

ACTA APROBADA EN SESIÓN DE FECHA 7 DE NOVIEMBRE DE 2016
CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL



SESIÓN EXTRAORDINARIA

ACTA N° 3703 En la ciudad de San Salvador, a las once horas del **martes veinticinco de octubre de dos mil dieciséis**.

Asistencia: Vicepresidente doctor Pedro Hernán Martínez Vásquez.

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO, PROPIETARIOS: doctor Rafael Vásquez Flores, licenciada Zoila Guadalupe Turcios de Salazar, ingeniero Hugo Rafael Santamaría Molina, arquitecto Marcelo Suárez Barrientos, doctora Nuria del Carmen Quinteros, doctor Leopoldo Andrés Rivera Ticas, y doctor Ricardo Cea Rouanet, Director General y Secretario del Consejo Directivo. **SUPLENTE:** Licenciado Jorge Arnoldo Bolaños Paz, doctora Liliana del Carmen Choto de Parada, licenciado Nelson Alexander Maldonado González, doctor Rafael Reyes Rodríguez, doctora Dina Esperanza Ticas de Guardado, y doctor Milton Giovanni Escobar Aguilar, Subdirector General.

INASISTENCIA CON EXCUSA: Licenciada Sandra Edibel Guevara Pérez, licenciado Óscar Armando Morales Rodríguez, licenciado Alejandro Rivera, licenciado Humberto Barrera Salinas, y licenciada Rebeca Beatriz Flores Palacios.

Agenda: Fue aprobada la siguiente agenda.

PUNTO ÚNICO:

- Presentación del “**Informe de la Valuación Actuarial del Régimen de Salud y el Régimen de Riesgos Profesionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)**”, realizado por la Misión Técnica de la Organización Internacional del Trabajo OIT.

Desarrollo de la sesión:

Presidió la sesión el doctor Pedro Hernán Martínez Vásquez, vicepresidente del Consejo Directivo, quien sometió a consideración la agenda presentada.

PUNTO ÚNICO:

- .- Presentación del “**Informe de la Valuación Actuarial del Régimen de Salud y el Régimen de Riesgos Profesionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)**”, realizado por la Misión Técnica de la Organización Internacional del Trabajo OIT.

Para el presente punto asistieron: Licenciado René Alberto González Elías, Subdirector Administrativo; ingeniera Claudia Jenniffer Molina Moreno, jefa de la división de Desarrollo Institucional; licenciado Carlos Alberto Argueta Chávez, jefe de la unidad Financiera Institucional; licenciado Edgar Soto Menjivar, jefe del departamento Actuarial y Estadística; licenciada Yaneth López Quintanilla, jefa del departamento de Cooperación Externa; licenciado Fernando Antonio Hernández, jefe de Análisis Financiero; y los representantes de la OIT: Cristian Torres Jiménez, Fabio Durán, Carmen Moreno, Helmut Schwarzes y José Francisco Ortiz.

El licenciado Edgardo Soto, jefe del departamento Actuarial y Estadística, informó que en cumplimiento de la Ley del ISSS y con la autorización del Consejo Directivo (acuerdo #2015-0180.FEB.), por lo que la Dirección General del Instituto con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha llevado a cabo un nuevo ESTUDIO ACTUARIAL DEL RÉGIMEN DE SALUD Y RIESGOS LABORALES, el cual contiene la valuación actuarial de sus programas y una serie de conclusiones y recomendaciones sobre la ampliación de la cobertura, la sostenibilidad financiera y la gobernanza. Para la realización del estudio, en abril del 2015 el Instituto suscribió un convenio de cooperación con la OIT. El estudio ha tenido un costo estimado de \$115, 997, de los cuales \$98,197 han sido aportados por el Instituto y \$17,800 por la OIT. El tiempo de realización del proyecto ha sido de aproximadamente 18 meses. La Ley del ISSS en su Art. 35 señala, que en períodos no mayores a cinco años y cuando el Consejo Directivo lo estime conveniente se deben realizar los estudios actuariales para las provisiones financieras del Instituto. Los últimos estudios financiero actuariales del Instituto, se realizó uno en el año 2006 con el apoyo de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) con sede en México, y el otro en el

año 2010, orientado al análisis del nivel actuarial de la reserva técnica de riesgos profesionales, a cargo de un Actuario independiente.

Por lo anterior los representantes de la OIT, harán la presentación del **“Informe de la Valuación Actuarial del Régimen de Salud y el Régimen de Riesgos Profesionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)”**.

La señora Carmen Moreno, Directora de la OIT para América Central, Panamá y Haití, agradeció por la oportunidad de permitirle apoyar en la actualización de las necesidades en la materia de seguridad y protección social. El estudio realizado ha llevado alrededor de cuatro años, en donde se han hecho evaluaciones y análisis, para ello se hizo un trabajo tripartito en donde el diálogo social fue uno de los pilares fundamentales para avanzar y poner la proyección social como uno de los elementos básicos de las necesidades de desarrollo democrático. La idea es imprimir los hallazgos y recomendaciones que se identificaron para poder actualizar tanto en los riesgos de salud como los profesionales, los cuales se analizaron para conocer las decisiones técnicas y políticas que se tienen que tomar sobre todo para extender la cobertura, tomando en cuenta que se tienen colectivos desde el punto de vista humano y económico que afectan al sistema, por ejemplo grupos que no tienen cobertura como el sector rural, independientes, trabajadoras del hogar y otros que no están incluidos dentro del sistema de protección social, ese tipo de hallazgos generó una discusión interesante, ya que es necesario tomar decisiones para que la seguridad social se sostenga.

