



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Documento de Trabajo

Simulaciones y Propuesta de Perfeccionamiento del Mecanismo de Compensación de Riesgos GES InterIsapres

Departamento de Estudios y Desarrollo

Fecha de Presentación: 10 de Noviembre de 2017

Fecha de Publicación: 28 de Diciembre de 2017

Resumen

Este documento analiza el efecto de establecer distintos parámetros en el modelo y comparar el efecto sobre las variables de interés del FCS GES (prima comunitaria, factores de riesgo y primas ajustadas por riesgo) y los montos de compensaciones netas. El análisis se basa en el DS N°3 y N° 21 rectificatorio (2016) GES 80. Los principales resultados sugieren que el modelo vigente es el que exhibe la menor capacidad predictiva en todas las variables de interés, mientras el modelo propuesto alcanza la mayor (superior al 80%). Se reafirma que la baja capacidad predictiva del actual FCS se explica fundamentalmente por un efecto precio. El estudio finaliza con un set de propuestas de perfeccionamiento que no requieren cambios legales.

Palabras Clave: Compensación de riesgos, ajuste de riesgos, selección de riesgos, Isapres, GES, Fondo de compensación solidario, prima comunitaria, primas ajustadas por riesgo.

Tabla de Contenidos

1. Antecedentes

2. Objetivos

3. Proceso Fondo de Compensación Solidario GES vigente

4. Metodología

5. Resultados

6. Conclusiones y Propuestas de Modificación

7. Referencias

8. Anexos

Resumen Ejecutivo

El presente trabajo es parte de un proyecto que evalúa, por primera vez tras 12 años desde su implementación, la capacidad predictiva y entrega propuestas de perfeccionamiento para el modelo vigente de compensación por riesgos interisapres de los problemas de salud con GES. Se originaron dos estudios previos, el primero brinda un contexto teórico y práctico del concepto de ajuste de riesgos en salud, mientras el segundo evalúa la capacidad predictiva del actual FCS GES. Este estudio analiza el efecto de establecer distintos parámetros en el modelo y comparar el resultado sobre las variables de interés del FCS y las compensaciones netas. El análisis se basa en el DS N°3 y 21 rectificatorio (2016) GES 80.

El proceso del FCS consta de dos etapas. La primera determina la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las primas ajustadas por riesgo (PAR). El modelo de ajuste de riesgos es prospectivo. El arancel de referencia neto de copagos por GPP utilizado corresponde a una estimación, el que es determinado por el FONASA. Todos los valores monetarios de la etapa 1 se encuentran expresados en pesos corrientes, cuyos niveles permanecen constantes durante toda la vigencia del respectivo DS GES. La segunda etapa considera, utilizando como inputs los resultados de la etapa 1, el cálculo de las compensaciones netas de cada Isapre, las que son retrospectivas.

Se han detectado algunos problemas con el modelo vigente vinculado a aranceles, periodicidades, cartera y valores nominales de prima comunitaria y PAR. El elemento central de la metodología es la definición de un modelo normativo, que intenta reflejar un escenario "ideal" para cada una de las variables analizadas y el objetivo es comparar el mencionado contrafactual con otros modelos (vigente, propuesto y alternativo) e identificar si alguno domina estrictamente al resto. Lo que se pretende evaluar es un modelo *ex ante*.

Los resultados muestran que, respecto del modelo normativo, el modelo vigente exhibe la menor capacidad predictiva en todas las variables de interés, principalmente respecto de la prima comunitaria y de los montos de compensaciones netas, donde la capacidad predictiva es menor a la mitad respecto a la del modelo propuesto y el alternativo. Por su parte, el modelo propuesto, respecto del modelo normativo, alcanza la mayor capacidad predictiva, la que excepto en los montos de compensación neta (77,9%), es superior al 80%.

La comparación de las PAR muestra que el modelo vigente subestima sus valores respecto de los otros 3 modelos, con marcadas diferencias que aumentan desde los 15 años conforme crece la edad, lo que atenta contra el objetivo de disminuir los incentivos para la selección de riesgos por cuanto las mayores diferencias se observan para el grupo de adultos mayores, que posee los mayores riesgos relativos. Los resultados dan cuenta también de que, independiente del modelo analizado, la capacidad predictiva no es pareja entre Isapres.

Los resultados de montos traspasados reflejan lo acotado del tamaño del fondo (vigente y modelos estudiados) y lo exiguas de las redistribuciones, lo que dificulta establecer los incentivos adecuados para disminuir la selección de riesgos y promover eficiencia. No obstante, la materialización de los cambios propuestos permitirá avanzar en la dirección correcta y dar señales importantes en materia de solidaridad de riesgos.

Se reafirman los hallazgos del estudio previo, donde la baja capacidad predictiva del modelo vigente se explica esencialmente por un efecto precio. Como el FCS se aplica sólo al sistema privado, se evidencia la importancia del uso de valores exclusivos de dicho sistema. Al final se plantean propuestas de perfeccionamiento que requerirían sólo una modificación administrativa.

Departamento de Estudios y Desarrollo, David Debrott, Gonzalo Leyton, Ciro Ibáñez, Eduardo Salazar, Roberto Tegtmeyer.

1. Antecedentes

El objetivo del FCS es esencialmente disminuir los incentivos de las Isapres para discriminar a los individuos conforme a su perfil de gasto esperado, es decir, selección de riesgos. Un buen diseño y funcionamiento del FCS favorecería tanto temas de eficiencia como de equidad.

Para que el FCS pueda establecer los incentivos adecuados y así lograr su objetivo es primordial contar con un adecuado modelo de ajuste de riesgos, que permita acercarse al valor efectivo de la atención de salud, sobre todo para aquellas personas de mayor riesgo relativo como niños menores de 1 año y adultos mayores.

Vinculado a lo anterior, para que el FCS tenga un real impacto es importante que exista un tamaño adecuado del fondo, lo que se ve reflejado en los montos traspasados en las compensaciones netas, donde las sumas involucradas sean efectivamente condicionantes de las decisiones que toman las aseguradoras frente a beneficiarios de mayor riesgo relativo, aminorando así la selección de riesgos. En este sentido, un punto esencial se vincula con el uso en el modelo de parámetros que reflejen de la manera más certera y cercana posible valores efectivos reales.

El principal hallazgo del estudio previo al actual (Superintendencia de Salud, 2017-B) que evalúa la capacidad predictiva del actual FCS vinculado a los problemas de salud con GES muestra que existe una diferencia importante en las variables de interés (prima comunitaria, factores de riesgo y primas ajustadas por riesgo) y los montos de compensaciones netas entre el modelo vigente (estimado) y el escenario efectivo, lo cual se explica fundamentalmente por un efecto precio (arancel Decreto Supremo (que es estimado por el FONASA) versus arancel efectivo Isapres).

A raíz de los resultados del mencionado trabajo, se elaboró un nuevo estudio (que se basa en el DS N°3 y N° 21 rectificatorio (2016) GES 80) que básicamente analiza el efecto de establecer distintos parámetros en el modelo y comparar así distintos escenarios de simulación del efecto sobre las variables de interés del FCS (prima comunitaria, factores de riesgo y primas ajustadas por riesgo) y los montos de compensaciones netas con el propósito de establecer un modelo que refleje de la manera más certera y cercana posible valores "reales". El estudio finaliza con un set de propuestas de perfeccionamiento que requerirían sólo una modificación administrativa, no siendo necesario un cambio a la Ley.

2. Objetivos

El objetivo general del estudio es evaluar opciones de perfeccionamiento del modelo de ajuste de riesgos del Fondo de Compensación Solidario interisapre, que permitan mejorar su capacidad predictiva, sin que sea necesario introducir cambios legales.

En función de lo anterior, los objetivos específicos son:

- a. Establecer un adecuado modelo contrafactual que permita evaluar la capacidad predictiva de los diferentes modelos en análisis.
- b. Comparar el valor de los parámetros estimados en cada modelo de ajuste de riesgos (vigente y propuestos), con el modelo contrafactual.
- c. Comparar los montos a transferir entre las Isapres abiertas que integran el FCS en cada modelo de ajuste de riesgos (vigente y propuestos), con el modelo contrafactual.

