



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Documento de Trabajo

Coberturas Financieras de los Planes Complementarios de Salud de Isapres Abiertas

Departamento de Estudios y Desarrollo

Fecha de Presentación: 7 de diciembre de 2016

Fecha de Publicación: 23 de marzo de 2017



Tabla de Contenido

1.	Antecedentes	7
2.	Formato y Coberturas de los Planes Complementarios	9
	2.1 Formato de los Planes Complementarios de Salud	9
	2.2 Cálculo de la Cobertura Efectiva de un Plan de Salud	10
3.	Coberturas Efectivas Año 2015	12
	3.1 Objetivo y Metodología	12
	3.2 Coberturas Efectivas según Tipo de Atención	12
	3.3 Coberturas Efectivas según Tipo de Plan	14
	3.4 Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan	15
	3.5 Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan	17
	3.6 Coberturas Efectivas según Grupo de Prestaciones	18
4.	Evolución de las Coberturas Efectivas	21
	4.1 Objetivo y Metodología	21
	4.2 Evolución de las Coberturas Efectivas Promedio	21
	4.3 Evolución de las Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan	22
	4.4 Evolución de las Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan	23
5.	Evolución de los Copagos	24
	5.1 Objetivo y Metodología	24
	5.2 Evolución de las Coberturas Efectivas vs los Copagos	24
	5.3 Evolución de los Copagos en Términos de Montos Absolutos	24
	5.4 Evolución de los Copagos Per-cápita	25
6.	Coberturas Efectivas y de Carátula	28
	6.1 Objetivo y Metodología	28
	6.2 Fuentes de Información	28
	6.3 Análisis Comparado entre Coberturas de Carátula y Coberturas Efectivas	29
7.	Principales Conclusiones	31



Resumen Ejecutivo

El presente estudio tiene como propósito develar los beneficios que entregan los planes de salud del Sistema Isapre, monitorear su evolución y dimensionar las brechas que existen entre las coberturas declaradas en sus carátulas –coberturas de carátula- y las efectivamente obtenidas por los beneficiarios al momento de hacer uso de ellos -coberturas efectivas-. Lo anterior, a fin de transparentar la importancia que tienen, tanto las políticas comerciales de las isapres como las decisiones de los propios beneficiarios, en la magnitud y comportamiento de esta variable.

El documento centra el análisis en las coberturas asociadas a los planes complementarios, sin considerar las prestaciones financiadas con el beneficio adicional CAEC y GES-CAEC, a fin de obtener información de las coberturas puras de estos planes. Asimismo, el análisis se focaliza en las isapres abiertas del mercado, considerando que, en este subsistema, se concentra la mayor diversidad de planes complementarios de salud. En enero de 2016, estas isapres informan 63.316 planes vigentes, que representan al 98,9% del total informado por el conjunto del Sistema.

Para efectos de este trabajo, la “cobertura efectiva” corresponde al porcentaje que representa el monto total bonificado sobre el monto total facturado por el conjunto de prestaciones curativas financiadas en un período. Por su parte, la “cobertura de carátula”, corresponde al porcentaje de bonificación genérico establecido en el formato del plan de salud para la mayoría de las prestaciones, según su tipo -ambulatorias u hospitalarias-.

Los resultados del estudio, indican que la evolución de las coberturas promedio es decreciente en el tiempo con consecuente impacto sobre los copagos, que suben de un 35% en 2007 (\$101.059 beneficiario/año) a 38% en 2015 (\$224.671 beneficiario/año). La cobertura ambulatoria cae desde 57% a 54% y la hospitalaria de 74% a 69%. El sutil y constante deterioro de las coberturas explica un 13,2% del incremento total del copago anual per-cápita en los últimos 9 años, y puede atribuirse a varias causas: i) reajustes insuficientes de los valores arancelarios (topes) en relación a los precios de mercado de las prestaciones; ii) generación de planes con coberturas menores por parte de las isapres; y, iii) cambios hacia planes más económicos por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto del alza de precios base).

No obstante, al comparar el comportamiento de las coberturas de planes nuevos y antiguos, se observa que ambas tienden a equipararse y que, por tanto, no podría aseverarse que ha existido un recambio significativo hacia planes con coberturas más bajas. Por otra parte, se ha observado, que tanto los “planes de libre elección” como los “planes preferentes”, han ido deteriorando su cobertura promedio en alrededor de 4 p.p. entre 2007 y 2015. Esta pérdida de valor puede atribuirse a una devaluación de los topes consignados en los planes para cada prestación.

Entre las coberturas de carátula y efectivas, se detectan brechas significativas que no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud, entre ellas: i) políticas comerciales de las isapres que apuntan a atraer clientes a partir de expectativas sobrevaloradas de rendimiento de los planes; ii) selección inadecuada de los prestadores por parte de los beneficiarios; iii) otras causas de menor impacto como el uso de prestaciones con coberturas restringidas en los planes, aplicación de restricciones contractuales temporales para enfermedades preexistentes, aplicación de los topes anuales de gasto por beneficiario.

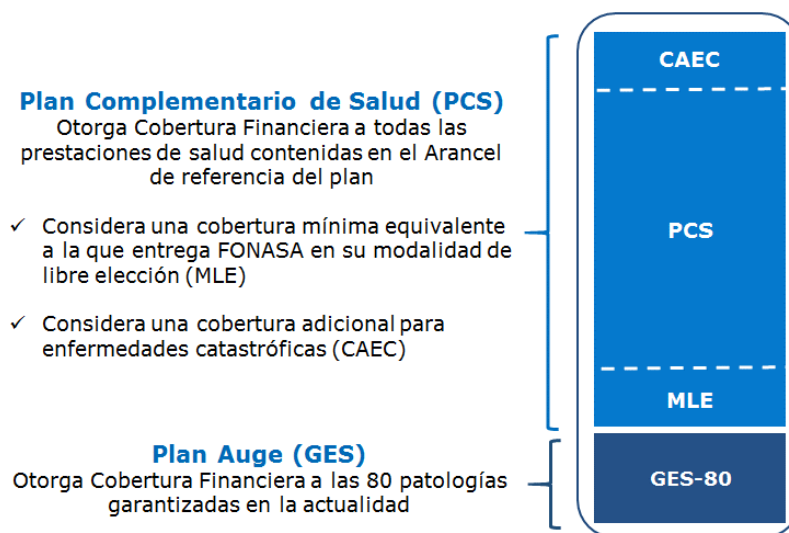
Dimensionar el efecto de cada una de estas causas es bastante complejo. Sin embargo, el hecho de que, en la mayoría de los casos, los planes complementarios otorguen coberturas efectivas menores a las consignadas en sus carátulas, da cuenta de la importancia que tiene para los beneficiarios la información de los topes y demás restricciones establecidas en los contratos de salud, tanto al momento de suscribir un plan de salud como al hacer uso de las prestaciones.



1. Antecedentes

La estructura actual del plan de salud de las isapres, post reforma 2005, se compone de dos partes principales. El primer componente, son las Garantías Explicitas en Salud (GES o Plan Auge) y el segundo, es el Plan Complementario de Salud (PCS), cuyos beneficios no pueden ser inferiores a los que otorga el Fonasa para todas las prestaciones incluidas en su arancel de Libre Elección (MLE). Este último plan, en las isapres abiertas del Sistema, considera además un beneficio anexo denominado Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo.

Figura 1: Estructura de los Planes de Salud en Isapres



Fuente: Elaboración propia

El plan Auge (GES) es un derecho que otorga la ley a todos los beneficiarios del Fonasa y las Isapres, para ser atendidos, bajo condiciones especiales, en caso de padecer cualquiera de los problemas de salud priorizados por el Ministerio de Salud (actualmente existen 80 patologías garantizadas). El uso de este plan es optativo para los beneficiarios del Sistema Isapre, se otorga en una red de prestadores predefinida y considera garantías de acceso, oportunidad (tiempos máximos de espera), protección financiera (copagos equivalentes al 20% del Arancel GES para beneficiarios de isapres) y calidad (red de prestadores acreditados). En el año 2015, este componente del plan de salud representa un 11,2% del monto total bonificado en prestaciones curativas en el Sistema, con una cobertura financiera promedio equivalente a un 93,8% del monto total facturado.

El plan complementario de salud (PCS) es el documento contractual que establece la cobertura financiera o bonificación que corresponde a cada una de las prestaciones de salud contenidas en el arancel de referencia, según la modalidad de la atención, libre elección, preferente o cerrada (en caso que el plan considere una red de prestadores preferencial o única). La bonificación, representa la parte del valor facturado de una prestación que es financiada por la Isapre de acuerdo con la cobertura pactada en el plan y el resto lo financia el beneficiario en lo que se conoce como "copago". En el año 2015, este componente del plan de salud representa un 88,4% del monto total bonificado en prestaciones curativas en el Sistema, con una cobertura financiera promedio equivalente a un 64,3% del monto total facturado (incluyendo financiamiento CAEC y GES-CAEC).

A modo de referencia, en el cuadro siguiente se presentan las coberturas efectivas promedio de ambos componentes del plan de salud, en cada una de las isapres del Sistema. La información proviene del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015.

Para efectos de este estudio la cobertura efectiva promedio corresponde al porcentaje que representa el monto total bonificado por el conjunto de prestaciones curativas, financiadas durante el periodo que se indica, sobre el monto total facturado por dichas prestaciones. Para referirse a la cobertura efectiva también se utilizará el término “bonificación”.

Cuadro 1: Coberturas Efectivas Promedio según Componente del Plan de Salud Total Prestaciones Curativas Financiadas durante el Año 2015

Isapre	Plan Auge GES	Plan Complementario ⁽¹⁾
Colmena	92,4%	62,5%
Cruz Blanca	93,2%	62,5%
Vida Tres	95,3%	62,4%
Óptima ⁽²⁾	100,0%	50,6%
Masvida	94,1%	70,5%
Banmédica	95,6%	62,3%
Consalud	93,1%	62,8%
I. Abiertas	93,8%	63,5%
San Lorenzo	95,9%	46,3%
Fusat	93,3%	92,8%
Chuquicamata	91,5%	77,5%
Río Blanco	93,9%	94,2%
Fundación	93,9%	60,1%
Cruz del Norte	90,9%	67,3%
I. Cerradas	93,3%	78,6%
Sistema	93,8%	64,2%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015

Notas:

(1) Incluye Financiamiento Plan Complementario, CAEC y GES-CAEC.

(2) Esta isapre presenta problemas de registro en el componente GES, por cuanto, no descuenta de los montos bonificados los copagos efectuados por los beneficiarios por estas prestaciones.

El presente estudio tiene como propósito transparentar la cobertura financiera asociada a los planes complementarios de salud del Sistema Isapre, monitorear su evolución y dimensionar las brechas existentes entre las coberturas declaradas en la carátula de los planes y las efectivamente obtenidas por los beneficiarios al momento de utilizarlos.

Atendida la relevancia de los planes complementarios de salud en el gasto total de los beneficiarios del Sistema Isapre y, también, la gran cantidad y variedad de planes existentes, este documento se centrará en el análisis de las coberturas financieras asociadas a este componente sin considerar las prestaciones financiadas por el beneficio adicional CAEC y GES-CAEC, a fin de obtener información de las coberturas puras de estos planes.

Asimismo, este estudio se focaliza en las isapres abiertas del mercado, considerando que en este subsistema, se concentra la mayor diversidad de planes complementarios de salud. En enero de 2016, estas isapres informan 63.316 planes vigentes, que representan al 98,9% del total informado por el conjunto del Sistema.

