1987 denominado: **“Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado”.**

En el “Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado” se determinó cual sería la población no asegurada por el Régimen de la CCSS, pero con derecho a recibir las prestaciones de salud de ésta, creando y regulando el Régimen de Asegurados por cuenta del Estado y su financiamiento.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En el Capítulo I “Disposiciones generales” del “Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado” se definió “Asegurado por cuenta del Estado” de la siguiente manera: “(...) **el usuario de los servicios de salud que no está comprendido en alguno de los regímenes categorías y convenios propios de la Caja y que además no tenga capacidad de pago** (...)”. Asimismo, en los artículos 5º, 6º y 10º se estableció que la Caja Costarricense de Seguro Social debía desarrollar a nivel nacional un sistema eficiente de calificación de los “Asegurados por Cuenta del Estado”, lo que se haría sobre la base de núcleos familiares que estarían integrados básicamente por el cabeza de familia, el cónyuge o el compañero, en su caso, los hijos menores o incapaces o dependientes, y que sería la responsable de la calificación y afiliación de las personas al dicho Régimen, para lo cual debía extender a la persona que califique como “Asegurado por cuenta de Estado”, el carné de identificación correspondiente.

Para la calificación de las personas como “Asegurados por Cuenta del Estado”, a efecto de la incorporación al Régimen establecido por dicho Reglamento, la CAJA debe realizar la investigación respectiva, tratando de establecer con el máximo de seguridad y veracidad posible, la situación económica de cada núcleo familiar.

En lo que respecta al financiamiento del Programa Asegurados por Cuenta del Estado, el Artículo 1º del Capítulo I “Disposiciones generales” del Decreto 17898-S, estableció que para garantizar el derecho de los “Asegurados por Cuenta del Estado” a recibir servicios para la protección de su salud, sin el pago directo de su parte en instalaciones de la CAJA, los ingresos correspondientes a las instituciones traspasadas a la CAJA de acuerdo con la Ley 5349 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”, así como, las rentas estatales extraordinarias ahí previstas, equivaldrían **al pago de las cuotas de este sector de la población.**

El 3 de diciembre 1993, la Ley 7374 “Ley Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela” en el artículo 6 dio un nuevo origen a los recursos que financiarían el programa de Asegurados por Cuenta del Estado, señalando que: **“El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares, para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social”.**

La Dirección de Coberturas Especiales es la responsable de la ejecución del citado Programa en la Institución, y por medio del Área Coberturas del Estado brinda la asesoría técnica y verificación del cumplimiento del Manual de Procedimientos de Seguro por el Estado, particularmente en el proceso de afiliación de beneficiarios bajo la protección servicios de salud brindado por ese programa.

Actualmente, la información de los registros de Asegurados por Cuenta del Estado, se encuentra en la Base de Datos del Módulo Seguro por el Estado del Sistema EDUS/SIAC. Las Unidades de Validación de Derecho de las clínicas y hospitales, realizan la captura de datos relacionados con la atención médica a personas protegidas bajo el programa de asegurados por el Estado y registran las afiliaciones al programa en el Módulo Seguro por el Estado. Dicha información queda reportada en la base de datos del Sistema EDUS/SIAC, el cual está bajo la responsabilidad del Área de Estadística de Salud, adscrita a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Estos archivos se someten a un proceso de depuración donde se compara con los registros de beneficiarios de IVM y RNC aportado por la Dirección de Pensiones, y los registros de las bases de datos de convenios, asalariados, Trabajador Independiente y Asegurados Voluntarios, suministrados por SICERE, a fin de que ninguna persona Asegurada por cuenta del Estado o protegida por alguna Ley Especial, se encuentre protegida por algún otro seguro. La información proveniente de la Dirección de Pensiones y de SICERE, la recibe el Área de Coberturas del Estado, quien realiza un proceso para descomprimir y transformar los archivos de Pensiones y SICERE a un formato determinado y la remite luego a la Subárea Sistemas de Salud de la Dirección de Tecnologías de Información, para el siguiente proceso de depuración y filtrado.

La Subárea Sistemas de Salud, compara la información y la depura (quita registros duplicados o que se hayan localizado también con alguna modalidad de aseguramiento) y luego genera un cuadro con la totalidad de registros mensuales según código de aseguramiento y otro con los registros mensuales que se excluyeron producto en el proceso de filtración. Genera además dos archivos; uno con los datos y el otro con los encabezados solicitados por DESAF excluyendo aquellos códigos de aseguramiento que no sean 500, a excepción de los 531, 532 y 533.

Los datos filtrados son tabulados u ordenados por centro de salud para informar a las unidades que procedan a conciliar los expedientes con la base de datos depurada y posteriormente la Subárea Sistemas de Salud, por medio de correo electrónico informa al Jefe del Área Coberturas del Estado que están listos los registros de Asegurados por Cuenta del Estado de los meses solicitados y se comparten los archivos mediante un vínculo llamado ARCHIVOS_ENTREGAR.

Un resumen de la información depurada, filtrada y tabulada por la Subárea Sistemas de Salud de la Dirección de Tecnologías de Información, que recibe el Área de Coberturas del Estado, es remitido por la jefatura del Área, mediante oficio a la Dirección de Coberturas Especiales, y ésta a su vez a la Dirección Actuarial y Económica para que determine el monto a cobrar a FODESAF. Una vez obtenido el monto a cobrar a FODESAF, la Dirección Actuarial remite dicha información mediante oficio formal, a la Dirección de Coberturas Especiales, a fin de que proceda con el registro contable y la gestión de cobro respectiva.

Con respecto al procedimiento mediante el cual se determina mensualmente el monto a cobrar a FODESAF por la atención de la población asegurada por cuenta del Estado, según informó la Dirección Actuarial mediante oficio DAE-501-17 del 29 de junio 2017, se utiliza la fórmula que se muestra a continuación: ***Monto = Registros mensuales * Ingreso de referencia * Cotización media.***



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

RESULTADOS

El estudio realizado sobre la forma de financiamiento del programa especial de atención médico-hospitalaria de la población en indigencia médica, y el control interno para el cumplimiento del marco normativo que lo regula, permitió determinar las debilidades de control interno que se exponen seguidamente, las cuales requieren de la actuación oportuna de la Administración Activa.

1. SOBRE EL PROCEDIMIENTO PARA LA FACTURACIÓN DE ASEGURADOS POR CUENTA DEL ESTADO

Para la facturación a FODESAF de la contribución que debe realizar el Estado para la atención médico-hospitalaria de la población en indigencia médica, la institución tiene prevista una fórmula compuesta por 3 variables: **Registros mensuales de asegurados** (núcleos familiares) según lo establecido en el Decreto 17898-S del 02/12/1987, **Cotización Promedio**, según lo establecido en el artículo 6º de la Ley 7374 del 3/12/1993 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela” e **Ingreso de referencia**, para el cual se está utilizando la Base Mínima Contributiva aprobada por Junta Directiva para los Trabajadores Independientes, quedando de la siguiente manera.

Monto = Registros mensuales * Ingreso de referencia * Cotización media

Donde:

- **Monto:** Es el total por cobrar en cada mes a FODESAF.
- **Registros mensuales:** Es el dato mensual de asegurados por cuenta del Estado, facilitado por el Área de Coberturas del Estado.
- **Ingreso de referencia:** El ingreso o salario sobre el cual se aplica el porcentaje de cotización media. Se utiliza la Base Mínima Contributiva vigente en cada período para los Trabajadores Independientes.
- **Cotización media:** Es el porcentaje de cotización media de las demás modalidades afiliadas al Seguro de Salud.

Respecto al ingreso de referencia, en el período revisado (I trimestre 2017) se constató que la Base Mínima Contributiva utilizada como “Ingreso de referencia” en la fórmula de cálculo para determinar el monto mensual a cobrar a FODESAF por los Asegurados por Cuenta del Estado, es coincidente con la aprobada por Junta Directiva de Caja Costarricense de Seguro Social **para los Trabajadores Independientes**, correspondiente al período comprendido entre el 01 de octubre 2016 al 31 de diciembre 2017, según cronograma incremental aprobado en el artículo 26º de la Sesión 8662 del 28 de noviembre 2013. Cabe resaltar que no se observó que esté normado internamente el ingreso de referencia que debe utilizarse para Asegurados por Cuenta del Estado. En lo que respecta al fundamento técnico y legal para el uso de dicho ingreso, se analizará más adelante.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Sobre la variable “Cotización Media”, revisado el archivo en Excel que maneja la Dirección Actuarial y Económica institucional para determinar la contribución promedio, se constató que se obtiene dividiendo el “Total Cuotas” de las distintas modalidades de aseguramiento que tiene la institución, entre el “Total Masa Cotizante”. La variable “Total Cuotas” se obtiene aplicando el porcentaje de cotización establecido institucionalmente según sector contributivo a la masa salarial de los contribuyentes del sector, y la sumatoria de cada resultado obtenido por sector, es el total de cuotas. La variable “Total Masa Cotizante” se obtiene de la sumatoria de la masa salarial cotizante de cada sector contributivo.

De la revisión del método o procedimiento para determinar la “**Cotización Media**”, se determinó que:

- a) En el proceso de cálculo del porcentaje promedio no se incluye la totalidad de las masas cotizantes que conforman la masa salarial, a saber: Asalariados, Voluntarios, Independientes, Convenios, Pensionados, Cuota Complementaria Trabajadores Independientes SEM, Cuota Complementaria Convenios Especiales SEM, Cuota Complementaria Centros Penales SEM, Asegurado por cuenta del Estado (Indigentes), Código Niñez y Adolescencia y demás Leyes Especiales.

Según lo constatado con la MSc. Carolina González Gaitán, Jefe Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica, las variables “Total Cuotas” y “Total Masa Cotizante” se basan en los sectores contributivos: Asalariados, Voluntarios, Independientes, Convenios y Pensionados, no incluyen los sectores para los cuales el que contribuye es el Estado, tales como; Leyes Especiales, Código de la Niñez y Centros Penales.

- b) La información utilizada para el cálculo no es oportuna, el cálculo de la contribución media de los meses de enero, febrero y marzo 2017, se realizó con base en la masa salarial o cotizante con corte a junio 2016.
- c) El porcentaje de cotización media (14.34%) determinado para el cobro de las cuotas a FODESAF en el período revisado (enero, febrero y marzo 2017), es idéntico al porcentaje que se viene cobrando mensualmente desde años atrás. En el siguiente cuadro, tomado de la tabla de cálculo en Excel que realiza la Dirección Actuarial y Económica, se puede observar una muestra de porcentajes cobrados del 2011 al 2016, donde el porcentaje anualmente ha sido el mismo.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Cuadro 1.

PORCENTAJES PROMEDIO SEGÚN AÑO	
Actualizado al año 2011:	14,34%
Actualizado al año 2012:	14,34%
Actualizado al año 2013:	14,34%
Actualizado al año 2014:	14,34%
Actualizado al año 2015:	14,34%
Actualización - Año 2016:	14,34%

Fuente: Dirección Actuarial y Económica.

- d) La metodología o procedimiento mediante el cual se está determinando la variable “Contribución Media”, no se encuentra formalmente normado institucionalmente.

En cuanto a los registros mensuales de Asegurados por Cuenta del Estado, la confiabilidad de la información registrada en la base de datos, ha sido revisada por esta Auditoría mediante los informes ASF-286-2013 del 20 de diciembre 2013 y ASF-084-2014 del 27 de junio 2014, los cuales evidenciaron que los registros que sirven de base para realizar la facturación, contabilización y cobro al Estado por las protecciones y seguros por el Estado presentan una serie de inconsistencias, como registros duplicados, beneficiarios familiares como asegurados directos, personas fallecidas, entre otros, que impide asegurar que la misma es razonablemente confiable y que los registros considerados son fidedignos y válidos, aspectos que fueron analizados con la administración activa responsable del proceso y se plantearon recomendaciones a fin de mejorar tales debilidades. Al respecto, cabe resaltar que actualmente en la práctica se da todo un proceso para determinar la cantidad de asegurados directos y los núcleos familiares de cada mes, a fin de depurar la información inicialmente registrada por las oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos a nivel nacional, proceso que se describió en el apartado de generalidades, no obstante, dicho proceso no está formalmente establecido en el respectivo Manual de Asegurados por Cuenta del Estado.

La Ley 7374 “Ley Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela”

“El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares, para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

La Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 17, sección III “De los ingresos del Seguro Social” artículo 23, establece:

*“Las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva, **de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales.** (...)”*

El Reglamento del Seguro de Salud, capítulo IV “Financiamiento”, artículo 62 “De las contribuciones”, inciso 4 “Asegurados por el Estado”, indica:

*“La contribución para financiar el aseguramiento de la población en condición de pobreza, **se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica** de la Caja Costarricense de Seguro Social.”*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en los siguientes artículos emiten las siguientes disposiciones:

Artículo 1.2 Objetivos del SCI

El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a. (...)
- b. **Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.** *El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comuniquen con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales (...).”*
- c. (...)
- d. **Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.** *El SCI debe contribuir con la institución en la observancia sistemática y generalizada del bloque de legalidad.*

Artículo 2.5.2 Autorización y aprobación

“La ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales debe contar con la autorización y la aprobación respectivas de parte de los funcionarios con potestad para concederlas, que sean necesarias a la luz de los riesgos inherentes, los requerimientos normativos y las disposiciones institucionales”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Artículo 4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente (...)”

El 20 de julio 2017, se realizó una sesión de trabajo con la MSc. Carolina González Gaitán, jefe Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica, a fin de conocer las razones por las cuales para determinar la contribución media no se utiliza la masa salarial de los sectores cuyas contribuciones las realiza el Estado (Leyes Especiales, Código Niñez y Centros Penales), el uso de masas salariales con corte a junio 2016 para efectuar los cálculos correspondientes de las cuotas del primer trimestre 2017, así como, los motivos por los que el porcentaje de contribución media ha sido el mismo desde el 2011. Sobre los temas señalados, se constató que la masa salarial de los sectores cuya cuota la aporta el estado; Leyes Especiales, Código de la Niñez y Centros Penales, no se está incluyendo aplicando la lógica de que sería cobrar al Estado por lo que el mismo Estado paga, y se hace así, dado que institucionalmente no está normado que masas salariales deben utilizarse.

En relación con el uso de masas salariales con corte a junio 2016 para cobrar las cuotas correspondientes al primer trimestre 2017 y la invariabilidad del porcentaje de prima media, señaló la MSc. González Gaitán, que sucede algo similar, debido a que institucionalmente no está normado el período que debe abarcarse para la definición del porcentaje de contribución media, se realiza abarcando todo el histórico, lo que hace que esta sea estable, y el corte de la masa salarial se está utilizando a junio 2016 porque a esa fecha fue que se elaboró el último estudio de Estimación de Ingresos que elabora esa Dirección Actuarial y Económica, el cual contiene el cálculo del porcentaje de cotización media con datos reales a junio 2016, señalando que: **“Esta situación se realiza para contar con un respaldo oficial del porcentaje de cotización media, dado que no está establecido los cortes o periodicidad de la información que debe utilizarse para el cálculo”**.

En relación con la normativa interna en la materia, revisado el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado, se observó que solo contempla aspectos de la gestión y control para el otorgamiento del beneficio del Seguro por cuenta del Estado, no así los procedimientos y el control administrativo para la facturación y registro contable de las cuentas por cobrar a FODESAF que origina la ejecución del programa de atención médico-hospitalaria a la población meta.

En cuanto a la no inclusión de las masas de los sectores cuya contribución la aporta el Estado, bajo la lógica de no cobrar al Estado por las mismas cuotas que éste contribuye, con excepción de las que correspondieren por el sector Asegurado por cuenta del Estado (por ser dicha contribución la que se está calculando), es contrario a lo que en la práctica se realiza institucionalmente, ya que según se constató el cobro del 0.25% al Estado como Tal, cuyo cálculo realiza la Subárea Contabilidad Operativa, incluye la masa salarial de Leyes Especiales, Código de la Niñez, Centros Penales y Asegurados por Cuenta del Estado, poblaciones cuyas cuotas son cubiertas por el Estado. Cabe resaltar, que en el caso de estas poblaciones, la contribución a la seguridad social es bipartita, y no tripartita como lo es en el resto de los grupos cotizantes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Respecto a este 0.25% que se cobra al Estado sobre las poblaciones con protección del Estado, incluyendo Asegurados por Cuenta del Estado, que es el tema de esta evaluación, es conveniente también que se regule en el Reglamento del Seguro de Salud, en el apartado de Asegurados por Cuenta del Estado, ya que el actual artículo 62 “De las contribuciones”, inciso 4 “Asegurados por el Estado” no lo establece. Situación que fue recomendada en el informe ASF-108-2014 emitido el 09-07-2014, denominado “Evaluación sobre el análisis de la masa salarial base para el cálculo y registro de la facturación y cobro al gobierno de la contribución por concepto “Estado Como Tal” y de las Cuotas Complementarias, Seguros de Salud y Pensiones”, en la recomendación N°9.

Con fundamento en lo descrito es importante que se revisen y se normen los procedimientos mediante los cuales se determinan los núcleos familiares, la contribución promedio, y el ingreso de referencia, a fin de garantizar que el acto administrativo se realice con apego al ordenamiento jurídico y con los controles, la eficiencia y eficacia requeridos para una sana y transparente administración de los recursos.

2. SOBRE LA DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS CON BASE EN RESULTADOS ESTADÍSTICOS Y EL RESPALDO TÉCNICO DE LA CONTRIBUCIÓN DEL ESTADO PARA EL FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE ASEGURADOS POR CUENTA DEL ESTADO.

La contribución establecida para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, no se sustenta en estudios actuariales que determinen los costos o gastos de dicho programa y su relación con los ingresos percibidos.

La ausencia de estudios actuariales que permitan realizar un monitoreo periódico de la relación ingreso/gasto, es una limitante de control para que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, tome los acuerdos y las acciones pertinentes que prevengan el riesgo de incumplimiento de la normativa externa que expresamente regula el financiamiento de dicho programa, así como, de los artículo 23º de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y 62º inciso 4 del Reglamento del Seguro de Salud, y se garantice su sostenibilidad en el mediano y largo plazo.

Mediante oficio DAE-501-17 del 29 de junio 2017, suscrito por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico de la CCSS, se constató que no se está dando un seguimiento al comportamiento de los costos del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado y su relación con los recursos que ingresan provenientes de la cuota de aseguramiento que se cobra. Además, el monto por cobrar al Estado se ha venido calculando sobre una base mínima contributiva que no se encuentra respaldada por estudios técnicos actuariales que evidencien que la misma es suficiente para prevenir el riesgo de desfinanciamiento del programa y el cumplimiento normativo que regula su financiamiento.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Mediante oficio DAE 983-13 del 15 de noviembre 2013, suscrito por la MSc. Carolina González Gaitán, jefe Área de Análisis Financiero, advirtió a la Gerencia Financiera, sobre el riesgo de insolvencia del Programa “Asegurados por el Estado”, señalando: ***“(…) Es necesario destacar la importancia de realizar los respectivos ajustes en la base mínima contributiva, debido a que ésta se ha mantenido estancada en el mismo nivel desde el mes de noviembre del año 2012 y la facturación que se hace para los asegurados por el Estado con dicho nivel de ingreso, podría no estar cubriendo la totalidad de los costos en que se incurre para esta población. Como una medida para analizar esta situación para la determinación de los costos futuros, se estaría planteando la elaboración de un estudio para determinar el balance entre los ingresos y los gastos de esta población.”***

En el 2014, atendiendo recomendaciones de esta Auditoría, esa Dirección Actuarial realizó dos estudios de ingresos y costos del Programa de Asegurados por el Estado, denominados: ***“Análisis de la Población Asegurada por el Estado: Proyección de Ingresos y Egresos”*** y ***“Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado”***. Los resultados de ambos estudios, con proyecciones de ingresos y gastos del 2014 al 2018, revelan que los recursos que ingresan son insuficientes para cubrir los beneficios que ofrece el Seguro de Salud a la población Asegurada por cuenta del Estado, no obstante, dichos estudios no se hicieron de conocimiento de Junta Directiva.

También se constató que la Valuación Actuarial 2013 del Seguro de Salud, contiene análisis de ingresos y gastos por modalidad de aseguramiento, lo que incluyó resultados de análisis de ingresos y gastos de “Asegurados por Cuenta del Estado”, en donde se evidencian conclusiones como la siguiente: ***“(…) Como parte de los principales resultados del escenario base se logra desprender que la única modalidad de aseguramiento que resulta superavitaria es la correspondiente al grupo de los asalariados, pues el costo anual resultó ser menor a la prima de cotización reglamentaria; mientras que en todas las demás modalidades se obtuvo el resultado inverso: las primas de cotización son menores a los costos de atención, particularmente en los Asegurados por Cuenta del Estado y Asegurados Voluntarios (…)***”. No obstante, dicha Valuación Actuarial tampoco fue presentada a Junta Directiva.

La Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 17, sección III “De los ingresos del Seguro Social” artículo 23, establece:

“Las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva, de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales. (…)”

El Reglamento del Seguro de Salud, capítulo IV “Financiamiento”, artículo 62 “De las contribuciones”, inciso 4 “Asegurados por el Estado”, indica:

“La contribución para financiar el aseguramiento de la población en condición de pobreza, se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

La Ley General de la Administración Pública, en los siguientes artículos, establece:

“Artículo 13º

1. *“La Administración estará sujeta, en general, a todas las normas escritas y no escritas del ordenamiento administrativo, y al derecho privado supletorio del mismo, sin poder derogarlos ni desaplicarlos para casos concretos.*
2. *La regla anterior se aplicará también en relación con los reglamentos, sea que éstos provengan de la misma autoridad, sea que provengan de otra superior o inferior competente”.*

“Artículo 136.-1. Serán motivados con mención, sucinta al menos, de sus fundamentos:

- a) *Los actos que impongan obligaciones o que limiten, supriman o denieguen derechos subjetivos; (...).”.*

El decreto 17898-S del 02 de diciembre 1987, en su artículo 13, párrafo primero indica:

“La Caja hará la determinación de los costos de la atención médico-hospitalaria, con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas, pero el cobro de los servicios se hará, conforme con los principios enunciados en el considerando 4º, sobre la base de los núcleos familiares incorporados al régimen previsto en este Reglamento, cuya tarifa no será inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes.” (El resaltado no es del original).

(...)

