



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.gob.cl

Coberturas Financieras de los Planes de Salud de Isapres

Planes Individuales
Isapres Abiertas
Base 2012

Departamento de Estudios y Desarrollo

Junio de 2013



Tabla de Contenidos

1. Antecedentes.....	3
2. Estudio de las Coberturas Efectivas y de Carátula.....	6
2.1. Objetivo	6
2.2. Metodología	6
2.3. Fuentes de Información	6
2.4. Análisis de Brechas de Cobertura	7
2.5. Análisis de la Evolución de las Coberturas	9
3. Estudio del Rendimiento de los Planes de Salud	11
3.1. Objetivo	11
3.2. Metodología	11
3.3. Fuentes de Información	12
3.4. Análisis del Rendimiento de los Planes según Perfil de los Cotizantes.....	12
3.5. Análisis de la Evolución del Rendimiento de los Planes de Salud.....	15
4. Estudio de las Coberturas en Salud Mental	16
4.1. Objetivo	16
4.2. Metodología	16
4.3. Fuentes de Información	16
4.4. Análisis de la Cobertura Mental por Isapre.....	17
5. Principales Conclusiones	19
6. Estudios Relacionados	21

Resumen

En el presente informe se presenta un análisis de las coberturas financieras asociadas a los planes individuales de las isapres abiertas del Sistema, basado en tres estudios independientes que aportan una mirada general de esta variable en tres aspectos que se consideran relevantes. El primer estudio contrasta las coberturas declaradas y efectivas de los planes de salud con el propósito de identificar las brechas existentes entre ellas y su evolución en el tiempo. El segundo, muestra el rendimiento de los planes para distintos perfiles de cotizantes, lo que permite verificar la existencia de posibles subsidios entre los diversos grupos de riesgo definidos según el sexo y edad. Finalmente, el tercer estudio presenta las coberturas promedio asociadas a las prestaciones de salud mental en relación con las coberturas generales de los planes, lo que permite dimensionar las restricciones establecidas por las isapres a este grupo particular de prestaciones.

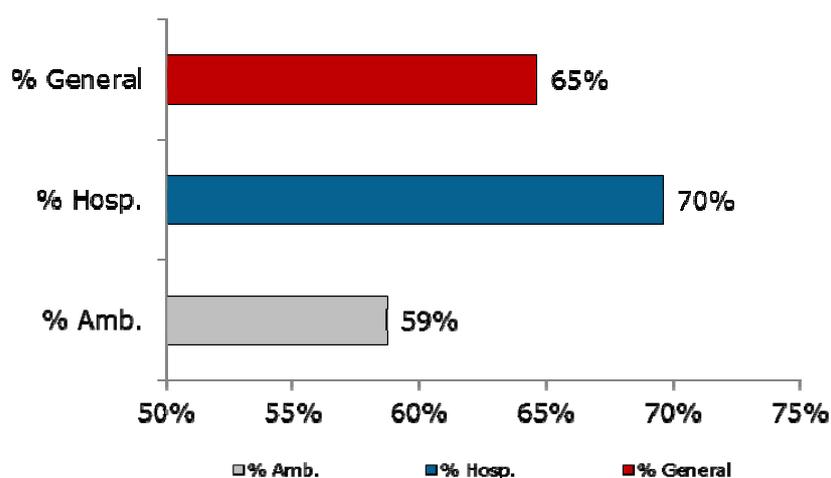
1. Antecedentes

El plan de salud constituye el elemento distintivo del producto ofrecido por una Isapre y en él se establece la cobertura financiera que corresponde a cada una de las prestaciones de salud contenidas en el arancel que el propio plan lleva asociado. Esta cobertura se conoce como el valor bonificado o bonificación.

La bonificación, representa la parte del valor facturado de una prestación que es financiada por la Isapre de acuerdo con la cobertura establecida en el plan, el resto lo financia el beneficiario en lo que se conoce como "copago".

El gráfico 1, muestra a modo de referencia, que la bonificación promedio otorgada por las isapres abiertas del Sistema al conjunto de prestaciones de salud registradas durante el año 2012, fue de un 65%. Para las prestaciones de tipo ambulatorio este promedio alcanza un 59% mientras que para las prestaciones hospitalarias es de un 70%.

**Gráfico 1: Porcentajes de Bonificación Promedio según Tipo de Atención¹
Isapres Abiertas - Año 2012**

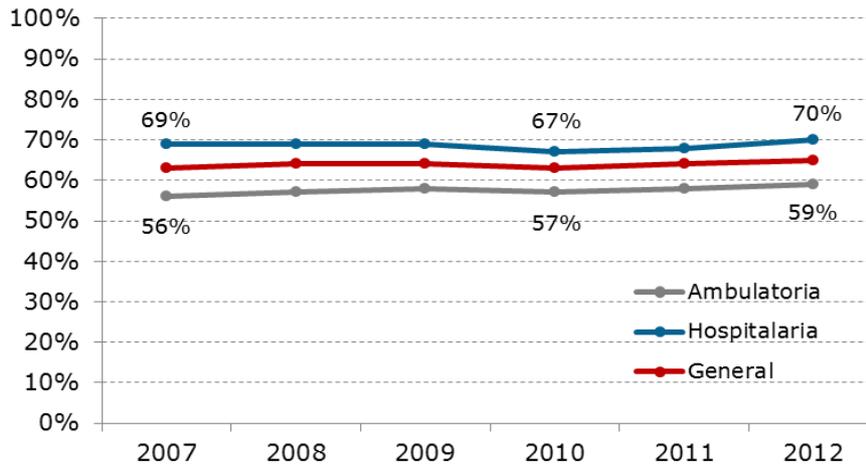


Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas del año 2012

¹ Planes individuales de salud de isapres abiertas con prestaciones bonificadas durante el año 2012.

En el gráfico 2, se observa que la evolución de la bonificación promedio, tanto para prestaciones ambulatorias como hospitalarias, ha sido estable durante los últimos seis años. No obstante, una mirada más fina de los datos, permite observar que la bonificación promedio presenta una caída hacia el año 2010, más pronunciada para las prestaciones de tipo hospitalario que pasan desde un 69% a un 67% de cobertura, luego se recupera hasta llegar a un punto máximo el año 2012, donde alcanza un 70% para prestaciones hospitalarias y un 59% para las ambulatorias.

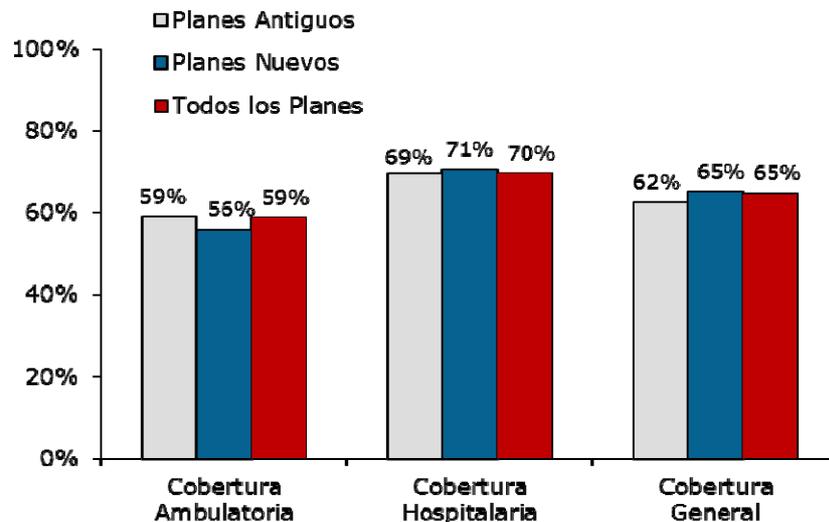
Gráfico 2: Evolución de la Bonificación Promedio según Tipo de Atención Isapres Abiertas, 2007 - 2012



Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas años 2007 al 2012

En el gráfico 3, se puede observar que en el año 2012, la bonificación general otorgada en promedio por los planes nuevos es superior en tres puntos porcentuales a la de los planes antiguos. No obstante, esta diferencia se atribuye a una mejor cobertura hospitalaria, mayor en 2 puntos, ya que la cobertura ambulatoria cae en 3 puntos.