2. Formato y Coberturas de los Planes Complementarios

2.1 Formato de los Planes Complementarios de Salud

El DFL N°1, de 2005, define el “plan complementario”, “plan de salud” o “plan” de isapre, como “cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud.” En este sentido, el plan de salud constituye uno de los elementos distintivos del Contrato suscrito con una isapre y en él se establece la cobertura financiera “adicional a la del Plan Auge” que se pacta para cada prestación o grupo de prestaciones cubiertas y la modalidad en que se otorgarán¹ (libre elección, preferente o cerrada).

La estructura del plan complementario depende de cada isapre. No obstante, la Superintendencia ha regulado un formato uniforme para planes de libre elección (Circular IF N°44, de 2007) y también para planes con prestador preferente (Circular IF N°163, de 2011). Estos formatos son de uso voluntario, aunque la mayoría de las isapres abiertas han adherido a ellos. A continuación se presenta un extracto de un plan tipo, ajustado al formato definido por la Superintendencia en la versión que considera coberturas preferentes.

Cuadro 2: Ejemplo Formato Tipo de un Plan de Salud con Prestadores Preferentes

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)				LIBRE ELECCION (**)			
	% DE BONIFICACION	TOPE DE BONIFICACION	COPAGO FIJO	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO	% DE BONIFICACION	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA								
Día Cama	90% en Hospital Clínico Universidad Católica en Habitación Individual Estándar, Sin Tope	Sin Tope	90%	Sin Tope	6.70 UF	Sin Tope		
Día cama cuidados intensivos o coronarios					12.26 UF			
Día cama cuidados intermedios					10.05 UF			
Día cama Sala Cuna					5.56 UF			
Día cama Incubadora					8.91 UF			
Derecho Pabellón					6.20 AC			
Exámenes de Laboratorio								
Imagenología					3.90 AC			
Kinesiología								
Materiales e Insumos Clínicos					20.00 UF por evento			40.00 UF
Medicamentos					40.00 UF por evento			80.00 UF
Procedimientos					1.90 AC			Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)					14.00 AC			
Visita por Médico Tratante					0.80 UF			
Visita por Médico Interconsultor	0.80 UF							
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis	Sin Cobertura Preferente				4.50 AC	45.00 UF		
Traslados Médicos					1.90 AC	2.10 UF		
Quimioterapia					30.00 UF por ciclo	300.00 UF		
AMBULATORIAS								
Consulta Médica	Copago Fijo 0.21 UF con Médicos staff en convenio Hospital Clínico Universidad Católica	Sin Tope	70%	Sin Tope	0.65 UF	Sin Tope		
Consulta Médica en Servicio de Urgencia	Copago Fijo 0.26 UF Hospital Clínico Universidad Católica				0.65 UF			
Exámenes de Laboratorio	70% en Red de Salud UC (Ver Anexo)				1.90 AC			
Imagenología		1.90 AC						
Procedimientos		1.90 AC						
Kinesiología		1.90 AC	5.00 UF					
Fonoaudiología	Sin Cobertura Preferente				1.90 AC	3.50 UF		
Atención Integral de Enfermería y Nutricionista					3.90 AC	Sin Tope		
Radioterapia					1.90 AC	10.00 UF		
Prótesis y Ortesis								
Pabellón Ambulatorio	90% en Hospital Clínico Universidad Católica, Sin Tope	Sin Tope	90%	Sin Tope	1.90 AC	Sin Tope		
Box Ambulatorio	Igual a HMQ Hospitalario				14.00 AC			
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)								
Quimioterapia	Sin Cobertura Preferente						Igual a Quimioterapia Hospitalaria	

Fuente: Extracto de plan de salud vigente

¹ Cada plan complementario de salud lleva asociado un listado de prestaciones valorizadas que tendrán cobertura conforme a lo estipulado en el plan. Este listado se conoce como “Arancel de Referencia” y debe contener, a lo menos, las prestaciones consignadas por el FONASA en el Arancel de la Modalidad de Libre Elección (MLE).

2.2 Cálculo de la Cobertura Efectiva de un Plan de Salud

En la práctica, la cobertura efectiva que otorga un plan complementario de salud a una prestación específica, se determina en función del porcentaje de bonificación y el tope establecido para dicha prestación en la carátula del plan². Así, la bonificación corresponde al menor valor entre:

- El monto que resulta de aplicar el porcentaje de bonificación de la prestación sobre el monto facturado de la misma, y
- El monto definido como tope para la prestación, que puede estar expresado en pesos, unidades de fomento o en función del valor que la respectiva prestación tenga en el arancel de referencia del plan (veces el valor arancel).

De lo anterior, se infiere que el porcentaje de bonificación opera en toda su dimensión siempre que el monto que resulte de aplicarlo sobre el valor facturado sea inferior o igual al tope establecido para la prestación específica, por ende, este porcentaje no determina por sí solo el monto que la isapre bonificará finalmente al beneficiario por la atención de salud recibida.

Asimismo, se debe tener presente, que en el monto de la bonificación, también pueden estar incidiendo otras restricciones contractuales particulares, como exclusiones, carencias y/o menores coberturas temporales, establecidas para ciertas patologías preexistentes declaradas por los beneficiarios.

A continuación, se presentan dos ejemplos que permiten visualizar como varía la cobertura efectiva de un plan específico para una "consulta médica", según el prestador de salud escogido. En el primer caso, prestadores de diferentes categorías de precios en un plan de libre elección y, en el segundo caso, prestadores de la misma categoría de precios pero que operan dentro y fuera de la red definida en un plan que considera cobertura preferente.

Ejemplo 1: Cálculo Cobertura Efectiva en Plan de Libre Elección según el Prestador

PRESTACIÓN	COBERTURA DE LIBRE ELECCIÓN	
	% BONIFICACION	TOPE BONIFICACIÓN ^(*)
Consulta Médica	80%	\$ 25.000

(*) Originalmente, el tope puede estar expresado en UF o en veces arancel

Cobertura en Prestador Menor Precio		
Monto Facturado	\$ 30.000	
% Bonificación	\$ 24.000	$(\$30.000 \times 0,8)$
Tope	\$ 25.000	
Monto Bonificado	\$ 24.000	$(\$24.000 < \$25.000)$
Copago	\$ 6.000	
Cobertura Efectiva	80%	$(\$24.000 / \$30.000)$

En este caso, el monto que resulta de aplicar el % de bonificación es menor que el tope y por ende opera el %.

Cobertura en Prestador Mayor Precio		
Monto Facturado	\$ 35.000	
% Bonificación	\$ 28.000	$(\$35.000 \times 0,8)$
Tope	\$ 25.000	
Monto Bonificado	\$ 25.000	$(\$28.000 > \$25.000)$
Copago	\$ 10.000	
Cobertura Efectiva	71%	$(\$25.000 / \$35.000)$

En este otro caso, el monto que resulta de aplicar el % de bonificación es mayor que el tope y por ende opera el tope.

² Cabe hacer presente, que existen algunos planes que expresan la cobertura de determinadas prestaciones, en copagos fijos. Estos planes representan un 17% del total informado en enero de 2016 y el 70,8% son grupales.

En este ejemplo, la utilización de un prestador más caro que aquel para el cual se encuentra definido el plan de salud, determina una pérdida de cobertura para el beneficiario que se traduce en un mayor copago como resultado de la aplicación del tope (cobertura topada).

En este caso, al utilizar el prestador más económico, la cobertura de carátula es igual a la cobertura efectiva (80%). No obstante, al utilizar el prestador más caro la cobertura efectiva cae a 71% generando una brecha de 9 puntos porcentuales entre la bonificación declarada en el plan (cobertura de carátula) y la efectivamente alcanzada por el beneficiario (cobertura efectiva).

Ejemplo 2: Cálculo Cobertura Efectiva en Plan Preferente, según el Prestador

PRESTACIÓN	COBERTURA PREFERENTE		COBERTURA DE LIBRE ELECCIÓN	
	% BONIFICACION	TOPE BONIFICACIÓN	% BONIFICACION	TOPE BONIFICACIÓN(*)
Consulta Médica	80%	Sin tope	80%	\$ 20.000

(*) Originalmente, el tope puede estar expresado en UF o en veces arancel

Cobertura en Prestador Preferente		
Monto Facturado	\$ 30.000	
% Bonificación	\$ 24.000	(\$30.000 x 0,8)
Tope	Sin tope	
Monto Bonificado	\$ 24.000	
Copago	\$ 6.000	
Cobertura Efectiva	80%	(\$24.000 / \$30.000)

En este caso, opera siempre el % de bonificación porque la cobertura preferente se expresa sin tope

Cobertura en Prestador de Libre Elección		
Monto Facturado	\$ 30.000	
% Bonificación	\$ 24.000	(\$30.000 x 0,8)
Tope	\$ 20.000	
Monto Bonificado	\$ 20.000	(\$24.000 > \$20.000)
Copago	\$ 10.000	
Cobertura Efectiva	67%	(\$20.000 / \$30.000)

En este caso, el monto que resulta de aplicar el % de bonificación es mayor que el tope y por ende opera el tope, aunque el precio de la prestación es el mismo.

En este segundo ejemplo, la utilización de un prestador fuera de la red definida para el plan, determina una pérdida de cobertura para el beneficiario que se traduce en un mayor copago como resultado de la aplicación de la cobertura de libre elección (normalmente inferior a la cobertura preferente).

En este caso, la utilización del prestador en convenio, determina que la cobertura de carátula sea igual a la cobertura efectiva (80%). Sin embargo, al utilizar un prestador fuera de la red, la cobertura efectiva cae a 67%, generando una brecha de 13 puntos porcentuales entre la bonificación declarada en el plan (cobertura de carátula) y la efectivamente alcanzada por el beneficiario (cobertura efectiva).

Con todo, la selección adecuada del prestador de salud, es decir, uno acorde con los parámetros de cobertura definidos para el plan en cuestión, es determinante para el uso eficiente del mismo, lo que redundará en el financiamiento del copago mínimo posible.

La multiplicidad de planes complementarios existentes y esta forma compleja de determinar la cobertura financiera para las diversas prestaciones de salud, plantea asimetrías de información que hacen impracticable para los usuarios, tanto la elección razonada de un plan al momento de la compra, como su utilización eficiente al momento de requerir alguna prestación.

3. Coberturas Efectivas Año 2015

3.1 Objetivo y Metodología

En este apartado, se dan a conocer las coberturas efectivas obtenidas por los beneficiarios adscritos a los planes complementarios de salud de las isapres abiertas, durante el año 2015, distinguiendo por tipo de atención -ambulatoria y hospitalaria-; tipo de plan -individuales y grupales-; situación comercial del plan -en comercialización (nuevos) y no comercializados (antiguos)-; y, modalidad de atención del plan -libre elección, preferentes y cerrados-.

El análisis abarca planes vigentes en enero de 2016, que tuvieron movimiento durante al año 2015, es decir, que presentaron prestaciones curativas, ambulatorias y hospitalarias, bonificadas en el período señalado.

El cuadro siguiente indica el número de planes en estudio respecto del total vigente en cada una de las isapres abiertas, considerando el tipo de atención (ambulatoria y hospitalaria). Se observa que el tamaño de la muestra es bastante concluyente, particularmente, para reflejar las coberturas de prestaciones ambulatorias, ya que se utilizan con mayor frecuencia.

