

Informe a la Junta Directiva para la atención del artículo 10º de la sesión N° 9072 del 19 de diciembre del 2019

Elaborado por:

MSc. Carolina González Gaitán.

Licda. Evelyn Guzmán Solano.

Mediante el presente informe se atiende lo solicitado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en el artículo 10º de la sesión N° 9072 celebrada el 19 de diciembre del año 2019, en relación con oficio sin número del Sr. Rodrigo Arias López con fecha 16 de diciembre del 2019. Lo acordado por ese Órgano Colegiado es lo siguiente:

“Trasladar a la Gerencia General y a la Dirección Actuarial para que investigue lo expuesto, brinde un informe a la Junta Directiva y una propuesta para dar respuesta a esta nota, a más tardar en el mes de febrero de 2020.”

Al respecto, se remite a la Dirección Actuarial y Económica el oficio SJD-0154-2020 del 28 de enero del 2020 de la Secretaría de Junta Directiva, así como el oficio GG-0236-2020 del 3 de febrero de la Gerencia General, en los cuales se instruye a esta Dirección la elaboración del informe solicitado por la Junta Directiva, para lo cual se adjunta el oficio sin número del Sr. Arias López.

En el oficio del Sr. Arias se hace referencia a aspectos asociados con el Seguro de Salud, su informe de valuación actuarial con corte al 2017 y otros aspectos relacionados con el financiamiento de dicho seguro, para lo cual, el Sr. Arias realiza 4 solicitudes específicas dirigidas a la Junta Directiva y que se mencionan a continuación:

Primero. Se solicita a esa Junta Directiva *“detener el maquillaje en los estudios actuariales del seguro de salud, trasladar esa función actuarial al Departamento Actuarial de la Dirección Actuarial y Económica y ordenar que se realice un nuevo estudio actuarial conforme el artículo 42 de la Ley 17.”*

Segundo. Se solicita a esa Junta Directiva *“proceder a cobrar al Estado lo que ordenan las siguientes leyes:”* Ley N° 5349 en sus artículos 1, 2 y 7, Ley N° 5905 en su artículo 2 y Ley N° 17 en sus artículos 3, 22 y 23.

Tercero. Se solicita a esa Junta Directiva *“proceder de conformidad a lo ordenado por los artículos 32, 42 y 43 de la Ley 17; es decir, determinar la forma como se divide la prima de 25,16% sobre los salarios que la CCSS recauda de acuerdo con la Ley N° 17, en el caso de los trabajadores asalariados. De conformidad con el Cuadro 51 actualizado conforme a lo solicitado en el punto Primero de esta nota, la tarifa que resulte para el caso de los asalariados es la parte que le corresponde al Régimen de Reparto (seguro de salud) y el remanente le pertenece al Régimen de Capitalización (Seguro de Invalidez Vejez y Muerte).”*

Cuarto. Se solicita a esa Junta Directiva *“que se ordene al Presidente Ejecutivo Sr. Román Macaya Hayes trasladar a esa Junta Directiva mi oficio de fecha 8 de agosto de 2018, reiterado el 4 de octubre de 2019, incluyendo el expediente completo. Esto para lo correspondiente a los puntos 2) y 3) de la petitoria. Adjunto copia como prueba de dichas solicitudes a la Presidencia Ejecutiva.”*

De esta forma, en el presente informe se analiza lo expuesto en el oficio del Sr. Arias López, para cada una de las solicitudes planteadas.

Primero. Se solicita a esa Junta Directiva *“detener el maquillaje en los estudios actuariales del seguro de salud, trasladar esa función actuarial al Departamento Actuarial de la Dirección Actuarial y Económica y ordenar que se realice un nuevo estudio actuarial conforme el artículo 42 de la Ley 17.”*

En primera instancia, es prudente indicar que por parte de la Dirección Actuarial y Económica no es recibido el calificativo utilizado por el Sr. Arias en relación con un “maquillaje” en los estudios actuariales del Seguro de Salud.

Lo anterior obedece a que, en estudios de naturaleza técnica, como es el caso de las valuaciones actuariales, la diferencia de criterios profesionales es un factor que puede presentarse, y en este

caso particular, de un criterio también de índole jurídica, tema que no le corresponde a esta Dirección.

