

EL VALOR EXPERIMENTADO POR EL USUARIO DE ISAPRE AL ELEGIR UN PLAN DE SALUD

Departamento de Estudios y Desarrollo

Mayo 2009

El documento analiza el comportamiento de los usuarios de Isapres al elegir un plan de salud a partir de los resultados de un estudio integrado cuali-cuantitativo que revela las dimensiones de valor que ellos privilegian y que se relacionan principalmente con cobertura de hospitalización, catastrófica y de urgencia. Adicionalmente, muestra la evaluación de los instrumentos de uso para comparar planes y realiza propuestas para el mejoramiento de esta acción.

1. Introducción

Como parte de los objetivos estratégicos de la Superintendencia de Salud, está el velar por los derechos de las personas. En tal sentido, se pretende contribuir y coadyuvar con herramientas que aporten al conocimiento del usuario en términos de entregar los insumos para optimizar la elección de un plan de salud, su eventual contratación y eficiencia en su uso.

El escenario actual no facilita este objetivo ya que a enero de 2008, el Sistema Isapre informó 43.092 planes de salud vigentes, de los cuales un 25,7% están en comercialización, es decir, 11.083 planes y de estos últimos 3.300 son de tipo individual. Esta diversidad de planes se produce especialmente entre las isapres abiertas del Sistema, las cuales han intentado maximizar sus ventas estableciendo amplias diferenciaciones al producto. La multiplicidad y la complejidad de los planes de salud existentes en el mercado, la diversidad en los atributos del producto (precio, grupales o individuales, libre elección o prestadores de salud preferentes, o cerrados, entre otros atributos) ha condicionado que los consumidores a lo menos se sientan confundidos con la información que se les entrega, que les impide comparar los planes de acuerdo a las dimensiones que ellos valoran y/o atributos que debieran mostrar para comprenderlos y rentabilizarlos de manera razonable.

Con la experiencia acumulada, se ha constatado cambios en la formulación de los planes de salud y nuevas propuestas que favorecen la familiaridad del plan con los usuarios, pero aún es insuficiente, por cuanto estos planes en su formulación obedecen a estrategias comerciales propias de cada isapre. En tal sentido, el plan de salud debe mostrar, priorizar y sustentarse en las principales dimensiones de valor y atributos que son significativos para el usuario, a fin que éste tenga mayor conocimiento para efectuar una mejor elección de su plan de salud y hacer un uso eficiente del mismo.

Para ello, la Superintendencia de Salud realizó una rigurosa investigación sobre el comportamiento de los usuarios de Isapres respecto de cómo configura el valor de los atributos del plan de salud al momento de seleccionarlo y contratarlo. A través del estudio se logra identificar ese valor personal e intransferible que lo lleva a decidir la selección y contratación de

un determinado plan. Explora y evalúa su sensibilidad frente a los atributos del plan especialmente en lo que se refiere a tipos de cobertura, precio y prestadores de salud.

Por otro lado, el estudio indaga acerca del conocimiento y nivel de comprensión que tienen los usuarios en relación con los formatos y contenidos de los planes de libre elección, la Selección de Prestaciones Valorizadas (cartilla valorizada), actualmente vigente, y también un comparador de planes que se sustenta en un índice y que aun no está en el mercado.

Finalmente, propone y evalúa una Cartilla valorizada alternativa, para facilitar la comprensión y comparación del plan de salud.

La finalidad institucional es impulsar cambios que redunden positivamente en el usuario al momento de elegir su plan de salud, impulsando estrategias que sean adoptadas por la industria en aspectos concretos que permitan a las personas comparar planes, y contar con herramientas de información que estén lo más cercana posible al valor que ellos asignan a las dimensiones y atributos del plan.

2. Objetivos

- Identificar y jerarquizar las dimensiones de valor y/o atributos que influyen en los usuarios de Isapres al seleccionar un plan de salud.
- Evaluar conocimiento, comprensión, expectativas y preferencias que tienen los usuarios de Isapres acerca de los formatos de planes de libre elección, de la actual Selección de Prestaciones Valorizadas (cartilla valorizada) y el comparador de planes propuesto por la Superintendencia.
- Proponer instrumentos que permitan comparar y entender los contenidos del plan y evaluar la comprensión y preferencias que tienen los usuarios de Isapres acerca éstos.

3. Diseño Metodológico

La secuencia de la investigación se desarrolla en dos etapas:

- En primer lugar, se realizó un estudio cualitativo, que permitió explorar y levantar las dimensiones de valor que importan al usuario al elegir el plan. Asimismo, indagar en el territorio simbólico del inconsciente sobre que piensa, siente y sus principales emociones vinculadas a la elección de un plan de salud.

El estudio consideró triangulación metodológica haciendo uso de las técnicas de minigrupos focales para conocer las opiniones, relación y expectativas respecto a sus planes de salud y al uso de ellos. En fases complementarias y consecutivas se utilizó específicamente las técnicas de ejercicios de elicitación de contenidos latentes a través de imágenes, que permitió revelar aspectos inconscientes del cotizante de isapre vinculados a la experiencia de elegir un plan de salud. El estímulo fue el concepto “plan de salud” a partir de esto se identificaron las asociaciones espontáneas, ideas, pensamientos, sensaciones y sentimientos que les evocaba este concepto.

Adicionalmente, se aplicó la técnica ejercicio de jerarquías de valor que a partir de los atributos y dimensiones del plan de salud generó ciertas consecuencias, tanto emocionales como funcionales, que llevaron a identificar valores concretos. La secuencia es de atributos-

beneficios esperados y valores que se desplegaron al formular preguntas asociadas a la relación que los usuarios tenían con los planes de salud tales como: ¿Qué aspectos o elementos importan de un plan de salud?, ¿Cuándo nos damos cuenta que estamos frente a un buen plan de salud?, ¿Qué características tiene? ¿Cómo es?, ¿En que situaciones, momentos o eventos nos damos cuenta de esto?

Se realizaron también, entrevistas a profundidad que permitieron conocer la experiencia de elegir y contratar un plan de salud. Para ello, se realizó un ejercicio de construcción de este proceso, los usuarios de Isapres debían reconstruir el proceso de contratar un plan de salud, incluso ellos traían él o los planes por los cuales tomaron la decisión de compra. El objetivo de esta actividad fue indagar en la experiencia y vivencias de lo que significa este proceso e identificar las claves respecto a las dimensiones de valor que a ellos les importan o se fijan al elegir el plan de salud.

En combinación con las técnicas anteriores se realizaron “Shoots etnográficos”, mediante esta técnica se hicieron capturas audiovisuales que tenían por objetivo plasmar las percepciones, opiniones espontáneas y conocimiento sobre los planes de salud y su experiencia en contratarlos.

- En segundo lugar, se efectuó un estudio cuantitativo necesario para complementar y concluir acerca de los resultados que se encontraron en la fase exploratoria sobre las dimensiones de valor. Asimismo, conocer y evaluar el conocimiento de determinados instrumentos que dicen relación con el formato del plan y cartilla valorada de prestaciones de salud (ambos vigentes y en uso). También, se evaluó un nuevo instrumento denominado comparador de planes, que por primera vez, se muestra a los usuarios al momento de ser encuestados y que consiste en un índice de protección financiera que le permite comparar el nivel de cobertura financiera que le entrega un plan general para prestaciones con libre elección de prestadores de salud¹.

Se evaluó también una cartilla alternativa que los usuarios veían por primera vez y que contenía algunos atributos y lenguaje simple que fue levantado desde ellos mismos en la investigación cualitativo.

El estudio estuvo basado en entrevistas presenciales en hogares, con evaluación de material visual y un ejercicio de preferencias de planes. Para esto último, se utilizó el método estadístico de Conjoint Analysis que fue usado para evaluar la preferencia del plan y sus atributos, experimentalmente se puso a prueba las prioridades por las cuales eligen y deciden los usuarios y cuales son las dimensiones que ellos están dispuestos a renunciar por otros beneficios.

