



COMISIÓN ESPECIAL, QUE TENDRÁ POR OBJETIVO INVESTIGAR Y RENDIR UN INFORME DE LA SITUACIÓN DE LAS FINANZAS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, ASÍ COMO PROPONER Y DICTAMINAR LAS INICIATIVAS DE LEY NECESARIAS QUE PERMITAN LA SOSTENIBILIDAD, TRANSPARENCIA Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES DE LA INSTITUCION EN EL CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO, ASEGURANDO LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SE LE BRINDA A LA CIUDADANIA.[Expediente N.º 22.038](#)

INFORME NEGATIVO

[Setiembre, 2021](#)

Contenido

1.	Introducción	1
2.	Antecedentes	5
2.1	Integración de la Comisión Especial en el Plenario	5
2.2	Objetivos fundamentales	6
2.3	Audiencias realizadas y temas abordados	6
2.4	Proyectos de ley en estudio	11
3.	Principales antecedentes y características de los seguros sociales que administra la CCSS	13
a)	Seguro de Salud.....	14
b)	Seguro de Pensiones	16
3.1	Marco legal y normativo	18
3.2	Riesgos y prestaciones cubiertas	19
a)	Seguro de Salud.....	19
b)	Seguro de IVM	20
3.3	Modelo de financiamiento	21
a)	Financiamiento del Seguro de Salud	21
b)	Financiamiento del Seguro de IVM.....	23
3.4	Producción de servicios y prestaciones	25
a)	Seguro de Salud.....	25
b)	Seguro de IVM	27
4.	Condicionantes de la sostenibilidad financiera de la CCSS.....	27
4.1	Envejecimiento poblacional	27
4.2	Transición epidemiológica.....	29
4.3	Espacio fiscal para el financiamiento de los seguros sociales	30
4.4	Morosidad de patronos y personas trabajadoras independientes	32
4.5	Subsidios implícitos a otros seguros	34
5.	Situación financiera reciente de los Seguros de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte	35
5.1	Evolución reciente de ingresos y egresos	35
5.2	Resultados de valuaciones actuariales.....	37
6.	Propuestas para fortalecer la sostenibilidad financiera	40
6.1	Aumento de ingresos provenientes de fuentes de financiamiento existentes .	40

a)	Reducción de cargas sociales de otras instituciones (FODESAF, INA, IMAS, Banco Popular y Desarrollo Comunal).....	40
b)	Contribución por jornada real en el Seguro de Salud	40
c)	Gestión y pago de la deuda del Estado con la CCSS	41
d)	Modernización de la lucha contra la evasión y subdeclaración y fortalecimiento de la gestión cobratoria	43
e)	Eliminación del tope de cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA)	44
6.2	Diversificación de los ingresos a través de nuevas fuentes de financiamiento	45
a)	Pensión consumo	45
b)	Pensión universal	46
c)	Inversión de reservas del IVM en obra pública	46
d)	Integración del Seguro de Riesgos Laborales a la CCSS	47
7.	Expediente Digital Único en Salud (EDUS)	48
8.	Conformación de EBAIS y fortalecimiento de las Áreas de Salud	49
9.	Recomendaciones.....	52
a)	Aumento de ingresos provenientes de fuentes de financiamiento existentes .	52
b)	Diversificación de los ingresos a través de nuevas fuentes de financiamiento	53
c)	Supervisión y resguardo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen No Contributivo, para proteger a sus contribuyentes y beneficiarios	53
d)	Expediente Digital Único en Salud (EDUS).....	55
e)	Procesos judiciales y administrativos pendientes	55
10.	Conclusiones	56

Las suscritas diputadas Yorleny León Marchena, Paola Valladares Rosado, Catalina Montero Gómez y el diputado Víctor Morales Mora, integrantes de la **COMISIÓN ESPECIAL, QUE TENDRÁ POR OBJETIVO INVESTIGAR Y RENDIR UN INFORME DE LA SITUACION DE LAS FINANZAS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, ASÍ COMO PROPONER Y DICTAMINAR LAS INICIATIVAS DE LEY NECESARIAS QUE PERMITAN LA SOSTENIBILIDAD, TRANSPARENCIA Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES DE LA INSTITUCION EN EL CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO, ASEGURANDO LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SE LE BRINDA A LA CIUDADANIA**, rendimos **Informe Negativo**, bajo los siguientes fundamentos:

1. Introducción

Desde su fundación hace casi 80 años, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ha jugado un papel preponderante en el desarrollo económico y social de nuestro país, y se ha constituido en uno de los pilares fundamentales de la paz y democracia de esta nación, pronta a celebrar sus 200 años de vida independiente. A inicios de la década los cuarenta del siglo pasado, los gobernantes y actores económicos, sociales y políticas, acordaron crear una institución con plena autonomía en la administración y gobierno de los seguros sociales de salud y pensiones, basados en principios de solidaria y universalidad, con un enfoque dirigido a mejorar la calidad de vida y las oportunidades de todos los habitantes de Costa Rica, en especial, aquellos que pertenecen a los grupos más vulnerables de la sociedad.

Con el transcurso de los años, el sistema de salud público a cargo de la CCSS ha impactado notablemente la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna, y otros indicadores similares, convirtiéndolo en uno de los más reconocidos a nivel mundial, con una especial distinción para sus múltiples actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrollada con base en una estrategia basada en Atención Primera en Salud (APS). En materia de pensiones, aunque el régimen de IVM, subsiste con otros regímenes especiales, incluye a más del 90% de los trabajadores que cotizan para una pensión futura, sean trabajadores asalariados o independientes, y en la actualidad, cuenta con más de 250 mil pensionados activos.

No obstante, junto con estos avances y logros significativos, la CCSS como institución y los seguros sociales como instrumentos de protección ante diversos riesgos que enfrentan los individuos y sus familias, también están expuestos a retos y desafíos de muy diversa índole. El mismo éxito de la gestión del sistema de salud nacional, con fuertes ganancias en términos de la extensión de años de vida, y un proceso de envejecimiento de la población mucho más rápido que el registrado en el pasado en países europeos o los Estados Unidos de América, con niveles de ingresos de los más altos del mundo, se ha convertido en uno de los retos más exigentes en todo sentido.

Junto con el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica, los cambios en el mercado laboral y sus nuevas formas de empleo, el incremento sostenido del costo de las tecnologías sanitarias, la reducción del espacio fiscal para el financiamiento de la salud y otros tipos de inversión social, entre otros fenómenos, han creado una fuerte presión para la sostenibilidad del financiamiento de los seguros sociales administrados por la CCSS. Hoy más que nunca, la pandemia del COVID-19, con sus efectos en la economía, empleo, la pobreza, la educación y casi todo ámbito del quehacer humano, han puesto nuevamente en relevancia, la importancia de tener sistemas e instituciones de protección y seguridad social, con un nivel de financiamiento suficiente y sostenible, que permita extender su acción protectora a toda la población, con especial énfasis, en aquellos que tienen menos condiciones para luchar contra el impacto negativo de esta pandemia.

La Caja Costarricense de Seguro Social administra tres regímenes de protección, a saber: el Seguro de Salud, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y el Régimen No Contributivo de Pensiones. Este informe se circunscribe a los dos primeros regímenes, dado que el tercero se financia con transferencias del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares y del Ministerio de Hacienda.

Los seguros sociales que administra la Caja Costarricense constituyen una protección que ha evolucionado desde el siglo pasado, producto de hechos que convergieron en la aprobación de la ley N° 17 de 1941. El Seguro de Salud ha ido ampliando su cobertura a la población nacional a través de los años, debido a las reformas reglamentarias que se han introducido, así como a la necesidad de universalizar los seguros, planteada en una reforma al artículo 177 de la constitución, cubriendo actualmente a cerca del 90% de la población nacional y aproximadamente a un 72% de la PEA total.

La ampliación de los beneficios del Seguro de IVM han sido más lentos, sin embargo, tuvo que nacer, crecer y fortalecerse junto al nacimiento y convivencia con otros regímenes de pensión estatales y otros regímenes no contributivos. La extensión de su cobertura experimentó una expansión significativa entre los años sesenta y setenta, cubriendo actualmente a un 64% de la PEA total.

Con respecto a las prestaciones y cobertura de los seguros, el Seguro de Salud cubre prestaciones de atención integral de la salud, prestaciones en dinero que incluyen los subsidios y licencias y prestaciones sociales. La cobertura de este seguro comprende a los asegurados directos: trabajadores asalariados, pensionados, jefes de familia asegurados por cuenta del Estado, asegurados individual o colectivamente como voluntarios o trabajadores independientes y beneficiarios familiares. El Seguro de IVM otorga beneficios de pensión por los riesgos de vejez, invalidez y muerte y cubre a los asegurados directos: trabajadores asalariados y asegurados individual o colectivamente como voluntarios o trabajadores independientes, así como la protección de los familiares en caso de muerte del asegurado directo, según lo establecido en el respectivo reglamento.

De conformidad con la Ley Constitutiva de la CCSS, el Seguro de Salud corresponde al régimen de reparto, mientras que el Seguro de IVM corresponde al régimen de capitalización colectiva. Ambos seguros presentan una serie de condiciones que afectan su sostenibilidad a lo largo del tiempo, por lo que es necesario plantear opciones para su fortalecimiento.

Precisamente el objetivo del presente informe consiste en plantear propuestas tendientes al fortalecimiento de la sostenibilidad financiera de los Seguros de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social, por la vía de un aumento en los ingresos de los seguros, provenientes de fuentes de financiamiento ya existentes, así como de una diversificación de los ingresos a través de nuevas fuentes de financiamiento.

En consistencia con lo anterior, el presente informe realiza en primera instancia una descripción de los principales antecedentes y características de los seguros sociales que administra la CCSS, en lo relacionado con su marco legal y normativo, prestaciones cubiertas y producción de estos servicios y prestaciones, así como de su modelo de financiamiento.

Por otro lado, se realiza una recopilación de los principales elementos o factores que condicionan la sostenibilidad financiera de los seguros, como por ejemplo el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica, la situación fiscal del Gobierno para el financiamiento de los seguros sociales, la morosidad de los patronos y trabajadores independientes y lo relacionado con los subsidios implícitos a otros seguros.

El fenómeno del envejecimiento poblacional constituye un condicionante importante en la sostenibilidad de los seguros sociales. En efecto, el Seguro de IVM al igual que el de Salud se afectan por el envejecimiento de la población, ya que reduce la proporción de trabajadores que cotizan a ambos seguros y por otra parte el incremento de la esperanza de vida aumenta los periodos de disfrute de la pensión y el uso de los servicios de salud.

Adicionalmente, en los últimos años se ha registrado un incremento en las enfermedades no transmisibles (crónico-degenerativas), las cuales representan una demanda importante de consultas médicas por ser más duraderas e implican una atención médica especializada basada en tecnologías y medicamentos más costosos, lo que se asocia con periodos de hospitalización más prolongados. Lo anterior se traduce en un incremento sustancial en los gastos del Seguro de Salud, representando una presión adicional en su sostenibilidad.

Por otro lado, la situación fiscal del Gobierno también representa un condicionante para la sostenibilidad de los seguros sociales, toda vez que parte de su financiamiento está basado en contribuciones y transferencias del Estado, asociadas con sus cuotas como patrono, cuotas complementarias, Estado como Tal, aseguramiento de poblaciones especiales y otras transferencias. En el caso del Seguro de Salud cerca del 24% de

sus ingresos totales provienen del Estado, siendo de menor significancia en el Seguro de IVM (16%).

Otro aspecto que afecta de forma particular al Seguro de Salud, corresponde a los subsidios implícitos o costos que asume este seguro por los montos no recuperados del Seguro Obligatorio de Automóviles y del de Riesgos del Trabajo, en donde para el primero el seguro está asumiendo el costo de casi un 60% de las atenciones médicas que se proporcionan en los centros de salud de la CCSS, mientras que en el segundo se asume un costo cercano al 20%.

En el presente informe también se realiza una breve descripción de la situación financiera de los seguros, tanto de lo relacionado con sus ingresos y gastos, como de los resultados de sus valuaciones actuariales. En relación con los ingresos y egresos de ambos seguros, sin duda la pandemia del Covid-19 ha tenido un impacto directo tanto por el lado de los ingresos como de sus gastos, la disminución de ingresos por contribuciones obedece entre otros aspectos a los altos niveles de desempleo y disminución de las transferencias del Estado, y el aumento en los gastos en el Seguro de Salud se asocia con la atención directa de la emergencia.

Con respecto a los análisis actuariales de sostenibilidad de ambos seguros, para el caso del Seguro de Salud se tiene que el período de suficiencia de ingresos para cubrir los gastos, considerando los ingresos reglamentarios es hasta el 2026, mientras que, considerando los ingresos efectivos, dicho período de suficiencia es hasta el 2023. En el caso del Seguro de IVM con el análisis al 2018 y previo a la reciente reforma, se observa un agotamiento en la reserva en el año 2037, mientras que con la reforma recién aprobada por la Junta Directiva estos indicadores reflejan una mejora considerable, postergando el agotamiento de la reserva hasta el 2053.

Por último y considerando el objetivo principal del presente informe, se plantean una serie de propuestas tendientes al fortalecimiento de la sostenibilidad financiera de los seguros sociales que administra la CCSS. Estas propuestas se encuentran asociadas tanto con las fuentes de financiamiento de ingresos ya existentes, así como con la diversificación de ingresos mediante nuevas fuentes de financiamiento.

Con respecto a los ingresos ya existentes de los seguros, se puede mencionar la reducción de cargas sociales de otras instituciones, la contribución por jornada real en el Seguro de Salud, gestión y pago de la deuda del Estado con la CCSS, una modernización de la lucha contra la evasión y subdeclaración, así como el fortalecimiento de la gestión cobratoria y eliminación del tope de cobertura de póliza del SOA. Por su parte, con respecto a nuevas fuentes de financiamiento, se puede destacar la iniciativa asociada con la pensión consumo, pensión universal, inversión de las reservas del IVM en obra pública e integración del Seguro de Riesgos Laborales a la CCSS. Cada una de estas propuestas se describen en el presente informe.

2. Antecedentes

2.1 Integración de la Comisión Especial en el Plenario

Mediante moción presentada en la sesión extraordinaria del Plenario Legislativo N° 6, de 20 de mayo de 2020, se aprobó la creación de la Comisión de cita, según el acta de la sesión ordinaria N°1, del 24 de junio de 2020.

Dicha Comisión se integró de la siguiente manera:

- **Fracción de Liberación Nacional:**

Yorleny León Marchena

Aída Montiel Héctor, sustituida por la diputada Patricia Villegas Álvarez del Partido Integración Nacional.

Paola Valladares Rosado

- **Fracción de Acción Ciudadana:**

Laura Guido Pérez, sustituida por la diputada Catalina Montero Gómez del Partido Acción Ciudadana.

Víctor Morales Mora

- **Fracción de la Unidad Social Cristiana**

Shirley Díaz Mejías (Secretaria)

- **Fracción de Restauración Nacional**

Melvin Núñez Piña

- **Fracción de Integración Nacional**

Walter Muñoz Céspedes (Presidente)

- **Diputados independientes**

Ignacio Alpízar Castro

2.2 Objetivos fundamentales

- Investigar y rendir un informe de la situación de las finanzas de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Proponer y dictaminar las iniciativas de ley necesarias que permitan la sostenibilidad, transparencia y el cumplimiento de los fines de la institución en el corto, mediano y largo plazo, asegurando la prestación de los servicios que se le brinda a la ciudadanía.

2.3 Audiencias realizadas y temas abordados

Una vez establecidos los lineamientos de la Comisión, nos avocamos a recibir las audiencias aprobadas, así como conocer los informes enviados por las diferentes instituciones.

En la **sesión ordinaria N° 2**, del 1° de julio de 2020, se recibió en audiencia al señor Luis Diego Calderón Villalobos, Gerente Financiero de la Caja Costarricense del Seguro Social Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto; Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero-Contable, quienes se refirieron a varios gastos administrativos y operativos, así como el comportamiento del gasto en relación con la emergencia generada por el Covid-19.

En la **sesión extraordinaria N° 3**, del 22 de julio de 2020 se tuvo como invitados a los señores Ubaldo Carrillo Cubillo, Director de Pensiones y Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones de la Caja Costarricense del Seguro Social, quienes manifestaron que la situación que atraviesa el Régimen de Pensiones de Invalidez Vejez y Muerte, por el detrimento que genera al Régimen el retiro anticipado, dado que la esperanza de vida sube y evidentemente el costo por año, por este factor, es mucho mayor al esfuerzo contributivo. Asimismo, que el mantener esta estructura de anticipo, donde no todos la están alcanzando, y, donde sometemos al Régimen No Contributivo a que tenga que jubilarse a los sesenta y cinco, como que hacen una dicotomía o hay una asimetría en el discurso del financiamiento de los seguros sociales.

En la **sesión extraordinaria N° 4** del 29 de julio de 2020, a la que acudieron los señores Ubaldo Carrillo Director de Pensiones y Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones de la Caja Costarricense del Seguro Social, quienes se refirieron a la sostenibilidad y solvencia del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, e indicaron que el asunto que se plantea técnicamente no es aumentar las edades de retiro, sino discutir los anticipos donde una parte de la población es la que los está logrando, ¿Quiénes lo logran? Los que tienen mayor capacidad educativa, que permanecen más tiempo en el mercado de trabajo, mientras que, los que tienen

menor capacidad educativa entran y salen del mercado de trabajo continuamente, y tienen un indicador que nosotros llamamos densidad de cotizaciones, que tiende a ser menor. A mayor capacidad educativa, lo que hemos observado es que hay más permanencia en el mercado de trabajo. A menor capacidad educativa, hay menor densidad de cotizaciones, y, la densidad de cotizaciones en el sector público tiende a ser mayor que en el sector privado. Entonces, hay una predisposición del sistema, o una relación del sistema, a que los funcionarios públicos tienden a irse a edades menores de los sesenta y cinco años y, en el sector privado, aquellos que tienen mayor participación en la gestión productiva.

