



Documento de Trabajo

Análisis de los Planes de Salud del Sistema Isapre A Enero de 2017

Departamento de Estudios y Desarrollo

Fecha de Presentación: 30 de Junio de 2017

Fecha de Publicación: 30 de Noviembre de 2017

Tabla de Contenidos

Resumen Ejecutivo.....	3
1. Antecedentes.....	4
2. Análisis de los Planes de Salud Complementarios	5
2.1 Planes de Salud según Tipo de Isapre	6
2.2 Planes de Salud según Situación Comercial.....	8
2.3 Planes de Salud según Tipo	9
2.4 Planes de Salud según Amplitud de la Cobertura	10
2.5 Planes de Salud según Modalidad de Atención.....	12
2.6 Planes de Salud según Área Geográfica.....	14
2.7 Planes de Salud según Modalidad del Precio.....	15
2.8 Planes de Salud según Concentración de Cotizantes.....	16
3. Análisis de las Coberturas de los Planes de Salud Complementarios.....	18
3.1 Coberturas Efectivas según Tipo de Atención	18
3.2 Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan (Antiguos y Nuevos)	20
3.3 Coberturas Efectivas según Tipo de Plan	22
3.4 Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan	24
4. Evolución de los Copagos	26
4.1 Evolución de los Copagos en Términos Absolutos.....	27
4.2 Evolución de los Copagos en Términos Per-cápita	27
5. Coberturas Efectivas y de Carátula	30
5.1 Antecedentes Metodológicos.....	30
5.2 Análisis Comparado entre Coberturas de Carátula y Coberturas Efectivas.....	31
6. Conclusiones	33
7. Referencias	37
ANEXOS	

Resumen Ejecutivo

Con el propósito de contribuir a la transparencia del Sistema Isapre, en este documento se presenta un análisis pormenorizado de los planes complementarios de salud vigentes en enero de 2017 y de las coberturas financieras que tienen asociadas.

En enero de 2017, el Sistema Isapre informa 60.266 planes vigentes, de los cuales, 6.815 (11,3%) se encuentran en comercialización (oferta). El 88,7% restante, son planes antiguos o de stock. Con respecto al año anterior, los planes antiguos caen en un 5,2% y la oferta en un 10,4%. Todas las isapres abiertas disminuyen su oferta de planes, salvo Óptima.

Un 58,2% de los planes son de tipo individual y cubren al 89,9% de los cotizantes; no obstante, en la oferta actual se observa una mayor participación de planes grupales (59,3% del total en comercialización). La mayoría de los cotizantes están en planes con cobertura general (56,5%); sin embargo, los planes con cobertura reducida de parto continúan captando nuevos afiliados (+3 p.p.). Los planes con cobertura reducida de honorarios son escasos y concentran sólo al 0,6% de los cotizantes. Existe una mayor proporción de planes preferentes (53,6%) que se incrementan en la oferta (63,6% del total en comercialización), desplazando a los planes de libre elección. Los planes cerrados, aunque escasos, también muestran un repunte el último año, pasando de un 2,4% a 4,4% del total en venta. La gran mayoría de los planes vigentes tienen precios expresados en UF y concentran al 96,5% de los cotizantes. Los planes al 7% y en pesos, continúan disminuyendo y, los últimos, ya no se venden.

La evolución de la cobertura efectiva de los planes ha sido decreciente en el tiempo. La cobertura ambulatoria cae desde 57% en 2007 a 54% en 2016 y la hospitalaria de 74% a 68%. El sutil y constante deterioro de las coberturas puede atribuirse a varias causas: i) reajustes insuficientes de los valores arancelarios (topes) en relación a los precios de mercado de las prestaciones; ii) generación de planes con coberturas menores por parte de las isapres; y, iii) cambios hacia planes más económicos por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto del alza de precios base). No obstante, al comparar el comportamiento de las coberturas de planes nuevos y antiguos, se observa que ambas tienden a equipararse desde 2012 y, por tanto, no podría aseverarse que ha existido un recambio significativo hacia planes con coberturas más bajas. Por otra parte, se ha observado, que tanto los planes de libre elección como los preferentes, han ido deteriorando su cobertura en alrededor de 4 p.p. entre 2007 y 2016, lo que sí podría atribuirse a una devaluación de los topes consignados en los planes para cada prestación. El incremento del copago promedio por beneficiario asciende a \$138.967 nominales respecto del año 2007. El impacto de la inflación explica un 43,9% de este incremento (\$61.019); el aumento de la tasa de uso de prestaciones explica un 41,4% (\$57.509) y; el deterioro de las coberturas de los planes de salud es responsable del 14,7% restante de dicho incremento (\$20.439).

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

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

1. Antecedentes

El Sistema Isapre se caracteriza por la existencia de una gran cantidad de planes de salud, donde, la mayor diversidad se presenta entre las isapres abiertas, las cuales, han definido diferentes líneas de planes que se acomodan a los distintos perfiles de usuarios, considerando un binomio creciente de coberturas y precios, para abarcar así la extensa gama de 7% posibles.

La multiplicidad y complejidad de los planes existentes, plantean condiciones bajo las cuales se hace muy difícil efectuar comparaciones que permitan a los usuarios, por una parte, elegir el plan más acorde a sus necesidades y, por otra, utilizarlos de manera eficiente. Esta situación, también genera dificultades a las isapres para gestionar los riesgos de cada plan, por cuanto, gran parte de ellos concentra una población muy baja de cotizantes, es así como, en enero de 2017, el 42,8% de los planes vigentes mantiene sólo un cotizante adscrito.

Como una forma de contribuir a la transparencia del Sistema Isapre en esta materia, en el presente documento se presenta un análisis detallado sobre los planes de salud vigentes, el cual se estructura sobre la base de diferentes características reconocibles en ellos, a saber:

- ✓ Situación Comercial: en comercialización (oferta) y no comercializados (antiguos),
- ✓ Tipo de Plan: grupales o individuales,
- ✓ Modalidad de Atención: libre elección de prestadores, prestadores preferentes o prestadores exclusivos (cerrados),
- ✓ Amplitud de la Cobertura: cobertura general, cobertura reducida para el parto o cobertura reducida para honorarios médicos,
- ✓ Área Geográfica: nacionales, metropolitanos o regionales,
- ✓ Modalidad del Precio: 7% de la renta imponible, pesos o UF.

Para cada una de estas dimensiones, el estudio cuantifica los planes existentes, la cartera de cotizantes asociada y los principales cambios que se han ido produciendo en el tiempo, particularmente, con respecto al año anterior.

Adicionalmente, en este documento se presenta un análisis de las coberturas financieras asociadas a los planes de salud vigentes, el cual tiene como propósito develar los beneficios que estos entregan, monitorear su evolución y dimensionar las brechas que existen entre las coberturas declaradas en sus carátulas –coberturas de carátula- y las efectivamente obtenidas por los beneficiarios al momento de hacer uso de ellos -coberturas efectivas-. Lo anterior, a fin de resaltar la importancia que tienen, tanto las políticas comerciales de las isapres como las decisiones de los propios beneficiarios, en la magnitud y comportamiento de esta variable.

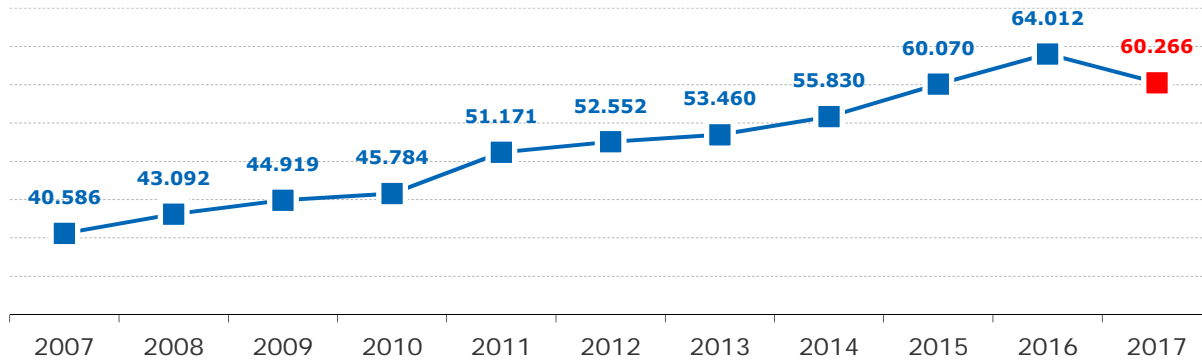
Este último análisis, se centra en las coberturas asociadas sólo a los planes complementarios, sin considerar las prestaciones financiadas con el beneficio adicional CAEC o GES-CAEC, a fin de obtener información de las coberturas puras de estos planes. Asimismo, el análisis se focaliza en las isapres abiertas del mercado, considerando que, en este subsistema, se concentra, como ya se dijo, la mayor diversidad de planes complementarios de salud.

Para fines de este estudio, el concepto de “planes vigentes” comprende a todos los planes en comercialización y a todos los planes que, sin estar en comercialización, mantienen uno o más cotizantes con beneficios vigentes en el mes de enero de 2017. Asimismo, el término “cobertura efectiva” corresponde al porcentaje que representa el monto total bonificado del monto total facturado por el conjunto de prestaciones curativas financiadas cada año. Por su parte, la “cobertura de carátula”, corresponde al porcentaje de bonificación genérico establecido en el formato de cada plan de salud para la mayoría de las prestaciones, según el tipo de atención, -ambulatorias u hospitalarias-.

2. Análisis de los Planes de Salud Complementarios

Desde el año 2007, la cantidad de planes de salud en el Sistema Isapre venía mostrando una tendencia sostenidamente creciente, aunque con distintas tasas de variación anual. Destacan en los últimos 10 años, el crecimiento observado en 2011 (+11,8%), 2015 (+7,6%) y 2016 (+6,6%), período este último, en el cual se alcanza un "peak" de 64.012 planes vigentes. Sin embargo, dicha tendencia se ve interrumpida en 2017, año en el cual se observa una disminución equivalente a un -5,9%.

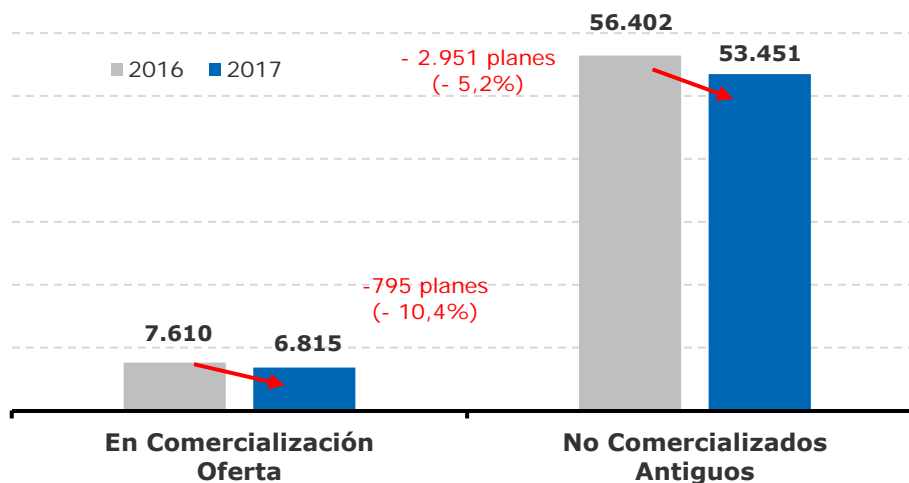
Gráfico 1: Cantidad de Planes Vigentes entre 2007 y 2017



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero de cada año

Es así como, a enero de 2017, el Sistema Isapre informa 3.746 planes menos que en enero de 2016. Esta caída, se atribuye fundamentalmente a las isapres Colmena y Cruz Blanca que disminuyeron su cartera de planes en 3.217 y 1.296, respectivamente. Además, esta disminución se produce tanto en los planes antiguos (-5,2%) como en los que se encuentran en comercialización (-10,4%). En el caso de Colmena la disminución se produce en los planes grupales antiguos o de stock y en el caso de Cruz Blanca la disminución se produce en la oferta de planes grupales.

Gráfico 2: Variaciones en la Cantidad de Planes Vigentes según Situación Comercial del Plan, 2016 vs 2017

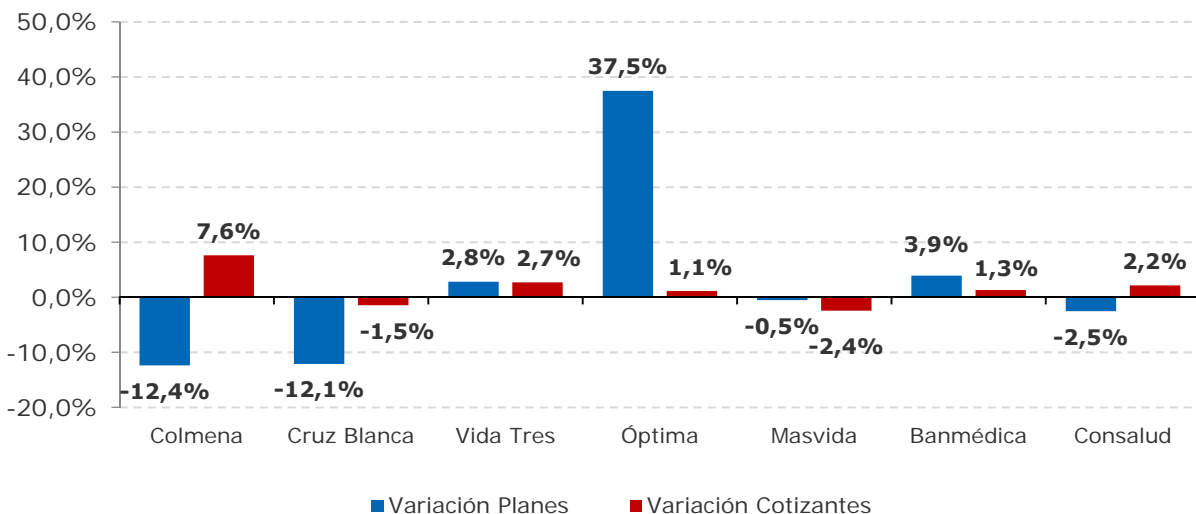


Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2016 y enero 2017

No todas las isapres disminuyeron su cartera de planes en el último período. Entre las abiertas, destacan con incrementos, Banmédica (+396), y Óptima (+320), seguidas de Vida Tres (+162), mientras el resto, muestra caídas menos relevantes que Colmena y Cruz Blanca.

Cabe hacer presente en este punto, que las variaciones en el número de planes no necesariamente tienen relación con la evolución de los cotizantes en cada una de las isapres. Es así como, por ejemplo, en Colmena los planes disminuyeron en un 12,4% el último año mientras los cotizantes se incrementaron en un 7,6%. En Óptima, en tanto, los planes se incrementaron en un 37,5%, mientras sus cotizantes lo hicieron sólo en 1,1% en igual período.

Gráfico 3: Variación en la Cantidad de Planes y Cotizantes por Isapre Abierta entre Enero de 2016 y Enero de 2017



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2016 y enero de 2017

2.1 Planes de Salud según Tipo de Isapre

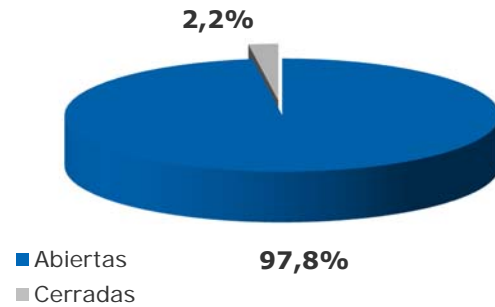
La distinta naturaleza de las isapres se define de acuerdo a su mercado objetivo y finalidad económica que persiguen. De esta forma, se distinguen dos tipos de Instituciones de Salud Previsional: las isapres abiertas y las cerradas.

