

---

*Caja Costarricense de Seguro Social*  
*Presidencia Ejecutiva*  
*Dirección Actuarial y de Planificación Económica*

---

*VALORACIÓN ACTUARIAL*  
*DEL SEGURO DE SALUD*  
*2005*

*Walter Calderón Sánchez*

*Julio 2006*

# INDICE

CONTENIDO	NÚMERO PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. SEGURO DE SALUD	2
2.1 Financiamiento	3
2.2 Estructura de las Prestaciones	4
III. PROYECCIONES	6
3.1 Hipótesis Demográficas	7
3.2 Hipótesis Económicas	8
3.2.1 Tasa de Inflación	8
3.2.2 Tasa de Desempleo	9
3.2.3 Aumento en por ciento de los Salarios	9
3.2.4 Aumento por ciento de los montos de Pensiones	9
3.2.5 Intereses	10
3.2.6 Costo Unitario por Consulta	10
3.2.7 Costo Unitario por Estancia	10
3.2.8 Costo Unitario por Subsidio	11
3.3 Hipótesis Programáticas	11
3.3.1 Tasa Afiliación de la Fuerza Ocupada	11
3.3.2 Tasa de Crecimiento de Pensionados	12
3.3.3 Tasa Efectiva de Recaudación	12
3.3.4 Tasa Efectiva de Recaudación sobre Montos de Pensiones	13
3.3.5 Consulta Externa	13
3.3.6 Hospitalización	13
3.3.7 Subsidios: Días de Incapacidad por afiliado	13
3.3.8 Fondo de Mutualidad	14
3.3.9 Otros Costos, Prestaciones en Dinero	14
3.3.10 Costo de Administración	14
3.3.11 Servicios de Salud Externos	15

<b>CONTENIDO</b>	<b>NÚMERO PÁGINA</b>
3.3.12 Otros Gastos	15
3.3.13 Egresos de Inversión	16
3.3.14 Otros Ingresos	16
3.3.15 Ingresos de Capital	17
<b>IV. FONDO DE RESERVA</b>	<b>17</b>
<b>V. RESULTADO DE LAS PROYECCIONES</b>	<b>19</b>
5.1 Ingreos y Egresos	19
5.2 Costo de Operación en por ciento de los Salarios	19
<b>VI. OBSERVACIONES</b>	<b>20</b>
6.1 Gasto de Operación	20
6.2 Ingresos y Egresos	21
6.3 Asegurados por el Estado	22
<b>VII. CONCLUSIONES</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS</b>	

# VALORACION ACTUARIAL DEL SEGURO DE SALUD

---

## I. INTRODUCCIÓN.

Las valoraciones actuariales tienen el propósito de examinar la situación actual de un modelo y su comportamiento en los años siguientes. Para ello, se contempla el efecto que tienen las distintas variables que lo conforman.

Los análisis actuariales son de gran importancia porque dan sustento a la toma de decisiones, no obstante, las estimaciones que se realizan pierden su utilidad conforme transcurre el tiempo debido, principalmente a los cambios del entorno, lo que hace necesario efectuar revisiones periódicas para que guarden un mayor grado de confianza.

La presente valoración corresponde al Seguro de Salud en la cual se considera el tema del financiamiento, los gastos de operación y los gastos de inversión. La metodología empleada, que tiene como base la técnica actuarial, procura un manejo de cifras de fácil comprensión.

El Seguro de Salud utiliza un modelo financiero que está determinado por el artículo 33 de la Ley Constitutiva manteniendo una reserva en activos financieros para prevenir situaciones imprevistas o no controlables del entorno.

Para efectuar los cálculos de las cifras estimadas, se contemplan variables de tipo demográfico, económicas y programáticas; éstas últimas propias del funcionamiento de la Institución. Mediante una serie de supuestos sobre tales variables, se determinan los costos

de las prestaciones y los recursos financieros esperados, proyectándolos para el período 2006-2010.

El análisis involucra las áreas de ingresos y de los egresos. Desde el punto de vista de los ingresos, se contemplan; el ingresos por contribuciones, los ingresos por intereses, otros ingresos (alquileres, multas, servicios de salud a particulares y otros) e ingresos de capital.

Desde el punto de vista de los egresos; se incluyen los costos de operación y los egresos de inversión.