*El Ministerio y la Caja quedan autorizados para que administrativamente **tomen los acuerdos y medidas que estimen pertinentes**, con el objeto de ejecutar las normas generales contenidas en este decreto, **conforme con los resultados y las experiencias que se obtengan**.*

Ley 7374 “Ley Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela”

“El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares, para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

La Ley General de Control Interno, en su artículo 12, señala:

Artículo 12.—Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

- a) *Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) *Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el artículo 1.2 Objetivos del SCI, enuncia lo siguiente:

El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

- e. (...)
- f. **Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.** *El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comuniquen con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales (...)*
- g. **Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.** *El SCI debe contribuir con la institución en la observancia sistemática y generalizada del bloque de legalidad.*

La Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, en el Voto N° 1764-03 del 2003, señaló:

Principios de razonabilidad y proporcionalidad. *Sobre el tema de la razonabilidad, la Sala ha dicho que se deben tomar en cuenta tres elementos: la necesidad, la idoneidad y la proporcionalidad del acto o disposición jurídica. Un análisis de estos tres elementos fue realizado en la sentencia número 08858-98 de las dieciséis horas con treinta y tres minutos del quince de diciembre de mil novecientos noventa y ocho en el siguiente sentido: "(...) IX.- Sobre el principio constitucional de la razonabilidad. El principio de razonabilidad, surge del llamado "debido proceso substantivo", es decir, que los actos públicos deben contener un substrato de justicia intrínseca. (...)".*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Como se observa el control establecido para garantizar el cumplimiento de lo normado en relación con el financiamiento y garantizar la sostenibilidad del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, a nivel externo (artículo 13º del Decreto 17898-S del 02 de diciembre 1987) y a nivel interno (artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social) y (artículo 62º inciso 4 del Reglamento del Seguro de Salud), son los estudios actuariales a fin de que se disponga de bases técnicas para la determinación de las cuotas y las prestaciones por parte de Junta Directiva, tal como lo señala el artículo 23 Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social “(...) **de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales.** (...)”

Revisado el Acuerdo de Junta Directiva de la CAJA, tomado en el artículo 15º de la Sesión 8168 del 12 de julio 2007, donde la Dirección Actuarial y Económica presentó a ese Jerarca la propuesta de acuerdo de la Metodología para el cálculo de la contribución a cobrar al Estado por los Asegurados por Cuenta del Estado, en atención de recomendación de la Contraloría General de la República, que había recomendado que el cobro por la atención en salud de la población sin capacidad de pago de los servicios médicos, ó en indigencia médica, debía realizarse por núcleo familiar debidamente registrado como Asegurado por Cuenta del Estado en la institución, aspecto que incluso ya se encontraba normado en el mismo Decreto 17898-S del 02 de diciembre 1987, no se evidenció que la propuesta de esa Dirección Actuarial de utilizar la Base Mínima Contributiva, se fundamentara en un estudio técnico que demostrara la suficiencia de dicho ingreso de referencia para el financiamiento del programa. Dentro de la narrativa del Acta del artículo 15º de la Sesión 8168 del 12 de julio 2007, en lo que respecta al fundamento del uso de la Base Mínima Contributiva como ingreso de referencia para los Asegurados por el Estado, se observó la siguiente manifestación del Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico:

*“Manifiesta don Luis Guillermo que adicionalmente la Contraloría señala y es muy reiterativa, en el sentido de que la Ley 7374, en el artículo 6º, establece que el costo de aseguramiento debe estar conforme con el porcentaje de contribución media determinado por la Dirección Actuarial. (...). A partir de ello y teniendo los núcleos familiares y la composición por núcleo se tiene el número de asegurados por cuenta del Estado. **En forma adicional y por tratarse de un segmento de la población de muy escasos recursos se le aplica la base mínima contributiva existente en el Seguro de Salud (la de menor cuantía)**”. (El resaltado no es del original)*

La situación descrita, respecto a la ausencia de fundamento técnico para la determinación del ingreso de referencia y de la cuota o prima de aseguramiento en general, al no realizarse periódicamente análisis de la relación ingreso/gasto, ya ha sido advertida por esta Auditoría Interna mediante los informes ASF-286-2013 del 20 de diciembre 2013 y ASF-084-2014 del 27 de junio 2014, en atención de los cuales la Dirección Actuarial realizó los dos estudios técnicos señalados: **“Análisis de la Población Asegurada por el Estado: Proyección de Ingresos y Egresos”** y **“Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado”**, cuyos resultados con proyecciones de ingresos y gastos del 2014 al 2018, revelaron que los recursos que ingresan son insuficientes para cubrir los beneficios que ofrece el Seguro de Salud a la población Asegurada por Cuenta del Estado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Respecto a los resultados de estos 2 estudios actuariales de la relación ingreso-gasto del Seguro por Cuenta del Estado, según se constató en la presente evaluación, dado que la Dirección Actuarial y Económica se encontraba preparando la “Valuación Actuarial SEM 2013”, dichos resultados fueron incorporados en un análisis especial realizado de la relación ingreso-gasto por modalidad de aseguramiento, lo que incluye al Aseguramiento por Cuenta del Estado. Asimismo, se evidenció que la “Valuación Actuarial del SEM del 2013”, fue remitida por la Dirección Actuarial a la Gerencia Financiera, mediante oficio DAE 921-14 del 22 de octubre del 2014, a fin de que dicha Gerencia agendara con Junta Directiva, la sesión en la que se comunicaría, ello por cuanto, según lo indicó el Lic. Guillermo López Vargas, Director Actuarial, ese era el protocolo que se seguía hasta que la Contraloría General de la República, recomendara que las valuaciones actuariales sean presentadas a Junta Directiva, directamente por la Dirección Actuarial. No obstante, según se constató con Presidencia Ejecutiva, la “Valuación Actuarial SEM 2013” no se presentó a ese Jerarca.

Cabe resaltar, que esta Auditoría mediante oficio 49757 del 16 de junio 2017, consultó a la Gerencia Financiera, entre otros asuntos, las razones por las cuales la “Valuación Actuarial SEM 2013” no se presentó a Junta Directiva, no obstante el citado oficio no tuvo respuesta, con excepción de la información remitida a esta Auditoría mediante oficio DCE-0182-07-2017 del 19 de julio 2017, suscrito por el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, indicando en el asunto: **“I Parte Atención Oficio 49757 “Recopilación, actualización y determinación mensual de los registros para el cálculo del cobro a FODESAF”**, el cual como el asunto lo señala, contiene información únicamente sobre el proceso de registro de los beneficiarios en la base de datos de Asegurados por Cuenta del Estado y su depuración para determinar el monto a cobrar mensualmente a FODESAF, adjuntando los beneficiarios de dicha cobertura, en el primer trimestre 2017.

En tal sentido, se **evidencia la necesidad de que los resultados de dichos estudios sean de conocimiento del Jerarca institucional y se adopten las medidas correspondientes en el ámbito administrativo y/o legal según corresponda, en cumplimiento del artículo 13º del Decreto 17898-S y de los artículos 23º de la Ley Constitutiva de la CAJA y 62º inciso 4, del Reglamento del Seguro de Salud.**

Mediante Oficio 49775 del 20 de junio 2017, se consultó al Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico, en relación con la realización periódica de estudios sobre los costos en que incurre el Seguro de Salud para la ejecución del Programa de atención médico-hospitalaria brindada a la población asegurada por cuenta del Estado, **tal como lo establece el artículo 13º del Decreto 17898-S del 02/12/1987** vigente a partir del 06/01/1988, **con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas**, quien mediante Oficio DAE-501-17 del 29 de junio 2017 al respecto manifestó:

“No, ese tipo de estudios no se realizan periódicamente por cuanto no es posible –con base en los resultados estadísticos de estancias hospitalarias y consultas–, identificar en forma precisa la cantidad de atenciones y consultas que se brindan a las poblaciones, tanto a los asegurados directos a cargo del Estado, así como a la población cubierta por las distintas leyes especiales.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Adicionalmente, a nivel institucional no se cuenta con un sistema de costos que permita cuantificar con datos reales, los costos de la totalidad de los servicios que se brinda a la población en general, tanto a nivel de consultas como de hospitalizaciones y más aún, tampoco es posible la identificación de tales costos por tipo de aseguramiento de la población.

En el año 2014, por solicitud de diversos informes de Auditoría, se realizaron algunos estudios mediante los cuales se estimaron los posibles costos e ingresos de tales poblaciones a cargo del Estado –como lo es la Valuación Actuarial del Seguro de Salud con corte al 2013– sin embargo, se tuvo que acudir a una serie de supuestos para poder realizar las estimaciones solicitadas, es decir, los datos obtenidos no representan costos reales con los cuales se pueda facturar al Estado”.

A solicitud de esta Auditoría de referirse de forma específica a las limitaciones que tiene esa Dirección Actuarial para determinar los costos del programa basados en información estadística, el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico, indicó:

“Con respecto a la cantidad de consultas externas, consultas en emergencias y hospitalizaciones, tal y como se mencionó en la respuesta del requerimiento N° 1, actualmente no es posible identificar en forma precisa la cantidad de atenciones que se brindan a las poblaciones de asegurados directos y coberturas por las distintas leyes especiales a cargo del Estado.

Particularmente, es posible verificar que, a nivel institucional, la identificación del servicio de salud brindado a cada paciente, según la modalidad de aseguramiento, se realiza solamente para el caso de los egresos hospitalarios y no así para las consultas médicas”.
(El resaltado es nuestro).

Dado que se evidenció que los 2 estudios realizados por la Dirección Actuarial y Económica en el 2014, sobre la relación ingreso/gasto del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, y la Valuación Actuarial del Seguro de Salud 2013, en la cual se habían incorporado los resultados de dichos estudios, no fueron presentados a Junta Directiva de la Institución, se solicitó al Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico, si la Valuación Actuarial del Seguro de Salud del 2015, que se encuentra preparando aún esa Dirección Actuarial, contendrá análisis de ingresos y gastos de esta modalidad de aseguramiento, o se informará de estos datos a Junta Directiva mediante estudios individuales complementarios a la Valuación Actuarial del Seguro de Salud. Al respecto mediante oficio DAE-501-17 del 29 de junio 2017, manifestó:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

*“En uno de los 2 estudios citados en este requerimiento, se señala que “no se considera prudente emitir recomendaciones en el presente documento, sino que es mejor realizarlas bajo el marco de la Valuación Actuarial de Seguro de Salud” y en el otro estudio, en relación con el ingreso de referencia, lo que se recomendó fue que el ingreso por concepto de contribuciones de los Asegurados por el Estado se procure recaudar en forma efectiva, de conformidad con la facturación de esa población; así como **dar seguimiento a los ingresos y egresos asociados a dicha modalidad, hasta que se complete el ajuste progresivo en la base mínima contributiva para equipararla con el salario mínimo legal.***

Asimismo, con respecto al ingreso de referencia, en dicha Valuación Actuarial también se realizó esta última recomendación. Dicho estudio fue remitido a la Gerencia Financiera.

*Por lo tanto, no se consideró prudente incrementar el ingreso mínimo de referencia, toda vez que en el año 2013 se acordó por parte de la Junta Directiva, un ajuste en la base mínima contributiva, lo cual se tradujo en un incremento gradual hasta el año 2019 en el ingreso de referencia que se utiliza para el cobro de dichas poblaciones, por lo tanto, lo recomendable **fue dar un seguimiento al impacto generado por dicho ajuste**, principalmente en los ingresos asociados con estas poblaciones a cargo del Estado”. (El resaltado no es del original).*

(...)

Mediante oficio DAE 921-14, se remite el estudio correspondiente a la Valuación Actuarial con corte al 2013 a la Gerencia Financiera, con el objetivo de su respectivo análisis y que se agendara en Junta Directiva para su presentación, pues hasta ese momento, los estudios actuariales se elevaban a Junta Directiva por medio de la Gerencia competente en el tema.

La Valuación Actuarial con corte al 2015 presenta un cambio metodológico importante, pues debido al informe de la Contraloría General de la República, DFOE-SOC-IF-10-2015, se solicita una actualización en la metodología para la elaboración de las valuaciones actuariales del Seguro de Salud, razón por la cual, con base en el análisis bibliográfico en esta materia, se actualiza la metodología, ampliando el nivel de detalle en muchos de los cálculos, tanto por el lado del ingreso como del gasto.

*En correspondencia con lo anterior, no es posible realizar un balance completo de ingresos y gastos según modalidad de aseguramiento, debido por un lado, a que no se cuenta con la información necesaria para poder realizarlo, tanto a nivel de cantidad de consultas y hospitalizaciones, como a nivel de costos; y por otro lado, debido a que en el **oficio DJ-0431-2017** se concluye que **“La modalidad de aseguramiento de asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios, pensionados, asegurados por cuenta del Estado, entre otros, no se pueden conceptualizar como regímenes, sino que es la forma en que la Institución ha determinado conceptualizar a los que son beneficiarios de las protecciones y servicios que brinda ya sea el Régimen de Salud o de Invalidez, Vejez y Muerte”.***



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Es importante destacar que hasta donde la información lo permite, para efectos de las valuaciones actuariales los cálculos se realizan según modalidad de aseguramiento, particularmente por el lado de los ingresos, pero al proceder a cuantificar los gastos, no es posible realizarlo por modalidad de aseguramiento en su totalidad.

Por lo tanto, se puede concluir que no es posible y no debe analizar el Programa de los Asegurados del Estado como un régimen separado del Seguro de Salud el cual debe ser sostenible por sí mismo, sino que dicho programa es parte de los beneficios que otorga el Régimen o Seguro de Salud y debe ser analizado en forma integral.

Respecto al marco normativo interno que regula el uso de prima media y el porcentaje del salario mínimo utilizado en la fórmula para calcular la contribución que debe realizar el Estado, y si se han ejecutado variaciones en los porcentajes de estas variables, en el oficio 49775 el Lic. López Vargas, señaló lo siguiente:

“El uso del porcentaje de prima o cotización media, se encuentra respaldado como ya se indicó, en el artículo 6° de la Ley 7374. Por otro lado, el porcentaje del salario mínimo que se utiliza, se encuentra establecido en el artículo 26° de la sesión 8682 de Junta Directiva, celebrada el 28 de noviembre del 2013. (...).

El uso de la base mínima contributiva como ingreso de referencia, se encuentra regulado inicialmente según lo que se establece por un lado, en el artículo 13 del Decreto 17989-S. Por otro lado, es importante destacar que de conformidad con el principio de autonomía que rige el accionar institucional, de acuerdo con el artículo 73 de la Constitución Política, el cual otorga a la CCSS un grado de autonomía que le permite regular con carácter exclusivo y excluyente, las prestaciones propias de cada uno de los seguros sociales, incluyendo las condiciones de ingreso al régimen, los beneficios otorgables y demás aspectos que fueren necesarios, entre los cuales se encuentra la determinación de la forma en que cada uno de los sectores financiarán la prestación de los servicios. (...).

No es posible plantear o realizar modificaciones en el porcentaje de cotización, toda vez que según el artículo 6° de la Ley 7374 dicho porcentaje está definido como el porcentaje de cotización media de dicho seguro (Seguro de Salud).

*Por otro lado, el ingreso de referencia ha presentado variaciones –incrementando su nivel– en forma semestral, toda vez que el ingreso de referencia está ligado a la base mínima contributiva, la cual depende del salario mínimo legal que se ajusta semestralmente y adicionalmente, dicho ingreso también ha variado en el mes de octubre de cada año, pues en dicho mes se realizan **los ajustes acordados por la Junta Directiva en el artículo 26° de la sesión 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013, desde el año 2014 y hasta el 2019**”.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Al respecto cabe resaltar que tal como se mencionó en el hallazgo 1, no existe norma interna que establezca monto o porcentaje específico para el ingreso de referencia que debe utilizarse para el cálculo de la contribución que debe realizar el Estado para el financiamiento de los servicios de salud que se brindan a la población Asegurada por Cuenta del Estado. La tabla de ajustes escalonados 2014-2019 a la base mínima contributiva aprobada por Junta Directiva en el artículo 26º de la sesión 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013, aplica según se puede apreciar en el Acta de dicho acuerdo, a Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual o colectivamente. Además, como se señaló, el artículo 13º del Decreto 17898-S del 02/12/1987, únicamente refiere a que la **“tarifa no será inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes”**, lo que incluso podría considerarse tácitamente derogado por el artículo 6º de la Ley 7374 el cual estableció **como referencia** el uso de un porcentaje de cotización media, en cuyo caso cabe analizar si se produce una antinomia o contrariedad, pues si cobro mediante una prima promedio no puedo cobrar mediante una tarifa, misma que sería más acorde si se tratara de una facturación simple de servicios y no de una contribución de aseguramiento.

En tal sentido, debe considerarse lo establecido para la contribución en el Reglamento del Seguro de Salud, artículo 62 *“De las contribuciones”*, inciso 4 *“Asegurados por el Estado”*; **se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social**, pues es un componente básico e intrínseco en la determinación del monto de la contribución, y no se evidenció que la propuesta inicial de utilizar el mismo ingreso de referencia que se tiene normado para Trabajador Independiente, esté fundamentado en un estudio actuarial que determine que dicho porcentaje del salario mínimo es suficiente para obtener la cuota o contribución requerida para el financiamiento, ni que en la actualidad se esté dando seguimiento al comportamiento ingreso-costos, con los incrementos de los porcentajes del salario de referencia de los Trabajadores Independientes que se están aplicando a Asegurados por Cuenta del Estado.

Con nota 53238 del 11 de julio 2017, esta Auditoría consultó a la Máster Ana Lorena Solís Guevara, Jefe Área Estadísticas en Salud, sobre las limitaciones señaladas por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico, en relación con la información estadística de consultas y hospitalizaciones, quien mediante oficio AES-139-2017 del 27 de julio 2017, al respecto informó:

“Al respecto le informo que si se dispone de información detallada según la modalidad de aseguramiento, no obstante desconocemos si el nivel de detalle registrado es suficiente para los estudios que la DAE requiere desarrollar.

En razón de lo anterior, esta Unidad puede informar que a nivel del egreso hospitalario se cuenta con información detallada de cada paciente, incluida su modalidad de aseguramiento. En cuanto a las consultas externas y atenciones de emergencias se dispone también de información detallada de la consulta externa, incluida su modalidad de aseguramiento, sin embargo no se cuenta con histórico, pues la información disponible es la registrada en el EDUS a partir del momento de la implementación del SIAC en los establecimientos de salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Ahora bien, el detalle de la modalidad de los pacientes asegurados por el estado, con la que se cuenta es la siguiente:

CÓDIGO	MODALIDAD
511	Asegurado Directo Asegurado Por Cuenta Del Estado
522	Cónyuge De Asegurado Por Cuenta Del Estado
523	Compañera/Compañero Asegurado Por Cuenta Del Estado
524	Hijo(S)/Hija(S) De Asegurado Por Cuenta Del Estado
525	Madre De Asegurado Por Cuenta Del Estado
526	Padre De Asegurado Por Cuenta Del Estado
527	Hermano(S)/Hermana(S) De Asegurado Por Cuenta Del Estado
528	Otro Menor Mediante Estudio De Asegurado Por Cuenta Del Estado
529	Cónyuge / Compañera (O) Separados Con Pensión Alimenticia
531	Menor De Edad, Identificado Ley 7739
532	Menor, Madre O Embarazada Identificada Ley 7735
533	Menor De Edad Identificado De Madre Adolescente

Es importante mencionar, que también se disponen de unas encuestas realizadas en consulta externa y atenciones de emergencia, donde es posible obtener estimaciones a nivel de algunas variables de interés, entre ellas la modalidad de aseguramiento, solo que para estas estimaciones el nivel de desagregación de la modalidad es menor, pues solo es posible identificar si la atención se debió a un aseguramiento por el estado y no el detalle de la tabla antes mostrada.

Finalmente es importante mencionar, que en el módulo de validación de derechos, administrado por la Dirección de Coberturas Especiales, si realizan un registro de la ley que protege al paciente asegurado por el Estado, pero el universo de esta información se limita a lo registrado en dicho módulo”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Si bien es cierto en la actualidad la institución no dispone de costos específicos de los servicios médicos brindados por paciente, **sino de costos estándar por tipo de consulta y de hospitalización**, este es un aspecto aparentemente considerado en su momento por el legislador, según se infiere de la misma normativa que estableció el deber de determinar los costos de los servicios (art. 13 Decreto 17898-S del 02/12/1987), al establecer: “(...) **la determinación de los costos de la atención médico-hospitalaria, con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas (...)**”, de donde se interpreta que no se refirió a costos reales, sino a la metodología de costos que la institución emplea desde años atrás.

Esta Auditoría ha sido insistente en la necesidad de que periódicamente se realicen estudios actuariales donde se analicen proyecciones de ingresos y gastos del programa de Asegurados por Cuenta del Estado, en concordancia con las sanas prácticas de control interno, a fin de disponer de esa información financiera para revisar periódicamente la suficiencia financiera de la prima o contribución de este al Seguro de Salud, y tener fundamentos técnicos que permitan a la Junta Directiva de la Institución tomar decisiones sobre dicha cuota de conformidad con el costo de los servicios, tal como lo establece el artículo 23º de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que incluso es aún más detallista, al requerir los costos por región.

Cabe resaltar que las contribuciones según el mismo Reglamento del Seguro de Salud, se establecen por modalidad de aseguramiento, por cuanto es lógico que para cumplir con lo dispuesto en el artículo 23º de la Ley Constitutiva, se requiere de los costos por modalidad de aseguramiento para poder establecerlas, y actualizarlas cuando técnicamente se demuestre tal necesidad, previendo el comportamiento de las distintas variables exógenas y endógenas que inciden en el incremento de los costos de los servicios de salud. Lo que, a criterio de esta Auditoría, haría que el acto administrativo que impone la contribución, no solo se ajuste a las normas o preceptos concretos y específicos, sino favorezca el cumplimiento de principios constitucionales de razonabilidad, equidad y proporcionalidad en un acto administrativo que por establecer obligaciones y en aplicación de principios de ciencia, lógica y técnica debe estar motivado técnicamente. De esta manera se garantiza que el acto no sea irracional, arbitrario o caprichoso, ya que el hecho de gozar de una potestad constitucional y superior, de gobierno de los seguros sociales, no implica que se esté exento del cumplimiento del ordenamiento jurídico.

La institución ha establecido una fórmula para calcular el monto mensual a cobrar al Estado por el aseguramiento de la población sin capacidad de pago de los servicios en salud. Como se señaló en el apartado anterior, esta fórmula consta de 3 variables (Registros mensuales * Ingreso de referencia * Cotización media). Los registros mensuales de conformidad con lo normado en el Decreto 17898-S del 02/12/1987, deben corresponder a la cantidad de núcleos familiares registrados en la base de datos institucional de Asegurados por Cuenta del Estado. La cotización media, fue establecida en su momento como referencia para el cálculo del monto a cobrar, en el artículo 6º de la Ley 7374 del 03/12/1993, pero la metodología mediante la cual se determina esa cotización media debe establecerse a nivel interno, fundamentada en estudios técnicos, así mismo el Ingreso de referencia, sobre el cual la única referencia que puede señalarse es el artículo 13º del Decreto 17898-S del 02/12/1987 y el Reglamento del Seguro de Salud, en donde de forma muy generalizada solo se establece que no podrá ser inferior al mínimo utilizado para los Trabajadores Independientes, por cuanto dicha variable requiere de fundamento técnico para su determinación.