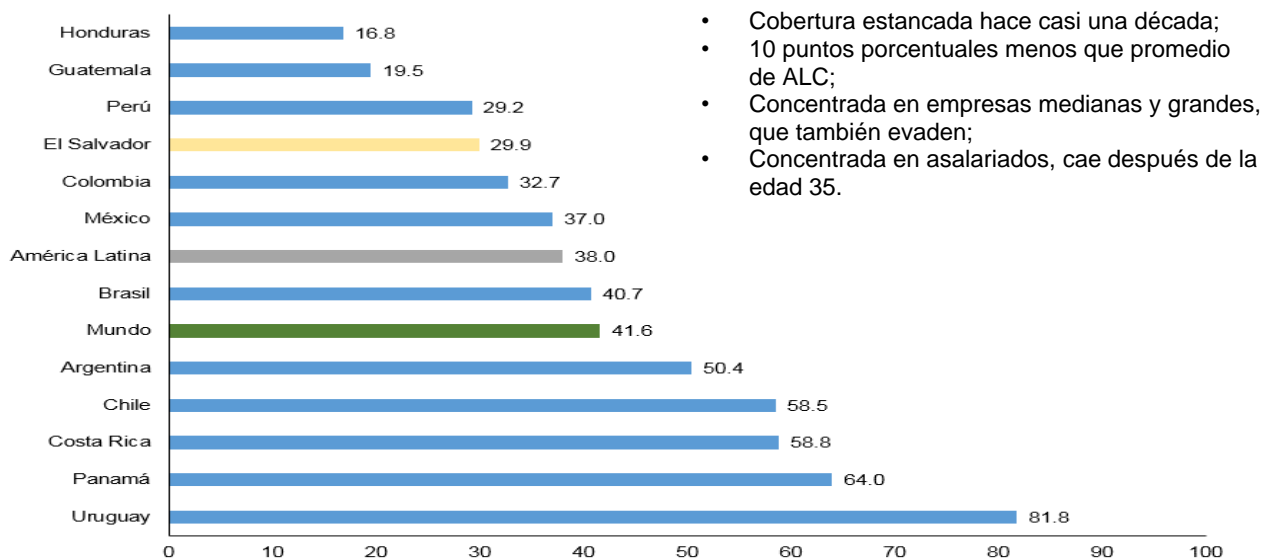
El señor Helmut Schwarzer, especialista en Protección Social y Desarrollo Económico para Centroamérica, República Dominicana, México, Cuba y Haití, presentó el informe de la manera siguiente:

Contenido

1. Aspectos de la cobertura contributiva
2. Aspectos de financiamiento y evolución financiera reciente
3. Aspectos de la gobernanza
4. Modelo financiero-actuarial del Régimen de Salud
5. Modelo actuarial de Riesgos Profesionales
6. Análisis sobre la separación de costos, según régimen
7. Conclusiones
8. Recomendaciones

Amplio espacio para aumentos en cobertura contributiva

América Latina y el Caribe. Cobertura contributiva como porcentaje de la PEA ocupada. Último año disponible



La doctora Quinteros consultó cuál es la fuente de información que se ha tenido para obtener los datos.

El señor Schwarzes informó que la información se tomó de las encuestas de hogares logradas en el 2014.

Importantes desafíos en relación a cobertura

- Exclusión legal / cobertura no obligatoria de diversos grupos ocupacionales
 - Jóvenes dependientes de edad 12-18
 - Trabajadores rurales, cuenta propia, domésticos
- Brechas de cobertura en distintos sectores
 - Administración pública/defensa (cobertura de 78.9%)
 - Agrop., pesca, trab. doméstico, construcción, comercio, restaurantes (cobertura entre 2-20%, responde por 59% de la PEA ocupada)
 - Trabajadores de ingreso medio y bajo
 - Un 40% de trabajadores de ingreso alto no cotizan

Oportunidades de extensión de cobertura en todas las categorías ocupacionales

El Salvador. Potencial incremento del ISSS en puntos porcentuales de la cobertura contributiva total, según rangos salariales (US\$), por categoría ocupacional. 2014

Rango salarial	Total	Empleador	Asalariado permanente	Cuenta propia	Trabajo doméstico	Otros
Total	72.3	3.70	28.98	27.65	4.54	7.46
Menos de 100	27.1	1.08	4.23	12.70	1.66	7.43
Entre 101 y 200	20.2	0.39	11.44	6.25	2.11	0.03
Entre 201 y 300	12.9	0.46	7.74	3.98	0.69	0.00
Entre 301 y 400	4.8	0.42	2.29	1.97	0.07	
Entre 401 y 500	2.5	0.32	1.14	1.07	0.01	
Entre 501 y 600	1.4	0.19	0.70	0.48	0.00	
Entre 601 y 700	1.1	0.14	0.55	0.38		
Entre 701 y 800	0.8	0.12	0.41	0.26		0.00
Entre 801 y 900	0.5	0.09	0.19	0.18		
Entre 901 y 1,000	0.3	0.10	0.11	0.08		
1,001 y más	0.8	0.38	0.16	0.29		