En la **sesión ordinaria N° 6** del 12 de agosto de 2020, se recibió en audiencia a los señores Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económica, Carolina González Gaitán, Jefa del Área de Análisis Financiero y Ronald Alberto Cartín Carranza, Asesor de la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, quienes presentaron en perspectiva actuarial, tanto el seguro de salud como el seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y sus principales hallazgos sobre las evaluaciones del Seguro de Salud como el Seguro de Pensiones ante la situación del Covid-19.

Sobre el impacto de la pandemia a junio 2020, indicaron lo siguiente: “Nosotros acá, en la Dirección Actuarial de la Caja, conjuntamente con la Presidencia Ejecutiva hemos venido dando seguimiento y monitoreando, desde una perspectiva actuarial, los efectos del COVID sobre los seguros sociales, tanto el Seguro de Salud como el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. En el caso del Seguro de Salud, tenemos nosotros que la disminución de los ingresos que se genera se produce fundamentalmente por cuatro vías: una reducción en la base mínima contributiva y de los ingresos de contribución de los trabajadores independientes. En su momento, fue acordada por la Junta Directiva por un período de tres meses la reducción al 25% en el caso de los trabajadores independientes y un mes al 75%. En el caso de los asalariados, esa medida se adoptó por cuatro meses en un 25% de la cuantía de la base mínima de contribución. Los incrementos del desempleo, el posible no pago de sus obligaciones con las poblaciones especiales.

Cuando hablamos de poblaciones especiales, es porque la institución tiene diferentes programas de cobertura y, dentro de estos programas de cobertura, se encuentran los asegurados por cuenta del Estado, se encuentra el Código de la Niñez y la Adolescencia, se encuentra la protección al adulto mayor y otras más. En esos programas, el financiamiento es con cargo al Estado y, en ese sentido, el no pago por concepto de las obligaciones con la cobertura de esas poblaciones, de una u otra forma, podría representar un riesgo.”

En la **sesión ordinaria N° 7** del 26 de agosto de 2021, se presentó el señor Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnología de la Caja Costarricense del Seguro Social, quien se refirió a los proyectos de inversión de la CCSS y al expediente digital EDUS, como implementación del expediente digital, además, comentó sobre el fideicomiso con el Banco de Costa Rica, para el desarrollo de áreas de salud y sucursales.

Expresamente indicó: *“Dentro del desarrollo de proyectos en la institución, seguimos varias etapas y esto se ha enfocado básicamente en lo que son proyectos de infraestructura y equipamiento, en los cuales pasamos por etapas de identificación de la necesidad y priorización de las mismas; el desarrollo de los estudios pre inversión, que es una etapa muy importante, donde se define el alcance los proyectos y los requerimientos. Una vez que tenemos las iniciativas identificadas, priorizadas y programadas, entramos a lo que son los estudios de pre inversión, y luego pasamos a la etapa de portafolio institucional, que son los proyectos que ya fueron priorizados, que fueron analizados y estudiados, y que tienen también el recurso financiero disponible. Entonces, este portafolio también tiene una revisión anual que se hace, porque constantemente hay proyectos que se terminan y hay proyectos que ingresan, entonces es una revisión anual.*

Importante también que se tiene que hacer una revisión de lo que es la sostenibilidad de los proyectos dentro de esta etapa de este portafolio. Actualmente la institución, dentro de este portafolio, tiene trescientos cuarenta y tres proyectos. Creemos que somos la institución que más proyectos en cartera tiene para desarrollar, con una inversión aproximada, entre los años 2021 y 2029, de un billón novecientos treinta mil millones seiscientos cuarenta mil colones y, tal vez muy importante indicar que, cuando nosotros le sumamos la parte de operación de esa infraestructura, aumentamos el nivel de inversión requerido a tres billones y medio de colones aproximadamente.

(...) el proyecto no es solo el expediente, el software, o sea, el costo es llevar fibra óptica a todos los lugares del país, desde el EBAIS y el puesto de visita periódica más lejano que ustedes se puedan imaginar, hasta los hospitales nacionales; incluye también lo que es la puesta a punto de la parte electromecánica, para que el expediente pueda funcionar, la compra de servidores, la compra de computadoras, (...) Entonces, realmente cuando uno habla y, personalmente le digo no sé si el costo total fueron esos cien millones o no del EDUS, pero no es un software. Yo quiero que eso quede claro, que es un proyecto de implementación del expediente digital que incluye, no solo la parte del desarrollo, que mucho de eso se hace con recurso interno institucional, para que también ustedes conozcan, sino es toda la implementación y equipo necesarios para que ese expediente, en cualquier ubicación del país, pueda estar disponible para los profesionales de la Caja.”

En las **sesiones ordinarias N° 8 y N° 9**, realizadas el 9 de setiembre de 2020 y 23 de setiembre de 2020, respectivamente, se recibió en audiencia a los señores: Mario Felipe Ruiz Cubillo, Gerente Médico, Karla Solano Durán y Marny Ramos Rivas, de la Caja Costarricense del Seguro Social, quienes se refirieron al estado de la atención de la salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, durante esta pandemia, en otros servicios y con otras áreas importantes.

En la **sesión ordinaria N° 12**, realizada el 18 de noviembre de 2020, compareció el señor Germán Madrigal, científico de la Universidad de Costa Rica, quien se refirió al entorno y cómo podría modificarlo la pandemia, ahora endemia, y la

necesidad de replicar en Costa Rica resultados que se han tenido en otros países del mundo, en tiempos en que se ha anunciado el colapso de los servicios de la Caja, en las unidades de cuidado intensivo, que se ha hablado de una segunda ola, del uso del suero equino, la hidroxiclороquina, entre otros tratamientos. En este sentido, es importante preguntarse qué papel juega realmente el tema de los antivirales y, cómo podría influir éste, para que la pandemia económica no sea vea afectada por una nueva pandemia sanitaria.

En la **sesión ordinaria N° 15**, realizada el 3 de febrero de 2021, asistieron los doctores: Román Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense del Seguro Social y Daniel Salas Peraza, Ministro de Salud, quienes se refirieron al sistema de vacunación, con el fin de conocer sus detalles, tanto, en la distribución, protocolos, seguimiento de los grupos designados de vacunación, en el tanto es un tema de interés de la ciudadanía. Asimismo, el Doctor Macaya Hayes se refirió a la ventaja que tiene la Caja Costarricense del Seguro Social de proveer los servicios públicos de salud, de atención directa de las personas y que está distribuida a lo largo y ancho de todo el país, con más de mil EBAIS y la conformación de nuestra red hospitalaria, que también es bastante fuerte y que favorecería el proceso de vacunación.

En las **sesiones ordinarias N° 18 y N° 20** del 9 de junio de 2021 y 23 de junio de 2021 respectivamente, se recibió a la Dra. Janisse Sandí Morales, vicepresidenta de la Unión Médica Nacional, acompañada por el Dr. Fabián Alberto Aragón, miembro de la Comisión EDUS de la Unión Médica Nacional y el Lic. Carlos Abarca, Jefe del Departamento Legal, Dr. Marco Gerardo Salazar, miembro del Comité EDUS, ambos de la Unión Médica Nacional, quienes se refirieron a la situación de seguridad del sistema EDUS, expediente digital. Particularmente, se refirieron a la importancia del expediente digital, el riesgo respecto de la información sensible de los pacientes, que podría tornarse vulnerable, sobre todo considerando la atención de pacientes en otros centros de la salud privados y la urgencia y rezago que plantea la digitalización de los expedientes de las personas.

En la **sesión ordinaria N° 19** del 9 de junio de 2021, se recibió en audiencia al Dr. Daniel Muñoz Corea, funcionario de larga trayectoria en la Caja Costarricense de Seguro Social, para poder referirse a las anomalías en el nombramiento del actual gerente financiero de la institución, el licenciado Gustavo Picado Chacón, y algunos antecedentes de vieja data, sobre otros nombramientos.

En la **sesión ordinaria N° 22** del 14 de julio de 2021, se recibió a los señores: Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnología y Manuel Rodríguez Arce, Director de la Unidad de EDUS, en virtud de que dicha gerencia tiene a cargo la implementación y capacitación del expediente electrónico. En dicha intervención explicaron que el Expediente Digital Único en Salud no es un solo sistema de información, son diferentes sistemas; tenemos el Sistema de Expediente de Salud, denominado COR, la columna vertebral del expediente; se tiene el sistema de farmacia, el sistema de agendas y citas, el sistema de ficha familiar; que se constituyen en una serie de módulos que en su totalidad conforman lo que es el

expediente digital y que tienen distintos niveles de seguridad respecto a las personas autorizadas para acceder a ellos. Como parte de las diferentes evaluaciones que se han realizado sobre el expediente, de los aspectos más importantes es que la institución ya dispone de mejor y más oportuna información para tomar mejores decisiones, no solo en el aspecto clínico y tratamiento de los usuarios, sino también en la parte táctica y estratégica, debido precisamente a disponer de información en tiempo real.

En cuanto a la vulnerabilidad del Sistema EDUS, indicaron lo siguiente: "...es importante que quede claro, en este momento no hay operadores privados que tengan acceso al expediente y lo que hay es un acuerdo de Junta Directiva que establece que, en una situación de emergencia, se podría dar ese acceso siempre y cuando sea justificado y motivado, y bajo un acuerdo de la Junta Directiva, y que se den los acuerdos de confidencialidad firmados..."

En la **sesión ordinaria N° 23** del 21 de julio de 2021 compareció la señora Marta Acosta Zúñiga, Contralora General de la República y manifestó lo siguiente: "Nos referimos, según su convocatoria, a la situación de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde el enfoque de estudios y auditorías realizadas por la Contraloría General de la República. Inicialmente me referiré a la situación presupuestaria y financiera de la Contraloría, en el contexto más reciente, luego comentaré sobre los procesos de fiscalización posterior que ha realizado la Contraloría en los últimos seis años, posteriormente me referiré a algunos elementos del entorno que pueden incidir en la gestión de la Caja, y finalmente presentaré algunas reflexiones. Inicio entonces con la situación presupuestaria y financiera. En relación con los ingresos totales de la Caja, que son esas barras azules, en el gráfico ustedes pueden visualizar un comportamiento incremental en la ejecución presupuestaria de los ingresos totales de la Caja para el período 2015-2020. Nótese que, en el 2020, aun en la situación de pandemia generada por el Covid, se observa que dichos ingresos aumentaron. Este comportamiento se explica por acciones tomadas por la administración activa, para paliar la disminución en las contribuciones a la seguridad social y las transferencias corrientes provenientes, principalmente, del Gobierno Central, mediante la percepción de ingresos por recuperación de inversiones y por el superávit. Es decir, esos ingresos aumentan, se ven aumentados a pesar de la Covid, a pesar de la disminución de las contribuciones por el tema de superávit y por el tema de recuperación de inversiones.

En relación con los gastos totales, que son las barras rojas, se observa el comportamiento creciente en la ejecución presupuestaria. Para el 2020, dentro del contexto de la pandemia, se visualiza un crecimiento superior en los gastos totales, con respecto a períodos anteriores, mediante la asignación de recursos, tanto para la atención de la actividad ordinaria del Seguro de Salud, como para el Fondo de Contingencia, en atención a la pandemia."

La señora Contralora presentó datos correspondientes al primer cuatrimestre de 2021, refiriéndose a la composición de ingresos y de gastos totales por régimen, ya sea por el régimen del Seguro de Enfermedad (el SEN), el Régimen de Invalidez,

Vejez y Muerte (el IVM) y el Régimen No Contributivo de Pensiones. Hizo especial énfasis en que el SEN, tiene como finalidad la atención de los servicios de salud a la población costarricense y es el régimen que concentra la mayor cantidad de recursos del presupuesto de la Caja, representando éste, un sesenta 66.9% del total del presupuesto de la institución para el 2021.

2.4 Proyectos de ley en estudio

La Comisión tuvo para su trámite los siguientes expedientes asignados:

- EXPEDIENTE N° 22017. Ley de Fortalecimiento de las Finanzas de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- EXPEDIENTE N° 22026. Ley para exonerar los Medicamentos del pago del Impuesto al Valor Agregado por causa de la pandemia mundial y Emergencia Nacional del COVID-19. **Aprobado.**
- EXPEDIENTE N° 22031. Adición de un Transitorio Único al Artículo 3° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y sus Reformas (Ley N° 17 del 22 de octubre de 1943).
- EXPEDIENTE N° 21066. Modificación de varias leyes para frenar el proceso de privatización de los Servicios Públicos de Salud que presta la Caja Costarricense de Seguro Social. **Archivado.**
- EXPEDIENTE N° 21374. Adición de un artículo 104 bis y de un inciso 4) al artículo 38 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, n.º 8956, de 17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado De Seguros, n.º 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- EXPEDIENTE N° 21132. Ley para desincentivar el consumo de productos ultraprocesados y fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social. **Archivado.**
- EXPEDIENTE N° 21902. Ley para la adquisición solidaria de insumos médicos y equipo necesarios para atender la emergencia nacional debido al COVID-19 en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- EXPEDIENTE N° 22073. Ley de traslado de recursos para el fortalecimiento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

- EXPEDIENTE N° 21875. Ley de solidaridad temporal del Gobierno Central, instituciones públicas y sector privado, en apoyo a la Caja Costarricense de Seguro Social y personas desempleadas por falta de oportunidad laboral y por el impacto financiero por la pandemia COVID-19.
- EXPEDIENTE N° 22074. Ley de control de precios de los medicamentos.
- EXPEDIENTE N° 22103. Ley para la reducción de la deuda política en los procesos electorales de los años 2022 y 2024, y destinar los recursos ahorrados al fortalecimiento financiero de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- EXPDIENTE N° 20838. Control de Precios de los medicamentos para la protección del consumidor. **Aprobado.**
- EXPEDIENTE N° 22290. Ley de traslado del Seguro de Riesgos del Trabajo a la Caja Costarricense del Seguro Social.

De las trece iniciativas de ley indicadas supra, únicamente dos fueron dictaminadas afirmativamente y dos fueron archivada, las restantes diez, tendrán que ser conocidas por otras Comisiones, dado que feneció el aplazo de funcionamiento establecido para la Comisión Especial.

Otro aspecto importante, es que una gran parte de las iniciativas de ley enunciadas no fueron gestadas en el seno de esta Comisión, sino reasignadas a ésta, pues ya se encontraban tramitándose en otras comisiones, como se demostrará en la siguiente tabla:

# DE EXPEDIENTE	COMISIÓN DE ORIGEN	FECHA INGRESO COMISIÓN CCSS
22017	Comisión de Asuntos Sociales	24/06/2020
22026	Comisión Especial CCSS	29/06/2020
22031	Comisión Especial CCSS	25/06/2020
21066	Comisión de Asuntos Jurídicos	03/07/2020
21374	Comisión de Asuntos Jurídicos	02/07/2020
21132	Comisión de Gobierno y Administración	23/07/2020
21902	Comisión de Asuntos Sociales	23/07/2020
22073	Comisión de Gobierno y Administración	04/08/2020
21875	Comisión de Asuntos Económicos	03/09/2020
22074	Comisión Especial CCSS	04/08/2020
22103	Comisión Especial CCSS	17/09/2020
20838	Comisión de Asuntos Económicos Comisión de Asuntos Jurídicos	26/11/2020
22290	Comisión de Asuntos Jurídicos	19/11/2020

No se pone en duda la importancia de los proyectos de ley, sin embargo, no atendieron a uno de los objetivos señalados para la Comisión Especial, que precisamente implicaba que los mismos emanaran del trabajo de este órgano, y en donde es una realidad, que la dinámica de trabajo definida por la Presidencia para su funcionamiento, no contribuyó a alcanzar ese objetivo. Como se observa, únicamente se tramitaron desde su origen en la Comisión Especial, los expedientes 22.026, 22031, 22074 y 22103, sin embargo, sus proponentes, -salvo el 22103 y 20026- no integraron la Comisión. Solamente 4, de 13 proyectos, fueron asignados a la Comisión Especial en forma originaria.

Respecto de las iniciativas dictaminadas, particularmente el **expediente 20.838 Control de precios de los medicamentos para la protección del consumidor**, que fue sometido a votación por parte de la Presidencia en una de las últimas sesiones de la Comisión, pocos días antes de su vencimiento, careció de una adecuada tramitación y discusión a lo interno de la Comisión, y fue tramitado previo a ser solicitado su traslado a la Comisión Caja, en las comisiones de Económicos y Jurídicos.

3. Principales antecedentes y características de los seguros sociales que administra la CCSS

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) administra tres regímenes de protección, a saber: el Seguro de Salud, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y el Régimen No Contributivo de Pensiones. Este informe se circunscribe a los dos primeros regímenes, dado que el tercero se financia básicamente con transferencias del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) y del Ministerio de Hacienda.

Considerando lo anterior, es importante como punto de partida señalar lo que indica el artículo 32° de la Ley Constitutiva:

“ARTÍCULO 32.- La Junta Directiva formará con los capitales y rentas que se obtengan de acuerdo con esta ley, dos fondos: uno para beneficios y gastos del régimen de reparto y otro para beneficios y gastos del régimen de capitalización colectiva”.