3. Fondo de Compensación Solidario GES

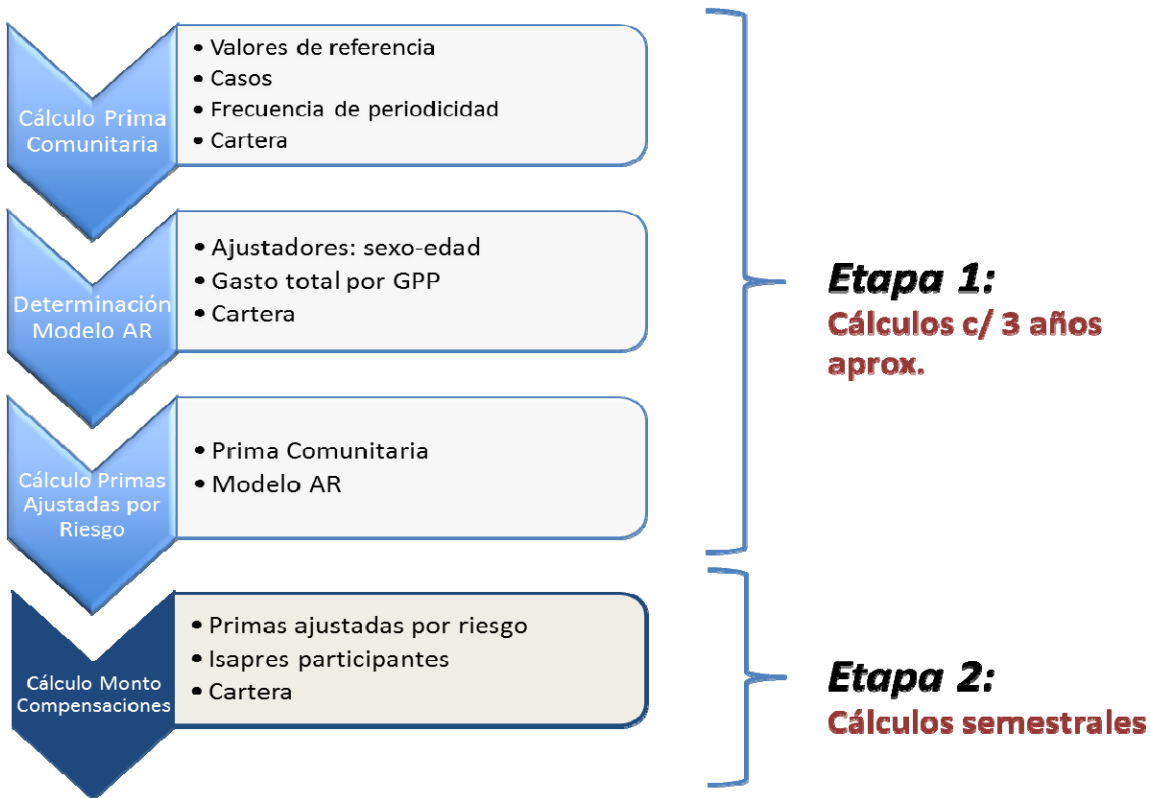
3.1. Proceso vigente

Como se mencionó, el objetivo del FCS es disminuir los incentivos de las Isapres para discriminar a los individuos conforme a su perfil de gasto esperado (selección de riesgos y descreme).

La normativa que rige el funcionamiento del actual FCS concierne básicamente al DS N° 142 (2005), que corresponde al Reglamento del Fondo, y la Circular IF N° 36 (2007), que corresponde a la Circular del Fondo. Cabe señalar que los ajustadores de riesgo utilizados en los cálculos se encuentran definidos en la ley (DFL 1) y se define que solo se considerarán las variables de edad y sexo.

El proceso relativo al FCS vinculado a los problemas de salud con GES consta básicamente de dos etapas (ver Figura 1), que a su vez corresponden a dos niveles de análisis diferentes.

Figura 1
Etapas Proceso Fondo de Compensación Solidario GES



Fuente: Elaboración propia.

La primera etapa del proceso considera la determinación de la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las primas ajustadas por riesgo, cuyos cálculos se realizan una vez que se publica en el Diario Oficial el Decreto Supremo (DS) que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, lo cual ocurre generalmente cada 3 años en el mes de enero. Este proceso corresponde en general a la determinación del modelo de ajuste de riesgo y establece las características centrales de la metodología.

El modelo de ajuste de riesgos vinculado a los problemas de salud con GES es de carácter prospectivo, ya que estima *ex ante* el gasto esperado por beneficiario para los 3 siguientes años de operación del mismo Decreto Supremo GES. Para ello, parte de la información de casos por Grupo de Prestaciones Principales (GPP), utilizando información de períodos anteriores al momento en que realiza el cálculo para el ajuste de riesgos (otra parte menor corresponde a estimaciones que provienen del EVC correspondiente). Por su parte, el arancel de referencia, neto de copagos (ANC), por GPP que se utiliza corresponde a una estimación que se basa principalmente en los aranceles que utiliza el sistema público. La determinación del arancel de referencia que se incluye en el Decreto Supremo GES, corresponde al Fonasa.

Para el caso específico del DS N°3 y N° 21 rectificatorio (2016) GES 80, los cálculos para el modelo informado posteriormente a las Isapres se basaron, para los GPP que ya existían en el Decreto anterior, en la información de casos que correspondieron al uso efectivo durante el año calendario 2015, mientras la información de casos para los GPP nuevos se extrajo del Estudio de Verificación de Costos (EVC) 2015, los cuales corresponden a una estimación de uso para el primer año de vigencia del DS. Por su parte, la cartera utilizada corresponde a la de marzo del año 2016 (mes base).

El proceso de cálculo de la etapa 1 determina un valor de prima comunitaria, así como de primas ajustadas por riesgo, todas las cuales se encuentran expresadas en pesos corrientes, cuyos niveles permanecen constantes en términos nominales durante toda la vigencia del respectivo DS GES.

Tanto la prima comunitaria, como el modelo de ajuste de riesgos y las primas ajustadas por riesgo se hacen públicos y se validan con las Isapres antes de la entrada en vigencia del Decreto Supremo GES (que ocurre en julio, año 1 del DS).

La segunda etapa corresponde a las compensaciones efectivas del fondo y, por lo tanto, es parte de la operación. Utilizando el modelo definido en la etapa anterior, se realiza el cálculo de las compensaciones netas que corresponde a cada Isapre, proceso que se realiza e informa de manera semestral durante la vigencia del respectivo DS GES según el siguiente detalle de temporalidad (ver Tabla 1).

Tabla 1
Etapa 2: Detalle periodos a compensar y fechas comprometidas

Proceso Traspaso	Semestre a Compensar	Cartera a Utilizar	Fecha de Notificación	Fecha de los Traspasos
1	Julio año t Agosto año t Septiembre año t Octubre año t Noviembre año t Diciembre año t	⇒ Mayo año t ⇒ Junio año t ⇒ Julio año t ⇒ Agosto año t ⇒ Septiembre año t ⇒ Octubre año t	Marzo año t+1	Abril año t+1
2	Enero año t+1 Febrero año t+1 Marzo año t+1 Abril año t+1 Mayo año t+1 Junio año t+1	⇒ Noviembre año t ⇒ Diciembre año t ⇒ Enero año t+1 ⇒ Febrero año t+1 ⇒ Marzo año t+1 ⇒ Abril año t+1	Septiembre año t+1	Octubre año t+1

Fuente: Circular IF N° 36.

Nota: t va variando según el primer semestre de cada año GES a compensar (año GES corresponde al periodo julio año t a junio año t+1). Por ejemplo, el primer semestre a compensar bajo el DS N°3 corresponde al periodo julio-diciembre de 2016, por ende corresponde t=2016, así mismo el tercer semestre a compensar bajo el DS N°3 corresponde al periodo julio-diciembre de 2017, por ende corresponde t=2017.