Gráfico 3: Bonificación Promedio según Antigüedad de los Planes Isapres Abiertas, 2012



Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas del año 2012

En la práctica, el monto de bonificación que otorga un plan de salud a una prestación específica, se determina en función del porcentaje de cobertura y el tope establecido para dicha prestación en la carátula del plan. Así, la bonificación corresponde al menor valor entre: el porcentaje de cobertura de la prestación aplicado sobre el valor facturado de la misma y el tope definido para dicha prestación, el cual puede estar expresado en pesos, unidades de fomento o en función de un valor arancel.

A continuación, se muestran ejemplos de cobertura para la prestación "consulta médica" con dos planes distintos:

EJEMPLO 1

PLAN DE SALUD X

PRESTACIÓN	% BONIFICACION SOBRE VALOR FACTURA	TOPE BONIFICACIÓN
Consulta Médica	80%	\$ 25.000
Monto Facturado	\$ 30.000	
% Bonificación	\$ 24.000 (\$30.000 x 0,8)	
Tope	\$ 25.000	
Valor Bonificado	\$ 24.000 (\$24.000 < \$25.000)	
Copago	\$ 6.000	

EJEMPLO 2

PLAN DE SALUD Y

PRESTACIÓN	% BONIFICACION SOBRE VALOR FACTURA	TOPE BONIFICACIÓN
Consulta Médica	80%	\$ 20.000
Monto Facturado	\$ 30.000	
% Bonificación	\$ 24.000 (\$30.000 x 0,8)	
Tope	\$ 20.000	
Valor Bonificado	\$ 20.000 (\$24.000 > \$20.000)	
Copago	\$ 10.000	

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 muy difícil, tanto la elección razonada del plan al momento de la compra, como su utilización eficiente al momento de requerir alguna prestación.

El estudio de las coberturas financieras asociadas a los planes individuales de las isapres abiertas del mercado, presentado en este informe, se efectúa con el propósito de hacer más transparente esta variable para los usuarios, a través de tres análisis independientes, a saber:

- Análisis comparativo de las coberturas de carátula y efectivas asociadas a los planes de salud, el cual permite identificar y dimensionar las brechas existentes entre ambas coberturas y también, conocer la tendencia que dichas coberturas presentan en el tiempo, lo que se obtiene a través del estudio de las coberturas informadas para planes antiguos y nuevos.
- Análisis del rendimiento de los planes de salud para diferentes perfiles de cotizantes, el cual permite conocer la relación que existe entre los aportes por primas y las bonificaciones recibidas por prestaciones de salud en las diferentes modalidades de atención. Este análisis también permite conocer la evolución que ha experimentado el rendimiento de los planes en el tiempo en forma general y por isapre.
- Análisis de las coberturas promedio otorgadas por los planes de salud a las prestaciones de salud mental en relación con las coberturas generales, el cual permite evidenciar y dimensionar las restricciones impuestas por las distintas isapres a este tipo de prestaciones.

2. Estudio de las Coberturas Efectivas y de Carátula

2.1. Objetivo

Este estudio se orienta a conocer la magnitud de las brechas existentes entre las coberturas declaradas en los planes de salud por parte de las isapres (coberturas de carátula) y las coberturas realmente alcanzadas por los beneficiarios de dichos planes al momento de utilizarlos (coberturas efectivas). Asimismo, este estudio permite verificar la evolución que han tenido las coberturas de los planes de salud en el tiempo, mediante la comparación de las coberturas vinculadas a planes antiguos y nuevos.

2.2. Metodología

- La cobertura de cada plan de salud se encuentra reflejada en una matriz de doble entrada, organizada en función de tramos de cobertura ambulatoria por un lado y tramos de cobertura hospitalaria por el otro.
- Para la construcción de las matrices, es decir, para clasificar cada uno de los planes en estudio en los diferentes casilleros de éstas, se utilizan dos tipos de indicadores de cobertura, a saber:
 - ▶ Indicadores de Cobertura de Carátula. Corresponden al porcentaje de bonificación general consignado en la carátula del plan de salud tanto para las prestaciones ambulatorias como hospitalarias². Se define un indicador 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 con la relación que existe entre los valores facturados y bonificados de todas las prestaciones ocurridas y cargadas al plan respectivo en el período analizado³. 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.

2.3. Fuentes de Información

- El análisis se ha focalizado en los planes individuales de las isapres abiertas del Sistema, vigentes en enero de 2012 y que registran a lo menos una prestación facturada y bonificada durante ese año, sea ésta de tipo ambulatorio u hospitalario. Este último requisito es para hacer comparables las coberturas de carátula con las coberturas efectivas de los planes en estudio.

² El porcentaje de cobertura general corresponde al establecido en el plan de salud para la mayoría de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias, respectivamente.

³ Los planes sin movimiento se han excluido de la matriz. El criterio de inclusión exige que se haya bonificado a lo menos una prestación durante el año, sea de tipo ambulatorio u hospitalario. Los planes que no registren información en uno de los dos tipos de cobertura son distribuidos en los distintos tramos de cobertura de acuerdo con el comportamiento que presentan los planes que sí tienen la información. En la práctica, se observa mayor frecuencia de prestaciones ambulatorias, en consecuencia existen más planes que no registran información en cobertura hospitalaria.

- El universo del estudio asciende a 26.635 planes de salud que representan un 84,6% del total de planes individuales informados por el Sistema Isapre en enero de 2012. En este universo, 24.469 planes ya no se comercializan (planes antiguos) y 2.166 se encuentran en comercialización (planes nuevos).

Cuadro 1: Universo de Planes en Estudio por Isapre

ISAPRE	Planes Nuevos		Planes Antiguos		Total Planes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Colmena	280	12,9%	1.835	7,5%	2.115	7,9%
Cruz Blanca	476	22,0%	5.042	20,6%	5.518	20,7%
Vida Tres	251	11,6%	4.897	20,0%	5.148	19,3%
Ferrosalud	16	0,7%	102	0,4%	118	0,4%
Masvida	389	18,0%	1.712	7,0%	2.101	7,9%
Banmédica	335	15,5%	8.686	35,5%	9.021	33,9%
Consalud	419	19,3%	2.195	9,0%	2.614	9,8%
Totales	2.166	100%	24.469	100%	26.635	100%

Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2012.

2.4. Análisis de Brechas de Cobertura

El objetivo de este análisis es conocer a nivel general, las diferencias que se producen entre las coberturas declaradas -o de carátula- consignadas en los planes individuales de salud y las coberturas efectivas que estos otorgan⁴. Lo anterior, con el propósito de dimensionar las brechas existentes y concluir acerca de la transparencia de las políticas comerciales implementadas por las isapres que conforman el Subsistema de Isapres Abiertas.