Las isapres abiertas están orientadas a trabajadores de cualquier empresa. No establecen restricciones a priori para la incorporación de un beneficiario, de manera que el mercado potencial de estas isapres son todas las personas o grupos familiares que quieran y puedan contratar un plan de salud con estas instituciones.

Las isapres cerradas en cambio, están ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de ellas. Por lo general, se forman a partir de los sistemas de bienestar y tienen como único mercado la población de trabajadores de estas empresas y sus respectivas familias. Normalmente, el financiamiento de estas isapres contempla no sólo la cotización de los trabajadores, sino también, aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices. Hoy en día, cuatro de estas isapres se encuentran vinculadas a Codelco Chile y las dos restantes se vinculan a Soquimich y Banco Estado.

A enero de 2017, existe un total de 13 isapres en operación¹, 7 abiertas y 6 cerradas. Las isapres abiertas poseen el 98,7% de los planes y cubren a un 97,8% de los cotizantes. Las cerradas por su parte, poseen el 1,3% de los planes y reúnen sólo al 2,2% de los cotizantes.

Gráfico 4: Distribución de los Cotizantes según Tipo de Isapre En enero de 2017

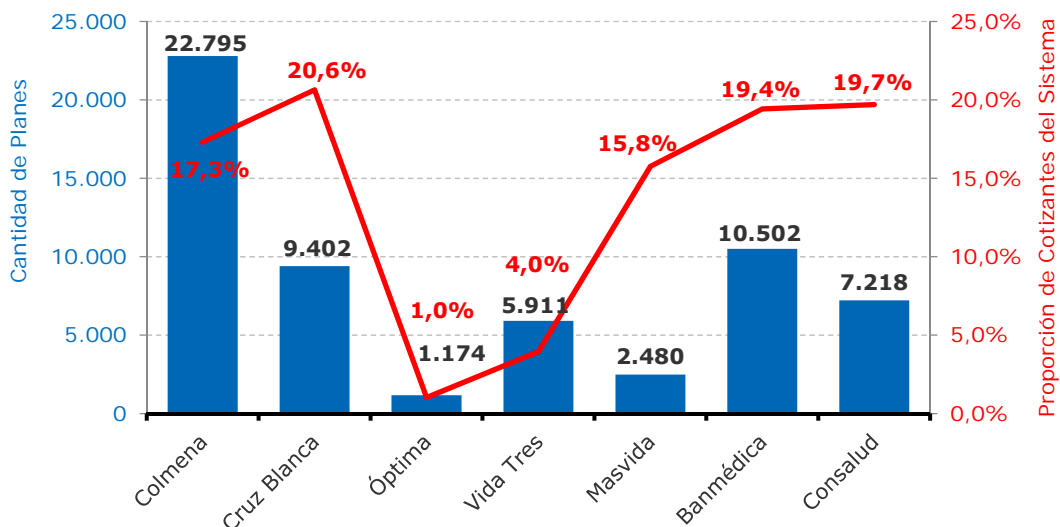


Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Con respecto al año anterior, la distribución entre isapres abiertas y cerradas muestra igual participación de cotizantes, aportando cierta estabilidad al sistema en cuanto a la tendencia a la baja que se venía observando en las isapres cerradas respecto de las abiertas, desde 2009.

Las cinco isapres abiertas más grandes, a saber: Cruz Blanca, Banmédica, Consalud, Colmena y Masvida, tienen el 86,9% de los planes de salud y en ellos reúnen al 92,8% de los cotizantes del Sistema, dando cuenta de una industria bastante concentrada.

Gráfico 5: Planes de Salud Vigentes por Isapre Abierta En Enero de 2017



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

¹ Cabe hacer presente que, a la fecha de este informe, la cartera de beneficiarios (y de planes) de la isapre Masvida pertenece a la Isapre Óptima, la que, a partir de junio de este año, pasó a denominarse “Nueva Masvida”. Sin embargo, en este estudio no se refleja este traspaso de cartera, por cuanto, la información analizada se refiere a un período anterior, en el cual, tanto la isapre Masvida como la Isapre Óptima se encontraban operando con sus respectivas carteras.

Las isapres abiertas con el mayor número de planes en enero de 2017, son: Colmena, Banmédica y Cruz Blanca con 22.795, 10.502 y 9.402 planes vigentes en los que concentran al 17,3%, 19,4% y 20,6% de los cotizantes del Sistema, respectivamente. Por el contrario, la isapre abierta con el menor número de planes es Óptima, con 1.174 planes vigentes donde reúne sólo al 1% de los cotizantes del Sistema, a la misma fecha.

2.2 Planes de Salud según Situación Comercial

De los 60.266 planes informados, un 11,3% se encuentra en comercialización (6.815 planes). Esta cifra representa una disminución de 10,4% con respecto a enero de 2016. La mayoría de las isapres abiertas disminuye la cantidad de planes comercializados, salvo Colmena, Óptima y Masvida. Sin embargo, el mayor impacto sobre la menor oferta del período se atribuye a la isapre Cruz Blanca, cuyos planes en comercialización caen en 1.278 ejemplares, en particular, esta isapre dejó de comercializar 1.769 planes grupales.

Gráfico 6: Distribución de los Planes de Salud según Situación Comercial



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

La mayoría de las isapres cerradas, salvo Fusat, mantiene en comercialización un porcentaje de planes superior al promedio del Sistema, incluso, Río Blanco mantiene a la venta el 100% de ellos. Entre las abiertas, las instituciones que presentan el mayor número de planes en comercialización son Cruz Blanca, Consalud y Colmena, muy distantes de las demás isapres abiertas cuya oferta no supera los 360 planes. Asimismo, la suma de los planes en comercialización de estas tres isapres, representa el 81,6% de la oferta global del mercado.

Cuadro 1: Distribución de los Planes Vigentes según Situación Comercial

Cód.	Isapre	Situación Comercial de los Planes				Totales N°
		En Comercialización		No Comercializados		
		N°	%	N°	%	
67	Colmena	1.537	6,7%	21.258	93,3%	22.795
78	Cruz Blanca	2.357	25,1%	7.045	74,9%	9.402
80	Vida Tres	121	2,0%	5.790	98,0%	5.911
81	Óptima	360	30,7%	814	69,3%	1.174
88	Masvida	341	13,8%	2.139	86,3%	2.480
99	Banmédica	256	2,4%	10.246	97,6%	10.502
107	Consalud	1.667	23,1%	5.551	76,9%	7.218
Isapres Abiertas		6.639	11,2%	52.843	88,8%	59.482
62	San Lorenzo	9	45,0%	11	55,0%	20
63	Fusat	14	4,2%	316	95,8%	330
65	Chuquicamata	30	66,7%	15	33,3%	45
68	Río Blanco	20	100,0%	0	0,0%	20
76	Fundación	102	28,0%	262	72,0%	364
94	Cruz del Norte	1	20,0%	4	80,0%	5
Isapres Cerradas		176	22,4%	608	77,6%	784
Sistema		6.815	11,3%	53.451	88,7%	60.266

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Cabe destacar, que el 88,7% de los planes informados (53.451 planes) corresponde a planes antiguos, es decir, que ya no se encuentran a la venta, de los cuales, un 46,2% tiene sólo un cotizante adscrito.

2.3 Planes de Salud según Tipo

El contrato de salud previsional es siempre individual, ya que, necesariamente y por mandato legal, se celebra entre alguna persona natural, individualmente considerada, y una Isapre registrada ante esta Superintendencia, por lo que, en rigor, no existen los contratos colectivos de salud previsional. El plan de salud en cambio, puede ser individual o grupal. Es grupal, el plan de salud a que se refiere el artículo 200 del DFL N°1 de 2005 de Salud, es decir, aquel que atendido el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o a un grupo de dos o más trabajadores, contempla el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener dicho cotizante de no mediar esta circunstancia, de la que siempre deberá dejarse constancia en el plan².

De los 60.266 planes informados en enero de 2017, un 58,2% son de tipo individual y un 41,8% son de tipo grupal. No obstante, los planes individuales concentran al 89,9% de los cotizantes del Sistema.

Gráfico 7: Distribución de los Planes Vigentes según Tipo

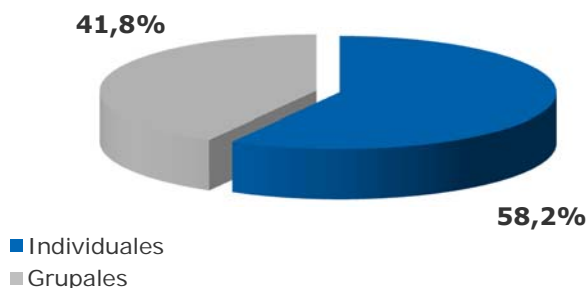
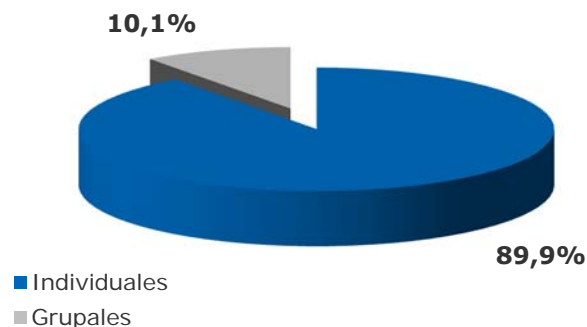


Gráfico 8: Distribución de los Cotizantes según Tipo de Plan



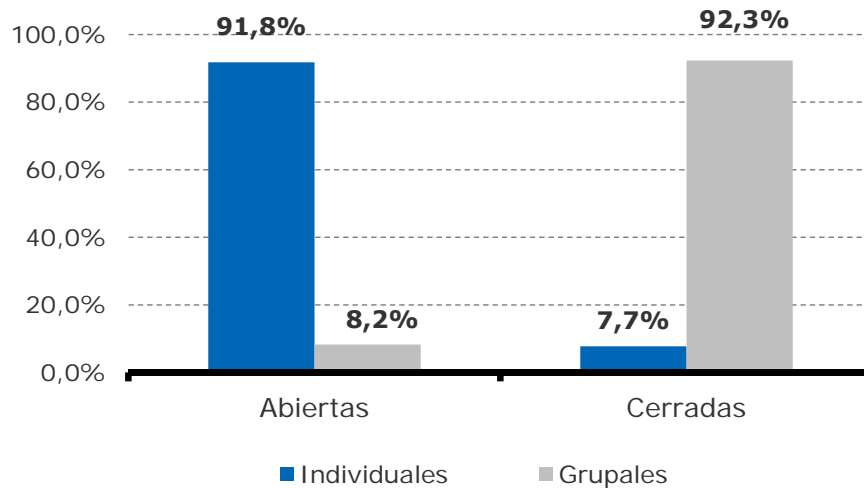
Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

La mayoría de las isapres cerradas, salvo Fusat, presentan una mayor proporción de planes grupales que individuales y, en este tipo de planes, concentran al 92,3% de su cartera de cotizantes.

² Los planes matrimoniales y/o financiados de manera compensada no se consideran planes grupales.

Por su parte, la mayoría de las isapres abiertas, salvo Colmena y Óptima, presentan una mayor proporción de planes individuales y en ellos concentran al 91,8% de su cartera de cotizantes.

Gráfico 9: Distribución de los Cotizantes según Tipo de Plan por Subsistema



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Si bien Colmena informa una mayor proporción de planes grupales (86,3%), en ellos reúne sólo al 18,5% de los cotizantes. La isapre Óptima por su parte, también informa una alta proporción de planes grupales (87,6%), sin embargo, a diferencia de Colmena, en estos concentra al 94,6% de los cotizantes. Salvo las recién mencionadas, el resto de las isapres abiertas tiene menos del 10% de su cartera de cotizantes en planes de este tipo³.

Con respecto a enero de 2016, la representatividad de los planes individuales se ha visto incrementada tanto en términos del número de planes (+5,3 puntos porcentuales) como en términos de la cantidad de cotizantes. Respecto de estos últimos, los planes individuales mantienen un discreto, pero sostenido aumento, pasando de un 89,8% a un 89,9% en enero de 2017.

En la actualidad, el mercado exhibe una mayor oferta de planes grupales (59,3%) lo que se atribuye a las isapres Consalud, Optima, Cruz Blanca y Colmena cuyos planes en comercialización son mayoritariamente de este tipo.

2.4 Planes de Salud según Amplitud de la Cobertura

Con respecto a la cobertura financiera, la ley vigente -artículo 190 del DFL N° 1 de 2005 de Salud-, establece que no podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Agregando además, que las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fonasa asegura en la modalidad de libre elección a todas las prestaciones contempladas en su arancel. Esta regulación, obligó a las isapres a eliminar la venta de planes sin cobertura de parto, los que, a diciembre de 2003, representaban un 6,2% de los planes existentes. No obstante lo anterior, los planes con cobertura restringida para algunas prestaciones como el

³ En el anexo 1 de este documento se incluye información detallada por isapre de los planes según su tipo.

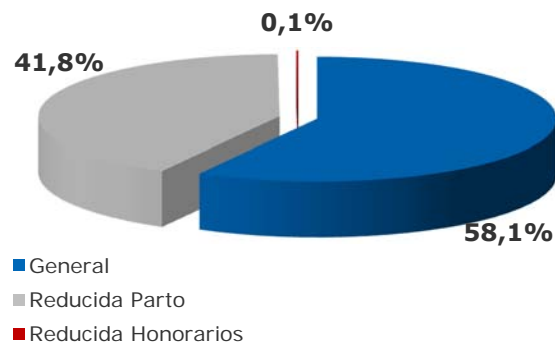
parto o los honorarios médicos se continúan comercializando en el Sistema Isapre, los primeros, cada vez con mayor preponderancia mientras que los últimos son más escasos.

Conforme a lo anterior, los planes de salud pueden clasificarse según la amplitud de su cobertura, en las siguientes categorías:

- Planes con cobertura general, aquellos que otorgan una cobertura equivalente a todas las prestaciones que pertenecen al mismo grupo genérico dentro del Arancel de libre elección del Fonasa.
- Planes con cobertura reducida de parto, aquellos que contemplan para las prestaciones asociadas al parto, una cobertura similar a la que otorga el Fonasa en su modalidad de libre elección, pero inferior a la estipulada para el resto de las prestaciones del arancel asociado al plan respectivo.
- Planes con cobertura reducida de honorarios médicos, aquellos que contemplan para los honorarios médicos, una cobertura similar a la que otorga el Fonasa en su modalidad de libre elección, pero inferior a la convenida para el resto de las prestaciones del arancel asociado al plan respectivo.

De los 60.266 planes informados a enero de 2017, un 58,1% corresponde a planes con cobertura general (35.006), un 41,8% a planes con cobertura reducida de parto (25.184) y un 0,1% a planes con cobertura reducida para honorarios médicos (76).

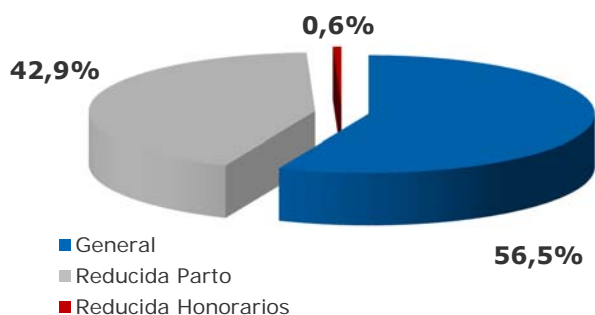
Gráfico 10: Distribución de los Planes según Amplitud de Cobertura



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Los planes con cobertura reducida de parto concentran al 42,9% de los cotizantes y el 9,9% de ellos están a la venta. Por su parte, los planes con cobertura reducida de honorarios médicos, concentran a un 0,6% de los cotizantes y sólo Colmena mantiene 11 planes de este tipo en comercialización.