En julio del año t (año 1) entra en vigencia el nuevo Decreto Supremo GES y en diciembre del año t se termina el primer periodo a compensar (semestre 1). Durante marzo del año $t+1$ (año 2) se calculan las compensaciones netas del semestre 1 originadas por la vigencia del nuevo Decreto Supremo GES.

Las compensaciones netas son retrospectivas (aunque con un modelo prospectivo como se mencionó anteriormente). En efecto, para realizar el cálculo se usa el modelo de ajuste de riesgos prospectivo definido en la etapa 1 y se ajustan las carteras observadas *ex post* (según grupos de sexo y edad definidos para tal objetivo) de los meses correspondientes al semestre a compensar (por temas de temporalidad para la disponibilidad de la última información validada, el proceso usa la información de cartera del mes ante precedente al mes a compensar).

Las compensaciones netas se instruyen a las Isapres al final de marzo del año $t+1$ y se deben realizar al final de abril del año $t+1$. Este proceso se repite de la misma forma y sin cambios durante 6 periodos semestrales de vigencia del respectivo DS GES.

3.2. Principales problemas detectados

En todo el proceso descrito, especialmente en la primera etapa de determinación del modelo, se han detectado diversos problemas que pueden solucionarse, al menos en parte, con cambios en la normativa que no requieren cambios legales, incluso algunos ni siquiera requieren cambios reglamentarios. A continuación, se describen algunos de los problemas detectados en la metodología vigente:

- **Casos:** La estimación de los casos que ocurrirán en el periodo base provienen de registros administrativos que proporcionan las Isapres, lo que permite una estimación bastante ajustada a la realidad, aunque es difícil hacer proyecciones de esta variable. No obstante, existen problemas de registro y falta de validación de los datos (en GPP existentes). En el caso de GPP nuevos, es decir, que se incluyen por primera vez en el nuevo Decreto Supremo GES, no se dispone de información sobre casos (no existen registros), por lo que se usan estimaciones provenientes del EVC.

- **Valores:** Por reglamento, el valor unitario que debe utilizarse para valorizar cada GPP proviene del Arancel de Referencia que se establece en el Decreto Supremo GES. Este valor se encuentra sesgado hacia los valores relevantes en el sistema público, ya que el Decreto establece un valor promedio ponderado de ambos subsistemas. Por otra parte, en la práctica ese valor tampoco proviene de los EVC, sino de estimaciones propias que realiza Fonasa, a partir de un método *ad hoc* que no tiene como referencia lo que ocurre en el sistema privado. Por otra parte, el reglamento señala que se deben utilizar los valores “netos de copago”, es decir, el valor bonificado por la Isapre al prestador, lo que disminuye el nivel absoluto de la prima comunitaria, lo que a su vez disminuye la profundidad de las compensaciones. No obstante, esto no distorsiona los valores relativos de las primas ajustadas, por cuanto establece nominalmente un 20% parejo de copago en todas las prestaciones.

■ **Periodicidad:** Dado que el reglamento establece un método de estimación que agrega por partes el gasto para cada GPP, luego de considerar los casos y su valor neto de copagos, resulta necesario identificar la periodicidad en que ocurren cada GPP. Esta información también proviene del Decreto Supremo GES, pero allí solo se consigna como un concepto, por ejemplo, "cada vez", "mensual", "por ciclo", sin indicar cuantas veces debe otorgarse el GPP en cada caso. Esto obliga a realizar una interpretación, lo que no resulta satisfactorio. Por otra parte, se han detectado errores en la definición de periodicidades del Decreto Supremo y, por su complejidad y diversidad, problemas en los registros administrativos de las Isapres. Bajo el esquema de registros que hoy se dispone de parte de las Isapres, resulta ser un dato no observable (se observa la periodicidad efectiva, pero no la teórica).

■ **Cartera:** El reglamento hace una definición poco precisa e inadecuada del dato de cartera que debe ser utilizado en el cálculo. Al señalar que debe ser la última información disponible, se ha interpretado como el último dato disponible, reduciéndolo al último dato mensual. A esto se suman las deficiencias en los procesos de validación y de autenticación de los datos.

A estos problemas de orden metodológico, se agregan otros más bien prácticos, como por ejemplo, que la prima comunitaria y las primas ajustadas por riesgo que son estimadas por el modelo, quedan fijas en su valor nominal correspondiente al inicio del periodo, lo que se traduce en que durante la operación del fondo se va perdiendo profundidad en las compensaciones efectivas y capacidad predictiva, por el solo efecto de la inflación.

Las compensaciones efectivas ajustan en cada periodo a compensar las carteras de las Isapres, lo que es el único elemento retrospectivo del modelo que en su globalidad es de carácter prospectivo.

4. Metodología

Para evaluar los efectos que pueden provocar las alternativas de perfeccionamiento del modelo de compensación de riesgos del FCS interisapre, especialmente sobre las principales variables de interés, como son la prima comunitaria, los factores de riesgo y las primas ajustadas por riesgo, y finalmente, los montos de compensaciones, es necesario definir una situación ideal que se quiere reproducir. Dado que esa situación ideal no es observable, ni *ex ante* y ni *ex post*, es necesario construir un contrafactual que reúna determinadas condiciones que se asumen como óptimas desde el punto de vista de la asignación de recursos.

En Superintendencia de Salud (2017-B) asumimos que dicho contrafactual surgía a partir de dos criterios: la finalidad del mecanismo de ajuste de riesgos; y las posibilidades y alternativas de construcción del escenario contrafactual. De esta forma se determinó que, para efectos de la evaluación *ex post* del modelo vigente, el contrafactual más adecuado se basaría en el número de casos y en la mediana de los valores bonificados, realmente observados en el periodo, por cada GPP.

Como resulta obvio, tal escenario contrafactual solo es posible en el marco de una evaluación *ex post*, donde lo que se busca analizar ya ha ocurrido. En consecuencia, para

efectos de la evaluación de esta propuesta resulta necesario redefinir el escenario contrafactual, considerando que lo que se pretende evaluar en este contexto es un modelo *ex ante*.

4.1. Determinación del contrafactual

La finalidad del modelo es compensar a los seguros por los diferenciales de riesgo sanitario que poseen sus carteras de beneficiarios, permitiendo que estos sean indiferentes respecto a su composición demográfica (edad y sexo). De allí se desprende que el modelo contrafactual debe representar el gasto esperado de cada segmento de la cartera, valorizado en un vector o nivel de precios común, que se asume representa el costo socialmente aceptable del conjunto de prestaciones que se pretende solidarizar y no el gasto que realiza cada sujeto, ya que está fuertemente determinado por su capacidad de pago y por la heterogeneidad de precios de los prestadores (Superintendencia de Salud, 2016-A). Por esta razón, los valores unitarios que se emplean en el modelo, son corregidos para representar ese nivel de precios común¹. Distinto sería el caso si es que el modelo tuviese como finalidad, compensar los riesgos financieros que enfrenta cada seguro.

Otro aspecto importante a considerar, es si el riesgo sanitario de la cartera se representa de mejor forma a partir de los valores facturados, que representan el costo total de la atención, o solo a partir de los valores bonificados, que representan el costo que enfrenta el seguro. Si bien, el usar los valores bonificados no introduce sesgos relativos, ya que el porcentaje de copagos es idéntico en todas las prestaciones, si genera una subestimación del valor absoluto de la prima comunitaria, de las primas ajustadas por riesgo, y consiguientemente, de las compensaciones efectivas. Por otra parte, el contrafactual debe buscar representar la utilización deseada de servicios, dado el perfil epidemiológico de la cartera, y no limitarse a reproducir la utilización observada, ya que ésta distorsiona la asignación óptima de los recursos.

En cuanto a las posibilidades de información, resulta obvio que en un escenario *ex ante* solo se dispone de datos pasados y de estimaciones sobre el presente y futuro. De allí que las alternativas siempre serán imperfectas si se las compara con una evaluación *ex post*.