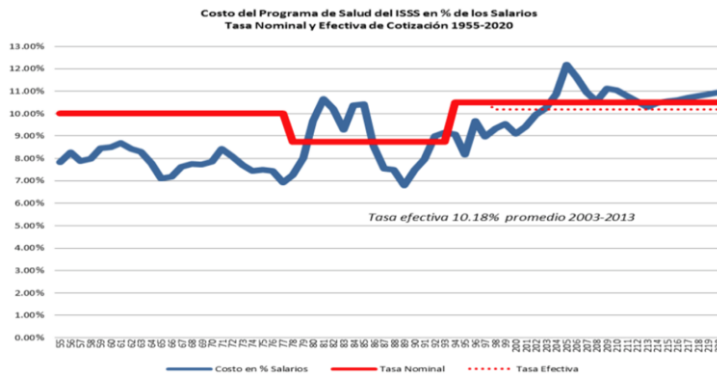
Situación financiera reciente

Incluye Régimen de Salud y Régimen de Riesgos Profesionales

ISSS. Situación financiera. Precios corrientes. 2004-2015

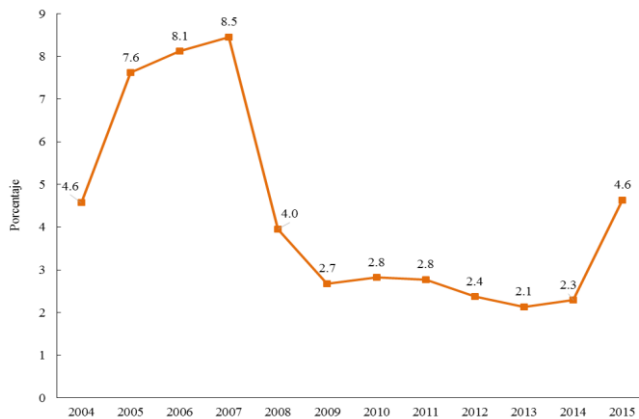
Componente	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos	281,8	291,0	319,3	339,2	360,2	366,8	389,4	394,5	417,1	439,9	458,4	498,7
Contribuciones	262,6	273,6	298,6	323,2	347,9	350,8	362,7	382,0	403,8	425,0	444,6	483,5
Producto de inversiones	9,1	8,8	8,3	6,4	4,5	4,7	2,8	1,8	2,6	3,7	4,7	5,4
Aportes del Estado	2,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Otros ingresos	7,5	7,9	11,9	9,0	7,2	10,7	23,3	10,1	10,2	10,6	8,5	9,3
Gastos	275,1	330,8	345,0	347,7	357,3	381,4	394,5	408,9	416,8	430,2	454,4	475,7
Asistencial	205,3	254,8	260,2	267,9	271,9	295,3	308,0	314,5	321,1	332,7	348,7	365,6
Prestaciones económicas	30,0	28,1	29,9	31,9	38,6	38,8	38,0	39,8	40,6	42,5	45,1	46,7
Administración	39,9	47,9	55,0	47,9	46,8	47,3	48,4	54,6	55,1	55,0	60,7	63,5
Resultado de operación	6,7	-39,8	-25,7	-8,5	3,0	-14,6	-5,1	-14,4	0,3	9,7	3,9	23,0
Gasto de inversión	13,2	27,3	30,5	32,1	14,7	10,5	11,4	11,6	10,1	9,4	10,6	23,1
Gasto global (incluye inversión)	288,3	358,0	375,5	379,8	372,0	391,9	405,9	420,5	426,9	439,5	465,1	498,8
Resultado económico	-6,5	-67,1	-56,2	-40,6	-11,8	-25,1	-16,5	-26,1	-9,9	0,4	-6,7	-0,1
Ingresos reales (1990=100)	146	144	151	154	155	159	165	158	166	174	179	195
Gasto global real (1990=100)	149	177	178	172	160	170	172	169	169	174	181	195
Resultado económico real (1990=100)	-3	-33	-27	-18	-5	-11	-7	-10	-4	0	-3	0
Ingresos como porcentaje del PIB (%)	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9
Gasto global como porcentaje del PIB (%)	1,8	2,1	2,0	1,9	1,7	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9
Masa cotizante	2.550	2.715	2.966	3.180	3.385	3.429	3.570	3.791	3.953	4.204	4.381	4.690
Costo como % de la masa cotizante	11,31	13,19	12,66	11,94	10,99	11,43	11,37	11,09	10,80	10,45	10,62	10,64
Costo asistencial	8,05	9,38	8,77	8,43	8,03	8,61	8,63	8,29	8,12	7,91	7,96	7,79
Costo prestac. Económicas	1,18	1,03	1,01	1,00	1,14	1,13	1,06	1,05	1,03	1,01	1,03	0,99
Costo administración	1,56	1,76	1,85	1,51	1,38	1,38	1,36	1,44	1,39	1,31	1,39	1,35
Costo gasto de capital	0,52	1,00	1,03	1,01	0,43	0,31	0,32	0,31	0,26	0,22	0,24	0,49

Otras informaciones de contexto del ISSS

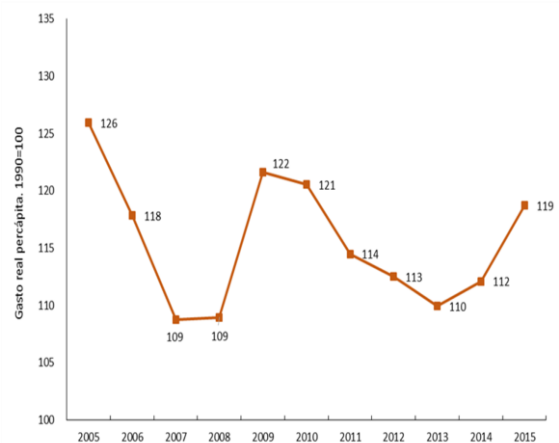


- Costo actuarial creciente en el largo plazo
- Gasto de inversión necesita crecer
- Gasto per cápita del ISSS estancado

ISSS. Gasto de inversión como porcentaje del gasto total. 2004-2015



ISSS. Gasto real per cápita de ambos Regímenes. 2005-2015. 1990=100



Aspectos relativos al financiamiento y evolución financiera reciente

- Costo actuarial creciente a largo plazo.
- Tendencia a la reducción del costo de administración, con la salvedad que su definición debe ser revisada.
- Baja participación del Estado en el financiamiento del seguro social.
- El aumento del techo de cotización ha generado una estabilidad financiera a corto plazo, pero es insuficiente para asegurar la sostenibilidad del seguro social.
- Baja participación del Estado, no vinculada con objetivos de extensión de cobertura.
- Bajo peso del ISSS en el gasto en salud (público y privado). Además peso estancado.

Análisis de algunos aspectos de la gobernanza del ISSS (a futuro se requiere un análisis integral)

1. Ausencia de separación financiera entre los regímenes.
2. Bajo gasto de inversión, que impacta negativamente los servicios y los costos de operación.
3. Bajos niveles de inversión en infraestructura, maquinaria y equipo, que está cerca del 2% del gasto total. No obstante, el ISSS planea incrementar el gasto de inversión en los próximos años.
4. Baja cobertura del sistema de registro y notificación de accidentes profesionales.
5. Limitaciones normativas para la diversificación de las inversiones financieras.
6. Temas de definición de los gastos de administración.

Seguro de Salud

Análisis financiero-actuarial

Aspectos metodológicos

Aspectos generales

- Adaptación de la metodología al caso del Régimen de Salud del ISSS: herramienta ILO Health Budget Program, Version 2.
- Estimación y calibración para el año 2014.
- Modelo en términos reales.
- Proyección al 2026, con escenarios alternativos.

Características del modelo

Demografía

- Estructura por sexo y edad de la población nacional.
- Distribuciones correlativas de edades entre asegurados titulares y derechohabientes.
- Promedio y distribución de hijos y cónyuges, por asegurado titular.

Financiamiento

- Tasas de contribución para activos y pensionados.
- Evolución de salarios promedio reales de la población cotizante al seguro de salud.
- Tasa de rentabilidad de las reservas.
- Nivel reglamentario de las reservas técnicas.

Cobertura

- Población cotizante de asegurados directos activos y pensionados, por sexo y edad.
- Índices de cobertura contributiva con respecto a la población económicamente activa, distinguiendo por población asalariada y no asalariada, hombres y mujeres.