Gráfico 11: Distribución de los Cotizantes según Amplitud de la Cobertura del Plan



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Tanto los planes con cobertura reducida de parto como los planes con cobertura reducida de honorarios médicos, se concentran en las isapres abiertas. Sólo Fusat informa planes con cobertura reducida de parto entre las cerradas. Las isapres que presentan la mayor cantidad de planes con cobertura reducida de parto son: Colmena, Cruz Blanca, Banmédica y Vida Tres, con 15.010, 3.805, 2.640 y 2.174 planes, respectivamente. Masvida, tiene 1.196 planes con cobertura reducida de parto y en ellos concentra al 76% de su cartera de cotizantes, le siguen Colmena con una concentración de un 68,9% de sus cotizantes y Optima con un 56,3%. Las demás isapres reúnen a menos del 50% de su cartera en este tipo de planes.

Colmena, Consalud y Masvida son las únicas isapres que informan planes con cobertura reducida para honorarios médicos, con 52, 16 y 8 planes, respectivamente, en los cuales concentran a menos del 2% de sus cotizantes, incluso Consalud mantiene a sólo 87 cotizantes en este tipo de planes.⁴

Con respecto a enero de 2016, se advierte una disminución de 1,4 puntos porcentuales en la participación de los planes con cobertura reducida de parto. Sin embargo, la participación de los cotizantes en este tipo de planes continúa en aumento (+3 puntos porcentuales). Por su parte, los planes con cobertura reducida de honorarios médicos mantienen una baja participación tanto en planes (0,1%) como en cotizantes (0,6%).

2.5 Planes de Salud según Modalidad de Atención

La mayoría de los planes de salud del Sistema Isapre han sido estructurados sobre la base de la libre elección de prestadores, muchos de los cuales consideran a la vez, una cobertura preferente en determinados prestadores. Dicha cobertura preferente se traduce en topes más altos y/o porcentajes de bonificación superiores aplicados sobre tarifas rebajadas para los beneficiarios que ejercen la opción de atenderse con los prestadores en convenio. De acuerdo con el tipo de prestador médico al cual se orientan, los planes de salud pueden clasificarse en:

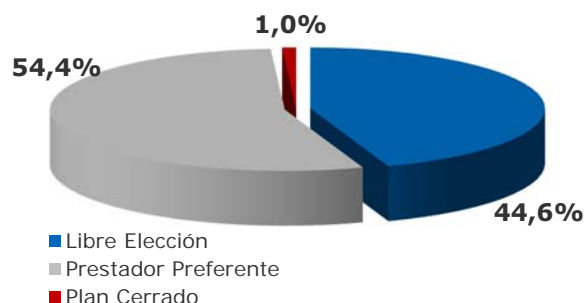
- Planes de libre elección, que no se encuentran orientados a ningún prestador médico específico, pudiendo el beneficiario optar libremente por el prestador de su elección.
- Planes con prestador preferente, que orientan al beneficiario de manera predominante hacia prestadores médicos específicos, con los cuales la isapre ha celebrado algún convenio, pudiendo el beneficiario, en todo caso, optar por otro prestador de su elección.

⁴ En el anexo 2 se adjunta información detallada por isapre de los planes según amplitud de la cobertura.

- Planes de atención cerrada, que orientan al beneficiario en forma exclusiva hacia prestadores médicos determinados, con los cuales la isapre se encuentra vinculada a través de algún convenio específico. Estos planes no plantean la opción de la libre elección.

De un total de 60.266 planes de salud informados a enero de 2017, un 44,6% corresponde a planes de libre elección (26.892 planes), un 54,4% a planes con prestador preferente (32.794) y sólo un 1% a planes cerrados (580 planes).

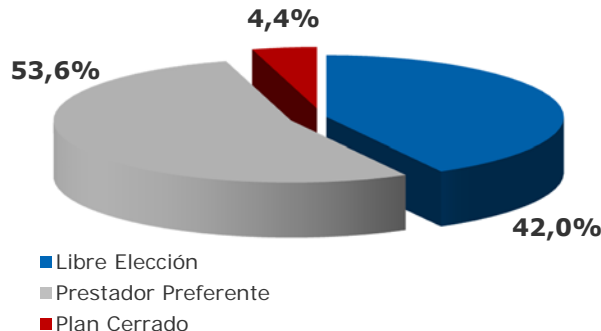
Gráfico 12: Distribución de los Planes según Modalidad de Atención



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Los cotizantes se distribuyen mayoritariamente entre planes con prestador preferente y de libre elección con una participación de 53,6% y 42%, respectivamente. Por su parte, los planes cerrados concentran al 4,5% de los cotizantes del Sistema.

Gráfico 13: Distribución de los Cotizantes según Modalidad de Atención del Plan



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Las isapres abiertas que han optado por la libre elección de manera predominante son Masvida (67,9% de sus planes), Consalud (62,4%) y Colmena (61%). Por el contrario, las isapres abiertas que han optado con mayor relevancia por planes con prestador preferente son Banmédica (93,3%), Vida Tres (84,2%) y Óptima (77,8%)⁵.

Cuatro isapres mantienen vigente la modalidad de atención cerrada: Consalud con 355 planes (14,1% de los cotizantes); Cruz Blanca, con 147 planes (5,7% de los cotizantes); Banmédica con 50 planes (0,1% de los cotizantes) y; Fusat con 28 planes (73,2% de los cotizantes). La oferta comprende 254 planes de este tipo de los cuales 160 corresponden a Consalud, 90 a Cruz Blanca y los 4 restantes a Fusat, mientras que Banmédica ya no informa planes cerrados en comercialización.

⁵ En el anexo 3, se adjunta información detallada por isapre de los planes de salud según la modalidad de atención.

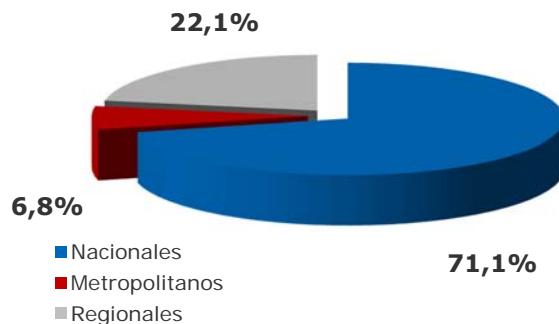
Con respecto a enero de 2016, se observa un incremento de 1,6 puntos porcentuales en la participación de los planes preferentes. No obstante, la distribución de los cotizantes en las diferentes modalidades de atención, se mantiene relativamente constante.

Al igual que el año anterior, en la oferta actual de planes, se observa que la modalidad de libre elección tiene menor preponderancia en relación a la que presenta cobertura preferente, por cuanto, representan sólo un 33% del total de planes en comercialización mientras que los planes preferentes representan un 63,3%. Asimismo, dentro de la oferta actual, los planes cerrados vuelven a aumentar su participación, pasando de 2,4% a 3,7%.

2.6 Planes de Salud según Área Geográfica

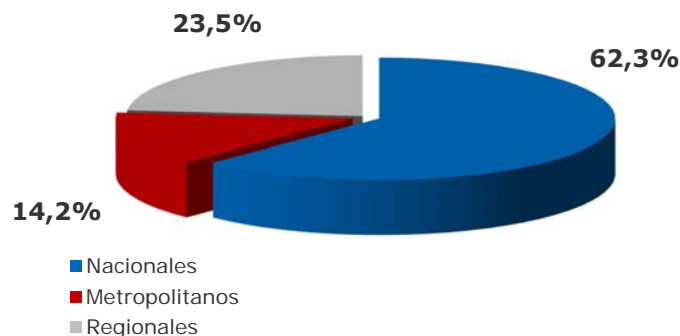
De los 60.266 planes de salud informados a enero de 2017, un 71,1% corresponde a planes nacionales (42.827 planes) vendidos en todas las regiones, un 22,1% a planes dirigidos a una o algunas regiones específicas, que pueden incluir o no a la región metropolitana (13.340 planes) y un 6,8% a planes vendidos exclusivamente en la región metropolitana (4.099 planes). En términos de cotizantes, estos últimos concentran a un 14,2% de la cartera total, mientras que los nacionales reúnen al 62,3% y los regionales sólo a un 14,2%.

Gráfico 14: Distribución de los Planes según Región donde se Comercializan



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Gráfico 15: Distribución Cotizantes según Región de Comercialización del Plan



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Los planes regionales se presentan en mayor proporción entre las isapres cuya casa matriz se encuentra ubicada fuera de la región metropolitana, como es el caso de la mayoría de las isapres cerradas salvo Fundación que ha privilegiado la venta de planes nacionales. Óptima con casa matriz en Santiago presenta una oferta focalizada en la región metropolitana (56,2%) aunque también tiene una importante participación en regiones (43,8%), particularmente

entre la V y IX región. Por su parte, la isapre Colmena orienta la venta de sus planes en un 100% a nivel nacional seguida de Vida Tres (66,7%), Consalud (65,5%) y Masvida (61,8%). Cruz Blanca y Banmédica presentan planes con diversa orientación geográfica⁶.

No obstante lo anterior, en relación con los planes en actual comercialización, se advierte que las isapres Masvida y Consalud disminuyen su oferta de planes nacionales privilegiando el mercado regional y también el metropolitano. Óptima, por su parte, orienta toda su oferta actual de planes a la Región Metropolitana.

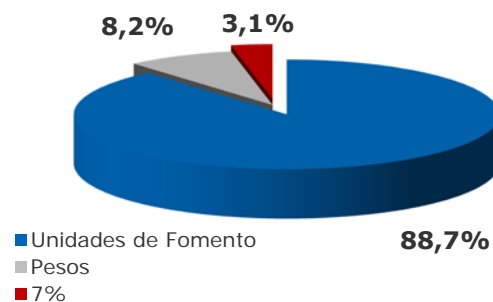
Con respecto a enero de 2016, la distribución geográfica tanto de los planes como de los cotizantes se mantiene relativamente similar.

2.7 Planes de Salud según Modalidad del Precio

Conforme a la ley vigente, el precio del plan de salud puede pactarse en unidades de fomento (UF), moneda de curso legal en el país (\$) o en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (7%) y, en este último caso, siempre que se trate de planes que pertenezcan a una isapre cerrada o sean de tipo grupal⁷.

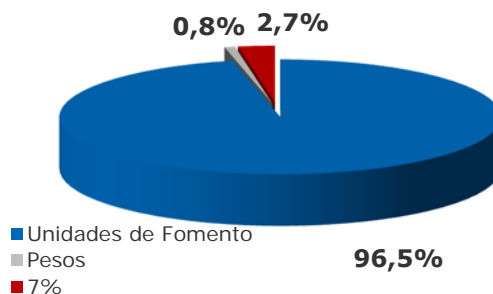
De los 60.266 planes de salud informados a enero de 2017, un 88,7% corresponde a planes cuyo precio se encuentra expresado en UF (53.427 planes), un 8,2% a planes expresados en pesos (4.947) y un 3,1% a planes expresados al 7% de la remuneración (1.892).

Gráfico 16: Distribución de los Planes Vigentes según Modalidad del Precio



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Gráfico 17: Distribución de los Cotizantes según Modalidad del Precio del Plan



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

⁶ En el anexo 4, se adjunta información detallada por isapre de los planes de salud según la región o área geográfica donde se comercializan.

⁷ Los planes individuales expresados al 7% de la renta imponible que se comercializaban con anterioridad a la entrada en vigencia de las modificaciones legales de 2005, mantendrán esta forma de financiamiento hasta que las partes acuerden otro tipo de modalidad.

Aun cuando, los planes expresados en pesos representan un 8,2% del total de planes vigentes, estos concentran sólo al 0,8% de los cotizantes. Cabe hacer presente, que en la oferta actual de planes, ninguna isapre se encuentra comercializando planes cuyos precios se encuentren expresados en moneda corriente.

Naturalmente, las isapres cerradas presentan una mayor proporción relativa de cotizantes adscritos a planes expresados al 7% de la renta (52,3% en promedio vs 1,6% en isapres abiertas). En la oferta actual de planes, un 8,1% se encuentran expresados al 7% y todos ellos, cumpliendo con la normativa vigente, son de tipo grupal. Cabe hacer presente que las isapres Vida Tres y Consalud no mantienen a la venta planes expresados al 7%.

Un 96,5% de los cotizantes se encuentran adscritos a planes expresados en UF cifra que se ha venido incrementando paulatinamente a través de los años (87,9% en 2007), lo que reafirma la tendencia de la industria hacia esta forma de expresar los precios⁸.

2.8 Planes de Salud según Concentración de Cotizantes

El Sistema en su conjunto muestra un promedio de 32 cotizantes por plan de salud. Este promedio asciende a 54 dentro del subsistema de isapres cerradas. La isapre abierta que concentra el mayor número de cotizantes por plan es Masvida con un indicador de 123, mientras que las isapres abiertas que concentran el menor número de cotizantes por plan son Vida Tres, Colmena y Óptima, con indicadores de 13, 15 y 17, respectivamente.

Cuadro 2: Cotizantes y Beneficiarios por Isapre y por Plan de Salud

Cód	Isapre	Total Planes Informados			Cotizantes por Plan	Beneficiarios por Plan
		Planes	Cotizantes	Beneficiarios		
67	Colmena	22.795	335.202	564.045	15	25
78	Cruz Blanca	9.402	399.745	693.529	43	74
80	Vida Tres	5.911	76.580	145.116	13	25
81	Óptima	1.174	19.719	21.544	17	18
88	Masvida	2.480	305.330	551.401	123	222
99	Banmédica	10.502	376.308	692.232	36	66
107	Consalud	7.218	381.635	666.741	53	92
Isapres Abiertas		59.482	1.894.519	3.334.608	32	56
62	San Lorenzo	20	924	2.368	46	118
63	Fusat	330	11.709	25.142	35	76
65	Chuquicamata	45	11.954	30.418	266	676
68	Río Blanco	20	1.975	5.609	99	280
76	Fundación	364	15.355	27.023	42	74
94	Cruz del Norte	5	764	2.023	153	405
Isapres Cerradas		784	42.681	92.583	54	118
Sistema		60.266	1.937.200	3.427.191	32	57

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Al efectuar el análisis por tipo de plan, destaca el hecho de que los grupales presenten un menor número de cotizantes por plan, sólo 8 en promedio, lo que se atribuye principalmente a las isapres abiertas y, en particular, a Colmena, Consalud, Cruz Blanca y Vida tres, con promedios muy por debajo de los observados para sus planes individuales.

⁸ En el anexo 5, se adjunta información detallada por isapre de los planes de salud según la modalidad del precio.