Aclarado lo anterior, se procede a analizar lo solicitado por el Sr. Arias López en el punto “Primero”, en el cual se indican cuatro argumentos para sustentar lo solicitado, los cuales se analizan en forma separada a continuación:

A) “Incorrecta selección de las hipótesis de crecimiento de los gastos.”

En primera instancia, no se considera pertinente valorar la bondad de una proyección con una simple tendencia del pasado, como si las proyecciones se basaran en una réplica del pasado sin aportar nada novedoso e importante respecto a las perspectivas futuras en la economía, demografía, entre otros.

Las proyecciones de la valuación actuarial del Seguro de Salud, consideran la estructura demográfica actual y la evolución de la misma en el tiempo, así como los cambios en la demanda de los servicios de salud de la población y la evolución de sus costos, y los gastos de operación de las nuevas obras de infraestructura, de la misma forma se considera las perspectivas de empleo y el incremento de los salarios, entre otros, razones por las cuales a futuro se proyecta que la tasa crecimiento de ingreso va a tender a decrecer y la del gasto a crecer.

En efecto, la reducción en el crecimiento de los ingresos se ve afectada por la reducción de las nuevas generaciones de población económicamente activa, los altos niveles de desempleo, bajas tasas de incrementos salariales, el aumento de la población pensionada al presentarse una disminución del ingreso por contribuciones de esta población con respecto a su anterior condición de asegurados activos, entre otros aspectos asociados con la dependencia de los ingresos por contribuciones. Estas condiciones demográficas y económicas, tendrán una mayor repercusión en el futuro, por lo cual la tendencia global del ingreso a futuro, bajo las condiciones actuales de financiamiento, tendrá un crecimiento menor y desacelerado.

Por el lado de los gastos, la tendencia obtenida puede obedecer a diferentes aspectos como por ejemplo a que el portafolio de proyectos de inversión del Seguro tiene asociada una serie de gastos adicionales nuevos y es un portafolio de los más grandes que ha tenido el seguro en los últimos años. Además, el envejecimiento de la población provoca presión en el gasto, pues como se indicó

en el estudio de la valuación actuarial, el gasto de la población adulta mayor se incrementa aproximadamente 5 veces al cabo de los 15 años de proyección, ocasionado por la frecuencia de uso de los servicios de salud de una población adulta mayor cada vez más grande.

En conclusión, carece de argumentos hablar de “una incorrecta selección de hipótesis” al realizar una sencilla comparación de tendencias, sin considerar que los aspectos señalados en el párrafo anterior inciden en forma directa sobre la proyección de los ingresos y gastos del Seguro de Salud que se realizan en el informe de la valuación actuarial. En efecto, el Sr. Arias nunca indica en cuál o cuáles de las más de 50 variables que tiene el modelo podría haber un error en la selección de hipótesis.

Por otro lado, dentro de las varias fuentes de información disponibles, el Sr. Arias hace la comparación con los Estados Financieros, cuya principal característica, según la *Norma Internacional de Contabilidad 1 (NIC 1): “Presentación de los Estados Financieros”*, es que las partidas que se registran cumplen con la hipótesis del devengo, por ejemplo, en los Estados Financieros se encuentran cuentas de ingresos que no tienen una contrapartida de efectivo, este es el caso de algunas de las obligaciones del Estado, situación que puede provocar una sobreestimación de los ingresos. En este tipo de cuentas, también es común el registro de sumas de periodos anteriores, lo cual afecta el cálculo de los incrementos de un año respecto al anterior.

Por esta misma razón, en el caso que se desee comparar los resultados de la valuación actuarial del Seguro de Salud con los Estados Financieros, lo ideal sería comparar con la proyección de ingresos reglamentarios que considera la totalidad de los ingresos por cuotas patronales y del Estado, sin embargo, la comparación del Sr. Arias es con los ingresos efectivos.