Cabe precisar, que la información utilizada en este análisis presenta un sesgo que se origina en las decisiones de uso del plan de salud por parte de los beneficiarios, quienes no necesariamente optimizan la cobertura establecida en sus planes al concurrir, por desconocimiento o convicción, a prestadores cuyos precios se encuentran por encima de los topes consignados en ellos. No obstante lo anterior, este análisis constituye una buena aproximación hacia el estudio de brechas de cobertura.

El análisis exige la construcción de dos matrices, una para representar la distribución de los planes en función de sus coberturas de carátula -cuadro 2- y otra para representar la distribución de los planes en función de sus coberturas efectivas -cuadro 3-.

Resultados

- El 97,4% de los planes individuales declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores al 70% (recuadro de color celeste). Sin embargo, sólo un 20% de ellos muestra coberturas efectivas de este orden. La brecha entre ambas coberturas es bastante significativa por cuanto supera los 77 puntos porcentuales.
- Mientras en términos de las coberturas de carátula los planes se concentran en los casilleros superiores de la matriz que corresponden a los tramos entre 90% y 100% de cobertura hospitalaria y 70% a 89% de cobertura ambulatoria, en términos de coberturas efectivas los planes se dispersan mostrando mayor concentración en casilleros más bajos

⁴ Las coberturas de carátula se aplican sobre el valor facturado de la prestación de salud respectiva y operan en toda su dimensión siempre que el precio de las referidas prestaciones sea inferior o igual al tope establecido en el plan para cada prestación.

en los cuales se destacan los tramos 70% a 89% de cobertura hospitalaria con los tramos inferiores a 70% de cobertura ambulatoria.

- La brecha existente puede tener origen en tres causas que se complementan, las que deben ser dimensionadas por medio de estudios más profundos. La primera causa se atribuye a las propias isapres que pueden establecer políticas comerciales poco transparentes con el propósito de atraer clientes y conseguir la venta de los planes por medio de la generación de expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. La segunda, se atribuye a los usuarios que por desinformación y/o convicción no optimizan el rendimiento de su plan de salud al acudir a prestadores más caros que los definidos para el plan (sesgo de la información). Finalmente, una tercera causa que puede estar incidiendo negativamente sobre las coberturas efectivas de los planes, ampliando esta brecha, es la aplicación de las restricciones temporales definidas para las enfermedades preexistentes declaradas, las que en todo caso serían de bajo impacto.
- Con todo, es posible concluir que entre las coberturas de carátula y las coberturas efectivas asociadas a los planes individuales de salud existen importantes diferencias, las cuales pueden inducir a error en la elección de un plan de salud al momento de la compra.

Cuadro 2: Distribución Planes Individuales Según Coberturas de Carátula

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%	9,6%	0,2%	0,2%					10,1%	10,1%
	90% - 99%	6,4%	1,5%						7,9%	18,0%
	80% - 89%	31,5%	6,4%	1,2%					39,3%	57,4%
	70% - 79%	2,5%	36,2%	0,9%	0,6%	0,1%			40,3%	97,7%
	60% - 69%	0,2%	0,3%	0,5%	0,7%	0,2%			1,9%	99,6%
	50% - 59%				0,2%				0,4%	100%
	< a 50%								0,0%	100%
Total		50,4%	44,7%	2,8%	1,6%	0,5%	0,1%	0,0%	100,0%	
Acumulado		50,4%	95,1%	97,9%	99,5%	99,9%	100%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012

Cuadro 3: Distribución Planes Individuales Según Coberturas Efectivas

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%	0,2%		0,1%				0,2%	0,8%	0,8%
	90% - 99%	0,5%	0,7%	0,4%	0,3%		0,1%	0,2%	2,3%	3,1%
	80% - 89%	1,0%	2,8%	1,5%	0,8%	0,5%	0,3%	0,5%	7,4%	10,5%
	70% - 79%	1,1%	4,6%	3,7%	2,2%	1,3%	0,9%	1,4%	15,2%	25,7%
	60% - 69%	1,2%	3,8%	5,8%	4,8%	3,1%	2,1%	2,8%	23,7%	49,4%
	50% - 59%	0,7%	2,7%	5,5%	6,5%	5,0%	3,2%	4,1%	27,7%	77,1%
	< a 50%	0,6%	1,9%	3,7%	4,0%	3,6%	3,1%	6,2%	22,9%	100%
Total		5,3%	16,6%	20,7%	18,6%	13,6%	9,8%	15,4%	100,0%	
Acumulado		5,3%	21,9%	42,5%	61,2%	74,8%	84,6%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012

2.5. Análisis de la Evolución de las Coberturas

El objetivo de este análisis, es conocer a nivel general, los tramos de cobertura en los que se concentra la oferta de planes individuales de salud e inferir su comportamiento en el tiempo. Esto último, se consigue confrontando los casilleros donde se concentran los planes en actual comercialización (nuevos) con los casilleros donde se concentran los planes que ya no se comercializan (antiguos), verificando si se marcan algunas tendencias que permitan concluir si las coberturas aumentan, disminuyen o permanecen constantes en el tiempo.

El estudio exige la construcción de dos matrices para el análisis de cada tipo de cobertura, una para presentar la distribución de los planes nuevos –cuadros 4 y 6 en coberturas de carátula y efectiva, respectivamente- y otra para presentar la distribución de los planes antiguos –cuadros 5 y 7, respectivamente, esto porque la comparación entre ellas permite establecer conclusiones con respecto a la tendencia de cada una de las coberturas en el tiempo.

Resultados para las Coberturas de Carátula

- Como se vio en el análisis anterior, el 97,4% de los planes individuales en estudio, tanto nuevos como antiguos, declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores al 70%. Sin embargo, entre estos dos grupos se advierten diferencias que permiten establecer algunas conclusiones en cuanto a la trayectoria que ha tenido la cobertura consignada en los planes.
- El 57,6% de los planes antiguos declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores a un 80%, mientras que en el grupo de los planes nuevos este porcentaje disminuye a un 50,8%. La menor presencia de planes nuevos en tramos de cobertura más altos podría atribuirse a una política de mayor sinceridad y transparencia de la oferta por parte de las Isapres.
- Un 3% de los planes nuevos declaran una cobertura de 100% tanto para prestaciones ambulatorias como hospitalarias, versus un 10,2% de los planes antiguos. La menor oferta de planes al 100% se ve compensada en gran parte por un incremento de 6,3 puntos porcentuales en los planes que mantienen la cobertura de 100% para prestaciones hospitalarias pero la disminuyen para prestaciones ambulatorias al tramo 90%-99%, generando un copago mínimo pero necesario para mitigar incentivos por riesgo moral en el uso de los planes.
- Los planes nuevos se concentran mayoritariamente en el tramo 70%-79% de cobertura ambulatoria con el tramo 90%-99% de cobertura hospitalaria con una concentración equivalente a un 42,8%. Con respecto a los planes antiguos, la oferta actual mantiene su participación en el tramo 80%-89% de cobertura ambulatoria con el tramo 100% de cobertura hospitalaria donde alcanza un 32,2% versus un 31,5% de los primeros.