3.1. Diseño Muestral.

3.1.1. Estudio Cualitativo

La población objetivo de este estudio fueron hombres y mujeres entre 28 y 75 años, cotizantes de Isapres abiertas. Pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos, residentes en el Gran Santiago, San Bernardo y Puente Alto

¹ Ver anexo, Instrumentos evaluados.

Se realizaron 9 dinámicas grupales, cada grupo con 6 personas, hombres y mujeres cotizantes, segmentados por nivel socioeconómico C1C2 y C3, por tramo de edad y con o sin cargas (hijos), distribución muestral que se detalla en el cuadro siguiente.

Minigrupos focales

Segmentos	C1C2		C3		C2	Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Mixto	
28-40 años	1	1	1	1		4
41-55 años	1	1	1	1		4
60-75 años					1	1
Total	2	2	2	2	1	9

Nota: En total participaron 54 personas de acuerdo a las características definidas.

Complementariamente, se realizaron 8 entrevistas en profundidad a usuarios que fueron segmentados por sexo, tramo de edad, que se eligieron de acuerdo a aquellos tramos en que se concentra el mayor porcentaje de la población de Isapre y por grupo socioeconómico.

Entrevistas en profundidad

Segmentos	C1C2		C3		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
28-40 años	1	1	1	1	4
41-55 años	1	1	1	1	4
Total	2	2	2	2	8

Por otro lado, las capturas de los Shoots etnográficos se hicieron en el Sector Poniente y Oriente del Gran Santiago, para ello, se eligieron las comunas de mayor afluencia de público en ambos sectores siendo estas Maipú y Providencia. Previo a su realización, se aplicó el filtro pertinente para identificar a los usuarios de Isapre que constituían la población objetivo.

Shoots etnográficos

Segmentos	C3	C1C2	Total
N°Capturas	10	10	20
Total	10	10	20

3.1.2. Estudio Cuantitativo

En este caso, el universo lo conforman hombres y mujeres de 18 años y más, beneficiarios de Isapres abiertas, residentes en el Gran Santiago (las 32 comunas de la provincia de Santiago, más San Bernardo y Puente Alto), que hayan participado en la decisión de contratar su plan.

Se realizarán 400 entrevistas en el Gran Santiago, con un error muestral máximo de $\pm 4.9\%$ (intervalo de confianza del 95%). La muestra es probabilística, estratificada por nivel socioeconómico y grupo etáreo, con asignación semiproportional a fin de asegurar una representatividad adecuada para los segmentos que se compararán en el análisis. Para el análisis de los resultados, los datos fueron ponderados para restablecer las proporciones que corresponden a cada segmento en la población estudiada.

Distribución Muestral Estudio Cuantitativo

	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y más	Total
ABC1	9%	8%	7%	5%	3%	32%
C2	10%	10%	8%	5%	3%	35%
C3	7%	6%	6%	3%	0%	21%
D	4%	4%	4%	0%	0%	12%
Total	29%	28%	25%	12%	6%	100%

4. Resultados

En términos generales, el plan de salud aporta un significado emocional a los usuarios de isapre, por lo que la elección y contratación de él es una decisión compleja. Se agregan también otros componentes tales como: la satisfacción, expectativas, valor percibido, costos y los beneficios esperados del plan.

4.1 Relación del Usuario con el Plan de Salud

Fundamentalmente, la relación del usuario se ve reflejada en opiniones que evidencian incertidumbre e inseguridad, esto ocurre desde el momento que debe elegir un plan de salud hasta el momento en que lo usa. Las opiniones consideran la vulnerabilidad que sienten por el desconocimiento y asimetría de la información que les toca evaluar en el momento de elegir y el temor por promesas incumplidas al experimentar su uso. Adicionalmente, se mencionan experiencias negativas como son el aumento del precio del plan de salud que en general se percibe como desmedido, menciones asociadas al rechazo de licencias médicas y dificultades en su tramitación, entre otras.

Paradójicamente, y aún cuando la relación presenta estas debilidades, la permanencia en el Sistema Isapre se apoya en aspectos vinculados a la atención de salud focalizado en las clínicas, hospitales universitarios y megacentros de atención ambulatoria. Esto se traduce en el hecho que el cotizar en isapre tiene asegurado una atención oportuna, derecho a usar la red privada con un trato amable, sin espera, con uso de bonos y la libertad de elegir un prestador de salud. Esta crítica se hace más notoria en el segmento C3 de usuarios que son los que tienen la experiencia más cercana con el Fonasa (ellos o familiares) y que difícilmente podrían experimentar en ese seguro, según señalan.

Por tanto, cotizar en isapre les genera certeza y seguridad directamente en la atención de salud, en que la clínica, hospital o centro asistencial, es factor clave de esta relación. No obstante, los beneficios mencionados en el párrafo anterior, permanece la sensación en estas personas de que la salud privada, es un negocio donde lo que prima es la arbitrariedad de las Isapres como empresas prestadoras del servicio. Frente a los acuerdos contractuales la percepción es que la Isapre tiene el control unilateral de los acuerdos (precios, beneficios, etc) y respecto de la información se sienten vulnerables, por cuanto las condiciones de los planes no resulta una información clara.

4.2 Qué Valoran de un Plan de Salud

La indagación cualitativa muestra que en forma transversal a las edades y grupos socioeconómicos, la mayoría de los cotizantes valoran la cobertura atribuida a la hospitalización, enfermedades catastróficas y urgencia por sobre la atención ambulatoria.

Ante una hospitalización valoran los convenios en clínicas y hospitales universitarios de prestigio, disponer de simulaciones que les permitan comparar los costos de una intervención y ver cuanto les cubre el plan, donde ir en caso de urgencia, calidad de los prestadores de salud, comodidad en infraestructura (piezas y servicios) y buena atención del personal.

4.3 Comportamiento de los Usuarios en el Proceso de Elección del Plan

Los cotizantes enfrentan la elección del plan como un proceso complejo, poco claro y la mayor parte de ellos no sabe como enfrentarlo. Este proceso esta marcado por la desinformación, la incertidumbre y la inseguridad de tomar una decisión que ocasione consecuencias desfavorables en lo económico y en su protección de salud. No se siente con el control para decidir y el vendedor del plan, que es quien los asesora en esta decisión, compone una figura de desconfianza que no logra neutralizar sus temores. En el caso de los grupos socioeconómicos más altos, buscan información en Internet o directamente en centros de atención de Isapres. Del mismo modo, en algunas empresas apoyan a sus trabajadores en caso de tener planes colectivos o bienestares que se encargan del tema.

En este contexto, las principales dificultades para comparar planes son: existe un gran número de planes de los cuales 43.092 están vigentes y 11.083 en comercialización, su lenguaje es técnico y médico, contienen demasiada información y no se distinguen claves de conveniencias para elegir el plan

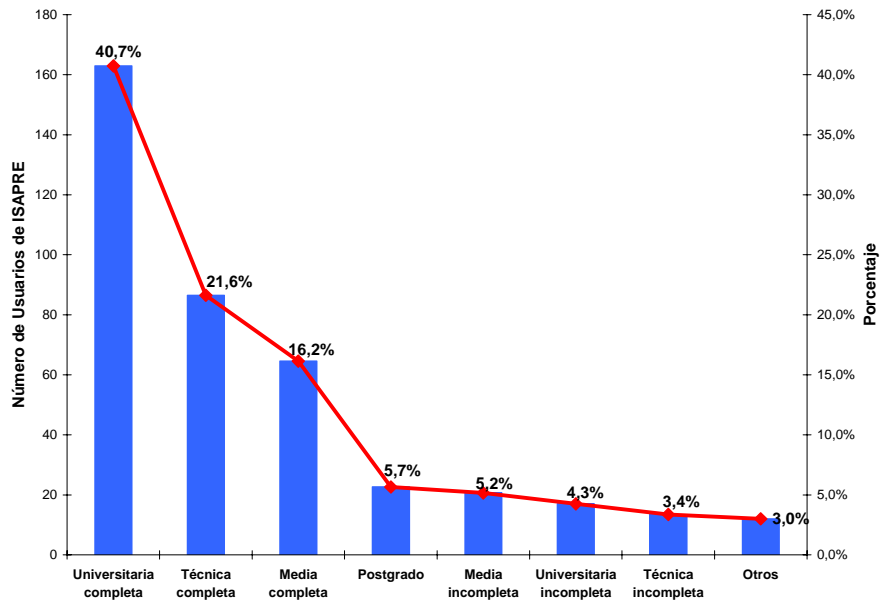
4.4. Perfil de Quienes Han Participado en la Elección del Plan de Salud²

Los beneficiarios que han participado en la elección del plan de salud, se caracterizan por ser en un 52% mujeres y un 48% hombres. Un 82% de ellos son menores de 50 años y se agrupan en un 31% en el estrato socioeconómico ABC1, en un 35% en el C2, un 22% en el C3 y en un 12 % en el GSE D.