Adicionalmente, en la *Normas Internacionales de Contabilidad 7 (NIC 7): “Estados de Flujos de Efectivo”*, se refiere a la importancia de los flujos de efectivo, pues es la principal fuente de ingresos ordinarios, y además suministra información para evaluar los cambios en los activos netos, su estructura financiera (incluyendo su liquidez y solvencia) y su capacidad para modificar los importes. En particular, para el Seguro de Salud se tienen otras partidas como materiales y suministros de inventario, que no son consideradas en un flujo de efectivo. La Institución para ambos seguros, cuenta con el instrumento financiero asociado con las **liquidaciones presupuestarias**, las cuales reflejan de una mejor manera los ingresos y gastos del Seguro de Salud al cierre de cada año, a estas simplemente se les excluyen las cuentas asociadas a recursos de

vigencias anteriores y la compra de activos financieros, para el caso de ingresos y gastos, respectivamente.

B) “Ausencia de proyección de las reservas del seguro.”

Es importante recordar que el sistema de financiamiento del Seguro de Salud, es el reparto, de conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la Ley Constitutiva de la CCSS, es decir, que los ingresos del período son para financiar los gastos de ese mismo año. En la práctica, esa igualdad probablemente no llega a suceder y se acumulan excedentes, por lo que tiene una gran importancia a nivel de evaluar la sostenibilidad del sistema, el momento donde se empiezan a dar diferencias de ingreso-gasto negativas, debidas a cambios estructurales, ya sea en la población o en el funcionamiento de la economía. En un seguro donde su sistema de financiamiento no considera la acumulación de grandes reservas, la ruina ocurre ante la insuficiencia de ingresos corrientes.

Por otro lado, es prudente indicar que los excedentes que el Seguro de Salud ha venido presentando, los ha utilizado básicamente en 4 vías:

1. La existencia de provisiones de uso particular para programas de salud, tal es el caso de fertilización in vitro, paternidad responsable, Ley del Tabaco, garantías ambientales, entre otras. Los recursos ahí acumulados no pueden usarse para otros fines.
2. Provisiones operativas, tal es el caso de la reserva de las sumas de dinero que en el corto plazo se pagarán por concepto de aguinaldos, salario escolar, entre otros.
3. La reserva de contingencia, que tiene como finalidad poder ser utilizada en caso de algún evento no esperado, como puede ser emergencias por desastres naturales, epidemias, entre otros.
4. Las provisiones más representativas, son las asociadas al financiamiento de nueva infraestructura. En este caso actualmente están separadas en dos: Fideicomiso y Financiamiento de nueva infraestructura. Como es evidente por su nombre, estos dineros tienen la finalidad de financiar los costos de inversión de la construcción de nueva infraestructura o la sustitución de infraestructura deteriorada por el paso del tiempo.

Estas provisiones para infraestructura son particularmente importantes en un Seguro de Salud, pues seguido del recurso humano, las edificaciones hospitalarias, clínicas y EBAIS son la base de los servicios de salud. Y como parte de una buena planificación que toma en cuenta la evolución demográfica, la red de infraestructura del Seguro de Salud debe ampliarse, y planificar la sustitución de las existentes. Es por eso por lo que actualmente se tiene un portafolio de proyectos de inversión en infraestructura de 182 proyectos, con un costo aproximado de inversión de más de 1.2 billones de colones.

Ante esta lógica de funcionamiento del Seguro de Salud, y con el fin de generar información útil para la toma de decisiones, en el estudio “Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017” se procedió a realizar una evaluación de la suficiencia de las provisiones de infraestructura para llevar adelante el portafolio de proyectos actual.

En efecto, en el informe de la valuación actuarial se observa que los proyectos que se encuentran en etapa de ejecución y contratación (escenario base) pueden ser financiados totalmente con las provisiones actuales destinadas para tal fin. Por su parte, que para el financiamiento del total de los 182 proyectos (escenario 4), la suficiencia de las provisiones es la que se muestra en los cuadros 52 y 53 (página 114 de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017). De manera adicional, en la “Adenda a la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017” se incluyó el ejercicio de acumular los excedentes de las diferencias ingreso- gasto, bajo el supuesto de dejar de construir nueva infraestructura.