## **II. SEGURO DE SALUD**

El Seguro de Salud es creado mediante la ley N° 17, del 1° de noviembre de 1941, la cual fue reformada con la ley N° 17 del 22 de octubre de 1943 y comprende los riesgos de enfermedad y maternidad.

Es un seguro público, universal y solidario, responsable de la atención universal de los servicios de salud, dirigida a todos los habitantes del país, según las disposiciones establecidas en el marco normativo.

Este seguro tiene como sistema de financiamiento la contribución tripartita y la prestación de servicios comprende la atención integral de la salud, las prestaciones en dinero y las prestaciones sociales.

El modelo utilizado por este Seguro es de Reparto Simple Modificado, caracterizado por la distribución de los recursos disponibles en la atención de las necesidades de la salud de la población así como de proveer márgenes de seguridad, por medio del establecimiento de reservas, las cuales tienen como objetivo

evitar las fuertes presiones que sobre el gasto pueda ejercer el mantenimiento y mejoras en la capacidad instalada, atender los compromisos y prever ciertas contingencias.

## 2.1. Financiamiento.

El sistema de financiamiento del Seguro de Salud se sustenta en la contribución forzosa de los asegurados, de patronos particulares, del Estado y de las otras entidades de Derecho Público, cuando aquel o éstas actúen como patronos y, además con las rentas provenientes del Estado para el pago de las obligaciones Estatales. De acuerdo con la modalidad de cotización están: los asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, los trabajadores independientes, voluntarios y los protegidos por el Estado.

Las cuotas sobre los salarios cotizables son:

Trabajadores	5.50%
Patronos	9.25%
Estado como Tal	0.25%
<b>Total</b>	<b>15.00%</b>

Para los pensionados rigen las primas siguientes:

Pensionados	5.00%
Régimen que otorga la pensión	8.75%
Estado como Tal	0.25%
<b>Total</b>	<b>14.00%</b>

Para los trabajadores Independientes y Convenios:

Cuota Global	10.00%
Estado como Tal	0.25%
<b>Total</b>	<b>10.25%</b>

Para los Asegurados por el Estado e Internos en Centros Penales:

Cuota Global	13.75%
Estado como Tal	0.25%
<b>Total</b>	<b>14.00%</b>

En complemento a los ingresos corrientes se tienen los ingresos de capital, lo que permite visualizar la totalidad de ingresos. Los ingresos de capital pueden incluir la recuperación de colocaciones, venta de activos, financiamiento externo y la recuperación de préstamos.

## 2.2. Estructura de las Prestaciones.

La Caja, por medio del Seguro de Salud, otorga las siguientes prestaciones a los asegurados directos y a sus familiares:

- Atención Integral de la Salud
- Prestaciones en Dinero
- Prestaciones Sociales

La atención integral de la salud incluye:

- Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Asistencia médica especializada y quirúrgica.
- Asistencia ambulatoria y hospitalaria.
- Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos.
- Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete.
- Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.
- Asistencia social, individual y familiar.

Las prestaciones en dinero comprenden:

- Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia.
- Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos.
- Ayuda económica para traslados y hospedajes.
- Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge o compañero.
- Ayuda económica por concepto de libre elección médica.

Las prestaciones sociales tienen como propósito atender necesidades de orden social relacionadas con la salud integral y comprenden:

- Fomento de la participación social.
- Convenio de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada, relacionada con la atención integral de la salud.
- Derechos durante la cesantía.
- Extensión de la protección asistencial, en caso de haberse superado los plazos de conservación de derechos, y la enfermedad implique riesgos humanos.

Pago al Seguro de Pensiones, de las cuotas derivadas del subsidio por concepto de licencia por maternidad

La Cobertura según modalidad de aseguramiento está definida de la siguiente forma:

**Asegurados Directos:**

- Los trabajadores asalariados.
- Los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales.
- Las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado.
- Las personas que individual o colectivamente se acojan al seguro bajo la modalidad de Trabajador Independiente o Seguro Voluntario.

**Asegurados Familiares:**

El o la cónyuge, la compañera o el compañero, hijos, hermanos, padre, madre, y otros menores, que dependan económicamente del asegurado directo.

### **III. PROYECCIONES**

Las proyecciones que presentamos en este informe, se sustentan en un conjunto de hipótesis acerca del comportamiento futuro de una serie de variables que determinan los ingresos y los gastos de este seguro.

Antes de plantear las hipótesis, todas y cada una de las variables fueron cuidadosamente analizadas, de forma que sean razonables en su aplicación.