Con respecto a su nivel educacional, en un 40,7% poseen educación universitaria completa, 5,7% de ellos cursaron post grado, un 21,6% completaron educación técnica, un 16,2% tienen educación media y un tan solo un 5,2% no terminaron su enseñanza media. En promedio tienen 5,8 años de antigüedad en su plan de salud.

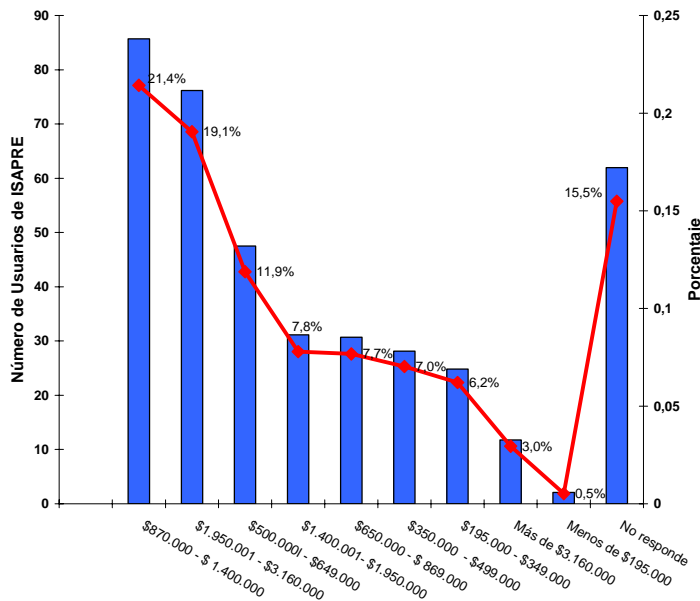
² Los datos corresponden a la muestra del estudio cuantitativo de "Dimensiones de valor para el usuario de isapre en la elección del plan de salud", elaborado por Critería Research para la Superintendencia de Salud..

Distribución de los Usuarios que Participaron en la Elección del Plan por Nivel Educativo



La composición de los usuarios que participaron en el estudio con respecto al ingreso que declaran es de un 21,4% con un ingreso entre \$870.000 y \$1.400.000, un 19% con un ingreso entre \$1.950.001 y \$3.160.000 y un 11,9% con un ingreso entre \$500.000 y \$649.000. Es interesante señalar que hay un 16,7% de los usuarios que presentan ingresos menores a \$350.000 y que un 15,5% no responde.

Distribución de los Usuarios que Participaron en la Elección del Plan por Tramo de Ingreso

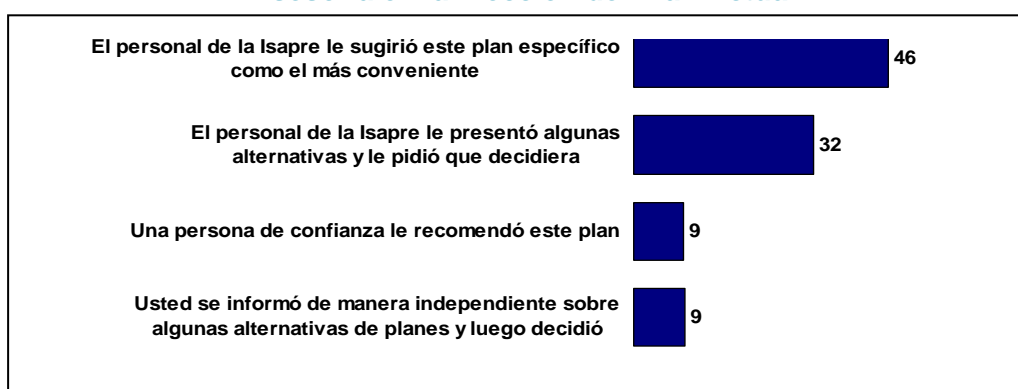


4.5 Relación del Usuario con el Agente de Ventas en la Elección de un Plan

Un factor importante al momento de decidir la elección y contratación del plan, es el personal de la isapre representado por la figura del vendedor. Un estudio señala que las Isapres abiertas en su conjunto han promediado en siete años (2000-2006) un total de 5.138 vendedores. De este modo, la fuerza de venta al igual que en otros mercados es considerada como factor competitivo importante para el éxito comercial de estas instituciones³.

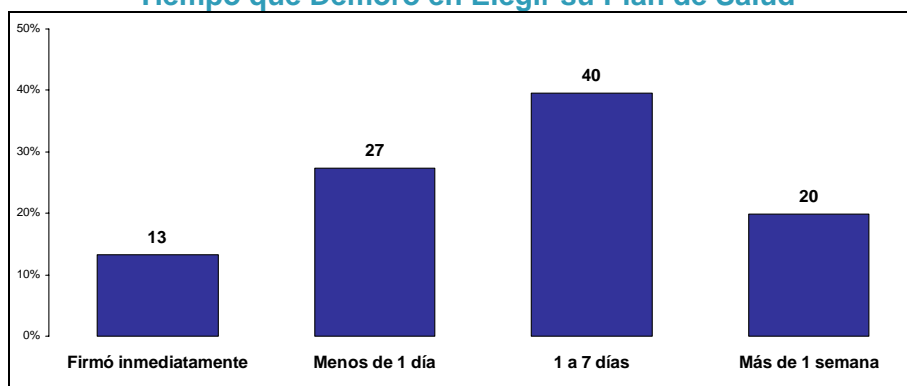
A pesar de que los vendedores evalúan la posibilidad de visitar a aquellos cotizantes que le resultan más atractivos, se constata en este estudio que en un 78% de las personas declaran haber tomado la decisión de seleccionar su plan actual por los argumentos y explicaciones que le dan estos agentes y que en su gran mayoría la elección fue dirigida como el plan más conveniente⁴.

Asesoría en la Elección del Plan Actual



Lo más alarmante es que con los escasos conocimientos, deficiente control sobre los contenidos y atributos del plan, un 40% de las personas tomaron la decisión de elegir su plan en menos de 24 horas, desde que le presentaron su plan hasta que lo firmaron, como se muestra en el gráfico siguiente.