Gestión

- Evolución de salarios promedio reales de la población cotizante al seguro de salud.
- Costo relativo de los servicios de salud, según tipo de servicios.
- Nivel de complejidad asociado a los servicios de salud, según sexo y edad.
- Otros indicadores básicos de utilización y gestión.
- Estancias medias hospitalarias.
- Tasas de utilización promedio de los servicios de salud, por consultas, urgencias y hospitalizaciones, según sexo y grupo de edad.

Principales supuestos

Prima. Asalariados = 10%. Pensionados = 7,8%.

Ingresos

Crecimiento real de la economía: 2%

Crecimiento real de los salarios cotizables: 0,5%

Crecimiento real de las pensiones: 1,1%

Variación de la razón pensionados/PEA asalariada (2026/2014): 1,25%

Gastos

Gasto directo como porcentaje del gasto asistencial: 75%

Variación del gasto indirecto (2026/2014): 5%

Variación del costo unitario por consulta (2026/2014): 1%

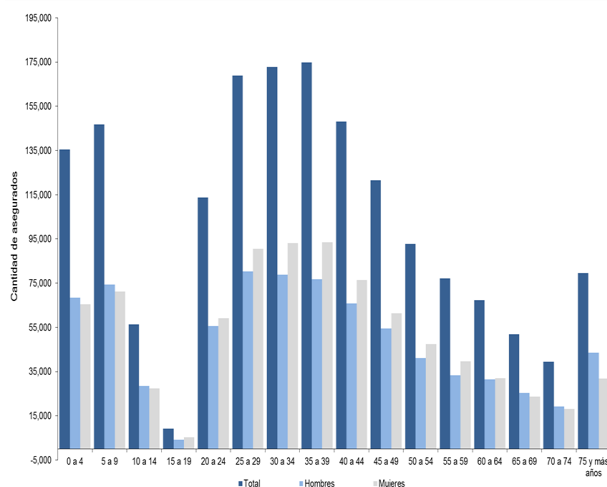
Variación del costo unitario por estancia (2026/2014): 1%

Crecimiento del costo medio de las prestaciones económicas = crecimiento de los salarios cotizables.

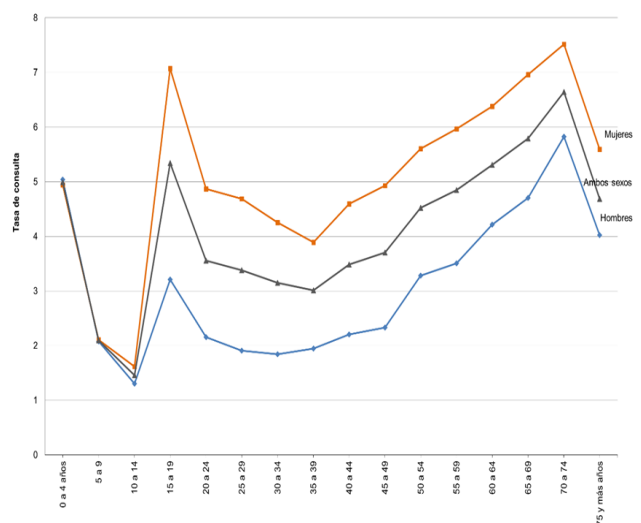
Proporción del gasto incurrido por el Seguro de Riesgos Profesionales: 0.405%

Algunos datos usados como insumos del modelo

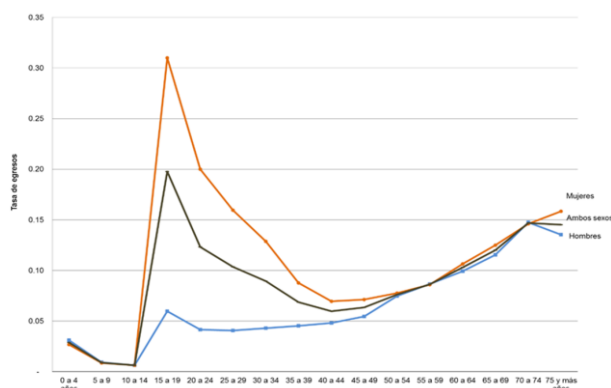
Asegurados del ISSS por sexo y edad, 2014



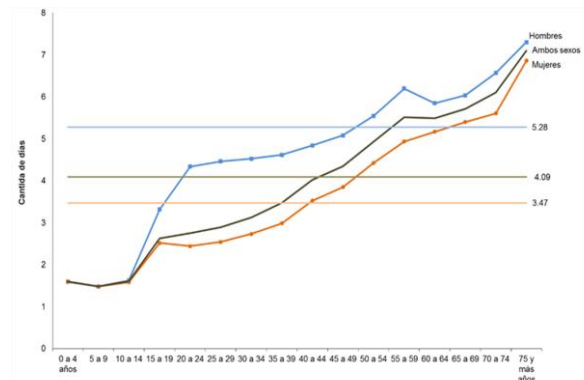
Utilización de consultas por sexo y edad, 2014



Utilización servicios hospitalarios por sexo y edad, 2014



Duración de estancias hospitalarias por sexo y edad, 2014



Escenario base (solo salud)

Sin cambios programáticos ni de gestión

Sin recapitalización de reservas

No incluye Riesgos profesionales

ISSS. Proyecciones financieras. 2014-2026 (en millones de dólares)

Componente	2014	2016	2018	2020	2022	2024	2026
Ingresos	434.5	508.1	527.9	555.2	581.8	606.4	629.3
Contribuciones (prima de 10%)	425.5	497.6	515.5	540.9	565.3	587.8	608.9
Producto de inversiones	0.0	0.0	1.5	3.0	4.6	6.2	7.6
Aportes del Estado	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Otros ingresos	8.5	9.9	10.3	10.8	11.3	11.8	12.2
Gastos	440.3	463.0	482.9	508.6	535.2	562.0	589.5
Asistencial	347.3	361.4	377.6	399.3	421.9	444.8	468.4
Prestaciones económicas	32.5	38.3	39.7	41.3	42.8	44.2	45.5
Administración	60.4	63.3	65.6	68.0	70.4	73.0	75.6
Resultado de operación	-5.7	45.1	45.0	46.6	46.6	44.4	39.8
Gasto de inversión	10.6	22.8	23.8	25.2	26.6	28.0	29.5
Gasto global (incluye gasto de inversión)	450.9	485.8	506.7	533.8	561.8	590.0	619.0
Resultado económico	-16.3	22.3	21.2	21.5	20.0	16.3	10.3
Masa cotizante	4,374	5,105	5,294	5,560	5,817	6,055	6,278
Resultado operación / ingresos (%)	(1.3)	8.9	8.5	8.4	8.0	7.3	6.3
Gasto/ingresos (%)	103.8	95.6	96.0	96.1	96.6	97.3	98.4
Costo como % de la masa cotizante	10.31	9.52	9.57	9.60	9.66	9.74	9.86
Costo asistencial	7.94	7.08	7.13	7.18	7.25	7.35	7.46
Costo prestac. Económicas	0.74	0.75	0.75	0.74	0.74	0.73	0.73
Costo administración	1.38	1.24	1.24	1.22	1.21	1.21	1.20
Costo gasto de inversión	0.24	0.45	0.45	0.45	0.46	0.46	0.47

La doctora Quinteros consultó cuál es la sugerencia para recapitalizar la reserva técnica en forma anual.

El señor Schwarzes informó que recapitalizar la reserva se puede hacer cada cuatro años, es decir del 2017 al 2020, y se considera que esa recapitalización afecta en disminuir costos, para ello se debe hacer un esfuerzo, pero se puede hacer en etapas, probablemente el techo de \$1,000.00 permita esa recapitalización.

La doctora Quinteros consultó cuál sería el monto económico aproximado.

El señor Schwarzes indicó que en el 2016 ya es de setenta y cinco millones de dólares.

El señor Fabio Durán manifestó que de acuerdo a la experiencia actuarial se considera que dos meses de gastos sería una reserva relativamente modesta, ya que en algunos países se tienen cuatro meses, pero todos los seguros de salud deberían tener una reserva equivalente a doce meses de gasto; y para este país dos meses se considera un nivel razonable.

El doctor Escobar Aguilar consultó cuáles son los promedios de América Latina.

El señor Fabio Durán informó que en América Latina existe mucha variación, por ejemplo Perú tiene reserva equivalente a 4 meses de gasto, otros países tienen 3 meses, otros no tienen, pero siempre se recomienda que los seguros de salud tengan reserva de contingencia o emergencia sobre todo porque El Salvador que es un país pequeño, pero tiene exposición de riesgo por su ubicación y se tuvo la experiencia de los terremotos, por lo que es necesario estar cubiertos.

Escenarios propuestos

1. Recapitalización de la reserva
2. Incremento de la cobertura contributiva. El porcentaje se incrementa en 5 puntos porcentuales.
3. Eliminación del salario máximo cotizante. Se estima que los ingresos se incrementarían en un 16.8 por ciento, al pasar de un techo de US\$1,000 hacia la eliminación total de este parámetro.
4. Incremento en el gasto en inversión. El gasto en inversión alcanza el 10% del gasto total en el 2017, y se mantiene constante hasta el final de la proyección.
5. Incremento en el gasto en inversión según la programación actual del ISSS.
6. Incorporación de los beneficiarios dependientes entre las edades de 12 y 18 años. Se aplica la estrategia de incorporación diseñada por el ISSS.
7. Combinación de escenarios 1, 4 y 6.
8. Combinación de escenarios 1, 3, 4 y 6.
9. Combinación de escenarios 1, 2, 3, 4 y 6.

La doctora Ticas de Guardado consultó qué tipo de atención se le brinda a los jóvenes de 12 a 18 años.

El señor Schwarzes informó que la atención para los jóvenes es igual a la que se brinda hasta los 12 años, por lo que no tiene variación.

Resumen de los costos proyectados en todos los escenarios (Régimen de Salud)

Resumen de los costos proyectados de todos los escenarios. Gasto como porcentaje de la masa cotizante. 2014-2026

Detalle	2014	2016	2018	2020	2022	2024	2026
Escenario 1 - Recapitalización de la reserva	10.31	9.52	9.57	9.60	9.66	9.74	9.86
Escenario 2 - Extensión de la cobertura	10.31	9.52	9.47	9.40	9.37	9.38	9.42
Escenario 3 - Eliminar el salario máximo cotizante	10.31	9.52	8.33	8.36	8.42	8.50	8.61
Escenario 4 - Inversión (10 % del total)	10.31	9.52	10.13	10.16	10.22	10.31	10.43
Escenario 5 - Inversión programada	10.31	9.67	10.32	9.94	9.72	9.87	9.96
Escenario 6 - Incorporación de 12 a 18	10.31	9.57	9.75	9.93	9.99	10.08	10.19
Escenario 7 - Combina escenarios 1, 4 y 6	10.31	9.57	10.32	10.50	10.56	10.65	10.78
Escenario 8 - Combina escenarios 1, 3, 4 y 6	10.31	9.57	8.98	9.15	9.20	9.29	9.40
Escenario 9 - Combina escenarios 1, 2, 3, 4 y 6	10.31	9.57	8.88	8.94	8.90	8.90	8.93

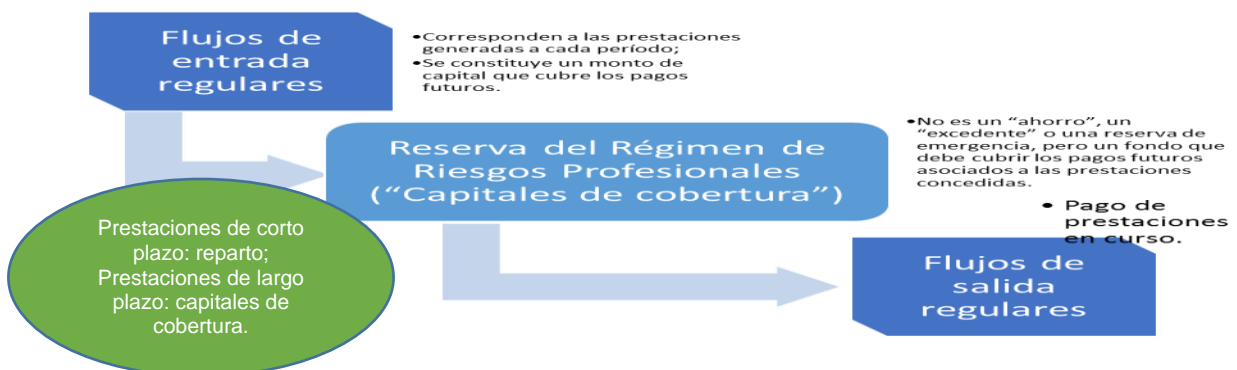
La doctora Quinteros consultó a qué se debe que la inversión programada fluctúa.

El señor Schwarzes informó que es debido a la mala inversión realizada que se refleja en el gasto total, pero del 2016 al 2018 existe una reducción y un logro en la inversión.

Seguro de Riesgos Profesionales

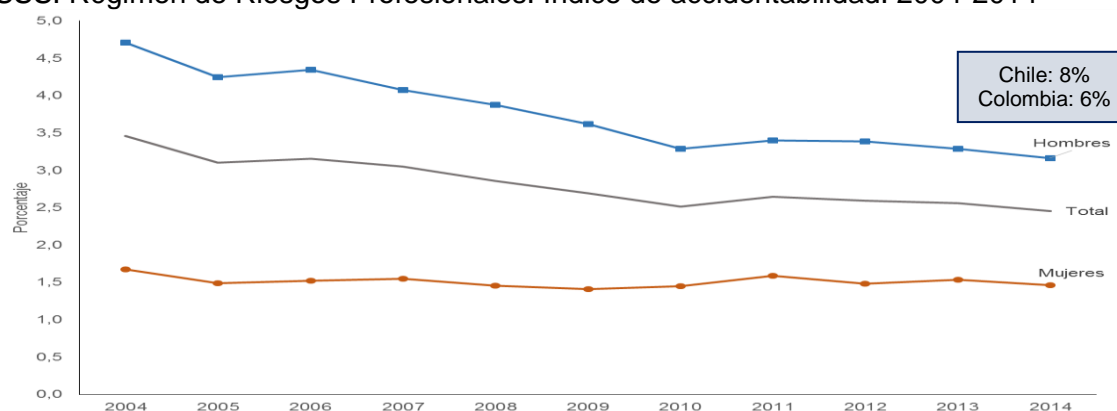
Análisis actuarial

Modelo de Riesgos Profesionales: Mecanismos de financiamiento



El número de casos registrados y el índice de accidentabilidad han venido bajando

ISSS. Régimen de Riesgos Profesionales. Índice de accidentabilidad. 2004-2014



Población de beneficiarios Riesgos Profesionales

Cantidad y porcentaje de pensionados, según tipo riesgo cubierto y por sexo. Año 2014

Tipo de riesgo	Cantidad de pensiones			Porcentaje del total		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	7,332	2,895	4,437	100.0	100.0	100.0
Invalidez permanente	1,447	1,312	135	20.0	45.0	3.0
Invalidez total	384	353	31	5.2	12.2	0.7
Invalidez parcial	1,063	959	104	14.5	33.1	2.3
Invalidez temporal	95	91	4	1.4	3.1	0.0
Por 1 años	78	76	2	1.1	2.6	0.0
Por 2 años	13	11	2	0.2	0.4	0.0
Por 3 años	4	4	-	0.1	0.1	0.0
Viudez	2,786	1	2,785	38	0.0	62.8
Orfandad	2,745	1,415	1,330	37.4	48.9	30.0
Progenitor	259	76	183	3.6	2.7	4.1

Fuente: Elaboración propia con base en el Anuario Estadístico, 2014 (ISSS, 2014b) y otras informaciones provistas por el ISSS.

Cantidad y porcentaje de nuevos pensionados, según tipo riesgo cubierto y por sexo. Año 2014

Tipo de riesgo	Cantidad de pensiones			Porcentaje del total		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	241	120	121	100.0	100.0	100.0
Invalidez total	9	8	1	3.7	6.7	0.8
Invalidez Temporal por 1 año	0	0	0	0.0	0.0	0.0
Invalidez Temporal por 2 año	0	0	0	0.0	0.0	0.0
Invalidez Temporal por 3 año	4	4	0	1.7	3.3	0.0
Invalidez parcial	64	56	8	26.5	46.7	6.6
Viudez	51	0	51	21.2	0.0	42.2
Orfandad	108	51	57	44.8	42.5	47.1
Progenitor	5	1	4	2.1	0.8	3.3

Fuente: Elaboración propia con base en el Anuario Estadístico, 2014 (ISSS, 2014b).

Análisis de sensibilidad en función de la tasa de interés.

Tasa de interés (%)	Reserva optima (en dólares)	Porcentaje actual de financiamiento de la reserva (%)
2.0	156,518,927	46.0
2.5	145,465,363	49.5
3.0	135,753,578	53.0
3.5	127,176,790	56.6
4.0	119,565,094	60.2
4.5	112,778,198	63.8
5.0	106,699,671	67.5
-	-	-
-	-	-
-	-	-
9.5	72,000,000	100

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del modelo actuarial del régimen de Riesgos Profesionales.

Resultados obtenidos (solo las pensiones otorgadas durante el año 2014).

ISSS. Estimación de los capitales constitutivos de las pensiones concedidas en el Régimen de Riesgos Profesionales. A diciembre de 2014. En dólares

Detalle	Total	Hombres	Mujeres
Total	5,442,830	2,489,635	2,953,195
Invalidez permanente	2,449,208	2,117,483	331,725
Invalidez Total	610,549	516,338	94,211
Invalidez Parcial	1,838,659	1,601,145	237,514
Invalidez Temporal	15,665	15,665	
Viudez	2,249,142		2,249,142
Orfandad	685,909	349,578	336,331
Ascendencia	42,906	6,909	35,997

Elaboración propia con base en los resultados del modelo actuarial del régimen de Riesgos Profesionales.

ISSS. Estructura de costos del Régimen de Riesgos Profesionales. 2014. Miles de dólares

Detalle	Gasto en US\$	Distribución porcentual	Gasto como % de la masa cotizante
Total	11,027	100	0.25
Asistencia médica	1,413	12.8	0.032
Prestaciones económicas (subsídios)	3,884	35.2	0.089
Administración	245	2.2	0.006
Gasto de capital	43	0.4	0.001
Capitales constitutivos de pensiones concedidas	5,442	49.4	0.124

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del modelo actuarial del régimen de Riesgos Salud y Riesgos Profesionales.

No incluye la recapitalización

La doctora Quinteros consultó en qué fecha se daría la prima, o cada cuánto tiempo.

El señor Schwarzes informó que la prima podría ser mensualmente así como la tasa de cotización del Régimen de Salud, actualmente se tiene una tasa de 10,5, lo que se está haciendo es primero un análisis de salud posteriormente el de riesgos profesionales, para este último es que se establece la prima de al menos un punto porcentual, algunos países de América Latina tienen prima de 2, 3 o 4 puntos porcentuales, ya que se tiene una mejor captación de la innovación, y conocer las enfermedades o accidentes derivados de los temas profesionales, lo cual permite el esfuerzo de la constitución de la reserva y absorber en un adecuado momento el costo de la atención de las personas.

El doctor Escobar Aguilar manifestó que el problema del sistema es que no se tiene una separación del régimen, incluso las pensiones por riesgos profesionales se pagan con fondo común, y debería ser una prima especial para riesgos profesionales, entonces no solo es la notificación de los accidentes laborales, y con la ley 254 que entró en rigor en mayo de 2012, cada país que hace una nueva legislación en tema de salud ocupacional espera que aumente la notificación de los accidentes, pero se mantuvo o tuvo la tendencia a bajar, lo cual fue bastante extraño el comportamiento, por lo que no solo es un problema de notificación sino de diagnóstico de salud ocupacional. Otro estudio que se hizo hace 15 años del presupuesto total del ISSS al alrededor reflejó que un 7 u 8 por ciento se gastaba en riesgo profesional, que era muy poco, pero el problema era la notificación de accidente, aunque se tiene un programa de clínicas empresariales que son pagadas por el empleador, en donde muchas veces se detalla que son accidentes laborales, pero es la forma de acercar los servicios de salud a las empresas, y prácticamente los gastos que se tienen son referidos solo para accidentes laborales.

El licenciado Bolaños Paz expuso que las gráficas presentadas coinciden con el plan del Ministerio de Trabajo, que supone la creación de los comités y el programa de gestión, y el trabajo formal es absorbido por el sistema público de salud. Otra situación es que El Salvador tiene un fiel compromiso con la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, que prohíbe el trabajo infantil, que ronda los 14 años, incluso a los 12 años están trabajando, lo cual debería deshabilitarse completamente.

El señor Schwarzes manifestó que se propone que se incluyan los jóvenes que son dependientes de trabajadores, pero en ningún momento se propone la expansión de trabajo infantil.

Resumen y recomendaciones

Tasas de contribución de equilibrio

Escenarios: Base, 7 y 8

Tipo de régimen	Esc. Base	Esc. 7	Esc. 8
Total	10.8	11.8	10.4
Régimen de Salud	9.8	10.8	9.4
Régimen de Riesgos Profesionales	1.0	1.0	1.0

- 1) Hoy la tasa de contribución efectiva es de 10.2 %.
- 2) Escenarios 7 y 8 contienen: recapitalización reserva de emergencia de salud + inversión 10% gasto + incorporación jóvenes de 12-18.
- 3) Escenario 8: eliminación del techo de contribución.

Cobertura y financiamiento

1. Elaborar un análisis integral de la cobertura y un plan operativo para su extensión.
2. Desarrollar estrategias de extensión a grupos de difícil cobertura (por separado): trabajo rural, trabajo doméstico, cuenta propia y micro empresa.
3. Rediseñar la participación del Estado en el financiamiento, focalizando en subsidios estatales a grupos con baja capacidad contributiva.
4. Incrementar la tasa de contribución actualmente establecida en 10.5 por ciento, debido a que es insuficiente en el corto y mediano plazo.
5. Eliminar el techo de cotización. Eliminar este parámetro reduciría la necesidad de potenciales incrementos en la tasa de contribución global.

Gobernanza (administración)

- Separación financiera y contable de los regímenes de protección. Existen indicios de subsidios cruzados del Régimen de Salud al Régimen de Riesgos.
- Incrementar el gasto en inversión, buscando llegar al menos al 10 por ciento del gasto total.
- Redefinir el contenido del gasto en administración en función a las prácticas internacionales.
- Revisión de la legislación en materia de inversiones. En particular el artículo 27 de la Ley del Seguro Social.

- Para futuras valuaciones estandarizar una metodología de parámetros y supuestos. Idealmente normar la metodología.
- Avanzar con la ratificación del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102).

Recomendaciones para Salud

1. Recapitalizar la reserva de emergencia dimensionándola inicialmente en 2 meses del año anterior. En todo caso, se sugiere elaborar una nota técnica que oriente para la determinación de su nivel óptimo.
2. Extender la cobertura familiar a hijos de edades entre 12 y 18 años.
3. Incrementar el gasto en primer nivel de atención en salud
4. Establecer una tasa de contribución de 10.8 por ciento, en caso de no eliminar el techo de cotización (asumiendo incremento en la inversión y en la extensión de la cobertura legal).
5. La recaudación originada por el incremento del techo de cotización, debería ser utilizada para cubrir todos los tipos de gastos del seguro de salud.

Recomendaciones para Riesgos Profesionales

1. Establecer una tasa de contribución específica para el Régimen de Riesgos Profesionales que se ubique entre 0.75 por ciento y 1 por ciento. Pero debe ser revisada a futuro en función de la revisión de los registros mejorados de accidentes y enfermedades.
2. Recapitalizar la reserva técnica del Régimen, en función del cálculo de los capitales constitutivos de las pensiones en curso de pago.
3. Mejorar el registro y notificación de accidentes laborales y enfermedades profesionales. En particular, identificar y caracterizar las atenciones en salud provenientes de riesgos profesionales en los registros clínicos.
4. Establecer un estudio para avanzar en el establecimiento de un sistema de primas diferenciadas, según el riesgo de las actividades económicas o bien un sistema con una tasa uniforme por actividad combinado con una tasa variable según siniestralidad.
5. Incorporar un programa de prevención con su respectivo financiamiento asociado.
6. Revisar la legislación en materia de accidentes profesionales y enfermedades profesionales.

El arquitecto Suárez Barrientos felicitó a la comisión técnica por el estudio actuarial presentado, el cual es de mucha importancia, ya que presentan diversos escenarios, análisis específicos que ayudarán a mover una política más agresiva para su ejecución. Consultó si como primicia del estudio se pueden tomar en cuenta algunos indicadores económicos puntuales del país, por ejemplo en la inversión tanto pública como privada inciden en el empleo, el cual incide en la cobertura y en los ingresos para la institución.

El señor Schwarzes explicó que las familias de modelos actuariales de la OIT, los modelos de protección actuarial tienen una fase común que es un módulo demográfico que es alimentado por las proyecciones de población de este tipo de país, también cualquier módulo demográfico puede generar en la población según los cambios demográficos que se prevén, existe un módulo macro económico que tiene variables y crecimiento de ingresos, el otro es el de mercado laboral, y todos alimentan un módulo que trata de las particularidades de los respectivos regímenes, entonces si se hará una proyección por ejemplo de pensiones se utilizan los que tratan de pensiones, pero si se hará de salud y de desempleo se utilizará los que tratan las particularidades del que los creó; pero se tomaron en cuenta los datos macroeconómicos y mercado laboral del país; pero se debe comprender que un estudio actuarial no toma en cuenta situaciones coyunturales específicos, ya que un país puede tener una crisis en un determinado año, puede ser que las proyecciones viajen al 2026, y se utilizaron las proyecciones macroeconómicas que llevan en cuenta el promedio de las devoluciones, pero las proyecciones actuariales no pueden ser consideradas en la realidad exacta del país o año específico, pero puede demostrar la tendencia a largo plazo, en donde pueden haber fluctuaciones.

El ingeniero Santamaría Molina agradeció por el apoyo y profesionalismo en la elaboración del estudio actuarial. Expuso que, primero: se hubiera aprovechado el estudio para ahondar más sobre el aporte gubernamental, ya que se tiene una deuda de años en donde el gobierno central no se encuentra al día, y se presentó hace años un estudio para poder revisar ese tema. Segundo: con la cuestión del expediente clínico electrónico, no se visualizó que se tome en consideración la viabilidad de terminar todo el estudio o contrataciones para concluir ese proyecto, el cual es una gran deuda que tiene la Institución con el derechohabiente, y acarrea muchos costos, deficiencias y situaciones que solo internamente se puede dar un valor. Tercero: Las reformas de la ley que talvez aprovechando lo detallado en el punto N° 5, que es las diferentes formas de financiamiento, el cual se debe aprovechar con el acompañamiento de ley, que es otra deuda que tiene años de estarse

planificando, pero no se lleva a cabo todavía, y consideró que es un procedimiento de sondeo más expedito. Cuarto: la capacidad instalada para asegurar más cotizantes o beneficiarios. Los aspectos señalados en los cuatro puntos, con el fin de tener una institución fuerte y saludable financieramente, por lo que se atreve a recomendar como Sector que la administración considere la aplicación de los resultados del estudio actuarial de manera viable y prudente, buscando siempre la sostenibilidad financiera, lo cual es una situación fundamental que debe llevar la aplicación del estudio actuarial; y cuando se presente la ejecución de los considerandos se haga previo al Consejo Directivo. En el proyecto del acuerdo en el ordinal 3°), se detalla: "*Fortalecer los mecanismos de coordinación y cooperación con la OIT, a efecto de contar con el apoyo de dicha organización, en la implementación de acciones tendentes a propiciar el desarrollo, la ampliación de la cobertura y la sostenibilidad financiera del seguro social en nuestro país*". Y cuando se menciona de la viabilidad, es necesario que cada uno de los puntos que se consideren ya sea en las combinaciones se informe el porcentaje.

El doctor Cea Rouanet expuso lo siguiente: primero, son situaciones y tiempos diferentes, en esta oportunidad se presenta el informe de la OIT, en el cual hacen recomendaciones, y la administración y Consejo Directivo dirá el planteamiento que tiene, pero no le corresponde al estudio actuarial; segundo no existe deuda del gobierno con el ISSS, lo que se ha hecho es la implementación de una actualización que viene desde la fundación del Seguro Social, aunque se maneja como deuda del gobierno pero no lo es, y se está dando lo que le corresponde según la ley, se está dando; tercero: con respecto al expediente electrónico, no le corresponde al estudio actuarial sino a la administración, para ello se hará una reestructuración en el área de informática, donde se tendrá un área específica solo para el proyecto del expediente electrónico. El proyecto del acuerdo es solo recibir el informe, y no se pueden detallar recomendaciones.

El licenciado Maldonado González secundó lo expuesto por el ingeniero Santamaría Molina, e indicó que se ha presentado una sugerencia en el proyecto del acuerdo, en el 2°) ordinal, se menciona: encomendar a la Dirección General el análisis de las conclusiones y recomendaciones del estudio, y evaluar la viabilidad de su implementación. Lo demás se hará en su momento y en cada etapa.

La doctora Ticas de Guardado, consultó si a nivel latinoamericano el techo de cotizaciones se encuentra liberado o no tienen techo.

El señor Schwarzes informó que existen países que lo tienen liberado, y el techo de cotización el ingreso es favorable, y no se incluyen a personas con ingresos bajos, por ejemplo en el caso de Brasil los trabajadores se le ha bajado el techo de cotización del Seguro Social.

El Consejo Directivo tomó el acuerdo siguiente:

ACUERDO #2016-1847.OCT.- El Consejo Directivo después de conocer EL INFORME PRESENTADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL A TRAVÉS DE LA MISIÓN TÉCNICA DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO - OIT, QUE CONTIENE EL “**INFORME DE LA VALUACIÓN ACTUARIAL DEL RÉGIMEN DE SALUD Y EL RÉGIMEN DE RIESGOS PROFESIONALES DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS)**”. SEGÚN LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL EN PODER DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE; por unanimidad ACUERDA: 1º) DAR POR RECIBIDO EL **ESTUDIO ACTUARIAL DEL RÉGIMEN DE SALUD Y RIESGOS LABORALES**, QUE APARECE COMO **ANEXO NÚMERO UNO** DE LA PRESENTE ACTA; 2º) ENCOMENDAR A LA DIRECCIÓN GENERAL, EL ANÁLISIS DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO Y EVALUAR LA VIABILIDAD DE SU IMPLEMENTACIÓN; Y 3º) RATIFICAR ESTE ACUERDO EN ESTA MISMA REUNIÓN.

No habiendo más que tratar, finalizó la sesión a las doce horas con veinticinco minutos de este mismo día.

Se hace constar que todos los acuerdos del Consejo Directivo tomados en esta sesión se realizaron con base en la Constitución, Ley, Disposiciones Legales y Reglamentos vigentes y aplicables al ISSS.

Pedro Hernán Martínez Vásquez
Vicepresidente del Consejo Directivo

Rafael Vásquez Flores
Miembro del Consejo

Zoila Guadalupe Turcios de Salazar
Miembro del Consejo

Hugo Rafael Santamaría Molina
Miembro del Consejo

Marcelo Suárez Barrientos
Miembro del Consejo

Nuria del Carmen Quinteros
Miembro del Consejo

Leopoldo Andrés Rivera Ticas
Miembro del Consejo

Ricardo Cea Rouanet
Secretario del Consejo Directivo