Cuadro 4: Distribución Planes Nuevos según Coberturas de Carátula

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%	3,0%							3,0%	3,0%
	90% - 99%	12,2%	0,3%						12,6%	15,6%
	80% - 89%	32,2%	2,9%	0,2%					35,3%	50,8%
	70% - 79%	3,0%	42,8%	1,4%	1,2%				48,4%	99,2%
	60% - 69%		0,1%						0,3%	99,5%
	50% - 59%				0,4%				0,5%	100%
	< a 50%								0,0%	100%
Total		50,4%	46,2%	1,7%	1,6%	0,1%	0,0%	0,0%	100,0%	
Acumulado		50,4%	96,6%	98,3%	100%	100%	100%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012

Cuadro 5: Distribución Planes Antiguos según Coberturas Carátula

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%	10,2%	0,2%	0,2%					10,7%	10,7%
	90% - 99%	5,9%	1,6%						7,5%	18,3%
	80% - 89%	31,5%	6,7%	1,3%					39,7%	57,9%
	70% - 79%	2,5%	35,6%	0,8%	0,5%	0,1%			39,6%	97,6%
	60% - 69%	0,3%	0,3%	0,6%	0,7%	0,2%			2,0%	99,6%
	50% - 59%				0,2%				0,4%	100%
	< a 50%								0,0%	100%
Total		50,4%	44,6%	3,0%	1,5%	0,5%	0,1%	0,0%	100,0%	
Acumulado		50,4%	94,9%	97,9%	99,4%	99,9%	100%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012

Resultados para las Coberturas Efectivas

- Un 20% de los planes en estudio presentan coberturas efectivas superiores al 70% tanto en prestaciones ambulatorias como hospitalarias. Este porcentaje es menor en el grupo de planes nuevos (16,1%) que en el grupo de planes antiguos (20,3%). Esto indica que la oferta de planes ha ido evolucionando hacia casilleros que combinan coberturas ambulatorias y hospitalarias inferiores a las anteriores.
- En efecto, al comparar la distribución de los planes nuevos con respecto a la de los antiguos, se observa que la oferta actual de planes está más concentrada en los casilleros intermedios que combinan los tramos entre 50% y 69% de cobertura ambulatoria con los tramos entre 70%-89% de cobertura hospitalaria. También, se advierte un aumento de 4,5 puntos porcentuales en la participación de estos en el tramo 50%-59% de cobertura ambulatoria con el tramo 60%-69% de cobertura hospitalaria y una caída de casi 2 puntos en el casillero que combina coberturas ambulatorias y hospitalarias inferiores a 50%.
- La menor concentración de los planes nuevos en los tramos de cobertura bajo el 50%, tanto ambulatoria como hospitalaria, estaría reflejando una muy discreta mejoría de las coberturas efectivas en la oferta actual de planes, particularmente, en lo que se refiere a la a las prestaciones de tipo hospitalario.

Cuadro 6: Distribución Planes Nuevos según Coberturas Efectivas

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%								0,0%	0,0%
	90% - 99%	0,3%							0,5%	0,5%
	80% - 89%	0,6%	2,7%	0,7%	0,1%		0,2%		4,5%	4,9%
	70% - 79%	1,2%	5,2%	3,7%	1,3%	0,4%	0,4%	0,5%	12,7%	17,6%
	60% - 69%	0,9%	4,8%	7,4%	5,5%	4,2%	1,4%	1,1%	25,3%	42,9%
	50% - 59%	0,6%	2,7%	8,2%	9,4%	9,1%	3,9%	2,7%	36,6%	79,5%
	< a 50%		1,5%	3,5%	3,3%	3,9%	3,6%	4,6%	20,5%	100,0%
Total		3,7%	16,9%	23,5%	19,8%	17,7%	9,5%	8,9%	100,0%	
Acumulado		3,7%	20,6%	44,2%	63,9%	81,6%	91,1%	100,0%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012

Cuadro 7: Distribución Planes Antiguos según Coberturas Efectivas

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%	0,2%		0,1%				0,2%	0,9%	0,9%
	90% - 99%	0,5%	0,7%	0,4%	0,3%	0,1%		0,2%	2,4%	3,3%
	80% - 89%	1,1%	2,7%	1,5%	0,9%	0,5%	0,3%	0,6%	7,7%	10,9%
	70% - 79%	1,2%	4,5%	3,7%	2,2%	1,4%	0,9%	1,5%	15,5%	26,4%
	60% - 69%	1,2%	3,7%	5,7%	4,7%	3,0%	2,2%	3,0%	23,6%	50,0%
	50% - 59%	0,7%	2,8%	5,2%	6,2%	4,6%	3,2%	4,3%	26,9%	76,9%
	< a 50%	0,6%	1,9%	3,6%	4,0%	3,5%	3,0%	6,4%	23,1%	100,0%
Total		5,4%	16,5%	20,4%	18,5%	13,2%	9,9%	16,2%	100,0%	
Acumulado		5,4%	21,9%	42,3%	60,8%	73,9%	83,8%	100,0%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012

3. Estudio del Rendimiento de los Planes de Salud

3.1. Objetivo

Este estudio permite conocer el rendimiento de los planes individuales para cada una de las isapres abiertas del Sistema y su evolución en el tiempo. También, entrega información acerca de las diferencias de rendimiento que se producen entre los diferentes perfiles de los cotizantes según sexo y edad, lo que permite verificar la existencia de probables subsidios entre los distintos grupos de riesgo.

3.2. Metodología

- El indicador de rendimiento del plan se define como la razón entre la bonificación y el precio de un plan de salud específico o grupo de ellos en un período determinado (un año, en este caso). De esta forma, el indicador muestra la parte de los aportes por prima que son destinados a cubrir prestaciones de salud. Luego, para que un plan de salud tenga sustento financiero el indicador de rendimiento debería ser inferior a uno. No obstante,

dicho rendimiento suele ser distinto para los diferentes perfiles de cotizantes al interior de un mismo plan pudiendo en determinados casos alcanzar valores superiores a uno, lo que sería indicativo de la presencia de subsidios entre los grupos.

- El indicador de rendimiento puede medirse para distintos perfiles de cotizantes. En este caso se analizan las diferencias que se producen en los siguientes 3 grupos de riesgo:
 - ✓ Cotizantes hombres entre 30 y 34 años, sin cargas.
 - ✓ Cotizantes mujeres entre 30 y 34 años, sin cargas
 - ✓ Cotizantes hombres, entre 65 y 69 años, sin cargas

3.3. Fuentes de Información

- Para el cálculo del indicador de rendimiento de los diferentes perfiles de cotizantes, se utilizaron las siguientes fuentes de información:
 - ✓ Bonificación: el numerador del indicador de rendimiento corresponde al monto total bonificado en el año por el grupo de cotizantes en cuestión.
 - ✓ Precio: el denominador del indicador de rendimiento corresponde a los aportes anuales realizados por el total de cotizantes pertenecientes al grupo en cuestión por concepto de cotizaciones pactadas.
- La información señalada en el punto anterior se obtiene de las siguientes bases de datos disponibles en esta Superintendencia:
 - ✓ Archivo Maestro de Cotizaciones de enero a diciembre de cada año.
 - ✓ Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de cada año.

3.4. Análisis del Rendimiento de los Planes según Perfil de los Cotizantes

El objetivo de este análisis, es conocer en términos generales el rendimiento promedio o relación que existe entre las primas aportadas por los beneficiarios y las bonificaciones recibidas por el uso de prestaciones de salud, a objeto de identificar las diferencias que se producen entre las isapres y entre los diferentes perfiles de riesgo de los cotizantes.

