

---

***Caja Costarricense de Seguro Social  
Presidencia Ejecutiva  
Dirección Actuarial***

---

***VALORACIÓN ACTUARIAL  
DEL SEGURO DE SALUD  
2007***

*Walter Calderón Sánchez*

*Junio 2008*

# INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINA
<b>I. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>2</b>
<b>II. SEGURO DE SALUD</b>	<b>2</b>
<b>3.1. Hipótesis Demográficas.</b>	<b>7</b>
<b>3.2. Hipótesis Económicas.</b>	<b>8</b>
1.2.1 Tasa de inflación.	8
1.2.2 Tasa de Desempleo.	8
1.2.3 Aumento en por ciento de los salarios.	8
1.2.4 Aumento en por ciento de los montos de Pensiones.	9
5.2.5 Intereses.	9
5.2.6 Costo Unitario por Consulta.	9
<b>3.3. Hipótesis Programáticas.</b>	<b>10</b>
5.3.1 Tasa afiliación de la fuerza ocupada.	10
5.3.2 Tasa de crecimiento de pensionados.	10
5.3.3 Tasa efectiva de recaudación sobre los salarios e ingresos.	11
5.3.4 Tasa efectiva de recaudación sobre montos de pensiones.	11
5.3.5 Consulta externa.	11
5.3.6 Hospitalización.	11
5.3.7 Subsidios: Días de incapacidad por afiliado.	12
5.3.8 Fondo de Mutualidad	12
5.3.9 Otros costos, prestaciones en dinero.	12
5.3.10 Costo de administración.	12
5.3.11 Servicios de salud externos.	13
5.3.13 Egresos de inversión.	13
<b>IV. FONDOS DE RESERVA</b>	<b>14</b>
<b>5.1. Ingresos y Egresos.</b>	<b>16</b>
<b>5.2. Costo de operación en por ciento de los salarios.</b>	<b>16</b>
<b>Conclusiones</b>	
<b>ANEXO</b>	

## **VALORACION ACTUARIAL DEL SEGURO DE SALUD**

### **I. INTRODUCCIÓN.**

La presente valoración corresponde al Seguro de Salud en la cual se analiza 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.

En el Seguro de Salud utiliza un modelo financiero que está determinado por lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Constitutiva, incluyendo una reserva en activos financieros para 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.

A cada variable se le hace una valoración y se le aplica un supuesto sobre su comportamiento, determinándose los costos de las prestaciones y los recursos financieros esperados, para el período 2008-2012.

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 prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del país, según las disposiciones establecidas en el marco normativo.

Este seguro tiene su propio sistema de financiamiento con el respaldo estatal ante una insuficiencia de recursos. Tiene establecido tres tipos de prestación: 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 y la provisión de márgenes de seguridad o reservas que 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 prevención de ciertas contingencias.

## 2.1. FINANCIAMIENTO.

El sistema de financiamiento del Seguro de Salud se sustenta en los ingresos corrientes y los ingresos de capital. La principal fuente de los ingresos corrientes son las contribuciones 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 los sectores contributivos son: los asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, los trabajadores independientes, voluntarios y el Estado (Programa Asegurados 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>

Las cuotas sobre los ingresos cotizables de Trabajadores Independientes, incluidos los Convenios son:

Trabajadores	5.36%
Patronos	5.64%
Estado como Tal	0.25%
<b>Total</b>	<b>11.25%</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 Asegurados por el Estado:

Cuota Media	14.14%
Estado como Tal	0.25%
<b>Total</b>	<b>14.39%</b>

El porcentaje de cotización media corresponde a lo dispuesto por la Ley N° 7374, del año 1993, según el cálculo actuarial.

Para los Internos en Centros Penales:

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

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, según las regulaciones que para cada caso se establezca:

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
- Servicio de Optica
- Asistencia en salud oral, según 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 las necesidades de orden social, relacionadas con la salud integral y comprenden:

- Fomento de la participación social
- Convenio de cooperación con instituciones de beneficencia pública 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

### **2.3. COBERTURA**

La Cobertura del Seguro de Salud se clasifica de dos formas; una relacionada con la condición de aseguramiento y la otra con la condición contributiva.

La condición de aseguramiento está relacionada con la población nacional, que de acuerdo con los datos del año 2007, de la Dirección Actuarial, la tasa de cobertura es de un 87.6%, y una población no asegurada de un 12.4%. Los asegurados se conforman en asegurados directos y familiares.

Los asegurados directos incluyen:

- Los trabajadores asalariados
- Los pensionados y jubilados
- 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.

Los asegurados familiares incluyen:

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

La condición contributiva está relacionada con la Población Económicamente Activa, la cual presenta una tasa de un 61.9% de cobertura y respecto a la fuerza ocupada se tiene una cobertura del 64.9%, ambas para el año 2007. Los sectores contributivos corresponden a trabajadores asalariados, trabajadores independientes y trabajadores por convenios.