Las hipótesis se han clasificado en tres categorías:

- a) Demográficas
- b) Económicas
- c) Programáticas

Las dos primeras categorías se refieren a parámetros sobre los cuales la Caja no puede ejercer mayor control ya que ellas responden a eventos del entorno.

La tercera categoría considera los parámetros directamente relacionados con la Institución, en su estructura y en su administración, lo que permite ejercer un mayor control sobre su comportamiento.

Seguidamente se describen las hipótesis así como el criterio utilizado para su estimación.

### **3.1. Hipótesis Demográficas.**

Los datos de población son tomados de "Costa Rica: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025, Fascículo F./C.R. (Celade), 1º de enero de 1988", hasta 1984. De 1985 a 1989, se utiliza la fuente "Proyecciones de Población 1985 - 2050", Dirección Actuarial y de Planificación Económica, julio 1994, y a partir de 1990 se utiliza la fuente " Estimación y Proyecciones de Población por Sexo y Edad; Período 1990-2080" elaborada por la Dirección Actuarial en octubre del 2002.

Los datos de la población económicamente activa se toman del documento " Costa Rica, Estimación y Proyección de Población Económicamente Activa, Período 1990-2080" , elaborado por la Dirección Actuarial, en octubre del 2002.

Finalmente, sobre la población afiliada, tanto los asegurados directos activos como los beneficiarios, los datos se obtienen de la publicación "Población Nacional por Condición de Aseguramiento en el Seguro de Salud", elaborada por la Sección de Análisis Demográfico de la Dirección Actuarial y Planificación Económica, período 1950-2002, de marzo del 2006.

### **3.2 Hipótesis Económicas.**

A continuación se explican los criterios utilizados para la estimación de cada una de las variables empleadas. El detalle cuantitativo se presenta en el cuadro N° 3.

#### **3.2.1 Tasa de inflación.**

Esta variable presenta un comportamiento entre un 10% y un 12% desde el año 1997 con una tendencia decreciente, sin embargo en el año 2004 y el 2005 presenta un valor fuera de la tendencia y de los pronósticos esperados por el sistema económico. Considerando que se siga manteniendo la política de control sobre esta variable, se proyecta una inflación del 11%, para el período de proyección.

#### **3.2.2 Tasa de Desempleo.**

Esta tasa es empleada para determinar la fuerza Ocupada. Dado que la situación económica que presenta el país continúa como en años anteriores, en

el período de proyección se emplea la tasa ocurrida en el año 2005 de 6.7%.

### **3.2.3 Aumento en por ciento de los salarios.**

Para efectos de la estimación del crecimiento de los salarios a partir del 2006, se consideró una tasa del 13.30%. Esta tasa se conforma de la sumatoria del valor de inflación de cada período más (2.30) los puntos porcentuales que se derivan de la relación de ambas variables en el periodo 2001/2005.

La aplicación de este porcentaje al salario promedio de cada año, permite obtener una de las variables que conforma la masa salarial.

### **3.2.4 Aumento en por ciento de los montos de Pensiones.**

En lo referente a los montos de pensión promedio sobre los cuales se cotiza al Seguro de Salud, para el periodo proyectado, se utilizó un crecimiento 12.41%. Esta tasa se conforma de la sumatoria del valor de inflación de cada período más (1,41) los puntos porcentuales que se derivan de la relación de ambas variables en el período 2001/2005, mediante el cálculo del promedio simple.

### **3.2.5 Intereses.**

Los intereses obtenidos en el año 2005 corresponden a las rentas percibidas en función de los montos de inversión del Seguro de Salud. Para determinar el monto de intereses, en el período de proyección, se

aplicó la tasa de participación observada en el año 2005 (monto de intereses respecto a los ingresos efectivos), la cual fue de 1.88%.

### **3.2.6 Costo Unitario por Consulta.**

El costo unitario de la consulta se obtiene de la relación costo total (afectado por el índice de precios y el nivel salarial) y el número de consultas totales (determinado por la demanda y la capacidad instalada). Para efectos de proyección se utiliza la tasa promedio del crecimiento del costo unitario, observada en el período 97/2005, de un 12.74%.

### **3.2.7 Costo Unitario por Estancia.**

El costo unitario de la estancia se obtiene de la relación costo total (afectada por el índice de precios y el nivel salarial), y el número de estancias por habitante (determinadas por la demanda y la capacidad instalada). Para efectos de proyección del costo unitario, se aplicó una tasa de crecimiento del 15.74%, observada en el año 2000, considerando que la tasa de inflación sea de un 11%.