Los seguros sociales que administra la Caja Costarricense constituyen una protección que ha evolucionado desde el siglo pasado, producto de hechos que convergieron en la aprobación de la ley N° 17 de 1941.

La preocupación por lograr una mayor extensión de la cobertura de los seguros, promovió distintos movimientos que implicaron la promulgación y ejecución de distintas leyes y decretos que permitieron la universalización de la prestación de los servicios de salud.

a) Seguro de Salud

En los años cuarenta, el Seguro de Salud cubría solamente a un sector de la población que habitaba en la región urbana y a los trabajadores que ganaban menos de cuatrocientos colones al mes, sin que se extendieran los beneficios a los familiares.

Posteriormente, en 1948, mediante el artículo 73 de la Constitución Política 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 estos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. Luego en 1961, mediante reforma a la Constitución, en el artículo 177, se establece la necesidad de universalizar los seguros sociales.

Los años setenta marcaron un hito en la seguridad social al establecer la obligatoriedad de todas las personas trabajadoras a cotizar al Seguro de Salud y decretar el rompimiento de topes de cotización. Además, se crea el “Sistema del Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico” y en 1973 se extendió el sistema de protección a los obreros y agricultores por el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte mediante el aseguramiento voluntario por Cuenta Propia.

Para cubrir a personas trabajadoras independientes asociadas a cooperativas, organizaciones comunales y sociales, se creó la modalidad del aseguramiento por convenios.

Mediante el Decreto Ejecutivo N°17898-S de enero de 1984, se le reconoció el derecho de “Asegurado por el Estado” a las personas que no disponían de rentas suficientes para sufragar los gastos de atención directa en los hospitales y clínicas de la Caja.

Como es lógico en todo proceso, conforme se va avanzando en la cobertura, a partir de cierto nivel, cada vez se torna más difícil aumentar. El siguiente cuadro muestra la evolución que se ha tenido en la cobertura.

Tabla 1
Cobertura del Seguro de Salud, a junio de cada año
(en porcentajes)

Indicador	1980	1990	2000	2010	2020
Cobertura de la Población Total					
Asegurados directos activos	23.12	23.93	27.35	31.49	33.67
Cuenta del Estado y sus familiares	0	9.25	12.1	10.67	16.59
Pensionados	3.02	4.59	5.99	6.98	9.6
Familiares	49.56	47.83	42.16	42.17	30.87
No Asegurados	24.3	14.4	12.4	8.68	9.28

Indicador	1980	1990	2000	2010	2020
Cobertura de la Población Económicamente Activa (PEA)					
Cobertura de la PEA total	67.78	64.8	66.35	63.79	(a) 71.68
Cobertura de la PEA asalariada ^{1/}	75.2	72.64	65.43	68.83	(a) 75.91
Cobertura PEA no asalariada ^{1/}	57.18	68.28	77.26	53.58	(a) 68.41

Notas: 1/ No incluye la PEA no remunerada ni la que busca trabajo por primera vez.

(a) Datos a 2012.

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística.

El Seguro de Salud cubre prestaciones de Atención Integral a la Salud que comprende 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, y asistencia social, individual y familiar. Esto incluye además el suministro de medicamentos, servicios de odontología, suministro de prótesis dentales, servicios de asistencia social, atención médica durante los periodos de incapacidad.

Incluye prestaciones en dinero tales como subsidio por incapacidad, licencia por maternidad, cuidado de pacientes con enfermedades terminales, ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos, traslado y hospedajes, ayuda económica para gastos de funeral para el asegurado directo, cónyuge o compañero y ayuda económica por concepto de libre elección médica.

En el caso de las prestaciones sociales dentro del Seguro de Salud, se tiene como finalidad atender necesidades de orden social directamente relacionadas con la salud integral y comprenden el fomento de la participación social, convenios de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada, relacionadas con la atención integral de la salud; derechos durante la cesantía; extensión de la protección, asistencia en caso de haberse superado los plazos de conservación de derechos, y la enfermedad que implique riesgos humanos; pago al Seguro de Pensiones de las cuotas que corresponden a la trabajadora, durante el disfrute de las licencias por maternidad.

Las personas protegidas por este Seguro observan un principio de igualdad, y por tanto no puede hacerse discriminación alguna por razones económicas, étnicas, religiosas, ideológicas, o de otra naturaleza que ofenda la dignidad humana.

La cobertura según modalidad de aseguramiento comprende a:

- Los asegurados directos: trabajadores asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefas de familia aseguradas por cuenta del Estado y las personas que individual o colectivamente se acojan al seguro bajo la modalidad de Seguro Voluntario.
- Protección del beneficio familiar: el o la cónyuge, la compañera o el compañero, hijos, hermanos, padre, madre y otros menores, que no ejecuten trabajos asalariados, que no tengan fuentes de ingreso que les permitan optar por un seguro voluntario y que dependan económicamente del asegurado directo.

b) Seguro de Pensiones

El Seguro de Pensiones fue puesto en operación en 1947 en todo el territorio nacional, y establecía la afiliación voluntaria de las personas trabajadoras, de profesionales y oficinistas, servidores del Estados y de las Instituciones Públicas protegidos por el Seguro de Salud, remunerados mediante salarios fijos consignados en los respectivos presupuestos; personas empleadas de empresas públicas y privadas con funciones de dirección o de administración; a las personas empleadas de oficinas, de consultorios profesionales y de escuelas particulares, a capitanes de barco, oficiales y asistentes de administración.

El establecimiento de la obligatoriedad de aportación y el rompimiento de topes de cotización marcaron los inicios del Seguro de Pensiones, por lo que las estrategias se encaminaron a lograr en 1954 la obligatoriedad de patronos y trabajadores a cotizar tanto al Seguro de Pensiones como al de Salud. En 1971 se indica el rompimiento de topes de cotización

Fue promulgado en la Ley N° 17 de 1941, y aunque el establecimiento y ampliación de los beneficios de este seguro han sido más lentos que los del Seguro de Salud, su historia es muy meritoria en cuanto los obstáculos y acomodos que ha enfrentado, ya que tuvo que nacer, crecer y fortalecerse, junto al nacimiento y convivencia con otros regímenes de pensión estatales y a la implementación de otros regímenes no contributivos.

Los siguientes dos cuadros muestran la evolución que ha mostrado este régimen previsional.

Tabla 2
Cobertura de la población económicamente activa en el Seguro de Pensiones
Periodo 1947-2001 (en porcentajes)

Año	PEA total	% Var.	Asegurados IVM	% Var.	Cobertura
1947	263,566	---	12,049	---	4.6
1950	288,962	3.1	12,400	1	4.3
1960	374,251	2.6	22,109	5.8	5.9
1970	528,700	3.5	121,385	17	23
1980	779,089	3.9	396,100	11.8	50.8
1990	1,119,996	3.3	499,890	2.9	48.1
1995	1,293,152	2.6	603,097	1.2	46.6
2000	1,565,679	4.2	771,979	5.6	49.3
2012	2,181,745	2.8	1,337,761	4.68	58.14
2020	2,185,209	0	1,492,847	1.1	64.07

Fuente: Estadística de Patronos, Trabajadores y Salarios. Serie Estimaciones de PEA.

La extensión de la cobertura en el Seguro de Pensiones experimentó una vigorosa expansión entre los años sesenta y setenta, protegiendo a la fecha al 64% de la PEA total.

La historia más reciente se refiere a la promulgación de la Ley de Protección al Trabajador que remoja el primer pilar, fortaleciendo el sistema financiero del Seguro de Pensiones y del Régimen No Contributivo; crea el segundo pilar de protección previsional obligatoria y fortalece la creación de un tercer pilar de protección de pensiones en materia previsional.

El Seguro de Pensiones al igual que el de Salud, también se afecta por el envejecimiento de la población, ya que reduce la proporción de personas trabajadoras activas por pensionadas y, por otra parte, el incremento de la esperanza de vida aumenta los períodos de disfrute de la pensión, encareciendo el sistema como tal.

Por la dinámica que presentan las diferentes variables que configuran los sistemas previsionales, incluyendo su vulnerabilidad ante cambios en el entorno económico, demográfico, tecnológico y en el mercado de trabajo, la sostenibilidad financiera de los regímenes de pensiones se constituye en un objetivo permanente.

En esa línea, la Caja Costarricense de Seguro Social, como responsable de la Administración del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, recientemente aprobó una reforma cuyo principal objetivo es eliminar totalmente el retiro anticipado en los hombres y parcialmente, en el caso de las mujeres, a efecto de prolongar la sostenibilidad financiera.

Bajo esa premisa, en el presente documento se compilan las principales acciones, medidas o alternativas a considerar, para seguir prolongando los períodos de sostenibilidad, siempre bajo una visión de mediano y largo plazo, y tomando en cuenta que los procesos o aplicación de medidas deben atender a un principio de viabilidad y gradualidad.

3.1 Marco legal y normativo

Los seguros sociales tienen su fundamento legal en la Ley N° 17 o Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) del año 1941 –reformada en el año 1943– y en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica. El objetivo consistió en establecer las garantías sociales para la población y, además, darle a la Caja la autonomía para la administración de los Seguros Sociales. De esta forma, se designa a esta Institución como la encargada de aplicar los seguros sociales obligatorios, correspondiéndole el gobierno y administración de éstos.

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.

El artículo 32 de la Ley Constitutiva de la CCSS, establece que la Junta Directiva de la Institución formará dos fondos o regímenes, uno para los beneficios y gastos del régimen de reparto y el otro, para los beneficios y gastos del régimen de capitalización colectiva.

El Seguro de Salud se constituye como el régimen de reparto, de conformidad con lo que se establece en el artículo 33, el cual indica:

“ARTÍCULO 33.- El fondo del régimen de reparto estará conformado 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.”

Por su parte, del artículo 34 se desprende que el Seguro de IVM corresponde al régimen de capitalización colectiva, estableciéndose lo siguiente:

“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 esta, 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 este 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 del cinco por ciento (5%) en cuanto al segundo, todo referido a los ingresos efectivos del período anual de cada uno de esos seguros.”

Los aspectos relacionados específicamente con el financiamiento, cobertura, estructura de las prestaciones, entre otros, los cuales se amplían más adelante, se encuentran establecidos en la normativa específica para cada seguro, específicamente en el Reglamento del Seguro de Salud y Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Para el caso del Seguro de Salud se debe considerar una serie de normativas en las cuales se determinan algunos aspectos asociados con financiamiento y cobertura, para algunas poblaciones específicas, como lo son leyes, decretos ejecutivos, reglamentos, entre otros. Como parte de esta normativa se puede mencionar el Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud, Reglamento para la afiliación de los trabajadores independientes, Reglamento para la afiliación de los asegurados voluntarios, Ley N° 7756 “Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal”, la Ley N° 7982 “Ley de Protección al Trabajador”, entre otros. También se consideran los convenios que mantiene la CCSS con otras instituciones, como es el caso del Ministerio de Justicia y Paz.

Por otro lado, en relación con la normativa asociada con las poblaciones cubiertas por leyes especiales, se considera la Ley N° 7735 y Ley N° 8312 “Ley General de Protección a la Madre Adolescente”, Ley N° 8612 “Aprobación de la Convención Iberoamericana de los Jóvenes”, Ley N° 7374 “Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela”, Decreto Ejecutivo N° 33119-S, Decreto Ejecutivo N° 17898-S, Código de la Niñez y la Adolescencia, entre otras normativas específicas.

3.2 Riesgos y prestaciones cubiertas

a) Seguro de Salud

De conformidad con lo establecido en el artículo 15° del Reglamento del Seguro de Salud, según las regulaciones que para cada caso se establezcan y de conformidad con las posibilidades financieras de este Seguro, se otorgan las siguientes prestaciones:

- Atención integral a la salud.

- Prestaciones en dinero.
- Prestaciones sociales.

La atención integral a la salud comprende beneficios tales como promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; farmacia; laboratorio y exámenes; asistencia en salud oral; asistencia social, individual y familiar, entre otros.

En relación con las prestaciones en dinero, éstas comprenden toda aquella ayuda económica o subsidios por incapacidad y licencias; compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos; traslados y hospedajes; gastos de funeral en caso de fallecimiento del asegurado o de su cónyuge o compañero y libre elección médica.

Por último, las prestaciones sociales tienen como finalidad atender las necesidades de orden social, relacionadas con la salud integral y comprenden el fomento de la participación social; convenios de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada para la atención integral a la salud; entre otros.

Al respecto, es importante indicar que las prestaciones asociadas con subsidios por incapacidad y licencias aplican solamente para las personas trabajadoras asalariadas y las personas trabajadoras independientes, según lo establecido en el artículo 29° del Reglamento del Seguro de Salud, toda vez que según el artículo 28° del mismo reglamento, tal subsidio tiene el propósito de sustituir parcialmente la pérdida de ingreso que sufra el asegurado directo activo, por causa de incapacidad por enfermedad o de licencia por maternidad.

Es oportuno precisar para el caso del Seguro de Salud, que de conformidad con el artículo 16 de su reglamento, quedan excluidos de este seguro los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la Ley N°6727 de 24 de marzo de 1982, corren por cuenta del patrono o aseguradoras, así como los casos de accidentes de tránsito, regulados por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, número 9078.

b) Seguro de IVM

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la CCSS constituye el primer pilar del sistema nacional de pensiones, cuya naturaleza se enmarca en el campo de los seguros sociales. De acuerdo con el artículo 73 de la Constitución Política, se encarga a la Caja Costarricense de Seguro Social la administración -en particular- de la protección contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

Como programa administrado por la CCSS, el Seguro de IVM tiene como propósito la protección de la población asegurada ante los riesgos de invalidez (no profesional), la jubilación y la protección de los familiares en caso de muerte del asegurado directo. Lo anterior, bajo el cumplimiento de los principios que rigen para los seguros sociales, a saber: universalidad, solidaridad, obligatoriedad, unidad, igualdad, equidad y subsidiariedad.

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte otorga rentas periódicas y vitalicias" (excepto en los casos de orfandad no inválidos que se tratan de rentas temporales) ante la materialización de alguno de los tres riesgos cubiertos.

Resulta interesante notar que el perfil de beneficios y requisitos del Seguro de IVM ha experimentado una serie de cambios y ajustes a lo largo de su historia, siendo que la mayoría han sido introducidos por la Junta Directiva con apoyo de los correspondientes estudios técnicos.

3.3 Modelo de financiamiento

a) Financiamiento del Seguro de Salud

El artículo 32 de la Ley Constitutiva de la CCSS establece que el Seguro de Salud es de reparto. Según el artículo 62° de su reglamento, su financiamiento está dado por las diferentes contribuciones asociadas a cada una de las modalidades de aseguramiento existentes, dichas contribuciones son realizadas por los asegurados, patronos y Estado, según corresponda.

De esta forma, las diferentes modalidades de aseguramiento o cobertura del Seguro de Salud, los porcentajes de contribución correspondientes a los asegurados, patronos y Estado, se detallan a continuación:

i. Trabajadores asalariados

Comprende a los trabajadores asalariados que tienen capacidad de pago, así como a sus familiares económicamente dependientes. Esta modalidad se financia mediante el sistema de contribución forzosa y tripartita entre el trabajador, patrono y Estado. El nivel de contribución bajo esta modalidad de aseguramiento se debe aplicar al monto del salario ordinario y de las retribuciones extraordinarias o especiales incluidas en el salario en especie y está dado de la siguiente forma:

- Trabajadores: 5,50% de sus salarios
- Patronos: 9,25% de los salarios de sus trabajadores.
- Estado como tal: 0,25% de los salarios de todos los trabajadores del país.

ii. Pensionados

Bajo esta modalidad se brinda cobertura a los pensionados, así como a sus familiares económicamente dependientes, tal y como se señala en el Artículo 1° de la Ley N° 5905. Las contribuciones de este grupo donde el Fondo que paga la pensión es el que asume la cuota patronal, están dadas de la siguiente forma:

- Pensionados: 5,00% del monto de sus pensiones.
- Fondo que paga la pensión: 8,75% del monto de la pensión
- Estado como tal: 0,25% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro.

iii. Asegurados Voluntarios y Trabajadores Independientes

Esta modalidad, conocida también como asegurados por Cuenta Propia, incluye a las personas trabajadoras independientes y aseguradas voluntarias, afiliados en forma individual o colectiva mediante convenios especiales.

El nivel de contribución que les corresponde está determinado por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumida por el Estado como cuota complementaria. Adicionalmente, el Estado debe aportar el 0,25% sobre la masa cotizante de este grupo de población.

La escala contributiva a la que hace referencia el párrafo anterior es la distribución del porcentaje que corresponde a la persona trabajadora y al Estado en su condición subsidiaria, con base en su nivel de ingreso, por lo que la contribución total bajo esta modalidad de aseguramiento está dada de la siguiente manera:

- Cuota global (asegurado y Estado): 12,00% del monto de sus ingresos de referencia.
- Estado como tal: 0,25% del monto de los ingresos de referencia de todos los asegurados bajo esta modalidad.

iv. Asegurados por el Estado

En esta modalidad de aseguramiento se incorpora a aquellas personas que por diversas razones no pueden estar cubiertas por un régimen obligatorio contributivo, tal como es el caso de las personas que se encuentran en condición de pobreza. Para esto, existe una serie de leyes, acuerdos y convenios, con el fin de proteger a estas poblaciones.

La contribución para financiar el aseguramiento de esta población se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y Económica, para ello, se considera lo que se establece en el Artículo 6 de la Ley 7374, la cual

establece que para determinar los costos de esta población “se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media”.