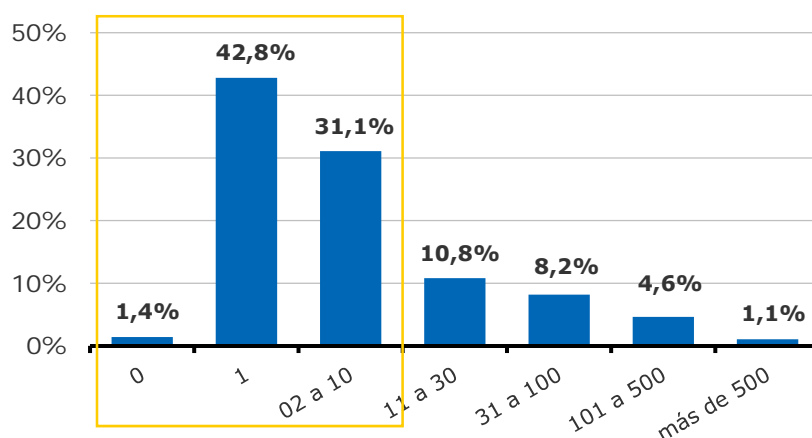
Cuadro 3: Cotizantes Promedio según Tipo de Plan de Salud

Cód	Isapre	Planes Individuales	Planes Grupales	Todos los Planes
67	Colmena	87	3	15
78	Cruz Blanca	48	14	43
80	Vida Tres	13	7	13
81	Óptima	7	18	17
88	Masvida	120	418	123
99	Banmédica	36	25	36
107	Consalud	70	16	53
Isapres Abiertas		50	6	32
62	San Lorenzo	6	73	46
63	Fusat	6	221	35
65	Chuquicamata	92	322	266
68	Río Blanco	0	99	99
76	Fundación	15	45	42
94	Cruz del Norte	0	153	153
Isapres Cerradas		10	88	54
Sistema		50	8	32

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

Al distribuir los planes de salud según el número de cotizantes, se observa que un 75,3% presentan una concentración menor o igual a 10 cotizantes (barras enmarcadas con color amarillo) y que un 42,8% mantiene sólo un cotizante adscrito. Por su parte, el 1,4% de los planes que figuran con cero cotizantes en este mismo recuadro, corresponden a planes nuevos en reciente comercialización que aún no suman cartera con beneficios vigentes.

Gráfico 18: Planes de Salud según Cantidad de Cotizantes



Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

En el 42,8% de los planes con un solo cotizante adscrito (25.786 ejemplares), sólo un 4,3% se encuentran en comercialización mientras que el 95,7% restante corresponde a planes antiguos o de stock. Además, llama la atención que el 60,7% de estos planes sea de tipo grupal, lo que no sería consistente con la definición propia de este tipo de planes.

La isapre que presenta la mayor cantidad de planes con un solo cotizante es Colmena con 14.078 planes que representan al 54,6% del total en esta situación. En esta isapre, la mayoría de los planes con un solo cotizante son de tipo grupal y representan un 88,3% del total de planes grupales con esta particularidad en el Sistema.

Cuadro 4: Planes de Salud con Un Solo Cotizante por Tipo

Isapre	Individuales	%	Grupales	%	Totales	%
Colmena	246	2,4%	13.832	88,3%	14.078	54,6%
Cruz Blanca	1.333	13,2%	428	2,7%	1.761	6,8%
Vida Tres	2.050	20,2%	2	0,0%	2.052	8,0%
Óptima	45	0,4%	231	1,5%	276	1,1%
Masvida	298	2,9%	3	0,0%	301	1,2%
Banmédica	3.265	32,2%	34	0,2%	3.299	12,8%
Consalud	2.721	26,9%	1.083	6,9%	3.804	14,8%
I. Abiertas	9.958	98,4%	15.613	99,7%	25.571	99,2%
San Lorenzo	3	0,03%	2	0,0%	5	0,0%
Fusat	154	1,5%	2	0,0%	156	0,6%
Chuquicamata	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Río Blanco	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Fundación	10	0,10%	40	0,3%	50	0,2%
Cruz del Norte	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
I. Cerradas	167	1,6%	48	0,3%	215	0,8%
Sistema	10.125	100%	15.661	100%	25.786	100%
%	39,3%		60,7%		100,0%	

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2017

3. Análisis de las Coberturas de los Planes de Salud Complementarios

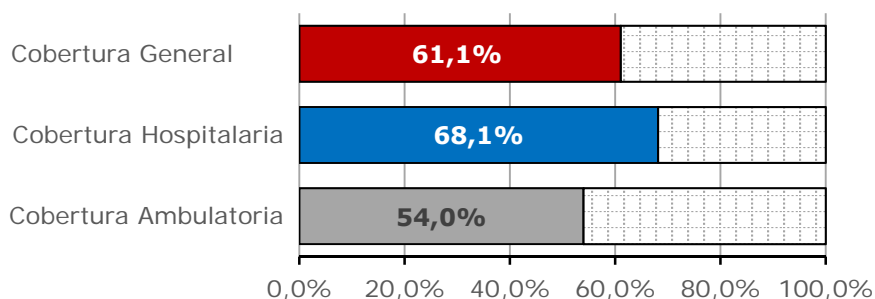
En este apartado, se dan a conocer las coberturas efectivas obtenidas por los beneficiarios adscritos a los planes complementarios de salud de las isapres abiertas, durante el año 2016, distinguiendo por tipo de atención -ambulatoria y hospitalaria-; tipo de plan -individuales y grupales-; situación comercial del plan -en comercialización (nuevos) y no comercializados (antiguos)-; y, modalidad de atención del plan -libre elección, preferentes y cerrados-.

El análisis, abarca planes vigentes en enero de 2017 que tuvieron movimiento durante al año 2016, es decir, que presentaron prestaciones curativas, ambulatorias y hospitalarias, bonificadas en el período señalado.

3.1 Coberturas Efectivas según Tipo de Atención

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios en estudio, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2016, según el tipo atención. La bonificación promedio general alcanza un 61,1% y se compone de un 54% para prestaciones de tipo ambulatorio y de un 68,1% para prestaciones hospitalarias.

Gráfico 19: Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Atención

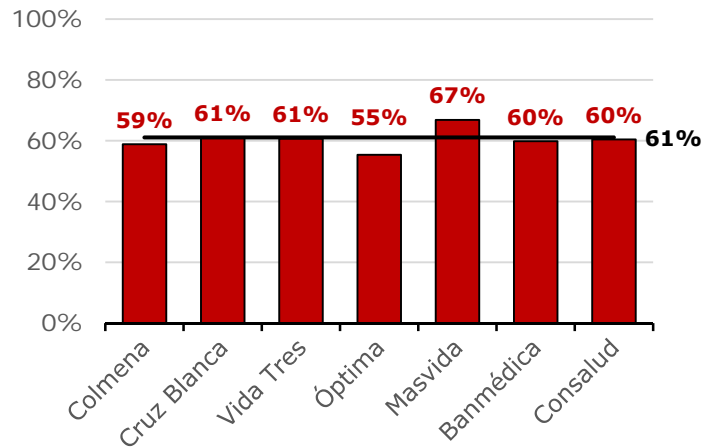


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero 2017

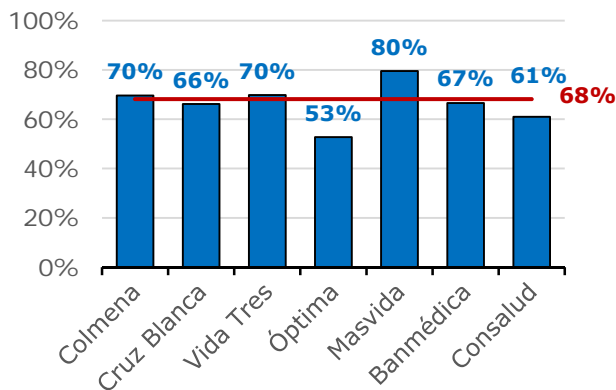
Los gráficos que se presentan a continuación, permiten observar la cobertura efectiva promedio de cada una de las isapres abiertas, con respecto al promedio de todas ellas, en el año 2016. El primer gráfico muestra la cobertura promedio general y los siguientes distinguen por tipo de atención -hospitalaria y ambulatoria, respectivamente-.

Coberturas Efectivas Promedio por Isapre Abierta Total Prestaciones Curativas Año 2016

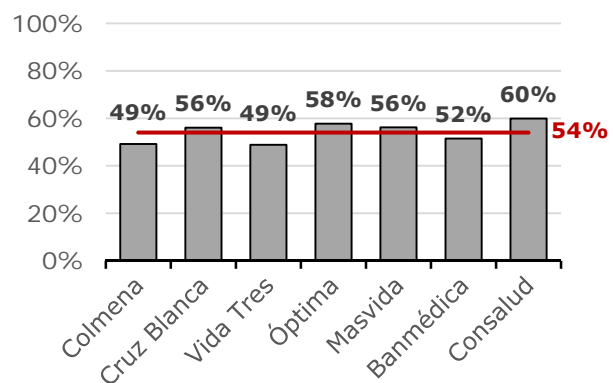
Gráfico 20: Coberturas Generales Promedio



**Gráfico 21
Coberturas Hospitalarias Promedio**



**Gráfico 22
Coberturas Ambulatorias Promedio**

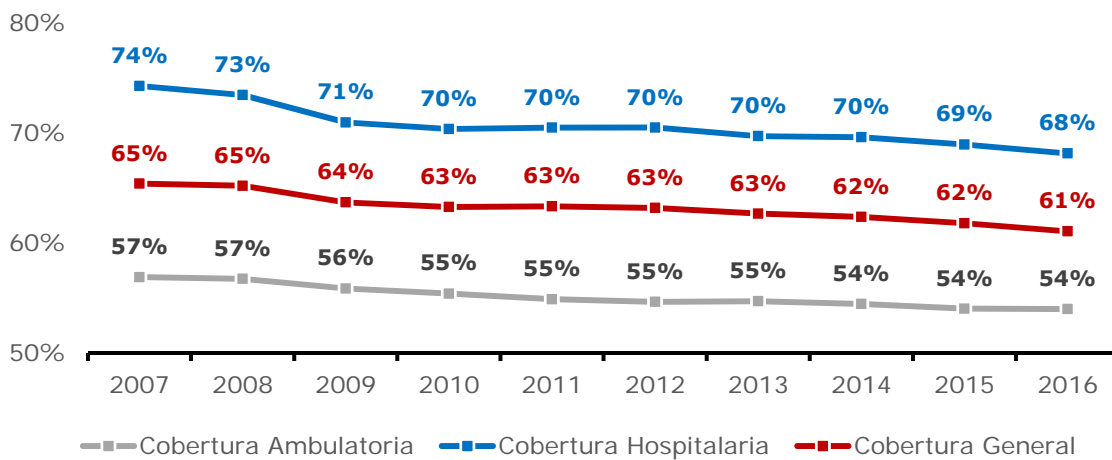


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero de 2017

En estos gráficos, destaca la isapre Masvida con una cobertura general superior a la promedio del subsistema (67% vs 61%), la que se explica, principalmente, por la alta bonificación que esta isapre otorga en el ámbito de la atención hospitalaria (80%), donde alcanza 12 puntos porcentuales (p.p.) más que el conjunto de isapres abiertas. En el otro extremo, destaca la isapre Óptima por su baja cobertura general en relación al promedio del subsistema (55% vs 61%), la que se atribuye, fundamentalmente, a la baja bonificación que esta isapre entrega a las prestaciones de tipo hospitalario (53%).

En el siguiente gráfico, se observa que la evolución de la cobertura efectiva promedio de los planes complementarios de las isapres abiertas, en los últimos 10 años, presenta una tendencia paulatinamente decreciente, pasando de un 65,4% en 2007 a un 61,1% en 2016, para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas cada año. La cobertura de las prestaciones ambulatorias cae desde 56,9% a 54% mientras que la cobertura de prestaciones hospitalarias disminuye de 74,3% a 68,1%, en igual período.

Gráfico 23: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Atención Isapres Abiertas, 2007 - 2016



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017.

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

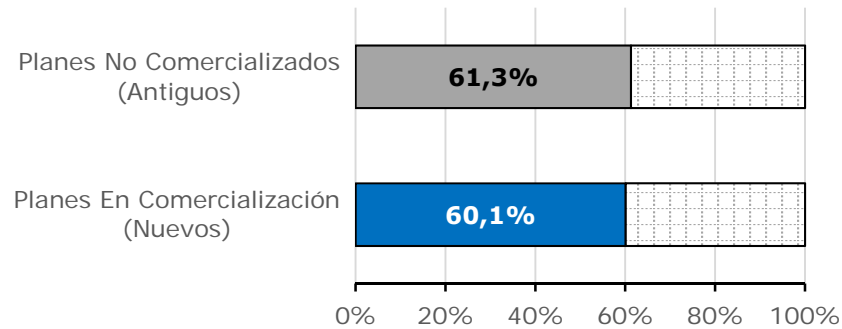
Si bien las variaciones anuales son sutiles, éstas, han sido constantes en el tiempo, determinando una merma de 4,3 p.p. en el porcentaje de bonificación promedio, en los últimos 10 años.

Este sutil pero constante deterioro de las coberturas efectivas puede atribuirse a varias causas, como por ejemplo: i) reajustes insuficientes de los valores arancelarios o topes establecidos en los planes para cada prestación de salud, en relación a los precios de mercado de cada una de ellas; ii) generación de planes con coberturas cada vez menores, por parte de las isapres; iii) decisiones de cambio hacia planes más económicos y por ende, con coberturas inferiores, por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto de la adecuación de precios de sus planes).

3.2 Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan (Antiguos y Nuevos)

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2016, según la situación comercial del plan, esto es, planes que están en comercialización en enero de 2017 (nuevos) versus planes que ya no están en comercialización a esa fecha (antiguos).

Gráfico 24: Cobertura Efectiva Promedio según Situación Comercial del Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2016

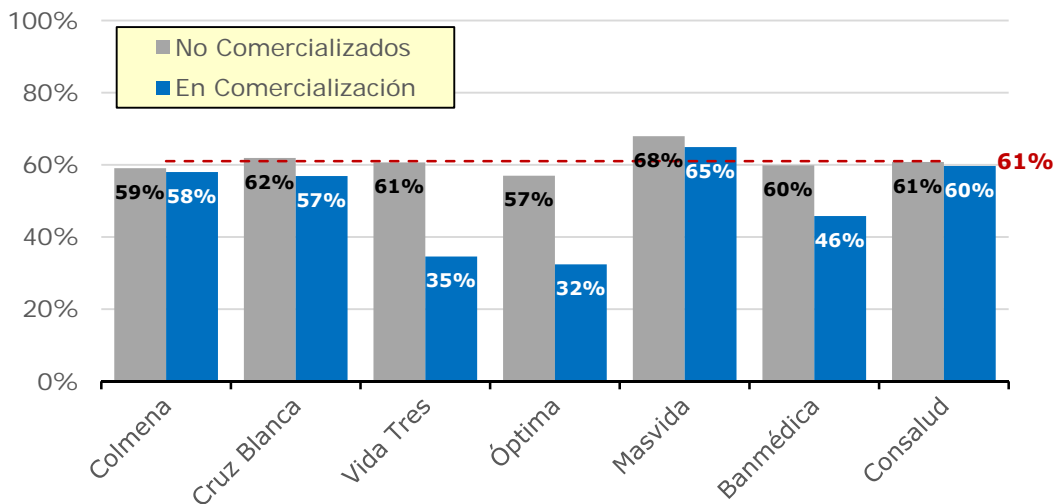


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2015 y Archivo Maestro de Planes de enero 2016

El gráfico anterior, muestra que las coberturas asociadas a planes antiguos son levemente superiores a las de los nuevos, con una diferencia de 1,2 p.p. En efecto, al efectuar el análisis por isapre, se observa que, en todas ellas, las coberturas de los planes nuevos son inferiores a las de los antiguos. En el gráfico siguiente, destacan las isapres Vida Tres y Óptima con las mayores brechas de cobertura, con diferencias superiores a los 25 p.p., las sigue Banmédica con una brecha de 14 puntos.

No obstante lo anterior, cabe hacer presente, que los planes en comercialización de las tres isapres señaladas tienen una baja representación respecto del total de planes con movimiento en el año 2016, con valores de 0,8% en Vida Tres, 11,7% en Óptima y 6,3% en Banmédica, por lo que sus bajas coberturas pueden estar relacionadas con la aplicación de algunas restricciones contractuales asociadas, por ejemplo, a patologías preexistentes.