Cabe señalar, que el indicador de rendimiento aquí definido puede diferir de aquel que se obtiene a partir de la información financiera de las isapres, por cuanto las bases de datos utilizadas en este estudio son pobladas a partir de criterios de naturaleza diferente a la contable. Asimismo, es importante mencionar que este indicador muestra el rendimiento de los planes sólo respecto de las prestaciones de salud bonificadas, excluyendo otros costos de operación como el SIL, Gastos de Administración y Ventas, Utilidades, entre otros ítems que pueden ligarse al rendimiento de los planes.

Rendimiento Promedio de los Planes Individuales

El rendimiento promedio asociado a los planes de salud vigentes en el subsistema de isapres abiertas el año 2012 es equivalente a 0,72 e indica que por cada peso que ingresa por concepto de prima de los planes, 72 centavos se destinan en promedio al financiamiento de las prestaciones de salud. El indicador fluctúa entre 0,62 y 0,78 dependiendo de la institución de que se trate. Así, las isapres que alcanzan el mayor rendimiento durante el año 2012 son

Colmena y Cruz Blanca con un indicador de 0,78 y la que exhibe el menor rendimiento es Consalud cuyo indicador es de 0,62⁵.

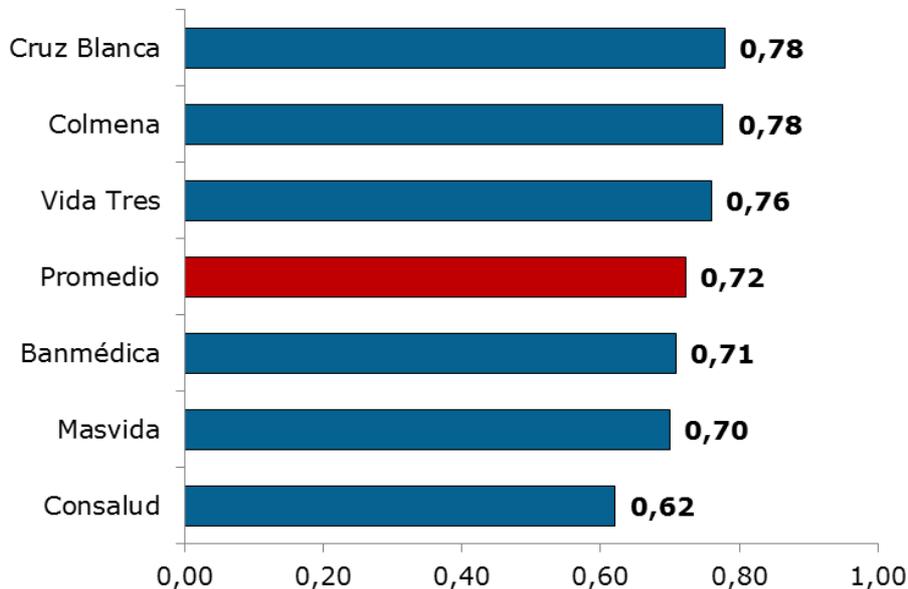
Cuadro 8: Rendimiento de los Planes de Salud Individuales Isapres Abiertas, año 2012

Isapre	Rendimiento Planes Individuales
Colmena	0,78
Cruz Blanca	0,78
Vida Tres	0,76
Masvida	0,70
Banmédica	0,71
Consalud	0,62
Promedio	0,72

Fuentes: Archivo Maestro de Cotizaciones de enero a diciembre de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

En el gráfico 4 siguiente, se observa que tres isapres abiertas ubican el rendimiento promedio de sus planes bajo el promedio del subsistema mientras que otras tres se encuentran por sobre este promedio. Las isapres que se sitúan bajo el promedio son Consalud, Masvida y Banmédica y sobre el promedio están las isapres Cruz Blanca, Colmena y Vida Tres.

Gráfico 4: Rendimiento Promedio de los Planes Individuales por Isapre Isapres Abiertas, 2012



Fuentes: Archivo Maestro de Cotizaciones de enero a diciembre de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

⁵ En este análisis se excluye información de la Isapre Ferrosalud, debido a que los datos disponibles para esta isapre no son suficientes como para obtener resultados concluyentes en relación con el rendimiento de sus planes.

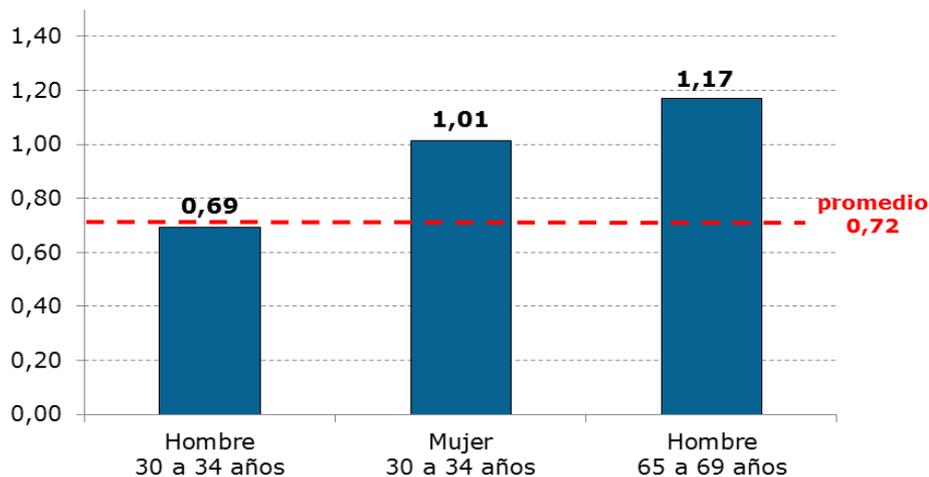
Rendimiento de los Planes según Perfil de los Cotizantes

El gráfico 5 siguiente, muestra que el rendimiento de los planes es distinto para los diferentes perfiles de cotizantes. En efecto, dentro de los grupos analizados, el máximo rendimiento es alcanzado por los cotizantes hombres entre 65 y 69 años de edad, con un indicador promedio de 1,17, luego, con un calce casi perfecto se encuentran las mujeres entre 30 y 34 años con un indicador de 1,01 y finalmente, con un rendimiento bajo el promedio se ubican los hombres entre 30 y 34 años con un indicador de 0,69.

Lo anterior, permite concluir que, en promedio, los cotizantes hombres de mayor edad (64 a 69 años, en este caso) gastan en prestaciones de salud montos superiores a los que aportan a través de sus primas, por lo que estarían siendo fuertemente subsidiados por otros grupos de cotizantes, entre ellos, los hombres de 30 a 34 años quienes muestran un rendimiento inferior en relación al promedio del sistema. Las mujeres entre 30 y 34 años, en tanto, se encontrarían en un punto de equilibrio en el cual sus aportes serían coincidentes con sus gastos en prestaciones. No obstante, estas últimas también estarían recibiendo contribuciones desde otros grupos para financiar los demás costos asociados al contrato de salud como por ejemplo los subsidios por incapacidad laboral.

El menor rendimiento observado para los hombres entre 30 y 34 años, podría deberse a la combinación de un bajo nivel de riesgo con una cotización obligatoria de 7% que sería más que suficiente para solventar los gastos de este perfil de cotizantes (sobreprima).