En correspondencia con lo anterior, el nivel de contribución de los asegurados por el Estado, considerando el porcentaje de cotización media calculado por esta Instancia, está dado por:

- Porcentaje de cotización media: 14,32% de la base mínima contributiva.
- Estado como tal: 0,25% del monto de los ingresos de referencia de todos los asegurados por el Estado.

v. Internos en Centros Penales

Para efectos del presente estudio, esta población se considera como parte de la modalidad de los Asegurados por el Estado. Incorpora a las personas privadas de libertad, cuya protección se encuentra a cargo del Estado, de conformidad con lo establecido en el “Convenio entre Ministerio de Justicia y Paz y la Caja Costarricense de Seguro Social”, en donde se establece que la protección incluye las prestaciones del Seguro de Salud asociadas con la atención integral a la salud, pero no los subsidios, licencias, ni otras prestaciones en dinero. De esta forma, el nivel de contribución para esta modalidad de aseguramiento es el siguiente:

- Cuota Global: 13,75% del monto de ingreso de referencia, que se considera igual a la base mínima contributiva de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios.
- Estado como tal: 0,25% del ingreso de referencia de la población privada de libertad cubierta según el respectivo Convenio.

b) Financiamiento del Seguro de IVM

En el caso del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la CCSS, la Ley Constitutiva en su Artículo 32 establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 32.- La Junta Directiva formará con los capitales y rentas que se obtengan de acuerdo con esta ley, dos fondos: uno para beneficios y gastos del régimen de reparto y otro para beneficios y gastos del régimen de capitalización colectiva”.

El fondo asociado al régimen de capitalización colectiva corresponde al Seguro de IVM. Como primera impresión, se trata de un fondo común que se nutre de capitales y rentas para financiar un paquete de beneficios y gastos. En adición, el Artículo 30 de su reglamento define lo siguiente:

"Artículo 30. Sistema de financiamiento

Para la administración de las finanzas y planificación financiera de este Seguro, se utilizarán los sistemas financieros que mejor se adapten a cada régimen de protección, con los ajustes y requerimientos actuariales pertinentes; todo de conformidad con las normas de la Sección V de la Ley Constitutiva de la Caja y el Reglamento para la Inversión de las Reservas de este Seguro. En consistencia con la naturaleza y reformas introducidas al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, el sistema de financiamiento que rige es el de Primas Escalonadas, al que a su vez corresponde el método de valuación denominado Proyecciones Demográficas y Financieras. Es en ese marco en donde deben efectuarse las valuaciones actuariales para este Seguro, en las cuales se debe garantizar que los cálculos reflejen fielmente los métodos y las hipótesis adoptadas."

Concatenando lo anterior, lo que normativamente se tiene establecido es que el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte es un Régimen de Capitalización Colectiva que se rige bajo un sistema de financiamiento de primas escalonadas.

Al respecto, el esquema contributivo actualmente establece los siguientes aportes, según condición de aseguramiento:

i. Asalariados

Para este colectivo las contribuciones son las siguientes:

- Trabajador: 4.00%
- Patrono: 5.25%
- Estado como tal: 1.41%

ii. Asegurados Voluntarios y Trabajadores Independientes

Al igual que en el caso del Seguro de Salud, para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte el nivel de contribución que corresponde a estas modalidades de aseguramiento está determinado por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global será asumida por el Estado como cuota complementaria. Adicionalmente, el Estado debe aportar el 1,41% sobre la masa cotizante de este grupo de población.

La escala contributiva a la que hace referencia el párrafo anterior es la distribución del porcentaje que corresponde al trabajador y al Estado en su condición subsidiaria, con base en su nivel de ingreso, por lo que la contribución total bajo esta modalidad de aseguramiento está dada de la siguiente manera:

- Cuota global (asegurado y Estado): 9,25% del monto de sus ingresos de referencia.

- Estado como tal: 1,41% del monto de los ingresos de referencia de todos los asegurados bajo esta modalidad.

3.4 Producción de servicios y prestaciones

a) Seguro de Salud

Según la información publicada en la página Web de la CCSS, para el año 2020 se brindó un total de 4,090,047 atenciones de urgencias, un total de 11,350,712 consultas, que incluyen consultas médicas, odontológicas y de otros profesionales en salud y se registró un total de 263,141 egresos hospitalarios. Además, la estancia promedio, es decir, la duración promedio en días en los que una persona permanece hospitalizada, fue de 7.10 días. Por otro lado, se cuenta con 5,457 camas hospitalarias, las cuales presentaron un porcentaje de ocupación de 64.22%. Lo anterior se puede visualizar seguidamente.

Tabla 3
Producción de principales servicios del Seguro de Salud, 2020

Concepto	Valor
Atenciones de urgencias	4,090,047
Total de consultas otorgadas	11,350,712
Egresos hospitalarios	263,141
Estancia Promedio	7.10
Número de camas	5,457
% de Ocupación de camas	64.22

Fuente: Dirección Actuarial con datos del Área de Estadísticas de Salud.

Considerando la población nacional, lo anterior es equivalente a haber otorgado un promedio de 2.22 consultas por cada persona durante el año 2020. Por su parte, en el caso de las atenciones de urgencias, éstas equivalen a 800 atenciones por cada mil habitantes en ese mismo período. Con respecto a las hospitalizaciones, se registraron 263,141 egresos, con una estancia promedio de 7.10 días, lo que equivale a 366 estancias hospitalarias por cada mil habitantes.

Con respecto a las tasas de utilización de estos servicios, por edad y sexo, en términos generales dichas tasas son altas en las primeras edades y en las últimas edades. En el caso de la hospitalización, esas tasas son mayores en las primeras edades y en las últimas, siendo más significativo este aumento para el caso de los hombres, particularmente en las últimas edades. Las mujeres presentan las tasas de utilización

más altas en las edades fértiles. Por su parte, la estancia promedio es mayor en los hombres que en las mujeres, es decir, en términos generales los hombres utilizan menos estos servicios, pero cuando los utilizan, sus estancias promedio son más prolongadas.

En el caso de las consultas, las tasas de utilización para las mujeres son más altas con respecto a los hombres para casi todas las edades, pero a partir de los 80 años aproximadamente, la tasa de utilización de este servicio es mayor para los hombres. Por otro lado, se presenta un incremento considerable en las tasas de utilización para ambos sexos, que inicia cerca de los 50 años, con su máximo, alrededor de los 71 años.

Lo anterior es importante pues permite evidenciar el aumento en la utilización de los servicios a edades más avanzadas y de forma particular, para la población de personas adultas mayores.

En relación con otras prestaciones del Seguro de Salud, es importante indicar que para el 2020 se registró por cada mil habitantes, un total de 10,274 exámenes de laboratorio, 17,510 medicamentos despachados, 293 imágenes de rayos X, 21 mamografías, 47 ultrasonidos, 379 visitas de ATAP's, 12 atenciones a domicilio, entre otros servicios.

Por otro lado, en relación con las licencias que otorga el Seguro, en el siguiente cuadro se muestra que para el 2020 se registró un total de 1,249,241 órdenes, correspondientes a 9,822,826 días, lo que equivale a un promedio de 7.86 días por cada subsidio otorgado. La mayor cantidad de días otorgados son por enfermedad con un 77%, un 18% corresponde a licencias de maternidad, un 3% se encuentran asociados con accidentes de tránsito y el resto corresponde a las licencias de fase terminal, licencia de menor grave y licencia extraordinaria.

Tabla 4
Licencias del Seguro de Salud según órdenes, días otorgados y días promedio, por tipo, 2020.

Tipo de licencia	Número de órdenes	Total de días	Días promedio por incapacidad
Enfermedad	1,209,519	7,597,807	6.28
Maternidad	14,797	1,780,092	120.30
Fase terminal	2,333	69,990	30.00
Accidentes de tránsito	19,835	320,511	16.16
Licencia menor grave	982	22,565	22.98
Licencia extraordinaria	1,775	31,861	17.95
Total	1,249,241	9,822,826	7.86

Fuente: Dirección Actuarial y Económica.

b) Seguro de IVM

En este seguro, las prestaciones están constituidas básicamente por el beneficio de la pensión y el aseguramiento en el Seguro de Salud para cada una de las personas pensionadas y sus beneficiarios. La cantidad de personas pensionadas según riesgo y nivel del beneficio está como se muestra la tabla siguiente.

Tabla 5
Distribución de pensionados IVM, según nivel de beneficio y riesgo, 2019

Estratos de beneficio ^{1/}		Invalidez		Vejez		Muerte		Total	
Mayor que	Menor que	Casos	Monto	Casos	Monto	Casos	Monto	Casos	Monto
-	136 865	53,87%	34,90%	31,40%	11,62%	72,70%	45,24%	46,79%	19,89%
136 865	275 759	31,45%	27,38%	30,16%	15,58%	17,45%	21,34%	26,95%	18,08%
275 759	316 965	2,76%	3,86%	4,55%	3,64%	1,97%	3,74%	3,51%	3,69%
316 965	633 930	8,36%	17,08%	18,27%	22,19%	5,61%	15,56%	12,99%	20,49%
633 930	950 895	2,10%	7,63%	7,08%	14,75%	1,33%	6,44%	4,59%	12,52%
950 895	1 267 860	0,67%	3,40%	3,51%	10,40%	0,69%	4,86%	2,22%	8,59%
1 267 860	1 612 851	0,66%	4,75%	2,84%	11,21%	0,19%	1,82%	1,72%	8,91%
1 612 851	y más	0,13%	0,99%	2,20%	10,60%	0,06%	1,00%	1,23%	7,83%
Total		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Nota: 1/ Los montos ₡136 865 y ₡1 612 851 corresponden a los mínimos y máximos (respectivamente) de pensión vigentes.

Fuente: Dirección Actuarial, a partir de la planilla de pensionados.

Tal como se aprecia, del total de pensiones, el 47% se encuentra en la pensión mínima, el 77% por debajo del salario mínimo y el 1.23% se ubica en el monto máximo de pensión.

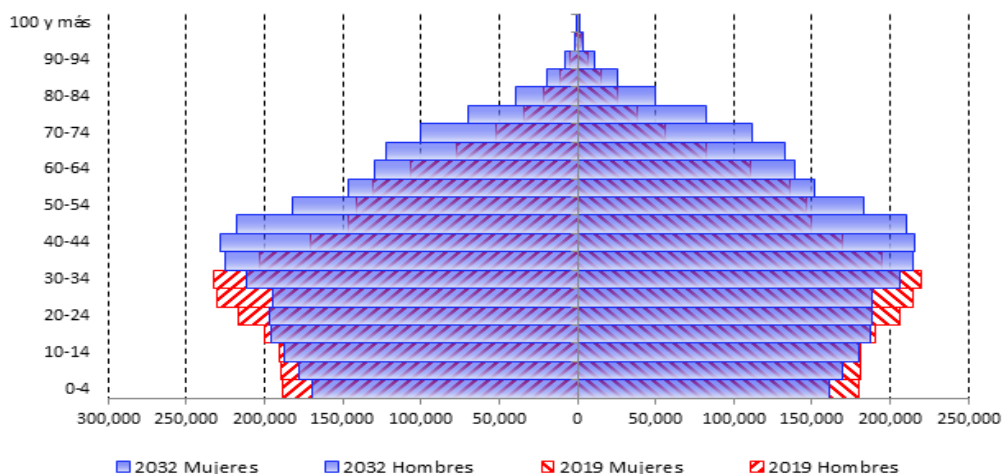
4. Condicionantes de la sostenibilidad financiera de la CCSS

4.1 Envejecimiento poblacional

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en la siguiente figura se muestra la estructura de la población al año 2019 y 2032, por grupos quinquenales de edades y según sexo. Se puede apreciar que para el año 2019 un 8.51% de la población corresponde a personas adultas mayores -65 años o más-, mientras que un 22.98% son personas de 0 a 15 años.

Sin embargo, al 2032, la población adulta mayor se incrementa en más de 5 puntos porcentuales, pasando a un nivel de 13.83%, mientras que la proporción de las personas de 15 años o menos se reduce en a 18.54%. Lo anterior se traduce en una menor cantidad de personas entre los 0 y 15 años y a su vez, un incremento cercano a 350 mil personas adultas mayores al 2032, es decir, crece en más un 81% con respecto a lo observado en el 2019.

Gráfico 1
Distribución de la población por sexo y grupos quinquenales de edad, 2019-2032



Fuente: Dirección Actuarial, con base en información del INEC.

El fenómeno del envejecimiento poblacional constituye un condicionante importante en la sostenibilidad de los seguros sociales. En efecto, según la información de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud elaborada en el 2019 y desde una perspectiva demográfica, el gasto en salud cambia su distribución por grupos de edades, como se puede observar en la siguiente figura, en donde la aceleración del gasto asociado específicamente con la población adulta mayor, la convierte a partir del año 2025, en la población más costosa para el Seguro de Salud, principalmente por las tasas de utilización de los servicios de salud para esas edades y además, por el proceso de envejecimiento de la población.

Tabla 6
Distribución del gasto de atención de la salud del Seguro de Salud, según grupos quinquenales de edad, 2018-2032. Millones de colones.

Grupos quinquenales de edad	2018	2032
0-5	11.9%	11.6%
6-10	3.3%	3.1%
11-15	2.8%	2.9%
16-20	4.6%	3.8%
21-45	28.6%	23.3%
46-65	25.9%	23.0%
66+	22.9%	32.3%

Fuente: Adenda a la Valuación Actuarial del Seguro de Salud con corte al 2017, CCSS.

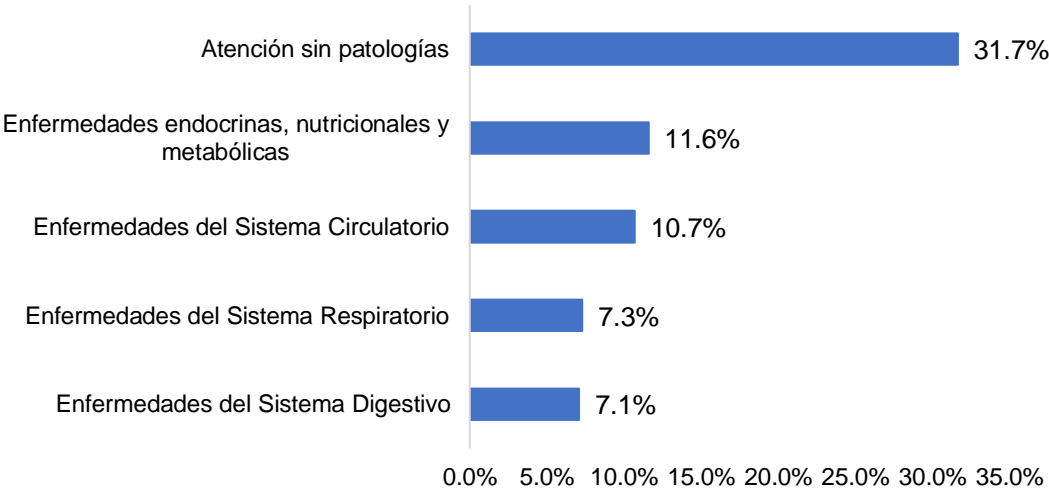
Al final del 2032, la población adulta mayor desplaza en cuanto al nivel de los gastos asociados con la atención de la salud, a las poblaciones de los otros dos grupos de edad que tienen mayor peso en dicho gasto *-de 21 a 45 años y de 46 a 65 años-*. Además, es importante señalar la desaceleración del gasto en el grupo de población de los 0 a los 5 años, en línea con la disminución en las tasas de natalidad.

No obstante lo anterior, es preciso indicar que si bien es cierto la población adulta mayor casi que se duplica al cabo de los 15 años de proyección, se obtiene como parte de los resultados que el gasto de la atención de la salud asociado precisamente con la población de adultos mayores, crece en forma más acelerada, incrementándose aproximadamente 5 veces al 2032, ocasionado por el envejecimiento de la población, la frecuencia de uso de los servicios de salud, los costos de los servicios, entre otros. Es decir, el aumento de 5 puntos porcentuales a nivel de participación demográfica se traduce en un aumento de 9 porcentuales en la participación del gasto.

4.2 Transición epidemiológica

El perfil epidemiológico de una población es la expresión del estado de salud que esta sufre y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. Sobre el particular y de acuerdo con los datos que recopila el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), en la siguiente tabla se puede observar que un 31.6% de las consultas corresponden a atenciones sin patologías asociadas, un 11.6% a enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, donde destaca la condición de obesidad y diabetes.

Gráfico 2
Seguro de Salud. Principales causas de consultas totales



Fuente: Dirección Actuarial, con base en Valuación actuarial del Seguro de Salud con corte al 2017, CCSS.

En efecto, la Federación Internacional de Diabetes señala que esta enfermedad es responsable de un 12% del gasto en salud a nivel mundial. En Costa Rica se estima que un 12.8% de las personas mayores de 20 años padecen la enfermedad. Por su parte, las enfermedades del Sistema Circulatorio son la causa de un 10.7% de las atenciones, cuyo principal padecimiento es la hipertensión. Según la Organización Panamericana de la Salud, la hipertensión afecta entre un 20-40% de la población adulta en América, es decir unos 250 millones de personas y causa alrededor de 7.5 millones de muertes al año.

A nivel nacional, este tipo de enfermedades también integran las principales causas de defunción, de acuerdo con las estadísticas de egresos hospitalarios, en donde para el año 2017, se obtuvo que las enfermedades del corazón y las asociadas al sistema circulatorio representaron un 23.6% de las muertes, seguido de las enfermedades respiratorias (19.9%), cáncer y tumores (12.8%) y diabetes mellitus (3.14%).