Cuadro 3: Planes en Estudio por Isapre, según Tipo de Atención Respecto del Total Vigente en Enero de 2016

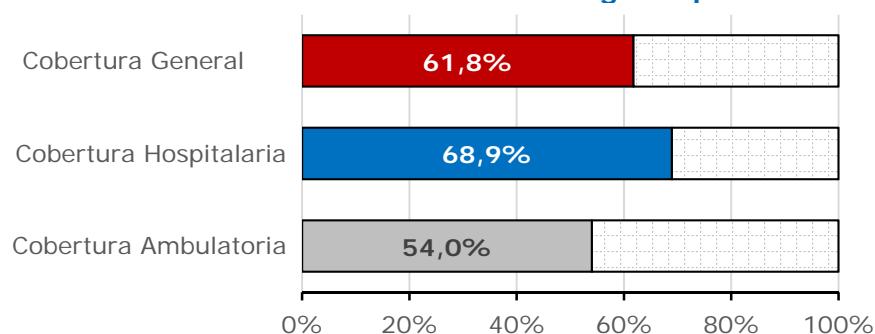
Isapre	Planes Vigentes	Planes en Estudio con Movimiento en 2015					
		Ambulatorio	%	Hospitalario	%	Total	%
Colmena	26.012	22.581	86,8%	7.586	29,2%	22.595	86,9%
Cruz Blanca	10.698	8.473	79,2%	5.644	52,8%	8.481	79,3%
Vida Tres	5.749	5.437	94,6%	3.045	53,0%	5.439	94,6%
Óptima	854	615	72,0%	198	23,2%	615	72,0%
Masvida	2.493	2.384	95,6%	1.763	70,7%	2.384	95,6%
Banmédica	10.106	9.706	96,0%	5.579	55,2%	9.711	96,1%
Consalud	7.404	7.043	95,1%	3.223	43,5%	7.053	95,3%
Total	63.316	56.239	88,8%	27.038	42,7%	56.278	88,9%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

3.2 Coberturas Efectivas según Tipo de Atención

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios en estudio, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2015, según el tipo atención. La bonificación promedio general alcanza un 62% y se compone de un 54% para prestaciones de tipo ambulatorio y de un 69% para prestaciones hospitalarias.

Gráfico 1: Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Atención



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

Los gráficos que se presentan a continuación, permiten observar la cobertura efectiva promedio de cada una de las isapres abiertas, con respecto al promedio de todas ellas, en el año 2015. El primer gráfico muestra la cobertura promedio general y los siguientes distinguen por tipo de atención -hospitalaria y ambulatoria, respectivamente-.

Coberturas Efectivas Promedio por Isapre Abierta Total Prestaciones Curativas Año 2015

Gráfico 2
Coberturas Generales Promedio

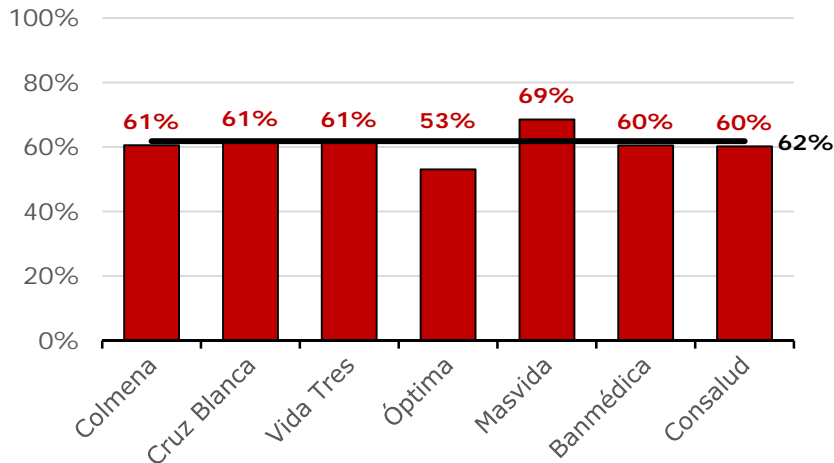


Gráfico 3
Coberturas Hospitalarias Promedio

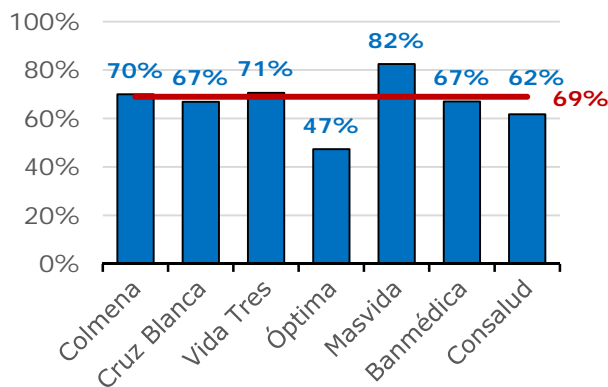
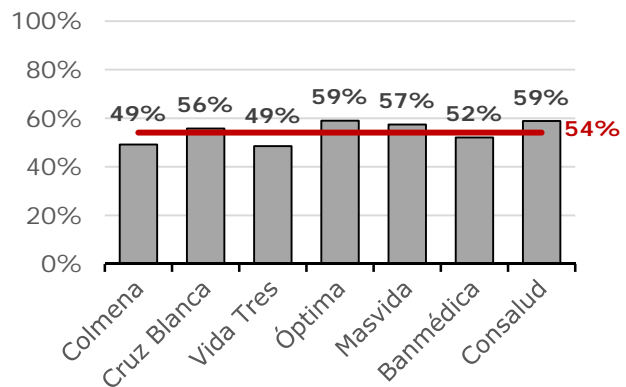


Gráfico 4
Coberturas Ambulatorias Promedio



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero de 2016

En estos gráficos, destaca la isapre Masvida con una cobertura general superior a la promedio del subsistema (69% vs 62%), la que se explica, principalmente, por la alta bonificación que esta isapre otorga en el ámbito de la atención hospitalaria (82%), donde alcanza 13 puntos porcentuales (p.p.) más que el conjunto de isapres abiertas. En el otro extremo, destaca la isapre Óptima por su baja cobertura general en relación al promedio del subsistema (53% vs 62%), la que se atribuye, fundamentalmente, a la precaria bonificación que esta isapre entrega a las prestaciones de tipo hospitalario (47%).

3.3 Coberturas Efectivas según Tipo de Plan

El cuadro siguiente indica el número de planes en estudio según su tipo, con respecto al total vigente en cada isapre. Se constata que la muestra es bastante determinante para el análisis.

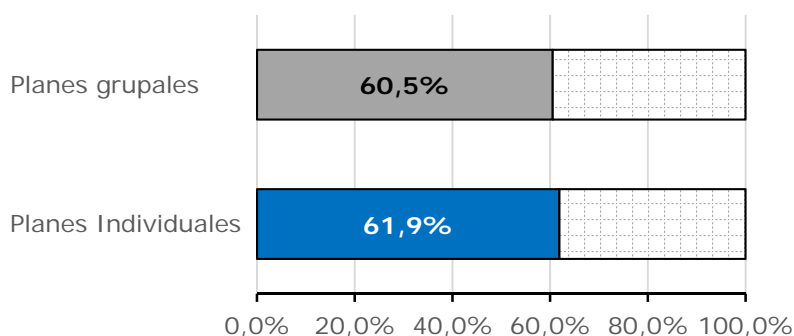
**Cuadro 4: Planes en Estudio por Isapre, según Tipo
Respecto del Total Vigente en Enero de 2016**

Isapre	Planes Individuales			Planes Grupales		
	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%
Colmena	2.929	2.899	99,0%	23.083	19.696	85,3%
Cruz Blanca	7.460	7.181	96,3%	3.238	1.300	40,1%
Vida Tres	5.737	5.427	94,6%	12	12	100,0%
Óptima	149	102	68,5%	705	513	72,8%
Masvida	2.462	2.354	95,6%	31	30	96,8%
Banmédica	9.900	9.514	96,1%	206	197	95,6%
Consalud	4.887	4.662	95,4%	2.517	2.391	95,0%
Total	33.524	32.139	95,9%	29.792	24.139	81,0%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

El gráfico siguiente, muestra la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas, vigentes en enero de 2016, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2015, según el tipo de plan (individual o grupal).

**Gráfico 5: Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Plan
Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015**



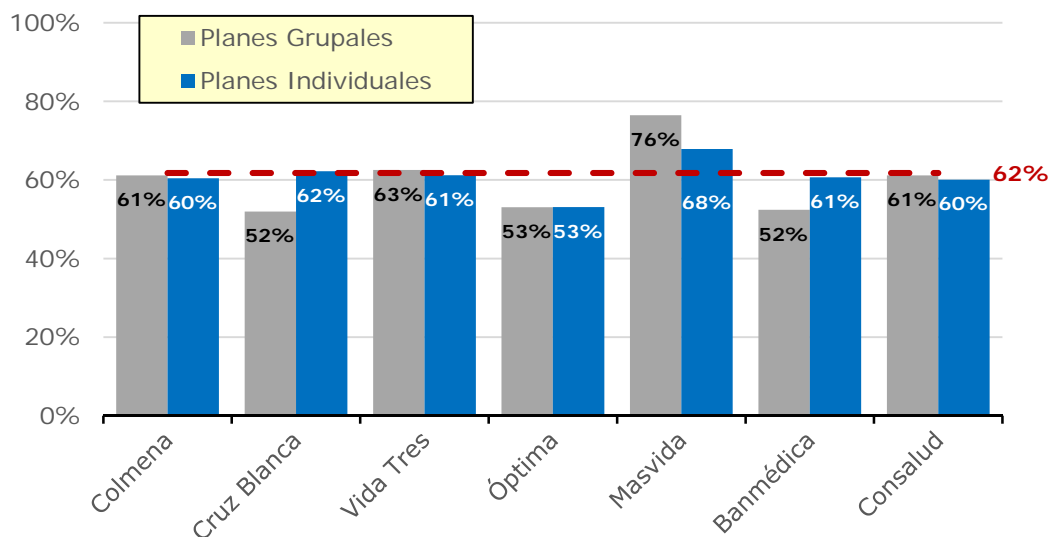
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

Se observa que, en promedio, los planes individuales otorgan una cobertura efectiva levemente superior a la de los planes grupales. La diferencia asciende a 1,4 puntos porcentuales (p.p.)

No obstante lo anterior, al efectuar el análisis por isapre, es posible constatar que el comportamiento de las coberturas asociadas a planes grupales e individuales, en las diferentes isapres, no es el mismo. En efecto, mientras en las isapres Cruz Blanca y Banmédica los planes grupales presentan un financiamiento claramente inferior al de los planes individuales, en la isapre Masvida ocurre todo lo contrario. Y, en el resto de las isapres, las coberturas son relativamente parecidas entre los diferentes tipos de planes.

Cabe hacer presente que los planes grupales son poco frecuentes en algunas isapres abiertas. Una mayor relevancia se observa en las isapres Colmena donde representan un 85,7% del total de planes y Óptima (82,6%), seguidas de Consalud (34%) y Cruz Blanca (30,3%). En estas 4 instituciones, los planes grupales concentran a un 20%; 90,8%; 13,8% y 7,7% de los beneficiarios, respectivamente.

**Gráfico 6: Cobertura Promedio por Isapre según Tipo de Plan
Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

3.4 Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan

El cuadro siguiente, indica el número de planes en estudio según su situación comercial (comercializados y no comercializados) en relación con el total vigente en cada isapre. Planes en comercialización, se entienden “nuevos” y planes que ya no están en comercialización, se entienden “antiguos”. Se constata que el tamaño de la muestra es bastante concluyente.