### **III. PROYECCIONES**

Las proyecciones que presentamos en este documento, se sustentan en un conjunto de hipótesis acerca del comportamiento futuro de las 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), 1° de enero de 1988", hasta 1984. De 1985 a 1989, se utiliza la fuente "Proyecciones de Población 1985 - 2050", Dirección Actuarial, 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, período 1944-2007, de mayo 2008.

### **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 estable en la última década. Considerando que se siga manteniendo la política de control sobre esta variable, se proyecta una inflación del 10%, para el período de proyección.

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

Esta tasa es empleada para determinar la fuerza Ocupada. En el año 2007 se mantiene la mejora en la actividad económica, lo cual se visualiza en un fuerte descenso en la tasa de desempleo de 6% a 4.6. Se espera que la mejora en la actividad no sea tan fuerte, razón por la cual se incrementa la tasa en 0.10% anualmente durante hasta llegar a una tasa del 5%.

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

Para efectos de la estimación del crecimiento de los salarios a partir del 2008, se consideró una tasa del 10%, tasa que corresponde al valor de la inflación.

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 las 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 anual del 14.73%, dado el buen crecimiento que ha tenido la pensión promedio en la última década. Para efectos de proyección se aplicó la tasa observada en el período 1999/2007.

#### **3.2.5 Intereses.**

Los intereses obtenidos 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 2006 (monto de intereses respecto a los ingresos efectivos por contribuciones), la cual fue de 1.44%.

#### **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 aplica una tasa promedio de 13.93% observada en el periodo 1995/2007.

#### **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 el período de proyección se aplica la tasa de crecimiento promedio del período 1996/2000, la cual fue de 15.93%, dada la irregularidad que presenta esta variable.

#### **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. Del análisis de la tasa de crecimiento se desprende que su comportamiento es irregular por lo que se partirá del supuesto que dicha tasa será equivalente a la tasa de inflación (10%), durante el período de proyección.

### **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 2008/2012.

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.**

La tasa de afiliación de la fuerza ocupada es el resultado de la relación de las variables afiliados directos y fuerza ocupada. Inicia con 66.98% y finaliza en el período con 77.04%. La Fuerza Ocupada se obtiene al excluir la tasa de desempleo (número de desempleados) a la Población Económicamente Activa.

#### **3.3.2 Afiliados Directos Activos.**

Corresponde al número de trabajadores cotizantes. Para el período de proyección se aplica un tasa de crecimiento del 5.48%, que corresponde al crecimiento medio del período 2004/2005, por tratarse de un período de crecimiento sostenido y razonable.

#### **3.3.3 Tasa de crecimiento de pensionados.**

Para estimar la población total de pensionados se utiliza la tasa de crecimiento del período 2003/2007 de 1.28%, 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.

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

Se obtiene al dividir los ingresos recibidos entre los ingresos reglamentarios de los trabajadores activos. La tasa de recaudación se mantuvo ligeramente estable respecto al año 2006. Para efectos de proyección se espera que la tasa mejore, por lo que se aplica una mejora anual de 0.20% en cada año.

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

Se obtiene al dividir los ingresos recibidos entre los ingresos reglamentarios de los pensionados. En el año 2007, el Gobierno canceló el 100% de la obligación, sin embargo para el período de proyección se parte de la tasa de 95.24, observada en el período 2006/2007, y se le adiciona 0.20% por año.

### **3.3.6 Consulta externa.**

El número de consultas por habitante ha estado creciendo desde el año 2000 al año 2006. Se mantiene este comportamiento para el período de proyección, lo cual se hace en forma sostenida, aplicando una tasa de 0.31% que corresponde a la tasa de crecimiento del período 2005/2006.

### **3.3.7 Hospitalización.**

Se mantiene, para el período de proyección, el dato del número de estancias por habitante de 0.4022, que corresponde al promedio de los años 2005 al 2007. Esta variable presenta un crecimiento importante en el año 2007 lo cual puede estar explicado por un hecho aislado y no por una tendencia. En tal sentido se opta por proyectar con una cifra inferior, la cual es congruente con el comportamiento de dicha variable.

### **3.3.8 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, sin embargo en el año 2007 presenta una caída abrupta del 20%, lo cual está explicado por el incremento en el número de asegurados activos y la caída en el total de días del 2006 al 2007. Ante este hecho se parte del supuesto que, las medidas de control continuaran durante el resto del periodo de estimación, por lo que se decidió mantener el valor de 4.39 días de incapacidad por afiliado directo.

### **3.3.9 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 utiliza el análisis de regresión lineal del período 1988 al 2007, con los siguientes datos:

$$Y = 44.098 * X + 10.438$$

$$R^2 = 98.63\%$$

### **3.3.10 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 el análisis de regresión lineal, período 2004/2007 con la siguiente información:

$$Y = 2272.8 * X + 2639.3$$

$$R^2 = 97.19\%$$

### **3.3.11 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 promedio de crecimiento, observada en el período 2003/2006 de 14.23 %.

### **3.3.12 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 razonables de crecimiento en los últimos tres años.

Para efectos de proyección, se aplica el análisis exponencial al período 2002/2007, dado el comportamiento que presenta la variable. Los resultados son los siguientes:

$$Y=11.516(x^{.2281})$$

$$R^2 =92.61 \%$$

### **3.3.13 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 6.95%, observada en el 2005/2007, para el período de proyección.