Lo anterior se traduce en un incremento sustancial en los gastos de salud, puesto que las enfermedades no transmisibles (crónico-degenerativas) representan una demanda importante de consultas médicas, ya que son más duraderas y, además, implican una atención médica especializada basada en tecnologías y medicamentos más costosos que se asocian a períodos de hospitalización más prolongados.

4.3 Espacio fiscal para el financiamiento de los seguros sociales

El financiamiento del Seguro de Salud está definido principalmente bajo un esquema de seguros sociales de carácter contributivo-obligatorio para las personas trabajadoras, con una figura tripartita entre patronos, trabajadores y Estado; en otros casos bipartita por parte de las personas trabajadoras y Estado, como el de trabajadores independientes y asegurados voluntarios.

Asimismo, figura el esquema de financiamiento gubernamental a través de ingresos por concepto de transferencias corrientes, las cuales garantizan el acceso a los servicios de salud a grupos específicos de la población, mediante un financiamiento a cargo exclusivo del Estado. Dentro de los ingresos se contabilizan los relacionados con la venta de servicios médicos, ingresos de capital y financiamiento externo.

En consistencia con lo anterior, entre las principales obligaciones del Estado con el Seguro de Salud se destacan sus cuotas patronales y de las personas pensionadas del Estado, la cuota del Estado como tal, las cuotas subsidiarias o complementarias de las personas trabajadoras independientes y aseguradas voluntarias, pagos asociados con el traslado del programa del Ministerio de Salud y los servicios de salud que se brindan por la cobertura de los internos en centros penales, asegurados directos a cargo del Estado y poblaciones cubiertas por el Código de la Niñez y la Adolescencia y por otras leyes especiales.

En efecto, los ingresos del Seguro de Salud tienen un componente importante asociado con ingresos provenientes del Gobierno, por lo que un déficit fiscal alto puede representar un riesgo importante para este seguro, ante un eventual atraso o incumplimientos parciales o totales con los pagos de parte de las obligaciones del Estado con la Institución.

Con el propósito de dimensionar la dependencia que mantiene el financiamiento del Seguro de Salud, con respecto a los aportes que realiza el Estado en forma efectiva, en el siguiente cuadro se aprecia que para el período comprendido entre el 2016 y el 2019, los aportes y pagos del Estado representan en promedio un 22.4% de los ingresos totales del Seguro de Salud de cada año.

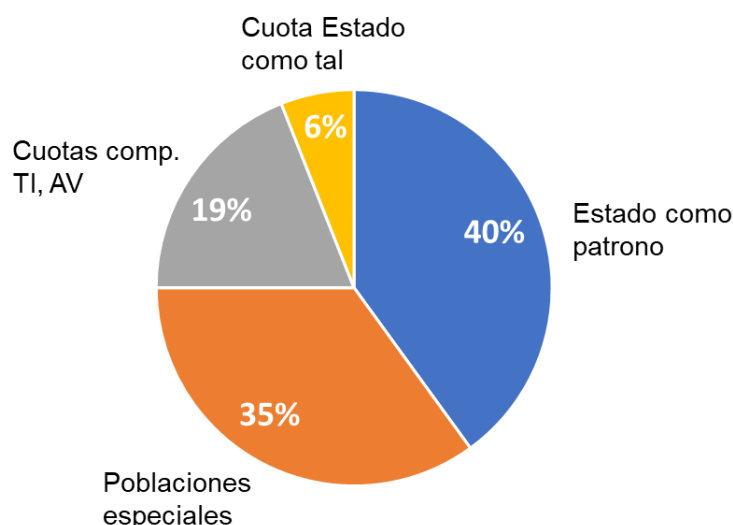
Tabla 7
Seguro de Salud. Cuotas del Estado por año, 2016-2019
(en millones de colones)

Cuotas del Estado	2016	2017	2018	2019
Estado como Patrono	221,821	226,418	238,783	247,516
Estado como Tal	34,740	37,256	37,066	43,466
Cuotas complementarias	87,572	99,050	111,358	148,736
Poblaciones Especiales	133,701	197,001	225,585	259,263
Total	477,835	559,726	612,792	698,981
<i>% Obligaciones respecto a Ingresos Totales</i>	<i>21.00%</i>	<i>22.30%</i>	<i>22.30%</i>	<i>24.10%</i>

Fuente: Dirección Actuarial y Económica, CCSS, 2019.

De las obligaciones del Estado con el Seguro de Salud, un 40% corresponde a la cuota del Estado como patrono, un 35% al aporte asociado con el aseguramiento de poblaciones especiales, un 19% a las cuotas complementarias de las poblaciones de afiliadas por cuenta propia y el restante 6% a la cuota del Estado como tal, según se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 3
Seguro de Salud. Distribución promedio de obligaciones del Estado
Periodo 2016-2019 (en porcentajes)



Fuente: Dirección Actuarial y Económica, CCSS, 2019.

Es importante indicar que los aportes que ha venido realizando el Estado asociados principalmente con el aseguramiento de poblaciones especiales, no corresponden a la totalidad de la obligación que establece la normativa, evidenciando el impacto que tiene la situación fiscal del Gobierno sobre el pago de sus obligaciones con el Seguro de Salud.

Para el caso del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte las obligaciones estatales se concentran fundamentalmente, en la cuota complementaria a las personas trabajadoras independientes y aseguradas voluntarias, así como la cuota Estado como tal, siendo de menor significancia (16%) respecto de los ingresos totales, en comparación con el Seguro de Salud.

4.4 Morosidad de patronos y personas trabajadoras independientes

La morosidad se concibe como aquellas obligaciones dinerarias del seguro de salud y pensiones, que un patrono o trabajador independiente no ha realizado en el plazo señalado por la institución, es decir, aquellas deudas que una vez transcurrida su fecha límite de pago, no han sido canceladas; adicionalmente, entendemos como accesorio las sumas no pagadas, en este caso las cuotas, los intereses y servicios médicos que se generan a partir de la condición de mora.

En la siguiente tabla se puede visualizar la cantidad de patronos y trabajadores independientes morosos activos ¹ e inactivos, así como la deuda pendiente de pago por cada uno de éstos. De la información mostrada se evidencia que, en el caso de los patronos, solo un 27% (25.711 patronos), son activos y adeudan a la CCSS la suma de ¢104,069 millones (25% de la deuda); en el caso de los trabajadores independientes, la relación es de un 66%; es decir, 137.814 trabajadores independientes activos adeudan un total de ¢286,451 millones, que corresponde a un 75% del total de la deuda de esta población.

Tabla 8
Cantidad y monto adeudado por patronos y trabajadores independientes. Dic 2020
(Montos en millones de colones)

Tipo de deudor	Cantidad	Peso relativo	Monto	Peso relativo
Patronos				
Activos	25,711	27%	104,069	25%
Inactivos	70,492	73%	312,788	75%
Total patronos	96,203	100%	416,857	100%
Trabajadores Independientes				
Activos	137,814	66%	286,451	75%
Inactivos	71,009	34%	94,153	25%
Total Trab. Independientes	208,823	100%	380,604	100%

Fuente: Dirección de Cobros – Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

Con respecto a la morosidad activa por rango de deuda, en el caso de los patronos, la mayor cantidad de morosos (19.886 patronos equivalentes un 77.3%) tienen deudas menores a ¢2 millones; sin embargo, su deuda representa solo el 7.16% del total de la morosidad (¢104.069 millones); por otro lado, una pequeña minoría de patronos (849 deudores equivalentes a 3.3%) mantienen deudas mayores a ¢20 millones y éstos concentran cerca del 60% del total de la morosidad activa.

En el caso de las personas trabajadoras independientes, la distribución de las deudas se comporta similar a la de los patronos, ya que el 52.5% de los morosos tienen deudas menores a ¢1 millón y en conjunto su deuda representa el 7% de la totalidad de la morosidad activa de esta población, mientras que 7.647 trabajadores independientes (5.5%), presentan deudas mayores a ¢5 millones de colones, lo que representa cerca del 28% del total de la morosidad.

¹ Corresponde a aquellos patronos y trabajadores independientes que se encuentran desarrollando una actividad económica y por lo tanto, tienen mayores posibilidades de pago de sus obligaciones con la CCSS.

En el caso de los patronos, se puede apreciar que el porcentaje de la deuda pendiente de pago es sumamente bajo, en promedio ha sido de un 0.83, es decir, el 99% de la facturación es recuperada por la Institución. En el caso de las personas trabajadoras independientes, el indicador se aleja mucho de la situación de los patronos, pues para esta población el promedio de los últimos 5 años fue del 35.01%, siendo que poco más de una tercera parte de lo que se factura queda pendiente de pago.

Tabla 9
Indicadores de morosidad, 2019-2020
(en porcentajes)

Año	Patronos	Trab. Indep.
2016	0.59%	29.72%
2017	0.87%	33.78%
2018	0.84%	35.74%
2019	0.77%	35.91%
2020	1.08%	39.91%
<i>Promedio</i>	<i>0.83%</i>	<i>35.01%</i>

Fuente: Dirección de Cobros – Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

4.5 Subsidios implícitos a otros seguros

Estos subsidios se refieren a los costos que asume el Seguro de Salud por los montos no recuperados en el caso del Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA) y el de Riesgos del Trabajo (RT).

El Seguro de Salud administrado por la CCSS está asumiendo un costo cercano al 20% de las atenciones médicas que se proporcionan en los centros de salud de la CCSS, o sea, que esta institución está subsidiando costos de otro seguro. El efecto a nivel de las finanzas del Seguro de Salud por el traslado de riesgos de trabajo es positivo para el periodo en estudio (2020-2032), pues el aumento del gasto corresponde a un 3.29% en promedio y el aumento del ingreso es de 5.16% en promedio.

Para el caso del riesgo de accidentes de tránsito, el Seguro de Salud está asumiendo el costo de casi un 60% de las atenciones médicas que se proporcionan en los centros de salud de la CCSS. El agotamiento de la póliza de cobertura del SOA constituye la primera causa que explica el déficit en la relación CCSS – INS por concepto de atención de accidentes de tránsito, seguido del no reporte de los accidentes de tránsito al INS por parte de los afectados. El agotamiento de la póliza representa el 20% de los costos asumidos por la institución por accidentes de tránsito. Actualmente el monto de cobertura es de 6 millones de colones, y cubre alrededor del 90% del número de casos

de accidentes de tránsito, cumpliendo de esta forma con el criterio técnico de la SUGESE, sin embargo, el monto de cobertura de ¢6 millones es insuficiente para cubrir el 35% de los costos totales.

5. Situación financiera reciente de los Seguros de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte

5.1 Evolución reciente de ingresos y egresos

A continuación, se realizan varias observaciones a la situación financiera de los regímenes de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte.

a) Evolución de ingresos y egresos del Seguro de Salud.

En referencia al Seguro de Salud, el cuadro 1 detalla la evolución presentada de los ingresos y egresos para el periodo 2017-2020:

Tabla 10
Seguro de Salud. Histórico de ingresos y egresos, 2017 – 2020
(En millones de colones)

Año	Ingresos	% Var.	Egresos	% Var.	Diferencia
2017	2,427,385	7.4%	1,911,798	-1.3%	515,588
2018	2,763,669	13.9%	2,225,442	16.4%	538,227
2019	3,012,043	9.0%	2,395,508	7.6%	616,535
2020	3,587,703	19.1%	2,814,975	17.5%	772,728

Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria 2017-2020

Se observa que el total de ingresos ha sido superior a los egresos en todo el período, el porcentaje promedio de variación de los ingresos fue de 12.35%, en el período indicado, por su parte los egresos muestran un crecimiento promedio de 10.05%.

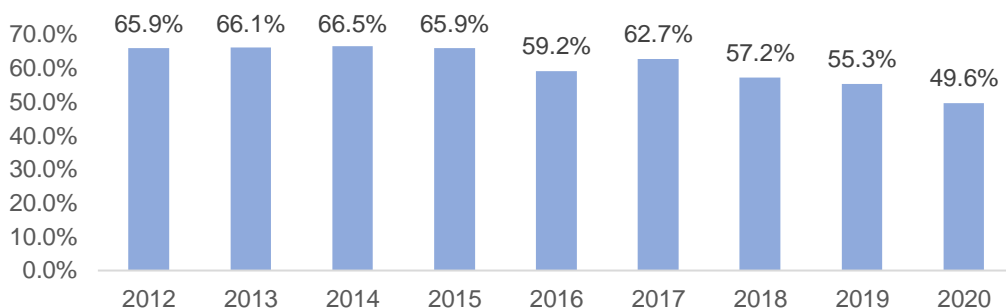
Es importante mencionar que en el año 2020 se observa un crecimiento importante en los ingresos y egresos, explicado principalmente por el cambio en la metodología de registro de las inversiones financieras, establecido por la Contraloría General de la República, en donde por el lado de los ingresos se registran la totalidad de los vencimientos de las inversiones, y por el lado de los egresos, las compras de títulos que se amorticen más allá del período presupuestario en ejecución.

Sin duda, la pandemia del Covid-19 ha tenido un impacto directo en las finanzas institucionales, tanto por el lado de los ingresos, al disminuir la cantidad de trabajadores reportados a la seguridad social y el efecto en la economía derivado de la baja en la actividad de varios sectores. Por el lado de los gastos, el Seguro de Salud ha tenido

que dedicar recursos adicionales para la atención de la emergencia sanitaria.

No obstante, debe señalarse que, en los últimos años, el pago de remuneraciones ha disminuido como proporción del gasto total. Lo anterior, producto de las acciones de control y racionalización tomadas por la Institución y la implementación de la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas.

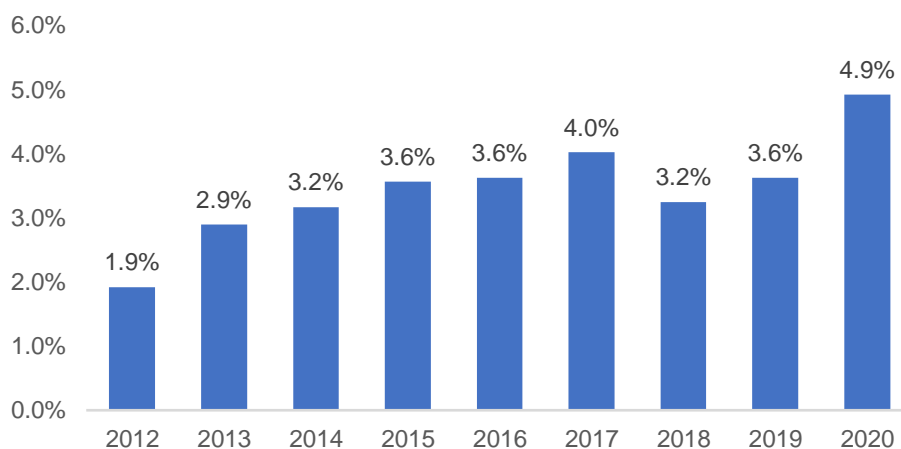
Gráfico 4
Seguro de Salud. Remuneraciones, periodos 2012 – 2020
(% participación con respecto al gasto total)



Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria 2012-2020

Como resultado de lo anterior, se ha permitido redirigir los recursos al fortalecimiento de las inversiones físicas, financiamiento de otros proyectos y actividades de fortalecimiento de los servicios.

Gráfico 5
Seguro de Salud: Inversión en infraestructura y equipamiento, 2012 - 2020
(% de participación con respecto al gasto total)



Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria 2012-2020

b) Evolución de ingresos y egresos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

En referencia al IVM resulta relevante observar el comportamiento mostrado en el pasado reciente en la evolución de los ingresos y egresos.

Tabla 11
Seguro de IVM. Ingresos y egresos, 2017 - 2020
(En millones de colones)

Año	Ingresos	% Var.	Egresos	% Var.	Diferencia
2017	1,119,666.7	2.5%	997,119.3	-0.8%	122,547.4
2018	1,312,202.2	17.2%	1,171,321.5	17.5%	140,880.7
2019	1,493,135.9	13.8%	1,288,293.5	10.0%	204,842.4
2020	1,797,402.2	20.4%	1,610,187.1	25.0%	187,215.1

Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria 2012-2020

Según el detalle, se muestra que los ingresos totales han sido superiores a los egresos. Para diciembre 2020, los ingresos fueron de ₡1,797,402 millones, mientras los egresos registraron ₡1,610,187 millones.

En forma similar al Seguro de Salud, en el 2020 se observa un crecimiento importante en los ingresos y egresos, explicado principalmente por el cambio en la metodología de registro de las inversiones financieras.

De igual forma, los ingresos del Régimen de IVM se vieron afectados por la pandemia del Covid-19, tanto en las contribuciones como en las transferencias del Estado, lo que obligó a tomar parte de los rendimientos generados de las inversiones financieras, para cubrir el pago de las pensiones y el aguinaldo a los beneficiarios de ese Régimen, resultado que se ve reflejado en la disminución de la diferencia ingresos-egresos al finalizar el período 2020.

5.2 Resultados de valuaciones actuariales

Para el caso del Seguro de Salud se consideran los documentos asociados con la Valuación Actuarial con corte al 2017 y la Adenda a dicha valuación, elaborada esta última en diciembre del 2019. Adicionalmente se considera la situación posterior al COVID-19, con base en los resultados de estos dos documentos, con el objetivo de dimensionar la afectación de la pandemia en este seguro, según estimaciones realizadas por la Dirección Actuarial y Económica en el 2020 y presentadas a la Asamblea Legislativa.