De acuerdo a lo antes dicho, la determinación del contrafactual se orienta principalmente bajo la lógica de un modelo "normativo", que intenta representar un escenario "ideal" (que muestre el deber ser) para cada una de las variables de interés analizadas. En efecto, el criterio base para la construcción del contrafactual es el uso de inputs lo más cercanos a la realidad del sector privado posible al momento de realizar los cálculos (que ocurre algunos meses antes de la entrada en vigencia del DS GES), lo que para el presente estudio se traduce básicamente en el uso de la mayor información posible del Estudio de Verificación de

¹ Se eliminaron aquellos valores que registraban valor bonificado \$0 y/o facturado \$1. Se eliminaron algunos valores bonificados extremos de la cola superior del GPP 5T2, así como algunos valores facturados de la cola inferior de los GPP 14T5, 14D1, 14T2, 14T3, 30T3, 33D1, 33T4, 38T3, 40T8, 58T4, 63T3, 65T2 y 77T1. Cabe señalar que no se realizó un análisis exhaustivo de outliers.

Costos establecido en la Ley, según el detalle de la Tabla 2. Esto garantiza también que los datos sean una construcción externa independiente de quien modela y realiza la estimación.²

Cabe señalar que los valores unitarios utilizados corresponden a valores facturados (tanto los efectivos como los del EVC). El detalle del vector de valores unitarios efectivos utilizado se presenta en el Anexo 1.

Tabla 2
Detalle origen de inputs usados para caso normativo según tipo de GPP

Input	Tipo de GPP	Origen
Valor Unitario	Antiguo	Mediana valores unitarios efectivos año 2015
	Nuevo	EVC (*)
Casos	Antiguo	EVC (**)
	Nuevo	EVC

(*) Si no existe valor, se utiliza el arancel del DS GES.

(**) Si es 0, se reemplaza por casos efectivos del año 2015.

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, la única información que no se extrae del EVC corresponde a los valores unitarios facturados de los GPP antiguos, es decir, de aquellos GPP que provienen del DS GES anterior (N° 4, de 2013) y que se mantienen en el nuevo DS. Lo anterior obedece a que se asume que los valores que representan de manera más certera la realidad son precisamente los valores unitarios efectivos por GPP que han ocurrido en el subsistema privado (no así los del EVC que corresponden a estimaciones). Esto es diferente en materia de casos, producto que el uso de la modalidad GES es voluntaria en el sistema privado de salud, por lo que los casos efectivos que se observan no necesariamente corresponden a la demanda total que se debió atender por GES (es decir, no sería una adecuada representación del deber ser).

4.2. Modelo vigente y propuestas para su perfeccionamiento

Como se mencionó, el objetivo del presente ejercicio es evaluar la capacidad predictiva de un modelo de compensación de riesgos diferente al que se encuentra vigente y que asume los principales cuestionamientos que hemos venido desarrollando. En consecuencia, se estimaron tres modelos para realizar tal evaluación: el modelo actualmente vigente; el modelo propuesto luego de las simulaciones; y un modelo alternativo que se presenta solo para efectos de comparación.

Los tres modelos utilizan como contrafactual, el modelo normativo que se describió en el apartado anterior. La construcción de los modelos vigente, propuesto y alternativo se muestra a continuación (ver Tabla 3).

Tabla 3

² Cabe considerar que el EVC realiza una estimación de casos para el año base, que considera no solo la utilización GES observada, sino, además, la demanda potencial derivada de las necesidades epidemiológicas de la población. En consecuencia, se aproxima adecuadamente a una predicción de carácter normativo.

Detalle origen de inputs usados para modelos analizados según tipo de GPP

Modelo	Input	Tipo de GPP	Origen
Vigente	Valores Unitarios	Antiguo	Arancel DS GES
		Nuevo	Arancel DS GES
	Casos	Antiguo	Uso efectivo año 2015
		Nuevo	EVC
Propuesto	Valores Unitarios	Antiguo	Mediana valores unitarios efectivos año 2015
		Nuevo	EVC (*)
	Casos	Antiguo	Uso efectivo año 2015
		Nuevo	EVC
Alternativo	Gasto	Antiguo	Valor facturado efectivo año 2015
	Valores Unitarios	Nuevo	EVC (*)
	Casos	Nuevo	EVC

(*) Si no existe valor, se utiliza el arancel del DS GES.

Fuente: Elaboración propia

Cabe señalar que a diferencia del modelo vigente (que se basa en valores bonificados o netos de copago), pero al igual que en el modelo normativo, los valores unitarios utilizados en el modelo propuesto y en el alternativo corresponden a valores facturados (tanto los efectivos como los del EVC).

El modelo vigente fue discutido en detalle en Superintendencia de Salud (2017-B). Por su parte, el modelo propuesto plantea el uso de los datos de valores unitarios y casos del EVC para los GPP nuevos, mientras para los GPP antiguos se propone el uso de datos de valores unitarios medianos y casos efectivos (en este caso, para el último año calendario disponible a la fecha en que se deban realizar los cálculos). En efecto, a raíz de los resultados reportados en Superintendencia de Salud (2017-B), el principal cambio sugerido respecto al modelo vigente viene por el lado de los valores unitarios utilizados, donde se desecha el uso de los aranceles de referencia del DS GES y se propone una medida más acorde a los valores medianos del sector privado, sector en donde precisamente opera el FCS relativo a las GES. En los GPP antiguos se propone utilizar los casos efectivos y no los que reporta el EVC, aun cuando esta última información también está disponible, por dos razones. Primero, porque las diferencias entre el número de casos normativo (EVC) y los casos efectivos (registros administrativos) pueden ser considerables, dado la aún baja tasa de utilización del GES en Isapres. Segundo, porque conceptualmente lo que se intenta compensar es, en promedio, lo que realmente han utilizado los diferentes segmentos de la cartera.

Respecto a los valores unitarios de los GPP antiguos, se estima pertinente realizar análisis de valores extremos (lo que no fue realizado para el presente estudio), así como también se podría considerar un ajuste de los valores *ex post* el primer año de vigencia del DS GES o aplicar alguna tasa de crecimiento *ex ante*. Se debe tener presente el tema que las canastas de los GPP son referenciales, así como la ocurrencia de nuevas negociaciones que se generan entre seguro y prestador al establecerse un nuevo DS, lo que podría afectar el valor

de referencia por GPP entre DS (se debe tener precaución respecto a la información con qué se calcula el vector a utilizar).

Por su parte, respecto a los casos de los GPP antiguos se podría considerar un ajuste *ex post* el primer año de vigencia del DS GES o aplicar alguna tasa de crecimiento *ex ante*, mientras en los casos de los GPP nuevos se podría considerar un ajuste de los valores *ex post* el primer año de vigencia del DS GES.

Respecto al modelo alternativo, que se presenta aquí solo para efectos de comparación, se plantea el uso de los datos de valores unitarios y casos del EVC para los GPP nuevos, mientras para los GPP antiguos se propone el uso del total del gasto facturado efectivo (en este caso, para el último año calendario disponible a la fecha en que se deban realizar los cálculos), sin desglosar en precio ni cantidad. En este caso correspondería más bien al riesgo financiero medio que enfrentan las Isapres.

Por su parte, los modelos vigente y propuesto³ consideran la frecuencia de la periodicidad de acuerdo al tipo (mensual, por ciclo, por tratamiento completo, etc.), expresada en términos anuales⁴. Respecto a la población, todos los modelos (excepto el vigente), consideran el uso del promedio cartera de los últimos 12 meses disponibles al momento de realizar los cálculos de prima comunitaria, modelo y primas ajustadas por riesgo (enero-diciembre del año 2015 en este caso). Por otro lado, se propone expresar la prima comunitaria y primas ajustadas por riesgo en Unidades de Fomento (UF) con el fin de evitar la pérdida de capacidad predictiva en el tiempo al estar los valores en cifras nominales (como ocurre en la actualidad). Finalmente, se sugiere estudiar los segmentos de edad de la tabla de factores con el fin de validar los utilizados actualmente o definir otros más adecuados.