**Cuadro 5: Planes en Estudio por Isapre, según Situación Comercial del Plan
Respecto del Total Vigente en Enero de 2016**

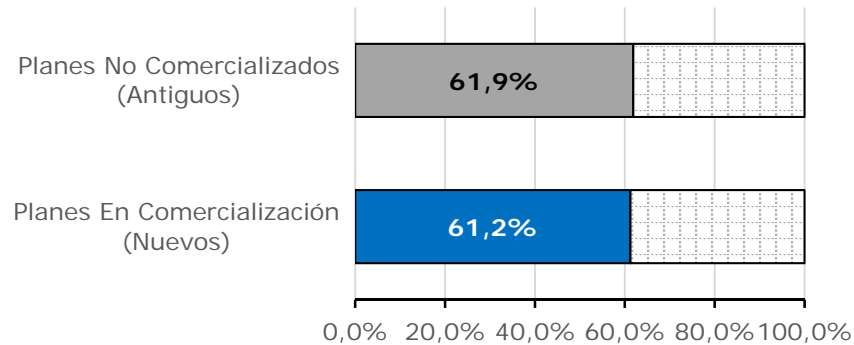
Isapre	Planes En Comercialización			Planes No Comercializados		
	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%
Colmena	1.061	1.003	94,5%	24.951	21.592	86,5%
Cruz Blanca	3.635	1.518	41,8%	7.063	6.963	98,6%
Vida Tres*	169	0	0,0%	5.580	5.439	97,5%
Óptima	108	53	49,1%	746	562	75,3%
Masvida	333	271	81,4%	2.160	2.113	97,8%
Banmédica	375	318	84,8%	9.731	9.393	96,5%
Consalud	1.740	1.641	94,3%	5.664	5.412	95,6%
Total	7.421	4.804	64,7%	55.895	51.474	92,1%

(*) Los planes comercializados por la Isapre Vida Tres no presentan movimiento en el año 2015.

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2015, según la situación comercial del plan, esto es, planes que están en comercialización en enero de 2016 (nuevos) versus planes que ya no están en comercialización a esa fecha (antiguos).

Gráfico 7: Cobertura Efectiva Promedio según Situación Comercial del Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015



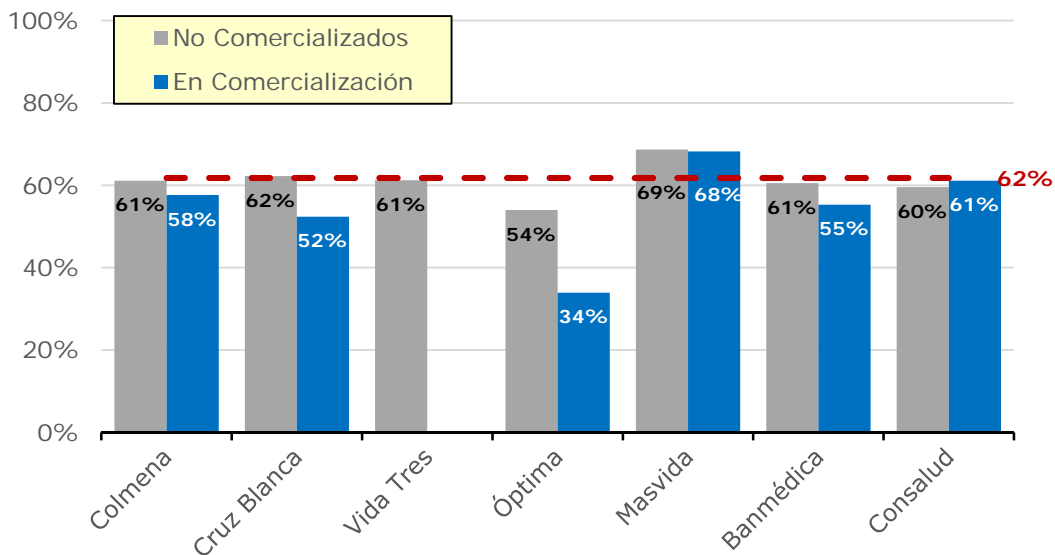
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

El gráfico anterior, muestra que las coberturas asociadas a planes antiguos y nuevos son semejantes en promedio, con una diferencia menor a 1 p.p. en favor de los planes antiguos. En efecto, al efectuar el análisis por isapre, se observa que, en la mayoría de ellas, las coberturas de los planes nuevos son inferiores a las de los antiguos, salvo en Consalud que presenta coberturas similares entre sus planes y Vida Tres cuyos planes nuevos no registraron movimiento el año 2015.

El gráfico que se presenta a continuación, indica que las mayores brechas de cobertura se presentan en las isapres Óptima y Cruz Blanca, donde los planes nuevos muestran una cobertura promedio sustancialmente menor a la de los planes antiguos, con diferencias de 20 y 10 p.p., respectivamente.

Cabe hacer presente, que los planes en comercialización representan sólo un 8,5% del total de planes con movimiento en el año 2015.

Gráfico 8: Cobertura Promedio por Isapre según Situación Comercial del Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

3.5 Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan

El cuadro siguiente, indica el número de planes en estudio según la modalidad de atención del plan (libre elección, preferentes y cerrados)³, en relación con el total vigente en cada isapre abierta, en enero 2016. Se verifica que el tamaño de la muestra es bastante concluyente.

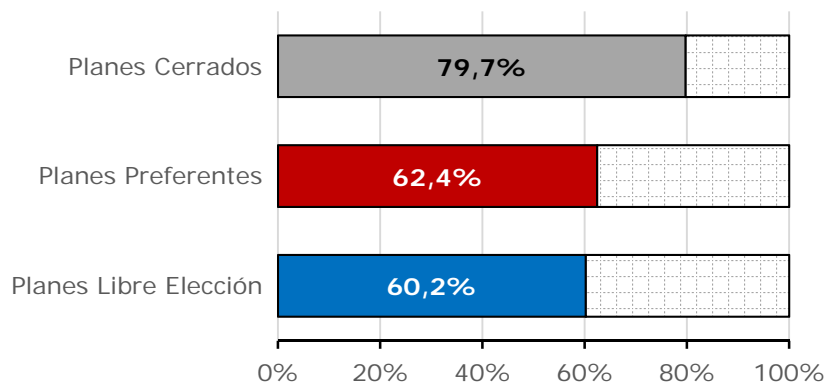
Cuadro 6: Planes en Estudio por Isapre, según Modalidad de Atención del Plan Respecto del Total Vigente en Enero de 2016

Isapre	Planes de Libre Elección			Planes Preferentes			Planes Cerrados		
	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%
Colmena	15.984	14.162	88,6%	10.028	8.433	84,1%	0	0	--
Cruz Blanca	5.353	4.433	82,8%	5.274	3.991	75,7%	71	57	80,3%
Vida Tres	958	945	98,6%	4.791	4.494	93,8%	0	0	--
Óptima	271	166	61,3%	583	449	77,0%	0	0	--
Masvida	1.727	1.673	96,9%	766	711	92,8%	0	0	--
Banmédica	664	629	94,7%	9.390	9.030	96,2%	52	52	100,0%
Consalud	4.660	4.396	94,3%	2.431	2.358	97,0%	313	299	95,5%
Total	29.617	26.404	89,2%	33.263	29.466	88,6%	436	408	93,6%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2015, según la modalidad de atención del plan.

Gráfico 9: Cobertura Efectiva Promedio según Situación Comercial del Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015



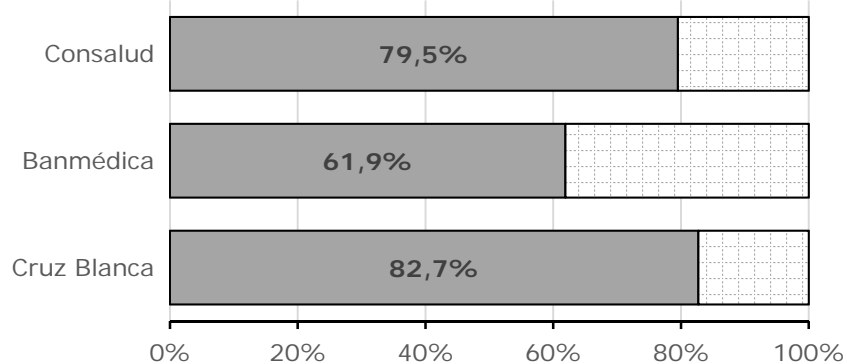
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

En el gráfico anterior, se observa que los planes cerrados otorgan las mejores coberturas (79,7% en promedio). Sin embargo, estos planes son escasos entre las isapres abiertas donde representan sólo un 0,7% del total de planes vigentes a enero de 2016. Sólo 3 isapres abiertas comercializan planes de este tipo, entre ellas destaca Consalud con un total de 313 planes cerrados vigentes.

³ Planes de libre elección, no se encuentran orientados a ningún prestador específico, pudiendo el beneficiario optar libremente por el prestador de su elección. Planes con prestador preferente, orientan al beneficiario de manera predominante hacia prestadores determinados, con los cuales la isapre ha celebrado algún convenio que permite mejorar la cobertura, pudiendo el beneficiario, en todo caso, optar por otro prestador fuera de esta red. Planes de atención cerrada, orientan al beneficiario de manera exclusiva hacia prestadores determinados, con los cuales la isapre se encuentra vinculada a través de algún convenio específico, estos últimos planes no consideran opción para la libre elección.

El gráfico siguiente, indica las coberturas otorgadas por los planes cerrados en las tres isapres que los comercializan. Se observa, que las mayores coberturas se encuentran asociadas a los planes de Cruz Blanca, con una cobertura efectiva promedio de 82,7%, seguida por Consalud (79,5%) y finalmente, Banmédica (61,9%).

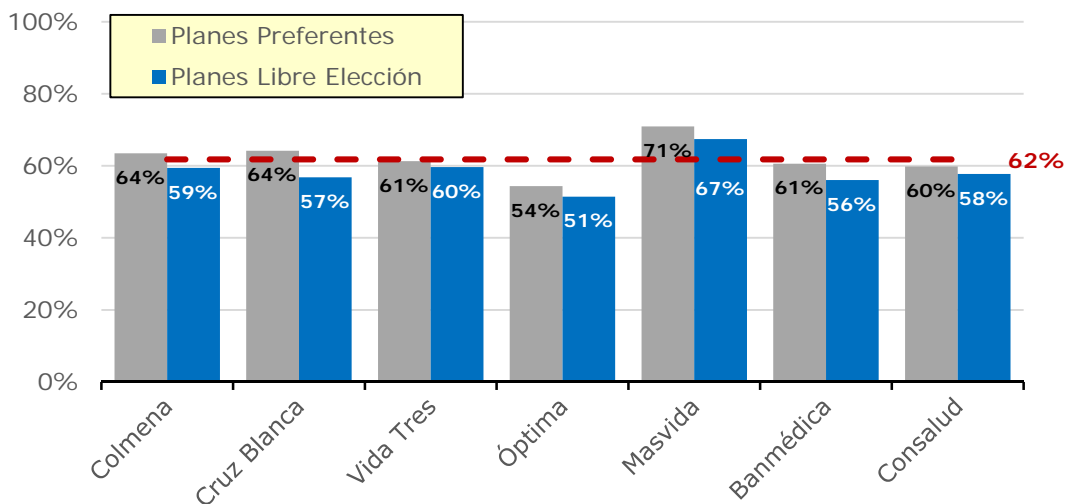
Gráfico 10: Cobertura Promedio de Planes Cerrados por Isapre



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

La cobertura promedio asociada a planes preferentes es levemente superior a la de los planes de libre elección, la diferencia entre ellas alcanza los 2,2 p.p. No obstante, al efectuar el análisis por isapre, se observa que esta diferencia es más relevante en algunas isapres, como por ejemplo en Cruz Blanca, donde la diferencia de cobertura alcanza los 7,4 p.p., la siguen Banmédica con una diferencia de 4,5 p.p. y luego Colmena con 4,1 p.p. de divergencia.