Gráfico 25: Cobertura Promedio por Isapre según Situación Comercial del Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2016

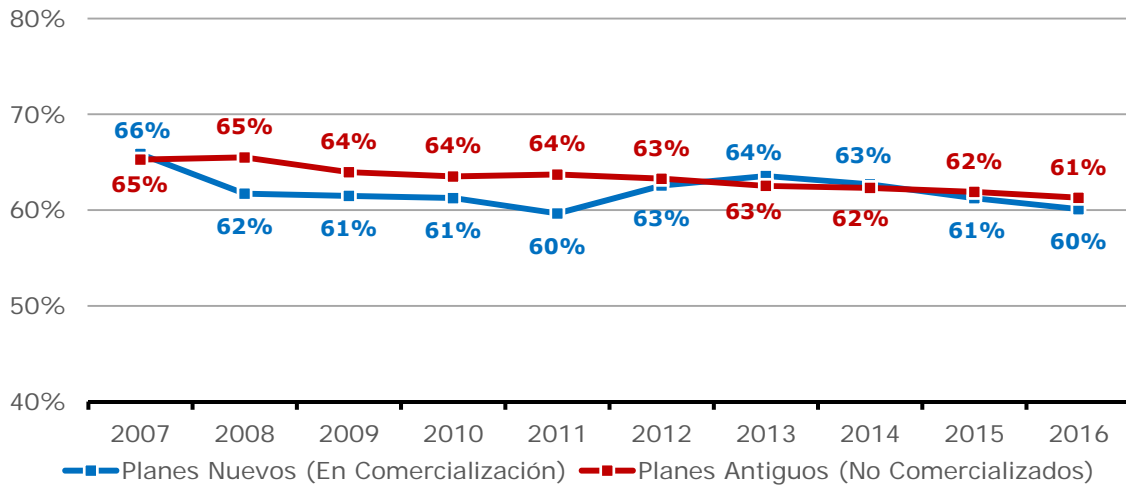


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero 2017

A continuación, se analiza la tendencia de las coberturas promedio vinculadas a planes nuevos y antiguos, a fin de verificar si existe una pérdida de valor de las coberturas en el tiempo, sea porque las isapres han ido creando planes con coberturas inferiores o porque los cotizantes se cambian a planes más económicos a causa de las alzas de precios.

El gráfico siguiente, indica que las coberturas efectivas de los planes nuevos y antiguos siguen una tendencia decreciente. Sin embargo, la evolución de las coberturas asociadas a los planes nuevos es más inestable y, entre los años 2008 y 2012, se presenta por debajo de las coberturas promedio de los planes antiguos en, a lo menos, 3 p.p. A partir del año 2012, la magnitud de la cobertura de ambas categorías de planes se estabiliza en 1 p.p., a favor de los planes nuevos entre 2013 y 2014 y luego a favor de los planes antiguos entre 2015 y 2016. Por tanto, desde el año 2013, no se constata una pérdida de valor relevante en la cobertura promedio.

Gráfico 26: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Situación Comercial del Plan. Isapres Abiertas, 2007 – 2016

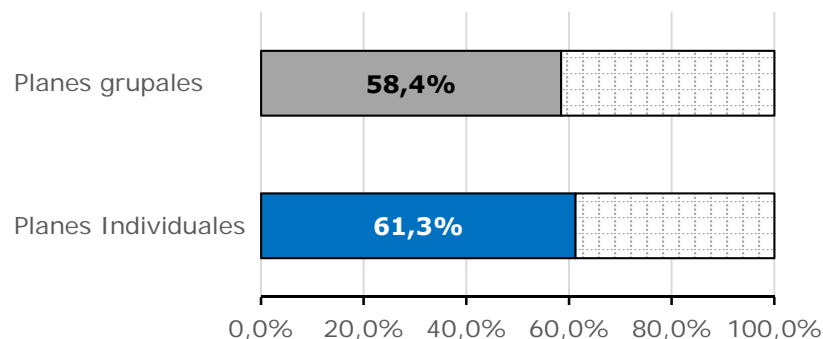


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017.

3.3 Coberturas Efectivas según Tipo de Plan

El gráfico siguiente, muestra la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas vigentes en enero de 2017, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2016, según el tipo de plan (individual o grupal).

Gráfico 27: Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2016

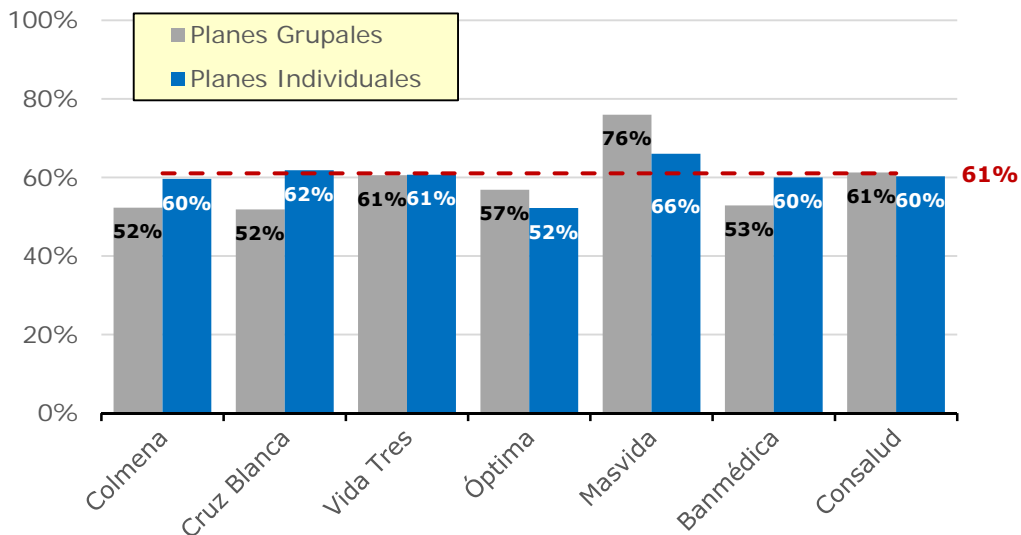


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero 2017

Se observa que, en promedio, los planes individuales otorgan una cobertura efectiva superior a la de los planes grupales. La diferencia asciende a 2,9 p.p.

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

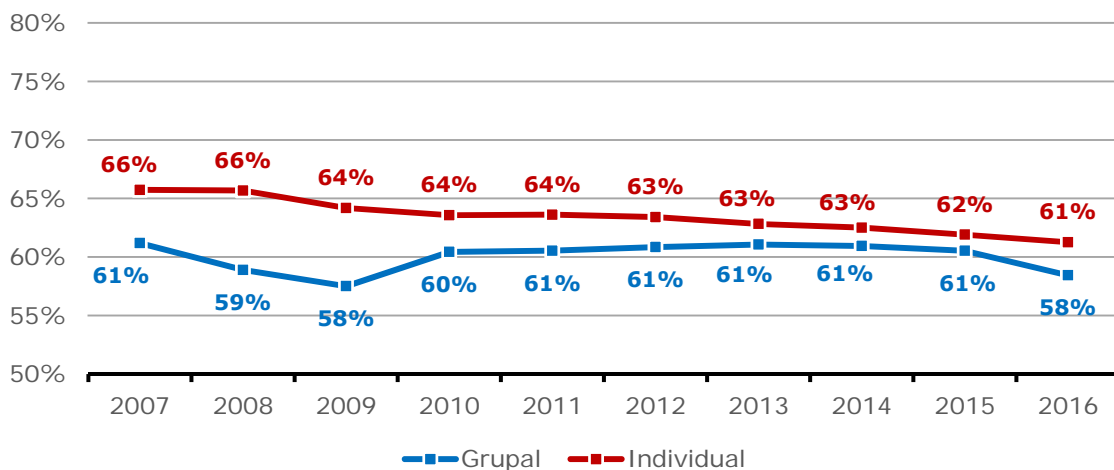
Gráfico 28: Cobertura Promedio por Isapre según Tipo de Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2016



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero 2017

El gráfico que se presenta a continuación, muestra la evolución de las coberturas efectivas promedio de los planes complementarios de la isapres abiertas, según el tipo de plan (individual o grupal).

Gráfico 29: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Plan Isapres Abiertas, 2007 – 2016



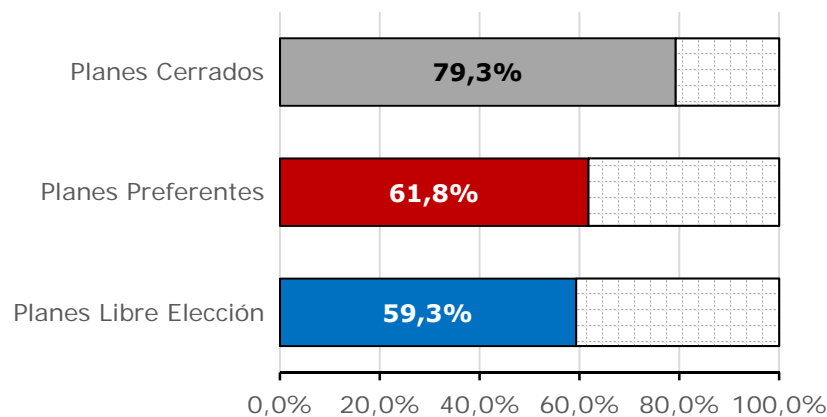
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017

Se observa que, a lo largo de todo el período analizado, los planes individuales presentan coberturas efectivas superiores a las de los planes grupales, aunque, con una trayectoria decreciente. En efecto, entre los años 2007 y 2009, la brecha de cobertura entre ambos tipos de planes se incrementa como resultado de una disminución más relevante en la cobertura promedio de los planes grupales. Esta tendencia se ve interrumpida el año 2010, a partir del cual la distancia entre ambas curvas comienza a reducirse hasta alcanzar sólo un punto porcentual de diferencia en el año 2015. No obstante, en 2016, la brecha vuelve a incrementarse alcanzando los 3 p.p., en razón de una caída más profunda en las coberturas de los planes grupales.

3.4 Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2016, según la modalidad de atención del plan, -libre elección, preferentes y cerrados-⁹.

Gráfico 30: Cobertura Efectiva Promedio según Modalidad de Atención del Plan Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2016



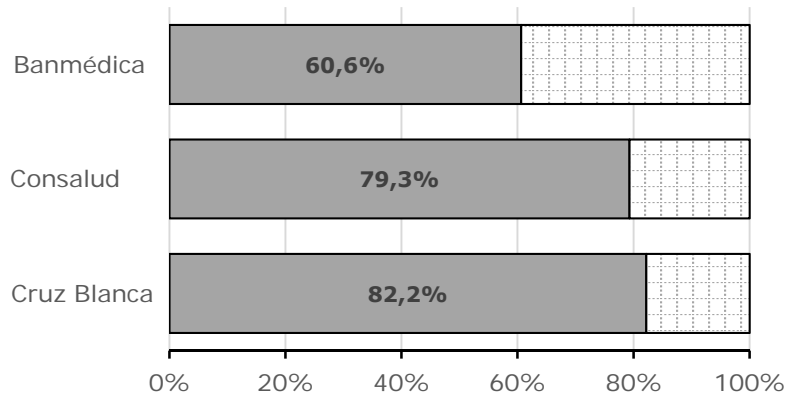
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero 2017

En el gráfico anterior, se observa que los planes cerrados otorgan las mejores coberturas (79,3% en promedio). Sin embargo, estos planes son escasos entre las isapres abiertas donde representan sólo un 1% del total de planes vigentes a enero de 2017.

El gráfico siguiente, indica las coberturas otorgadas por los planes cerrados en las tres isapres abiertas que los mantienen vigentes. Se observa, que las mayores coberturas se encuentran asociadas a los planes de Cruz Blanca, con una cobertura efectiva promedio de 82,2%, seguida por Consalud (79,3%) y finalmente, Banmédica (60,6%).

⁹ Cabe hacer presente, que este análisis considera la modalidad de atención establecida en el plan y no la utilizada en la práctica por el beneficiario. En este sentido, si un beneficiario adscrito a un plan preferente utilizó una prestación bajo la modalidad de libre elección, dicha prestación fue de igual forma asignada al plan preferente.

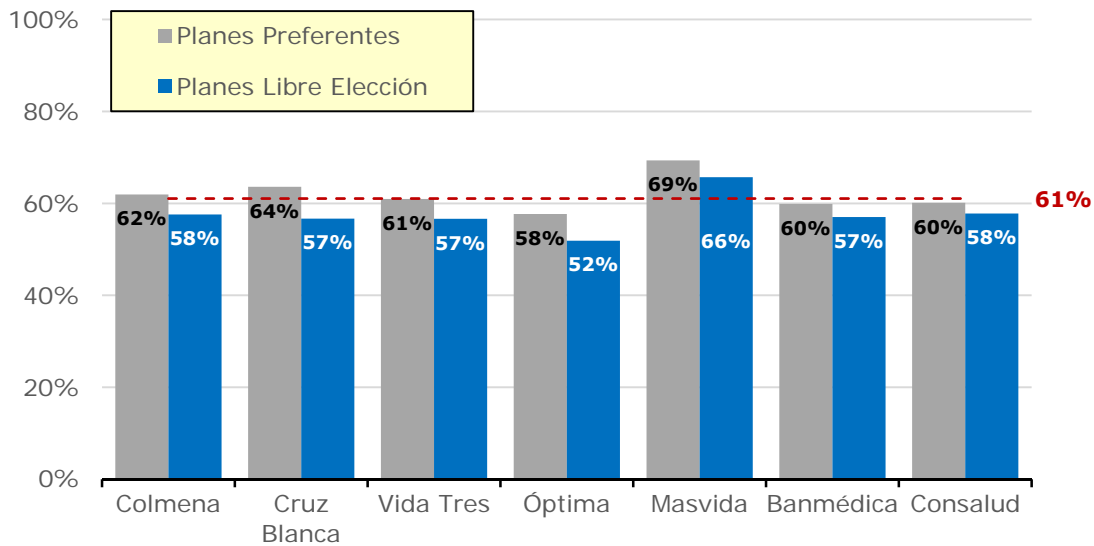
Gráfico 31: Cobertura Promedio de Planes Cerrados por Isapre Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2016



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero 2017

Por su parte, la cobertura promedio asociada a planes preferentes es discretamente superior a la de los planes de libre elección, la diferencia entre ellas alcanza los 2,5 p.p. No obstante, al efectuar el análisis por isapre, se observa que esta diferencia es más relevante en algunas isapres, como por ejemplo en Cruz Blanca, donde la diferencia de cobertura alcanza los 7 p.p., seguida de Óptima con una diferencia de 6 p.p. Mientras, la brecha más baja se presenta en Consalud con 2 p.p.

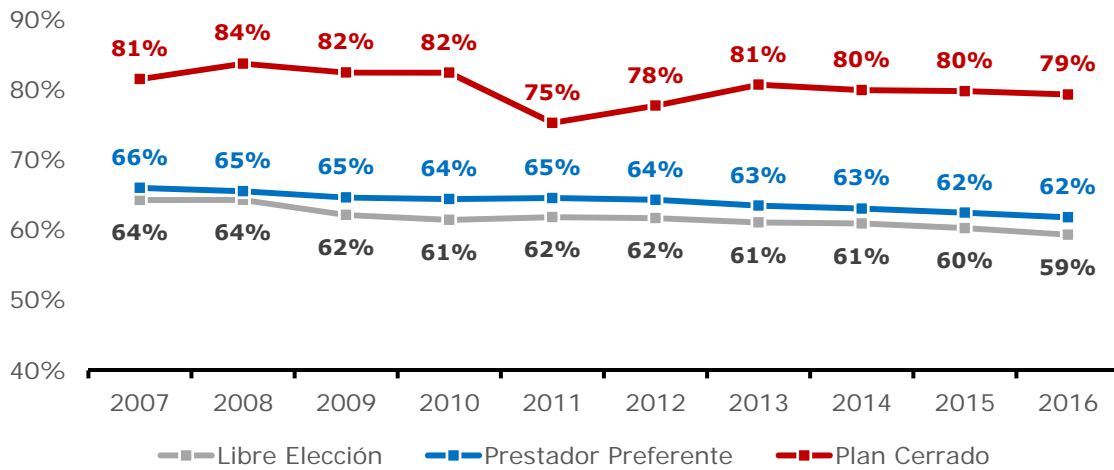
Gráfico 32: Cobertura Promedio por Isapre según Modalidad de Atención del Plan Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2016



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016 y Archivo Maestro de Planes de enero 2017

El gráfico que se presenta a continuación, muestra la evolución de las coberturas efectivas promedio de los planes complementarios de la isapres abiertas, según la modalidad de atención de los mismos.