Cabe señalar que el presente estudio utiliza la misma metodología de cálculo establecida en la normativa vigente, variando solamente la fuente de origen de la información a utilizar para los inputs claves del modelo como son los casos y los valores unitarios.

La información de casos efectivos utilizada en el estudio, así como la mediana de los valores unitarios efectivos en cada GPP proviene de las bases de datos que dispone la Superintendencia de Salud a partir de los datos procesados y remitidos por las mismas Isapres. Se consideraron para el análisis datos individuales del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del periodo enero-diciembre del año 2015.

La ley establece que el Fondo será aplicable a todas las Isapres salvo a las cerradas en la medida que su cartera de cotizantes esté mayoritariamente conformada por trabajadores o ex trabajadores de la empresa que constituyó la isapre. Atendido lo anterior, se revisó la composición de cartera de cada una de las isapres cerradas a fin de detectar si alguna de ellas debía entrar al Fondo en alguno de los semestres a compensar, encontrándose que ninguna de las isapres cerradas y en ningún período mensual debía incorporarse al Fondo.

³ Al igual que el modelo normativo.

⁴ El modelo alternativo considera implícito el tema de la periodicidad, donde corresponde a la periodicidad efectiva por GPP (que como hemos señalado, difiere de la teórica, la cual es no observable).

De esta forma, las isapres participantes del estudio corresponden exclusivamente a las Isapres abiertas del sistema.

Por otro lado, dado que el código GPP puede variar entre Decretos Supremos (para un mismo GPP), con el propósito de no perder información de casos, se realizó un ejercicio de homologación de códigos GPP entre el DS N°4 (2013) y el DS N° 1 (2010).

La construcción del vector de la mediana de los aranceles facturados por las Isapres por cada GPP se basó en la información mensual, razón por la cual los datos obtenidos consideran implícito el tema de la periodicidad (por evento, por ciclo, mensual, etc.).

5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del modelo de compensación vigente y de las simulaciones realizadas. La primera simulación corresponde al modelo normativo, el que para efectos prácticos nos sirve como un contrafactual. La segunda simulación corresponde al modelo que se propone implementar, el que se encuentra descrito en la metodología. Por último, se presenta una simulación con un modelo alternativo, de mayor simplicidad metodológica, pero que no resulta satisfactorio para cumplir el objetivo que se ha propuesto.

Cabe tener presente que, en estos ejercicios, se utiliza siempre como comparador el modelo normativo que hemos establecido como nuestro contrafactual.⁵ La estructura de presentación de los resultados sigue básicamente el mismo esquema que desarrollamos en Superintendencia de Salud (2017-B).

5.1 Valor de la Prima Comunitaria

La Tabla 4 muestra el valor de la prima comunitaria en el modelo vigente, en el modelo normativo y los dos modelos alternativos que hemos definido (propuesto y alternativo). La última fila presenta el principal indicador para efectos del estudio.

Tabla 4
Comparación a nivel de Prima Comunitaria: Modelos Vigente – Propuesto - Alternativo versus Modelo Normativo

Prima Comunitaria	Modelo Vigente	Modelo Normativo	Modelo Propuesto	Modelo Alternativo
Prima Anual (\$)	34.453	100.446	85.318	77.363
Prima Mensual (\$)	2.871	8.371	7.110	6.447
UF / Año	1,322	3,855	3,275	2,969
Cociente Modelo Normativo / Modelos analizados	2,915		1,177	1,298
Capacidad predictiva r. a Modelo Normativo	34,3%		84,9%	77,0%

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

⁵ En este sentido, es distinto al procedimiento que realizamos en Superintendencia de Salud (2017-B), ya que allí las diferentes comparaciones se realizan siempre entre el modelo vigente y diferentes simulaciones que se presentan como posibles contrafactuales.

El modelo vigente determina una prima comunitaria a compensar de 1,322 UF⁶ por beneficiario/año⁷. Al contrastar dicha predicción con el modelo normativo construido como base de comparación, se advierte que la prima comunitaria debía ser 1,915 veces superior a la estimada en el modelo vigente. Desde esta perspectiva, la capacidad predictiva del modelo vigente sería solo de un 34,3% a nivel de la prima comunitaria, lo que da cuenta de una distancia considerable entre ambos modelos.

Cabe recordar que en Superintendencia de Salud (2017-B) el ejercicio consistía en determinar la capacidad predictiva del modelo vigente respecto de tres alternativas contrafactuales, en cambio aquí se compara tanto el modelo vigente como el propuesto y el alternativo respecto de un modelo normativo que sirve de contrafactual.

Comparando ahora el modelo propuesto y el modelo alternativo con nuestro modelo normativo, advertimos que la capacidad predictiva mejora sustancialmente, por cuanto los valores estimados de prima comunitaria se acercan al nivel predicho bajo el contrafactual. En efecto, bajo el modelo propuesto se obtendría una prima comunitaria que acota la diferencia a 0,177 veces la prima predicha en el modelo normativo. Por su parte, bajo el modelo alternativo se obtendría una prima comunitaria que mantiene una diferencia de 0,298 veces la prima predicha en el modelo normativo. En consecuencia, dependiendo del modelo considerado, la capacidad predictiva de la prima comunitaria varía respecto del modelo normativo entre un 77% (modelo alternativo) y un 84,9% (modelo propuesto), más del doble que la del modelo vigente (34,3%). A este nivel, los resultados pueden ser considerados como bastante satisfactorios.

5.2 Factores y Primas Ajustadas por Riesgo

La Tabla 5 muestra un resumen de estadígrafos que permiten comparar la capacidad predictiva de cada modelo analizado respecto del normativo que actúa como pivote. Cabe tener presente que las primas ajustadas expresan los mismos valores relativos de las tablas de factores, escaladas por el valor absoluto de la prima comunitaria, por lo que el análisis y sus resultados son idénticos por definición.

⁶ Considera el valor de la UF al 01 de julio de 2016 por un monto de \$26.053,81.

⁷ A lo largo del estudio, la población utilizada en los cálculos corresponde al promedio de la cartera del periodo enero-diciembre de 2015, la cual alcanza a 3.255.591 beneficiarios.

Tabla 5
Estadígrafos a nivel de Primas Ajustadas por Riesgo: Diferencias en modelos
construidos respecto del modelo normativo

Estadígrafos (Δ)	Modelo Vigente	Modelo Propuesto	Modelo Alternativo
Máximo	4,202	1,430	1,595
Mínimo	0,825	0,681	0,596
Media	2,664	1,129	1,230
Mediana	2,874	1,181	1,269
Desviación Estándar	0,822	0,163	0,199
Capacidad predictiva media de cada Modelo r.al Normativo	42,3%	83,3%	78,3%

(Δ) Contrasta en cada celda sexo/edad, valor PAR caso normativo r.a cada modelo simulado.

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

El ejercicio analítico consiste en contrastar, por cada celda de edad y sexo, el valor del modelo normativo (contrafactual) respecto del valor predicho para cada uno de los modelos estimados (vigente, propuesto y alternativo). De esta forma, se obtiene una tabla resumen en la que se presentan las diferencias normalizadas. Si el valor es igual a 1, quiere decir que la predicción del modelo analizado es igual al valor normativo. Si el valor es > 1 , quiere decir que la predicción subestima el valor normativo y viceversa cuando lo sobrestima. En el Anexo 2 se presentan las tablas de factores de riesgo y las primas ajustadas por riesgo con los valores estimados en cada modelo para cada celda.

Considerando el modelo vigente, se observa que la media es de 2,664 veces, lo que se interpreta como que las primas ajustadas deberían ser, en promedio, 1,664 veces superiores para alcanzar el valor de las primas ajustadas del modelo normativo. Al revisar los valores (máximo y mínimo) se advierte que hay un amplio rango de discrepancia entre ambos valores, que va entre 0,825 y 4,202. Llama la atención la gran subestimación presente en los valores de las primas ajustadas por riesgo del modelo vigente (3,2 veces), lo que no se aprecia en tal magnitud respecto de los otros dos modelos analizados (0,43 y 0,595 veces según el modelo considerado).

Si se compara respecto del modelo propuesto, la media cae más de la mitad (1,129 veces), lo que implica que las primas ajustadas deberían ser, en promedio, 0,129 veces superiores para alcanzar los valores del modelo normativo. En este caso, aumenta ligeramente la sobrestimación respecto al modelo vigente (mínimo 0,681), pero baja considerablemente la subestimación (máximo 1,430).

Finalmente, al comparar respecto del modelo alternativo la media aumenta levemente a 1,230 veces, es decir, las primas ajustadas deberían ser, en promedio, 0,23 veces superiores a las estimadas en el modelo normativo. Respecto del modelo propuesto, sube ligeramente la sobrestimación (mínimo 0,596) y también la subestimación (máximo 1,595), aunque al igual que el modelo propuesto, es sustancialmente menor la subestimación respecto al modelo normativo (versus la del modelo vigente).

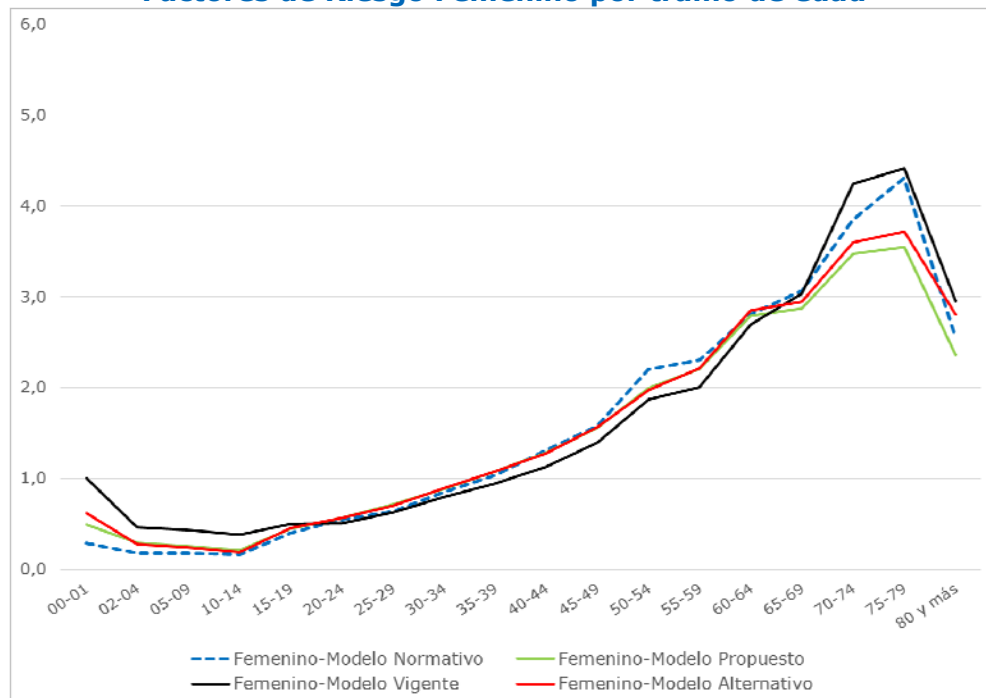
Para efectos comparativos, la desviación estándar sintetiza la capacidad predictiva de cada uno de los modelos analizados respecto del normativo. En efecto, al comparar con el modelo vigente, la predicción se desvía del valor verdadero en un 82,2%. Al contrastar con el

modelo propuesto, la predicción mejora considerablemente por cuanto se desvía del valor verdadero en un 16,3%. Finalmente, al comparar con el modelo alternativo la predicción se desvía del valor verdadero en un 19,9%.

Otra forma de comparación es analizar qué porcentaje del valor verdadero es explicado por la predicción del modelo.⁸ Si asumimos como valor verdadero los arrojados por el modelo normativo, el modelo vigente predice en promedio un 42,3% del valor en cada celda sexo/edad, lo que es 8 puntos porcentuales superior al nivel predictivo en términos de prima comunitaria (34,3%). Si comparamos respecto del modelo propuesto, se observa que aumenta la capacidad predictiva casi al doble versus el modelo vigente con un promedio de 83,3% del valor en cada celda, la que es 1,6 puntos porcentuales inferior que a nivel de prima comunitaria (84,9%). Finalmente, si comparamos respecto del modelo alternativo, la capacidad predictiva media baja levemente a un 78,3% del valor en cada celda, la que es superior en 1,3 puntos porcentuales respecto del nivel predictivo a nivel de prima comunitaria (77%).

Los gráficos que siguen permiten visualizar por sexo y edad las diferencias que se observan entre el modelo normativo respecto del vigente, propuesto y alternativo. El Gráfico 1 y el Gráfico 3 presentan las diferencias expresadas como factores de riesgo, para mujeres y hombres, respectivamente. En tanto, el Gráfico 2 y el Gráfico 4 presentan las diferencias expresadas como primas ajustadas por riesgo, para mujeres y hombres, respectivamente.

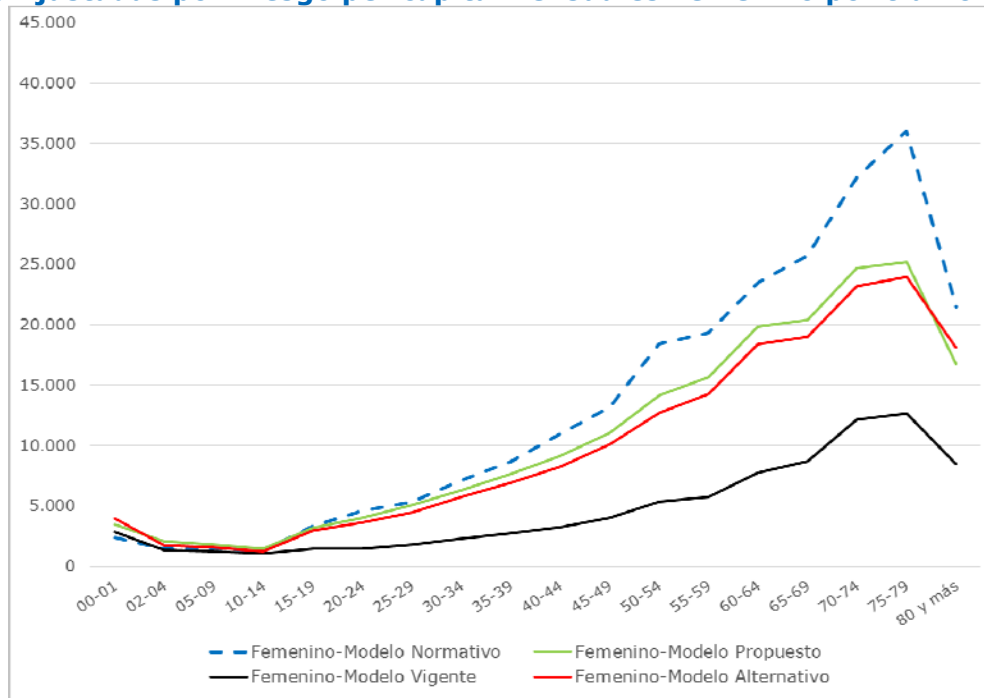
Gráfico 1
Factores de Riesgo Femenino por tramo de edad