Gráfico 11: Cobertura Promedio por Isapre según Modalidad de Atención del Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015



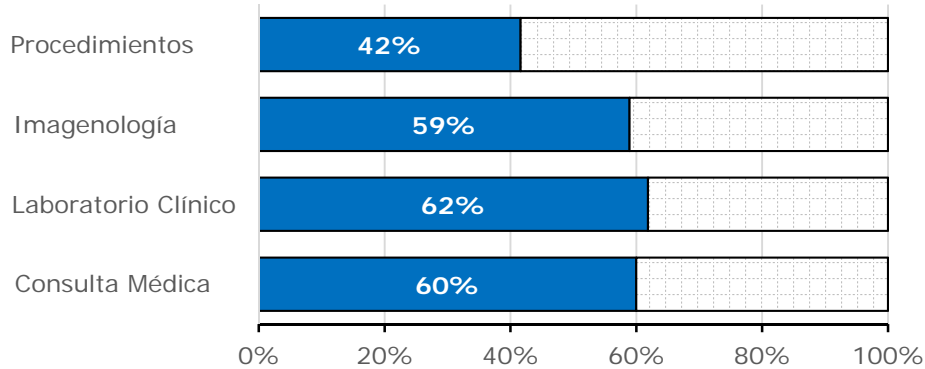
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

3.6 Coberturas Efectivas según Grupo de Prestaciones

Los planes complementarios de salud, por lo general, establecen coberturas diferenciadas para las prestaciones de salud según su tipo o grupo al cual pertenecen. Los gráficos siguientes, permiten observar las diferencias en la cobertura promedio asociada a prestaciones curativas de distinto tipo, en el año 2015.

El primer gráfico, muestra la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas, a algunas prestaciones representativas de tipo ambulatorio, financiadas el año 2015, según el grupo al cual pertenecen.

Gráfico 12: Cobertura Ambulatoria Promedio según Grupo de Prestaciones Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015

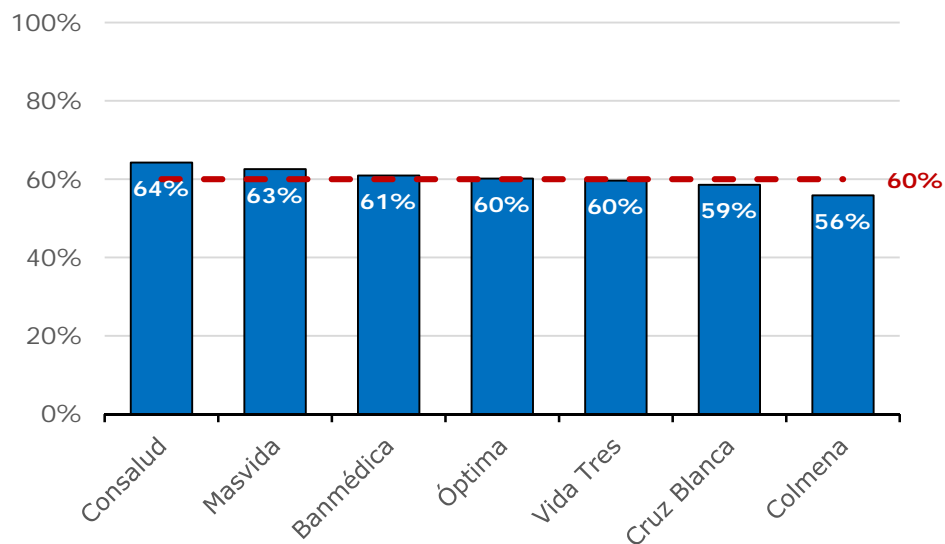


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015

Se observa, que las prestaciones correspondientes al grupo de “Procedimientos de Apoyo Clínico y Terapéutico” alcanzan una cobertura promedio inferior a la de los otros grupos de prestaciones ambulatorias analizados, con una bonificación efectiva de un 42%, en promedio. El resto de los grupos muestra coberturas efectivas más homogéneas donde destacan los exámenes médicos del grupo “Laboratorio Clínico”, con el promedio más alto, equivalente a un 62%.

El gráfico siguiente, muestra la cobertura ambulatoria promedio que alcanzan las prestaciones del grupo “Consulta Médica” en las diferentes isapres abiertas. Destaca la isapre Consalud con la cobertura más alta, superior en 4 p.p. al promedio del subsistema. En el otro extremo, destaca la isapre Colmena con la cobertura más baja, equivalente a un 56%, esto es, 4 p.p. por debajo del promedio.

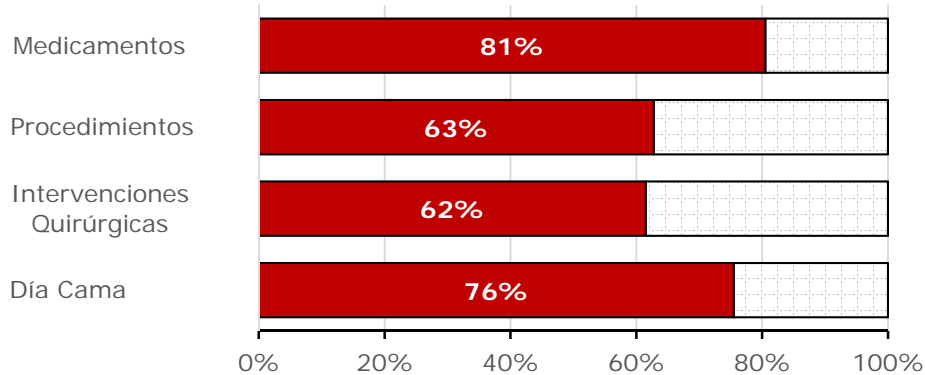
Gráfico 13: Cobertura Ambulatoria Promedio Grupo “Consulta Médica” por Isapre



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015

El siguiente gráfico, muestra la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas, a algunas prestaciones representativas de tipo hospitalario, financiadas el año 2015, según el grupo al cual pertenecen.

Gráfico 14: Cobertura Hospitalaria Promedio según Grupo de Prestaciones Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2015

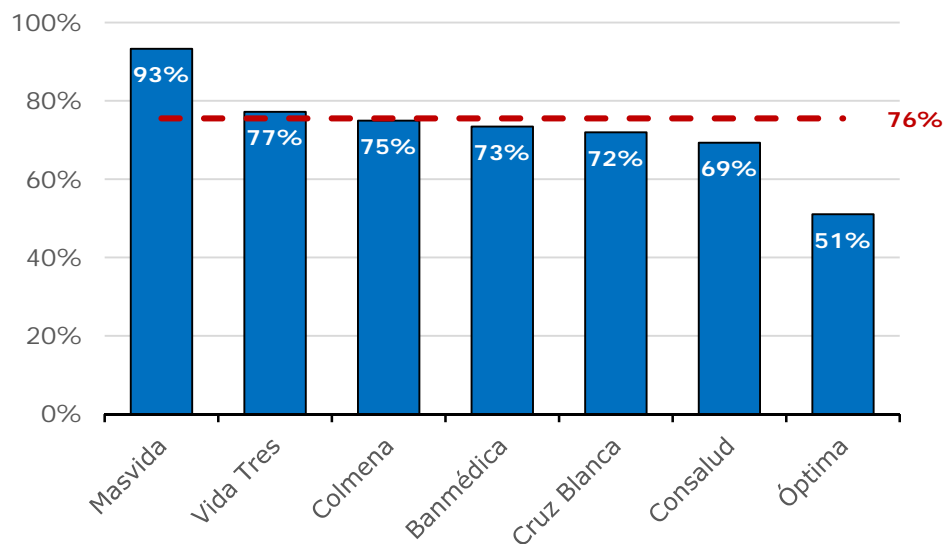


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015

Las coberturas efectivas asociadas a las prestaciones hospitalarias son más heterogéneas entre los distintos grupos que las ambulatorias. En el gráfico anterior, se observa que las prestaciones correspondientes al grupo de "Intervenciones Quirúrgicas" alcanzan una cobertura promedio inferior a la de los otros grupos de prestaciones hospitalarias analizados, con una bonificación efectiva de un 62%, en promedio. En el otro extremo, destaca el grupo "Medicamentos" con la cobertura efectiva más alta, equivalente a un 81%, en promedio.

El gráfico siguiente, muestra la cobertura hospitalaria promedio que alcanzan las prestaciones del grupo "Día Cama" en las diferentes isapres abiertas. Destaca la isapre Masvida con la cobertura más alta, superior en 17 p.p. al promedio del subsistema. En el otro extremo, destaca la isapre Óptima con la cobertura más baja, equivalente a un 51%, esto es, 25 p.p. por debajo del promedio.

Gráfico 15: Cobertura Hospitalaria Promedio Grupo "Día Cama" por Isapre



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015

4. Evolución de las Coberturas Efectivas

4.1 Objetivo y Metodología

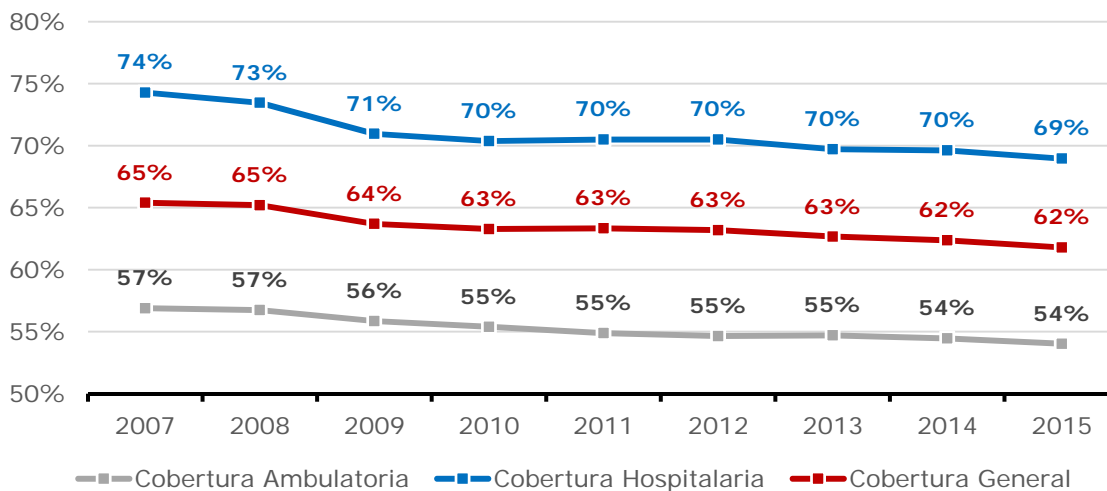
El objetivo de este análisis es conocer el comportamiento de las coberturas efectivas de los diferentes planes de salud en el tiempo. Lo anterior, con el propósito de verificar un posible deterioro estructural y/o de los topes asignados a las diferentes prestaciones.

El análisis comprende la evolución de las coberturas entre los años 2007 y 2015, considerando los planes de salud de las isapres abiertas, vigentes en enero de cada año, que tuvieron movimiento en el período anual anterior, es decir, que presentaron prestaciones curativas - ambulatorias y/o hospitalarias- bonificadas durante el año inmediatamente anterior.

4.2 Evolución de las Coberturas Efectivas Promedio

En el siguiente gráfico, se observa que la evolución de la cobertura efectiva promedio de los planes complementarios de las isapres abiertas, en los últimos 9 años, presenta una tendencia paulatinamente decreciente, pasando de un 65,4%, en 2007 a un 61,8%, en 2015, para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas en cada período anual. La cobertura de las prestaciones ambulatorias cae desde 56,9%, en 2007 a 54%, en 2015, mientras que la cobertura de prestaciones hospitalarias disminuye de 74,3% a 69% en el mismo lapso de tiempo.

Gráfico 16: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Atención Isapres Abiertas, 2007 - 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016.

En el gráfico anterior, también se observa que, a partir del año 2010, las coberturas efectivas promedio, tanto ambulatorias como hospitalarias, tienen una trayectoria más estable, con valores aproximados de 55% y 70%, respectivamente. Por tanto, los períodos de mayor deterioro se presentan entre los años 2007 a 2010, y luego, a partir de 2013, aunque en este último período, con una pendiente menos pronunciada.