Por lo anterior, el ejercicio hecho por el Sr. Arias de acumular las diferencias de ingresos gastos (capitalizar una reserva como ocurre en los seguros de pensiones), y sin considerar los gastos en proyectos de inversión e infraestructura, no es la práctica en el caso del Seguro de Salud.

C) “Tarifas del Cuadro N° 51 erróneas.”

Las tarifas calculadas en el cuadro 51 de la Valuación Actuarial, corresponden al cociente Gastos/ masa de ingresos. En el caso de los asalariados, para el año 2018 el gasto corresponde a 778,196 millones de colones, este gasto incluye: hospitalización, consulta externa, consulta en áreas de salud, odontología, medicina de empresa, subsidios y otras prestaciones (licencia por maternidad,

incapacidad, fase terminal, licencia menor grave, licencia extraordinaria, gastos funerarios). Estos últimos, son los gastos que se incluyen en global (sin separar por modalidad) en el cuadro 87. Por lo cual, para el año 2018 la tarifa para asalariados es de 7.11% como se indica en el estudio.

D) “En el informe no se incluyen los ingresos según condición de aseguramiento como puede observarse en los cuadros del 80 al 86, solamente se incluye la masa salarial cotizable; como consecuencia, tampoco se realiza el balance según condición de aseguramiento: Ingresos – gastos, con lo cual, no se le informa a esa Junta Directiva lo que debe cobrar al Estado por aplicación de la Ley 5349 (Artículos 1, 2 y 7), Ley 7374 (Artículos 6, 7, 8 y 9), Ley 5905 (Artículo 2, párrafo final). Y Ley 17 (Artículos 3, 22 y 23). Por la misma razón, no se informa a la Junta Directiva la forma como se debe repartir la prima de 25,16% sobre los salarios que la CCSS recauda por aplicación de la Ley 17, de conformidad con el artículo 32 de dicha Ley. Por consiguiente, no se reporta a la Junta Directiva la prima que debe trasladar al Régimen de Capitalización (Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte).”

En relación con los aspectos que menciona el Sr. Arias, es importante destacar que en la página 17 del informe de la “*Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017*”, se indica lo relacionado con este tema. Al respecto, se menciona lo establecido en el oficio DJ-1820-2015, en relación con la procedencia de “*determinar balances entre ingresos y gastos o costos derivados de las prestaciones de servicios de salud, según modalidad de aseguramiento, a saber: trabajadores independientes, asegurados voluntarios, convenios especiales, asalariados y pensionados; así como registrar cuentas por cobrar para cada segmento y que en caso de que se determine algún déficit relativo a alguna de estas poblaciones, se proceda a cobrar al Estado la suma correspondiente.*” Al respecto, el criterio de la Dirección Jurídica establece en lo que interesa lo siguiente:

“...se observa que tal y como lo señala el consultante las recomendaciones que externa la Auditoría no solo implicaría 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.”

Adicionalmente y para mayor claridad en relación con la normativa asociada con las diversas poblaciones cubiertas por el Seguro de Salud y su aplicación en el financiamiento de dicho seguro; se realiza consulta adicional a la Dirección Jurídica, la cual mediante oficio DJ-0431-2017 establece lo siguiente:

“...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 (...) y el Régimen de Pensiones o Capitalización Colectiva.”

Por otro lado, al consultar que si las modalidades de aseguramiento de asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios, pensionados, asegurados por Cuenta del Estado, etc., se pueden conceptualizar como regímenes, y por tanto darles el alcance que indica la Ley Constitutiva, en el sentido de no permitir transferencias entre regímenes, la Dirección Jurídica en el mismo oficio señala que:

“...desde el punto de vista legal las modalidades 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.”

Segundo. Se solicita a esa Junta Directiva “proceder a cobrar al Estado lo que ordenan las siguientes leyes:” Ley N° 5349 en sus artículos 1, 2 y 7, Ley N° 5905 en su artículo 2 y Ley N° 17 en sus artículos 3, 22 y 23.