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

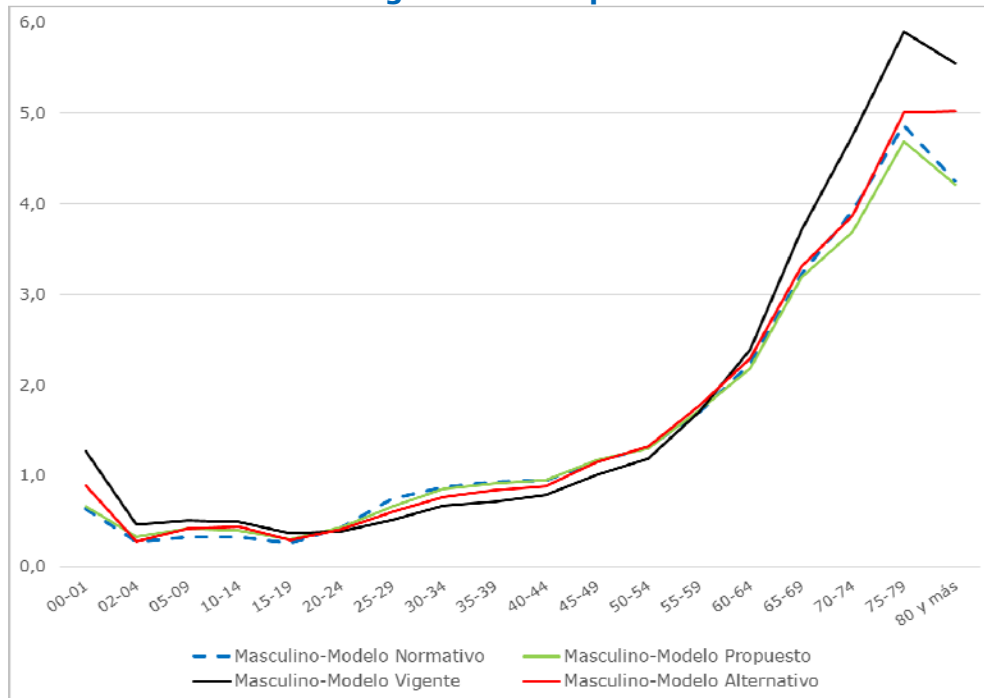
⁸ En este caso las desviaciones respecto del valor verdadero se consideran en su valor absoluto.

Gráfico 2
Primas Ajustadas por Riesgo per cápita mensuales Femenino por tramo de edad



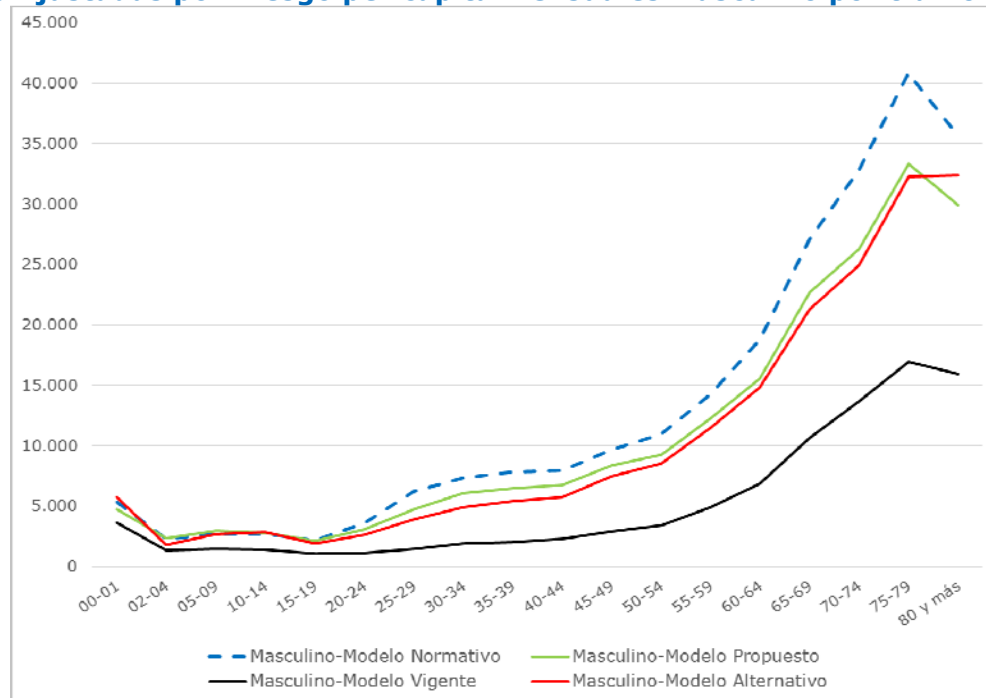
Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

Gráfico 3
Factores de Riesgo Masculino por tramo de edad



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

Gráfico 4
Primas Ajustadas por Riesgo per cápita mensuales Masculino por tramo de edad



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

A modo general, resulta interesante observar que, al comparar sólo los factores de riesgo, no se observan diferencias tan marcadas del modelo vigente respecto de los otros 3 analizados en ambos sexos y la mayor parte de los tramos de edad, con excepción de los tramos menores a 15 años en el caso de mujeres y mayores de 65 años en el caso de hombres. Sin embargo, la magnitud de estas diferencias se hace evidente cuando comparamos el valor de las primas ajustada por riesgo per cápita mensuales. Por ejemplo, mientras el modelo vigente arroja un valor de \$ 12.671 para mujeres entre 75 y 79 años, el modelo normativo sugiere un valor de \$ 36.035, en tanto el modelo propuesto sugiere un valor de \$ 25.195, mientras el modelo alternativo arroja una prima de \$23.978.

Respecto a los factores de riesgo, indistintamente del sexo, el modelo vigente sobreestima los factores de riesgo para los grupos de beneficiarios menores a 20 años y para los mayores a 65 años en el caso de las mujeres (excepto para aquellas entre 65 y 69 años bajo el modelo normativo) y los mayores de 60 años en el caso de los hombres, mientras en el tramo 20 a 64 años para mujeres y 20 a 59 años para hombres el modelo vigente tiende a subestimar los factores de riesgo, aunque en menor proporción que las sobrestimaciones.

Tanto el modelo propuesto como el alternativo presentan un comportamiento más cercano al modelo normativo que al vigente, independiente del sexo analizado, sobre todo en los tramos de edades extremos.

Por otro lado, la comparación de las primas ajustadas por riesgo muestra, indistintamente del sexo, que el modelo vigente subestima los valores respecto de los otros 3 modelos analizados, con marcadas diferencias que aumentan en magnitud desde los 15 años conforme aumenta la edad (excepto el tramo 80 años y más). Nuevamente se observa que

Departamento de Estudios y Desarrollo, David Debrott, Gonzalo Leyton, Ciro Ibáñez, Eduardo Salazar, Roberto Tegtmeier.

tanto el modelo propuesto como el alternativo presentan niveles más cercanos al modelo normativo que al vigente, independiente del sexo analizado, sobre todo en los tramos de edades desde los 15 años.

Se debe tener presente que para que el FCS pueda establecer los incentivos adecuados y así lograr su objetivo es primordial contar con un adecuado modelo de ajuste de riesgos, que permita acercarse al valor efectivo de la atención de salud, sobre todo para aquellas personas de mayor riesgo relativo como niños menores de 1 año y adultos mayores. Vinculado a lo anterior, para que el Fondo tenga un real impacto es importante que tenga un tamaño adecuado, lo que se ve reflejado en los montos traspasados en las compensaciones netas, donde los montos involucrados sean efectivamente condicionantes de las decisiones que toman las aseguradoras frente a beneficiarios de mayor riesgo relativo, aminorando así la selección de riesgos. En este sentido, un punto esencial se vincula con el uso en el modelo de inputs que reflejen de la manera más certera y cercana posible valores efectivos reales del sistema en el cual opera, donde el nivel de las primas ajustadas por riesgo es el elemento clave a tener en cuenta, por cuanto estas determinan de manera directa los posteriores montos traspasados en las compensaciones netas.

En este sentido, el resultado observado respecto de las diferencias en los niveles de primas ajustadas por riesgo del modelo vigente respecto de los otros 3, tanto en el caso masculino como femenino, atenta contra el objetivo de disminuir los incentivos para la selección de riesgos por cuanto las mayores diferencias se observan para el grupo de adultos mayores, que posee los mayores riesgos relativos, impactando los montos traspasados y por consiguiente el tamaño del fondo, es decir, condiciona el real impacto de éste sobre las decisiones que toman las aseguradoras frente a beneficiarios de mayor riesgo relativo. En consecuencia, no siendo la solución perfecta, sí pareciera ser una mejor opción a la actual, dado el marco normativo vigente, el considerar un modelo como el propuesto.