Si bien las variaciones anuales son sutiles, éstas, han sido constantes en el tiempo, determinando una merma de 3,6 p.p. en el porcentaje de bonificación promedio, en los últimos 9 años.

Este sutil pero constante deterioro de las coberturas efectivas puede atribuirse a varias causas, entre las que se pueden señalar:

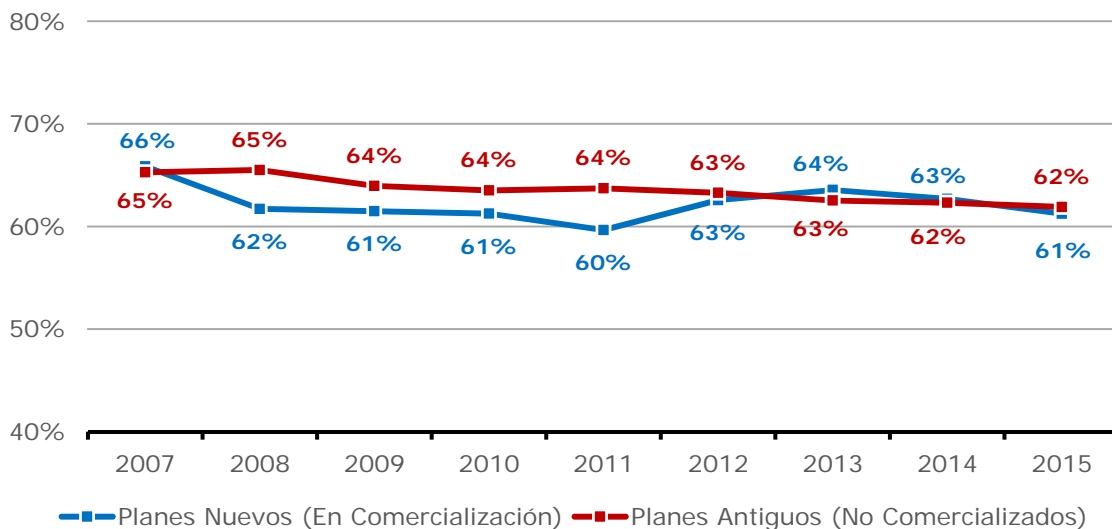
- i) Un reajuste insuficiente de los valores arancelarios o topes establecidos en los planes para cada prestación de salud, en relación a los precios de mercado de cada una de ellas;
- ii) La generación de planes con coberturas cada vez menores, por parte de las isapres;
- iii) Decisiones de cambio hacia planes más económicos y por ende, con coberturas inferiores, por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto de la adecuación de precios de sus planes).

4.3 Evolución de las Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan

A continuación, se analiza la tendencia de las coberturas promedio vinculadas a planes comercializados (nuevos) y no comercializados (antiguos), a fin de verificar si existe una pérdida de valor en los planes en el tiempo, sea porque las isapres han ido creando planes con coberturas inferiores o porque los cotizantes se cambian a planes más económicos a causa de las alzas de precios.

El gráfico siguiente, indica que las coberturas efectivas alcanzadas por planes nuevos y antiguos siguen la misma tendencia decreciente. Sin embargo, la evolución de las coberturas asociadas a los planes nuevos es más inestable y, entre los años 2008 y 2012, se presenta por debajo de las coberturas promedio de los planes antiguos en, a lo menos, 3 p.p. A partir del año 2012, la magnitud de la cobertura de ambas categorías de planes tiende a equipararse y, por tanto, desde esa fecha, no se constata una pérdida de valor en los planes.

Gráfico 17: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Situación Comercial del Plan. Isapres Abiertas, 2007 – 2015

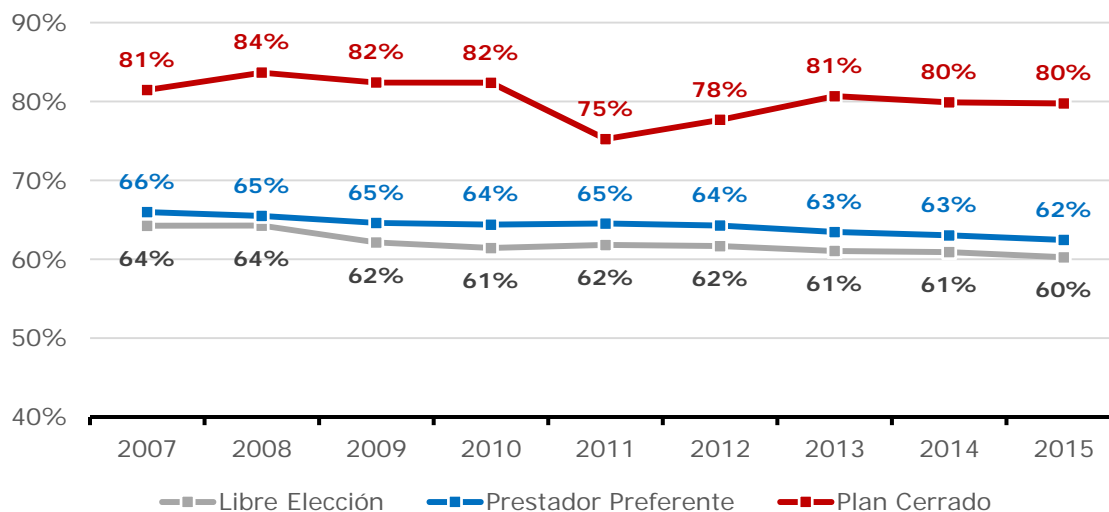


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016.

4.4 Evolución de las Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan

El gráfico que se presenta a continuación, muestra la evolución de las coberturas efectivas promedio de los planes complementarios de la isapres abiertas, según la modalidad de atención de los mismos -libre elección, preferentes y cerrados-⁴.

Gráfico 18: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Modalidad de Atención del Plan. Isapres Abiertas, 2007 – 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016.

Se observa, que los planes cerrados mantienen coberturas efectivas superiores al resto de las categorías de planes, en más de 10 p.p. Lo anterior, resulta lógico porque estos planes no permiten la opción de la libre elección del prestador y porque los convenios suscritos entre las isapres y sus redes de prestadores, permiten acceder a precios más convenientes de las prestaciones, por lo general inferiores a los de mercado, que conceden a los planes el máximo rendimiento en términos de cobertura.

A su vez, los planes preferentes presentan coberturas levemente superiores a las de los planes de libre elección, en alrededor de 2 p.p., lo que también resulta lógico, por cuanto, los primeros planes mantienen cierto grado de control sobre los precios de las prestaciones, mediante la celebración de convenios, lo que permite a los usuarios maximizar las coberturas efectivas, al ejercer la opción de un prestador preferente.

Salvo los planes cerrados, que han conservado un rango alto en las coberturas efectivas promedio, tanto los planes de libre elección como los planes preferentes, han ido deteriorando su cobertura promedio en los últimos 9 años. La pérdida de valor, para ambas categorías de planes, asciende a 4 p.p. entre 2007 y 2015.

⁴ Cabe hacer presente, que este análisis considera la modalidad de atención establecida en el plan y no la utilizada en la práctica por el beneficiario. En este sentido, si un beneficiario adscrito a un plan preferente utilizó una prestación bajo la modalidad de libre elección, dicha prestación fue de igual forma asignada al plan preferente.

5. Evolución de los Copagos

5.1 Objetivo y Metodología

Cabe recordar, que la cobertura efectiva representa la parte del valor facturado por una prestación que es financiada por la isapre de acuerdo con lo establecido en el plan de salud contratado, y que el resto, lo paga el afiliado en lo que se conoce como "copago".

El objetivo en este apartado, es adoptar el punto de vista de los beneficiarios y develar el impacto que el deterioro de la cobertura efectiva promedio de los planes de salud complementarios ha tenido sobre los copagos que enfrentan los afiliados.

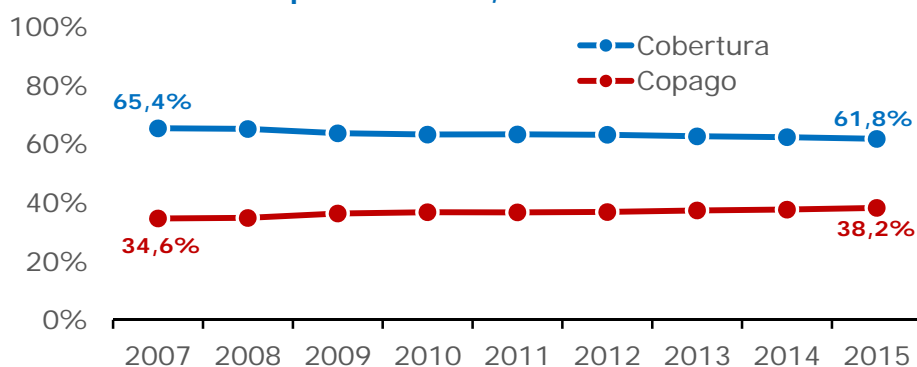
El análisis comprende la evolución de los copagos entre los años 2007 y 2015, considerando los planes de salud de las isapres abiertas, vigentes en enero de cada año, que tuvieron movimiento en el período anual anterior, es decir, que presentaron prestaciones curativas -ambulatorias y/o hospitalarias- bonificadas durante el año inmediatamente anterior.

5.2 Evolución de las Coberturas Efectivas vs los Copagos

En el gráfico siguiente, se observa que la trayectoria de la cobertura y la del copago, ambos expresados como porcentaje de los montos facturados, tienden a acercarse con el tiempo.

En efecto, como contraparte de la cobertura, los copagos muestran una tendencia creciente en los últimos 9 años, pasando de un 34,6% del total facturado, en 2007 a un 38,2%, en 2015, en promedio para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas en cada período anual. Esta tendencia se observa tanto para prestaciones ambulatorias, cuyo copago promedio sube desde 43,1% en 2007 a 46% en 2015, como para prestaciones hospitalarias, respecto de las cuales el copago promedio aumenta de 25,7% a 31%, en el mismo lapso de tiempo.

Gráfico 19: Evolución de Coberturas y Copagos Promedio Isapres Abiertas, 2007 - 2015



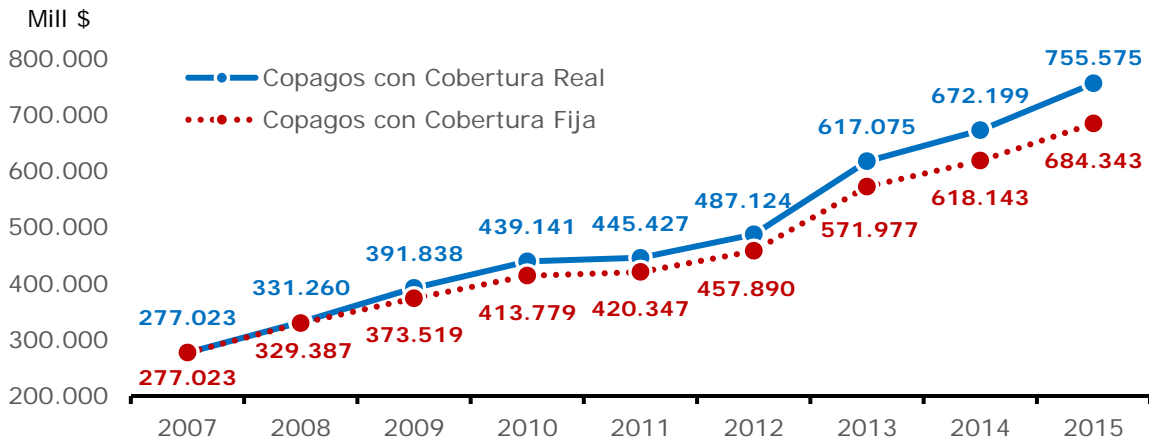
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016.