**Gráfico 5: Rendimiento de los Planes según Perfil de los Cotizantes
Isapres Abiertas, 2012**



Fuente: Archivo Maestro de Cotizaciones de enero a diciembre de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

En el cuadro 9, se observa el rendimiento de los planes de cada institución para los diferentes grupos de cotizantes en análisis. Esta información permite concluir que el rendimiento de los planes es disímil entre las isapres al interior de cada grupo de riesgo, pero que el patrón de rendimiento entre los grupos es el mismo, es decir, los cotizantes hombres entre 30 y 34 años muestran el más bajo rendimiento dentro de un rango que va entre 0,55 y 0,82 según la isapre, las mujeres entre 30 y 34 años obtienen rendimientos intermedios (salvo en Vida Tres) que fluctúan entre 0,84 y 1,13 y los hombres entre 65 y 69 años alcanzan los mejores rendimientos (salvo en Vida Tres) con indicadores que fluctúan entre 0,92 y 1,32.

Las isapres que muestran el mejor rendimiento de sus planes, tanto para el grupo de cotizantes conformado por hombres entre 30 y 34 años como por mujeres de la misma edad, son Vida Tres, Colmena y Cruz Blanca. Por su parte, las isapres que muestran el mejor rendimiento para los cotizantes hombres de mayor edad son Masvida, Cruz Blanca y Banmédica.

Cabe señalar además, que la única isapre que ubica el rendimiento de sus planes por sobre el promedio en todos los grupos analizados es la isapre Cruz Blanca.

Cuadro 9: Rendimiento de los Planes por Isapre según Perfil de los Cotizantes Isapres Abiertas, año 2012

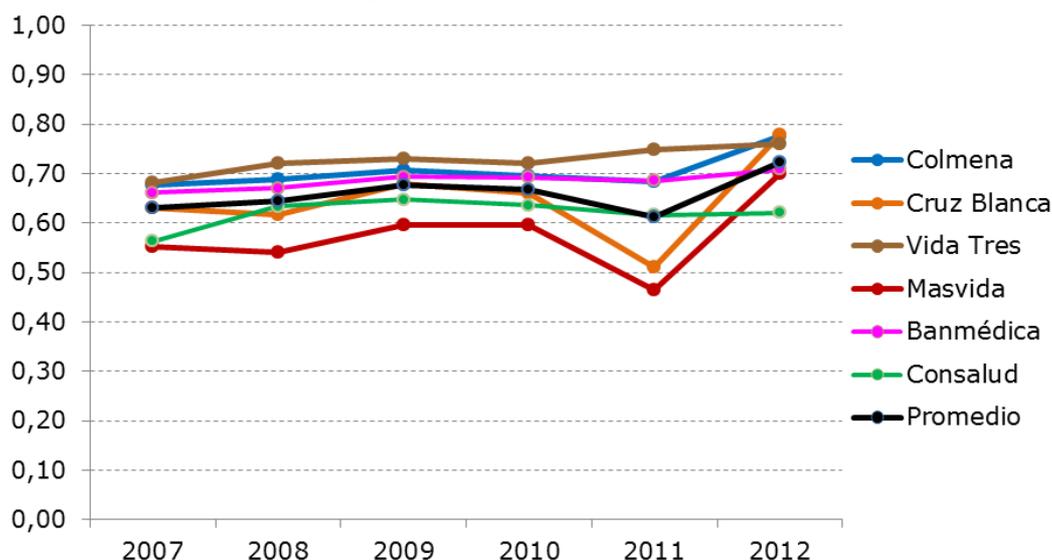
Isapre	Hombre 30 a 34 años	Mujer 30 a 34 años	Hombre 65 a 69 años
Colmena	0,77	1,10	1,16
Cruz Blanca	0,76	1,06	1,25
Vida Tres	0,82	1,13	0,92
Masvida	0,60	0,96	1,32
Banmédica	0,69	0,98	1,24
Consalud	0,55	0,84	1,16
Promedio	0,69	1,01	1,17

Fuente: Archivo Maestro de Cotizaciones de enero a diciembre de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

3.5. Análisis de la Evolución del Rendimiento de los Planes de Salud

El objetivo de este análisis es conocer la tendencia del rendimiento de los planes de salud individuales de cada una de las isapres abiertas del mercado, en los últimos seis años en contraste con la evolución del rendimiento promedio de todas ellas.

Gráfico 6: Evolución del Rendimiento de los Planes Individuales por Isapre Isapres Abiertas, 2007-2012



Fuente: Archivo Maestro de Cotizaciones de enero a diciembre de 2012 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

El gráfico 6, muestra que en general la evolución del rendimiento de los planes de las diferentes isapres abiertas, sigue la misma tendencia que el promedio de todas ellas, es decir, con determinado progreso hacia el año 2009, caída el año 2010 la que se hace más aguda en el año 2011, particularmente para las isapres Cruz Blanca y Masvida, y repunte hacia el año 2012. No se tiene una explicación clara para la disminución de rendimiento observada entre los años 2010 y 2011, pero se supone que en ella influyen los importantes incrementos de precios aplicados a los planes a partir de julio de 2010.

Este gráfico, también permite observar que la evolución del rendimiento de los planes de las isapres Masvida y Vida Tres mantiene una trayectoria más alejada del promedio, mientras la primera muestra rendimientos muy por debajo del promedio, la segunda lo hace por sobre éste, constituyéndose en la isapre con los mejores rendimientos. En este gráfico también destaca el repunte del rendimiento de las isapres Cruz Blanca y Masvida hacia el promedio del subsistema el año 2012 y el deterioro paulatino del rendimiento de los planes en Consalud. El resto de las instituciones muestran tendencias más estables en torno al promedio.

4. Estudio de las Coberturas en Salud Mental

4.1. Objetivo

Este estudio tiene por objetivo, conocer y dimensionar la cobertura financiera contemplada en los planes individuales de salud de las isapres abiertas del mercado para el conjunto de prestaciones relacionadas con la atención de salud mental. Es sabido que los tratamientos psiquiátricos y psicológicos son de larga duración y normalmente llevan asociado un alto costo, además, la difícil constatación y certificación de estos diagnósticos genera incentivos para el uso abusivo de los beneficios del sistema. Estas condiciones particulares determinan que las isapres establezcan mayores barreras de acceso a estos tratamientos, las que se traducen en coberturas restringidas para las prestaciones vinculadas a ellos.

4.2. Metodología

El indicador de cobertura corresponde al porcentaje de bonificación promedio otorgado por los planes individuales al conjunto de prestaciones de salud mental, el cual se estima con la relación que existe entre los valores facturados y bonificados de todas las prestaciones vinculadas a tratamientos de este tipo, registradas durante el año 2012. Se consideran prestaciones de salud mental todas aquellas contenidas en el grupo 09 del Arancel Fonasa en su modalidad de libre elección, incluidas las adicionales singularizadas como propias por las isapres en este mismo grupo.

Para establecer comparaciones y dimensionar brechas de cobertura, el indicador se calculó también para el total de las prestaciones bonificadas el año 2012. Asimismo, se consideró la apertura de los indicadores conforme al tipo de atención recibida (ambulatoria y hospitalaria) y a la modalidad de atención utilizada (libre elección y con prestador preferente).

4.3. Fuentes de Información

La fuente de esta información es el archivo maestro de prestaciones bonificadas correspondiente al año 2012.