Tiempo que Demoró en Elegir su Plan de Salud



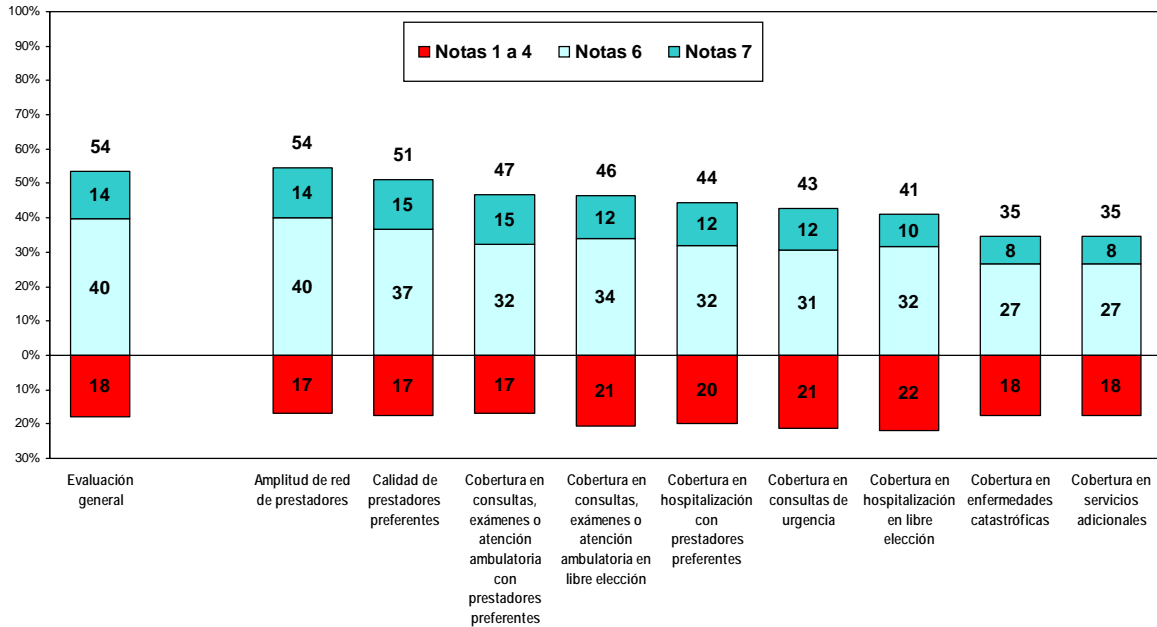
³ Marcela Pezoa, Impacto de los agentes de ventas en el proceso de afiliación, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

⁴ Del 9% que se informa en forma independiente, un 52% pidió información a la isapre.

4.6 Evaluación del Plan Actual de Salud

Un 54% de los usuarios evalúan su actual plan de salud con notas entre 6 y 7, un 18% lo evalúa con nota entre 1 y 4. Por otra parte, los tres atributos más valorados de su actual plan de salud y calificados con notas positivas son: La amplitud de redes de prestadores (54%), la calidad de los prestadores de salud (51%) y en un 47% la cobertura en prestaciones ambulatorias con prestadores preferentes. Sin embargo, es notorio que en general todos los atributos del plan son criticados por el 17% al 22% de los beneficiarios evaluándolos con notas entre 1 a 4⁵.

Evaluación del Plan Actual según Atributos



Al analizar por segmentos de usuarios, se observa que la actitud más crítica hacia el plan de salud aumenta con la edad y en el grupo socioeconómico ABC1, contrariamente, a la del grupo C3D quienes tienen la actitud más positiva.⁶

Sin embargo, aún cuando la evaluación de los planes de salud no es óptima en sus distintos atributos, los usuarios no identifican qué desventajas o aspectos negativos tiene su plan, es decir, no son capaces de señalar con precisión las desventajas específicas. Su opinión está teñida de desconocimiento y desconfianza. Esto queda en evidencia cuando el 49% responde que no sabe, siendo los más jóvenes y del GSE C3D los que tienen mayor desconocimiento de las desventajas.

Otro aspecto importante, es el conocimiento de la tabla de factores contenida en el plan y que sólo 44% reconoce haberla mirado y un 56% no la recuerdan o simplemente no la han visto. Conocer y entender la tabla de factores reviste importancia ya que ésta es elaborada por la Isapre y sus factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga.

⁵ Los usuarios pueden mencionar más de un atributo del plan.

⁶ Al indagar en el estudio cualitativo este grupo es el que manifiesta una mayor satisfacción con su plan, porque da valor a los beneficios que obtiene en interacción con el prestador de salud y que no los tenía en Fonasa.

Con respecto a los aspectos que tuvieron en cuenta al elegir el plan, en promedio mencionaron alrededor de 5 atributos por los cuales eligieron su plan actual. Los aspectos que concentraban la mayor frecuencia en la elección de su plan actual son: cobertura hospitalaria, valor del plan, cobertura para urgencias, cobertura para prestaciones ambulatorias, cobertura para libre elección de prestadores de salud.

Lo anterior, se condice con el contenido del discurso señalado en el estudio cualitativo en que la gente ponderaba aquellos eventos de salud que involucran mayor riesgo y costo.

4.7 Simulación del Proceso de Elección del Plan: Conjoint Analysis

Cuando se pregunta directamente a las personas con métodos tradicionales qué precio estarían dispuestas a pagar por un plan de salud y qué aspectos son importantes o tuvieron en cuenta al escogerlo, la respuesta es dada en una supuesta elección en que no existe la renuncia de algunos atributos, por lo tanto, la tendencia por lo general será que escogerá el de menor precio y las coberturas más importantes para él. La información en este contexto, es poco confiable e imprecisa para poder predecir sus reacciones, identificar las dimensiones de valor por las cuales elige y determinar cuales son los aspectos que lo llevan finalmente a tomar su decisión.

4.7.1 Primer Ejercicio: Elección del plan basado en cobertura por tipo de atención

En un primer ejercicio, para entender la decisión de elección del plan de salud, conocer las coberturas asociadas a prestaciones que al usuario más importan, se simuló el proceso de selección del plan a través del ejercicio experimental de Conjoint Analysis y se forzó al entrevistado a tomar la decisión de renunciar a algunos atributos por otros, sujeto a la tensión de alzas de precio del plan. De esta manera, poder dejar en evidencia la jerarquía de cobertura. se les planteo el siguiente supuesto: “Supongamos que su Isapre le ofrece 6 alternativas de planes que se diferencian en la cobertura de distintos tipos de atención: enfermedades catastróficas, hospitalización, urgencia y atención ambulatoria (consultas, exámenes)”.

Para simplificar, el ejercicio los planes tenían una cobertura fija para cada tipo de atención, es decir, que la Isapre pagaría siempre el porcentaje del valor de la prestación que se indica en el plan, sin ningún otro cálculo de por medio.

Luego, se le dijo textualmente: “Ahora imagine que usted tiene que elegir un plan de salud y tiene estas 6 alternativas que valen todas lo mismo que su plan actual. ¿Cuál escogería?”

De esta manera, se le sometió a alzas consecutivas de precios y ante 6 alternativas de planes debió escoger solo uno, una vez seleccionado el plan, se fue aumentando el precio y preguntando “¿Y si ese plan que eligió costara un 10% más?, ¿Y ahora cuál elegiría? Y si subiera un 20% ¿Y si este plan que usted escogió no estuviera disponible?”.

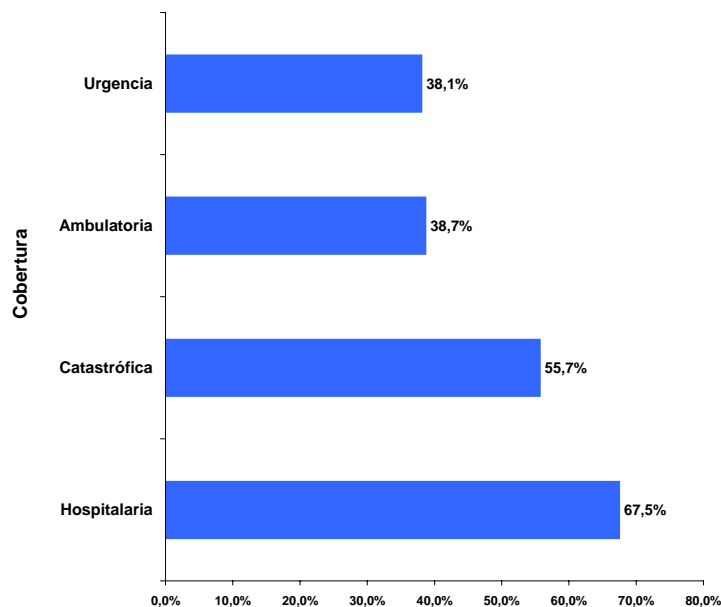
Alternativas de Planes

Cobertura por tipo de prestaciones (% que paga la Isapre)	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
Enfermedades Catastróficas	90%	70%	70%	90%	90%	70%
Hospitalización	90%	70%	90%	70%	70%	90%
Atención de Urgencia	70%	90%	70%	90%	70%	90%
Atención Ambulatoria	70%	90%	90%	70%	90%	70%

El resultado en primer lugar, muestra la capacidad de los usuarios para elegir un plan de salud y revela que un 19% no fue capaz de elegir ningún plan, ni jerarquizar atributo alguno, este grupo lo componen con mayor frecuencia jóvenes sin hijos. El 81% restante eligen un plan de salud, un 37% de ellos presentan jerarquía en forma completa, es decir, tuvo la habilidad de valorar una cobertura sobre otra tomando en cuenta las cuatro coberturas (hospitalización, catastrófica, ambulatoria y de urgencia) y un 44% presentan una jerarquía reducida, en que sólo valoran dos coberturas a las que les dan igual nivel de importancia.