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

No obstante, en el ejercicio de las potestades de la CAJA en materia de gobierno de los seguros sociales, y en acatamiento de las regulaciones vigentes para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado y del marco normativo de control interno aplicable a la institución, ante eventuales riesgos financieros que puedan determinarse actuarialmente, la Junta Directiva de la institución está en la obligación de gestionar por la vía que corresponda, las modificaciones de carácter técnico, administrativas, financieras o legales que se requieran a nivel interno y/o externo, siempre que se sustente técnicamente.

3. SOBRE LOS CRITERIOS JURÍDICOS EN RELACIÓN CON EL USO DE RECURSOS DEL SEGURO OBLIGATORIO PARA FINANCIAR EL PROGRAMA ESPECIAL DE ASEGURADOS POR CUENTA DEL ESTADO Y LA NECESIDAD DE MONITOREAR LA RELACIÓN INGRESO/COSTOS PARA FUNDAMENTAR LA CONTRIBUCIÓN Y EVIDENCIAR EL USO DE LOS RECURSOS DE FODESAF EN EL FINANCIAMIENTO DE DICHO PROGRAMA.

Institucionalmente no se tienen controles que evidencien que el Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, cuya finalidad es brindar los servicios médico asistenciales a la población en indigencia médica, está siendo financiado con los recursos que se reciben de FODESAF, lo que a su vez no genera la transparencia requerida para garantizar que los mismos están siendo utilizados para los fines dispuestos en la Ley 5349 del 24/09/1973 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”, el Decreto 17898-S del 02/12/1987 “Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado” y la Ley 7374 del 3/12/1993 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela”, lo anterior dado que la Administración fundamentada en distintas interpretaciones jurídicas, considera que por administrarse dicho programa como una modalidad de aseguramiento del Seguro de Salud, no se requiere independizar controles sobre los ingresos y los costos específicos del programa.

En tal sentido se procede a realizar una recopilación de criterios legales emitidos por la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social, los cuales evidencian criterios técnicos que parecieran oponerse, en relación con el uso de recursos de los seguros obligatorios en programas con financiamiento específico, como es el caso de los Asegurados por Cuenta del Estado, así como sobre la obligación de ejecutar controles que garanticen que la contribución del Estado para dicho programa es suficiente para cubrir sus costos, ello por considerarse una modalidad de aseguramiento del Seguro de Salud, que puede ser financiada con los recursos en general que recibe dicho Seguro de todas sus fuentes de financiamiento.

El 7 de mayo del 2008, la Dirección Jurídica institucional emitió el criterio D.J. 3519-08, **suscrito por el Lic. Andrey Quesada Azucena, Abogado Área de Asesoría y la Licda. Mariana Ovares Aguilar, Coordinadora del Área de Asesoría**, dirigido al Lic. Cristian Torres Jiménez, Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social, del cual se transcribe:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

“Con instrucciones del Subgerente Jurídico y con su aprobación, procedemos a evacuar la consulta planteada según oficio DAPE – 248 – 2004, reiterada mediante oficio DA – 906 – 07, en donde solicita emitir criterio sobre la viabilidad jurídica de transferir fondos y reservas entre diferentes regímenes de protección de la salud administrados por la Caja. (...).

I - SOBRE EL FONDO DE LO CONSULTADO

En Costa Rica, uno de los acontecimientos de mayor importancia en materia de seguridad social, es la introducción de las garantías sociales y la aparición de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante Ley No. 17 de noviembre de 1941, seguido a la promulgación del Código de Trabajo y la consagración de las garantías sociales en la Constitución de 1949, misma que rige en la actualidad con sus consecuentes reformas.

La Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma, regulada, expresamente, en el artículo 73 de la Constitución Política. La competencia que tiene asignada constitucionalmente concierne al gobierno y administración de los seguros sociales, con el objeto de proteger a los trabajadores contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte, y demás contingencias que determine su ley.

*Con base en el mandato Constitucional y de conformidad con la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Institución administra el **seguro social obligatorio**, cuya definición encontramos en el artículo 2 de la Ley Constitutiva que al efecto dispone:*

Artículo 2.-

El Seguro Social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional.

En la Ley Constitutiva existen normas de carácter sustantivo que imponen a la Junta Directiva formar con los capitales y rentas que se obtengan de las contribuciones a la seguridad social, dos fondos, uno expresamente para beneficios y gastos del régimen de reparto y otro para beneficios y gastos del régimen de capitalización colectivo, es decir del sistema de contribución al seguro social obligatorio, entendido en los términos del artículo 2, la Junta Directiva forma dos fondos de la forma prevista en los artículos 33 y 34 de la Ley Constitutiva que al efecto disponen:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

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.

Artículo 34.-

El fondo del régimen de capitalización colectiva estará formado por la cuota del Estado como tal y por las cuotas de los asegurados, y se destinará a cubrir los beneficios correspondientes a los seguros de Invalidez, Vejez y Muerte y cualesquiera otros que fije la Junta Directiva además de los gastos de administración, en la parte que señale ésta en el presupuesto, todo de acuerdo con los cálculos actuariales y previo estudio y autorización de la Contraloría General de la República.

En relación con los gastos de administración, a que se refieren éste y el artículo anterior, relativos a los seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, no podrán ser mayores del ocho por ciento (8%) en cuanto al primer seguro y el cinco por ciento (5%) en cuanto al segundo, todo referido a los ingresos efectivos del período anual de cada uno de estos seguros.

*Las normas citadas disponen con claridad la forma de distribución y asignación de los recursos del seguro de salud, por lo que, en relación a la consulta que se plantea se indica que existe la posibilidad de que la Junta Directiva, **pueda variar la forma de distribución de aplicación de las cuotas**, pues la misma ley así lo autoriza. Sobre el particular dispone el artículo 35 de la ley Constitutiva:*

Artículo 35.-

*No obstante lo dispuesto en los dos artículos anteriores, **la Junta Directiva puede variar la aplicación de las cuotas de los patronos o de los asegurados, o del Estado como tal, a los fondos correspondientes de cualquiera de los regímenes de reparto o de capitalización colectiva si, de acuerdo con los cálculos actuariales, fuere aconsejable tal medida, para el mejor éxito del Seguro Social; previo estudio y autorización de la Contraloría General de la República.***



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Estas variaciones no podrán afectar las reservas ya constituidas. *(Resaltado no es del original)*

De conformidad con la normativa transcrita, es claro que la Junta Directiva de la Institución, puede, bajo parámetros objetivos y de la manera que mejor se satisfaga el interés de la seguridad social, variar la aplicación de cuotas entre los regímenes de capitalización colectiva, previo estudio y autorización de la Contraloría General de la República, quedando a salvo las reservas constituidas, pues en estas priva el principio de separación de fondos derivado de los artículos 32, 33, 34 y 35 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

*Por último **es necesario acotar que es imposible trasladar fondos del régimen de seguro obligatorio a otros regímenes, ya sea el régimen de asegurados a cargo del estado - financiado según ley 5662 - u otros regímenes que se financien con destinos específicos.** Lo anterior por disposición expresa del artículo 73 de la Constitución Política, del cual dispone que los fondos de la Seguridad Social, sean “fondos atados” a la imposibilidad de ser transferidos o empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación.*

CONCLUSIÓN

- *Los distintos regímenes de seguridad social administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, para efectos financieros deben dividirse en dos grupos; los subsumidos en el concepto “Seguro Social Obligatorio” acorde con el artículo 2 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y los regímenes que están fuera de esta calificación, sea el régimen de asegurados a cargo del estado o los creados por ley especial.*
- *La variación de aplicación de cuotas entre distintos regímenes subsumidos en el concepto de Seguro Social Obligatorio, es viable siempre y cuando sea capitalización colectiva, y se realice dentro del marco del artículo 35 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.*
- *La variación de aplicación de cuotas es competencia de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, quien para proceder a dicho acto, debe fundarse en estudios objetivos, ajustarse a los fines de la seguridad social y someterse al previo estudio y aprobación de la Contraloría General de la República.*
- *Las variaciones no pueden afectar las reservas constituidas.*
- *Los fondos de los regímenes que no se encuentren contemplados dentro del Seguro Obligatorio, como la Protección de la Salud de asegurados a cargo del estado u otros regímenes de protección creados por Ley especial que se financien con destinos específicos, no pueden recibir fondos de la seguridad social por disposición expresa del artículo 73 constitucional, por lo que no es jurídicamente posible que se efectúen traslados de fondos.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Posteriormente el 24 de marzo del 2015, la Dirección Jurídica institucional emitió un nuevo criterio, el D.J. 1820-2015, suscrito por el Lic. Guillermo Mata Campos, Abogado Encargado de Estudio y Redacción y la Licda. Mariana Ovaes Aguilar, Jefe a.i., Área de Gestión Técnica y Asesoría Jurídica, dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social, del cual se transcribe:

“Con instrucciones del Director Jurídico y con su aprobación atendemos su oficio GF-23.472-14, mediante el cual se solicita criterio jurídico en relación con las recomendaciones de la Auditoría Interna de la Caja, relativas a que para cada una de las modalidades de aseguramiento, entre ellas la relativa al grupo de pensionados, la administración determine, registre y cobre al Estado, las diferencias entre ingresos por contribución y gastos o costos, así como los intereses respectivos (en caso de que los ingresos sean inferiores a dichos gastos-costos), se encuentra o no, a la legalidad y a los principios básicos que rigen el Seguro de Salud. Se atiende la consulta en los siguientes términos: (...)

CRITERIO JURÍDICO

A efecto de atender la consulta procede indicar, en primer término que, la Ley Constitutiva de la Caja establece que la Institución es la encargada de administrar los seguros sociales, asimismo señala la forma en que se financiará la prestación de los servicios y otorgamiento de los beneficios que le corresponden a sus beneficiarios; lo anterior, teniendo en consideración lo que dispone el artículo 73 de la Constitución Política que define los alcances de la autonomía de que goza la Institución en cuanto a la administración y gobierno de los Regímenes de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte.

Esa administración y gobierno de los seguros sociales, según lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política significa que a la Caja se le ha otorgado un grado de autonomía diferente y superior que el establecido por el artículo 188 de la misma Constitución Política a favor de la Instituciones Descentralizadas, tal y como lo ha señalado la Sala Constitucional en resolución No. 3403-94 de 7 de julio de 1994, consideración que es reiterada en el voto No. 6256-94.

Siendo que en virtud de dicha autonomía, como bien lo ha señalado la Procuraduría, ningún órgano o ente externo puede intervenir en la esfera dejada por el constituyente a favor de la Caja. Lo que significa que solo esta puede regular lo relativo a la administración y el gobierno del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y, en general, lo relativo a los seguros sociales que le corresponden.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

*Asimismo, agrega dicho órgano asesor que de esa autonomía de gobierno especial de la Caja, esta no solo no puede ser regulada por órganos externos, sino que es a la propia Institución a la que le corresponde regular con carácter **exclusivo y excluyente** las prestaciones propias de cada uno los seguros sociales, incluyendo las condiciones de ingreso del régimen, los beneficios otorgables y demás aspectos que fueren necesarios, entre los cuales se encuentra la determinación de la forma en que cada uno de los sectores financiaran la prestación de los servicios y otorgamiento de los beneficios por parte de la Institución a favor de sus beneficiarios.*

En tal sentido, los artículos 1, 2, 3 y 23 de la Ley Constitutiva de la Caja señalan, en lo que interesa, que se constituye a la Caja como una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, siendo que es la Junta Directiva de la Institución el órgano al cual se le ha asignado la competencia para determinar las cuotas, de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales.

Siendo que en ejercicio de dicha competencia, la Junta Directiva ha definido en el Capítulo IV, Financiamiento del Reglamento de Salud, del Reglamento de Salud en su artículo 62, la forma en que cada uno de los sectores procederá a contribuir con el financiamiento de dicho Régimen, señalando al efecto:

*“Artículo 62.-**De las contribuciones.** Las contribuciones al Seguro de Salud, serán las siguientes:*

1. Sector asalariado.

a. Trabajadores: 5.50% de sus salarios.

b. Patronos: 9.25% de los salarios de sus trabajadores.

c. Estado como tal: 0,25% de los salarios de todos los trabajadores del país.

La deducción debe practicarse tanto sobre el monto ordinario del salario como sobre las retribuciones extraordinarias o especiales incluidos el salario en especie.

2. Sector pensionados.

Pensionados: 5.00% del monto de sus pensiones.

Fondo que paga la pensión: 8.75% del monto de la pensión que paga.

Estado como tal 0.25% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro.

3. Asegurados voluntarios. *La contribución que corresponde al asegurado voluntario estará determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Asimismo y en forma adicional, el Estado deberá aportar el 0.25% sobre la masa cotizante de este grupo.

4. Asegurados por el Estado en condición de pobreza. *La contribución para financiar el aseguramiento de la población en condición de pobreza, se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.*

5. Trabajadores independientes. *La contribución que corresponde al trabajador independiente estará determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria.*

Asimismo y en forma adicional el Estado deberá aportar el 0.25 % sobre la masa cotizante de los trabajadores independientes.”

Asimismo, en relación con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, la Junta Directiva mediante artículo 33 del Reglamento de dicho Régimen, el cual señala:

“Contribuciones

Artículo 33º

En cuanto a los ingresos por concepto de contribuciones regirán las siguientes disposiciones:

a) En el caso de los asalariados se cotizará un 10.50% sobre el total de salarios devengados por cada trabajador, según los siguientes porcentajes: Patrono: 5.75% de los salarios de sus trabajadores Trabajador: 3.50% de su salario Estado como tal: 1.25% de los salarios en todos los trabajadores.

En el caso de los asegurados voluntarios o por cuenta propia, la contribución será del 10.50% sobre el total de ingresos de referencia. Correspondiendo al Estado como tal el 1.25% sobre dichos ingresos y a los afiliados y al Estado en su condición de subsidiario de este grupo, el restante 9.25%, según la distribución que hará el reglamento respectivo. Los niveles de contribución aquí establecidos podrán ser variados por la Junta Directiva, de acuerdo con las evaluaciones actuariales que anualmente realizará la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Visto lo anterior, se observa que tal como lo señala el consultante las recomendaciones que externa la Auditoría no solo implicarían necesariamente una modificación de las disposiciones reglamentarias que actualmente se encuentran vigentes, sino que también implican una afectación del Principio de Solidaridad, por cuanto el propio artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja no establece que la determinación de las contribuciones lo es dependiendo del costo de los servicios según determinado grupo, sino que lo dispone en forma general según sector contributivo.

En tal sentido, se observa que la aplicación de las recomendaciones de la Auditoría podrían generar no solo una desaplicación del Principio de Solidaridad sino también un cambio en la forma en que se establezca la forma de contribución y financiamiento por parte de la Junta Directiva, aspecto que trasciende las consideraciones de orden legal, más bien se considera que dicha modificación debería estar justificada en criterios técnicos financieros-actuariales, que no se observa contemple los informes de Auditoría.

Asimismo, en relación con los posibles cobros retroactivos debe considerarse por parte de la Administración la vigencia de las disposiciones antes señaladas, que por disposición reglamentaria establecen la forma en que cada sector debe contribuir al financiamiento de los regímenes, por lo que la aplicación de las modificaciones que recomienda la Auditoría en principio solo tendrían vigencia a futuro, en el tanto la Junta Directiva de la Institución modifique dichas disposiciones reglamentarias según lo recomendado por la auditoría.

CONCLUSIÓN

Con fundamento en lo anterior, se considera que las recomendaciones que externa la Auditoría en principio implican una afectación del Principio de Solidaridad y de la forma en que se encuentra regulado, por parte de la Junta Directiva de la Caja, la forma en que cada sector contribuirá al financiamiento de los Regímenes de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte, por lo que para su aplicación se requiere una modificación de dichas disposiciones reglamentarias, que debe estar sustentando en estudios técnico financieros actuariales, que no se observa que se adjunten a la consulta planteada”.

El 05 de abril 2017, la Dirección Jurídica institucional emitió el criterio D.J. 0431-2017, **suscrito por el Lic. Guillermo Mata Campos, Abogado Encargado del Estudio y Redacción y la Licda. Ileana Badilla Chaves, Jefe a.i., Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica**, dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social, del cual se transcribe:

“Con instrucciones del Director Jurídico y con su aprobación atendemos oficio DAE-864-16 del 18 de noviembre de 2016, mediante el cual se solicita criterio legal en relación con los alcances de los regímenes de protección que administra la Caja. Se atiende la consulta en los siguientes términos: (...)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

CRITERIO JURÍDICO

A efecto de atender la consulta, vale indicar que el artículo 73 de la Constitución Política desarrolla los alcances del principio de la seguridad social, al señalar que:

“Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales” (...)

*En relación con la primera consulta vale indicar que teniendo en consideración tanto lo dispuesto en el artículo 73 de la constitución Política, como lo dispuesto en los artículos 1, 2, 33, 34 y 35 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se observa que la Institución administra únicamente dos Regímenes en materia de seguros sociales: el Régimen de **Salud o Reparto**, que se encuentra regulado en el artículo 33 de la Ley Constitutiva de la Caja, cuyo financiamiento se destina a las prestaciones de los seguros de enfermedad y maternidad. Y el Régimen de **Pensiones o Capitalización**, el cual se encuentra regulado en el artículo 34 de la Ley Constitutiva de la Caja, cuyo financiamiento se destina a los beneficios que otorga los seguros de Invalidez, Vejez y Muerte.*

En relación con la segunda consulta, procede señalar que desde el punto de vista legal las modificaciones de aseguramiento como asalariado, trabajador independiente, asegurado voluntario, pensionados, asegurados por cuenta del Estado, entre otros, no se pueden conceptualizar como regímenes, sino que es la forma como la Institución ha venido determinando los distintos sectores o grupos que reciben protección y beneficios de los seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, según sea el caso.

CONCLUSIÓN

Por ende, tanto de la jurisprudencia antes señalada como de lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política, así como de los artículos 1, 2, 33, 34 y 35 de Ley Constitutiva de la Caja, se puede indicar en relación con las consultas planteadas:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Los regímenes de protección que administra la Caja son únicamente el Régimen de Salud o Reparto, y el de Pensiones o Capitalización Colectiva. La modalidad de aseguramiento de asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios, pensionados, asegurados por cuenta del Estado, entre otros no se pueden conceptualizar como regímenes, sino que es la forma en que la Institución ha determinado conceptualizar a los que son beneficiarios de las protecciones y servicios que brinda ya sea el Régimen de Salud o de Invalidez y Muerte”.

Al respecto cabe señalar que para desarrollar e implementar la Ley 5349 que originó la obligación a la CAJA de brindar atención médico-hospitalaria a las personas no aseguradas sin capacidad de pago de los servicios médicos, la Presidencia de la República emitió el Decreto Ejecutivo 17898 del 2 de diciembre de 1987, denominado: “Reglamento del **Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado**”, el cual establece quienes serán las personas que podrán calificar para ser registradas en el régimen al que dicho reglamento refiere, y su forma de financiamiento, reiterando el uso de los recursos conforme lo dispuesto en la Ley 5349. Entre los artículos referidos al destino de los recursos y a la denominación de Régimen que se le otorga al programa CAJA-Estado para la atención médico-hospitalaria de la población en indigencia médica, se citan los siguientes:

“ARTÍCULO 1°.-Con el fin de garantizar la atención integral de la salud para toda la población, se reconoce el derecho de los "Asegurados por cuenta del Estado" a recibir servicios para la protección de su salud sin el pago directo de su parte, en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para garantizar este derecho se considera que los ingresos correspondientes a las instituciones traspasadas a la Caja de acuerdo con la ley número 5349 y las rentas estatales extraordinarias ahí previstas, equivalen al pago de las cuotas de este sector de la población.

*ARTÍCULO 2°.-Se define como "Asegurado por cuenta del Estado", **el usuario de los servicios de salud que no está comprendido en alguno de los regímenes categorías y convenios propios de la Caja** y que además no tenga capacidad de pago, conforme con las disposiciones de este Reglamento.*

*ARTÍCULO 7°.-El Ministerio y la Caja deberán hacer revisiones y evaluaciones periódicas selectivas de los casos afiliados, para evitar que personas que no tengan la situación económica requerida, se incluyan debidamente **en el régimen a que este Reglamento se refiere.***

*ARTÍCULO 10.-Para la calificación de las personas como "Asegurados por cuenta del Estado", **a efecto de incorporarlas al Régimen establecido por este Reglamento,** la Caja Costarricense de Seguro Social deber realizar la investigación respectiva, tratando de establecer con el máximo de seguridad y veracidad posibles, la situación económica de cada núcleo familiar, (...)."*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

*ARTÍCULO 13.-La Caja hará la determinación de los costos de la atención médico-hospitalaria, con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas, pero el cobro de los servicios se hará, conforme con los principios enunciados en el considerando 4°, sobre la base de los núcleos familiares **incorporados al régimen previsto en este Reglamento**, cuya tarifa no será inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes. (...)*

En oficio 06631 (FOE-SO-187) del 26 de mayo 2006, suscrito por Licda. Guiselle Segnini Hurtado, Gerente del Área de Servicios Sociales de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa de la Contraloría General de la República, dirigido al Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo de la CCSS en ese entonces, en el apartado “1. Del Programa Atención Médica a Indigentes”, respecto al cobro a FODESAF mediante una modalidad de aseguramiento y al destino de los recursos que deben financiar la atención en salud de la población pobre sin capacidad de pago de los servicios médicos o en indigencia médica, manifestó:

“(...) En virtud de lo anterior, se dispuso que dicha Dirección no cancelara a la Caja ninguna deuda correspondiente al programa de atención médica a indigentes, hasta que esta última no le demostrara que realmente había brindado el servicio a personas que calificaban para ese programa. Además, se solicitó a la DESAF establecer los procedimientos de pago y los controles necesarios para que se asegurara que los cobros que la CCSS le efectuaba por concepto de atención a indigentes, fueran los que realmente correspondían.

Ante cuestionamientos de la Caja, sobre el criterio comentado en el inciso anterior, mediante oficio No. 11489 del 26 de setiembre de 2002, dirigido a los Gerentes de las Divisiones Financiera y de Pensiones de esa institución, esta Contraloría General señaló que se podría aceptar, si así también lo aceptaba la DESAF, la posición de la CCSS en cuanto a que el cobro del Programa de Indigentes se realizara con base en el aseguramiento y no en el costo de la atención real de los “Asegurados por el Estado”, siempre y cuando se pudiera identificar claramente los núcleos familiares beneficiados.