Gráfico 33: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Modalidad de Atención del Plan. Isapres Abiertas, 2007 – 2016



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017.

Se observa, que durante todo el período de análisis, los planes cerrados mantienen coberturas efectivas superiores, en más de 10 p.p., al resto de las categorías de planes. Lo anterior, resulta lógico, por cuanto, estos planes no permiten la opción de la libre elección del prestador y operan sobre la base de convenios entre las isapres y una red de prestadores, por lo que permiten acceder a precios más convenientes de las prestaciones, en general inferiores a los de mercado, que conceden el máximo rendimiento de los planes en términos de cobertura.

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

Salvo los planes cerrados, que han conservado relativamente estable un rango alto de coberturas efectivas, tanto los planes de libre elección como los preferentes, han ido deteriorando su cobertura promedio en los últimos 10 años. La pérdida de valor, asciende a 4 p.p. en los preferentes y a 5 p.p. en los de libre elección, entre 2007 y 2016.

4. Evolución de los Copagos

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

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

El análisis comprende la evolución de los copagos entre los años 2007 y 2016, considerando los planes de salud de las isapres abiertas, vigentes en enero de cada año, que tuvieron movimiento

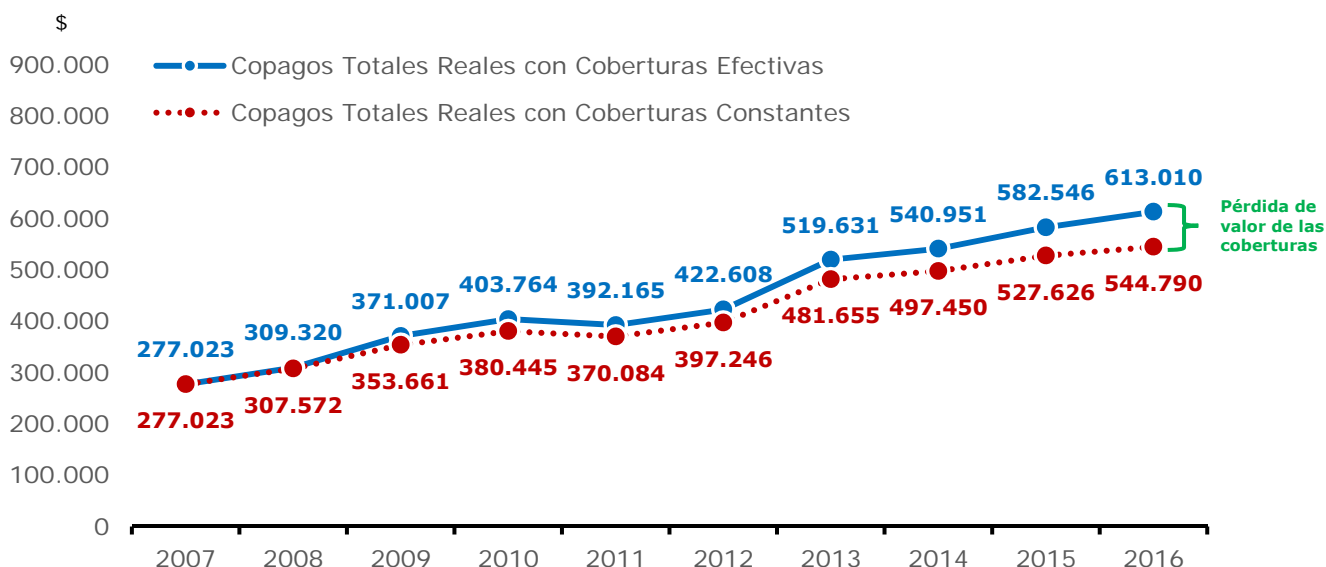
en el período anual anterior, es decir, que presentaron prestaciones curativas -ambulatorias y/o hospitalarias- bonificadas durante el año inmediatamente anterior.

4.1 Evolución de los Copagos en Términos Reales

El gráfico siguiente, permite visualizar la pérdida asumida por los beneficiarios cada año a través de sus copagos, por efecto del deterioro gradual y constante de las coberturas efectivas de los planes de salud en el tiempo.

En este gráfico, la línea azul corresponde al monto total de los copagos ocurridos en cada período anual, mientras la línea roja representa el monto total de los copagos que se habrían producido cada año si la cobertura efectiva de los planes se hubiese mantenido constante en el porcentaje de 2007 (65,4%). La brecha entre ambas curvas representa la pérdida de valor que han experimentado los planes desde el año 2007 y que, al año 2016, alcanza un monto total de Mill\$68.220 (\$20.439 per-cápita¹⁰) en moneda de 2007.

Gráfico 34: Evolución Copagos con Coberturas Efectivas y Constantes En Millones de Pesos de 2007. Isapres Abiertas, 2007 - 2016



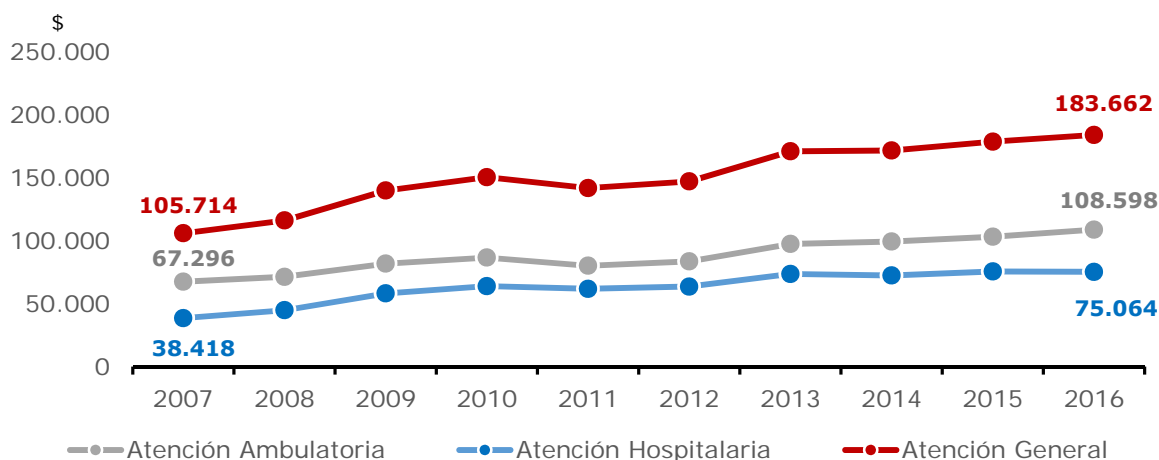
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017.

4.2 Evolución de los Copagos en Términos Per-cápita

El gráfico siguiente permite visualizar la tendencia del copago promedio anual real por beneficiario en los últimos 10 años, según el tipo de atención. Se observa un crecimiento constante, interrumpido sólo en el año 2011, equivalente a un 73,7% real en todo el período, pasando de \$ 105.714, en 2007 a \$183.662, en 2016. Esta tendencia se presenta tanto en prestaciones ambulatorias (+61,4% real) como en prestaciones hospitalarias (+95,4% real), aunque con mayor pendiente en estas últimas.

¹⁰ Considera beneficiarios promedio del año 2016 en isapres abiertas (3.337.704).

Gráfico 35: Evolución del Copago Anual por Beneficiario según Tipo de Atención En Millones de Pesos de 2007. Isapres Abiertas, 2007 - 2016



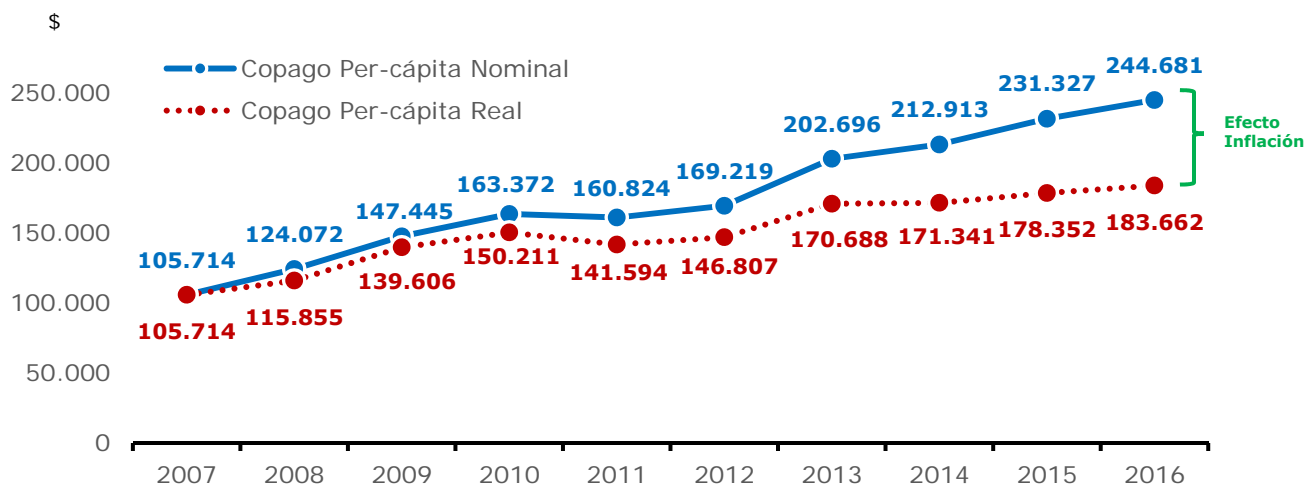
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017.

Además del deterioro de la cobertura de los planes de salud, el aumento del copago per-cápita está explicado por el efecto inflacionario de los precios y también por el aumento en la tasa de uso de las prestaciones por parte de los beneficiarios. Los gráficos siguientes permiten dimensionar el impacto que cada uno de estos factores ha tenido sobre el copago anual por beneficiario en el período analizado.

a) Efecto Inflación

En el gráfico siguiente, la línea azul representa los copagos anuales por beneficiario expresados en términos nominales (pesos de cada año), mientras la línea roja los expresa en términos reales, es decir, deflactados por el IPC, a pesos del año 2007. La brecha entre estas dos líneas da cuenta del efecto de la inflación sobre los copagos promedio de las isapres abiertas en los últimos 10 años.

Gráfico 36: Evolución del Copago Anual por Beneficiario, Nominal (pesos de cada año) y Real (pesos del año 2007). Isapres Abiertas, 2007 - 2016



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017.

Como se puede observar, las variaciones acumuladas del IPC van generando en el tiempo una brecha cada vez más pronunciada entre los copagos nominales y reales, la que en el año 2016 asciende a \$61.019 por beneficiario, reflejando el mayor valor asumido por los beneficiarios a causa del efecto inflacionario de los precios en la economía. En el año 2016, la magnitud del impacto de la inflación es de un 57,7% en relación a 2007 y explica el 43,9% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años.

b) Efecto Cobertura

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

Gráfico 37: Evolución del Copago Anual por Beneficiario con Coberturas Efectivas y Coberturas Constantes, en pesos del Año 2007. Isapres Abiertas, 2007 - 2016



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2007 al 2016 y Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2008 a enero 2017 y Beneficiarios promedio anual de Isapres abiertas.

Se aprecia, que la brecha entre ambas curvas tiende a incrementarse en el tiempo, alcanzando un monto equivalente a \$20.434 por beneficiario en el año 2016, reflejando el mayor valor asumido por los afiliados a causa del deterioro sostenido de las coberturas efectivas en el tiempo. En 2016, la magnitud del impacto de la menor cobertura otorgada por los planes de salud es equivalente a un 19,3% en relación a 2007 y explica el 14,7% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años.

c) Efecto Tasa de Uso de Prestaciones

Finalmente, la evolución de la línea roja del gráfico anterior da cuenta del impacto que tiene el aumento en la tasa de uso de las prestaciones sobre los copagos anuales per-cápita, la que asciende a \$ 57.509 por beneficiario en el año 2016, reflejando el valor adicional asumido por los beneficiarios a causa del mayor uso de prestaciones. En 2016, la magnitud del impacto de esta variable es de un 54,4% en relación a 2007 y explica el 41,4% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años.

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

Cuadro 5: Monto del Efecto de cada Factor por Año (\$)

Efectos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Copago anual Inicial	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714
Efecto inflación	0	8.217	7.839	13.161	19.231	22.412	32.008	41.572	52.975	61.019
Efecto cobertura	0	655	6.527	8.675	7.972	8.810	12.474	13.779	16.814	20.439
Efecto tasa de uso	0	9.486	27.365	35.821	27.907	32.283	52.499	51.848	55.824	57.509
Efecto Total	0	18.358	41.731	57.657	55.110	63.505	96.982	107.198	125.613	138.967
Copago anual final	105.714	124.072	147.445	163.372	160.824	169.219	202.696	212.913	231.327	244.681

Cuadro 6: Magnitud del Efecto de cada Factor por Año (%)

Efectos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Copago anual Inicial	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714	105.714
Efecto inflación	0,0%	7,8%	7,4%	12,4%	18,2%	21,2%	30,3%	39,3%	50,1%	57,7%
Efecto cobertura	0,0%	0,6%	6,2%	8,2%	7,5%	8,3%	11,8%	13,0%	15,9%	19,3%
Efecto tasa de uso	0,0%	9,0%	25,9%	33,9%	26,4%	30,5%	49,7%	49,0%	52,8%	54,4%
Efecto total	0,0%	17,4%	39,5%	54,5%	52,1%	60,1%	91,7%	101,4%	118,8%	131,5%
Copago anual final	105.714	124.072	147.445	163.372	160.824	169.219	202.696	212.913	231.327	244.681

5. Coberturas Efectivas y de Carátula

5.1 Antecedentes Metodológicos

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

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

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

- ▶ **Indicador de Cobertura de Carátula.** Corresponden al porcentaje de bonificación genérico consignado en la carátula del plan de salud, tanto para prestaciones ambulatorias como hospitalarias¹¹. Se considera uno para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria.
- ▶ **Indicadores de Cobertura Efectiva.** Corresponden al porcentaje de bonificación promedio otorgado por el plan de salud, tanto para las prestaciones ambulatorias como hospitalarias. Se estiman a partir de la relación que existe entre los valores facturados y bonificados de todas las prestaciones curativas bonificadas por el plan en el período analizado¹². Se define un indicador para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria.

¹¹ El porcentaje de bonificación genérico corresponde al establecido en el plan de salud para la mayoría de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias, respectivamente. Si el plan contempla coberturas diferenciadas para distintos prestadores se considera aquella que se asocia al prestador con el cual se obtiene la mayor bonificación.

¹² Los planes sin movimiento en el año 2016 se han excluido del análisis. El criterio de inclusión exige que el plan haya bonificado a lo menos una prestación ambulatoria y una hospitalaria, durante el período analizado.

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.