5.3 Evolución de los Copagos en Términos de Montos Absolutos

Mientras los montos facturados totales por prestaciones curativas en isapres abiertas, experimentan un crecimiento nominal equivalente a un 147% a partir de 2007, los copagos lo han hecho en un 172,3%, es decir, en casi 26 puntos porcentuales más. El promedio de crecimiento de los montos facturados es de 12,2% anual y, el de los copagos, es de un 13,6% anual en el período analizado. Las diferencias de crecimiento se atribuyen particularmente al deterioro observado en las coberturas efectivas de los planes complementarios de salud.

El gráfico siguiente, permite visualizar la pérdida por el aumento de los copagos que se produce por efecto del deterioro gradual y constante de las coberturas efectivas en el tiempo. La línea azul corresponde a los copagos observados mientras la línea roja representa los copagos que se habrían producido si la cobertura efectiva se hubiese mantenido constante en el porcentaje de 2007 (65,4%). La brecha entre ambas curvas representa la pérdida de valor para los beneficiarios que, en 2015, alcanza un monto global de Mill\$ 71.233 (\$21.181 per-cápita).

Gráfico 20: Evolución Copagos con Coberturas Reales vs Fijas en Millones de Pesos Isapres Abiertas, 2007 - 2015

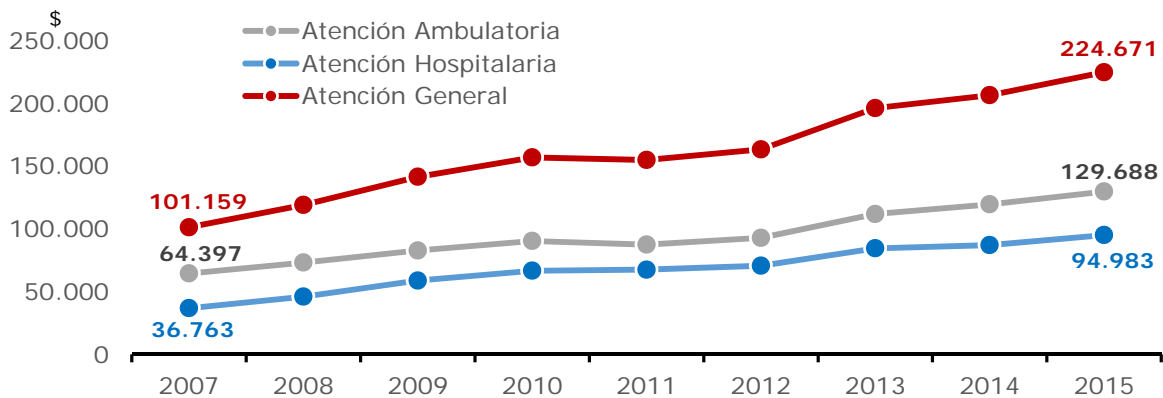


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016.

5.4 Evolución de los Copagos Per-cápita

El gráfico siguiente permite visualizar la tendencia del copago promedio anual por beneficiario en los últimos 9 años, según el tipo de atención. Se observa un crecimiento constante, interrumpido sólo en el año 2011, equivalente a un 122,1% en el total del período, pasando de \$ 101.159, en 2007 a \$224.671, en 2015. Esta tendencia se presenta tanto en prestaciones ambulatorias (+101,4%) como en prestaciones hospitalarias (+158,4%).

Gráfico 21: Evolución del Copago Anual por Beneficiario según Tipo de Atención Isapres Abiertas, 2007 - 2015



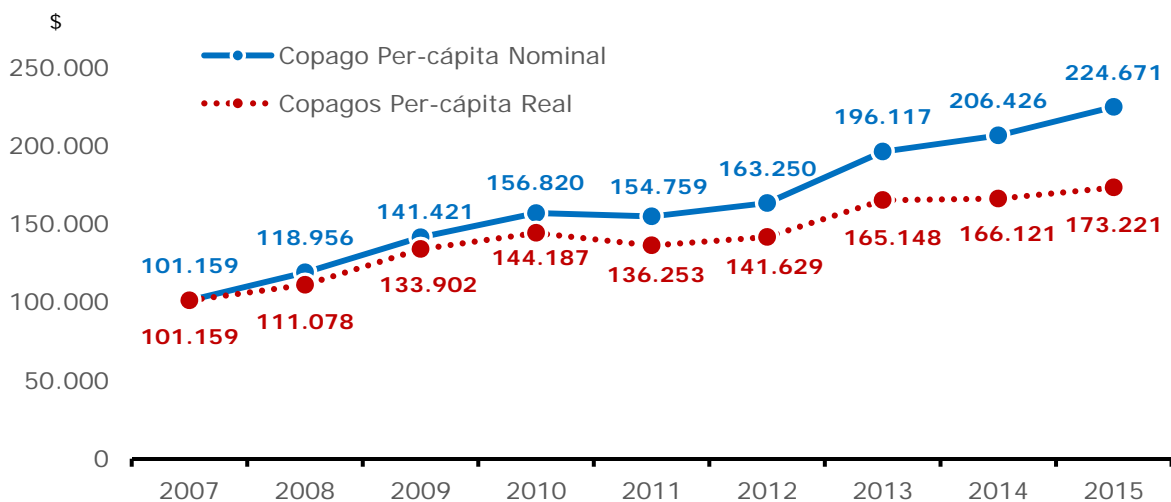
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016.

El aumento del copago per-cápita puede estar explicado por varios factores, entre ellos: el efecto inflacionario de los precios; el aumento en la tasa de uso de las prestaciones; y el deterioro de observado de la cobertura de los planes de salud. Los gráficos siguientes permiten dimensionar el impacto que cada uno de estos factores ha tenido sobre el copago anual por beneficiario en el período analizado.

a) Efecto Inflación

En el gráfico siguiente, la línea azul representa los copagos anuales por beneficiario expresados en términos nominales (pesos de cada año), mientras la línea roja los expresa en términos reales, es decir, deflactados por el IPC a pesos del año 2007. La brecha entre estas dos líneas da cuenta del orden de magnitud del efecto de la inflación sobre los copagos promedio del Sistema Isapre, en los últimos 9 años.

Gráfico 22: Evolución del Copago Anual por Beneficiario en Términos Nominales (pesos de cada año) y Reales (pesos del año 2007). Isapres Abiertas, 2007 - 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016.

Como se puede observar, las variaciones acumuladas del IPC van generando en el tiempo una brecha cada vez más pronunciada entre los copagos nominales y reales, la que en el año 2015 asciende a \$51.451 por beneficiario, reflejando el mayor valor asumido por los beneficiarios a causa del efecto inflacionario de los precios en la economía. La magnitud del impacto de la inflación es de un 50,9% y explica el 41,7% del incremento total del copago anual por beneficiario en los últimos 9 años.

b) Efecto Cobertura

En el gráfico siguiente, la línea azul representa los copagos anuales por beneficiario expresados en términos reales (en pesos del año 2007), los que resultan luego de la aplicación de las coberturas efectivas de cada año. La línea roja, en tanto, muestra la trayectoria que estos copagos habrían tenido si se hubiese mantenido constante la cobertura observada en el año 2007 (65,4%).

Gráfico 23: Evolución del Copago Anual por Beneficiario con Coberturas Efectivas y Coberturas Constantes, en pesos del Año 2007. Isapres Abiertas, 2007 - 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2015 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2016 y Beneficiarios promedio anual.

Se aprecia, que la brecha entre ambas curvas tiende a incrementarse en el tiempo, alcanzando un monto equivalente a \$16.331 por beneficiario en el año 2015, reflejando el mayor valor asumido por los afiliados a causa del deterioro sostenido de las coberturas efectivas en el tiempo. La magnitud del impacto de la menor cobertura otorgada por los planes de salud es equivalente a un 16,1% y explica el 13,2% del incremento total del copago anual por beneficiario en los últimos 9 años.

c) Efecto Tasa de Uso de Prestaciones

Finalmente, la evolución de la línea roja del gráfico anterior da cuenta del impacto que tiene el aumento en la tasa de uso de las prestaciones sobre los copagos anuales per-cápita, la que asciende a \$ 55.731 por beneficiario en el año 2015, reflejando el valor adicional asumido por los beneficiarios a causa del mayor uso de prestaciones. La magnitud del impacto de esta variable es de un 55,1% y explica el 45,1% del incremento total del copago anual por beneficiario en los últimos 9 años.

En los cuadros siguientes, se resume el impacto por año de cada uno de los factores antes mencionados, en términos de montos y magnitudes porcentuales, respectivamente.

Cuadro 7: Monto del Efecto de cada Factor por Año (\$)

Efectos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Copago anual Inicial 2007	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159
Efecto inflación	0	7.878	7.518	12.633	18.505	21.621	30.969	40.305	51.451
Efecto cobertura	0	628	6.260	8.327	7.672	8.500	12.069	13.359	16.331
Efecto tasa de uso	0	9.290	26.482	34.700	27.422	31.970	51.919	51.603	55.731
Efecto Total	0	17.797	40.261	55.661	53.599	62.091	94.958	105.267	123.512
Copago anual final	101.159	118.956	141.420	156.820	154.758	163.250	196.117	206.426	224.671

Cuadro 8: Magnitud del Efecto de cada Factor por Año (%)

Efectos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Copago anual Inicial 2007	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159	101.159
Efecto inflación	0,0%	7,8%	7,4%	12,5%	18,3%	21,4%	30,6%	39,8%	50,9%
Efecto cobertura	0,0%	0,6%	6,2%	8,2%	7,6%	8,4%	11,9%	13,2%	16,1%
Efecto tasa de uso	0,0%	9,2%	26,2%	34,3%	27,1%	31,6%	51,3%	51,0%	55,1%
Efecto total	0,0%	17,6%	39,8%	55,0%	53,0%	61,4%	93,9%	104,1%	122,1%
Copago anual final	101.159	118.956	141.420	156.820	154.758	163.250	196.117	206.426	224.671

6. Coberturas Efectivas y de Carátula

6.1 Objetivo y Metodología

El objetivo de este análisis es conocer a nivel global, las diferencias que se producen entre las coberturas consignadas en los planes de salud (coberturas de carátula) y las coberturas efectivas realmente alcanzadas por los beneficiarios al momento de utilizarlos (coberturas efectivas). Lo anterior, con el propósito de dimensionar las brechas existentes y concluir acerca de la transparencia de las políticas comerciales de las isapres y las decisiones de uso de los planes por parte de los usuarios.

El análisis exige la construcción de dos matrices, una para representar la distribución de los planes en función de sus coberturas de carátula y otra para representar la distribución de los planes en función de sus coberturas efectivas. En estas matrices, la cobertura de cada plan de salud se encuentra organizada en función de tramos de cobertura ambulatoria por un lado (filas) y tramos de cobertura hospitalaria por el otro (columnas).

Para la construcción de las matrices, se utilizan los siguientes indicadores de cobertura:

- ▶ **Indicadores de Cobertura de Carátula.** Corresponden al porcentaje de bonificación genérico consignado en la carátula del plan de salud, tanto para prestaciones ambulatorias como hospitalarias⁵. Se considera uno para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria.
- ▶ **Indicadores de Cobertura Efectiva.** Corresponden al porcentaje de bonificación promedio otorgado por el plan de salud, tanto para las prestaciones ambulatorias como hospitalarias. Se estiman a partir de la relación que existe entre los valores facturados y bonificados de todas las prestaciones curativas bonificadas por el plan en el período analizado⁶. Se define un indicador para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria.

La distribución de los planes en las matrices se encuentra expresada en términos porcentuales a fin de visualizar de mejor forma su concentración relativa en los diferentes casilleros.