La conclusión es que mayoritariamente los usuarios valoran, jerarquizan y deciden en la elección del plan en base a dos tipos de coberturas combinadas que son la cobertura hospitalaria y la cobertura para enfermedades catastróficas. Esto se observa en el gráfico siguiente en que el 68% y 56% de las menciones corresponden a las citadas coberturas y que constituyen el primero y segundo lugar, dentro de las cuatro señales en los planes.

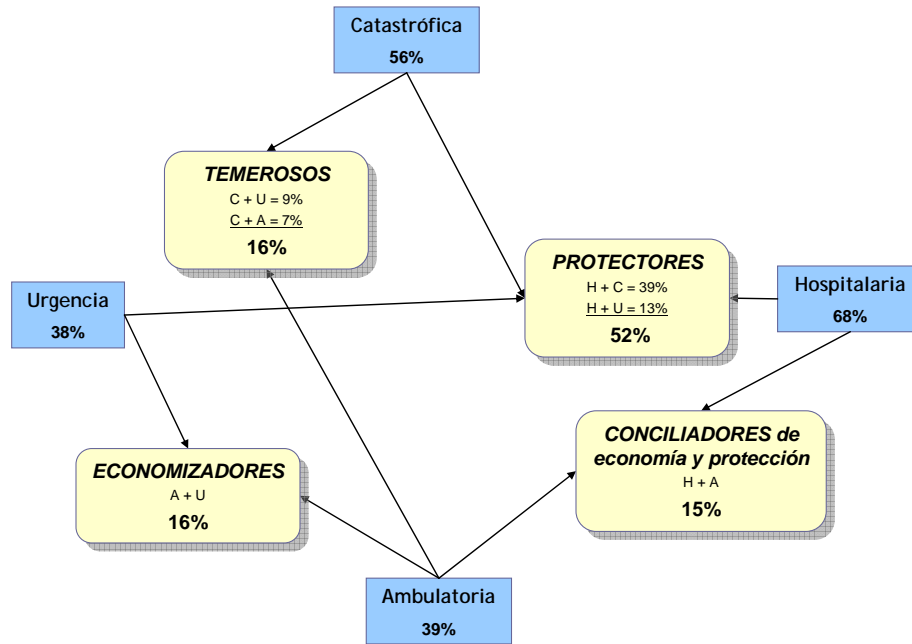
Dimensiones de Valor en la Elección del Plan de Salud



En segundo lugar, los atributos identificados y citados precedentemente sirvieron de estímulo para asociarlo a las alzas de precios en combinaciones de distintos porcentajes de cobertura. Se pretendía estimar la importancia –valor que tenía cada atributo por separado en el momento de la decisión.

De los usuarios que fueron capaces de elegir un plan, con el fin de caracterizarlos y conocer de mejor forma sus necesidades, se agruparon en distintos segmentos según los atributos rankeados al seleccionar el plan de salud como se muestra en el esquema siguiente.

Segmentación de Usuarios según Tipos de Coberturas que Priorizan



C = Catastrófica, H = Hospitalaria, U = Urgencia, A = Ambulatoria

De estos grupos existe un 52% que hemos denominado los Protectores, cuyo patrón de comportamiento es elegir su plan en base a cobertura de mayor riesgo de salud privilegiando la hospitalización, la cobertura catastrófica y la atención de urgencia, la percepción de estas personas es que el plan es asociado a un seguro de salud. Los Temerosos, con un 16%, que se caracterizan por elegir aquellas coberturas que por una parte corresponden a eventos imprevistos como la urgencia, de alto riesgo como la cobertura catastrófica y la atención ambulatoria. Los Economizadores, con un 16%, que privilegian la atención ambulatoria y la urgencia y los Conciliadores, con un 15%, en que conjugan la dimensión de atención hospitalaria y ambulatoria.

El resultado no es favorable en el sentido que la información que hoy se entrega en el formato actual del plan estaría satisfaciendo la necesidad de sólo el 15% de los usuarios que en el esquema anterior son los individuos Conciliadores. Estas personas seleccionan su plan priorizando la cobertura hospitalaria y ambulatoria que es la forma en como se entrega actualmente la información del plan de salud. Contrariamente de los resultados del estudio que indica que la gente mayoritariamente elige su plan tomando en cuenta la combinación de otras coberturas.

4.7.2 Segundo Ejercicio: Elección del Plan por Cobertura, Tope, Modalidad de Atención

En este ejercicio experimental el planteamiento se hizo más complejo en el sentido que se debía conjugar 3 dimensiones de valor, con 5 atributos, el objetivo era identificar dimensiones-atributos del plan que indicaban conveniencia al momento de decidir la elección. Se empleó un lenguaje simple de tal manera que la gente lo entendiera quedando de esta forma los conceptos de interés de la siguiente manera: “Porcentaje que le cubre la Isapre” (cobertura), “Pago máximo por parte de la Isapre” (tope), “Pago por parte del usuario con el prestador preferente más barato y caro” (prestador en convenio) y “Pago por parte del usuario en la modalidad de

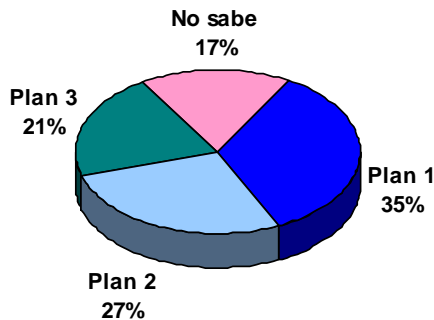
libre elección” (libertad de elección de prestador de salud). Todo lo anterior, para aplicar en una hospitalización.

Por lo tanto, se les situó en una futura hospitalización y se les pidió responder: ¿Cuál de estos planes le parece el más conveniente?, ¿Qué información del plan le indica más claramente que el plan es el más conveniente?, ¿Hay algo más que le indique que el plan es el más conveniente?”

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
% cubierto por la ISAPRE	90%	85%	80%
Pago máximo por parte de la ISAPRE	\$ 1.200.000	\$ 1.400.000	\$ 1.600.000
Pago por parte del usuario con el prestador preferente más barato	\$ 100.000	\$ 150.000	\$ 200.000
Pago por parte del usuario con el prestador preferente más caro	\$ 400.000	\$ 240.000	\$ 320.000
Pago por parte del usuario en modalidad libre elección	\$ 800.000	\$ 600.000	\$ 400.000

El resultado es que el plan más elegido es el número 1, el cual cuenta con una mayor cobertura (35%) y que secundariamente, presenta un menor copago en un prestador preferente más barato, le sigue el plan número 2, con un 27%, que conjuga tope con cobertura, siendo el tope lo que más le importa al usuario. En tercer lugar, el plan menos elegido el número 3, con un 21%, que destaca porque el elemento de conveniencia en la elección del plan es el pago máximo por parte de la Isapre (tope) que es el más alto de los tres planes y el menor pago por parte del usuario en un prestado en la modalidad de libre elección. Por otro lado, existe un 17% de los encuestados que no fueron capaces de elegir.

Elección de Planes para una Hospitalización



En la elección del plan de salud pensando en una futura hospitalización, la cobertura es tomada como el elemento clave para evaluar la conveniencia del plan, el 42% de los usuarios la toman como su indicador guía en primera mención, para un 24% eligen focalizándose principalmente en el tope del plan, pero si se suma las menciones sobre el copago de prestadores podría ser un excelente indicador para tomar la decisión y que en total alcanzan un 24%⁷.