### **3.2.8 Costo Unitario por Subsidio**

El costo unitario del subsidio se obtiene de la relación costo total y número total de días otorgados. Para el período de proyección se aplica una tasa de

crecimiento del 13.01% observada en el período 2000/2005.

### **3.3. Hipótesis Programáticas.**

Las hipótesis programáticas adoptadas están orientadas de acuerdo con la forma en que, se presume, funcionará el Seguro de Salud en los aspectos de administración y estructura, durante el periodo 2006/2010.

En los cuadros N°4 y 4-1 se presentan las hipótesis programáticas y seguidamente se explica cómo se estimó cada una de ellas:

#### **3.3.1 Tasa afiliación de la fuerza ocupada.**

Para la presente evaluación se considera la revisión efectuada por la Sección de Análisis Demográfico en octubre del 2002, sobre las estimaciones de la población económicamente activa.

La tasa utilizada para el período de proyección se incrementa, a partir de la observada en el 2005, en 0.10 puntos porcentuales para el año 2006 y 2007, en 0.15 puntos porcentuales para el 2008 y luego 0.20 hasta el año 2010. Se espera una tendencia creciente como resultado de la aplicación de la Ley de Protección al Trabajador, al establecerse fuertes multas a la evasión contributiva y promoverse el aseguramiento de los trabajadores independientes.

#### **3.3.2 Tasa de crecimiento de pensionados.**

Para estimar la población total de pensionados se utiliza la tasa de crecimiento promedio 97/05 de

3.32%, la cual se deja constante para el período de proyección. Esta variable puede llegar a ser afectada por variaciones de la normativa institucional o por resoluciones de los Tribunales de Justicia.

### **3.3.3 Tasa efectiva de recaudación sobre los salarios e ingresos.**

Se obtiene al dividir los ingresos recibidos entre los ingresos reglamentarios de los trabajadores activos. Se aplica una tasa de 99.42%, observada en el período 2003/2005, la cual ha crecido como resultado de un mayor pago por parte del Ministerio de Hacienda en las obligaciones estatales con la Seguridad Social. El pendiente de pago corresponde a cuota patronal, cuota global de los Internos en Centros Penales y las cuotas complementarias de Trabajadores Independientes.

Para efectos de estimación en el período de proyección, se va a suponer que el Estado seguirá con el mismo comportamiento en el pago de sus obligaciones observado en el último año.

### **3.3.4 Tasa efectiva de recaudación sobre montos de pensiones.**

Se obtiene al dividir los ingresos recibidos entre los ingresos reglamentarios de los pensionados. Para efectos de estimación se utiliza la tasa observada en

el período 2003/2005 de 83.21%. Para efectos de proyección se mantiene la tasa indicada.

### **3.3.5 Consulta externa.**

El número de consultas ha estado creciendo desde el año 2000. Se mantiene este comportamiento para el período de proyección, lo cual se hace en forma sostenida, aplicando una tasa de 1.08% que corresponde a la mitad de la tasa del período 2005/2004.

### **3.3.6 Hospitalización.**

Se mantiene, para el período de proyección, el dato del número de estancias por habitante del año 2005 (0.3912), ya que esta variable tiene un comportamiento decreciente en los años 2004 y 2005.

### **3.3.7 Subsidios: Días de incapacidad por afiliado.**

El número de días de incapacidad por afiliado, presenta un comportamiento sostenido, debido principalmente a medidas de control aplicadas por la Institución. Se establece el supuesto que, las medidas de control continuaran durante el resto del periodo de estimación, por lo que se decidió aplicar el promedio de 5.28 días de incapacidad por afiliado directo, correspondiente al período 2001/2005.

### **3.3.8 Fondo de Mutualidad**

Este fondo se utiliza para el otorgamiento de un beneficio económico como ayuda por el sepelio de una persona asegurada, cónyuge, compañera o compañero.

Para efectuar la estimación, se mantiene la tasa de crecimiento observada en el período 2000/2005 de 6.17%

### **3.3.9 Otros costos, prestaciones en dinero.**

Corresponde a los gastos generados por diferentes programas dirigidos a los asegurados: incluye traslados, hospedajes y accesorios médicos. Para efectos de proyección, se utiliza la tasa de crecimiento promedio del año 2004, correspondiente a un 11.33%. El año 2005 presenta una situación particular la cual ha sido el pago de indemnizaciones judiciales, por un monto de 2.054,1 millones de colones.