### **3.3.14 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 año 2008, se utiliza la información del Presupuesto y para el resto del período de proyección se utiliza una tasa de participación sobre los ingresos efectivos de 1%.

### **3.3.15 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 crecimiento de 6.57%, correspondiente al período 2006/2007.

De estos ingresos se llama la atención sobre el programa Asegurados por el Estado, cuyo financiamiento, a cargo de la Dirección General de Asignaciones Familiares es muy débil.

### **3.3.16 Ingresos de capital.**

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

La información del año 2008 corresponde a la incluida en el Presupuesto 2008, y para el resto del período de proyección 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 no comprometan los 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 previsiones 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 2007, los Estados Financieros presentan las mismas cifras indicadas anteriormente para cada reserva, lo que revela que estas reservas no han funcionado como tales y se desconoce si existe realmente el respaldo financiero.

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

En esta sección expondremos en forma resumida, los resultados de las proyecciones de las operaciones del programa.

### **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, en el año 2008 los ingresos de capital son menores que los egresos de capital en 1.515.9 m.c., según datos presupuestarios y a partir del 2009 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.

En el cuadro N° 14 se observa, el costo de operación del Seguro de Salud en porciento de la masa cotizable el cual va de un 14.88% a un 15.13%, en el período de proyección. El porcentaje de cotización ponderado reglamentario es del 14.55% y el efectivo va de 13.82% a 13.93%, en el período de proyección, lo cual nos muestra el desfase que existe entre la prima del gasto y la prima establecida sobre los montos cotizables.

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 ha estado sustentado con las otras fuentes de ingreso de este Seguro, sin embargo para el período de proyección estos ingresos 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:

<b>Tipo de Ajuste</b>	<b>Monto</b>
Resultado Valuación de Existencias	¢13.054,9 millones
Traspaso a Costo e Inventario de Bodegas	(¢4.555,7) 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 corresponde a una salida de efectivo y por tanto el resultado final del gasto de operación está afectado por estos ajustes.

### 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 financiamiento del Programa de Asegurados por el Estado, la situación financiera sobre ingresos y egresos de operación mejoraría a partir del año 2008, según puede observarse en el siguiente cuadro.

<b>AÑOS</b>	<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>INGRESO NETO</b>
2008	788.095,4	770.498,3	17.597,0
2009	912.285,7	898.443,1	13.842,6
2010	1.056.257,5	1.047.359,9	8.897,6
2011	1.223.175,9	1.219.987,6	3.188,3
2012	1.416.713,1	1.420.971,5	-4.258,3

*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.

## **VII. CONCLUSIONES.**

- 1) De acuerdo con los resultados de la proyección de las variables que conforman el modelo actuarial del Seguro de Salud, los recursos financieros, para cada año, son insuficientes en el soporte del nivel de gasto de operación. Los ingresos efectivos por cuotas crecen a una tasa promedio de 16.29 % y los egresos de operación en 16.53 %, 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
- 3) El sistema financiero del Seguro de Salud requiere el cumplimiento en el pago de las obligaciones de cada uno de los sectores contributivos y en especial el financiamiento oportuno en el Programa de Asegurados por el Estado.
- 4) Los fondos de reserva que han sido creados se mantienen con los mismos montos desde su creación, lo cual indica que no están cumpliendo el objetivo para el cual fueron creados
- 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 saldo efectivo para una acertada asignación de recursos.

# ANEXOS

**INDICE DE CUADROS**

<b>NOMBRE</b>	<b>No DE CUADRO</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Total de Afiliados: 1986-2012</b>	<b>1</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Salarios y Pensiones: 1986-2012</b>	<b>2</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Hipótesis Económicas: 2008-2012</b>	<b>3</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Hipótesis Programáticas: 2008-2012</b>	<b>4</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Hipótesis Programáticas: 2008-2012</b>	<b>4-1</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Seguro de Salud: Ingresos por Contribuciones de Activos y Pensionados: 1986-2012</b>	<b>5</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Seguro de Salud: costo por consulta:1986- 2012</b>	<b>6</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Costo por Hospitalización:1986-2012</b>	<b>7</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Prestaciones en Dinero: Costo por Subsidios:1986-2012</b>	<b>8</b>

	<b>No DE CUADRO</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Otras Prestaciones: 1986-2012</b>	<b>9</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Costo Operación del Régimen:1986-2012</b>	<b>10</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Costo Operación en porcentaje de la masa cotizante efectiva: 1986-2012</b>	<b>11</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Proyección de Ingresos y Egresos de Operación:2008-2012</b>	<b>12</b>
<b>Caja Costarricense de Seguro Social: Seguro de Salud, Proyección de Ingresos y Egresos de Operación y Capital: 2008- 2012</b>	<b>13</b>
<b>Seguro de Salud, Estimación de Primas de Gasto y Cotización 2008-2012</b>	<b>14</b>