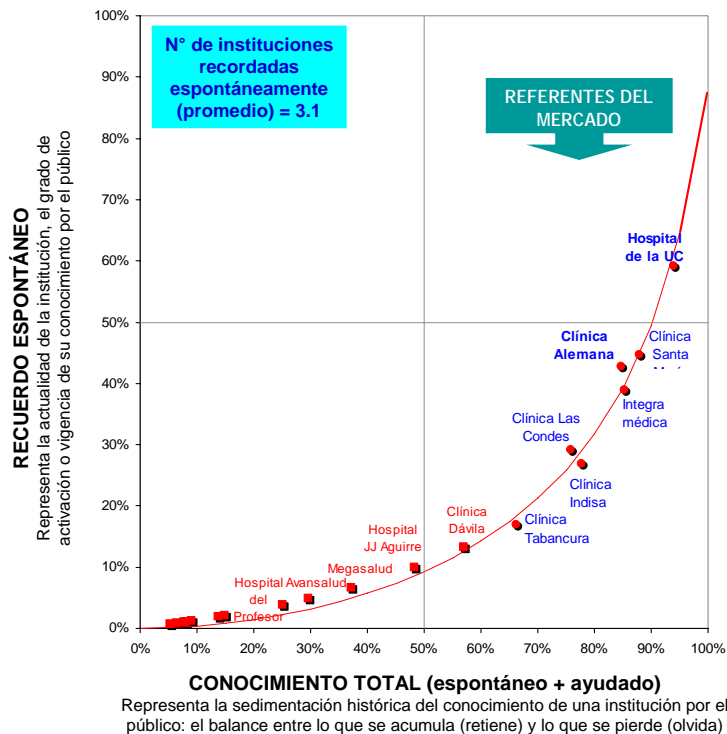
⁷ Ver anexo, Información que indica la conveniencia del plan

4.8 El Prestador de Salud Factor Clave en la Elección del Plan

El estudio muestra que tanto los usuarios que escogen su plan de salud por coberturas asociadas a prestaciones que involucran un mayor riesgo en salud, como los que centran su atención en coberturas vinculadas a la atención ambulatoria mencionan la importancia del prestador de salud una vez superada la conjugación precio-cobertura. En este contexto, se adiciona a la selección del plan atributos relacionados con el prestador tales como: libre elección (libertad para elegir al prestador), prestadores preferentes (prestador en convenio con la isapre que ofrece tarifa preferencial), prestador de prestigio y prestadores con calidad en la atención.

Cuando se les pregunta al total de los entrevistados qué prestadores de salud conoce, recuerdan espontáneamente en promedio 3,8 instituciones de salud, siendo el más conocido y recordado en cobertura hospitalaria el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica que aparece como referente del mercado, le sigue la Clínica Santa María, la Clínica Alemana, Clínica Indisa, entre otras. Por su parte, Integramédica es el tercer centro más recordado después de la Clínica Santamaría, sin embargo, es el más mencionado como prestador en atención ambulatoria⁸

Curva de Conocimiento de Prestadores de Salud Privados

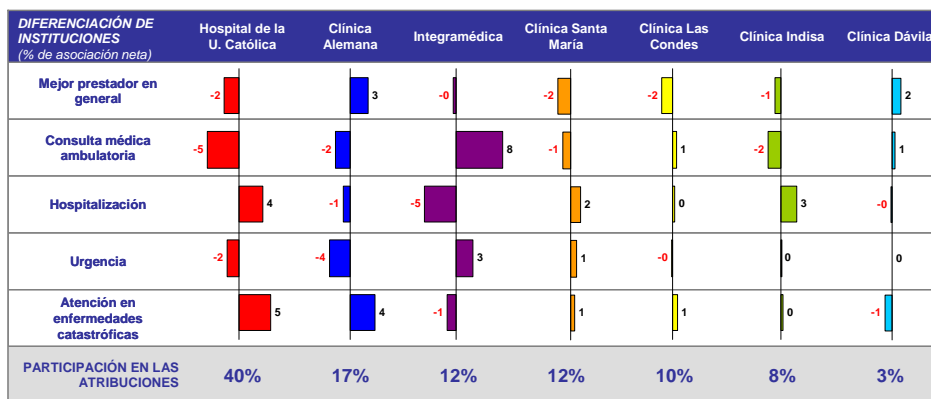


⁸ La pregunta se realizó con un listado de prestadores del área privada, porque en más de un 90% las prestaciones de salud son atendidas en estos establecimientos. No obstante, se les dio la posibilidad de mencionar otros distintos.

Respecto del uso de prestadores permanece en primer lugar, el Hospital Clínico de la Universidad Católica y en segundo lugar, se sitúa Integramédica. El segmento de los usuarios está claramente diferenciado, para las clínicas Las Condes, Alemana y Santa María, que corresponde al GSE ABC1 e Integramédica para los adultos jóvenes del grupo C3D. El Hospital Clínico de la UC es transversal a los distintos GSE y edad, con una discreta preferencia por las mujeres.

Del mismo modo, cuando se les pregunta cuál es el mejor prestador de acuerdo a determinados atributos, el resultado se observa en el gráfico siguiente que el porcentaje de participación lo tiene el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica, que presenta un 40% de asociaciones a su marca, captura todos los atributos, pero está más posicionado en aquellos que se vinculan a hospitalización y a las enfermedades catastróficas. En segundo lugar, la Clínica Alemana con un 17%, destacando por asociación como mejor prestador general y atención para enfermedades catastróficas, en tercer lugar, Integramédica cuyo atributo principal es la atención ambulatoria y la Clínica Santa María, se asocia a hospitalización y urgencia, estos dos últimos prestadores con un 12% de participación.

Identificación del Prestador según los Atributos que Captura



Las expectativas que los usuarios expresan respecto de las características deseables de un prestador se resume en los siguientes aspectos: calidad de la atención que considera la calidad de los médicos, infraestructura, tecnología avanzada y atención oportuna de la atención.

4.9 Comprensión de Conceptos Asociados al Plan de Salud

Por largo tiempo se ha usado la nomenclatura de algunos conceptos que se transmiten a los usuarios en formatos de plan, informativos, discurso de los vendedores de planes y otras vías para que la persona decida sobre que plan escoger. Todo supone que el cotizante y los que participan en la selección del plan debieran comprender estos conceptos que en algunos de ellos subyace información relevante para una mejor decisión.

La comprensión de conceptos ya había sido explorada en el estudio cualitativo y en los Shoots etnográficos donde quedaba en evidencia que la percepción de la gente es que el lenguaje para la información de planes era técnico, poco claro, que no les permitía compararlos y menos entenderlos. Las respuestas espontáneas de los 400 entrevistados confirman que el término más comprendido por la gente es el de cobertura, éste se expresa en porcentaje que probablemente adquiere familiaridad por su uso en lo cotidiano. Del mismo modo, el concepto