Se muestran los resultados de la proyección de ingresos y gastos totales del Seguro de Salud hasta el año 2032, así como el balance de ingresos menos gastos. Sobre el particular, en el siguiente cuadro se puede apreciar como los gastos superan a los ingresos efectivos a partir del año 2024, así como para el año 2020, por el efecto directo

de la pandemia, que se reflejó en mayor medida por el lado de los ingresos que de los gastos. En efecto, los ingresos se vieron afectados significativamente por las altas tasas de desempleo que impactan en una disminución de los ingresos por contribuciones, así como la alta morosidad particularmente del Estado debido a su situación fiscal, lo que se traduce en el no pago o pago parcial de sus obligaciones con el Seguro de Salud.

Tabla 12
Seguro de Salud. Proyección de ingresos y gastos y su balance reglamentario y efectivo, por año, 2020-2032
(En millones de colones)

Año	Ingresos		Gastos	Balance	
	Reglamentarios	Efectivos		Reglamentario	Efectivo
2020	2,695,761	2,409,374	2,560,432	135,329	-151,058
2021	2,957,097	2,785,725	2,660,912	296,185	124,813
2022	3,144,363	2,965,115	2,898,588	245,775	66,527
2023	3,343,468	3,155,968	3,154,722	188,746	1,246
2024	3,552,988	3,356,902	3,419,867	133,121	-62,965
2025	3,768,642	3,563,763	3,692,127	76,515	-128,364
2026	3,992,769	3,778,847	4,007,378	-14,609	-228,531
2027	4,225,965	4,002,740	4,336,852	-110,887	-334,112
2028	4,468,501	4,235,680	4,688,392	-219,891	-452,712
2029	4,720,495	4,477,742	5,078,615	-358,120	-600,873
2030	4,982,715	4,729,792	5,499,556	-516,841	-769,764
2031	5,254,868	4,991,491	5,954,866	-699,998	-963,375
2032	5,537,710	5,263,576	6,455,226	-917,516	1,191,650

Fuente: Dirección Actuarial y Económica, CCSS, 2019.

En consistencia con lo anterior, el balance de ingresos y gastos que permite apreciar el período de suficiencia de ingresos para cubrir los gastos del Seguro permite

evidenciar que, considerando los ingresos reglamentarios, los ingresos serían suficientes hasta el 2026, mientras que, considerando los ingresos efectivos, el período de suficiencia es hasta el 2023.

La sostenibilidad del Seguro de Salud depende de múltiples factores, con fundamento en las condiciones esperadas en el mediano y largo plazo, **debe procurarse un aumento en el ingreso, así como trabajar en un aumento de la eficiencia en el uso de los recursos, en todos los niveles, pero de manera muy especial, en las prestaciones que consumen mayor cantidad de recursos, como lo es el ámbito hospitalario.**

Por otro lado, los principales componentes que determinan o condicionan la sostenibilidad del Seguro de Salud, son por el lado del gasto, los asociados con el comportamiento de la demanda de los servicios de salud y sus respectivos costos; mientras que, desde una perspectiva de los ingresos, es el comportamiento del mercado laboral y la situación fiscal. Además, el gasto de la atención de la salud se ve afectado directamente por el envejecimiento poblacional.

En lo que respecta al Seguro de IVM la valuación actuarial con corte al 31 de diciembre 2018, refleja en los indicadores de corto plazo un agotamiento en la reserva en el año 2037, según se aprecia en el siguiente cuadro.

Tabla 13
Seguro de IVM. Proyección flujo de ingresos, egresos y reserva por año, 2019-2040 (En millones de colones)

Año	Reserva al inicio del año	Ingresos por aportes	Ingresos por intereses	Ingresos totales	Egresos Totales	Reserva final
2019	2,156,908	1,078,505	153,572	1,242,826	1,106,055	2,293,714
2020	2,293,714	1,226,069	163,312	1,401,642	1,225,952	2,469,404
2021	2,469,404	1,326,804	175,822	1,515,893	1,353,756	2,631,542 a.
2022	2,631,542	1,433,971	187,366	1,635,676	1,492,580	2,774,638
2023	2,774,638	1,620,562	197,554	1,834,321	1,646,774	2,962,185
2024	2,962,185	1,747,869	210,908	1,976,256	1,818,279	3,120,162
2025	3,120,162	1,883,219	222,156	2,124,207	2,008,315	3,236,053
2026	3,236,053	2,118,293	230,407	2,369,883	2,217,413	3,388,522
2027	3,388,522	2,279,068	241,263	2,543,121	2,445,351	3,486,293
2028	3,486,293	2,450,423	248,224	2,723,152	2,693,979	3,515,466
2029	3,515,466	2,746,008	250,301	3,023,770	2,964,635	3,574,601
2030	3,574,601	2,949,116	254,512	3,233,119	3,257,735	3,549,985 b.
2031	3,549,985	3,166,044	252,759	3,450,463	3,573,923	3,426,525
2032	3,426,525	3,397,351	243,969	3,675,293	3,915,195	3,186,623
2033	3,186,623	3,643,733	226,888	3,907,058	4,283,632	2,810,050
2034	2,810,050	3,905,957	200,076	4,145,092	4,682,738	2,272,403
2035	2,272,403	4,184,837	161,795	4,388,480	5,115,304	1,545,580
2036	1,545,580	4,481,012	110,045	4,635,867	5,586,250	595,197
2037	595,197	4,794,606	42,378	4,884,930	6,100,419	(620,292) c.
2038	(620,292)	5,126,952	(44,165)	5,134,056	6,660,962	(2,147,198)
2039	(2,147,198)	5,477,540	(152,881)	5,379,435	7,276,493	(4,044,256)
2040	(4,044,256)	5,846,926	(287,951)	5,617,444	7,951,687	(6,378,499)

Fuente: Dirección Actuarial, a partir del escenario base.

Por otra parte, en cuanto a los indicadores de largo plazo el balance actuarial a 100 años proyecta una razón de solvencia de aproximadamente un 48.3%, lo cual significa que, de conformidad con dicha valuación, el Régimen puede enfrentar solamente el 48.3% de los beneficios prometidos.

Con la reforma recién aprobada por la Junta Directiva, estos indicadores reflejan una mejora considerable, postergando el agotamiento de la reserva hasta el 2053 y elevando la razón de solvencia aproximadamente a un 63%.

6. Propuestas para fortalecer la sostenibilidad financiera

6.1 Aumento de ingresos provenientes de fuentes de financiamiento existentes

a) Reducción de cargas sociales de otras instituciones (FODESAF, INA, IMAS, Banco Popular y Desarrollo Comunal)

El total de las cargas sociales asciende al 37%, de las cuales, solamente el 24% corresponde a la CCSS (14.75% Salud y 9.25% IVM). La diferencia, de 13% corresponde al financiamiento de LPT 5.75% y 7.25% a otras instituciones, últimos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 14
Porcentajes de contribución de otras instituciones

Institución	Porcentaje
Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares	5.00%
Instituto Nacional de Aprendizaje ^{1/}	1.50%
Instituto Mixto de Ayuda Social	0.50%
Banco Popular y de Desarrollo Comunal	0.25%
Total	7.25%

Nota:

1/ Dependiendo de la actividad económica y número de trabajadores, el porcentaje de INA puede ser 0.50%.

Fuente: Gerencia Financiera.

b) Contribución por jornada real en el Seguro de Salud

La base mínima de contribución, que existe en los seguros que administra la Institución, constituye un elemento importante para su estabilidad financiera y actualmente, es equivalente al 92.95% y 87% del Salario Mínimo Legal del Trabajador (No Calificado Genérico no calificado) en el Seguro de Salud y en el Seguro de IVM, respectivamente.

Recientemente existe un cuestionamiento de la base mínima contributiva, en el informe de la OCDE titulado Estudios de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales: Costa Rica 2017 recomienda:

“... Fortalecer los incentivos para la formalización del empleo, entre otras cosas mediante la reducción de las cotizaciones al Seguro Social para los patronos y transfiriendo la carga fiscal a los impuestos generales. Si no es factible a una escala considerable en el corto plazo, considerar la posibilidad de reducir las contribuciones al Seguro Social para los trabajadores poco calificados y temporalmente para aquellos que reingresan al mercado laboral formal al mismo tiempo que conservan sus derechos de Seguro Social.

Abordar el efecto distorsionador de la base mínima contributiva (BMC) en los empleados con bajos ingresos, especialmente aquellos que trabajan a tiempo parcial. Considerar la posibilidad de eliminar la BMC o introducir bases de cotización mínimas por hora para los trabajadores a tiempo parcial (como se hace en España) ...”

Continúa dicho informe indicando que “...el aumento de la base mínima contributiva sin reforzar el cumplimiento de la legislación sobre el salario mínimo y sin permitir que la base mínima contributiva varíe con las horas de trabajo reduce aún más los incentivos para el empleo formal, con consecuencias adversas tanto para los trabajadores como para las finanzas públicas (...)”

Conscientes de la importancia de la BMC en la sostenibilidad de los seguros, conviene valorar distintas opciones enfocadas en coadyuvar a la formalización del empleo, sin afectar dicha sostenibilidad.

c) Gestión y pago de la deuda del Estado con la CCSS

La deuda del Estado ha mostrado un comportamiento creciente, con un promedio de 16% anual en los últimos tres años y siendo la mayor parte de esta, correspondiente al Seguro de Salud. Con base en información a junio 2021, los adeudos del Estado superan los ₡2,27 billones, de los cuales el 82% corresponde al Seguro de Salud y el 18% restante al Seguro de IVM.

Tal como se aprecia en la siguiente tabla, según concepto, los mayores adeudos se concentran en las obligaciones por cuotas complementarias y subsidiarias, seguidas del Traslado de Programas del Primer Nivel de Atención (misma que se encuentra en proceso de resolución judicial), Código de la Niñez y la Adolescencia, población

asegurada por el Estado y Leyes Especiales que, en conjunto, totalizan el 94.3% de la deuda.

Tabla 15
Deuda del Estado con la CCSS, al 31 de junio 2021
(en millones de colones)

Concepto	Seguro de Salud	Seguro de IVM	Total	Peso relativo
Cuotas complementarias y subsidiarias ^{1/}	285,764.49	405,977.39	691,741.88	30.43%
Traslado de Programas I Nivel (Ley 7374) ^{2/}	513,384.70	0.00	513,384.70	22.59%
Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 7739)	502,566.79	0.00	502,566.79	22.11%
Población asegurada por el Estado	266,360.14	0.00	266,360.14	11.72%
Leyes Especiales	169,301.20	0.00	169,301.20	7.45%
Saldo Convenio 2007	84,442.91	135.74	84,578.65	3.72%
Control del Tabaco (Ley 9028)	23,633.02	0.00	23,633.02	1.04%
Deuda estatal negociada ^{3/}	21,530.18	0.00	21,530.18	0.95%
Fecundación in vitro	12,940.00	0.00	12,940.00	0.57%
Entidad Verificadora Indicadores	740.12	0.00	740.12	0.03%
Servidoras Domésticas	0.00	340.54	340.54	0.01%
Recolectores de Café	2.17	0.00	2.17	0.00%
Saldo Convenio 2011	-7,687.77	-6,495.63	-14,183.39	-0.62%
Total Deuda acumulada del Estado	1,872,977.95	399,958.05	2,272,935.99	100.00%

Notas:

1/ Incluye adeudos por concepto de Cuota Estado como Tal, Cuota Complementaria a trabajadores independientes y asegurados voluntarios (afiliados individual o colectivamente) y aseguramiento de privados de libertad.

2/ Monto corresponde únicamente a la parte correspondiente a salarios de funcionarios trasladados, este concepto y su cuantía total se encuentra en proceso de resolución judicial.

3/ Adeudos en curso de pago por estar incorporados en convenios suscritos con el Ministerio de Hacienda.

Fuente: Gerencia Financiera

Actualmente, existen una serie de programas de aseguramiento en el Seguro de Salud, cuyo financiamiento está a cargo del Estado – Código de la Niñez y Adolescencia, Aseguramiento de Indigentes, Aseguramiento de Adulto Mayor y otros - los cuales no están siendo cancelados en forma total y oportuna, siendo en gran parte, la causa de la acumulación de estos adeudos.

Para solventar esta situación, se estima conveniente valorar el diseño de un proyecto de ley que proporcione rentas específicas aplicables al financiamiento de esos programas, lo cual permitirá disminuir el riesgo que representa para la liquidez del régimen, la acumulación permanente de esas obligaciones.

d) Modernización de la lucha contra la evasión y subdeclaración y fortalecimiento de la gestión cobratoria

Desde el punto de vista legal, la Institución requiere de iniciativas para el fortalecimiento de la gestión cobratoria, siendo importante valorar la modificación de determinados artículos de la Ley Constitutiva, relacionados con temas que mejorarían la recuperación de deudas pendientes de pago, tales como:

- **Artículo 20:** Se incluye una mejora al acceso a la información para verificar el correcto aseguramiento, en esa línea, se establece el deber de las entidades públicas y del Sistema Bancario Nacional a suministrar información a la CCSS, de remuneraciones e ingresos y la de trascendencia para verificar el cumplimiento de las obligaciones con la Caja.
- **Artículo 30:** Se aclara en este artículo, la responsabilidad del representante (es) legal (es) de retener las cuotas obreras y trasladarlas a la CCSS, lo anterior, con ocasión de los procesos penales derivados del delito de retención indebida tipificado en el artículo 45 de la Ley Constitutiva de la CCSS. También, fortalece la figura de la responsabilidad solidaria como mecanismo para combatir la morosidad y la evasión patronal.
- **Artículo 31:** Se actualiza la norma a las modalidades de aseguramiento vigentes y se establece el deber de las entidades públicas a suministrar información de trascendencia para combatir la evasión y morosidad de las obligaciones con la Caja, por medio de convenios de intercambio de información que permitan acciones más focalizadas y expedita.
- **Artículo 37:** Establece la obligatoriedad de patronos, trabajadores independientes o asegurados voluntarios de indicar un correo electrónico u otro medio tecnológico habilitado que garantice la seguridad del acto de comunicación y el debido proceso, para recibir notificaciones, además, registrar la información sobre la ubicación exacta del centro de trabajo cuando corresponda.
- **Artículo 45 bis:** Establece el delito a la defraudación a la Seguridad Social con una pena de dos a seis años de prisión, según un umbral de punibilidad de 200 salarios base a deudas en cuotas como parámetro mínimo para la acción penal.
- **Artículo 45 ter:** Establece una pena de seis meses a tres años de prisión a quien obtenga, para sí o para otro, el disfrute de prestaciones derivadas de los seguros sociales cuando medie evasión del pago de cuotas, omisión de aseguramiento o falsedad en la información que sirvió de base para calcular la cuota. Para la pena las cuotas deben exceder los cincuenta salarios base.

- **Artículo 45 quater:** Se impone al responsable de una conducta ilícita, el reintegro total de los montos obtenidos de forma ilícita, además de la pérdida de la posibilidad de obtener prestaciones económicas derivadas de los seguros sociales.
- **Artículo 48:** Aumenta el periodo de cierre del negocio de 5 a 15 días naturales y establece el delito de desobediencia definido en el artículo 307 del Código Penal, para quien incumpla la prohibición del ejercicio de la actividad.
- **Artículo 49:** Se modifica los intereses por morosidad, de tasa básica pasiva del BCCR, a tasa promedio activa del Sistema Bancario Nacional calculada por el BCCR, lo anterior, debido a que en la actualidad el costo financiero de la mora con la Caja es bajo, lo cual motiva el no pago de las cuotas a la Institución.
- **Artículo 53:** En cuanto a la certificación de las deudas extendida por la CCSS, que constituye el título ejecutivo para acudir a la vía judicial, se elimina la parte relativa a la firmeza administrativa con el fin de hacer más expedito el proceso de cobro.
- **Artículo 55:** Se propone descongestionar a la Junta Directiva de la CCSS, de la atención de los recursos de apelación en procedimientos de cierre de negocios, esto por cuanto dicha labor resulta muy operativa; en su lugar se propone que el recurso de revocatoria sea atendido por la unidad que dictó el acto y la apelación por la Gerencia Financiera; con este cambio, se logra una mayor celeridad del procedimiento.
- **Artículo 74 bis:** Se propone derogar este artículo porque se presume presentaría roces de inconstitucionalidad, debido a que violentará los principios constitucionales de razonabilidad y proporcionalidad al establecer condiciones casi imposibles de cumplir para obtener la condición de patrono o trabajador independiente “al día” o para garantizar un arreglo de pago.

e) Eliminación del tope de cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA)

Para el caso del riesgo de accidentes de tránsito, el Seguro de Salud está asumiendo el costo de casi un 60% de las atenciones médicas que se proporcionan en los centros de salud de la CCSS. El agotamiento de la póliza de cobertura del SOA constituye la primera causa que explica el déficit en la relación CCSS – INS por concepto de atención de accidentes de tránsito, seguido del no reporte de los accidentes de tránsito al INS por parte de los afectados. El agotamiento de la póliza representa el 20% de los costos asumidos por la institución por accidentes de tránsito. Actualmente el monto de cobertura es de 6 millones de colones, y cubre alrededor del 90% del número de casos de accidentes de tránsito, cumpliendo de esta forma con el criterio técnico de la

SUGESE, sin embargo, el monto de cobertura de 6 millones de colones es insuficiente para cubrir el 35% de los costos totales.

El efecto de eliminar el monto de cobertura límite tendría un resultado positivo para las finanzas del Seguro de Salud al disminuir el costo que asume la Institución por este riesgo.