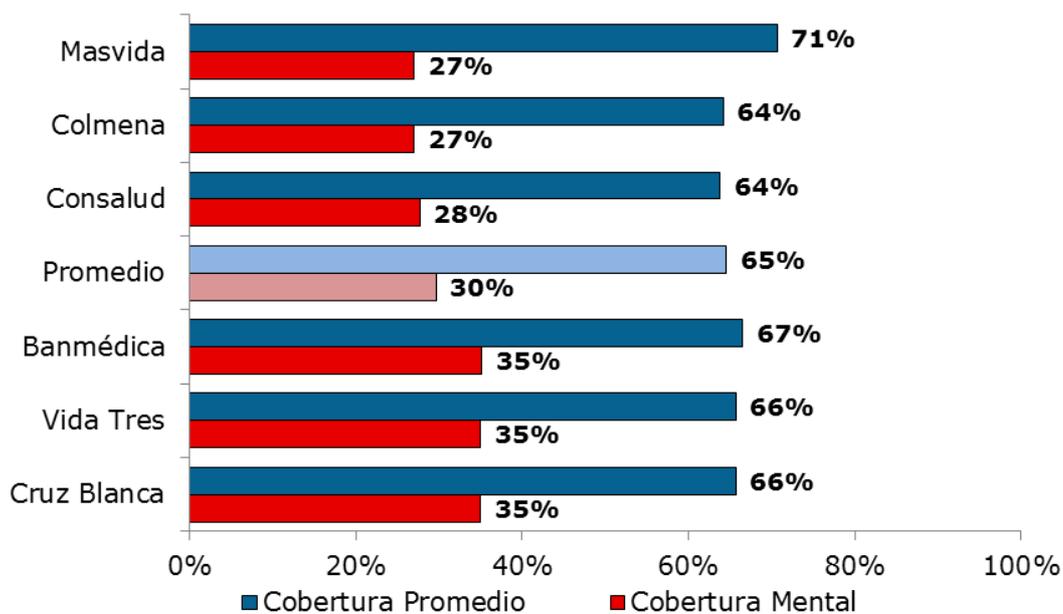
El análisis se ha focalizado en los planes individuales de las isapres abiertas del Sistema que registran a lo menos una prestación de salud mental bonificada durante el año 2012.

4.4. Análisis de la Cobertura Mental por Isapre

El gráfico 7 muestra que, en promedio, los planes individuales vigentes en el subsistema de isapres abiertas otorgan una bonificación equivalente al 30% de los montos facturados por concepto de prestaciones de salud mental. Este promedio, constituye una brecha de 35 puntos porcentuales en relación con la cobertura general de los planes para el total de prestaciones. Lo anterior, deja en evidencia las importantes restricciones existentes para este grupo de prestaciones de salud, las cuales no son muy distintas entre las isapres. En efecto, las coberturas observadas para la salud mental fluctúan entre un 27% y un 35% dependiendo de la isapre y todas ellas distan de las coberturas generales en más de 30 puntos porcentuales.

Las isapres que muestran las coberturas más bajas en salud mental, son Masvida, Colmena y Consalud, todas ellas bajo el promedio del subsistema y las isapres que exhiben las mayores coberturas para este grupo de prestaciones, son Cruz Blanca, Vida Tres y Banmédica. Destaca la situación de la isapre Masvida que, además de ser la isapre con más baja cobertura en salud mental, también presenta la mayor brecha entre ésta y la cobertura general de sus planes.

**Gráfico 7: Cobertura Prestaciones de Salud Mental por Isapre
Isapres Abiertas, Año 2012**

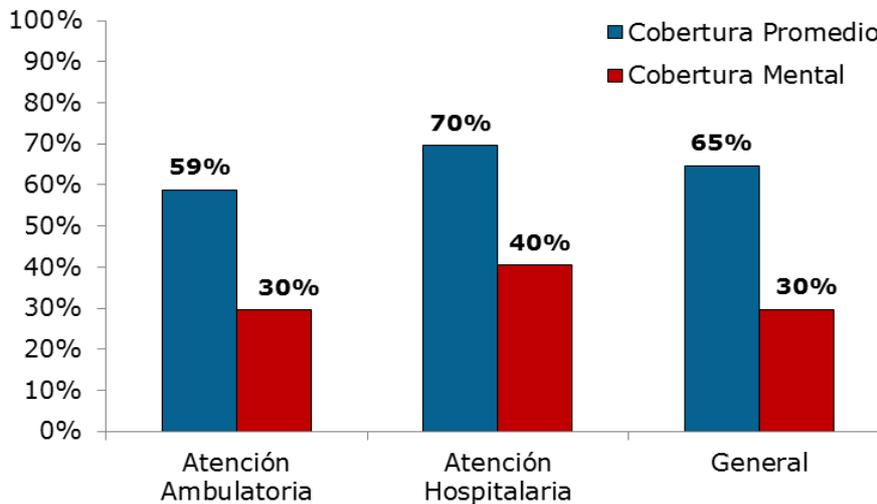


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

Al analizar las coberturas de salud mental según el tipo de atención requerido, se observa que para las atenciones de carácter hospitalario existe una mejoría, situándose en un promedio de 40%. No obstante lo anterior, esta cifra mantiene los 30 puntos porcentuales de brecha con respecto a la cobertura general otorgada a las prestaciones hospitalarias (ver gráfico 8).

Cabe señalar además, que el gasto facturado en prestaciones de tipo hospitalario, dentro del total del gasto correspondiente a tratamientos de salud mental, es de sólo 0,8%, por lo que la cobertura promedio señalada en el párrafo anterior podría no ser representativa de la cobertura efectiva.

Gráfico 8: Cobertura Prestaciones de Salud Mental según Tipo de Atención Isapres Abiertas, Año 2012

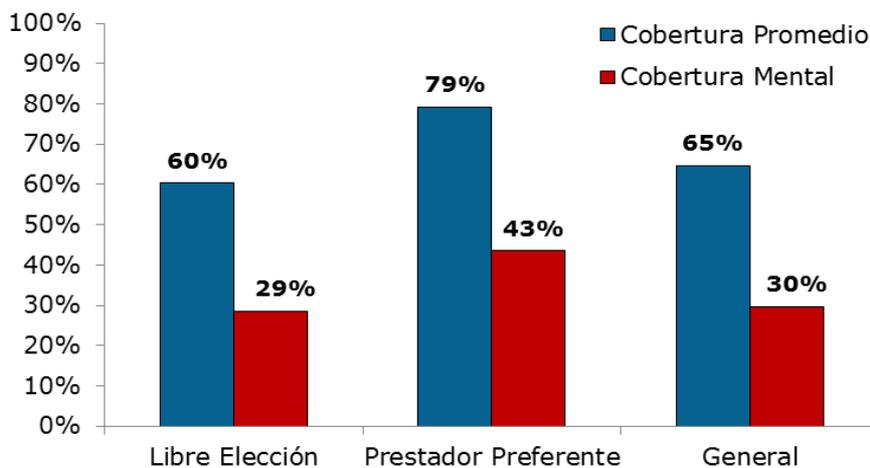


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

Por otra parte, al analizar las coberturas de salud mental según la modalidad de atención utilizada por los beneficiarios, es posible constatar que la utilización de prestadores preferentes mejora de manera importante la cobertura de las prestaciones. En efecto, el gráfico siguiente muestra que la cobertura preferente es de un 43% en promedio, es decir, 14 puntos porcentuales superior a la que se obtiene al utilizar la modalidad de libre elección en este tipo de prestaciones.