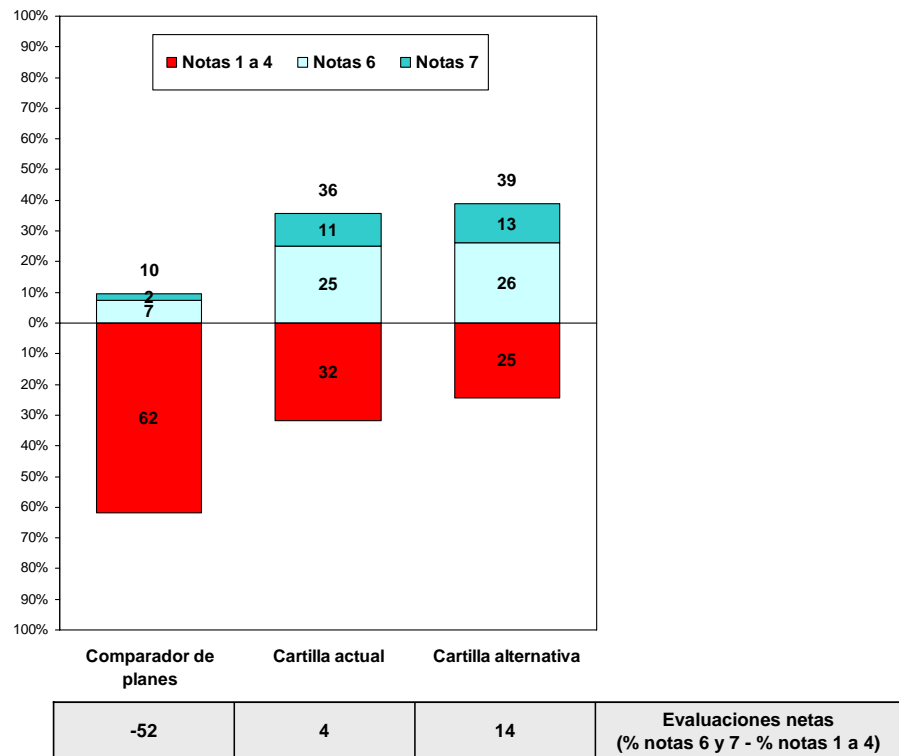
de libre elección es reconocido en un 75% de las menciones lo se representa textualmente como: “donde yo elijo atenderme”.

Por el contrario, los conceptos prestador preferente, tope y copago aparecen como los significados menos comprendidos por los usuarios, siendo este último, el más complejo de entender.⁹

4.9.1 Comprensión del Formato del Plan, Cartilla Valorizada y Comparador de Planes

La evaluación del formato del plan y cartilla valorizada como instrumentos actuales de comparación se resume en un nivel de insatisfacción e insuficiente para poder elegir un plan de acuerdo a las necesidades que expresa el usuario. La evaluaciones críticas se elevan por sobre el 32%, siendo el más rechazado el comparador de planes con una evaluación neta de un 52%. Adicionalmente, se propuso una cartilla alternativa cuya evaluación no fue óptima, pero considerando que los entrevistados la veían por primera vez (cero tiempo de permanencia en el mercado) mejora en 10 puntos por sobre la cartilla actual por efecto principal de disminución de notas malas.

Evaluación de Instrumentos de Comparación para Elegir un Plan



⁹ Ver estudio “Dimensiones de valor para el usuario de Isapre en la elección de planes de salud y Shoots etnográficos en www.superdesalud.cl

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- Como parte de las expectativas de los usuarios está el tener un instrumento que le permita comparar planes.
- Existe insatisfacción a la hora de evaluar su plan actual, éste es en casi un 20% insatisfactoria.
- Detrás de la elección de un plan y su contratación en un 72% está la figura del vendedor y/o el personal de la isapre.
- Los conceptos contenidos en los formatos del plan e información que son herramientas para la toma de decisión es percibida como compleja, técnica y de significados de difícil comprensión.
- Las dimensiones que importan al usuario en un primer filtro son precio y cobertura, una vez superado esta evaluación surge la importancia del prestador de salud.
- Las respuestas en el ejercicio experimental de Conjoint en elección del plan de salud indica que cuando el usuario es sometidos a alzas de precios y es obligado a renunciar a algunos atributos de cobertura, toman la decisión de elegir su plan fundamentalmente en base a dos tipos de coberturas la hospitalización y la atención para enfermedades catastróficas.
- Al agrupar los usuarios según su patrón de comportamiento al elegir el plan se identificaron 4 segmentos, Protectores, que está conformado por un 52% de los usuarios, privilegian coberturas asociadas a mayor riesgo de salud, hospitalización, enfermedades catastróficas y urgencia. en un de elección del plan. Los Economizadores, que son personas que se fijan en la cobertura ambulatoria consideradas como más frecuentes y en la urgencia, todos ellos con un 16%, los Temerosos, que se resguardan de eventos catastróficos, urgencia y atención ambulatoria, también con un 16% y finalmente, los Conciliadores, que representan un 15%, que buscan el aseguramiento en el riesgo de la hospitalización y a la atención ambulatoria para prestaciones frecuentes.
- Hoy en día tal como se entrega la información en un formato que se estructura en cobertura para prestaciones de Hospitalización y ambulatorias, se está respondiendo a las necesidades y entregando elementos de decisión sólo al 15% de los usuarios (Conciliadores).
- El prestador de salud es un elemento clave para la decisión de elección de un plan de salud el más mencionado y sus atributos se asocian a un 40% de participación en el mercado. Se encuentra posicionado en los atributos de hospitalización y atención de enfermedades catastróficas. Por otro lado, Integramédica con un 17% de asociaciones captura y se posiciona fundamentalmente en la atención ambulatoria.
- Los conceptos asociados al plan de salud evidencian un desconocimiento de sus significados siendo el más comprendido el de Cobertura expresado en porcentaje y el menos comprendido el término copago.
- La evaluación del formato de plan, la cartilla de prestaciones valoradas, instrumentos usados para comparar planes, son evaluados con resultados insatisfactorios, mencionando exceso de información que confunde, lenguaje no fácil de entender, dimensiones distintas en cada plan que no permiten comparar, tarifas o arancel en distintas nomenclaturas.
- De los tres instrumentos evaluados formato del plan, cartilla de prestaciones valoradas (ambos vigentes) y el comparador de planes (propuesta), este último, es el más mal evaluado con un 52% de rechazo.
- La cartilla alternativa de prestaciones valoradas (propuesta) que contenía dimensiones de valor y elementos extraídos del estudio cualitativo mejoró su evaluación respecto de la actual en 10 puntos porcentuales.

Líneas futuras de investigación:

1. Desarrollar un comparador de planes (en avance)
2. Automatización de la fuerza de ventas que según la experiencia internacional genera numerosas ventajas comparativas al usuario, dentro de las cuales está la información y menores costos.
3. Buscar nuevas formas respecto de formato del plan, dimensiones de valor en la cartilla y sus atributos y lenguaje.
4. Desarrollar sistema digital interactivo de información respecto a prestadores de salud y sus principales atributos de interés para el usuario (mapa de prestadores)

ANEXOS

Formato del plan actual

PRESTACIONES	COBERTURA LIBRE ELECCIÓN		TOPE MÁXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO (UF)
	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN SOBRE VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACIÓN	
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
Día cama	90%	10,0 UF	
Día cama cuidados intensivos o coronarios		17,5 UF	
Día cama cuidados intermedios		2,8 veces AC1	
Derecho de pabellón		9,0 veces AC1	
Exámenes de laboratorio		2,7 veces AC1	
Imagenología		2,4 veces AC1	
Kinesiología		2,2 veces AC1	
Medicamentos		60 UF	
Materiales e insumos clínicos		30 UF	
Quimioterapia		2,3 veces AC1	
Procedimientos		3,3 veces AC1	
Honorarios médico-quirúrgicos		4,5 veces AC1	
Visita por médico tratante		1,5 UF	
Visita por médico interconsultor		1,5 UF	
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis	1,4 veces AC1		
Traslados médicos	1,4 veces AC1		
AMBULATORIAS			
Consulta médica	70%	1,5 UF	
Exámenes laboratorio		1,7 veces AC1	
Imagenología		1,8 veces AC1	
Kinesiología		1,7 veces AC1	
Procedimientos		2,4 veces AC1	
Honorarios médicos quirúrgicos		4,5 veces AC1	
Box ambulatorio		1,3 veces AC1	
Pabellón ambulatorio		9,0 veces AC1	
Fonoaudiología		0,9 veces AC1	
Radioterapia		2,4 veces AC1	
Quimioterapia		2,3 veces AC1	
Prótesis / órtesis		1,4 veces AC1	
Atención integral, de enfermería y nutricionista		0,8 veces AC1	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS			
Hospitalización psiquiátrica	80%	0,6 veces AC1	20
Consulta / tratamiento psiquiatría o psicología	70%	1,0 veces AC1	7,0
OTRAS COBERTURAS			

CARTILLA ACTUAL (selección de prestaciones valorizadas)