### **3.3.10 Costo de administración.**

Corresponde al servicio logístico del sistema Financiero del Seguro de Salud brindado por las unidades administrativas de Oficinas Centrales y del Sistema de Sucursales. Incluye la Dirección y Administración Superior y los Servicios de Apoyo administrativo. Excluye la venta de servicios administrativos brindados a otras entidades y al Seguro de Pensiones.

Para efectos de proyección se aplica la tasa de crecimiento respecto a los ingresos efectivos, observada en el período 2002/2005 de 16.71%.

### **3.3.11 Servicios de salud externos.**

Corresponde al pago de servicios de salud externos tanto en el país como en el exterior. Los gastos generados por estos servicios presentan tasas de crecimiento, del año 1999 al 2000, que no son sostenibles en el tiempo. En el año 2004 presenta una tasa del 7.11% y en el 2005 de 7.96% lo que refleja una acción relevante de contracción del gasto.

Para efectos de proyección, se aplica una tasa de 12% observada en el período 2003/2005.

### **3.3.12 Otros Gastos.**

Incluye Docencia y Formación Profesional, Servicio de Mantenimiento, Producción y Talleres, Atención de Deudas por Intereses, Depreciación y Adquisiciones.

Para su proyección se utiliza una tasa de participación que se obtiene de la relación de otros gastos respecto al gasto en Servicios de Salud. Se utiliza la tasa de 6.19%, observada en el 2002/2005, para el período de proyección.

### **3.3.13 Egresos de Inversión.**

Los egresos de inversión, por su parte, incluyen los gastos en: maquinaria y equipo, adquisición de

terrenos, edificios, construcciones, préstamos, mejoras y servicio de la deuda.

Para el 2006 se utiliza la información del Proyecto de Presupuesto y para los demás años de la proyección se utiliza una tasa de participación sobre los ingresos efectivos de 1%. Del año 1997 al 2004, la Caja ha hecho un esfuerzo importante en esta área, sin embargo por seguridad de su sistema financiero, el nivel de egresos debe contraerse.

#### **3.3.14 Otros Ingresos**

Incluye ingresos por Servicios de Salud a Asegurados por el Estado, a particulares, venta de activos, alquileres, multas y remates. Para su proyección, se utiliza la tasa de participación respecto a las contribuciones, según la tasa observada en el año 2005 de 4.57%.

De los ingresos indicados, se llama la atención sobre el programa Asegurados por el Estado, cuyo financiamiento, a cargo de la Dirección general de Asignaciones Familiares, no se cumplido, lo que ha creado un desequilibrio financiero al Seguro de Salud.

#### **3.3.15 Ingresos de capital.**

Los ingresos de capital incluyen la recuperación de colocaciones, recuperación de préstamos, venta de activos, endeudamiento y transferencias de capital.

Para el 2006 se utiliza la información del Proyecto de Presupuesto y a partir del año 2007 se utiliza una tasa de participación sobre los ingresos efectivos de 1% de tal forma que el ingreso y el gasto sea el mismo, y por tanto que no comprometa ingresos de operación.

#### **IV. FONDOS DE RESERVA**

El propósito de mantener estos montos de reserva, es evitar las presiones que sobre el gasto puedan ejercer el mantenimiento y mejora de la capacidad instalada, la atención de deudas e inesperados desequilibrios financieros ante posibles contingencias.

Ante la necesidad de realizar las provisiones financieras y dar seguimiento a los montos que deben mantenerse en esos fondos de reserva, la Junta Directiva de la Institución aprobó en Sesión No 7796 del 2 de octubre de 2003, la Política de Endeudamiento del Seguro de Salud. En dicha política se incluye el establecimiento del método actuarial de financiamiento, los fondos de reserva pertinentes y las directrices generales en cuanto a endeudamiento.