En relación con lo anterior, es preciso señalar que el gasto facturado en prestadores preferentes representa sólo un 6,8% del total gastado por las isapres abiertas en tratamientos de salud mental, por lo que la cobertura promedio señalada en el párrafo anterior podría no ser representativa de la cobertura efectiva. Asimismo, se hace presente que las isapres mantienen muy pocos convenios con prestadores de este ámbito de la salud.

Gráfico 9: Cobertura Prestaciones Salud Mental según Modalidad de Atención Isapres Abiertas, Año 2012



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2012.

5. Principales Conclusiones

En cuanto a las brechas entre coberturas declaradas y efectivas

- Entre las coberturas de carátula y las coberturas efectivas asociadas a los planes individuales de las isapres abiertas, se constatan importantes diferencias. Mientras el 97,4% de los planes declaran coberturas superiores al 70%, sólo un 20% de ellos muestra coberturas efectivas de este orden. Las brechas entre ambas coberturas constituyen un verdadero problema de transparencia que hace muy difícil para los usuarios la selección adecuada de un plan de salud al momento de la compra.
- Las brechas existentes, pueden tener origen en tres causas que se complementan, pero que no son fáciles de dimensionar. La primera causa se atribuye a las isapres que establecen políticas comerciales poco transparentes cuyo propósito es atraer clientes y conseguir la venta de los planes por medio de la generación de expectativas de rendimiento fuera de la realidad. La segunda, se atribuye a los propios usuarios que, por desinformación y/o convicción, no optimizan el rendimiento de sus planes al acudir a prestadores más caros que los definidos para éstos. Finalmente, la tercera causa que puede estar incidiendo negativamente sobre las coberturas efectivas de los planes, es la aplicación de las restricciones temporales establecidas para las enfermedades preexistentes declaradas por los cotizantes.
- No obstante lo anterior, el análisis comparativo de planes nuevos y antiguos en relación con las coberturas de carátula, muestra que ésta ha ido evolucionando hacia tramos de cobertura inferiores. En efecto, con respecto a los planes antiguos, la oferta actual de planes ha perdido más de 7 puntos porcentuales de participación en los tramos 100%/100% (de cobertura ambulatoria y hospitalaria, respectivamente) y se agrupa mayoritariamente en los tramos 70%/90%, con una concentración que alcanza al 42,8%.
- La menor presencia de planes nuevos en tramos de cobertura de carátula más altos, puede atribuirse a una política de mayor sinceridad y transparencia de la oferta por parte de las Isapres, lo que contribuye a disminuir las brechas existentes entre las coberturas declaradas y las coberturas efectivas de los planes.
- Por su parte, al hacer un análisis comparativo de los planes nuevos y antiguos con respecto a las coberturas efectivas, se observa que la oferta actual de planes se presenta menos dispersa y más concentrada en los casilleros intermedios que combinan el tramo 50% y 60% de cobertura ambulatoria con los tramos 60%,70% y 80% de cobertura hospitalaria. También se observa mayor presencia de planes nuevos en los tramos 70%/90% y una menor concentración de ellos en los tramos inferiores a 50%. Con todo, se puede concluir que la cobertura efectiva presenta una muy discreta mejoría, particularmente en lo que se refiere a coberturas hospitalarias.

En cuanto al rendimiento de los planes por grupo de cotizantes

- El rendimiento promedio asociado a los planes de salud vigentes en el subsistema de isapres abiertas, durante el año 2012, es equivalente a 0,72, indicando que por cada peso que ingresa por concepto de prima de los planes, 72 centavos se destinan en promedio al financiamiento de prestaciones de salud. El indicador fluctúa entre 0,62 y 0,78, dependiendo de la institución de que se trate, donde las isapres que exhiben el mayor rendimiento son Cruz Blanca y Colmena y la que exhibe el menor rendimiento es Consalud.

- El rendimiento de los planes es distinto para los diferentes perfiles de cotizantes. En efecto, el máximo rendimiento es alcanzado por los cotizantes hombres de mayor edad (entre 65 y 69 años de edad, en este caso) con indicador de 1,17, los que estarían siendo fuertemente subsidiados por otros grupos entre los que se encuentran los hombres entre 30 y 34 años quienes presentan rendimientos por debajo del promedio del subsistema. Las mujeres entre 30 y 34 años, en tanto, se encontrarían en un punto de equilibrio en el cual sus aportes serían coincidentes con sus gastos en prestaciones. No obstante, estas últimas también estarían recibiendo contribuciones desde otros grupos para financiar los demás costos asociados al contrato de salud, como por ejemplo, los subsidios por incapacidad laboral.
- El menor rendimiento observado para los hombres entre 30 y 34 años, podría deberse a la combinación de un bajo nivel de riesgo con una cotización obligatoria de 7% que sería más que suficiente para solventar los gastos de este perfil de cotizantes
- El análisis de la evolución del rendimiento de los planes en los últimos seis años muestra un incremento entre los años 2007 a 2009 para luego caer entre los años 2010 y 2011 y finalmente repuntar el año 2012. No se tiene una explicación clara para la disminución de rendimiento observada entre los años 2010 y 2011, pero se supone que en ella influyen los importantes incrementos de precios aplicados por las isapres a partir de julio de 2010.
- Finalmente, al analizar la evolución del rendimiento de los planes por isapre, se advierte que todas ellas siguen el patrón de tendencia del promedio de ellas. No obstante, los rendimientos de los planes de las isapres Masvida y Vida Tres se mantienen a cierta distancia del promedio, mientras la primera muestra rendimientos muy por debajo del promedio, la segunda lo hace por sobre éste constituyéndose en la isapre con los mejores rendimientos. También se destaca en este análisis, el repunte de las isapres Cruz Blanca y Masvida durante el año 2012 y el deterioro paulatino del rendimiento de los planes de Consalud. El resto de las instituciones muestran tendencias más estables en torno al promedio.

En cuanto a las coberturas de salud mental

- En promedio, los planes individuales vigentes en el subsistema de isapres abiertas, otorgan una bonificación equivalente al 30% de los montos facturados por concepto de prestaciones de salud mental. Este promedio, constituye una brecha de 35 puntos porcentuales en relación con la cobertura general otorgada por los planes al total de prestaciones.
- Lo anterior, deja en evidencia las importantes restricciones existentes para este grupo de prestaciones de salud, las cuales no son muy distintas entre las isapres, por cuanto, el indicador de cobertura fluctúa entre 27% y 35% dependiendo de la institución y en todas ellas, se mantiene una brecha importante con respecto a las coberturas promedio de las prestaciones generales que supera los 30 puntos porcentuales.
- Las isapres que muestran las coberturas más bajas en salud mental, son Masvida, Colmena y Consalud, todas ellas bajo el promedio del subsistema y las isapres que exhiben las mayores coberturas para este grupo de prestaciones, son Cruz Blanca, Vida Tres y Banmédica. Destaca la situación de la isapre Masvida que, además de ser la isapre con más baja cobertura en salud mental, también presenta la mayor brecha entre ésta y la cobertura general de sus planes.

6. Estudios Relacionados

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2000. Cobertura en el Sistema Isapre. Diagnóstico, Diciembre de 2000.

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2000. Producto y Precios en el Sistema Isapre, Septiembre de 2008.

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2008. Estandarización y Simplificación de los Planes de Salud de las Isapres. Observador de Planes, Diciembre de 2008.

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2012. Coberturas Financieras de los Planes de Salud de Isapres. Base 2010, Marzo de 2012.

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2012. Análisis de los Planes de Salud del Sistema Isapre a Enero de 2012, Junio de 2012.