	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS PRESTADORES			
	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	COPAGO \$	
HOSPITALARIAS	PRESTACIONES					
	NÚMERO DEL PRESTADOR(ES)					
	PARTO NORMAL					
	Derecho de pabellón	90%	289,926			
	Honorarios médicos	90%	576,837			
	Honorarios matrona	90%	140,963			
	Atención inmediata recién nacido	90%	60,944			
	Visita neonatólogo	80%	29,098			
	PARTO POR CESÁREA					
	Derecho de pabellón	90%	393,471			
	Honorarios médicos	90%	708,633			
	Honorarios matrona	90%	140,963			
	Atención inmediata recién nacido	90%	60,944			
	Visita neonatólogo	80%	29,098			
	APENDICECTOMÍA					
	Derecho de pabellón	90%	393,471			
	Honorarios médicos	90%	511,178			
	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA					
	Derecho de pabellón	90%	917,820			
	Honorarios médicos	90%	929,066			
	HISTERECTOMÍA TOTAL					
	Derecho de pabellón	90%	557,352			
	Honorarios médicos	90%	1,234,845			
	AMIGDALECTOMÍA					
	Derecho de pabellón	90%	227,466			
	Honorarios médicos	90%	389,781			
	CIRUGIA CARDÍACA DE COMPLEJIDAD MAYOR					
	Derecho de pabellón	90%	1,803,213			
Honorarios médicos	90%	3,601,035				
EXTIRPACIÓN DE TUMOR/QUISTE ENCEFÁLICO						
Derecho de pabellón	90%	1,379,997				
Honorarios médicos	90%	1,800,513				
DÍAS CAMA						
Medicina	90%	193,968				
Sala cuna	90%	193,968				
UTI adulto	90%	339,479				
UTI pediatría	90%	339,479				
UTI neonatal	90%	339,479				
MEDICAMENTOS Y MATERIAL CLÍNICO						
Apendicectomía	90%	1,163,929				
Hospitalización neumonía	90%	1,163,929				
AMBULATORIAS	CONSULTAS					
	Consulta médica electiva	70%	29,028			
	Consulta psiquiátrica (tope anual)	70%	6,607			
	EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS					
	Hemograma	70%	3,072			
	Estudio de lípidos sanguíneos	70%	5,384			
	Perfil bioquímico	70%	5,667			
	Estudio histopatológico corriente	70%	13,255			
	Exploración vitreoretinal	70%	9,194			
	Electrocardiograma de reposo	70%	9,619			
	Ecocardiograma Doppler	70%	87,137			
	Gastroduodenoscopia	70%	181,693			
	IMAGENOLÓGIA					
	Mamografía bilateral	70%	23,566			
	Tomografía axial computarizada	70%	69,847			
	Ecotomografía abdominal	70%	27,751			
	Ecotomografía ginecológica	70%	14,688			
	MEDICINA FÍSICA					
	Ejercicios respiratorios	70%	2,603			
	Reeducación motriz	70%	1,535			

COMPARADOR DE PLANES		
Identificación única del plan:		
		Plan X
		INDICE DE PROTECCION para prestaciones con libre elección de prestador(*)
PRESTACIONES		COBERTURA PREFERENTE
PRESTACIONES HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA		
Día cama	1,8	
Día cama cuidados intensivos o coronarios	0,8	
Día cama cuidados intermedios	1,2	
Derechos de pabellón	2,0	
Exámenes de laboratorio	0,9	
Imagenología	1,0	
Kinesiología	0,8	NO APLICA
Procedimientos	1,4	
Honorarios médicos quirúrgicos	1,2	
Visita por médico tratante	0,8	
Visita por médico interconsultor	1,2	
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis	0,1	
Traslados médicos	0,1	
TOTAL HOSPITALARIO	1,3	
PRESTACIONES AMBULATORIAS		
Consulta médica	1,2	
Exámenes de laboratorio	1,1	
Imagenología	0,7	
Kinesiología	1,3	
Procedimientos	1,6	NO APLICA
Honorarios médicos quirúrgicos	1,8	
Box ambulatorio	4,8	
Fonoaudiología	1,2	
Radioterapia	0,5	
Prótesis y órtesis	0,4	
Atención integral de enfermería y nutricionista	0,5	
TOTAL AMBULATORIO	1,4	
* VALORES DEL INDICE DE PROTECCIÓN		
El índice de protección financiera le permite comparar el nivel de cobertura financiera que entrega un plan en general. Cuanto mayor sea su valor, mejor es la protección financiera de su plan.		

Cartilla alternativa (propuesta nueva)

CARTILLA PLAN 1							
ÍNDICE DE PROTECCIÓN FINANCIERA en prestaciones con libre elección de prestador *	Prestaciones de Salud	% cubierto por ISAPRE	Pago máximo ISAPRE (tope)	Pago usuario			Prestadores preferentes
				Prestador preferente más barato	Prestador preferente más caro	Libre elección	
HOSPITALARIO = 1,5	Prestaciones de menor frecuencia en el ciclo de vida y de mayor costo						
	CATASTRÓFICAS (enfermedades graves-alto costo)						
	Cirugía cardíaca de complejidad mayor	90%	5.404.200	480.400	600.500	720.600	
	Trasplante renal (riñón)	90%	5.404.200	480.400	600.500	720.600	
	Mastectomía Total (cáncer de mama)	90%	5.404.200	480.400	600.500	720.600	
	HOSPITALARIAS						
	Parto normal						
	Parto por cesárea	90%	1.333.100	121.700	152.200	182.600	
	Apendicectomía (extracción de apéndice)	90%	904.600	80.400	100.500	120.600	
	Amigdalectomía (extracción de amígdalas)	90%	617.200	54.900	68.600	82.300	
	Colecistectomía por videolaparoscopia (cirugía de vesícula)	90%	1.846.900	164.200	205.200	246.300	
	Días cama medicina -cirugía	90%	194.000	17.200	21.600	25.900	
	Sala cuna	90%	194.000	17.200	21.600	25.900	
	Día cama UTI adulto	90%	339.500	17.200	37.700	45.250	
Día cama UTI pediátrica	90%	339.500	17.200	37.700	45.250		
Día cama UTI neonatología	90%	339.500	17.200	37.700	45.250		
AMBULATORIO = 1,2	Prestaciones de mayor frecuencia en el ciclo de vida y de menor costo						
	URGENCIA (Consulta de urgencia)	70%	29.000	10.000	12.400	14.900	
	Consulta general	70%	29.000	10.000	12.400	14.900	
	Consulta médica de especialidades	70%	29.000	10.000	12.400	14.900	
	Consulta psiquiátrica (con tope anual)	70%	6.600	2.300	2.800	3.400	
	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
	Hemograma	70%	3.100	1.700	2.650	9.500	
	Perfil bioquímico	70%	5.700	1.900	2.400	2.900	
	Perfil lipídico (Colesterol Total, Triglicéridos y otros)	70%	5.400	1.850	2.300	2.800	
	Electrocardiograma de reposo	70%	9.600	3.300	4.100	4.900	
	Ecocardiograma Doppler color	70%	87.100	29.900	37.300	44.800	
	Gastroduodenoscopia (endoscopia)	70%	181.700	62.300	77.900	93.400	
	IMAGENOLÓGIA						
	Ecotomografía ginecológica	70%	9.900	3.400	4.200	5.100	
	Mamografía bilateral	70%	20.300	7.000	8.700	10.400	
	TAC de cerebro (Scanner de cerebro)	70%	23.600	8.100	10.100	12.100	
	MEDICINA FÍSICA Y FISIOTERAPIA						
	Ejercicios respiratorios	70%	69.800	23.900	29.900	35.900	
	Evaluación Kinesiológica (muscular, postural y funcional)	70%	2.600	1.769	3.362	1.300	
	* VALORES DEL INDICE DE PROTECCIÓN						
El índice de protección financiera le permite comparar el nivel de cobertura financiera que entrega un plan en general. Cuanto mayor sea su valor, mejor es la protección financiera de su plan.							

Información sobre conveniencia del plan de salud, según percepción de los usuarios de Isapre