*Al respecto, se citó el artículo 6 del Decreto Ejecutivo No. 17898-S del 12 de diciembre de 1987 que asigna a la Caja la tarea de calificar y afiliar a esos asegurados, de donde se desprende que esa entidad debe contar con registros completos y actualizados de las personas calificadas **bajo ese régimen**, de forma semejante al control que lleva de los beneficiarios de los demás regímenes, categorías y convenios establecidos; puesto que si no se conoce el número de real de núcleos familiares cubiertos por el Programa de Indigentes, es imposible la determinación del costo real de aseguramiento a cobrar al FODESAF para cubrir las cuotas correspondientes a esa población; de ahí que se indicó que la CCSS debía realizar lo necesario, a efecto de contar con un registro actualizado y centralizado de las personas aseguradas por el Estado.*

(...)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

d) El 20 de diciembre de 2002, este Órgano Contralor remitió a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social el informe DFO-SO-28-2002, sobre el destino dado por esa institución a los recursos recibidos del FODESAF, para la ejecución de los programas “Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal” y “Atención Médica a Indigentes”. (...).

En virtud de lo último comentado, se dispuso que se ordenara a las unidades administrativas de la CCSS, responsables de la calificación, afiliación y registro de los asegurados por cuenta del Estado, que establecieran registros actualizados y consolidados que permitieran identificar las personas a las que se les otorgó ese tipo de seguro, información que debía utilizarse para calcular el costo real de aseguramiento mensual de esa población, con el cual pudiera cobrar a la DESAF las sumas correspondientes.

(...)

e) Ante una solicitud de reconsideración, por parte de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, de algunas de esas disposiciones incluidas en el referido informe DFOE-SO-28-2002, el 3 de octubre del 2003 esta Contraloría General recordó a esa Administración, mediante oficio No. 11094 que el criterio externado en dicho informe ya había sido discutido ampliamente con funcionarios de esa entidad en varias oportunidades, **e incluso que en los oficios mencionados con anterioridad, se insistió en la necesidad de que la Caja hiciera los respectivos estudios técnicos y jurídicos.**

(...)

Sobre el particular, se indicó que si la Caja cumplía las tareas encomendadas en el referido Decreto, estaría en la posibilidad de cuantificar e identificar a los grupos familiares que conforman la gran población conocida como “Asegurados por el Estado” **y a su vez, calcular el costo en que incurre esa entidad por el aseguramiento de aquellos, así como, realizar una debida rendición de cuentas sobre el uso de los dineros destinados al Programa de Atención Médica a Indigentes.**

De acuerdo con el criterio seguido por esta Oficina, en el citado oficio No. 11094 se señaló también **que esa institución sólo podría cobrar al FODESAF por el aseguramiento de aquellas personas que habían sido previamente calificadas y beneficiadas, independientemente de si, durante el período por el que se les afilió, accedieron o no a los servicios de salud.**

(...)

f) (...)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

*Además, se señaló que la Caja debía **dejar evidencia suficiente de que cada una de las personas beneficiadas con el “Seguro por el Estado” cumplían los requisitos establecidos para su otorgamiento, principalmente en lo que concierne a su situación socioeconómica, ya que los recursos del FODESAF con los que se financia el citado programa, se destinan por disposición legal⁵, exclusivamente a los costarricenses de escasos recursos económicos.***

(...)

*Asimismo, se reiteró la disposición de **proponer, ante la Asamblea Legislativa y ante el Poder Ejecutivo, una reforma integral a la normativa** que regula los programas de “Asegurados por el Estado” (...) de modo que se defina (...) **una fuente viable de financiamiento**”.*

Asimismo, resulta importante resaltar lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el documento denominado “Informe sobre el Estado de Situación Financiera de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, en relación con el rompimiento del concepto de “aseguramiento” en lo que respecta Seguro por cuenta del Estado:

“(...) Como se ha mencionado anteriormente, el Estado actualmente paga solo por aquellos que se encuentran registrados en los sistemas de información de la institución y no por el total de la población bajo la línea de indigencia.

*Esto implica que un número considerable de población indigente, beneficiaria de la Caja al momento de atenderse, no está siendo financiada por el Estado desde la perspectiva del aseguramiento. En este sentido, el Estado solo paga la prima por aquellos indigentes que hacen uso de los servicios, lo que resta un financiamiento considerable a la institución. **Se rompe de esta forma el concepto mismo de aseguramiento (...)**”.*

Con la finalidad de aclarar la controversia generada por los criterios señalados, esta Auditoría realizó el 10 de agosto 2017, una sesión de trabajo con el Lic. Guillermo Mata Campos, funcionario del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica de la Dirección Jurídica institucional, quien estuvo a cargo del estudio y redacción de los 2 criterios más recientes, el Lic. Ronny Villalobos Hidalgo, Asesor Legal de la Auditoría Interna, Licda. Mayela Castro Sandoval, funcionaria de la Auditoría a cargo de la evaluación, Licda. Elsa Valverde Gutiérrez, Jefe Subárea Ingresos y Egresos, Lic. Randall Jiménez Saborío, Jefe Área Servicios Financieros. A continuación, se transcriben las principales aclaraciones realizadas por los participantes y las conclusiones que evidencia el acta de dicha sesión de trabajo:

⁵ Artículo 2 de la Ley Nº 5662



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

“Al ser las 2:00 p.m. del 10 de agosto 2017, en las Oficinas de la Auditoría Interna, se procede a analizar los criterios DJ-1820-2015 y DJ-431-2017 emitidos por la Dirección Jurídica institucional relacionados con el monitoreo por modalidad de aseguramiento, de la suficiencia de la contribución en relación con los costos y lo que debe entenderse cuando se hace referencia al rompimiento del principio de solidaridad.

- 1) Previamente se remitieron vía correo electrónico los criterios legales a analizarse.*
- 2) Se inició la sesión de trabajo exponiéndole al Lic. Guillermo, la controversia que está generando que posterior al criterio **DJ-3519-08** el cual es claro al indicar que no deben usarse recursos del seguro obligatorio para financiar programas con financiamiento específico de Leyes Especiales, se emitieran los criterios **DJ-1820-2015 Y DJ-431-2017, los cuales parecieran tener una línea jurídica distinta**. Se resalta que, aunque los 2 últimos criterios no atienden la consulta específica sobre la posibilidad de usar fondos del seguro obligatorio en programa especiales como Asegurados por el Estado, si se relacionan, ya que están orientados a establecer si debe llevarse controles sobre los ingresos versus los costos (balances) de cada modalidad de aseguramiento para poder determinar la suficiencia de la cuota o contribución global de cada una de ellas.*
- 3) La Licda. Elsa Valverde Gutiérrez, señala que desde el punto de vista de la Auditoría las conclusiones a las que llegan los 2 criterios posteriores al DJ-3519-08, no son claras y parecieran oponerse a la línea jurídica sostenida en el primer criterio, por cuanto se requiere aclarar y/o emitir las justificaciones respectivas (...).*
- 4) Sobre los distintos criterios Don Guillermo Mata, explica que la línea que él ha mantenido es en cuanto a qué existe un solo Régimen o Seguro de Salud y varias modalidades de aseguramiento.*
- 5) El Lic. Ronny Villalobos, le indica a Don Guillermo Mata, que no se está señalando que no pueda verse el aseguramiento por cuenta del Estado, como una modalidad dentro del Seguro de Salud, si así lo ha querido manejar la institución fundamentándolo en principios constitucionales como el de Solidaridad, pero sucede que existe una Ley específica que estableció el financiamiento de las necesidades médico hospitalarias de la población indigente mediante rentas o recursos distintos de los del Régimen del Seguro de Salud, es decir, creo un programa especial con financiamiento específico, y pareciera ser que la Administración, a raíz de una interpretación de los citados criterios de la Dirección Jurídica, incumple la citada legislación, en aspectos como el deber de disponer de los mecanismos de control específicos sobre el costo que generará a la institución la atención de la citada población, argumentándose en que tal y como lo ha señalado la Dirección Jurídica existen principios constitucionales que permiten a la institución administrar todos los programas de aseguramiento que le han sido asignados de manera conjunta, disponiendo de un mecanismo común para determinar si los ingresos son suficientes para cubrir los costos de atención de todas las personas que reciben beneficios*





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

con cargo al seguro de salud, es decir, basándose en los ingresos y gastos generales del Seguro de Salud, lo que por razones obvias no le permite conocer si los recursos transferidos para el financiamiento del programa de atención médico hospitalaria a la población en indigencia médica, está siendo suficiente para cubrir los respectivos costos, situación que conlleva inobservar aspectos que son de reserva de ley.

- 6) *El Lic. Randall Jiménez Saborío, señala que lo que requiere es aclarar los criterios o posiciones emitidas por la Dirección Jurídica en este tema, puesto que este Órgano de Fiscalización, ha mantenido la tesis de que la Administración debe establecer los costos de aseguramiento de los distintos programas especiales, a efectos de que dicha información sea el insumo para el Estado asuma el financiamiento real de los mismos, sin embargo, pareciera ser que la Administración Activa está realizando una interpretación de criterios de la Dirección Jurídica, que se sustenta en que no es necesario ni posible dado que el financiamiento se sustenta en un principio de solidaridad.*
- 7) *Al respecto el Lic. Guillermo Mata, manifiesta: Existen 2 momentos: uno cuando hay fondos suficientes en la olla gigante, es decir a nivel general del Régimen o Seguro de Salud, y otro, el momento en que la olla gigante pueda no tener recursos suficientes. Entonces, no solo debe considerarse el principio de Solidaridad sino también el principio de Sostenibilidad Financiera. Ahora FODESAF pide que se le presenten estudios que evidencien el gasto.*
- 8) *La Licda. Mayela Castro, explica de nuevo la controversia (...). Se resalta que aunque estos últimos 2 criterios no atienden la consulta específica sobre la posibilidad de usar fondos del seguro obligatorio en programas especiales como Asegurados por cuenta del Estado, como si lo fue el primero (DJ-3519-08), si se relacionan entre sí, ya que están orientados a establecer si debe realizarse balances (monitorear la relación ingresos/gasto) de cada modalidad de aseguramiento para poder determinar la suficiencia de la cuota o contribución de cada una de ellas, y que la Administración, **específicamente la Gerencia Financiera y la Dirección Actuarial**, están interpretando una línea jurídica distinta a la sostenida en el DJ-3519-08, ya que al concluirse en dichos criterios que el Seguro de Salud, es un único régimen, la unidades administrativas señaladas, interpretan que el control sobre los ingresos versus costos debe llevarse de forma generalizada, sin determinar ni señalar si los ingresos de cada modalidad de aseguramiento cubren o no los costos o gastos individualmente, es decir por modalidad, ya que presuntamente eso quebrantaría el principio de Solidaridad. Eso a pesar de que el Reglamento del Seguro de Salud, establece que las contribuciones deben establecerse con base en los costos de aseguramiento.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

9) El Lic. Guillermo Mata, señala que entiende ahora lo que le preocupa a la Auditoría y explica: El Seguro por Cuenta del Estado, se maneja institucionalmente como una modalidad de aseguramiento del Seguro de Salud, porque brindamos una protección a la población indigente, no una venta de servicios médicos. Pero el hecho de que sea una protección no implica que no deba cobrarse de acuerdo con los costos que determinen estudios actuariales. La Solidaridad no se puede ver separada del principio de Sostenibilidad Financiera.

Si bien es cierto, una vez que los recursos ingresan a la CAJA, no puede hacerse diferencia en los beneficios que se otorgan a ninguno de los asegurados, la contribución de cada modalidad de aseguramiento debe establecerse con base en los costos de cada modalidad. De esta forma se aplican ambos principios; el de Solidaridad y el principio de Sostenibilidad Financiera.

10) El Lic. Guillermo Mata, solicita a los presentes que se le brinde unos minutos para ir a su oficina y traer un oficio mediante el cual recientemente esa Dirección Jurídica, a solicitud de la Gerencia Financiera, emitió una ampliación del criterio externado en el oficio DJ-693-2013, el cual considera que puede aportar para aclarar más la postura de esa Dirección Jurídica en los criterios que se están analizando y que en apariencia la administración estaría dando una interpretación distinta.

11) El Lic. Guillermo Mata, regresa a la reunión 15 minutos después y aporta el oficio DJ-03836-2017 del 30 de junio 2017, el cual corresponde efectivamente a una ampliación de criterio solicitada por la Gerencia Financiera en oficio GF-1460-2017 del 5 de mayo 2017. Del oficio DJ-03836-2017, se hace lectura de la conclusión, la cual se transcribe:

CONCLUSIÓN:

“Con fundamento en lo antes expuesto, se considera que si bien por disposición legal la Caja es la obligada a prestar los servicios de asistencia médico-hospitalaria a la población Asegurada por cuenta del Estado, es obligación del Ente Estatal dotar y girar a la Caja las rentas necesarias para cumplir dichas obligaciones; financiamiento que a partir de la vigencia de la Ley No. 7374 se cubrirá con recursos provenientes del Fondo de Asignaciones Familiares, siendo que el cálculo de los recursos corresponde a la Institución de conformidad con los términos del artículo 6, antes citado, por lo que el cobro por concepto de atención a la población indigente será procedente de conformidad con la información y procedimiento que al efecto determine la Caja, mediante los estudios técnicos correspondientes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En tal sentido, esta Dirección Jurídica carece de competencia para determinar si la metodología referente al costo de aseguramiento de la población indigente, se encuentra acorde con lo dispuesto por el artículo 6 de la Ley 7374, siendo que ello corresponde determinarlo a la Administración Activa mediante los estudios técnicos correspondientes”.

12) Dado las manifestaciones del Lic. Guillermo Mata Campos, y leída la conclusión del criterio DJ-03836-2017 del 30 de junio 2017, se consideró aclarada la interpretación que debe darse a los criterios emitidos por el Lic. Guillermo Mata Campos, con base en lo cual se concluye que; el fundamentar la contribución o cuota con base en los costos de la modalidad de aseguramiento en cuestión, no violenta el principio de “Solidaridad”, todo lo contrario, el mismo Reglamento del Seguro de Salud establece que la contribución se fijará con base en los costos de cada sector contributivo, previendo el no violentar el principio de “Sostenibilidad Financiera”, el cual como el Lic. Mata lo señaló, debe ir de la mano con el principio de Solidaridad. Lo que podría violentar la Solidaridad, sería hacer diferencias en el otorgamiento de beneficios una vez que la contribución ya ingresó. Es por esto que garantizar con estudios técnicos que los recursos serán suficientes debe ser previo a fijarse la contribución, y mediante un monitoreo periódico de costos, realizar las actualizaciones requeridas a esa contribución con fundamento en los resultados de los estudios actuariales.

Al ser las 4:15 P.M. del 10 de agosto 2017, se suspende la sesión”.

El destino de los recursos que recibe la institución para el financiamiento de los servicios de salud de la población en indigencia médica, fue impuesto por la **Ley 5349 del 24/09/1973 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”** y reiterado por el Decreto Ejecutivo 17898 del 2 de diciembre de 1987, denominado: “Reglamento del **Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado**”, y la **Ley 7374 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela**”, la cual varió el origen (ya no provendrían del Ministerio de Salud, sino de FODESAF), no así el destino de dichos recursos.

Por otra parte, tal como se observa en el Decreto Ejecutivo 17898 del 2 de diciembre de 1987, denominado: “Reglamento del **Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado**”, el programa especial mediante el cual se ejecutaría la atención médico-hospitalaria de la población en indigencia médica, fue catalogado como un régimen no contributivo, ya que, por tratarse de un sector de la población en pobreza extrema, el Estado cubriría sus cuotas.

En tal sentido, es conveniente que se analice la eventual inconsistencia o incumplimiento del principio de legalidad que pueda estar generando el no disponer de controles que evidencien con suficiencia y transparencia que los recursos provenientes de la fuente citada, están siendo utilizados y son suficientes para financiar el programa de Asegurados por cuenta del Estado, finalidad que le fue dada a dichos recursos por imposición legal, situación que fue advertida a la Presidencia Ejecutiva de la CAJA desde el 2006 por la Contraloría General de la República, en el oficio 06631 (FOE-SO-187) del 26 de mayo 2006, cuando la institución consultó a ese órgano de fiscalización la factibilidad de que el cobro del Programa



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

de Atención de Indigentes se realizara mediante una cuota de aseguramiento, sobre lo cual no emitió ningún criterio opuesto, pero si enfatizó la necesidad de que los recursos de dicho programa de Asegurados por Cuenta del Estado, deben ser utilizados en los fines impuestos por Ley, para la atención de la población en indigencia médica, lo que técnicamente no es posible sino se tienen controles sobre lo que ingresa y lo que se gasta.

4. ARTICULADOS CONFUSOS O DESACTUALIZADOS EN EL DECRETO 17898-S.

En el Decreto 17898-S del 02 de diciembre de 1987 “Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado”, se observan algunos articulados confusos y otros que pudieran no tener utilidad en la actualidad, dada las modificaciones realizadas a la forma de financiamiento de las atenciones médico-hospitalarias que se brindan a la población sin capacidad de pago de tales servicios.

La Ley 5349 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad” previó que las rentas e ingresos que percibían las instituciones traspasadas a la CAJA, serían trasladadas también a la CAJA desde el momento en que esta tomara posesión de ellas, y que si esas rentas no eran suficientes para cubrir el costo de la atención de la población no asegurada sin capacidad de pago de los servicios, lo anterior de acuerdo con estudios previos que debían realizar la CAJA y el Ministerio de Salud, el Estado debería crear previamente (se entiende que previo a que se trasladaran las instituciones o centros médicos), rentas específicas para ese fin. También estableció que al Ministerio de Salud le correspondería las actividades de promoción y prevención de la salud, por lo que los recursos destinados a ese fin, debían rebajarse de las rentas a trasladar.

Al respecto el Decreto 17898-S 02/12/1987, en el párrafo segundo del artículo 1º del Capítulo I “Disposiciones generales” dispuso que los ingresos correspondientes a instituciones traspasadas a la Caja de acuerdo con la Ley 5349 y las rentas estatales extraordinarias ahí previstas, equivaldrían al pago de cuotas de este sector de la población, modificándose así la forma de financiamiento. Además, la Ley 7374 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela” en el artículo 7, estableció que la CAJA asumiría los servicios asistenciales y preventivos de la salud del Ministerio de Salud, realizando una derogatoria expresa del artículo 6º de la Ley 5349.

No obstante, en los artículos 12º y 16º del Capítulo III “Régimen Financiero”, retrotrae lo señalado en la Ley 5349 respecto a que el Ministerio de Salud trasladaría rentas y/o recursos específicos para cubrir el costo de los servicios, y en los artículos 13º, 15º, 16º y 17º refiere a la obligación de que anualmente se realicen liquidaciones de recursos trasladados y costos invertidos entre ambas instituciones CAJA-Ministerio de Salud. Lo anterior, siendo que la forma de financiamiento para la atención en salud de las personas pobres varió, pasando de rentas ordinarias y específicas a cuotas de aseguramiento, y que los programas del Ministerio de Salud de promoción y prevención de la salud, también fueron trasladados a la CAJA.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Ley 5349 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”
Artículo 7º.-

*“Las rentas e ingresos que de cualquier naturaleza reciban las instituciones dependientes del Ministerio de Salubridad Pública, Juntas de Protección Social y Patronatos que se traspasen conforme al artículo 1º de esta ley, serán giradas a la Caja Costarricense de Seguro Social desde el momento que tome posesión de ellas, conforme a los sistemas de distribución de las rentas señaladas en la legislación actual. En caso de que esas rentas fueren insuficientes, el Estado deberá crear **previamente** a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, rentas específicas para completar el pago de la atención de los no asegurados incapaces de sufragar los gastos de su atención médica, **de acuerdo a estudios que realicen conjuntamente la Caja y el Ministerio de Salubridad Pública**”.*

Decreto 17898-S DEL 02/12/1987 “Reglamento del Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado”

Artículo 1º

“Con el fin de garantizar la atención integral de la salud para toda la población, se reconoce el derecho de los “Asegurados por cuenta del Estado” a recibir servicios para la protección de su salud sin el pago directo de su parte, en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para garantizar este derecho se considera que los ingresos correspondientes a las instituciones traspasadas a la Caja de acuerdo con la ley número 5349 y las rentas estatales extraordinarias ahí previstas, equivalen al pago de las cuotas de este sector de la población.

Artículo 12º

“La Caja Costarricense de Seguro Social, atenderá el costo de los servicios a que este Reglamento se refiere, con los recursos y rentas que recibe del Ministerio de Salud y el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, según el párrafo primero del artículo 7º de la ley N° 5349”.

Artículo 13º

“La Caja hará la determinación de los costos de la atención médico-hospitalaria, con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas, pero el cobro de los servicios se hará, conforme con los principios enunciados en el considerando 4º, sobre la base de los núcleos familiares incorporados al régimen previsto en este Reglamento, cuya tarifa no será inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En la liquidación anual de cuentas a que se refiere el artículo 17 siguiente, deberán considerarse los costos en que incurra el Ministerio, con sus propios servicios para la atención médica primaria que preste a la población en forma directa. Lo anterior sin perjuicio de la Contribución de la Caja en los programas de medicina preventiva, según está previsto en el artículo 3°, párrafo 4° de la Ley Constitutiva.

El Ministerio y la Caja quedan autorizados para que administrativamente tomen los acuerdos y medidas que estimen pertinentes, con el objeto de ejecutar las normas generales contenidas en este decreto, conforme con los resultados y las experiencias que se obtengan.

Sin embargo, en ningún caso los costos podrán ser superiores a los que registra la Caja como costo promedio de los asegurados suyos.

Artículo 15º

“La Caja Costarricense de Seguro Social debe suministrar al Ministerio de Salud, las liquidaciones anuales de rentas e ingresos percibidos y su relación con el costo de la cobertura”.

Artículo 16º

“En caso de que las rentas y los ingresos ordinarios destinados al pago de los servicios a que este Reglamento, se refiere, resultaran insuficientes, según las normas anteriormente establecidas y en concordancia con el artículo 2º de la ley número 5349, el Gobierno debe proporcionar a la Caja, las rentas que sean necesarias para cubrir tales gastos. Para esos efectos, en el mes de agosto de cada año, el Ministerio y la Caja conjuntamente comunicarán al Ministerio de Hacienda el monto de la partida específica, que deberá incluirse en el Presupuesto Nacional para el año inmediatamente siguiente.

Si por el contrario, tales rentas e ingresos anuales ordinarios produjeran excedentes, tal diferencia se aplicará como abono a la deuda acumulada de años anteriores, o en su defecto, se acreditarán a liquidaciones futuras”.

Artículo 17º

“Para la prestación de servicios a las personas, el Ministerio se responsabilizará, en el nivel primario de atención, de las funciones de promoción y prevención de la salud, de referencia a otros niveles y de la atención de emergencias en aquellas áreas en que cuente con servicios médicos y la Caja Costarricense de Seguro Social no disponga de esos servicios.

La Caja se responsabilizará en los niveles especializado y altamente especializado, de las funciones de recuperación y rehabilitación de la salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En el nivel de atención general, el Ministerio atenderá a las personas sanas, con acciones de promoción y prevención y la Caja a las enfermas, con actividades de recuperación. El saneamiento ambiental corresponderá al Ministerio.

Las acciones de investigación y docencia, se planificarán y se llevarán a cabo de manera conjunta.

En áreas geográficas donde sólo se cuenta con recursos de una institución, ésta se encargará, hasta donde sea posible, de las funciones de la otra, mientras ésta aporta los recursos faltantes”.

Ley 7374 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela”

Artículo 6º

“El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares, para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

Artículo 7º

“Autorízase a la Caja Costarricense de Seguro Social traspasar los programas del Ministerio de Salud, actualmente asignados a la atención preventiva de la salud de las personas, con base en las disposiciones de las Leyes Nos. 5349 del 24 de setiembre de 1973 y 5541 del 10 de julio de 1974, con el propósito de continuar con el proceso de universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, cuya administración ha sido confiada a la citada Institución. La Caja Costarricense de Seguro Social asumirá los servicios asistenciales y preventivos de la salud, para lograr su fortalecimiento, su administración y la prestación integral de ellos. (...)”

La Procuraduría General de la República, en su criterio **OJ-134-2004 del 27 de octubre 2004**, referente a las derogatorias expresas o tácitas de las normas, indicó:

“(...) En el caso de estudio, de aprobarse el texto consultado tendríamos que, por un lado, la ley posterior, obligaría que los contingentes de importación derivados tanto de los casos de desabastecimiento, como de las negociaciones comerciales bilaterales o multilaterales que haya suscrito o suscriba el país en el futuro, a adjudicarlos por medio de una operación en una bolsa autorizada para tal efecto. Por el otro, la ley anterior, sea la N° 8285 de 30 de mayo del 2002, indica que, una vez decretada la declaratoria de desabastecimiento, el Estado, por medio del Consejo Nacional de Producción (CNP), o en su defecto, la Corporación Arrocería, realizaría la importación de arroz, con una tarifa arancelaria reducida.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Con base en el anterior panorama, resulta difícil sostener la tesis de que la Ley N° 8285 es especial en relación con la norma que estamos comentado. La razón es elemental y sencilla, al hablarse en la ley posterior de los contingentes de importación derivados de los casos desabastecimiento, obviamente, se está comprendiendo dentro de este supuesto el desabastecimiento de arroz, al no hacerse la excepción respectiva. Más aún, si esa hubiese sido la voluntad de legislador habría hecho la excepción correspondiente. El hecho de que la normativa anterior esté en una ley que crea la Corporación Arrocera y se refiere a un determinado producto –el arroz-, no le da el estatus de norma especial en relación con la norma posterior, ya que esta última comprende todos los casos de desabastecimiento, incluido dentro de ellos el del arroz. Nótese que la norma de comentario lo que regula es un mecanismo, el cual resulta ser diferente del que se encuentra en la Ley n.º 8285, por lo que pareciera que estamos frente a un caso de derogatoria tácita.

En efecto, tal y como quedó redactada la norma, estamos más bien ante un caso típico de derogatoria tácita. Sobre el tema de la derogatoria tácita, el Órgano Asesor, en el dictamen C 122- 97 del 8 de julio de 1997, manifestó lo siguiente:

"Nuestro ordenamiento jurídico regula lo relacionado con la derogación de normas, específicamente en el párrafo final del artículo 129 de la Constitución Política, en relación con el artículo 8º del Código Civil.

'Artículo 129.-... La Ley no queda abrogada ni derogada, sino por otra posterior y contra su observancia no puede alegarse desuso ni costumbre o práctica en contrario'

'Artículo 8. - Las leyes sólo se derogan por otras posteriores y contra su observancia no puede alegarse desuso o práctica en contrario. La derogatoria tendrá el alcance que expresamente se disponga y se extenderá también a todo aquello que en ley nueva, sobre la misma materia, sea incompatible con la ley anterior. Por la simple derogatoria de una ley no recobran vigencia la que ésta hubiere derogado'.

La Procuraduría General de la República, por su parte, se ha pronunciado en esta materia, partiendo para ello de lo expresado por nuestro Tratadista don Alberto Brenes Córdoba en su Obra 'Tratado de las Personas' (Editorial Juricentro S.A., San José, 1986, p. 95), al afirmar que 'desde el punto de vista doctrinario, el acto mediante el cual el legislador deja sin efecto una ley, se conoce con el nombre de abrogación o derogación. Términos que se utilizan para expresar la acción y el resultado de abolir una ley en su totalidad o en parte nada más. La derogación puede ser expresa o tácita, según se haga en términos explícitos, o que resulte de la incompatibilidad de la ley nueva con la ley anterior, ya que es principio general, que las leyes nuevas destruyen las leyes viejas en todo aquello que se le oponga''.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Por su parte, la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, en la resolución número 130 de las 14:30 horas del 26 de agosto de 1992, indicó lo siguiente:

"La derogación de una norma jurídica se origina en la promulgación de otra posterior, a la cual hace perder vigencia. Tal principio lo consagra nuestro Derecho Positivo en el artículo 8 del Código Civil y en el 129 de la Constitución Política. Asimismo, según se deriva de dichas disposiciones, la derogatoria puede ser expresa o tácita. La tácita sobreviene cuando surge incompatibilidad de la nueva ley con la anterior, sobre la misma materia, produciéndose así contradicción. .."

*Sin ánimo de profundizar mucho en la jurisprudencia de la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia y de la Procuraduría General de la República sobre el tema de la derogatoria tácita, **se puede afirmar, con un alto grado de certeza, que para que este fenómeno jurídico acontezca se requiere de dos condiciones. En primer lugar, que la normativa posterior regule la misma materia de la normativa anterior. En segundo término, que del análisis comparativo entre ambas normativas se produzca una antinomia que las torne incompatibles e impida la armonización del régimen jurídico ahí establecido. Se requiere, en síntesis, que la nueva ley o norma, por su contenido, alcance y significado, sustituya completamente la disposición anterior. (...)"** (El resaltado es nuestro).*

Como se observa, en el artículo 1º del Decreto 17898-S 02/12/1987, se estableció que los ingresos correspondientes a las instituciones traspasadas a la Caja de acuerdo con la ley número 5349 y las rentas estatales extraordinarias ahí previstas, equivaldrían a partir de la entrada en vigencia de dicha norma, **al pago de las cuotas de ese sector de la población.** No obstante, en el artículo 12 esa misma norma, retrotrae lo señalado en la Ley 5349 respecto a que los costos de la atención de los no asegurados sin capacidad de pago serían cubiertos **con las rentas ordinarias, y específicas** (Si previamente se determinaba que las primeras no eran suficientes -Artículos 2º y 7º Ley 5349) que correspondían a las instituciones trasladadas.

Asimismo, en los artículos 13º, 15º y 16º del Decreto 17898-S, se estableció la obligación de liquidar anualmente cuentas entre el Ministerio de Salud y la CAJA, y que en dicha liquidación de rentas se debía disminuir aquellos costos en que hubiese incurrido el Ministerio de Salud, para brindar atención médica primaria a la población en forma directa, lo que tiene su fundamento en el artículo 17º, que estableció que las funciones de promoción y prevención de la salud, es decir la atención de las personas sanas correspondería al Ministerio de Salud.

En el artículo 17º, se observan regulaciones que podrían considerarse temporales, es decir, mientras se implementaba la infraestructura requerida para cumplir con lo estipulado en la LEY 5349 y el propio Reglamento (Decreto 17898-S), tales como; el ordenar que donde una institución no tuviera la infraestructura y/o recursos necesarios para cumplir con las obligaciones establecidas, y la otras sí, ésta en la medida de sus posibilidades, estaría en la obligación de encargarse de las funciones de la otra hasta tanto dispusiera de lo necesario para ejecutar sus obligaciones.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

De conformidad con lo descrito, pareciera ser que tales liquidaciones anuales estaban previstas como una forma de control de las rentas que el Ministerio de Salud debía trasladar a la CAJA una vez que se le trasladaran los centros médico asistenciales y sus programas, liquidación que debía darse en ambos sentidos, ya que el Ministerio requería parte de esos recursos para ejecutar los programas de promoción y prevención de la salud. Programas que, en la realidad, una vez realizados los traslados de los centros médico asistenciales, asumió la CAJA, y por consiguiente en el artículo 7º de la Ley 7374 del 3/12/1993 denominada “Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela”, se endilgó a la institución, la responsabilidad por la ejecución de los programas de promoción y prevención de la salud.

Como se dijo anteriormente, el Decreto 17898-S varió la forma de financiamiento, pasando de traslado de rentas ordinarias o fijación previa de rentas específicas, en caso de que con fundamento en estudios que realizarían la CAJA y el Ministerio, se determinara que las primeras eran insuficientes (Art. 2 y 7 Ley 5349 del 24-09-1973), a sustituirlas por la **modalidad de cuotas** (párrafo 2, artículo 1º Decreto 17898-S). Para ello estableció el marco dentro del cual debía operar la fijación de dicha cuota (con base en núcleos familiares y con una tarifa no inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes), procedimiento que terminó de regularse mediante la Ley 7374 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela”, la cual varió el origen de los recursos, que a partir de esta Ley provendrían del Fondo Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), y en relación con la cuota regulada en el Decreto 17898-S, estableció que utilizaría **como referencia** el porcentaje de cotización media, el cual debe determinar la Dirección de Actuarial y Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el caso en estudio, no existe duda que la normativa posterior regula la misma materia que la legislación anterior. Por otra parte, pareciera existir una antinomia entre la norma posterior (Decreto 17898-S; que señala que el financiamiento de los servicios médicos a los Asegurados por Cuenta del Estado se hará por medio del pago de cuotas de ese sector de la población) y la anterior (Ley 5349; que señala que el financiamiento de los servicios médicos a los Asegurados por Cuenta del Estado se hará por medio del traslado de rentas ordinarias y específicas en caso de determinarse previamente que las primeras eran insuficientes). Caso en el cual cabría considerar la existencia de una **derogatoria tácita residenciada exclusivamente en el mecanismo de financiamiento**, lo que a su vez requiere del análisis subsecuente de la eventual derogatoria tácita parcial o total que puedan tener los artículos 13º, 15º, 16º y 17º en lo referente a la obligación de que anualmente se realicen liquidaciones de rentas trasladadas y costos invertidos entre ambas instituciones CAJA-Ministerio de Salud, siendo que la forma de financiamiento para la atención en salud de las personas pobres varió, pasando de rentas ordinarias y específicas a cuotas, y que los programas del Ministerio de Salud de promoción y prevención de la salud, también fueron trasladados a la CAJA en el artículo 7º de la Ley 7374.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En tal sentido, dado que en la actualidad el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, opera mediante la **modalidad de cuotas**, y que la Ley 7374 vino a regular que la **cuota o cotización** se fijaría utilizando **como referencia** el porcentaje de cotización media determinado por la Dirección Actuarial, y que conforme con lo dispuesto a nivel interno y externo, se previó **el monitoreo de los costos de la cobertura del aseguramiento para el control de la suficiencia de la contribución** de ese sector, lo regulado en ese momento en relación con la liquidación anual de rentas y costos de la ejecución del programa, pareciera no ser de utilidad en la actualidad.

Con fundamento en lo descrito, cabe considerar la necesidad de que la Administración Activa responsable de la ejecución del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, realice los análisis técnicos, legales y administrativos de la normativa señalada y proceda a gestionar la derogación y/o modificación de los articulados que puedan considerarse sin utilidad en la actualidad y aclarar o establecer internamente, los tópicos de responsabilidad que hagan falta, tales como la periodicidad con que deben realizarse los estudios actuariales para monitorear la suficiencia de la cuota o contribución del Programa de Asegurados por cuenta del Estado, para que administrativamente, en común acuerdo CAJA-FODESAF, se tomen las medidas que se estimen necesarias a fin de garantizar su sostenibilidad en el tiempo y el cumplimiento del artículo 6º de la Ley 7374 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela”, que estableció que: **“El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares (...)”**.

CONCLUSIÓN

La evaluación de auditoría realizada a la forma en que actualmente se financia la ejecución del programa de Asegurados por Cuenta del Estado y su apego al marco normativo externo e interno que regula su financiamiento, evidenció debilidades de control interno que no están garantizando la prevención del riesgo de incumplimiento del marco normativo y el desfinanciamiento de dicho programa.

Dentro de las principales debilidades de control interno observadas, se encuentran; la desactualización de la normativa interna y externa en la materia. En la normativa externa, pareciera existir una antinomia entre la norma posterior (Decreto 17898-S; que señala que el financiamiento de los servicios médicos a los Asegurados por Cuenta del Estado se hará por medio del pago de cuotas de ese sector de la población) y la anterior (Ley 5349; que señala que el financiamiento de los servicios médicos a los Asegurados por Cuenta del Estado se hará por medio del traslado de rentas ordinarias y específicas en caso de determinarse previamente que las primeras eran insuficientes). Caso en el cual cabría considerar la existencia de una derogatoria tácita residenciada exclusivamente en el mecanismo de financiamiento, lo que a su vez requiere del análisis subsecuente de la eventual derogatoria tácita parcial o total que puedan tener los artículos 13º, 15º, 16º y 17º en lo referente a la obligación de que anualmente se realicen liquidaciones de rentas trasladadas y costos invertidos entre ambas instituciones CAJA-Ministerio de Salud, siendo que la forma de financiamiento para la atención en salud de las personas pobres varió, pasando de rentas ordinarias y específicas a cuotas, y que los programas del Ministerio de Salud de promoción y prevención de la salud, también fueron trasladados a la CAJA en el artículo 7º de la Ley 7374.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Sobre la normativa interna, se observó que el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado, solo contempla aspectos de la gestión y control para el otorgamiento del beneficio del Seguro por cuenta del Estado, no así los procedimientos y el control administrativo para la facturación y registro contable de las cuentas por cobrar a FODESAF que origina la ejecución del programa de atención médico-hospitalaria a la población meta.

La contribución establecida para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, no se sustenta en estudios actuariales sobre los costos de dicho programa y su relación con los ingresos percibidos, en tal sentido tampoco se dispone de controles financieros que evidencien que los recursos que se reciben de FODESAF para el financiamiento de dicho programa, están siendo utilizados para los fines específicos dispuestos por ley. El monto por cobrar al Estado se ha venido calculando sobre una base mínima contributiva que no se encuentra respaldada por estudios técnicos actuariales que evidencien que la misma es suficiente para prevenir el riesgo de desfinanciamiento del programa, el cumplimiento normativo que regula su financiamiento y su sostenibilidad en el mediano y largo plazo.

Según se desprende del marco normativo interno y externo que regula los aspectos financieros del programa, para garantizar el cumplimiento de lo normado y garantizar la sostenibilidad del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, tanto a nivel externo (artículo 13º del Decreto 17898-S del 02 de diciembre 1987) como a nivel interno (artículo 23 de la Ley Constitutiva y 62º inciso 4 del Reglamento del Seguro de Salud), son los estudios actuariales a fin de que se disponga de bases técnicas para la determinación de las cuotas y las prestaciones por parte de Junta Directiva, tal como lo señala el artículo 23 “(...) **de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales (...)**”.

Si bien es cierto en la actualidad la institución no dispone de costos específicos de los servicios médicos brindados por paciente, sino de costos estándar por tipo de consulta y de hospitalización, este pareciera ser un aspecto considerado en su momento por el legislador, según se infiere de la misma normativa que estableció el deber de determinar los costos de los servicios (art. 13 Decreto 17898-S del 02/12/1987), al establecer: “(...) **la determinación de los costos de la atención médico-hospitalaria, con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas (...)**”, de donde se interpreta que no se refirió a costos reales, sino a la metodología de costos que la institución emplea desde años atrás.

La ausencia de un monitoreo periódico de la relación ingreso/gasto, no brinda las herramientas de control necesarias para que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, tome los acuerdos y las acciones pertinentes que prevengan el riesgo de incumplimiento de la normativa que regula el financiamiento de dicho programa, y garantizar su sostenibilidad en el mediano y largo plazo, lo que debilita el control interno e incumple con lo normado en el artículo 13º del Decreto 17898-S del 02/12/1987 y en el artículo 23º y 62º inciso 4 del Reglamento del Seguro de Salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En el 2014, atendiendo recomendaciones de esta Auditoría, esa Dirección Actuarial realizó dos estudios de ingresos y costos del Programa de Asegurados por el Estado, denominados: **“Análisis de la Población Asegurada por el Estado: Proyección de Ingresos y Egresos”** y **“Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado”**. Los resultados de ambos estudios, con proyecciones de ingresos y gastos del 2014 al 2018, revelan que los recursos que ingresan son insuficientes para cubrir los beneficios que ofrece el Seguro de Salud a la población Asegurada por el Estado, no obstante, dichos estudios no se hicieron de conocimiento de Junta Directiva de la institución.

Cabe resaltar que las contribuciones según el mismo Reglamento del Seguro de Salud, se establecen por modalidad de aseguramiento, por cuanto es lógico que para cumplir con lo dispuesto en el artículo 23º, se requiere de los costos por modalidad de aseguramiento para poder establecerlas, y actualizarlas cuando técnicamente se demuestre tal necesidad, previendo el comportamiento de las distintas variables exógenas y endógenas que inciden en el incremento de los costos de los servicios de salud. Lo que, a criterio de esta Auditoría, haría que el acto administrativo que impone la contribución, no solo se ajuste a las normas o preceptos concretos y específicos, sino favorezca el cumplimiento de principios constitucionales de razonabilidad, equidad y proporcionalidad en un acto administrativo que por establecer obligaciones y en aplicación de principios de ciencia, lógica y técnica debe estar motivado técnicamente. De esta manera se garantiza que el acto no sea irracional, arbitrario o caprichoso, ya que el hecho de gozar de una potestad constitucional y superior, de gobierno de los seguros sociales, no implica que se esté exento del cumplimiento del ordenamiento jurídico.

Según se evidenció, la razón de que institucionalmente no se ejecuten controles financieros que evidencien que los recursos que se reciben de FODESAF para el financiamiento del programa están siendo utilizados para los fines específicos dispuestos en la Ley 5349 del 24/09/1973 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”, el Decreto 17898-S del 02/12/1987 “Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado” y la Ley 7374 del 3/12/1993 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela”, y que la contribución del Estado está siendo suficiente para cubrir los costos de la ejecución del programa, es que con fundamento en Criterios Legales emitidos por la Dirección Jurídica institucional, se ha considerado que no se requieren controles financieros individuales en la ejecución del mismo, por administrarse como una modalidad de aseguramiento del Seguro de Salud, por lo que las proyecciones actuariales de ingresos y costos se realizan para el Seguro de Salud como tal.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Sobre los criterios jurídicos vertidos por la Dirección Jurídica institucional (D.J. 3519-08 del 07/05/2008 / D.J. 1820-2015 del 24/03/2015 / D.J. 0431-2017 del 05/04/2017), aunque pareciera haber falta de claridad en ellos, debe también considerarse que no responden a los mismos planteamientos o consultas de la Administración, y el tratar de unirlos para formar un solo criterio ha generado la tendencia a interpretar en ellos, líneas de argumentación jurídica distintas entre sí, pues el primero es enfático en considerar que el Seguro por Cuenta del Estado, es un programa con financiamiento específico, y que por tanto no deben utilizarse recursos de los seguros obligatorios en la ejecución de dicho programa, mientras que los otros dos, parecen referir a que determinar, registrar y cobrar al Estado, por cada una de las modalidades de aseguramiento, las diferencias que se generen entre ingresos por contribución y gastos o costos, podría implicar una afectación del Principio de Solidaridad, de donde la Administración está interpretando que por ser el Seguro de Salud un solo régimen, fundamentar la contribución en los costos de cada modalidad quebranta el principio de solidaridad.

En tal sentido, a solicitud de esta Auditoría el Lic. Guillermo Mata Campos, funcionario de la Dirección Jurídica que estuvo a cargo del estudio y redacción de los 2 últimos criterios, aclaró que el fundamentar la contribución o cuota con base en los costos de la modalidad de aseguramiento en cuestión, no violenta el principio de “Solidaridad”, todo lo contrario, el mismo Reglamento del Seguro de Salud y la Ley Constitutiva de la CAJA, establecen que la contribución se fijará con base en los costos de cada sector contributivo, con lo cual se previene el no violentar el principio de “Sostenibilidad Financiera”, el cual debe ir de la mano con el principio de Solidaridad. En tal caso, lo que podría violentar la Solidaridad, sería hacer diferencias en el otorgamiento de beneficios una vez que la contribución ya ingresó, **por lo que garantizar con estudios técnicos que los recursos serán suficientes debe ser previo a fijarse la contribución, y mediante un monitoreo periódico de costos, realizar las actualizaciones requeridas a esa contribución con fundamento en los resultados de los estudios actuariales.**

Conforme con la situación descrita, podría estarse generando una inconsistencia o incumplimiento del principio de legalidad al no disponer de controles que evidencien con suficiencia y transparencia que los recursos provenientes de FODESAF para el financiamiento del programa de Asegurados por cuenta del Estado, son suficientes para cumplir con dicho fin, y están siendo utilizados según lo dispuesto legalmente, situación que fue advertida a la Presidencia Ejecutiva de la CAJA desde el 2006 por la Contraloría General de la República, en el oficio 06631 (FOE-SO-187) del 26 de mayo 2006, cuando la institución consultó a ese órgano de fiscalización la factibilidad de que el cobro del Programa de Atención de Indigentes se realizara mediante una cuota de aseguramiento, sobre lo cual no emitió ningún criterio opuesto, pero si enfatizó la necesidad de garantizar que los recursos de dicho programa, sean utilizados en los fines dispuestos por Ley, para la atención de la población en indigencia médica, lo que técnicamente no es posible sino se tienen controles sobre lo que ingresa y lo que se gasta en dicho programa o modalidad de aseguramiento.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

RECOMENDACIONES

Con el propósito de mejorar el control interno en lo que respecta al cumplimiento del marco normativo que regula el financiamiento del programa de Asegurados por Cuenta del Estado, y la transparencia en el uso de los recursos, se someten a consideración las siguientes recomendaciones:

AL LIC. LUIS GUILLERMO LÓPEZ, DIRECTOR ACTUARIAL Y ECONÓMICO O QUIEN OCUPE EL PUESTO.

1. Con fundamento en los resultados de los estudios ***“Análisis de la Población Asegurada por el Estado: Proyección de Ingresos y Egresos”*** y ***“Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado”***, realizados por esa Dirección Actuarial, cuyos proyecciones de ingresos y gastos del 2014 al 2018, revelaron que los recursos que ingresan son insuficientes para cubrir los beneficios que ofrece el Seguro de Salud a la población Asegurada por Cuenta del Estado, presente a Junta Directiva una propuesta técnica del ingreso de referencia requerido y/o las modificaciones que deban realizarse en las demás variables o en la forma de aplicación de las mismas, para determinar la cuota o contribución de este sector, y de requerirse, propuestas de modificaciones de la forma de financiamiento, a fin de prevenir el riesgo evidenciado de insuficiencia de los ingresos del programa para cubrir sus costos, y garantizar que dicha contribución se establezca con un fundamento técnico que evidencie la previsión de sostenibilidad financiera establecida en el artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y el cumplimiento de la normativa que regula el financiamiento específico del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado.

En tal sentido, es conveniente que se considere también, el posible impacto financiero del riesgo informado por el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, en el oficio DCE-0212-09-2017 del 19 de setiembre 2017, el cual se describe dentro de las observaciones aportadas por la Administración, en el apartado de “Comunicación de Resultados”.

En consenso con la Administración el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 3 meses.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá remitirse a esta Auditoría, copia del acta de Junta Directiva donde se presentó la propuesta técnica a fin de actualizar la contribución requerida para cubrir los costos del programa y garantizar en el corto, mediano y largo plazo el cumplimiento de la previsión de sostenibilidad financiera y de las leyes que regulan el financiamiento específico de dicho programa, y evidencia de las gestiones realizadas para la implementación de la propuesta que fuere acogida por Junta Directiva.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

AL LIC. GILBERTH ALFARO MORALES, DIRECTOR JURÍDICO O QUIEN OCUPE EL PUESTO.

2. Coordine con el Área de Gestión Técnica y Asesoría Jurídica, el análisis de lo expuesto en el hallazgo 3 sobre los criterios jurídicos emitidos por esa Área, con base en los cuales la Administración está interpretando que por administrarse el programa de Asegurados por Cuenta del Estado, como una modalidad de aseguramiento del Seguro de Salud, no se requiere que la cuota o contribución para su financiamiento se fije basada en estudios actuariales sobre la relación ingresos/costos específicos de dicho programa, y que además si así lo hicieran estarían violentando el principio de Solidaridad, y emita una ampliación de dichos criterios, a fin de dejar claro y manifiesto a la Administración, que el fundamentar la contribución o cuota con base en los costos de la modalidad de aseguramiento o sector contributivo en cuestión, no violenta el principio de “Solidaridad”, y que la solidaridad debe de ir de la mano con la “Sostenibilidad Financiera”, en consideración de lo previsto en el artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que establece que: **“Las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva, de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales. (...)”**.

Lo anterior, dado que la aclaración fue otorgada a esta Auditoría por el funcionario de esa Dirección Jurídica que ha venido atendiendo los criterios relacionados con la situación expuesta, no obstante se requiere de la emisión de un documento oficial de esa Dirección como ente técnico en la materia, que realice un análisis integral del artículo 23 y de sus alcances y con ello oriente a la Administración en este tema.

En consenso con la Administración el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 1 mes.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá remitirse a esta Auditoría, copia del documento donde se realice la ampliación de los criterios (D.J. 1820-2015 del 24 de marzo 2015 y D.J. 0431-2017 del 5 de abril 2017), aclarando a la Administración a la que le fueron remitidos, lo requerido.

AL LIC. MIGUEL CORDERO GARCÍA, DIRECTOR DE COBERTURAS ESPECIALES O QUIEN OCUPE EL PUESTO.

3. Conforme un equipo de trabajo para actualizar el “Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado” a fin de incorporar los procedimientos y controles administrativos requeridos para la facturación y el registro contable de las cuentas por cobrar a FODESAF que origina la ejecución del programa de atención médico-hospitalaria a la población asegurada por cuenta del Estado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Para tales efectos, analizar lo descrito en el hallazgo 1, en relación con los controles para el registro de beneficiarios directos del Seguro por Cuenta del Estado y sus núcleos familiares, el proceso y los controles para la determinación de la contribución media y el ingreso de referencia, estableciendo la periodicidad con que se realizaran los estudios actuariales para el monitoreo de la suficiencia y respaldo técnico de la cuota para el financiamiento del programa de Asegurados por Cuenta del Estado, conforme con lo expuesto en el hallazgo 2, a fin de fomentar la transparencia en el uso de los recursos destinados por ley para dicho fin, y proveer a Junta Directiva de información financiera-actuarial que le permita tomar decisiones sobre las cuotas y las prestaciones de conformidad con el costo de los servicios, tal como lo establece el artículo 23º del Reglamento del Seguro de Salud, y se garantice el cumplimiento de la normativa técnica aplicable.

En consenso con la Administración el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 6 meses.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá remitirse a esta Auditoría, copia de la actualización del manual que evidencie la inclusión de los aspectos señalados en este informe, con la respectiva aprobación del nivel superior y evidencia de la comunicación oficial.

AL LIC. MIGUEL CORDERO GARCÍA, DIRECTOR DE COBERTURAS ESPECIALES Y AL LIC. GILBERTH ALFARO MORALES, DIRECTOR JURÍDICO, O QUIENES OCUPEN EL PUESTO.

4. Documenten un análisis legal y administrativo sobre lo expuesto en el hallazgo 4, a fin de determinar con adecuado sustento, la necesidad de gestionar la derogación y/o modificación de los articulados citados del Decreto 17898-S del 2 de diciembre de 1987, denominado: “Reglamento del Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado”, dado que en apariencia no resultan de utilidad en la actualidad, son confusos o están desactualizados, y además aclarar o incluir aquellos que así se requiera para garantizar el cumplimiento de la responsabilidad impuesta a la CCSS de brindar atención médico hospitalaria a la población en indigencia médica y garantizar la sostenibilidad financiera de dicho programa.

En consenso con la Administración el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 6 meses.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá remitirse a esta Auditoría, copia del análisis requerido en la recomendación con el respectivo plan de acciones a ejecutar y evidencia de las gestiones efectuadas a fin de implementarlo.

En relación con las recomendaciones expuestas, en un plazo de quince días a partir del recibido de este informe, se deberá remitir a esta Auditoría el cronograma de implementación de las acciones que correspondan para su cumplimiento acorde con los plazos previamente establecidos en la comunicación de resultados, y posteriormente informar lo ejecutado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

COMENTARIO DEL INFORME

El presente informe fue comentado el 14 de setiembre 2017, con los siguientes funcionarios de la Administración Activa: Lic. Guillermo Mata Campos, Abogado de la Dirección Jurídica, Lic. Guillermo López Vargas, Director Dirección Actuarial y Económica, Lic. Danilo Rodas Chaverri, Jefe Subárea SAGAL de la Gerencia Financiera, Licda. Alejandra Pichardo Sánchez, Jefe Subárea SAGAL de la Dirección de Coberturas Especiales. Las observaciones de los presentes fueron las siguientes:

El Lic. Guillermo Mata Campos, Abogado de la Dirección Jurídica, hace referencia a la recomendación 4, refiere que sería conveniente que dicha recomendación se dirigiera no solo a la Dirección de Coberturas Especiales, sino también a la Dirección Jurídica, para que el análisis de las normas se realice en conjunto.

La Licda. Alejandra Pichardo Sánchez, Jefe Subárea SAGAL de la Dirección de Coberturas Especiales, y el Lic. Danilo Rodas Chaverri, Jefe Subárea SAGAL de la Gerencia Financiera, están de acuerdo con lo indicado por el Lic. Guillermo Mata Campos, y sugieren que el plazo sea de 6 meses.

El Lic. Guillermo López Vargas, Director Actuarial, manifiesta que el tema del informe es muy legal y técnico, por lo que solicita una copia del borrador del informe para analizarlo en todo su contexto, ya que aunque se han conocido los hallazgos, considera que amerita una revisión completa para emitir observaciones.

La Licda. Alejandra Pichardo, solicita también copia del borrador del informe, dado que prefiere analizarlo con Don Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, quien no estuvo presente dado que se le presento una urgencia que atender.

Mediante oficio 53785 del 18 de setiembre 2017, suscrito por el Lic. Randall Jiménez Saborío, Jefe Área Servicios Financieros de la Auditoría Interna, se remitió formalmente el borrador del informe a quienes estuvieron presentes en la reunión de comunicación de resultados.

Esta Auditoría Interna recibió el oficio DAE-101-17 del 20 de setiembre 2017, suscrito por el Lic. Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico, y la Licda. Carolina González Gaitán, Jefe Área de Análisis Financiero, y el oficio DCE-0212-09-2017 del 19 de setiembre 2017 suscrito por el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, mediante los cuales se hizo llegar las observaciones relacionadas con los resultados del informe, la Gerencia Financiera y la Dirección Jurídica, no realizaron más observaciones que las descritas en el acta de comentario y fueron incorporadas en el informe.

Las observaciones remitidas mediante los oficios citados de la Dirección de Coberturas Especiales y de la Dirección Actuarial y Económica, fueron analizadas una a una y seguidamente se transcriben los resultados:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DCE-0212-09-2017 DEL 19/09/17
 Observaciones 1 y 2

Nro. Párrafos	Recomendación 4 del informe.
Observaciones de la Administración Activa	<ol style="list-style-type: none"> En razón del alto componente jurídico implícito en esta recomendación, proponemos a esa estimable Auditoría valorar la posibilidad de dirigir la misma en forma conjunta a la Dirección de Coberturas Especiales y a la Dirección Jurídica, lo cual nos daría un mayor margen de coordinación con dicha instancia el apoyo requerido en el proceso. Asimismo, y en razón de la complejidad del tema a tratar y de los estudios técnicos y jurídicos que se requieren, valorar también la posibilidad de extender el plazo para la atención de la misma a al menos 6 meses.
¿Se acoge?	Si <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Criterio de la Auditoría Interna	<p>Analizado el fundamento de lo solicitado y habiéndolo conversado con el Lic. Guillermo Mata Campos, Representante de la Dirección Jurídica que asistió a la reunión de comunicación de resultados, se aceptaron ambas observaciones, por lo que la recomendación 4 se modificó únicamente en lo respecta al plazo y se dirigió a ambas Direcciones (Dirección de Coberturas Especiales y Dirección Jurídica), quedando de la siguiente manera:</p> <p>AL LIC. MIGUEL CORDERO GARCÍA, DIRECTOR DE COBERTURAS ESPECIALES Y AL LIC. GILBERTH ALFARO MORALES, DIRECTOR JURÍDICO, O QUIENES OCUPEN EL PUESTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> Documenten un análisis legal y administrativo sobre lo expuesto en el hallazgo 4, a fin de determinar con adecuado sustento, la necesidad de gestionar la derogación y/o modificación de los articulados citados del Decreto 17898-S del 2 de diciembre de 1987, denominado: “Reglamento del <u>Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado</u>”, dado que en apariencia no resultan de utilidad en la actualidad, son confusos o están desactualizados, y además aclarar o incluir aquellos que así se requiera para garantizar el cumplimiento de la responsabilidad impuesta a la CCSS de brindar atención médico hospitalaria a la población en indigencia médica y garantizar la sostenibilidad financiera de dicho programa. <p>En consenso con la Administración el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 6 meses.</p> <p>Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá remitirse a esta Auditoría, copia del análisis requerido en la recomendación con el respectivo plan de acciones a ejecutar y evidencia de las gestiones efectuadas a fin de implementarlo.</p>

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 1

Nro. Párrafos	<p>Pag. 8, inciso a): “En el proceso de cálculo del porcentaje promedio no se incluye la totalidad de las masas cotizantes que conforman la masa salarial, a saber: Asalariados. Voluntarios, Independientes, Convenios, Pensionados, Cuota Complementaria Trabajadores Independientes SEM, Cuota Complementaria Convenios Especiales SEM, Cuota Complementaria Centros Penales SEM, Asegurado por cuenta del Estado (indigentes), Código Niñez y Adolescencia y demás Leyes Especiales.</p> <p>Según lo constatado con la MSc. Carolina González Gaitán, Jefe Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica, las variables “Total Cuotas” y “Total Masa Cotizante” se basan en</p>
----------------------	---





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

	<i>los sectores contributivos: Asalariados, Voluntarios, Independientes, Convenios y Pensionados, no incluyen los sectores para los cuales el que contribuye es el Estado, tales como; Leyes Especiales, Código de la Niñez y Centros Penales.”</i>
Observaciones de la Administración Activa	<p><i>En la página 8, inciso a), se dice que para el cálculo del porcentaje promedio no se incluye la totalidad de las masas cotizantes que conforman la masa salarial, como es el caso de las masas cotizantes y las respectivas contribuciones, asociadas a los asegurados por cuenta del Estado, Código de la Niñez y la Adolescencia y demás Leyes Especiales.</i></p> <p><i>Esta afirmación no es correcta, porque a priori no se conocen los porcentajes de esos programas. El objetivo es calcular el porcentaje de contribución de las poblaciones a cargo del Estado, el cual se encuentra definido como el porcentaje de cotización promedio del Seguro de Salud, tal y como se establece en el artículo 6 de la Ley 7374:</i></p> <p><i>El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares, para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social. (El destacado no es del original).</i></p> <p><i>En razón de lo anterior, es evidente que se debe considerar la información de las demás modalidades de las que sí se cuenta con la totalidad de la información, para poder obtener el porcentaje con el cual se deben contribuir para las poblaciones cubiertas por el Estado.</i></p>
¿Se acoge?	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/></p>
Criterio de la Auditoría Interna	<p><i>Por principios constitucionales de razonabilidad y unívocos de ciencia y técnica, la masa contributiva utilizada para calcular el promedio de cotizaciones del Seguro de Salud, debe abarcar la totalidad de las masas contributivas a dicho régimen, entendiéndose las masas de cada modalidad de aseguramiento, incluyendo Centros Penales, Código de la Niñez y la Adolescencia y demás Leyes Especiales, a fin de obtener <u>una media sin sesgos</u>. En tal sentido, la única que no se incluiría sería la modalidad de Asegurados por cuenta del Estado, por ser la que se está calculando.</i></p> <p><i>Respecto a que las masas cotizantes de Leyes Especiales no se conocen a priori, debemos señalar que como quedó evidenciado en la evaluación, el cálculo de la prima media se realiza con información de la masa cotizante de varios meses atrás. En el período revisado (enero-febrero-marzo 2017) se utilizó la masa salarial o cotizante con corte a junio 2016, seis, siete y ocho meses atrás respectivamente, y según lo indica la MSc. Carolina González Gaitán, Jefe Área de Análisis Financiero de esa Dirección Actuarial y Económica, ese corte se utilizó porque a esa fecha se disponía de un estudio de masas que elabora esa Dirección Actuarial con datos reales: “Se utiliza la última información disponible de contribuciones y masas cotizantes, con respecto al último estudio de estimación de ingresos que se elabora en la Dirección Actuarial y Económica, el cual contiene el cálculo del porcentaje de cotización media con datos reales. Esta situación se realiza para contar con un respaldo oficial del porcentaje de cotización media, dado que no está establecido los cortes o periodicidad de la información que debe utilizarse para el cálculo”.</i></p>

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 2

Nro. Párrafos	<i>Pag. 8, inciso c): “El porcentaje de cotización media (14.34%) utilizado para el cobro de las cuotas a FODESAF en el período revisado (enero, febrero y marzo 2007), es el mismo que se viene utilizando sin variaciones desde el 2011, tal como se observa en el cuadro 1 tomado de la tabla de cálculo en Excel que realiza la Dirección Actuarial y Económica”.</i>
Observaciones de la Administración Activa	<i>En la misma página, inciso c), se destaca que “El porcentaje de cotización media (14.34%) utilizado para el cobro de las cuotas a FODESAF en el período revisado (enero, febrero y marzo 2007), es el mismo que se viene utilizando sin variaciones desde el 2011, tal como se observa en el cuadro 1</i>



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

	<p>tomado de la tabla de cálculo en Excel que realiza la Dirección Actuarial y Económica”.</p> <p>Esta afirmación puede generar confusiones o interpretaciones erróneas, pues podría interpretarse que el porcentaje ha permanecido sin variaciones porque no se revisa ni se ajusta, lo cual no es cierto, tal y como la Licda. Carolina González Gaitán, Jefe del Área de Análisis Financiero de esta Dirección, demuestra tanto a la Licda. Mayela Castro Sandoval y Licda. Elsa Valverde Gutiérrez, por medio del archivo de Excel que se menciona, en donde dichos porcentajes corresponden a las respectivas actualizaciones de los porcentajes promedio de cotización, de conformidad con la información que se tenga disponible.</p>
¿Se acoge?	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input checked="" type="checkbox"/></p>
Criterio de la Auditoría Interna	<p>El informe textualmente indica en la Página 10, último párrafo, que: “En relación con el uso de masas salariales con corte a junio 2016 para cobrar las cuotas correspondientes al primer trimestre 2017 <u>y la invariabilidad del porcentaje de prima media</u>, señaló la MSc. González Gaitán, que sucede algo similar, debido a que institucionalmente no está normado el período que debe abarcarse para la definición del porcentaje de contribución media, <u>se realiza abarcando todo el histórico</u>, lo que hace que esta sea estable, (...)”</p> <p>Como se observa, el informe deja evidenciado que el porcentaje de cotización se mantiene igual año con año, dado que éste se realiza abarcando todo el histórico, es decir, de forma acumulativa. De donde queda claro que se realiza, pero que dada la metodología acumulativa, el resultado es el mismo. En tal sentido, la observación se acoge de forma parcial, únicamente para mejorar la redacción del inciso c) a efectos de aclarar que en el período revisado se determinó el respectivo porcentaje, pero que dicho resultado es idéntico y se mantiene igual por años, quedando la condición expresada en el inciso c) de la siguiente manera: “El porcentaje de cotización media (14.34%) determinado para el cobro de las cuotas a FODESAF en el período revisado (enero, febrero y marzo 2017), es idéntico al porcentaje que se viene cobrando mensualmente desde años atrás. En el siguiente cuadro, tomado de la tabla de cálculo en Excel que realiza la Dirección Actuarial y Económica, se puede observar una muestra de porcentajes cobrados del 2011 al 2016, donde el porcentaje anualmente ha sido el mismo”.</p>

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
Observación 3

Nro. Párrafos	<p>Página 9, párrafo 1: “En cuanto a los registros mensuales de Asegurados por Cuenta del Estado, la confiabilidad de la información registrada en la base de datos, ha sido revisada por esta Auditoría mediante los informes ASF-286-2013 del 20 de diciembre 2013 y ASF-084-2014 del 27 de junio 2014, los cuales evidenciaron que los registros que sirven de base para realizar la facturación, contabilización y cobro al Estado por las protecciones y seguros por el Estado presentan una serie de inconsistencias, como registros duplicados, beneficiarios familiares como asegurados directos, personas fallecidas, entre otros, que impide asegurar que la misma es razonablemente confiable y que los registros considerados son fidedignos y válidos, aspectos que fueron analizados con la administración activa responsable del proceso y se plantearon recomendaciones a fin de mejorar tales debilidades. Al respecto, cabe resaltar que actualmente en la práctica se da todo un proceso para determinar la cantidad de asegurados directos y los núcleos familiares de cada mes, a fin de depurar la información inicialmente registrada por las oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos a nivel nacional, proceso que se describió en el apartado de generalidades, no obstante, dicho proceso no está formalmente establecido en el respectivo Manual de Asegurados por Cuenta del Estado”.</p>
Observaciones de la Administración Activa	<p>En la página 9, primer párrafo, sería conveniente que además de mencionar informes de Auditoría de los años 2013 y 2014, en donde se analiza la confiabilidad de los datos de los registros mensuales de la poblaciones a cargo del Estado, que también se analicen las acciones más recientes que se han realizado por las unidades correspondientes, para la revisión, análisis y depuración de tales registros, con el objetivo de realizar afirmaciones más consecuentes cercanas a una realidad o panorama más actualizado.</p>
¿Se acoge?	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/></p>

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 62 de 76

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

Criterio de la Auditoría Interna	<p>En la misma página 9, en el primer párrafo, se resalta que producto de las acciones de cumplimiento de las recomendaciones de los citados informes de auditoría, la Administración Activa responsable, ha implementado todo un proceso de depuración de la información, textualmente se indica: “aspectos que fueron analizados con la administración activa responsable del proceso y se plantearon recomendaciones a fin de mejorar tales debilidades. Al respecto, cabe resaltar que actualmente en la práctica se da todo un proceso para determinar la cantidad de asegurados directos y los núcleos familiares de cada mes, a fin de depurar la información inicialmente registrada por las oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos a nivel nacional, proceso que se describió en el apartado de generalidades, no obstante, dicho proceso no está formalmente establecido en el respectivo Manual de Asegurados por Cuenta del Estado”.</p> <p>Como se puede observar en la parte del párrafo descrito, se indica que el nuevo proceso de depuración de la información implementado, se describe en el mismo informe de auditoría en el apartado generalidades, ello por cuanto se hizo una descripción detallada y amplia del proceso, tal y como lo informó la Administración Activa responsable de dicho proceso que es la Dirección de Coberturas Especiales.</p>
----------------------------------	--

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 4

Nro. Párrafos	<p>Página 10. Párrafo 4: “El 20 de julio 2017, se realizó una sesión de trabajo con la MSc. Carolina González Gaitán, jefe Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica, a fin de conocer las razones por las cuales para determinar la contribución media no se utiliza la masa salarial de los sectores cuyas contribuciones las realiza el Estado (Leyes Especiales, Código Niñez y Centros Penales), el uso de masas salariales con corte a junio 2016 para efectuar los cálculos correspondientes de las cuotas del primer trimestre 2017, así como, los motivos por los que el porcentaje de contribución media ha sido el mismo desde el 2011. Sobre los temas señalados, se constató que la masa salarial de los sectores cuya cuota la aporta el estado; Leyes Especiales, Código de la Niñez y Centros Penales, no se está incluyendo únicamente porque así lo ha considerado esa Dirección Actuarial y Económica, aplicando la lógica de que sería cobrar al Estado por lo que el mismo Estado paga, y que se hace así, dado que institucionalmente no está normado que masas salariales deben utilizarse.</p>		
Observaciones de la Administración Activa	<p>En la En la página 10, en relación con las razones por las cuales para determinar la contribución media no se utiliza la masa salarial de los sectores cuyas contribuciones las realiza el Estado, se señala que: “...no se está incluyendo únicamente porque así lo ha considerado esa Dirección Actuarial y Económica, aplicando la lógica de que sería cobrar al Estado por lo que el mismo Estado paga, y que se hace así, dado que institucionalmente no está normado que masas salariales deben utilizarse.”</p> <p>Esta afirmación no es correcta según lo que se mencionó en el inciso 1 señalado anteriormente, pues es no es correcto afirmar que se realiza de esa forma porque así lo ha considerado la Dirección Actuarial y Económica. En su lugar, la justificación obedece a que el porcentaje de cotización media para las poblaciones a cargo del Estado es la variable dependiente o incógnita que se debe resolver en la ecuación, por tanto, las variables de las que depende, son variables independientes, que en este caso, serían las contribuciones de las demás modalidades de aseguramiento para las cuales se dispone de toda la información necesaria, es decir, corresponde a un principio para resolver una ecuación matemática con una incógnita.</p>		
¿Se acoge?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>
Criterio de la Auditoría Interna	<p>Señala en la observación la Administración, que no es por una decisión de esa Dirección Actuarial que para el cálculo del porcentaje de cotización media no se utiliza las masas cotizantes de: Centros Penales y demás Leyes especiales, sino por efecto de que el porcentaje de cotización media para las poblaciones a cargo del Estado es la variable dependiente que se debe resolver en ecuación, por tanto, las variables de las que depende, son las contribuciones de las demás modalidades de aseguramiento.</p>		



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

	<p>No obstante, la segunda tesis es casualmente la que la Auditoría aplica al considerar que el cálculo de la prima media para Asegurados por Cuenta del Estado, que sería la variable dependiente que señala la Dirección Actuarial, debe depender de la sumatoria de las masas contributivas de todas las demás modalidades de aseguramiento, considerando incluso; Centros Penales y las denominadas Leyes Especiales, grupos poblacionales amparados en leyes distintas que los Asegurados por Cuenta del Estado, que sería la incógnita que se está resolviendo al determinar la prima para dichos asegurados, y que como se señaló es el alcance específico de esta evaluación. Es importante transcribir lo señalado al respecto en el siguiente párrafo del informe:</p> <p><i>"(...) En cuanto a la no inclusión de las masas de los sectores cuya contribución la aporta el Estado, bajo la lógica de no cobrar al Estado por las mismas cuotas que éste contribuye, con excepción de las que correspondieren por el sector Asegurado por cuenta del Estado (por ser dicha contribución la que se está calculando, (...))".</i></p> <p>Lo anterior por cuanto, el alcance de la presente evaluación es únicamente el conocido "Programa de Asegurados por Cuenta del Estado" originado con la Ley 5349 del 24 de setiembre de 1973 y el Decreto 17898-S del 02 de diciembre de 1987.</p> <p>De igual forma, cabe resaltar que la situación descrita, fue la misma MSc. Carolina González Gaitán, jefe Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica, quien la expuso a la Licda. Elsa Valverde Gutiérrez, Jefe Subárea Ingresos y Egresos de la Auditoría de Servicios Financieros, y a la Licda. Mayela Castro Sandoval, Encargada de la evaluación, dado que de forma muy acertada coincide con la Auditoría en que es conveniente que se norme el procedimiento para la determinación de las masas contributivas y en general de todo el proceso que se sigue para aplicar la fórmula mediante la cual se obtiene el monto a cobrar por esas formas de aseguramiento, ya que actualmente no está establecido.</p> <p>En tal sentido, lo que esta Auditoría hace es exponer la situación actual respecto al tema en cuestión, y lo que se consideró conveniente es que se analice, qué en realidad es lo procedente a fin de que la prima media que se obtenga para cobrar al Estado, no tenga sesgos, y se establezca en el Manual y/o Reglamento (Recomendación 3). En cuanto a la posibilidad de sesgos en la prima media, ya fue analizado en el apartado "Criterio de la Auditoría Interna" de la Observación 1 de este documento.</p> <p>Finalmente, la observación se acoge de forma parcial, únicamente para eliminar la frase "únicamente porque así lo ha considerado esa Dirección Actuarial y Económica", ello por cuanto se consideró que el tema es de coyuntura institucional y no solo de la Dirección Actuarial y Económica.</p>
--	---

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
Observación 5

Nro. Párrafos	<p>Página 11, párrafo 3: "En cuanto a la no inclusión de las masas de los sectores cuya contribución la aporta el Estado, bajo la lógica de no cobrar al Estado por las mismas cuotas que éste contribuye, con excepción de las que correspondieren por el sector Asegurado por cuenta del Estado (por ser dicha contribución la que se está calculando), es contrario a lo que en la práctica se realiza institucionalmente, ya que según se constató el cobro del 0.25% al Estado como Tal, cuyo cálculo realiza la Subárea Contabilidad Operativa, incluye la masa salarial de Leyes Especiales, Código de la Niñez, Centros Penales y Asegurados por Cuenta del Estado, poblaciones cuyas cuotas son cubiertas por el Estado. Cabe resaltar, que en el caso de estas poblaciones, la contribución a la seguridad social es bipartita, y no tripartita como lo es en el resto de los grupos cotizantes".</p>
Observaciones de la Administración Activa	<p>"En la página 11 se señala lo siguiente: "En cuanto a la no inclusión de las masas de los sectores cuya contribución la aporta el Estado, bajo la lógica de no cobrar al Estado por las mismas cuotas que éste contribuye, con excepción de las que correspondieren por el sector Asegurado por cuenta del Estado (por ser dicha contribución la que se está calculando), es contrario a lo que en la práctica se realiza institucionalmente, ya que según se constató el cobro del 0.25% al Estado como Tal, incluye la masa salarial de Leyes Especiales, Código de la Niñez, Centros Penales y Asegurados por</p>



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

	<p><i>Cuenta del Estado, poblaciones cuyas cuotas son cubiertas por el Estado. Cabe resaltar, que en el caso de estas poblaciones, la contribución a la seguridad social es bipartita, y no tripartita como lo es en el resto de los grupos cotizantes”.</i></p> <p><i>Esta afirmación no es correcta, porque según lo que se les explicó por parte de la Licda. Carolina González, a las Licenciadas Castro Sandoval y Valverde Gutiérrez, al establecer la Ley 7374 que para las modalidades a cargo del Estado aplica el porcentaje de contribución media, se consideran las contribuciones totales de las demás modalidades, las cuales incluyen el aporte del Estado como Tal.</i></p> <p><i>En correspondencia con lo anterior, si el 0,25% se aplica al principio para calcular el porcentaje de cotización media, o al final, no afecta el resultado asociado con los montos totales de contribución de estas poblaciones, pues el aporte del 0,25% del Estado como Tal es igual para todas las modalidades de aseguramiento del Seguro de Salud, razón por la cual, aplicando métodos de factorización matemática, se puede extraer como un “factor común” y aplicarlo al final, porque es un valor o porcentaje idéntico que se repite en todos los términos de la expresión”.</i></p>
<p>¿Se acoge?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/></p>
<p>Criterio de la Auditoría Interna</p>	<p><i>Esta Auditoría no señala que no se esté incluyendo el 0.25% de “Estado como Tal” en la cuota de Asegurados por Cuenta del Estado, por el contrario, se dice que se está cobrando, más no está normado, dado que se evidenció que una de las versiones anteriores del Reglamento del Seguro de Salud, lo establecía, pero luego se quitó. Y se dice que si se está cobrando porque la MSc. Carolina González, explicó a esta Auditoría que sí se incluye en el cobro.</i></p> <p><i>En tal sentido, lo que se hace es una comparación de cómo calcula la Subárea de Contabilidad Operativa el 0.25% de “Estado como Tal”, cuya tabla de cálculo fue aportada a esta Auditoría por el Lic. Edgar Ramírez Rojas, Jefe Área Contabilidad Financiera, y en donde se evidenció que para determinar el monto a cobrar al Estado de ese 0.25%, se incluyen las masas cotizantes o salariales de esas modalidades de aseguramiento donde el Estado es quien paga la cuota que correspondería al asegurado, (se cobra al Estado sobre las cuotas que el paga), lo que estaría haciendo un manejo técnico distinto del explicado en la observación anterior, al momento de calcular la prima media de los Asegurados por Cuenta del Estado, donde no se incluyen las masas cotizantes de Centros Penales y cada una de las Leyes Especiales, poblaciones distintas de la que estamos abarcando en el presente estudio “Asegurados por Cuenta del Estado”. En tal sentido, a fin de que quede más claro que el cálculo del 0.25% lo realiza la Subárea de Contabilidad Operativa y que se está haciendo una comparación entre las masas salariales contributivas utilizadas por esa unidad y las masas utilizadas por la Dirección Actuarial, en el párrafo 3 de la página 11, donde dice: “ya que según se constató el cobro del 0.25% al Estado como Tal”, se incluirá seguido la siguiente frase: “cuyo cálculo realiza la Subárea Contabilidad Operativa”</i></p> <p><i>Finalmente, se aclara que este aspecto de que el 0.25 que se cobra al Estado por la población Asegurada por Cuenta del Estado, no está normado, ya fue abarcado en el ASF-108-2014, donde se emitió la recomendación 9 direccionada a solucionar dicha inconsistencia, razón incluso por la cual, en la presente evaluación no se emitió recomendación al respecto. Se transcribe el párrafo del informe:</i></p> <p><i>“Respecto a este 0.25% que se cobra al Estado sobre las poblaciones con protección del Estado, incluyendo Asegurados por Cuenta del Estado, que es el tema de esta evaluación, es conveniente también que se regule en el Reglamento del Seguro de Salud, en el apartado de Asegurados por Cuenta del Estado, ya que el actual artículo 62 “De las contribuciones”, inciso 4 “Asegurados por el Estado” no lo establece. Situación que fue recomendada en el informe ASF-108-2014 emitido el 09-07-2014, denominado “Evaluación sobre el análisis de la masa salarial base para el cálculo y registro de la facturación y cobro al gobierno de la contribución por concepto “Estado Como Tal” y de las Cuotas Complementarias, Seguros de Salud y Pensiones”, en la recomendación N°9”.</i></p>



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 6

Nro. Párrafos	<p><i>Página 11, párrafo 4: "Respecto a este 0.25% que se cobra al Estado sobre las poblaciones con protección del Estado, incluyendo Asegurados por Cuenta del Estado, que es el tema de esta evaluación, es conveniente también que se regule en el Reglamento del Seguro de Salud, en el apartado de Asegurados por Cuenta del Estado, ya que el actual artículo 62 "De las contribuciones", inciso 4 "Asegurados por el Estado" no lo establece. Situación que fue recomendada en el informe ASF-108-2014 emitido el 09-07-2014, denominado "Evaluación sobre el análisis de la masa salarial base para el cálculo y registro de la facturación y cobro al gobierno de la contribución por concepto "Estado Como Tal" y de las Cuotas Complementarias, Seguros de Salud y Pensiones", en la recomendación N°9".</i></p>		
Observaciones de la Administración Activa	<p><i>"Continúa señalándose en esa página, que "Respecto a este 0.25% que se cobra al Estado sobre las poblaciones con protección del Estado, incluyendo Asegurados por Cuenta del Estado, que es el tema de esta evaluación, es conveniente también que se regule en el Reglamento del Seguro de Salud, en el apartado de Asegurados por Cuenta del Estado, ya que el actual artículo 62 "De las contribuciones", inciso 4 "Asegurados por el Estado" no lo establece. Situación que fue recomendada en el informe ASF-108-2014 emitido el 09-07-2014..."</i></p> <p><i>Al respecto, sería importante que la Auditoría en el informe también mencionara las acciones que se han realizado por parte de la Comisión conformada para la atención de la recomendación 9 del informe ASF-108-2014, en donde se han realizado avances importantes para alcanzar la modificación solicitada a dicho artículo del Reglamento del Seguro de Salud.</i></p>		
¿Se acoge?	Si <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Criterio de la Auditoría Interna	<p><i>Respecto al 0.25% del "Estado como Tal" lo que señaló es que no está normado.</i></p> <p><i>No obstante, tal como se aclaró en la observación 5, en el mismo hallazgo se dice que esta inconsistencia ya fue abarcada en otro informe de auditoría, motivo por el que en este informe no se emite recomendación, ni se referencian las acciones dado que ello compete a los informes de seguimiento que esta Auditoría realiza al informe donde se emitió la correspondiente recomendación.</i></p>		

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 7

Nro. Párrafos	<p><i>Página 12, párrafo 4: "En el 2014, atendiendo recomendaciones de esta Auditoría, esa Dirección Actuarial realizó dos estudios de ingresos y costos del Programa de Asegurados por el Estado, denominados: "Análisis de la Población Asegurada por el Estado: Proyección de Ingresos y Egresos" y "Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado". Los resultados de ambos estudios, con proyecciones de ingresos y gastos del 2014 al 2018, revelan que los recursos que ingresan son insuficientes para cubrir los beneficios que ofrece el Seguro de Salud a la población Asegurada por cuenta del Estado, no obstante, dichos estudios no se hicieron de conocimiento de Junta Directiva.</i></p>		
Observaciones de la Administración Activa	<p><i>"En la página 12 se destaca que los documentos de esta Dirección denominados "Análisis de la Población Asegurada por el Estado: Proyección de Ingresos y Egresos" y "Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado", no se hicieron del conocimiento de Junta Directiva.</i></p> <p><i>Es importante destacar que ambos documentos se elaboraron en atención a los informes de Auditoría ASF-286-2013 y ASF-084-2014, respectivamente, los cuales fueron remitidos directamente a esa Auditoría Interna, en cumplimiento a lo señalado en las respectivas recomendaciones. Esta situación también ocurre con el estudio "Valuación Actuarial del Seguro de Salud – 2013", el cual también se le envió Auditoría.</i></p>		



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



¿Se acoge?	Si <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
<p>Criterio de la Auditoría Interna</p>	<p><i>Es importante transcribir la recomendación 2 del Informe ASF-084-2014, la cual dada la situación de riesgo evidenciada, en cuanto a la suficiencia de los recursos percibidos para el financiamiento del Programa grama Asegurados por Cuenta del Estado, se solicita un nuevo estudio sobre el tema:</i></p> <p>DIRECCIÓN ACTUARIAL Y ECONÓMICA</p> <p><i>“2- Proceder a realizar un estudio al “Ingreso de Referencia” que corresponde al ingreso mínimo de los trabajadores independiente que cotizan a la CAJA y que además es parte de unas de las variables de la metodología para calcular el costo de aseguramiento del Programa de Asegurados por el Estado, con el propósito de determinar si ese nivel de ingreso cubre el costo de aseguramiento en aquellas población que ocupa servicios médicos brindado por el Seguro de Salud y en condición de aseguramiento por el Estado. En el caso que dicho ingreso haya variado, presentar el estudio a la Junta Directiva para la aprobación respectiva y que se adopten las acciones que correspondan. (Plazo 6 meses)”.</i></p> <p><i>Como se puede observar la recomendación requería que una vez finalizado dicho estudio se presentara a Junta Directiva a fin de adoptar las acciones correspondientes que mitigaran el riesgo.</i></p> <p><i>En el seguimiento otorgado por esta Auditoría al informe ASF-084-2014, se informó por parte de la Dirección Actuarial y Económica, que esa Dirección había realizado el estudio técnico denominado: “Análisis del Ingreso de Referencia: Asegurados por el Estado” del cual remitió una copia como evidencia e informó que los resultados de dicho estudio estaban siendo incorporados en la “Valuación Actuarial del Seguro de Salud 2013” a fin de que fueran de conocimiento de Junta Directiva.</i></p> <p><i>En la presente evaluación se consultó a la Dirección Actuarial al respecto y efectivamente se comprobó que la “Valuación Actuarial del SEM del 2013”, contenía un análisis actuarial de la relación ingresos-gasto, por modalidad de aseguramiento, lo que incluía al Aseguramiento por Cuenta del Estado.</i></p> <p><i>Además, se evidenció que la “Valuación Actuarial del SEM del 2013”, fue remitida por la Dirección Actuarial a la Gerencia Financiera, mediante oficio DAE 921-14 del 22 de octubre del 2014, tal como se transcribe en el primer párrafo de la página 18 del informe, donde el Lic. Guillermo López, Director Actuarial, deja en claro que dicha valuación actuarial se remitió a la Gerencia Financiera, para que esta agendara con Junta Directiva, la presentación de resultados. Ello por cuanto este era el protocolo seguido hasta recientemente que la Contraloría General de la República solicitara que las Valuaciones Actuariales fueran presentadas a Junta Directiva directamente por Actuarial.</i></p> <p><i>El primer párrafo de la página 10 señala:</i></p> <p><i>“Mediante oficio DAE 921-14, se remite el estudio correspondiente a la Valuación Actuarial con corte al 2013 a la Gerencia Financiera, con el objetivo de su respectivo análisis y que se agendara en Junta Directiva para su presentación, pues hasta ese momento, los estudios actuariales se elevaban a Junta Directiva por medio de la Gerencia competente en el tema”.</i></p> <p><i>Con las acciones expuestas la Dirección Actuarial estaría haciendo de conocimiento de Junta Directiva los resultados, ya que efectivamente, en la labor de campo de este estudio se evidenció la inclusión de los resultados del análisis ingresos-gasto del Seguro por Cuenta del Estado. No obstante, como se mencionó en el informe, se constató con Presidencia Ejecutiva, que la “Valuación Actuarial SEM 2013” finalmente no fue presentada a Junta Directiva.</i></p> <p><i>En tal sentido, con la finalidad de que esa situación quede clara, en la página 16 del informe se incluyeron el segundo y tercer párrafo, que textualmente señalan:</i></p>			





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

	<p>“Respecto a los resultados de estos 2 estudios actuariales de la relación ingreso-gasto del Seguro por Cuenta del Estado, según se constató en la presente evaluación, dado que la Dirección Actuarial y Económica se encontraba preparando la “Valuación Actuarial SEM 2013”, dichos resultados fueron incorporados en un análisis especial realizado de la relación ingreso-gasto por modalidad de aseguramiento, lo que incluye al Aseguramiento por Cuenta del Estado. Asimismo, se evidenció que la “Valuación Actuarial del SEM del 2013”, fue remitida por la Dirección Actuarial a la Gerencia Financiera, mediante oficio DAE 921-14 del 22 de octubre del 2014, a fin de que dicha Gerencia agendara con Junta Directiva, la sesión en la que se comunicaría, ello por cuanto, según lo indicó el Lic. Guillermo López Vargas, Director Actuarial, ese era el protocolo que se seguía hasta que la Contraloría General de la República, recomendará que las valuaciones actuariales sean presentadas a Junta Directiva, directamente por la Dirección Actuarial. No obstante, según se constató con Presidencia Ejecutiva, la “Valuación Actuarial SEM 2013” no se presentó a ese Jerarca.</p> <p>Cabe resaltar, que esta Auditoría mediante oficio 49757 del 16 de junio 2017, consultó a la Gerencia Financiera, entre otros asuntos, las razones por las cuales la “Valuación Actuarial SEM 2013” no se presentó a Junta Directiva, no obstante el citado oficio no tuvo respuesta, con excepción de la información remitida a esta Auditoría mediante oficio DCE-0182-07-2017 del 19 de julio 2017, suscrito por el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, indicando en el asunto: I Parte Atención Oficio 49757 "Recopilación, actualización y determinación mensualmente de los registros para el cálculo del cobro a FODESAF", el cual como el asunto lo señala, contiene información únicamente sobre el proceso de registro en la base de datos de Asegurados por Cuenta del Estado y su depuración para determinar el monto a cobrar mensualmente a FODESAF, adjuntando los beneficiarios de dicha cobertura, en el primer trimestre 2017”.</p>
--	---

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 8

<p align="center">Nro. Párrafos</p>	<p>Página 19, párrafo 11: “Al respecto cabe resaltar que tal como se mencionó en el hallazgo 1, no existe norma interna que establezca monto o porcentaje específico para el ingreso de referencia que debe utilizarse para el cálculo de la contribución que debe realizar el Estado para el financiamiento de los servicios de salud que se brindan a la población Asegurada por Cuenta del Estado. La tabla de ajustes escalonados 2014-2019 a la base mínima contributiva aprobada por Junta Directiva en el artículo 26º de la sesión 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013, aplica según se puede apreciar en el Acta de dicho acuerdo, a Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual o colectivamente. Además, como se señaló, el artículo 13º del Decreto 17898-S del 02/12/1987, únicamente refiere a que la “tarifa no será inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes”, lo que incluso podría considerarse tácitamente derogado por el artículo 6º de la Ley 7374 el cual estableció el uso de un porcentaje de cotización media, en cuyo caso cabe analizar si se produce una antinomia o contrariedad, pues si cobro mediante una prima promedio no puedo cobrar mediante una tarifa, misma que sería más acorde si se tratara de una facturación simple de servicios y no de una contribución de aseguramiento.</p>
<p align="center">Observaciones de la Administración Activa</p>	<p>“En la página 19 se señala que “el artículo 13º del Decreto 17898-S del 02/12/1987, únicamente refiere a que la “tarifa no será inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes”, lo que incluso podría considerarse tácitamente derogado por el artículo 6º de la Ley 7374 el cual estableció el uso de un porcentaje de cotización media, en cuyo caso cabe analizar que se produce una antinomia o contrariedad, pues si cobro mediante una prima promedio no puedo cobrar mediante una tarifa”.</p> <p>Al respecto, es importante tener presente que los elementos que se requieren para calcular el monto que se debe cobrar al Estado por las poblaciones a su cargo, son el ingreso de referencia, el porcentaje de cotización y la población. Estos tres elementos son parte de la fórmula para realizar el cálculo y al referirse a “tarifa”, pareciera ser que más bien se refiere al ingreso de referencia, por lo que no habría contrariedad ni antinomia.</p>





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

¿Se acoge?	Si <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> X	No	Parcial <input type="checkbox"/>
Criterio de la Auditoría Interna	<p><i>En la observación lo que se está haciendo es traspolar lo normado a la situación real y actual de cómo se realizan las cosas, ejercicio que también fue realizado por esta Auditoría. En tal sentido, es conveniente resaltar que el ingreso de referencia, tal como lo dice la Administración, es un elemento, una variable, etc., dentro de la fórmula establecida por la institución para el cobro de la cuota, por cuanto pensar que el Legislador intentó definir o ponerle límites a esta variable, sería inconstitucional, dado que esa sí que sería materia de absoluta competencia de la Junta Directiva de la CAJA, dada la autonomía superior y constitucional que tiene la institución en materia de administración y gobierno de los seguros sociales. Pues cada vez, que los estudios técnicos demuestren la necesidad de incrementar o disminuir, según corresponda, dicho ingreso de referencia, requeriría someter el Decreto a reforma.</i></p> <p><i>Además, dado los análisis de este tipo realizados y en consideración del tiempo transcurrido desde que se emitiera tanto la Ley 7374 de Universalización, como el Decreto 17898-S, y de los cambios que pudiesen haberse gestado tanto a nivel país como a lo interno de la CAJA, se ha recomendado un análisis integral de la normativa, a fin de que se analicen aspectos como el expuesto y se determine las actualizaciones o reformas que jurídicamente procedan.</i></p>			

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 9

Nro. Párrafos	<p><i>Página 20, párrafo 2: "Con nota 53238 del 11 de julio 2017, esta Auditoría consultó a la Máster Ana Lorena Solís Guevara, Jefe Área Estadísticas en Salud, sobre las limitaciones señaladas por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico, en relación con la información estadística de consultas y hospitalizaciones, quien mediante oficio AES-139-2017 del 27 de julio 2017, al respecto informó:</i></p> <p><i>"Al respecto le informo que si se dispone de información detallada según la modalidad de aseguramiento, no obstante desconocemos si el nivel de detalle registrado es suficiente para los estudios que la DAE requiere desarrollar.</i></p> <p><i>En razón de lo anterior, esta Unidad puede informar que a nivel del egreso hospitalario se cuenta con información detallada de cada paciente, incluida su modalidad de aseguramiento. En cuanto a las consultas externas y atenciones de emergencias se dispone también de información detallada de la consulta externa, incluida su modalidad de aseguramiento, sin embargo no se cuenta con histórico, pues la información disponible es la registrada en el EDUS a partir del momento de la implementación del SIAC en los establecimientos de salud.</i></p> <p><i>Ahora bien, el detalle de la modalidad de los pacientes asegurados por el estado, con la que se cuenta es la siguiente:</i></p>
----------------------	--



		CÓDIGO		MODALIDAD	
		511		Asegurado Directo Asegurado Por Cuenta Del Estado	
522		Cónyuge De Asegurado Por Cuenta Del Estado			
523		Compañera/Compañero Asegurado Por Cuenta Del Estado			
524		Hijo(S)/Hija(S) De Asegurado Por Cuenta Del Estado			
525		Madre De Asegurado Por Cuenta Del Estado			
526		Padre De Asegurado Por Cuenta Del Estado			
527		Hermano(S)/Hermana(S) De Asegurado Por Cuenta Del Estado			
528		Otro Menor Mediante Estudio De Asegurado Por Cuenta Del Estado			
529		Cónyuge / Compañera (O) Separados Con Pensión Alimenticia			
531		Menor De Edad, Identificado Ley 7739			
532		Menor, Madre O Embarazada Identificada Ley 7735			
533		Menor De Edad Identificado De Madre Adolescente			

Es importante mencionar, que también se disponen de unas encuestas realizadas en consulta externa y atenciones de emergencia, donde es posible obtener estimaciones a nivel de algunas variables de interés, entre ellas la modalidad de aseguramiento, solo que para estas estimaciones el nivel de desagregación de la modalidad es menor, pues solo es posible identificar si la atención se debió a un aseguramiento por el estado y no el detalle de la tabla antes mostrada.

Finamente es importante mencionar, que en el módulo de validación de derechos, administrado por la Dirección de Coberturas Especiales, si realizan un registro de la ley que protege al paciente asegurado por el Estado, pero el universo de esta información se limita a lo registrado en dicho módulo”.

Observaciones de la Administración Activa

*“En la página 20 se destaca que la Licda. Ana Lorena Solís Guevara manifiesta que: “...En cuanto a las consultas externas y atenciones de emergencias se dispone también de información detallada de la consulta externa, incluida su modalidad de aseguramiento, sin embargo **no se cuenta con histórico, pues la información disponible es la registrada en el EDUS a partir del momento de la implementación del SIAC en los establecimientos de salud.**” (El destacado no es del original).*

Esta situación permite demostrar que a nivel de consultas, tal y como se les ha indicado a las Licdas. Castro Sandoval y Valverde Gutiérrez, no se cuenta o contaba con los datos que se requieren, pues la incorporación del nivel de detalle requerido a nivel de consultas es bastante reciente, pues obedece a la implementación del EDUS –SIAC.

*Además, continúa indicándose por parte de la Licda. Solís Guevara, que “...se disponen de unas encuestas realizadas en consulta externa y atenciones de emergencia, **donde es posible obtener estimaciones a nivel de algunas variables de interés, entre ellas la modalidad de aseguramiento, solo que para estas estimaciones el nivel de desagregación de la modalidad es menor...**”. (El destacado no es del original).*

Con base en lo señalado, se confirma lo señalado por esta Dirección, en relación con que para obtener los costos asociados con las consultas, se debe basar en encuestas y que no se cuenta con el nivel de detalle requerido.





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

	<p>Es importante destacar que aun cuando se dispone de una serie de códigos institucionales para las modalidades de aseguramiento, <u>es importante que esa Auditoría detalle las limitaciones de tales códigos en relación con las atenciones por concepto de leyes especiales</u>, pues se cuenta con un código claramente establecido solamente para los asegurados directos a cargo del Estado y sus beneficiarios familiares, y para las poblaciones cubiertas por las Leyes 7735 y 7739. (El resaltado no es del original).</p> <p>En razón de lo anterior, con base en la información de la cantidad de consultas que posee el Área de Estadísticas de Salud, no es posible obtener la cantidad total de consultas por todas estas leyes ni el detalle por el resto de las leyes especiales y decretos, esto por cuanto las consultas asociadas con las poblaciones a cargo del Estado, específicamente la relacionada con las leyes especiales que no son cubiertas por las leyes 7735 y 7739, se registran en el "Código 0 – No Asegurado". Es importante destacar, que en este último no solo se registran las atenciones por algunas leyes especiales, sino también las atenciones correspondientes a personas no aseguradas en estado de morosidad.</p>
¿Se acoge?	Si <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Criterio de la Auditoría Interna	<p>Lo sugerido en la observación de la Administración se sale del alcance de la presente evaluación, la cual como se indicó anteriormente, se limita a la evaluación del cumplimiento del marco normativo que regula el financiamiento del "Programa Asegurados por Cuenta del Estado", lo que no incluye las coberturas de Leyes Especiales, tema sobre el cual también esta Auditoría ya ha emitido informes.</p>

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
 Observación 10

Nro. Párrafos	<p>La Administración no señaló párrafo ni página del informe.</p>
Observaciones de la Administración Activa	<p>"Es importante recordar que el Seguro de Salud que administra la Institución, es un régimen de seguridad social, por cuanto no se considera la venta de servicios médicos a las poblaciones cubiertas o aseguradas, sin embargo, al afirmar que se deben realizar estudios por modalidad de aseguramiento, con el objetivo de calcular los porcentajes de contribución con base en los ingresos y costos de cada modalidad, presuntamente se estaría ante una situación de venta de Servicios por modalidad de aseguramiento, situación que corresponde más a un servicio médico privado y que es contrario a los principios y objetivos de seguridad social.</p>
¿Se acoge?	Si <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Criterio de la Auditoría Interna	<p>El alcance de este estudio es el cumplimiento del marco normativo que regula el financiamiento del Programa Asegurados por Cuenta del Estado, por cuanto lo descrito en los hallazgos refiere de forma específica a resultados obtenidos al evaluar dicho aseguramiento, por lo que no nos referiremos a aquellos aspectos que señalen otras formas de cobertura o aseguramiento.</p> <p>La afirmación que se puede desprender del informe de Auditoría es en cuanto a que el Artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, establece que la cuota o contribución debe estar <u>de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales</u>, y que el Reglamento del Seguro de Salud establece que la cuota o contribución es por sector contributivo, por lo que para poder garantizar el cumplimiento de esa regulación, se requiere de estudios actuariales de ingresos y costos del sector, en el presente caso la población Asegurada por Cuenta del Estado. Como se aprecia, es el marco normativo que obliga a conocer los costos por sector para poder fijar la cuota por sector. En tal sentido, y en aplicación de principios constitucionales de razonabilidad e unívocos de ciencia y técnica, la contribución debe fundamentarse en estudios técnicos previendo además que el acto administrativo que impone la contribución, no solo se ajuste a las normas o preceptos concretos, técnicos y específicos que lo rigen, sino favorezca el cumplimiento de principios constitucionales de razonabilidad, equidad y proporcionalidad, lo que se evidencia en los siguientes párrafos transcritos del informe:</p>





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

"(...) Esta Auditoría ha sido insistente en la necesidad de que periódicamente se realicen estudios actuariales donde se analicen proyecciones de ingresos y gastos del programa de Asegurados por Cuenta del Estado, en concordancia con las sanas prácticas de control interno, a fin de disponer de esa información financiera para revisar periódicamente la suficiencia financiera de la prima o contribución de este al Seguro de Salud, y tener fundamentos técnicos que permitan a la Junta Directiva de la Institución tomar decisiones sobre dicha cuota de conformidad con el costo de los servicios, tal como lo establece el artículo 23º de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que incluso es aún más detallista, al requerir los costos por región.

Cabe resaltar que las contribuciones según el mismo Reglamento del Seguro de Salud, se establecen por modalidad de aseguramiento, por cuanto es lógico que para cumplir con lo dispuesto en el artículo 23º de la Ley Constitutiva, se requiere de los costos por modalidad de aseguramiento para poder establecerlas, y actualizarlas cuando técnicamente se demuestre tal necesidad, previendo el comportamiento de las distintas variables exógenas y endógenas que inciden en el incremento de los costos de los servicios de salud. Lo que, a criterio de esta Auditoría, haría que el acto administrativo que impone la contribución, no solo se ajuste a las normas o preceptos concretos y específicos, sino favorezca el cumplimiento de principios constitucionales de razonabilidad, equidad y proporcionalidad en un acto administrativo que por establecer obligaciones y en aplicación de principios de ciencia, lógica y técnica debe estar motivado técnicamente. De esta manera se garantiza que el acto no sea irracional, arbitrario o caprichoso, ya que el hecho de gozar de una potestad constitucional y superior, de gobierno de los seguros sociales, no implica que se esté exento del cumplimiento del ordenamiento jurídico. (...)"

*Adicionalmente, en el hallazgo 2 del informe, se detalló todo el marco normativo vinculado a los controles administrativos-financieros que la institución debe ejercer en la ejecución del Programa Asegurados por Cuenta del Estado, y luego de transcribir la normativa a manera de resumen se concluye: "Como se observa el control establecido para garantizar el cumplimiento de lo normado en relación con el financiamiento y garantizar la sostenibilidad del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, a nivel externo (artículo 13º del Decreto 17898-S del 02 de diciembre 1987) y a nivel interno (artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social) y (artículo 62º inciso 4 del Reglamento del Seguro de Salud), son los estudios actuariales a fin de que se disponga de bases técnicas para la determinación de las cuotas y las prestaciones por parte de Junta Directiva, tal como lo señala el artículo 23 Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social **"(...) de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales. (...)"***

Además, es importante indicar que en el presente informe, en todo momento esta Auditoría hace referencia al "Programa de Asegurados por Cuenta del Estado", haciendo incapié en que se requiere estudios constantes sobre los costos de dicho programa, a fin de garantizar no solo el cumplimiento del artículo 23 de la Ley Constitutiva de la CCSS, sino por principio de legalidad, por tratarse de fondos con un destino específico, los cuales debe demostrarse que son utilizados para los fines previstos por Ley.

Sobre esto, se transcribe el siguiente párrafo del informe:

"En tal sentido, es conveniente que se analice la eventual inconsistencia o incumplimiento del principio de legalidad que pueda estar generando el no disponer de controles que evidencien con suficiencia y transparencia que los recursos provenientes de la fuente citada, están siendo utilizados y son suficientes para financiar el programa de Asegurados por cuenta del Estado, finalidad que le fue dada a dichos recursos por imposición legal, situación que fue advertida a la Presidencia Ejecutiva de la CAJA desde el 2006 por la Contraloría General de la República, en el oficio 06631 (FOE-SO-187) del 26 de mayo 2006, cuando la institución consultó a ese órgano de fiscalización la factibilidad de que el cobro del Programa de Atención de Indigentes se realizara mediante una cuota de aseguramiento, sobre lo cual no emitió ningún criterio opuesto, pero si enfatizó la necesidad de que los recursos de dicho programa de Asegurados por Cuenta del Estado, deben ser utilizados en los fines impuestos por Ley, para la atención de la población en indigencia médica, lo que técnicamente no es posible sino se tienen controles sobre lo que ingresa y lo que se gasta".



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
 Apdo. 10105

	Finalmente, en cuanto al principio de Solidaridad, este fue un tema abordado por esta Auditoría de la mano de la Dirección Jurídica, en donde con la colaboración del Lic. Guillermo Mata Campos, se concluye que la Solidaridad no puede verse aislada del principio de Sostenibilidad Financiera.
--	---

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA
OFICIO DAE-701-17 DEL 20/09/17
Observación 11

Nro. Párrafos	<i>La Administración no señaló párrafo ni página del informe.</i>
Observaciones de la Administración Activa	<i>“Por otro lado, al señalarse en reiteradas ocasiones que el porcentaje de contribución de las poblaciones a cargo del Estado debe calcularse según sus costos e ingresos, se está contradiciendo la Ley 7374, en su artículo 6, que establece que el porcentaje de contribución de estas poblaciones corresponde al porcentaje.</i>
¿Se acoge?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Criterio de la Auditoría Interna	<p><i>Esta observación ya fue ampliamente aclarada en el apartado anterior (observación 10), dejando en evidencia el marco normativo que establece que la cuota será determinada por la Junta Directiva de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse, y que éstos se fijan por sector contributivo, por cuanto es lógico que se requiera de los costos del sector contributivo a fin de fijar la cuota por sector. Lo que finalmente es coincidente con una sana administración de los recursos y de prevención de riesgos de insolvencia y/o sostenibilidad financiera.</i></p> <p><i>Por otra parte, en el informe también se describe el marco normativo mediante el cual se establecieron controles financieros para el Programa Asegurados por Cuenta del Estado, de donde se desprende la responsabilidad de la CAJA de monitorear los costos. Y finalmente respecto al porcentaje de contribución media, como bien lo establece la misma Ley 7374, es una referencia, pues ese mismo artículo establece que el costo de atención de la población cubierta por dicho Programa debe cubrirse con los recursos provenientes de FODESAF. El artículo 6 de la Ley 7374 “Ley Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela”, indica:</i></p> <p><u>“El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares, para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social”.</u></p> <p><i>Lo indicado cobra aún más peso, si consideramos lo señalado en la observación 8, respecto a que esta es materia de absoluta competencia de la Junta Directiva de la CAJA, dada la autonomía superior y constitucional que tiene la institución en materia de administración y gobierno de los seguros sociales, siendo probable que este fuera un aspecto legal considerado por el Legislador para utilizar en dicha norma el término “como referencia”.</i></p>



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Asimismo, de forma generalizada el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, manifestó que se han venido gestando acciones dentro del proceso promovido por la Dirección de Sistemas Administrativos a través del Programa Institucional de Mejora Regulatoria y Simplificación de Trámites, el cual se encuentra inmerso dentro del Plan de Mejora Regulatoria 2016-2017 que lidera el Ministerio de Economía, Industria y Comercio MEIC. En donde relacionado con el tema de Asegurados por Cuenta del Estado, indica que le preocupan algunos cambios procedimentales que se quieren implementar a nivel de otorgamiento del aseguramiento, señalando que con base en un criterio técnico jurídico se está interpretando que: "(...) ya existe una instancia gubernamental que es el IMAS a la cual por medio del Decreto 37320-MTSS-MBSF del 27 de noviembre del 2012, se le otorga la competencia de realizar los estudios socioeconómicos que permitan calificar a las personas que se encuentra en condición de pobreza o pobreza extrema y por lo tanto son beneficiarias de un Seguro por el Estado, con lo cual la Caja quedaría excluida de esa gestión, correspondiendo entonces al IMAS realizar todos los trámites y estudios para la determinación de la condición socio económica de los solicitantes, lo cual una vez determinado y comprobado que en efecto los solicitantes califican para optar obtener un Seguro por el Estado, trasladarían dicha información a la Caja para su inclusión en el sistema de aseguramiento institucional bajo dicha modalidad. (...)".

En tal sentido, aunque la parte operativa del programa como lo es el otorgamiento del beneficio, **está fuera del alcance de la evaluación de marras**, el Lic. Miguel Cordero, considera que dado que la línea y el propósito central del informe, busca en esencia garantizar la sostenibilidad financiera en el tiempo, tanto del Seguro de Salud como del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado en sí mismo, es importante informar sobre lo señalado respecto a la decisión que se pretende tomar sobre la calificación y el otorgamiento de ese tipo de aseguramiento, ya que a su criterio, ello conlleva un riesgo financiero para el programa y para el Seguro de Salud. Con fundamento en la validez de dicho razonamiento, se consideró conveniente transcribir la situación de riesgo financiero observada por la Dirección de Coberturas Especiales, y que considera requiere de estudios actuariales que analicen el impacto financiero del Programa y del Seguro de Salud, a fin de que la Dirección Actuarial considere la pertinencia de incluirlo en el análisis que realizará para presentar la propuesta de modificaciones de la cuota y/o de la forma de financiamiento, para prevenir el riesgo evidenciado de insuficiencia de los ingresos del programa para cubrir sus costos y garantizar que dicha contribución se establezca con un fundamento técnico que evidencie la previsión de sostenibilidad financiera. En su oficio el Lic. Miguel Cordero, expone:

"(...) Sobre el particular, cabe mencionar que en el mes de abril de este año mediante oficio DCE-092-04-2017/ACE-046-04-2017 el Área de Coberturas del Estado y esta Dirección, remitimos al Lic. Ronald Lacayo Monge, Gerente Administrativo y Oficial de Simplificación de Trámites, la propuesta de Mejora al Manual de cita como resultado del trabajo indicado, documento que una vez revisado de trámites, fue trasladado por el Lic. Lacayo Monge Administrativos y Jurídica mediante oficio GA-41709-2017 instrucción de analizar y emitir criterio técnico de los decretos y a los ámbitos de competencia.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En respuesta a dicha solicitud, las Direcciones de Sistemas Administrativos y Jurídica, mediante oficios DJ-2461-2017/DSA-085-2017 y DJ-3086-2017/DSA-0110-2017 emiten criterio técnico jurídico en los cuales interpretan que a la luz de los criterios técnicos analizados, ya existe una instancia gubernamental que es el IMAS a la cual por medio del decreto 37320-MTSS-MBSF del 27 de noviembre del 2012, se le otorga la competencia de realizar los estudios socioeconómicos que permitan calificar a las personas que se encuentran en condición de pobreza o pobreza extrema y por lo tanto son beneficiarias de un Seguro por el Estado, con lo cual la Caja quedaría excluida de esa gestión, correspondiendo entonces al IMAS realizar todos los trámites y estudios para la determinación de la condición socio económica de los solicitantes, lo cual una vez determinado y comprobado que en efecto los solicitantes califican para optar u obtener un Seguro por el Estado, trasladarían dicha información a la Caja para su inclusión en el sistema de aseguramiento institucional bajo dicha modalidad.

Sobre dicho asunto, es menester indicar que en todo momento esta Dirección ha sido consciente de la importancia de revisar y mejorar todos aquellos procesos y normas que dentro del ámbito de nuestra gestión signifiquen una simplificación de trámites para nuestros usuarios, para lo cual nos hemos comprometido también fuertemente con dicha causa; no obstante, es claro también que dicha labor debe llevarse a cabo de manera sistemática y garante de que previo a la adopción de cualquier medida o decisión en esa materia (lo cual en cualquier caso por su trascendencia corresponden a decisiones de orden superior que trascienden el nivel decisorio de esta Dirección), se hayan sopesado todos los elementos o aspectos relacionados que potencialmente conlleven un efecto positivo o negativo en el proceso, y en ese sentido, si bien el aspecto jurídico es fundamental en este tema, el mismo debe necesariamente complementarse con los estudios actuariales de impacto⁶ financiero y social que una medida como la propuesta traería consigo, ya que se debe tener presente que en razón de los núcleos poblacionales a los cuáles están dirigidos los esfuerzos institucionales del IMAS (mismos que difieren sustancialmente de los criterios que aplica la Caja Costarricense de Seguro Social para el otorgamiento del aseguramiento por el estado), dicha medida por sí misma provocaría una exclusión casi que automática de un número indeterminado de personas que hoy gozan de este beneficio quienes además quedarían sin posibilidad de acogerse a alguna otra modalidad de aseguramiento contributivo que les permita el acceso a nuestro sistema de salud, situación que a su vez impactaría negativamente los recursos que nuestra Institución percibe del FODESAF por este concepto, al verse reducida significativamente la población asegurada, lo cual va en contra de los esfuerzos que en materia de sostenibilidad financiera se persiguen, con el agravante que al final dichas personas terminarían siempre siendo atendidas en los servicios de Salud

⁶ A modo de ejemplo tenemos que el objetivo del Decreto 38954-MTSS-MDHIS-MIDPLAN, con el cual se crea la Estrategia Puente al Desarrollo, tiene como objetivo priorizar la atención de las personas en condición de pobreza y pobreza extrema en los 75 distritos con mayores índices de pobreza, sin embargo, hay una parte de esta población que no se encuentran en los distritos indicados, los cuales quedarían sin protección de este beneficio al no contar con la calificación de los cogestores sociales, que estarán bajo la coordinación del IMAS.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

de la CCSS pero esta vez ya no como Asegurados por el Estado sino como no asegurados o en el peor de los casos, con cargo al Seguro de Salud al haber perdido éstos su condición original.

Ello sin considerar otros aspectos tales como que adicionalmente la Caja perdería por completo el control de las bases de datos que de dicha población actualmente se manejan a nivel institucional, quedando a expensas del IMAS para el envío oportuno de la información para el cálculo del costo correspondiente al FODESAF, situación en la cual la Caja no tendría mayor control ni mecanismos para obligar a esa instancia al envío de la misma, así como tampoco de la información – calificación de los casos de los solicitantes para ser incluidos en nuestros sistemas, aspecto que lleva a preguntar si dicha situación no más bien resultaría en un perjuicio para el usuario quien ahora deberá más bien moverse entre dos instituciones para que le resuelvan su solicitud, en lugar de una sola.

En síntesis, el suscrito ha considerado importante externar esta inquietud como parte de los comentarios al presente informe, toda vez que se trata de un asunto que si bien no se cita expresamente dentro del mismo, sin lugar a dudas el mismo tiene una incidencia directa sobre los esfuerzos que en esta materia deben efectuarse como resultado de las recomendaciones insertas, externando a su vez nuestra posición de continuar adelante con la atención de las mismas procurando en todo momento y dentro del ámbito de nuestras competencias, armonizar los esfuerzos que en materia de sostenibilidad financiera y simplificación de trámites y mejora regulatoria se vienen gestando dentro de la institución en materia de Aseguramiento por el Estado”.

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

Licda. Mayela Castro Sandoval
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Licda. Elsa Valverde Gutiérrez
JEFE SUBÁREA

Lic. Randall Jiménez Saborío
JEFE

Lic. Ronny Villalobos Hidalgo
ASESOR LEGAL

RJS/EVG/MCS/lba