6.2 Diversificación de los ingresos a través de nuevas fuentes de financiamiento

a) Pensión consumo

El crecimiento del sector informal en el país en el último año elevó las alertas que se venían observando sobre el financiamiento de las pensiones y la cobertura de estas, revisando una vez más las poblaciones de adultos mayores que no se encuentran cubiertas por ningún régimen de pensión (alrededor del 50%) y que al llegar a la vejez no pueden, parcial o totalmente, cubrir sus necesidades básicas. Esto se ha venido atendiendo por parte del Estado a través del Régimen No Contributivo (RNC), pero este no abarca a toda la población y su crecimiento depende de los recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares FODESAF y de las finanzas públicas, cuyos recursos se han visto mermados durante la pandemia.

Para solventar lo anterior debe buscarse una forma de proveer los recursos que no dependa de las finanzas públicas, asegurando en el mediano y largo plazo, un ingreso suficiente para para dichas necesidades básicas.

Una de las oportunidades que se ha estado analizando a nivel mundial (público y privado) y a nivel nacional, es establecer una “Pensión por Consumo”, el tema ha sido expuesto en varios foros y se encuentra en la corriente de la Asamblea Legislativa **el proyecto de ley Nº 21.639**, el cual propone tomar una parte del impuesto de valor agregado (3 pp de los 13 pp, es decir, un 23% del impuesto) y ponerlo en una cuenta individual a nombre del ciudadano, de forma tal que durante toda su vida vaya ahorrando cada vez que realice una compra (consumo) y facture, por lo que al llegar a la edad de 65 años haya construido una pensión complementaria, no dependiendo de esta forma de un patrono o trabajo formal, o de la disponibilidad de fondos del Estado, pudiendo iniciar este ahorro desde edades tempranas, aprovechando toda la infraestructura que ha proporcionado el Ministerio de Hacienda para el registro de las facturas y las Operadoras de Pensiones Complementarias OPC, para la inversión de los recursos.

Adicionalmente se presume que el registro obligado de las facturas contribuirá a la disminución de la evasión fiscal.

El proyecto propone una redistribución de los fondos cuando el ahorro individual anual sobrepasa cierta cantidad de salarios mínimos (12 salarios mínimos), ingresando el 1.5 pp a la cuenta individual y redistribuyendo el resto.

Con lo que no puede asignarse individualmente, como serían el exceso de los 12 salarios mínimos, los montos pagados por las sociedades anónimas y lo aportado por las personas no residentes del país (turistas), podrían tomarse los mismos para aumentar solidaridad y universalidad de la pensión y ponerlos a disposición para fortalecer el IVM de la CCSS, para cubrir en parte, las pensiones mínimas o para el Régimen No Contributivo, aumentando la cobertura o la pensión, de esta forma se le dotaría de recursos frescos y se contribuiría a la sostenibilidad financiera en la vejez de aquellos que menos tienen, sin depender de las finanzas públicas.

b) Pensión universal

El envejecimiento de la población costarricense es un hecho comprobable a partir de la información demográfica disponible en las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), por lo que, en el mediano y largo plazo, se tendrá una cantidad considerable de personas en edades para recibir pensión respecto a aquellas que están en el mercado de trabajo y cotizan para una pensión.

Una de las estrategias que han utilizado algunos países para enfrentar este reto tiene que ver con la introducción de una pensión universal que cubra a toda la población adulta mayor y así asegurar que las personas con una edad de 65 años o más, tengan al menos una pensión que los ayude a cubrir sus necesidades básicas en esa etapa de la vida.

La implementación de una pensión universal corresponde a una decisión que se debe tomar como sociedad, quien debe diseñar cuál debería ser la población beneficiaria, el monto que se podría otorgar y el mecanismo de financiamiento.

c) Inversión de reservas del IVM en obra pública

La infraestructura de un país es uno de los pilares fundamentales para su desarrollo, por ello, su adecuada administración incrementa la competitividad y el crecimiento económico, lo que a su vez mejora los indicadores sociales y la calidad de vida de las sociedades. En ese sentido, este aspecto debe verse como una visión estratégica y de largo plazo.

En Costa Rica es evidente la necesidad de fortalecer y mejorar los planes de desarrollo enfocados a la consolidación de proyectos, acompañados de planes de negocio público-privados que permitan disminuir el importante rezago que tiene el país (según

el índice de competitividad Global 2018 del World Economic Fórum, Costa Rica cuenta con la ubicación 110 de 137 países evaluados, es decir, solo es superado por 27 países con peor infraestructura a nivel mundial). En esa línea, una de las opciones más importantes y que se evidencia en los países desarrollados, es brindar sostenibilidad financiera a los fondos de pensiones a través del uso de los recursos institucionales para invertirlos en proyectos de infraestructura en esas mismas naciones.

Lo anterior, toma relevancia cuando se analiza que invertir en Obra Pública se ajusta a los objetivos del sector pensiones al ser instrumentos de largo plazo y con rentabilidades atractivas. Al respecto, resulta conveniente a los intereses de la CCSS que, desde el punto de vista legal, se impulse este tipo de iniciativa. Por ejemplo, la reglamentación chilena incentiva la participación del sector privado y el financiamiento de proyectos de Obra Pública a través de bonos corporativos, fondos de infraestructura propuestos por organismos multilaterales, donde están involucrados los procesos de titularización y fideicomisos.

d) Integración del Seguro de Riesgos Laborales a la CCSS

Los riesgos de trabajo se encuentran regulados en el Código de Trabajo en virtud de una modificación introducida por la ley N° 6727 “Ley sobre Riesgos del Trabajo” que vino a reformar el Título Cuarto de aquella normativa, en donde se regula la obligación de todo patrono de asegurar a sus trabajadores contra los riesgos del trabajo. Estos riesgos son parte de los riesgos excluidos del Seguro de Salud, los cuales, a pesar de la apertura del mercado para el ejercicio de las actividades relacionadas con este tipo de seguros, han sido administrados solamente por el Instituto Nacional de Seguros (INS).

El papel de la CCSS frente a estos riesgos excluidos consiste en la prestación de servicios médicos, debido a que es la única institución pública autorizada y competente para brindar atención médica, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación en el país y cuenta con un sistema hospitalario y de centros de salud con cobertura en todo el territorio nacional. Así las cosas, por el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica, se deriva la obligación ineludible por parte de la CCSS, de recuperar todas las sumas utilizadas en el desarrollo de actividades no derivadas de la protección de los riesgos comprendidos en los seguros que administra y gobierna la CCSS.

El seguro de riesgos de trabajo tiene asociada una serie de prestaciones que se otorgan como parte de los servicios médicos que se brindan por parte de la CCSS, así como un nivel de cobertura establecido en las respectivas pólizas a cargo del INS. Las tarifas que se cobran por el INS dependen fundamentalmente del nivel de riesgo de cada actividad y corresponden a un porcentaje que se cobra sobre las planillas y en términos generales, oscila entre un 0.46% y 8.7% y puede pagarse de forma trimestral, semestral y anual. Estas tarifas son definidas por el INS en el Manual de Tarifas por

Actividad Económica -manual de uso interno del INS- y las somete a consideración de la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

Con respecto a los resultados para la CCSS asociados con los riesgos de trabajo, según información de la institución al 2018, se desprenden las siguientes consideraciones para el período 2012-2018:

- Los montos cobrados por la CCSS al INS, asociados con estos riesgos, han venido presentando una tendencia creciente.
- Para el año 2018 se cobró un monto de 9,264 millones de colones, de los cuales solamente 7,504 millones de colones fueron recuperados por la CCSS, es decir, un 81%.
- El restante 19% de los gastos incurridos por la CCSS por los riesgos laborales fue asumido por el Seguro de Salud debido a que no se pudieron recuperar.
- Los costos que ha venido asumiendo el Seguro de Salud presentan una tendencia creciente, creciendo aproximadamente 1.3 veces en el período analizado, pues se pasó de 913 millones de colones a 1,760 millones de colones.

Con el objetivo de fortalecer el Seguro de Salud que administra la CCSS, se analiza la posibilidad de trasladar la administración de los riesgos de trabajo a esa institución, por lo que según estimaciones hasta el 2032 realizadas por la CCSS en el 2019, se obtendría lo siguiente:

- Se estima un aumento promedio de 5.2% de los ingresos totales del Seguro de Salud.
- El incremento promedio en los gastos totales de dicho seguro se estima en un 3.3%.
- El traslado de los riesgos laborales a la CCSS se traduce en un resultado positivo para el Seguro de Salud en términos de su sostenibilidad financiera.
- Se eliminaría la posibilidad de contar con costos no recuperados por este riesgo excluido y, por tanto, asumidos por el Seguro de Salud, pues se contaría con el ingreso completo asociado con las primas o tarifas respectivas.

7. Expediente Digital Único en Salud (EDUS)

El Expediente Digital Único en Salud (EDUS) constituye una herramienta de gestión para los profesionales clínicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, al facilitar la consulta y registro de las atenciones clínicas a lo largo de la red de servicios de salud.

En este contexto, para cada profesional en salud existe un perfil definido y un usuario y contraseña, las cuales son de uso personalísimo, mismos que son utilizados para el registro de las atenciones pertinentes, garantizando una relación inequívoca entre el profesional y el registro correspondiente, así como su trazabilidad.

Para cada persona usuaria pueden existir diferentes roles o perfiles, que delimitan el quehacer de éste en los diferentes escenarios de atención. En este sentido, los perfiles

existentes a la fecha permiten al profesional en salud realizar consultas y atenciones en consulta externa, emergencias, cirugías, hospitalización e incluso clínico administrativo, quedando bitácoras de cada uno de estos accesos. Lo anterior además se encuentra documentado en diferentes instrumentos normativos de la Gerencia Medica de la Institución.

Asimismo, la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, conforme sus competencias asignadas, ha establecido una serie de acciones para fortalecer la seguridad informática del Expediente Digital, tanto a nivel de sistemas de información como equipo de cómputo especializado. Como parte de estos controles, únicamente puede accederse al Expediente Digital Único en Salud desde la red interna (LAN), constituida por equipos de cómputo e impresoras interconectados, de la Caja Costarricense de Seguro Social, lo cual incrementa en nivel de seguridad y confidencialidad de la información.

Por tanto, en razón de los elementos de orden técnico, normativo y funcional descritos en las audiencias celebradas para el análisis de este sistema, se considera que el uso del Expediente Digital Único en Salud cumple con los elementos suficientes para garantizar razonablemente la seguridad y confidencialidad, requeridas para un adecuado resguardo de la información de los pacientes atendidos por la CCSS.

Respecto del rezago al que se hizo mención en la digitalización de los expedientes médicos que al efecto lleva la institución, se considera deben adoptarse las medidas necesarias y en el menor tiempo posible, que resulten más efectivas, céleres y eficaces, de forma tal, que, en un plazo razonable, se concluya esta importante tarea, con el fin de que el sistema cumpla plenamente con los objetivos para los que fue creado.

8. Conformación de EBAIS y fortalecimiento de las Áreas de Salud

Resultado del estudio “Plan de Acción para la conformación de EBAIS y Fortalecimiento de las Áreas de Salud”, se determinó una brecha de 223 EBAIS para el año 2020, en ese mismo estudio se realizó la priorización para la asignación de los EBAIS de las Áreas de Salud. A partir de dicha priorización, se solicitó a las Direcciones Regionales que certificaran la factibilidad de albergar EBAIS nuevos en las diferentes Áreas de Salud, según oficio GM-9262-2020 de fecha 16 de julio 2020.

Como metodología, producto del estudio se determinó que, de las 106 Áreas de Salud, 72 de ellas son las que requieren EBAIS adicionales, además se decidió priorizar EBAIS no Áreas de Salud. En el estudio Plan de Acción para la conformación de EBAIS y Fortalecimiento de las Áreas de Salud, se realizó la priorización de los EBAIS, según una serie de criterios que se desglosan a continuación:

- Crecimiento poblacional 2020-2030
- Crecimiento porcentual 2020-2030
- Diferencia cobertura teórica-real
- Brecha EBAIS actual

Con la priorización realizada se solicitó por parte de la CCSS a los Directores Regionales certificar la factibilidad de albergar EBAIS nuevos en las instalaciones actuales de las diferentes Áreas de Salud, para determinar las posibles plazas de formación de algunos perfiles que conforman los EBAIS, plazos para la dotación de plazas y plazas para la conformación de EBAIS, según la capacidad presupuestaria institucional. Una vez que se recopiló la certificación en relación a la capacidad de las Áreas de Salud de albergar nuevos EBAIS, se cotejó contra las priorizaciones de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, con el fin de hacer coincidir los EBAIS priorizados técnicamente con la factibilidad de las Áreas de Salud de albergar nuevos EBAIS, definiendo criterios de priorización y una estrategia de funcionamiento:

- 1- Factibilidad de albergar de manera inmediata en segundo turno, para cumplir con el acuerdo adoptado por la Junta Directiva.
- 2- Condiciones de las Áreas de Salud en relación con los servicios de apoyo, privilegiando durante el 2020 aquellos EBAIS que no requieren el reforzamiento de los servicios de apoyo (oficio GM-9262-2020).
- 3- Brecha de EBAIS, resultante del estudio Plan de Acción para la conformación de EBAIS y Fortalecimiento de las Áreas de Salud.
- 4- Impacto en el pago de tiempo extraordinario. Uno de los propósitos de la propuesta es la reducción de tiempo extraordinario que se asocie a la atención integral en horarios no tradicionales, como vespertinas o los mismos servicios de urgencias, en los cuales se evidencian consultas que pueden ser resueltas en los nuevos EBAIS.
- 5- Recurso Humano disponible, en este caso se priorizó para el 2020, aquellos EBAIS que cuentan con lista de oferentes en los perfiles que conforman el EBAIS y que tienen un proceso de formación, tal es el caso de Auxiliares de Enfermería, ATAP, así como personal de REDES que tiene un proceso de capacitación
- 6- Estos EBAIS se asignaron a Sedes de Área, como EBAIS concentrados, en las Sedes donde se cuentan con servicios de urgencias o con hospitales cerca de ellas. Esto con el fin de que puedan solventar problemas que se presenten en horario ampliado y de apoyo si se necesita.
- 7- Para el año 2020 ya se entregaron 15 EBAIS en segundo turno.

Otro aspecto importante por el que se le consultó a la institución es lo relativo al denominado turismo médico y si este impacta las listas de espera. Al respecto, se indicó que, en los últimos años, Costa Rica representa particularmente para los estadounidenses, un destino atractivo debido a la calidad de los profesionales en salud y del bajo costo en comparación a los precios que se ofrecen en sus países, esto según una nota del periódico The New York Times (*Why medical tourism is drawing patients, even in a pandemic*)

Sin embargo, actualmente solo los entes u hospitales privados ofrecen paquetes o servicios médicos a extranjeros, como parte de una estrategia de turismo médico. La CCSS no brinda u ofrece este tipo de servicios, por lo que el turismo médico no impacta en ninguna medida las listas de espera.

Ahora bien, siendo las listas de espera un aspecto medular para que el Estado cumpla con una efectiva y oportuna prestación de los servicios de salud para la población, la institución estableció que, para las listas de espera de procedimientos médicos y quirúrgicos, se deberán considerar los siguientes lineamientos para la inclusión de pacientes:

- a) Incluir aquellos usuarios a los que se les indique, de acuerdo a criterio del médico, un procedimiento, por el centro de atención directa (EBAIS o Área de Salud) o por área de atracción indirecta, y que el mismo cuente con la capacidad instalada para realizar ese determinado procedimiento. La indicación médica deberá adecuarse a las guías de práctica clínica y protocolos de indicaciones elaborados por las Sociedades Científicas y/o desarrollados por los Servicios para, al menos, los procedimientos de mayor incidencia en su práctica habitual, conforme lo establecido en la normativa institucional.
- b) Deberán incluirse todos los casos al momento de establecer la indicación necesaria, por parte del personal de salud competente, es decir, cuando la misma cuente con los elementos que no contraindiquen dicho procedimiento y con el consentimiento informado del paciente y/o familiares. Ello en virtud de que no se justifica el ingreso de pacientes que no desean realizarse el procedimiento y/o los familiares no lo aprueben cuando así corresponda. De igual manera no corresponde ingresar a lista, aquellos pacientes que cuenten con una contraindicación médica y que por expectativa se espera subsanar dicha situación en el momento que corresponda la atención y considerando el debido compromiso y responsabilidad del paciente sobre el cumplimiento de indicaciones médicas.
- c) En el caso de procedimientos quirúrgicos, se debe ingresar los casos que tengan indicación de un procedimiento para el cual resulta indispensable que se efectúe en un quirófano, por lo que no se debe incluir casos que se realizan de forma habitual en una consulta o sala de curación del centro, y en tal sentido, no deben incluirse cirugías menores. Únicamente se deben incluir aquellos casos que cuenten con indicación cierta, establecida por un médico especialista, tras haber considerado riesgos y beneficios, y de acuerdo con lo estipulado en el punto anterior.
- d) No se justifica la inclusión de aquellos pacientes con contraindicación o sin indicación certera en ese momento, aunque previsiblemente puedan tenerla en un futuro. Dentro de los protocolos de atención que debe tener cada servicio para procedimientos de las patologías más frecuentes, de acuerdo a lo establecido en materia de control interno; se deberá especificar si el procedimiento requerido precisa ser realizado en quirófano o es procedimiento menor, y por tanto si debe ser incluido dentro de la lista de espera de procedimientos quirúrgicos o médicos. Sobre tales aspectos deberá de forma constante hacerse la debida inducción al personal competente.