El análisis se ha focalizado en los planes complementarios de las isapres abiertas del Sistema, vigentes en enero de 2017, información que se obtiene a partir del Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud del período señalado. De este universo, sólo se consideran aquellos planes que registraron movimiento durante el año 2016, es decir, a lo menos una prestación bonificada tanto en atención ambulatoria como hospitalaria. Este último requisito es para hacer comparables las coberturas efectivas con las consignadas en las carátulas de los planes respectivos. Esta última información se obtiene del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas correspondiente al año 2016.

El total de planes en estudio asciende a 23.011, los que representan un 38,7% del total de planes vigentes informados por las isapres abiertas en enero de 2017.

5.2 Análisis Comparado entre Coberturas de Carátula y Coberturas Efectivas

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

Cuadro 7: Distribución Porcentual de los Planes 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%							3%	3%
	90%-99%	10%	1%	0%	0%				11%	14%
	80%-89%	28%	5%	1%	0%				34%	48%
	70%-79%	4%	43%	2%	1%	0%	0%		50%	98%
	60%-69%	0%	0%	0%	0%	0%			1%	99%
	50%-59%	0%	0%		0%	0%	0%		1%	100%
	< a 50%								0%	100%
Total		45%	49%	4%	2%	0%	0%	0%	100%	
Acumulado		45%	94%	98%	99%	100%	100%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2017 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016

Cuadro 8: Distribución Porcentual de los Planes según Cobertura Efectiva

		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%	0,1%							0,3%	0,3%
	80%-89%	0,7%	1,1%	0,4%	0,2%			0,1%	2,8%	3,1%
	70%-79%	1,0%	3,2%	2,4%	1,3%	0,8%	0,5%	0,6%	9,7%	12,8%
	60%-69%	1,1%	4,0%	4,7%	3,6%	2,8%	1,9%	2,2%	20,4%	33,2%
	50%-59%	1,0%	3,6%	5,6%	6,2%	5,5%	4,1%	5,1%	31,1%	64,3%
	< a 50%	0,7%	2,3%	4,5%	5,2%	5,9%	5,5%	11,7%	35,7%	100,0%
Total		4,6%	14,3%	17,6%	16,5%	15,2%	12,0%	19,7%	100,0%	
Acumulado		4,6%	18,9%	36,6%	53,1%	68,3%	80,3%	100,0%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2017 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2016

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

- Desde la perspectiva de las coberturas de carátula, los planes complementarios se concentran mayoritariamente (más del 90%) en los casilleros superiores izquierdos de la matriz, principalmente, en aquellos que corresponden a los tramos superiores o iguales a 90% de cobertura hospitalaria y superiores o iguales a 70% de cobertura ambulatoria.
- Desde la perspectiva de las coberturas efectivas, en cambio, la distribución de los planes se presenta mucho más dispersa, mostrando mayor concentración en los tramos inferiores al 70% de cobertura ambulatoria (87,2%) y bajo el 90% de cobertura hospitalaria (81,1%).
- Mientras el 97,5% de los planes en estudio declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores al 70% (recuadro de color celeste), sólo un 10,6% de ellos alcanza coberturas efectivas de este orden. La brecha entre ambas coberturas supera los 86 puntos porcentuales.
- Respecto de las diferencias detectadas, es importante señalar, que no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud y de los propios contratos. Entre estas causas se distinguen:
 - ✓ Políticas comerciales poco transparentes por parte de las isapres, que, con el propósito de atraer clientes y conseguir la venta de los planes, generan expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. Es decir, los porcentajes de bonificación indicados en los planes, nunca ocurren por efecto de los topes establecidos para las prestaciones (coberturas topadas).
 - ✓ Selección inadecuada de los prestadores por parte de los beneficiarios, que, por desinformación y/o elección expresa, no optimizan el rendimiento del plan al acudir a prestadores más caros que los definidos en ellos.
 - ✓ Prestaciones con coberturas restringidas en los planes de salud. Esto es, planes que en su diseño contemplan una bonificación mínima o inferior para determinadas prestaciones, tales como: parto y obstetricia; cirugías bariátricas; psiquiatría y/o psicología; entre otras.
 - ✓ Otras causas que pueden estar incidiendo negativamente sobre las coberturas efectivas de los planes, ampliando la brecha, son: la aplicación de restricciones contractuales temporales para determinadas enfermedades preexistentes declaradas por los beneficiarios; la aplicación de los topes anuales de gasto por beneficiario definidos en cada plan de salud. Estas últimas, en todo caso, deberían ser de bajo impacto.

6. Conclusiones

En cuanto a los Planes de Salud

- A enero de 2017, se mantienen 13 isapres en operación, 7 abiertas y 6 cerradas. No obstante, las isapres abiertas poseen el 98,7% de los planes y cubren a un 97,8% de los cotizantes. Más aún, dentro del subsistema de isapres abiertas, las cinco instituciones más grandes poseen el 86,9% de los planes y el 92,8% de los cotizantes, dando cuenta de una industria bastante concentrada.
- A enero de 2017, el Sistema Isapre informa la existencia de 60.266 planes de salud vigentes, esto es, 3.746 planes menos que en enero de 2016. Esta caída se produce tanto en los planes antiguos (-5,2%) como en los que se están comercializando (-10,4%). La disminución, se atribuye fundamentalmente a las isapres Colmena y Cruz Blanca que redujeron su cartera de planes en 3.217 y 1.296, respectivamente. En el caso de Colmena la disminución se produce en los planes grupales de stock y en el caso de Cruz Blanca la disminución se produce en la oferta de planes grupales.
- De los 60.266 planes informados, sólo un 11,3% se encuentran en comercialización (6.815 planes). La mayoría de las isapres abiertas disminuyen la cantidad de planes comercializados, salvo Colmena, Óptima y Masvida. Sin embargo, el mayor impacto sobre esta caída se atribuye a Cruz Blanca, que disminuye su oferta de planes de grupales en 1.769 ejemplares.
- Un 58,2% de los planes informados, son de tipo individual y concentran al 89,9% de los cotizantes del Sistema. Con respecto a enero de 2016, los planes individuales incrementan su representatividad tanto en términos de planes como de cotizantes. Los planes grupales por su parte, experimentan una importante caída en cuanto a su número (-16,5%) no así en cuanto a sus cotizantes. No obstante lo anterior, el mercado exhibe una mayor oferta de planes grupales (59,3%) lo que se atribuye a las isapres Consalud, Optima, Cruz Blanca y Colmena cuyos planes en comercialización son mayoritariamente de este tipo.
- Un 58,1% de los planes informados corresponde a planes con cobertura general (35.006 planes), un 41,8% a planes con cobertura reducida de parto (25.184 planes) y un 0,1% a planes con cobertura reducida para honorarios médicos (76 planes). Los planes con cobertura reducida de parto concentran al 42,9% de los cotizantes, captando nuevos afiliados (+3 p.p.). Sin embargo, en la oferta actual bajan su participación en 1,4 p.p. Por su parte, los planes con cobertura reducida de honorarios médicos, mantienen una baja participación en cotizantes (0,6%) y sólo la isapre Colmena informa algunos planes de este tipo en comercialización (11 ejemplares).
- Del total de planes informados, un 44,6% corresponde a planes de libre elección (26.892 planes), un 54,4% a planes con prestador preferente (32.794) y sólo un 1% a planes cerrados (580 planes). En términos de cotizantes, la distribución entre libre elección y prestador preferente se muestra inclinada hacia estos últimos, con una participación de 42% y 53,6%, respectivamente. Cuatro isapres informan planes cerrados vigentes, Consalud, Cruz Blanca, Banmédica y Fusat. La oferta comprende 254 planes de este tipo, de los cuales, 160 son de Consalud, 90 de Cruz Blanca y sólo 4 de Fusat, mientras Banmédica suspende su comercialización. Con respecto a enero de 2016, se observa un repunte de los planes preferentes, aunque la distribución de los cotizantes en las diferentes modalidades de atención se mantiene relativamente estable.

- Un 71,1% de los planes vigentes corresponden a planes nacionales (se venden en todas las regiones del país), un 22,1% son regionales (su venta está dirigida a una o algunas regiones específicas incluyendo la región metropolitana) y sólo un 6,8% son metropolitanos (vendidos exclusivamente en la región metropolitana). Estos últimos concentran al 14,2% de los cotizantes, mientras los nacionales cubren al 62,3% y los regionales al 23,5% restante. No obstante lo anterior, en relación con los planes en actual comercialización, se advierte que las isapres Masvida y Consalud disminuyen su oferta de planes nacionales privilegiando el mercado regional y también el metropolitano. Óptima, por su parte, orienta toda su oferta actual de planes a la Región Metropolitana. Con respecto a enero de 2016, la distribución geográfica tanto de los planes como de los cotizantes se mantiene relativamente similar.
- Un 88,7% de los planes informados corresponden a planes cuyo precio se encuentra expresado en UF, un 8,2% a planes expresados en pesos y sólo un 3,1% a planes expresados al 7% de la remuneración. Los planes en UF concentran al 96,5% de los cotizantes y continúan incrementándose, lo que reafirma la tendencia de la industria hacia esta forma de expresar los precios. En tanto, los planes expresados en pesos concentran sólo a un 0,8% de los cotizantes y no tienen presencia en la oferta actual.

En cuanto a las Coberturas de los Planes de Salud

- Un primer análisis indica que, en términos generales, la cobertura efectiva promedio que otorgan los planes complementarios de las isapres abiertas, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2016, es de un 61,1%, que se compone de un 54% para prestaciones de tipo ambulatorio y 68,1% para las hospitalarias.
- La evolución de la bonificación promedio en los últimos 10 años, presenta una tendencia decreciente, pasando de un 65,4% en 2007 a un 61,1% en 2016, para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas cada año. La cobertura de las prestaciones ambulatorias cae desde 56,9% a 54%, mientras que la cobertura de prestaciones hospitalarias disminuye de 74,3% a 68,1%.
- Este sutil pero constante deterioro de las coberturas efectivas puede atribuirse a varias causas, como por ejemplo: i) reajustes insuficientes de los valores arancelarios o topes establecidos en los planes para cada prestación de salud, en relación a los precios de mercado de cada una de ellas; ii) generación de planes con coberturas cada vez menores, por parte de las isapres; iii) decisiones de cambio hacia planes más económicos y por ende, con coberturas inferiores, por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto de la adecuación de precios de sus planes)..
- Las coberturas asociadas a planes antiguos son levemente superiores a las de los planes nuevos, con una diferencia menor a 1,2 p.p. en el año 2016. La cobertura promedio de ambas categorías de planes sigue una tendencia a la baja, pero, en el caso de los planes nuevos, se presenta más inestable y, entre los años 2008 y 2012, se sitúa por debajo de las coberturas de los planes antiguos, en alrededor de 3 p.p. A partir del año 2012, la magnitud de la cobertura de ambas categorías de planes se estabiliza en 1 p.p. (entre 2013 y 2014 a favor de los planes nuevos y entre 2015 y 2016 a favor de los planes antiguos). Por tanto, desde esa fecha, no se constata una pérdida de valor relevante en la cobertura promedio.

- En los últimos 10 años, los planes individuales muestran coberturas efectivas superiores a las de los grupales, aunque con una trayectoria decreciente. En efecto, entre los años 2007 y 2009, la brecha de cobertura entre ambos tipos de planes se incrementa como resultado de una disminución más relevante en la cobertura promedio de los planes grupales. Esta tendencia se ve interrumpida el año 2010, a partir del cual la distancia entre ambas curvas comienza a reducirse hasta alcanzar sólo un punto porcentual de diferencia en el año 2015. No obstante, en 2016, la brecha vuelve a incrementarse alcanzando los 3 p.p., como resultado de una caída más profunda en las coberturas de los planes grupales.
- Salvo los planes cerrados, que han conservado un rango alto de bonificación promedio, superior en más de 10 p.p. a la del resto de los planes, tanto los planes de libre elección como los preferentes han ido deteriorando su cobertura en los últimos 10 años. La pérdida de valor, asciende a 4 p.p. en los preferentes y a 5 p.p. en los de libre elección, entre los años 2007 y 2016, mientras, la diferencia entre ambas categorías de planes se ha mantenido en 2 p.p., en favor de los planes preferentes.
- Como contraparte de las coberturas efectivas, los copagos muestran en consecuencia una tendencia creciente en los últimos 10 años. En términos reales, la pérdida asumida por los beneficiarios, a través de sus copagos, por efecto del deterioro gradual y constante de las coberturas efectivas de los planes en el tiempo, asciende a un monto total de Mill\$68.220 respecto de 2007 (cifras en moneda de 2007).
- En términos per-cápita, se observa un crecimiento constante de los copagos en los últimos 10 años, interrumpido sólo en 2011. Con respecto al año 2007, en 2016 el incremento asciende a \$138.967 nominales (\$77.948 reales). Esta tendencia se presenta tanto en prestaciones ambulatorias (+61,4% real) como en prestaciones hospitalarias (+95,4% real), aunque con mayor pendiente en estas últimas.
- El impacto de la inflación explica un 43,9% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años (\$61.019); el aumento de la tasa de uso de prestaciones explica un 41,4% (\$57.509), mientras el deterioro de las coberturas de los planes de salud es responsable del 14,7% restante de dicho incremento (\$20.439).
- Entre las coberturas de carátula de los planes y las coberturas efectivas alcanzadas por los beneficiarios, se detectan brechas importantes. Sin embargo, estas diferencias no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud y de los propios contratos. Entre estas causas se distinguen:
 - ✓ Políticas comerciales poco transparentes por parte de las isapres, que, con el propósito de atraer clientes y conseguir la venta de los planes, generan expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. Es decir, los porcentajes de bonificación indicados en los planes, nunca ocurren, por efecto de los topes establecidos para las prestaciones (coberturas topadas).
 - ✓ Selección inadecuada de los prestadores por parte de los beneficiarios que, por desinformación y/o elección expresa, no optimizan el rendimiento del plan al acudir a prestadores más caros que los definidos en ellos.

- ✓ Prestaciones con coberturas restringidas en los planes de salud. Esto es, planes que, en su diseño, contemplan una bonificación mínima o inferior para determinadas prestaciones, tales como: parto y obstetricia; cirugías bariátricas; psiquiatría y/o psicología; entre otras.
- ✓ Otras causas que pueden estar incidiendo negativamente sobre las coberturas efectivas de los planes, ampliando la brecha, son: la aplicación de restricciones contractuales temporales para determinadas enfermedades preexistentes declaradas por los beneficiarios; la aplicación de los topes anuales de gasto por beneficiario definidos en cada plan de salud. Estas últimas, en todo caso, deberían ser de bajo impacto.
- Dimensionar el efecto de cada una de estas causas es bastante complejo. Sin embargo, el hecho de que, en la mayoría de los casos, los planes complementarios otorguen coberturas efectivas menores a las consignadas en sus carátulas da cuenta de la importancia que tienen los topes y demás restricciones establecidas en los contratos de salud al momento de hacer uso de las prestaciones.