Las reservas técnicas del Seguro de Salud corresponden a fondos de liquidez, contingencias, endeudamiento y mantenimiento de la capacidad instalada en la red de servicios de salud. Según el Oficio DAPE 552-2003, se estableció lo siguiente:

➤ **Fondo de Liquidez**

Este fondo de reserva se utiliza para atender los problemas de liquidez en los flujos de ingresos y gastos del ejercicio anual. El monto establecido fue ¢10.060.6 millones

➤ **Fondo de Reserva de Contingencias**

Este fondo de reserva tiene como propósito proteger al Seguro de Salud ante futuras desviaciones, que puedan presentarse tanto en los ingresos como en los egresos. El monto establecido fue ¢12.0 millones

➤ **Fondo Atención de Deudas**

El propósito de este fondo de reserva es proveer recursos para atender el pago de deudas o compromisos diferidos en el tiempo y constituye la base fundamental para definir la capacidad de endeudamiento del Seguro de Salud. El monto establecido fue ¢5.386.3 millones

➤ **Fondo para el Mantenimiento de la Capacidad Instalada**

El propósito de este fondo de reserva es proveer recursos de mediano plazo, para programar construcciones y equipamiento de los servicios de salud, ya sea mediante recursos propios o por vía del endeudamiento. El monto establecido fue ¢12.116.1 millones

Al cierre del año 2005, los Estados Financieros presentan las cifras indicadas anteriormente para cada reserva, lo que hace presumir que no han sido utilizadas y que los niveles de las reservas no han sido mejorados.

## **V. RESULTADO DE LAS PROYECCIONES.**

En esta sección expondremos en forma resumida, los resultados de las proyecciones de las operaciones del programa. Mayores detalles sobre las proyecciones pueden localizarse en los cuadros que se anexan al presente estudio.

### **5.1 Ingresos y Egresos.**

La información de los cuadros No. 12 y 13 nos indican de donde provienen los ingresos de operación y los de capital. Los egresos están conformados por el costo de operación y los egresos de inversión, destinados estos últimos al mejoramiento y ampliación de la planta física, adquisición de terrenos, reposición y adquisición de mobiliario y equipo.

De acuerdo con lo que se observa en las proyecciones, los ingresos de capital superan los egresos en el año 2006 en 11.942,5 m.c., según datos presupuestarios y a partir del 2007 se parte del criterio de que los gastos respondan a lo que se percibe como ingreso para evitar comprometer los ingresos de operación.

### **5.2 Costo de operación en porciento de los salarios.**

El cuadro No. 11 muestra las proyecciones del costo del programa del Seguro de Salud en términos porcentuales de los montos cotizables. En su elaboración nos sustentamos en la masa cotizable.

Según se observa, el costo de operación de los programas del Seguro de Salud en porcentos de la masa cotizable va de un 15.78 a un 16.29, en el período de proyección. En el cuadro No. 14 se puede observar que el porcentaje de cotización reglamentario es del 14.83%. Esto nos muestra el desfase que existe entre la prima del gasto y la prima establecida sobre

los montos cotizables, excluido el Programa de Asegurados por el Estado.

De acuerdo con lo anterior, puede notarse que el porcentaje de contribución es insuficiente para el nivel de gasto de operación. Este desfase en la contribución es sustentado con las otras fuentes de ingreso de este Seguro como son las rentas de inversión e ingresos no tributarios, sin embargo para el período de proyección estos son insuficientes. (cuadro No 13).

## VI. OBSERVACIONES.

### 6.1 Gasto de Operación

El gasto de operación está afectado por el rubro de los Ajustes. De acuerdo con el documento " Análisis Técnico de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales" existen ajustes que afectan notoriamente el resultado final del gasto y que el desconocimiento de su aplicación puede llevar a interpretaciones erróneas de los resultados finales. En el año 2005, los tipos de ajustes más relevantes fueron:

Tipo de Ajuste	Monto
Resultado Valuación de Existencias	¢8.030,7 millones
Traspaso a Costo e Inventario de Bodegas	(¢1.042,3) millones

La Valuación de Existencias se utiliza para la contabilización de las diferencias que resultan de la valoración, entre las existencias que traslada el Almacén General a otros centros y el costo promedio que automáticamente se aplica a los artículos existentes en el Almacén General. El ajuste por Costo e Inventario de Bodegas, registra los créditos para transferir a la cuenta Productos en Proceso, el monto de los

gastos mensuales de las Unidades de Producción, a través del asiento automático de Costos Industriales. Como podrá notarse estos casos de ajuste no corresponden a una salida de efectivo y por tanto el resultado final del gasto de operación está afectado por estos ajustes, por lo que sería necesario considerar si se desea establecer un déficit efectivo.