- e) El paciente debe contar con el respectivo aval quirúrgico de las especialidades correspondientes cuando sea necesario, por ejemplo, valoración preanestésica, cardiológica, medicina interna, cirugía, entre otras. Además de los requisitos preoperatorios necesarios, a manera de ejemplo si requiere de ultrasonido, radiografías, electrocardiograma, biopsias, laboratorios, estudios de extensión o procedimientos preoperatorios, entre otros.

9. Recomendaciones

En general, en el punto 6 de este informe, se realizan diversas propuestas con el fin de paliar y coadyuvar en la situación financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social y en este apartado, se presentan diversas opciones que, desde la óptica de una eventual intervención legislativa, podrían considerarse para fortalecer la sostenibilidad financiera de los Seguros de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte, dentro de las cuales se citan algunas relacionadas con el incremento de ingresos por fuentes de financiamiento existentes y otras vinculadas con la creación de nuevas fuentes, que contribuyan a diversificar los ingresos, según se resume seguidamente.

a) Aumento de ingresos provenientes de fuentes de financiamiento existentes

- Reducción de cargas sociales de otras instituciones (FODESAF, INA, IMAS, Banco Popular y Desarrollo Comunal) y sustitución de dicho financiamiento por impuestos.
- Contribución por jornada real en el Seguro de Salud, que vendría a hacer el costo de aseguramiento más accesible para aquellas personas que trabajan por horas o tiempo parcial.
- Gestión y pago de la deuda del Estado con la CCSS, mediante la creación de fuentes de financiamiento fiscales para obligaciones que tradicionalmente acumulan adeudos tales como el aseguramiento de poblaciones específicas (Código de la Niñez y la Adolescencia, Leyes Especiales, Asegurados por el Estado) y más recientemente, cuotas complementarias de trabajadores independientes y asegurados voluntarios.
- Modernización de la lucha contra la evasión y subdeclaración y fortalecimiento de la gestión cobratoria, mediante el apoyo de reformas a la Ley Constitutiva de la CCSS, propuestas por dicha entidad.
- Eliminación del tope de cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles, mediante una reforma a la Ley de Tránsito N° 9078.

b) Diversificación de los ingresos a través de nuevas fuentes de financiamiento

- **Pensión consumo:** se propone tomar una parte del impuesto de valor agregado (3 pp de los 13 pp, es decir un 23% del impuesto) y ponerlo en una cuenta individual a nombre del ciudadano, de forma tal que durante toda su vida vaya ahorrando cada vez que realice una compra (consumo) y facture, por lo que al llegar a la edad de 65 años haya construido una pensión complementaria. Con lo que no puede asignarse individualmente, como sería el exceso de los 12 salarios mínimos, los montos pagados por las sociedades anónimas y lo aportado por las personas no residentes del país (turistas), podrían tomarse esos recursos para aumentar solidaridad y universalidad de la pensión y ponerlos a disposición para fortalecer el IVM de la CCSS, para cubrir en parte, las pensiones mínimas o para el Régimen No Contributivo.
- **Pensión universal:** introducción de una pensión universal que cubra a toda la población adulta mayor y así asegurar que las personas con una edad de 65 años o más tengan al menos una pensión que los ayude a cubrir sus necesidades básicas en esa etapa de la vida. La implementación de una pensión universal implica la valoración de aspectos tales como población beneficiaria, el monto que se podría otorgar y el mecanismo de financiamiento.
- **Inversión de reservas del IVM en obra pública:** de manera que, desde el punto de vista legal, se incentive la participación del sector privado y el financiamiento de proyectos de Obra Pública a través de bonos corporativos, fondos de infraestructura propuestos por organismos multilaterales, entre otros.
- **Integración del Seguro de Riesgos Laborales a la CCSS:** con el objetivo de eliminar la posibilidad de contar con costos no recuperados por este riesgo excluido y, por tanto, asumidos por el Seguro de Salud, pues en caso de trasladarse los riesgos laborales a la CCSS, se contaría con el ingreso completo asociado con las primas o tarifas respectivas, con lo cual se fortalecería la situación financiera de dicha institución.

c) Supervisión y resguardo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen No Contributivo, para proteger a sus contribuyentes y beneficiarios

En esta materia, se indican a continuación, recomendaciones para la Junta Directiva de la institución, con el fin de que la Superintendencia de Pensiones quede facultada para coadyuvar en la supervisión y resguardo de los regímenes de pensiones indicados, mediante el ejercicio de actividades que se detallarán más adelante.

A la Junta Directiva:

- Permitir que la Superintendencia de Pensiones, sin perjuicio de sus obligaciones, contribuya con la Junta Directiva en la definición de las políticas que afecten el funcionamiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, sugiriendo todas las medidas garantes de la rentabilidad y la seguridad de los fondos de este Régimen.
- Definir el contenido, la forma y la periodicidad de la información que la CCSS debe suministrarle a la Superintendencia en relación con ambos regímenes.
- Integrar un Comité de Vigilancia, compuesto por representantes democráticamente electos por los trabajadores y los patronos, siguiendo el procedimiento del Reglamento respectivo. Respecto de su integración, el Comité adicionalmente deberá contar con dos miembros independientes a la CCSS expertos en la materia, quienes ocuparán la presidencia y la secretaría del mismo. El Comité deberá evaluar la gestión realizada por la Gerencia de Pensiones, instancia que debe velar por la adecuada gestión del Régimen.

A partir de la adopción de las recomendaciones indicadas, facultar a la Superintendencia de Pensiones, para:

- Presentar, anualmente, a la Junta Directiva de la CCSS y el Comité de Vigilancia un informe de la situación de ambos regímenes de pensiones y las recomendaciones para mejorar su administración y su equilibrio actuarial.
- Supervisar que la inversión de los recursos y la valoración de la cartera de inversiones se realice de acuerdo con la ley.
- Supervisar la oportuna y correcta gestión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen No Contributivo, así como por la calidad del servicio, en los procesos de afiliación de los trabajadores o selección de beneficiarios, recaudación de las contribuciones, imputación de los aportes, otorgamiento de los beneficios, revalorización de las pensiones y aplicación de los criterios de caducidad que correspondan.
- Recibir y resolver las denuncias de los afiliados, beneficiarios y pensionados de ambos regímenes (esto ya se aplica con otros regímenes).
- Supervisar el sistema de calificación del IVM.
- Elaborar un informe que deberá servir de insumo para que el Comité de Vigilancia evalúe la gestión de la Gerencia de Pensiones. Esta evaluación debe ser presentada ante la Junta Directiva de la CCSS, instancia que está obligada a conocerla en un plazo máximo de treinta días hábiles. La Junta

Directiva podrá fundamentarse en las evaluaciones y las recomendaciones que emanen de éstas, para adoptar medidas correctivas al régimen, con el fin de coadyuvar en su adecuada gestión y garantizar su sostenibilidad en el tiempo.

d) Expediente Digital Único en Salud (EDUS)

- Rendir un informe sobre el estado actual de la digitalización de los expedientes de los pacientes y su inclusión en el EDUS.
- Adoptar en forma urgente, las medidas necesarias, que resulten más efectivas, céleres y eficaces, de forma tal, que, en el corto plazo, se concluya con la digitalización de los expedientes médicos que alimentan el sistema, con el fin de que este cumpla plenamente con los objetivos para los que fue creado.

e) Procesos judiciales y administrativos pendientes

Como se ha evidenciado en el desarrollo del contenido de este informe, éste hace especial énfasis en la situación actual de los sistemas de salud y de pensiones y sus proyecciones, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social y en plantear recomendaciones dirigidas a coadyuvar en su sostenibilidad, motivadas por un espíritu constructivo y responsable de estas diputaciones, con la seguridad social del país.

No obstante, resulta pertinente dejar constancia en este documento sobre la importancia y la trascendencia de que las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, atendiendo al principio de transparencia, rindan un informe sobre los diversos cuestionamientos que pesan sobre los procesos de nombramiento de altas autoridades de la institución, así como sobre la gestión desempeñada por personas funcionarias, que en atención a las atribuciones y responsabilidades que les otorga el puesto, ejercen un rol fundamental en la adecuada administración de los recursos públicos de la Caja, que por su naturaleza, tienen un impacto directo en la seguridad social de la ciudadanía.

Es preciso reconocer, que en tales cuestionamientos se ha encontrado mérito para la apertura de órganos de procedimiento administrativos y procesos judiciales, que aún se encuentran pendientes de resolución, para establecer las responsabilidades administrativas, disciplinarias y penales que correspondan.

Para garantizar la transparencia y fortalecer la confianza de la ciudadanía, es imprescindible promover la cultura de la rendición de cuentas, que se traduce en la obligación para las personas funcionarias y quienes ocupan puestos de alta dirección en la función pública, de asumir su responsabilidad e informar sobre su desempeño y de cómo éste ha incidido positiva o negativamente en el avance, la ejecución y los resultados de los proyectos y la gestión ordinaria de la institución.

Resulta urgente, en atención al principio constitucional de justicia pronta y cumplida, sin denegación y en estricta conformidad con las leyes, que los tribunales de justicia, así como las instancias administrativas correspondientes, tramiten y resuelvan con celeridad, otorgando el impulso procesal necesario, a los procesos que se encuentran en trámite; esto es fundamental para el establecimiento de eventuales responsabilidades de diversa índole, para funcionarios y exfuncionarios de la institución. Somos respetuosos del principio de la separación de poderes, no obstante, debe reconocerse que muchos de estos procesos continúan abiertos sin resolución, pese que ha transcurrido mucho tiempo desde su apertura.

Concretamente, se realizan las siguientes recomendaciones para la Junta Directiva:

- Revisar la normativa de que dispone la Caja Costarricense de Seguro Social, para una adecuada valoración y gestión de los riesgos financieros de los diversos fondos de la institución, y en general, del adecuado uso de los fondos públicos, y adoptar las medidas correctivas necesarias, considerando los informes de los entes contralores internos, así como de la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la República.
- Rendir un informe sobre el estado de los órganos de procedimiento administrativos abiertos e investigaciones en curso, respecto de los procesos de nombramiento de altos mandos de la institución y la gestión de personas funcionarias, que han sido objeto de cuestionamientos.
- Informar sobre acciones realizadas por la institución en materia de valoración y gestión de riesgos, en general, y en particular, sobre procesos e investigaciones que han evidenciado debilidades en esta materia, incentivando una inadecuada gestión de las diversas instancias de la institución o de personas funcionarias; y sobre todo considerando que dichas medidas, sean acordes con el daño patrimonial provocado a la Caja Costarricense del Seguro Social.

10. Conclusiones

De conformidad con lo indicado en el presente **Informe Negativo**, la sostenibilidad de los seguros sociales constituye un objetivo permanente, que no solamente involucra a la CCSS en el cumplimiento del mandato constitucional de administrar el Seguro de Salud y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, sino que también trasciende este campo y amerita una discusión más amplia, con participación de otros sectores y grupos representantes de la población, adoptando una posición autocrítica de todas las instancias involucradas.

En línea con lo anterior, seguidamente se presentan las principales consideraciones derivadas del análisis realizado, con especial énfasis en la situación financiera real que enfrenta la institución y la proyección en términos de la sostenibilidad de la seguridad social costarricense en los próximos años, especialmente del seguro de salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, como aspectos medulares de este informe.

- Desde la creación de la CCSS en 1941, se ha generado un proceso de consolidación de los seguros sociales, los cuales han alcanzado un amplio nivel de cobertura, tanto poblacional, como de servicios. En términos de cobertura contributiva (respecto de la población económicamente activa) ésta alcanza 71% y 64% en el Seguro de Salud y en el Seguro de Pensiones, respectivamente, con servicios disponibles tanto para el asegurado directo, sus familiares y beneficiarios. Dichos servicios incluyen desde la atención integral a la salud, prestaciones en dinero y prestaciones sociales en el caso de salud, hasta rentas periódicas, vitalicias o temporales (en los casos de orfandad no inválidos) ante la materialización de alguno de los riesgos de invalidez, vejez y muerte; y si bien, con el transcurso de los años se han ido ampliando, en línea con el principio de universalización, requieren de un financiamiento también universal para seguirse otorgando.
- Actualmente, estos seguros perciben sus mayores ingresos de cargas sociales con participación tripartita de trabajadores, patronos y el Estado, no obstante presentan desafíos para sostener su capacidad de continuar brindando los servicios a las futuras generaciones, debido a factores diversos, entre ellos: el envejecimiento poblacional que acelerará el uso de las prestaciones pero representa cada vez una menor proporción de asegurados contribuyentes, la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas con tratamientos más prolongados y costosos, el menor espacio fiscal para el financiamiento de los seguros sociales, incluyendo obligaciones ya existentes que debido a pagos menores a los reglamentarios, han contribuido a la acumulación de adeudos crecientes, la evasión, subdeclaración y morosidad de población sujeta a cotizar y los subsidios implícitos que se otorgan a otros seguros debido a atenciones brindadas cuyo costo no llega a recuperarse en su totalidad.

Los riesgos derivados de la estrechez fiscal deben dilucidarse a la luz de la participación del Estado en el financiamiento de los seguros sociales, representando un 22,4% de los ingresos por Seguro de Salud promedio en el periodo 2016-2019.

- El aumento a un ritmo del 16% anual de la deuda del Estado costarricense con la Caja Costarricense del Seguro Social representa un riesgo creciente para el financiamiento del Seguro de Salud, donde se concentra el 82% del monto total adeudado por el Estado al 31 de junio del 2021 que, de acuerdo a los datos de la propia Caja Costarricense del Seguro Social, asciende a 2,27 billones de colones.

- Una de las dificultades estructurales que enfrenta la Seguridad Social es la morosidad de los patronos y de los trabajadores independientes. Por una parte, la gran masa de morosidad se concentra en patronos inactivos (73%), sin embargo, en el caso de los trabajadores independientes la relación se invierte y es en los trabajadores independientes activos (66%) donde se concentra la morosidad. En el caso de los patronos, su condición de inactividad económica hace que tengan menores posibilidades o perspectivas de pago. También existe una concentración de patronos morosos: el 3,3% de los patronos morosos activos concentraron el 60% de la morosidad activa con deudas mayores a 20 millones. De acuerdo a datos de la Dirección de Cobros, el 99% de lo adeudado por los patronos se logra recuperar por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, mientras que, en el caso de los trabajadores independientes, la morosidad promedio de los últimos 5 años fue del 35,01%, es decir, una tercera parte de lo facturado queda pendiente de pago.
- La situación financiera reciente de los seguros sociales refleja presiones en los gastos en salud, principalmente de aquellos asociados a la pandemia, así como una desaceleración de las contribuciones y de las transferencias del Estado, no obstante, en el caso del Seguro de Salud, se evidencia un menor peso relativo de las remuneraciones, por la aplicación de la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, que ha contribuido a que en los últimos dos años, el crecimiento relativo de los ingresos se mantenga superior al de los egresos y se genere mayores espacios para el financiamiento de compra de materiales y suministros e inversión en infraestructura y equipamiento de los centros prestadores de servicios de salud. En el caso del Seguro de Pensiones, si bien en términos absolutos los ingresos han sido superiores a los gastos, para 2020 la variación relativa de estos últimos superó la de los ingresos, con lo cual la diferencia positiva entre ambos disminuye.
- Las proyecciones actuariales para el Seguro de Salud denotan que, considerando los ingresos reglamentarios, éstos serían suficientes para cubrir los gastos hasta el 2026, mientras que, considerando los ingresos efectivos, el período de suficiencia es hasta el 2023 inclusive.
- En lo que respecta al Seguro de IVM la valuación actuarial con corte al 31 de diciembre 2018, reflejó en los indicadores de corto plazo un agotamiento en la reserva en el año 2037 y en el largo plazo, una solvencia de aproximadamente 48.3%, no obstante, con la reforma recién aprobada por la Junta Directiva, estos indicadores alcanzan una mejora considerable, postergando el agotamiento de la reserva hasta el 2053 y elevando la razón de solvencia aproximadamente a un 63%.

- Respecto de los cuestionamientos que pesan sobre algunos procedimientos de nombramiento de altas autoridades y la gestión de personas funcionarias de la institución, se concluye que se requiere de una mayor proactividad de las instancias administrativas y judiciales, con el fin de resolver los procesos pendientes que permitan sentar las responsabilidades civiles, administrativas y judiciales que correspondan. Bajo esa inteligencia, se incluyen en este informe respetuosas recomendaciones, que resultan fundamentales para una adecuada administración de los recursos de la institución, de manera tal, que este aspecto no quede invisibilizado, en el marco de la transparencia y la rendición de cuentas de frente a la ciudadanía, y con el fin de proteger a esta noble institución, que se constituye en el pilar fundamental de la seguridad social de nuestro país.

DADO EN LA SALA DE SESIONES DE LA COMISIÓN ESPECIAL, QUE TENDRÁ POR OBJETIVO INVESTIGAR Y RENDIR UN INFORME DE LA SITUACIÓN DE LAS FINANZAS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, ASÍ COMO PROPONER Y DICTAMINAR LAS INICIATIVAS DE LEY NECESARIAS QUE PERMITAN LA SOSTENIBILIDAD, TRANSPARENCIA Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES DE LA INSTITUCIÓN EN EL CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO, ASEGURANDO LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SE LE BRINDA A LA CIUDADANÍA, EXPEDIENTE N°22038, EL DÍA PRIMERO DEL MES SETIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO.

Yorleny León Marchena

Paola Valladares Rosado

Víctor Manuel Morales Mora

Catalina Montero Gómez

DIPUTADOS