7. Referencias

- Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (2008). "Dimensiones de Valor para el Usuario en la Elección de un Plan de Salud (Cualitativo)". Estudio realizado por Criteria Research para la Superintendencia de Salud, Marzo 2008. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4847_recurso_1.pdf
- Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (2008). "Dimensiones de Valor para el Usuario en la Elección de un Plan de Salud (Cuantitativo)". Estudio realizado por Criteria Research para la Superintendencia de Salud, Agosto 2008. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4844_recurso_1.pdf
- Sánchez, M. (2008). "Productos y Precios en el Sistema Isapre". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Septiembre 2008. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4719_recurso_1.pdf
- Sánchez, M. (2008). "Estandarización y Simplificación de los Planes de Salud: Observador de Planes". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Diciembre 2008. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4984_recurso_1.pdf
- Copetta, C. (2009). "Análisis de la Oferta de Planes Individuales de las Isapres Abiertas". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Septiembre 2009. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5601_recurso_1.pdf
- Sánchez, M. (2016). "Análisis de los Planes de Salud del Sistema Isapre Año 2016". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Mayo 2016. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-13913_recurso_1.pdf
- Sanchez, M. (2016). "Coberturas Financieras de los Planes Complementarios de Salud de Isapres Abiertas". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, diciembre de 2016. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15646_recurso_1.pdf
- Sánchez, M. (2017). "Análisis de la Banda de Precios en el Sistema Isapre. Proceso de Adecuación de Contratos Julio 2017 – Junio 2018". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Abril 2017. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15989_recurso_1.pdf

ANEXO N°1

Distribución de los Planes Vigentes según Tipo Enero de 2017

Cód.	Isapre	Planes según Tipo				Totales N°
		Individuales		Grupales		
		N°	%	N°	%	
67	Colmena	3.134	13,7%	19.661	86,3%	22.795
78	Cruz Blanca	7.927	84,3%	1.475	15,7%	9.402
80	Vida Tres	5.899	99,8%	12	0,2%	5.911
81	Óptima	145	12,4%	1.029	87,6%	1.174
88	Masvida	2.450	98,8%	30	1,2%	2.480
99	Banmédica	10.287	98,0%	215	2,0%	10.502
107	Consalud	4.913	68,1%	2.305	31,9%	7.218
Isapres Abiertas		34.755	58,4%	24.727	41,6%	59.482
62	San Lorenzo	8	40,0%	12	60,0%	20
63	Fusat	285	86,4%	45	13,6%	330
65	Chuquicamata	11	24,4%	34	75,6%	45
68	Río Blanco	0	0,0%	20	100,0%	20
76	Fundación	32	8,8%	332	91,2%	364
94	Cruz del Norte	0	0,0%	5	100,0%	5
Isapres Cerradas		336	42,9%	448	57,1%	784
Sistema		35.091	58,2%	25.175	41,8%	60.266

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

Distribución de los Cotizantes Vigentes según Tipo de Plan Enero de 2017

Cód.	Isapre	Cotizantes según Tipo de Plan				Totales N°
		Individuales		Grupales		
		N°	%	N°	%	
67	Colmena	273.325	81,5%	61.877	18,5%	335.202
78	Cruz Blanca	379.204	94,9%	20.541	5,1%	399.745
80	Vida Tres	76.499	99,9%	81	0,1%	76.580
81	Óptima	1.066	5,4%	18.653	94,6%	19.719
88	Masvida	292.790	95,9%	12.540	4,1%	305.330
99	Banmédica	370.829	98,5%	5.479	1,5%	376.308
107	Consalud	344.677	90,3%	36.958	9,7%	381.635
Isapres Abiertas		1.738.390	91,8%	156.129	8,2%	1.894.519
62	San Lorenzo	46	5,0%	878	95,0%	924
63	Fusat	1.781	15,2%	9.928	84,8%	11.709
65	Chuquicamata	1.007	8,4%	10.947	91,6%	11.954
68	Río Blanco	0	0,0%	1.975	100,0%	1.975
76	Fundación	469	3,1%	14.886	96,9%	15.355
94	Cruz del Norte	0	0,0%	764	100,0%	764
Isapres Cerradas		3.303	7,7%	39.378	92,3%	42.681
Sistema		1.741.693	89,9%	195.507	10,1%	1.937.200

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

ANEXO N°2

Distribución de los Planes Vigentes según Amplitud de la Cobertura Enero de 2017

Cód.	Isapre	Planes según Amplitud de la Cobertura						Totales N°
		General		Reducida Parto		Reducida Honorarios		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	7.733	33,9%	15.010	65,8%	52	0,2%	22.795
78	Cruz Blanca	5.597	59,5%	3.805	40,5%	0	0,0%	9.402
80	Vida Tres	3.737	63,2%	2.174	36,8%	0	0,0%	5.911
81	Óptima	831	70,8%	343	29,2%	0	0,0%	1.174
88	Masvida	1.276	51,5%	1.196	48,2%	8	0,3%	2.480
99	Banmédica	7.862	74,9%	2.640	25,1%	0	0,0%	10.502
107	Consalud	7.202	99,8%	0	0,0%	16	0,2%	7.218
Isapres Abiertas		34.238	57,6%	25.168	42,3%	76	0,1%	59.482
62	San Lorenzo	20	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	20
63	Fusat	314	95,2%	16	4,8%	0	0,0%	330
65	Chuquicamata	45	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	45
68	Río Blanco	20	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	20
76	Fundación	364	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	364
94	Cruz del Norte	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
Isapres Cerradas		768	98,0%	16	2,0%	0	0,0%	784
Sistema		35.006	58,1%	25.184	41,8%	76	0,1%	60.266

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

Distribución de los Cotizantes Vigentes según Amplitud de la Cobertura del Plan Enero de 2017

Cód.	Isapre	Cotizantes según Amplitud de la Cobertura del Plan						Totales N°
		General		Reducida Parto		Reducida Honorarios		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	98.508	29,4%	230.806	68,9%	5.888	1,8%	335.202
78	Cruz Blanca	228.694	57,2%	171.051	42,8%	0	0,0%	399.745
80	Vida Tres	44.786	58,5%	31.794	41,5%	0	0,0%	76.580
81	Óptima	8.616	43,7%	11.103	56,3%	0	0,0%	19.719
88	Masvida	67.279	22,0%	232.195	76,0%	5.856	1,9%	305.330
99	Banmédica	221.626	58,9%	154.682	41,1%	0	0,0%	376.308
107	Consalud	381.548	100,0%	0	0,0%	87	0,02%	381.635
Isapres Abiertas		1.051.057	55,5%	831.631	43,9%	11.831	0,6%	1.894.519
62	San Lorenzo	924	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	924
63	Fusat	11.684	99,8%	25	0,2%	0	0,0%	11.709
65	Chuquicamata	11.954	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	11.954
68	Río Blanco	1.975	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1.975
76	Fundación	15.355	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	15.355
94	Cruz del Norte	764	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	764
Isapres Cerradas		42.656	99,9%	25	0,1%	0	0,0%	42.681
Sistema		1.093.713	56,5%	831.656	42,9%	11.831	0,6%	1.937.200

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

ANEXO N°3

Distribución de los Planes Vigentes según Modalidad de Atención Enero de 2017

Cód.	Isapre	Planes según Modalidad de Atención						Totales N°
		Libre Elección		Prestador Preferente		Plan Cerrado		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	13.908	61,0%	8.887	39,0%	0	0,0%	22.795
78	Cruz Blanca	4.813	51,2%	4.442	47,2%	147	1,6%	9.402
80	Vida Tres	931	15,8%	4.980	84,2%	0	0,0%	5.911
81	Óptima	261	22,2%	913	77,8%	0	0,0%	1.174
88	Masvida	1.685	67,9%	795	32,1%	0	0,0%	2.480
99	Banmédica	652	6,2%	9.800	93,3%	50	0,5%	10.502
107	Consalud	4.504	62,4%	2.359	32,7%	355	4,9%	7.218
Isapres Abiertas		26.754	45,0%	32.176	54,1%	552	0,9%	59.482
62	San Lorenzo	17	85,0%	3	15,0%	0	0,0%	20
63	Fusat	2	0,6%	300	90,9%	28	8,5%	330
65	Chuquicamata	16	35,6%	29	64,4%	0	0,0%	45
68	Río Blanco	0	0,0%	20	100,0%	0	0,0%	20
76	Fundación	98	26,9%	266	73,1%	0	0,0%	364
94	Cruz del Norte	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
Isapres Cerradas		138	17,6%	618	78,8%	28	3,6%	784
Sistema		26.892	44,6%	32.794	54,4%	580	1,0%	60.266

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

Distribución de los Cotizantes Vigentes según Modalidad de Atención del Plan Enero de 2017

Cód.	Isapre	Cotizantes según Modalidad de Atención del Plan						Totales N°
		Libre Elección		Prestador Preferente		Plan Cerrado		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	235.253	70,2%	99.949	29,8%	0	0,0%	335.202
78	Cruz Blanca	165.164	41,3%	211.937	53,0%	22.644	5,7%	399.745
80	Vida Tres	2.745	3,6%	73.835	96,4%	0	0,0%	76.580
81	Óptima	1.702	8,6%	18.017	91,4%	0	0,0%	19.719
88	Masvida	208.847	68,4%	96.483	31,6%	0	0,0%	305.330
99	Banmédica	5.112	1,4%	370.709	98,5%	487	0,1%	376.308
107	Consalud	189.421	49,6%	138.352	36,3%	53.862	14,1%	381.635
Isapres Abiertas		808.244	42,7%	1.009.282	53,3%	76.993	4,1%	1.894.519
62	San Lorenzo	874	94,6%	50	5,4%	0	0,0%	924
63	Fusat	2	0,0%	3.133	26,8%	8.574	73,2%	11.709
65	Chuquicamata	1.361	11,4%	10.593	88,6%	0	0,0%	11.954
68	Río Blanco	0	0,0%	1.975	100,0%	0	0,0%	1.975
76	Fundación	2.061	13,4%	13.294	86,6%	0	0,0%	15.355
94	Cruz del Norte	764	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	764
Isapres Cerradas		5.062	11,9%	29.045	68,1%	8.574	20,1%	42.681
Sistema		813.306	42,0%	1.038.327	53,6%	85.567	4,4%	1.937.200

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

ANEXO N°4

Distribución de los Planes Vigentes según Región donde se Comercializan Enero de 2017

Cód.	Isapre	Planes según Región de Comercialización						Totales N°
		Nacionales		Metropolitanos		Regionales		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	22.795	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	22.795
78	Cruz Blanca	5.159	54,9%	673	7,2%	3.570	38,0%	9.402
80	Vida Tres	3.942	66,7%	474	8,0%	1.495	25,3%	5.911
81	Óptima	0	0,0%	660	56,2%	514	43,8%	1.174
88	Masvida	1.533	61,8%	361	14,6%	586	23,6%	2.480
99	Banmédica	4.303	41,0%	1.147	10,9%	5.052	48,1%	10.502
107	Consalud	4.731	65,5%	784	10,9%	1.703	23,6%	7.218
Isapres Abiertas		42.463	71,4%	4.099	6,9%	12.920	21,7%	59.482
62	San Lorenzo	0	0,0%	0	0,0%	20	100,0%	20
63	Fusat	0	0,0%	0	0,0%	330	100,0%	330
65	Chuquicamata	0	0,0%	0	0,0%	45	100,0%	45
68	Río Blanco	0	0,0%	0	0,0%	20	100,0%	20
76	Fundación	364	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	364
94	Cruz del Norte	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%	5
Isapres Cerradas		364	46,4%	0	0,0%	420	53,6%	784
Sistema		42.827	71,1%	4.099	6,8%	13.340	22,1%	60.266

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

Distribución de los Cotizantes Vigentes según Región donde se Comercializa el Plan Enero de 2017

Cód.	Isapre	Cotizantes según Región						Totales N°
		Nacionales		Metropolitanos		Regionales		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	335.202	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	335.202
78	Cruz Blanca	185.721	46,5%	75.747	18,9%	138.277	34,6%	399.745
80	Vida Tres	61.144	79,8%	4.110	5,4%	11.326	14,8%	76.580
81	Óptima	0	0,0%	13.568	68,8%	6.151	31,2%	19.719
88	Masvida	214.682	70,3%	58.699	19,2%	31.949	10,5%	305.330
99	Banmédica	237.615	63,1%	53.067	14,1%	85.626	22,8%	376.308
107	Consalud	158.003	41,4%	69.911	18,3%	153.721	40,3%	381.635
Isapres Abiertas		1.192.367	62,9%	275.102	14,5%	427.050	22,5%	1.894.519
62	San Lorenzo	0	0,0%	0	0,0%	924	100,0%	924
63	Fusat	0	0,0%	0	0,0%	11.709	100,0%	11.709
65	Chuquicamata	0	0,0%	0	0,0%	11.954	100,0%	11.954
68	Río Blanco	0	0,0%	0	0,0%	1.975	100,0%	1.975
76	Fundación	15.355	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	15.355
94	Cruz del Norte	0	0,0%	0	0,0%	764	100,0%	764
Isapres Cerradas		15.355	36,0%	0	0,0%	27.326	64,0%	42.681
Sistema		1.207.722	62,3%	275.102	14,2%	454.376	23,5%	1.937.200

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

ANEXO N°5

Distribución de los Planes Vigentes según Modalidad del Precio Enero de 2017

Cód.	Isapre	Planes según Modalidad del Precio						Totales N°
		Unidades de Fomento		Pesos		7%		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	22.263	97,7%	0	0,0%	532	2,3%	22.795
78	Cruz Blanca	9.007	95,8%	0	0,0%	395	4,2%	9.402
80	Vida Tres	5.729	96,9%	170	2,9%	12	0,2%	5.911
81	Óptima	764	65,1%	374	31,9%	36	3,1%	1.174
88	Masvida	2.378	95,9%	78	3,1%	24	1,0%	2.480
99	Banmédica	8.784	83,6%	963	9,2%	755	7,2%	10.502
107	Consalud	3.795	52,6%	3.362	46,6%	61	0,8%	7.218
Isapres Abiertas		52.720	88,6%	4.947	8,3%	1.815	3,1%	59.482
62	San Lorenzo	16	80,0%	0	0,0%	4	20,0%	20
63	Fusat	304	92,1%	0	0,0%	26	7,9%	330
65	Chuquicamata	26	57,8%	0	0,0%	19	42,2%	45
68	Río Blanco	12	60,0%	0	0,0%	8	40,0%	20
76	Fundación	345	94,8%	0	0,0%	19	5,2%	364
94	Cruz del Norte	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%	5
Isapres Cerradas		707	90,2%	0	0,0%	77	9,8%	784
Sistema		53.427	88,7%	4.947	8,2%	1.892	3,1%	60.266

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud

Distribución de los Cotizantes Vigentes según Modalidad del Precio del Plan Enero de 2017

Cód.	Isapre	Cotizantes según Modalidad del Precio						Totales N°
		Unidades de Fomento		Pesos		7%		
		N°	%	N°	%	N°	%	
67	Colmena	326.148	97,3%	0	0,0%	9.054	2,7%	335.202
78	Cruz Blanca	387.330	96,9%	0	0,0%	12.415	3,1%	399.745
80	Vida Tres	76.150	99,4%	349	0,5%	81	0,1%	76.580
81	Óptima	15.158	76,9%	4.305	21,8%	256	1,3%	19.719
88	Masvida	303.873	99,5%	787	0,3%	670	0,2%	305.330
99	Banmédica	365.627	97,2%	4.577	1,2%	6.104	1,6%	376.308
107	Consalud	375.267	98,3%	4.960	1,3%	1.408	0,4%	381.635
Isapres Abiertas		1.849.553	97,6%	14.978	0,8%	29.988	1,6%	1.894.519
62	San Lorenzo	244	26,4%	0	0,0%	680	73,6%	924
63	Fusat	7.212	61,6%	0	0,0%	4.497	38,4%	11.709
65	Chuquicamata	3.292	27,5%	0	0,0%	8.662	72,5%	11.954
68	Río Blanco	296	15,0%	0	0,0%	1.679	85,0%	1.975
76	Fundación	9.281	60,4%	0	0,0%	6.074	39,6%	15.355
94	Cruz del Norte	18	2,4%	0	0,0%	746	97,6%	764
Isapres Cerradas		20.343	47,7%	0	0,0%	22.338	52,3%	42.681
Sistema		1.869.896	96,5%	14.978	0,8%	52.326	2,7%	1.937.200

Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud