

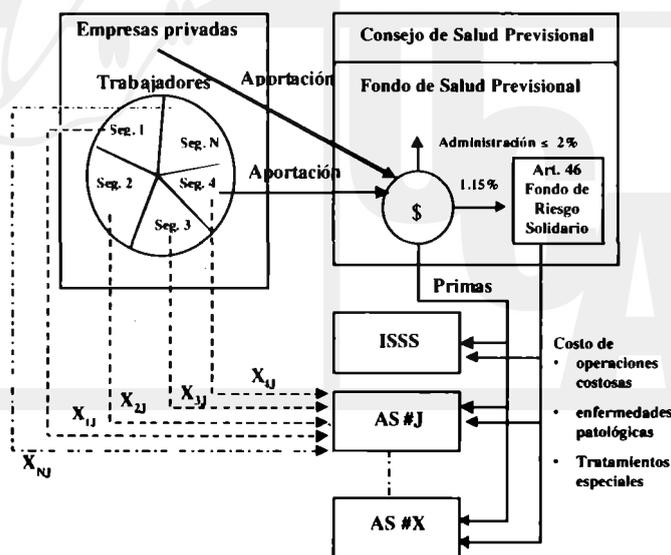
## Análisis del modelo de reforma del ISSS

Mucho se ha escrito respecto al plan de reforma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Lo más probable es que la mayoría ya tenga una opinión formada sobre este polémico asunto, algunos estarán a favor y otros en contra del plan. No es el propósito de este comentario establecer si el seguro social requiere un cambio marginal o uno radical, sino analizar la propuesta y determinar a quiénes beneficiará y en qué forma.

El punto de interés es probar si el modelo propuesto por el poder ejecutivo está orientado a pro-

veer un servicio de salud apropiado a los afiliados al seguro social. Eliyahu Goldratt, en su libro *La Meta* (1984), afirma que “la meta de toda empresa es hacer dinero”. Si dicha afirmación es correcta, la razón de ser de cualquier empresa privada es crear la mayor cantidad de utilidad posible para sus accionistas; en tal sentido, las administradoras de salud (AS) no serán la excepción. Por eso, en este comentario se muestra cómo éstas empresas obtendrán y podrán aumentar su utilidad. En la Figura 1 se muestra cómo será el flujo de efectivo dentro del modelo, propuesto por el gobierno central.

Figura 1  
Modelo del Gobierno



El ISSS es una compañía aseguradora que cubre enfermedades y accidentes. Esto es cierto desde el momento en que recibe primas provenientes de los trabajadores y de las empresas y paga los reclamos —a través de consultas, medicamentos y otros servicios—. Toda empresa de seguros, incluyendo al ISSS, juega con las probabilidades. Se asume que la probabilidad de que todos los trabajadores se enfermen y requieran tratamiento es de cero. Si esto llegara a suceder, el ISSS se declararía en bancarota, ya que las primas que paga una empresa por un empleado afiliado y la que éste aporta representan solo una fracción de lo que en realidad se podría pagar (o gastar) por una enfermedad seria del dicho afiliado.

Tomemos el siguiente ejemplo: con solo que 5 250 —el 0.57 por ciento de su cobertura— salvadoreños afiliados requiriesen una operación o un tratamiento de largo plazo, valorado en 57 142.86 dólares, tendríamos que utilizar todo el presupuesto anual (300 millones de dólares). La utilidad —las reservas técnicas— lograda por el ISSS, aun con toda su ineficiencia y corrupción, es el resul-

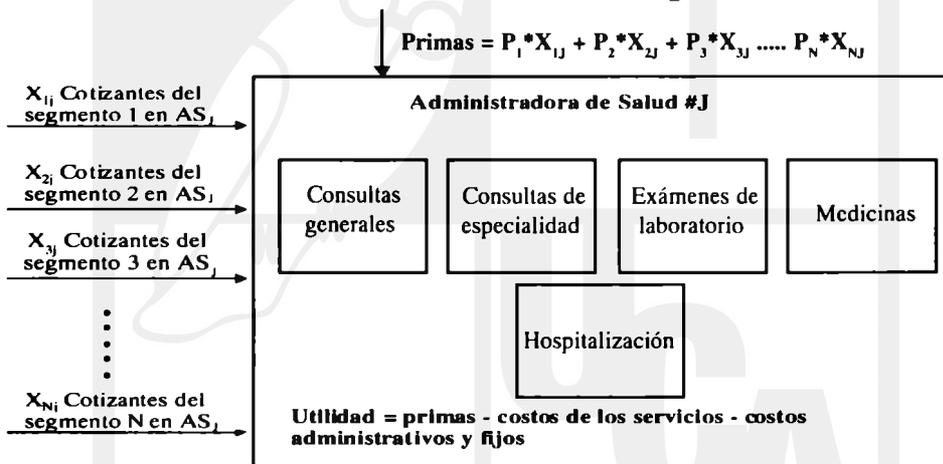
tado de que los ingresos han sido mayores que los gastos. Gastos que quizás pudieron ser mayores, si hubiera brindado más y mejores servicios —más médicos, más medicinas, más infraestructura incluyendo salas de operación—.

En el modelo propuesto por el gobierno central, parte o todo el ahorro anual del ISSS, o sea, el diferencial, pasará a manos de las administradoras de salud, que serán, en realidad, unas “empresas aseguradoras”. Analicemos cómo funcionará este flujo de efectivo.

### 1. El modelo del gobierno: “maximizar la utilidad y minimizar los servicios”

En las figuras 1 y 2 se puede apreciar el flujo de efectivo. Al analizarlo se observa que las administradoras de salud recibirán una prima por cada asegurado (afiliado). Esta prima dependerá del segmento al cual pertenezca el afiliado. A la fecha, se desconoce el número de segmentos así como también los criterios y/o atributos para clasificar a los afiliados dentro de estos segmentos.

**Figura 2**  
**Las administradoras de salud como aseguradoras**



El ingreso efectivo mensual de una administradora de salud “J” será igual a la cantidad de afiliados de cada segmento, asegurados en dicha empresa, multiplicada por la cantidad asignada como prima al segmento. Si existen N-segmentos, la administradora de salud “J” recibirá cada mes, en concepto de primas:

$$P_1 * X_{1J} + P_2 * X_{2J} + P_3 * X_{3J} \dots P_N * X_{NJ}$$

Donde:

- $P_i$  = La prima de un afiliado del segmento “i”.
- $X_{ij}$  = La cantidad de afiliados del segmento “i”, asegurados en la Administradora de Salud “j”.

Las administradoras de salud deberán atender a sus afiliados. Su servicio cubrirá la consulta general y especializada, los exámenes de laboratorio,

los medicamentos y, en casos especiales, la hospitalización. Lo anterior implicará que el egreso mensual de estas administradoras de salud será igual al costo de las consultas (generales y especiales), más el costo de los exámenes, más el costo de los medicamentos, más el costo de la hospitalización. Por consiguiente, la función de egreso de la Administradora de Salud "j" será:

$$\begin{aligned}
 & CC_{Gj}^* (Y_{1Gj} + Y_{2Gj} + Y_{3Gj} + \dots + Y_{NGj}) + \\
 & CC_{Ej}^* (Y_{1Ej} + Y_{2Ej} + Y_{3Ej} + \dots + Y_{NEj}) + \\
 & CL_{Gj}^* (Y_{1Gj} + Y_{2Gj} + Y_{3Gj} + \dots + Y_{NGj}) + \\
 & CL_{Ej}^* (Y_{1Ej} + Y_{2Ej} + Y_{3Ej} + \dots + Y_{NEj}) + \\
 & CM_{Gj}^* (Y_{1Gj} + Y_{2Gj} + Y_{3Gj} + \dots + Y_{NGj}) + \\
 & CM_{Ej}^* (Y_{1Ej} + Y_{2Ej} + Y_{3Ej} + \dots + Y_{NEj}) + \\
 & CH_{Gj}^* (Y_{1j} + Y_{2j} + Y_{3j} + \dots + Y_{Nj})
 \end{aligned}$$

- $CC_{Gj}$  = El costo de una consulta general (G).  
 $CC_{Ej}$  = El costo de la consulta de especialidad (E).  
 $CL_{Gj}$  = El costo de laboratorios y exámenes de una consulta general (G).  
 $CL_{Ej}$  = El costo de laboratorios y exámenes de una consulta especializada (E).  
 $CM_{Gj}$  = El costo de medicamentos de una consulta general (G).  
 $CM_{Ej}$  = El costo de medicamentos de una consulta especializada (E).  
 $CH_{Gj}$  = El costo de hospitalización.

Nota: todos los costos son promedios.

- $Y_{1Gj}$  = El número de afiliados del segmento "I", que acude a la consulta general "G", en la Administradora de Salud "J" al mes (promedio), para todo segmento I = 1, 2, 3 ....N  
 $Y_{1Ej}$  = El número de afiliados del segmento "I", que acude a la consulta especializada "E", en la Administradora de Salud "J" al mes (promedio), para todo segmento I = 1, 2, 3 ....N  
 $Y_{1j}$  = El número de afiliados del segmento "I", internado en un centro hospitalario de la Administradora de Salud "J" en un mes (promedio), para todo segmento I = 1, 2, 3 ....N

Los costos de las operaciones costosas, de las enfermedades patológicas y los tratamientos especiales serán cubiertos por el Fondo de Riesgos Solidarios (FRS), por lo que las administradoras de salud no incurrirán en él. A lo sumo, servirán de

puente entre el Fondo de Salud Previsional y el hospital, la clínica y la farmacia.

Los costos en que incurrirán las administradoras de salud provienen de la inversión en infraestructura, los sistemas de información, los salarios y los *costos de operación*, excluyendo los servicios médicos. Estos costos se consideran fijos —dentro de un rango determinado de afiliados— y no son afectados por el nivel de servicios que provea la empresa.

La utilidad de una administradora de salud vendrá de la diferencia entre sus ingresos por primas, menos sus costos por brindar los servicios y menos sus costos fijos y administrativos. Si se eliminan los costos administrativos y fijos tenemos que:

$$\text{Utilidad} = f(\text{ingresos por primas}) - f(\text{costos por servicios})$$

La utilidad de la administradora de salud no puede subir con el aumento del valor de las primas, al menos no durante un tiempo. Pero llegará un momento en que las administradoras de salud solicitarán al Fondo de Salud Previsional que el Consejo de Salud Previsional revise esas cantidades, lo cual, sin duda, harán, tan pronto lo permita la legislación. Entonces, la única forma para aumentar su utilidad consiste en reducir sus costos por los servicios de salud prestados. Las administradoras de salud deben proveer servicios médicos, de laboratorio, de medicamentos y de hospitalización, por lo tanto, buscarán, de todas las maneras posibles, que el afiliado sea examinado, en primera instancia, por un médico general de su red, quien al mismo tiempo lo examinará, diagnosticará su enfermedad y prescribirá el tratamiento. Aquí reside *el riesgo más inminente para la salud del asegurado*, pues la administradora de salud buscará la máxima utilidad posible, *minimizando* los servicios por prestar. Para ello, evitará, en lo posible, enviar a los asegurados a los médicos especialistas, recetará el mínimo de exámenes clínicos y medicamentos y evitará las hospitalizaciones y las operaciones "innecesarias". En la medida que disminuya los pagos (los servicios), le quedará más utilidad al final del ejercicio fiscal. Esta utilidad es la que será trasladada del ISSS a las administradoras de salud.

Con este modelo, en definitiva, quien tiene mayor probabilidad de salir mal parado es el asegurado. En este contexto, cabe, pues, presentar un modelo en el cual el asegurado sea el ganador, además de la administradora de salud.

## 2. Alternativa: “maximizar la utilidad, maximizando el servicio”

Los asegurados necesitan una buena atención. Por eso, en lugar de dar a las administradoras de salud una prima mensual por el número de afiliados, se les podría reconocer el “gasto” en que incurran por proveer los servicios de salud. En este nuevo modelo (ver la Figura 3), las administradoras de salud deberán proveer servicios completos a sus afiliados, sin preocuparse por minimizar sus costos, puesto que recibirán como ingreso lo que “gasten” por brindar servicios de salud, más un porcentaje como comisión. Para eso habría que establecer los costos de las consultas generales y especializadas, de los exámenes de laboratorios, de los medicamentos, de la hospitalización, de las operaciones, etc. Entonces, tendríamos que la utilidad de las administradoras de salud vendría dada por:

$$\begin{aligned} \text{Utilidad} &= f(\text{ingresos por servicios prestados}) - f(\text{costos}) \\ &= f(\text{reembolsos por costos}) + f(\text{comisión por administración de servicios prestados}) - f(\text{costos}) \end{aligned}$$

Como los reembolsos por costos serían iguales a los costos tendríamos:

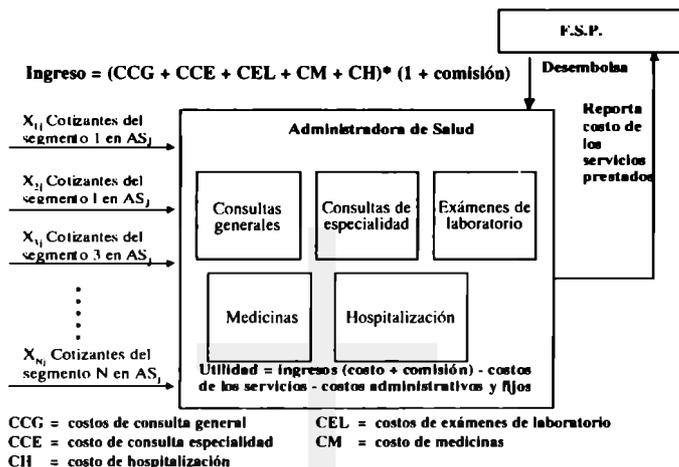
$$\text{Utilidad} = f(\text{comisiones por administración})$$

Donde las comisiones son funciones de la cantidad de servicios prestados, por tanto

$$\text{Utilidad} = f(\text{servicios prestados})$$

De esta manera, el asegurado obtendría lo mejor de las dos propuestas, la del sector sindical (STISSS), que aboga por brindar un buen servicio médico, y la del gobierno, que propugna por una mejora en el servicio. Por supuesto, este modelo tiene su peligro y es que los médicos generales refieran a los asegurados a los especialistas sin necesitarlo, que éstos les receten más medicamen-

**Figura 3**  
Las administradoras de salud como prestadoras de servicio



tos de los necesarios, que los mantengan hospitalizados más tiempo del requerido, e incluso que los operen sin ser indispensable. Pero todo esto puede ser evitado con controles y auditorías. En este modelo, ganan tanto la administradora de salud como los asegurados, que, sin duda, tendrán las consultas necesarias, los exámenes indispensables, los medicamentos indicados y el tratamiento correspondiente.

El modelo propuesto por el gobierno podría provocar mal servicio para el asegurado y, en un caso no muy remoto, las administradoras de salud podrían registrar pérdidas y, en consecuencia, solicitar un aumento de las primas. Este aumento, al final, deberá salir del bolsillo de los mismos asegurados y de la empresa privada. Además, los servicios de salud tenderán a ser minimizados para maximizar la utilidad de las empresas de salud. El segundo modelo garantiza a los asegurados un buen servicio y las administradoras de salud tendrán una utilidad, mientras continúen proveyendo servicios de calidad. Por supuesto, los costos de los servicios deberán ser revisados periódicamente, de acuerdo con la inflación.

**Antonio Mejía**  
Catedrático de la Maestría en Dirección de Empresas de la UCA