## 6.2 Ingresos y Egresos

De acuerdo con los resultados presentados en los cuadros números 12 y 13, el costo de operación es siempre mayor que los ingresos efectivos incluido el financiamiento proveniente de las rentas de inversión y de otros ingresos.

Es necesario indicar que, si el Gobierno cancelara sus obligaciones en cada período presupuestario con recursos líquidos sin incluir el Programa de Asegurados por el Estado, la situación financiera presentaría déficit en el período de proyección, según puede observarse en el siguiente cuadro.

AÑOS	TOTAL INGRESOS	TOTAL EGRESOS	INGRESO NETO
2006	550.145,5	550.554,4	-414,6
2007	639.024,3	641.947,0	-2.929,3
2008	742.469,5	748.448,0	-5.986,1
2009	862.914,8	872.547,1	-9.641,3
2010	983.330,2	1.016.239,4	-32.919,3

*Nota: cifras en millones de colones*

El rubro de ingresos incluye la fuente de financiamiento por contribuciones y otros ingresos, los egresos incluyen el gasto de operación.

## 6.3 Asegurados por el Estado

En lo que respecta al Programa Asegurados por el Estado, se darán dos datos de referencia que permiten mostrar la incidencia de la falta del pago de esta obligación:

Pendiente de pago 2004:        ¢25.149.4 millones  
Pendiente de Pago 2005:       ¢28.127.4 millones

Estos datos permiten concluir la necesidad imperante que tiene el sistema financiero del Seguro de Salud de los ingresos de este programa sean parte de la disponibilidad de recursos para atender las necesidades de salud de la población.

## **VII. CONCLUSIONES.**

- 1) De acuerdo con los resultados de la proyección de las variables que conforman el modelo actuarial del Seguro de Salud, se presenta una insuficiencia de recursos en cada uno de los años del período 2006-2010, debido que los ingresos crecen a una tasa promedio de 15.61% y los egresos de operación en 16.57%, lo cual explica en parte el desequilibrio financiero. La estrategia financiera debe procurar invertir esta situación para que así se garantice la sostenibilidad del sistema
  
- 2) En el area de los ingresos, las cuotas representan el 94 % de los ingresos efectivos y en el area de los egresos de operación, el gasto en servicios de consulta y estancias representan el 81% del gasto, situación que permite visualizar hacia donde dirigir las estrategias de mejoramiento en el Seguro de Salud.

- 3) El sistema financiero del Seguro de Salud requiere urgentemente el cumplimiento en el pago de cada uno de los sectores contribuyentes y en especial de la Dirección General de Asignaciones Familiares, en su Programa de Asegurados por el Estado, para " aliviar" temporalmente el estado de la situación financiera.
- 4) Los fondos de reserva que han sido creados mantienen los mismos montos desde su creación. Estos fondos pudieron alimentarse con la rentabilidad de la inversión lo cual no ha ocurrido lo que permite concluir que no han cumplido los principios técnico actuariales para su funcionamiento.
- 5) El gasto de operación indicado en el Cuadro No 10, tiene incluidos ajustes a partidas de registros contables que no significan una salida de efectivo, lo cual debe ser considerado en la determinación de un deficit efectivo.

# **ANEXOS**

## INDICE DE CUADROS

NOMBRE	No DE CUADRO
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Total de Afiliados: 1986-2010</b>	<b>1</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Salarios y Pensiones: 1986-2010</b>	<b>2</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Hipótesis Económicas: 2006-2010</b>	<b>3</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Hipótesis Programáticas: 2006-2010</b>	<b>4</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Hipótesis Programáticas:2006-2010</b>	<b>4-1</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud: Ingresos por Contribuciones de Activos y Pensionados: 1986-2010</b>	<b>5</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud: costo por consulta:1985-2008</b>	<b>6</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Costo por Hospitalización:1986-2010</b>	<b>7</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Prestaciones en Dinero: Costo por Subsidios:1986-2010</b>	<b>8</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Otras Prestaciones: 1986-2010</b>	<b>9</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Costo Operación del Régimen:1986-2010</b>	<b>10</b>

<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Costo Operación en porcentaje de la masa cotizante efectiva: 1986-2010</b>	<b>11</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Proyección de Ingresos y Egresos de Operación:2006-2010</b>	<b>12</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Proyección de Ingresos y Egresos de Operación y Capital: 2006-2010</b>	<b>13</b>
<b>Seguro de Salud, Estimación de Primas de Gasto y Cotización 2006-2010</b>	<b>14</b>