6.2 Fuentes de Información

El análisis se ha focalizado en los planes complementarios de las isapres abiertas del Sistema, vigentes en enero de 2016, información que se obtiene a partir del Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud del período señalado. De este universo, sólo se consideran aquellos planes que registraron movimiento durante el año 2015, es decir, a lo menos una prestación bonificada tanto en atención ambulatoria como hospitalaria. Este último requisito es para hacer comparables las coberturas efectivas con las consignadas en las carátulas de los planes respectivos. Esta última información se obtiene del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas correspondiente al año 2015.

El total de planes en estudio asciende a 25.224, los que representan un 40% del total de planes vigentes informados por las isapres abiertas en enero de 2016.

⁵ El porcentaje de bonificación genérico corresponde al establecido en el plan de salud para la mayoría de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias, respectivamente. Si el plan contempla coberturas diferenciadas para distintos prestadores se considera aquella que se asocia al prestador con el cual se obtiene la mayor bonificación.

⁶ Los planes sin movimiento en el año 2015 se han excluido del análisis. El criterio de inclusión exige que el plan haya bonificado a lo menos una prestación ambulatoria y una hospitalaria, durante el período analizado.

Cuadro 7: Muestra de Planes en Estudio por Isapre

ISAPRE	Planes Vigentes		Planes Muestra		% Muestra
	N°	%	N°	%	
Colmena	26.012	41%	6.298	25%	24%
Cruz Blanca	10.698	17%	5.636	22%	53%
Vida Tres	5.749	9%	2.836	11%	49%
Óptima	854	1%	198	1%	23%
Masvida	2.493	4%	1.763	7%	71%
Banmédica	10.106	16%	5.281	21%	52%
Consalud	7.404	12%	3.212	13%	43%
Totales	63.316	100%	25.224	100%	40%

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2016 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del Año 2015.

6.3 Análisis Comparado entre Coberturas de Carátula y Coberturas Efectivas

A continuación, se presentan las matrices de doble entrada que distribuyen los planes en estudio en función de sus coberturas de carátula -cuadro 8- y coberturas efectivas -cuadro 9-.

Cuadro 8: Distribución Porcentual de los Planes según Coberturas de Carátula

		Cobertura Hospitalaria						Total	Acumulado
		100%	90%-99%	80%-89%	70%-79%	60%-69%	50%-59%		
Cobertura Ambulatoria	100%	3%						3%	3%
	90%-99%	10%	1%					11%	14%
	80%-89%	27%	4%	1%				32%	46%
	70%-79%	4%	46%	2%	1%			52%	98%
	60%-69%							1%	99%
	50%-59%							1%	100%
	< a 50%							0%	100%
Total	44%	51%	3%	1%	0%	0%	0%	100%	
Acumulado	44%	95%	98%	100%	100%	100%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2016 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015

Cuadro 9: Distribución Porcentual de los Planes según Cobertura Efectiva

		Cobertura Hospitalaria						Total	Acumulado
		100%	90%-99%	80%-89%	70%-79%	60%-69%	50%-59%		
Cobertura Ambulatoria	100%							0%	0%
	90%-99%							1%	1%
	80%-89%	1%	1%	1%				3%	4%
	70%-79%	1%	3%	2%	1%	1%		9%	13%
	60%-69%	1%	4%	4%	4%	3%	2%	20%	33%
	50%-59%	1%	4%	6%	6%	5%	4%	31%	64%
	< a 50%	1%	3%	5%	5%	6%	6%	36%	100%
Total	5%	16%	18%	16%	15%	12%	18%	100%	
Acumulado	5%	21%	39%	55%	70%	82%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2016 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015

El análisis comparativo de las matrices, permite arribar a los siguientes resultados:

- Desde la perspectiva de las coberturas de carátula, los planes complementarios se concentran mayoritariamente (más del 90%) en los casilleros superiores izquierdos de la matriz, principalmente, en aquellos que corresponden a los tramos superiores o iguales a 90% de cobertura hospitalaria y superiores o iguales a 70% de cobertura ambulatoria.
- Desde la perspectiva de las coberturas efectivas, en cambio, la distribución de los planes se presenta mucho más dispersa, mostrando mayor concentración en los tramos inferiores al 70% de cobertura ambulatoria (87%) y bajo el 90% de cobertura hospitalaria (79%).
- Mientras el 98% de los planes en estudio declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores al 70% (recuadro de color celeste), sólo un 11,4% de ellos alcanza coberturas efectivas de este orden. La brecha entre ambas coberturas supera los 86 puntos porcentuales.
- Respecto de las diferencias detectadas, es importante señalar, que no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud y de los propios contratos. Entre estas causas se distinguen:
 - ✓ Políticas comerciales poco transparentes por parte de las isapres, que, con el propósito de atraer clientes y conseguir la venta de los planes, generan expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. Es decir, los porcentajes de bonificación indicados en los planes, nunca ocurren por efecto de los topes establecidos para las prestaciones (coberturas topadas).
 - ✓ Selección inadecuada de los prestadores por parte de los beneficiarios, que, por desinformación y/o elección expresa, no optimizan el rendimiento del plan al acudir a prestadores más caros que los definidos en ellos.
 - ✓ Prestaciones con coberturas restringidas en los planes de salud. Esto es, planes que, en su diseño, contemplan una bonificación mínima o inferior para determinadas prestaciones, tales como: parto y obstetricia; cirugías bariátricas; psiquiatría y/o psicología; entre otras.
 - ✓ Otras causas que pueden estar incidiendo negativamente sobre las coberturas efectivas de los planes, ampliando la brecha, son: la aplicación de restricciones contractuales temporales para determinadas enfermedades preexistentes declaradas por los beneficiarios; la aplicación de los topes anuales de gasto por beneficiario definidos en cada plan de salud. Estas últimas, en todo caso, deberían ser de bajo impacto.

7. Principales Conclusiones

La gran cantidad de planes existentes y la complejidad de la información necesaria para determinar la cobertura efectiva que otorgan en distintos prestadores de salud, constituye un problema importante de transparencia en el Sistema Isapre. En la práctica, las asimetrías de información en este ámbito, hacen impracticable para los usuarios, tanto la elección razonada de un plan de salud como su utilización eficiente.

El presente estudio tiene como propósito develar los beneficios que entregan los planes complementarios de las isapres abiertas, monitorear su evolución y dimensionar las brechas que existen entre las coberturas declaradas en sus carátulas y las efectivamente obtenidas por los beneficiarios al utilizarlos. Lo anterior, a fin de transparentar la importancia que tienen, tanto las políticas comerciales de las isapres como las decisiones de los propios beneficiarios en el comportamiento de esta variable.

Un primer análisis indica que, en términos generales, la cobertura efectiva promedio que otorgan los planes complementarios de las isapres abiertas, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2015, es de un 62%, la que se compone de un 54% para prestaciones de tipo ambulatorio y 69% para las hospitalarias.

La evolución de la bonificación promedio, en los últimos 9 años, presenta una tendencia decreciente, pasando de un 65% en 2007 a un 62% en 2015, para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas cada año. La cobertura de las prestaciones ambulatorias cae desde 57% a 54%, mientras que la cobertura de prestaciones hospitalarias disminuye de 74% a 69%.

El sutil pero constante deterioro de las coberturas efectivas en el tiempo, puede atribuirse a varias causas, complejas de dimensionar, entre las que se pueden señalar:

- ✓ Un reajuste insuficiente de los valores arancelarios o topes establecidos en los planes para cada prestación en relación a los precios de mercado de cada una de ellas;
- ✓ La generación de planes con coberturas cada vez menores, por parte de las isapres;
- ✓ Las decisiones de cambio hacia planes más económicos y, por ende, con coberturas inferiores, por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto del incremento de los precios base de los planes que no pueden solventar).

Las coberturas asociadas a planes antiguos y nuevos son semejantes, con una diferencia menor a 1 p.p. en 2015 (en favor de los planes antiguos). La cobertura promedio de ambas categorías de planes sigue una tendencia a la baja, pero, en el caso de los planes nuevos, se presenta más inestable, y entre los años 2008 y 2012, se sitúa por debajo de las coberturas de los planes antiguos, en alrededor de 3 p.p. A partir del año 2012, la magnitud de la cobertura de ambas categorías de planes tiende a equipararse y, por tanto, desde esa fecha, no se constata la creación de planes con coberturas más bajas.

Salvo los “planes cerrados”, que han conservado un rango alto de bonificación promedio, tanto los “planes de libre elección” como los “planes preferentes”, han ido deteriorando su cobertura en los últimos 9 años. La disminución de cobertura, para ambas categorías de planes, asciende a 4 p.p. entre 2007 y 2015. El deterioro de los planes podría atribuirse a reajustes desalineados de los valores arancelarios (topes) en relación a los precios de mercado de las diferentes prestaciones.

Como contraparte de las coberturas efectivas, los copagos, vistos como porcentaje del valor facturado, muestran en consecuencia una tendencia creciente en los últimos 9 años, pasando de un 34,6%, en 2007 a un 38,2%, en 2015, para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas cada año. En términos per-cápita, el crecimiento es equivalente a un 122,1% (\$123.512) pasando de \$101.059 en 2007 a \$224.671 por beneficiario al año. Esta tendencia se presenta tanto en prestaciones ambulatorias (+101,4%) como en prestaciones hospitalarias (+158,4%).

El impacto de la inflación explica un 41,7% del incremento total del copago anual por beneficiario, en el período analizado; el aumento de la tasa de uso de prestaciones explica un 45,1%, mientras el deterioro de las coberturas de los planes de salud es responsable del 13,2% restante de dicho incremento.

En términos nominales, los copagos han experimentado un crecimiento equivalente a un 172,3% en el periodo analizado, esto es, casi 26 puntos porcentuales más que los montos facturados. Estas diferencias de crecimiento son reflejo, fundamentalmente, del deterioro sistemático observado en las coberturas efectivas de los planes de salud, que en el año 2015, determinan un monto adicional por beneficiario de más de 21 mil pesos por concepto de copagos.

Entre las coberturas de carátula de los planes y las coberturas efectivas alcanzadas por los beneficiarios, se detectan brechas importantes. Sin embargo, estas diferencias, no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud y de los propios contratos. Entre estas causas se distinguen:

- ✓ Políticas comerciales poco transparentes por parte de las isapres, que, con el propósito de atraer clientes y conseguir la venta de los planes, generan expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. Es decir, los porcentajes de bonificación indicados en los planes, nunca ocurren, por efecto de los topes establecidos para las prestaciones (coberturas topadas).
- ✓ Selección inadecuada de los prestadores por parte de los beneficiarios que, por desinformación y/o elección expresa, no optimizan el rendimiento del plan al acudir a prestadores más caros que los definidos en ellos.
- ✓ Prestaciones con coberturas restringidas en los planes de salud. Esto es, planes que, en su diseño, contemplan una bonificación mínima o inferior para determinadas prestaciones, tales como: parto y obstetricia; cirugías bariátricas; psiquiatría y/o psicología; entre otras.
- ✓ Otras causas que pueden estar incidiendo negativamente sobre las coberturas efectivas de los planes, ampliando la brecha, son: la aplicación de restricciones contractuales temporales para determinadas enfermedades preexistentes declaradas por los beneficiarios; la aplicación de los topes anuales de gasto por beneficiario definidos en cada plan de salud. Estas últimas, en todo caso, deberían ser de bajo impacto.

Dimensionar el efecto de cada una de estas causas es bastante complejo. Sin embargo, el hecho de que, en la mayoría de los casos, los planes complementarios otorguen coberturas efectivas menores a las consignadas en sus carátulas da cuenta de la importancia que tienen los topes y demás restricciones establecidas en los contratos de salud al momento de hacer uso de las prestaciones. En este sentido, la elección adecuada del prestador de salud, es determinante para optimizar el rendimiento del plan y realizar el menor copago posible.