En relación con esta petitoria realizada por el Sr. Arias, es importante indicar que la toma de tales decisiones no corresponde a una competencia de la Dirección Actuarial y Económica. Adicionalmente, la toma de tales decisiones se basa en aspectos de índole jurídico, para la cual puede requerirse de un criterio jurídico que pueda contribuir en la toma de decisiones por parte de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La práctica por parte de la Dirección Actuarial y Económica en la elaboración de los diferentes análisis y estudios actuariales ha sido que se consideren los lineamientos que se tengan establecidos a nivel institucional y con base en ellos proceder con las cuantificaciones y análisis que correspondan.

Al respecto, en relación con los lineamientos en los cuales se basó la elaboración del informe de la “*Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017*”, se procede a reiterar lo indicado en la respuesta del inciso D) de la primera solicitud del Sr. Arias a la Junta Directiva, en donde se indica que dicho informe se basó en criterios jurídicos emitidos mediante oficios DJ-1820-2015 y DJ-0431-2017 de la Dirección Jurídica de la CCSS, en relación con la procedencia de determinar balances entre ingresos y gastos o costos derivados de las prestaciones de servicios de salud, según modalidad de aseguramiento, así como registrar cuentas por cobrar para cada segmento y que en caso de que se determine algún déficit relativo a alguna de estas poblaciones, se proceda a cobrar al Estado la suma correspondiente.

Tercero. Se solicita a esa Junta Directiva proceder de conformidad a lo ordenado por los artículos 32, 42 y 43 de la Ley 17; es decir, determinar la forma como se divide la prima de 25,16% sobre los salarios que la CCSS recauda de acuerdo con la Ley N° 17, en el caso de los trabajadores asalariados. De conformidad con el Cuadro 51 actualizado conforme a lo solicitado en el punto Primero de esta nota, la tarifa que resulte para el caso de los asalariados es la parte que le corresponde al Régimen de Reparto (seguro de salud) y el remanente le pertenece al Régimen de Capitalización (Seguro de Invalidez Vejez y Muerte).

Al igual que en la respuesta citada anteriormente, esta solicitud del Sr. Arias implica la toma de tales decisiones que no corresponden a una competencia de la Dirección Actuarial y Económica. Adicionalmente, la toma de tales decisiones se basa en aspectos de índole jurídico, para la cual puede requerirse de un criterio jurídico que pueda contribuir en la toma de decisiones por parte de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

De nuevo, la práctica en la elaboración de los diferentes análisis y estudios de la Dirección Actuarial y Económica, ha sido que se consideren los lineamientos que se tengan establecidos a nivel institucional y con base en ellos proceder con las cuantificaciones y análisis que correspondan. En

el caso de la “*Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017*”, se basó en criterios jurídicos emitidos mediante oficios DJ-1820-2015 y DJ-0431-2017 de la Dirección Jurídica de la CCSS.

Cuarto. Se solicita a esa Junta Directiva que se ordene al Presidente Ejecutivo Sr. Román Macaya Hayes trasladar a esa Junta Directiva mi oficio de fecha 8 de agosto de 2018, reiterado el 4 de octubre de 2019, incluyendo el expediente completo. Esto para lo correspondiente a los puntos 2) y 3) de la petitoria. Adjunto copia como prueba de dichas solicitudes a la Presidencia Ejecutiva.

Se pudo observar que el oficio de fecha 8 de agosto del 2018 al que hace referencia el Sr. Arias en esta solicitud, fue dirigido por el mismo Sr. Arias al Presidente Ejecutivo, Dr. Román Macaya Hayes, con copia a los miembros de Junta Directiva, por lo que se presume que ya inicialmente tuvo que haberse remitido dicho oficio a ese Órgano Colegiado.

Por otro lado, los puntos 2) y 3) de la petitoria de dicho oficio del 8 de agosto del 2018, tienen relación con lo indicado en las solicitudes segunda y tercera que se atienden mediante el presente informe, para lo cual se reiteran las respuestas mencionadas anteriormente para tales solicitudes, en relación con que tales solicitudes se basan en decisiones que no son competencia de la Dirección Actuarial y Económica y que además, tales decisiones involucran aspectos de índole jurídico, para lo cual puede requerirse de un criterio jurídico que pueda contribuir en la toma de decisiones por parte de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.