5.3 Traspasos por Compensaciones Netas

Por último, interesa analizar el efecto final que produce el modelo en las compensaciones de riesgo, expresadas en los montos y flujos efectivos (absolutos) de dinero que deben transferir las instituciones sujetas a la regulación. En el Anexo 3 se presentan los montos en pesos de las compensaciones netas. En este ejercicio, dado que el modelo normativo siempre actúa como un contrafactual, los porcentajes que aparecen en las tablas pueden ser interpretados como indicador de la capacidad predictiva del modelo en cada flujo entre Isapre aportante y receptora.

La Tabla 6 muestra la capacidad predictiva del modelo vigente respecto del modelo contrafactual (normativo).

Tabla 6
Capacidad Predictiva de las Compensaciones Netas- Ratio Monto Acumulado de las
Compensaciones Año 1 de Vigencia del DS N° 3 y 21 rectificatorio:
Modelo Vigente v/s Modelo Normativo

Aportantes	Receptoras				
	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7	Total
Isapre 1	45,7%	44,6%	42,6%	32,4%	40,8%
Isapre 2	51,7%	50,3%	48,1%	36,5%	46,0%
Isapre 3	41,0%	40,0%	38,2%	29,0%	36,5%
Total	42,0%	40,9%	39,1%	29,7%	37,4%

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

En cuanto al monto global de recursos que involucra el fondo, el modelo vigente moviliza un 37,4% del monto a transferir de acuerdo al modelo normativo (contrafactual). Respecto de las Isapres que aportan al fondo, se observa que las predicciones se ubican en un rango que va entre 36,5% (Isapre 3) y 46% (Isapre 2). Respecto de las Isapres receptoras, se observa que las predicciones se ubican en un rango más amplio que va entre 29,7% (Isapre 7) y 42% (Isapre 4). Dentro del bajo poder predictivo del modelo vigente, llama la atención la dispersión, donde por una parte se aprecia el bajo poder predictivo relativo respecto de la Isapre 7 (receptora neta), mientras por otra el mayor poder predictivo respecto de la Isapre 2 (aportante neta).

La Tabla 7 muestra la capacidad predictiva del modelo propuesto respecto del modelo normativo.

Tabla 7
Capacidad Predictiva de las Compensaciones Netas - Ratio Monto Acumulado de las
Compensaciones Año 1 de Vigencia del DS N° 3 y 21 rectificatorio:
Modelo Propuesto v/s Modelo Normativo

Aportantes	Receptoras				
	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7	Total
Isapre 1	82,1%	80,1%	78,6%	74,3%	78,3%
Isapre 2	95,3%	93,0%	91,3%	86,3%	91,0%
Isapre 3	80,6%	78,6%	77,2%	73,0%	76,9%
Total	81,6%	79,6%	78,2%	73,9%	77,9%

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

Dado los resultados presentados hasta el momento, es esperable que el modelo propuesto presente también un mejor resultado respecto al modelo contrafactual. En efecto, en términos generales, del monto global de recursos que moviliza el fondo, el modelo propuesto predice un 77,9% del total, más del doble respecto de la capacidad predictiva del modelo vigente. Respecto de las Isapres que aportan al fondo, se observa que las predicciones se ubican en un rango que va entre 76,9% (Isapre 3) y 91,0% (Isapre 2). Respecto de las Isapres receptoras, se observa que las predicciones se ubican en un rango que va entre 73,9% (Isapre 7) y 81,6% (Isapre 4).

Por último, la Tabla 8 muestra la capacidad predictiva del modelo alternativo respecto del modelo contrafactual (normativo).

Tabla 8
Capacidad Predictiva de las Compensaciones Netas - Ratio Monto Acumulado de las
Compensaciones Año 1 de Vigencia del DS N° 3 y 21 rectificatorio:
Modelo Alternativo v/s Modelo Normativo

Aportantes	Receptoras				
	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7	Total
Isapre 1	85,1%	83,4%	80,1%	72,8%	79,7%
Isapre 2	97,8%	95,7%	91,9%	83,4%	91,4%
Isapre 3	79,9%	78,1%	75,0%	68,1%	74,6%
Total	81,3%	79,6%	76,4%	69,4%	76,0%

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

Los resultados dan cuenta de igual forma de un mejor resultado respecto del modelo vigente (y levemente inferior respecto del modelo propuesto), donde del monto global de recursos que moviliza el fondo, el modelo alternativo predice un 76,0% del total, también más del doble que el modelo vigente. Respecto de las Isapres que aportan al fondo, se observa que las predicciones se ubican en un rango que va entre 74,6% (Isapre 3) y 91,4% (Isapre 2). Respecto de las Isapres receptoras, se observa que las predicciones se ubican en un rango que va entre 69,4% (Isapre 7) y 81,3% (Isapre 4).

En términos relativos, todas las comparaciones dan cuenta que la Isapre más perjudicada sería la 7 y la más beneficiada la Isapre 3, en ambos casos considerando la situación actual con el modelo vigente.

Otro tema vinculado a las compensaciones efectivas del fondo dice relación con el nivel absoluto de los montos involucrados para todo el primer año de vigencia del DS N° 3 y 21 rectificatorio (ver Anexo 3). En efecto, los recursos efectivamente traspasados bajo el modelo vigente ascienden a MM\$ 3.340, lo que equivale al 3,0% de los recursos que reúne de manera virtual el fondo. Bajo el modelo normativo, en cambio, los recursos efectivamente traspasados ascenderían a MM\$ 8.926, lo que equivale al 2,7% de los recursos que reúne de manera virtual el fondo.

Por su parte, bajo el modelo propuesto, los recursos efectivamente traspasados ascenderían a MM\$ 6.951, lo que equivale al 2,5% de los recursos que reúne de manera virtual el fondo. Finalmente, bajo el modelo alternativo, los recursos efectivamente traspasados ascenderían a MM\$ 6.786, lo que equivale al 2,7% de los recursos que reúne de manera virtual el fondo.

Por otro lado, la redistribución promedio del fondo (basada en los traspasos del primer año de vigencia del DS N° 3 y 21 rectificatorio) bajo el modelo vigente asciende a \$1.026 anuales por beneficiario, mientras que bajo el modelo normativo ascendería a \$2.742 anuales por beneficiario, bajo el modelo propuesto a \$2.135 anuales por beneficiario y finalmente bajo el modelo alternativo a \$2.085 anuales por beneficiario.

Con todo y aun considerando el gran crecimiento del volumen de recursos involucrado en esta propuesta de mejora del mecanismo de compensación de riesgos, los resultados sobre los montos traspasados reflejan lo acotado del tamaño del fondo (actual y también bajo los modelos analizados) y lo limitadas de las redistribuciones, lo que dificulta establecer los incentivos adecuados para disminuir la selección de riesgos y promover eficiencia. A pesar

de ello, la materialización de los cambios propuestos permitirá avanzar en la dirección correcta y dar señales importantes en materia de solidaridad de riesgos.

6. Conclusiones y Propuestas de Modificación

- El proceso del FCS consta de dos etapas. La primera determina la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las primas ajustadas por riesgo. El modelo de ajuste de riesgos es prospectivo, ya que estima *ex ante* el gasto esperado por beneficiario para los 3 siguientes años de operación del mismo DS GES. Por su parte, el arancel de referencia neto de copagos por GPP que se utiliza también corresponde a una estimación, el que es determinado por el FONASA.
- El proceso de cálculo tiene dos etapas. La etapa 1 determina un valor de prima comunitaria, así como de primas ajustadas por riesgo, todas las cuales se encuentran expresadas en pesos corrientes, cuyos niveles permanecen constantes durante toda la vigencia del respectivo DS GES. Por su parte, la segunda etapa considera, utilizando como inputs los resultados de la etapa 1, el cálculo de las compensaciones netas de cada Isapre, las que son retrospectivas (aunque con un modelo prospectivo).
- Se han detectado algunos problemas con el modelo vigente de compensación por riesgos vinculado a aranceles, periodicidades, cartera y valores nominales de prima comunitaria y PAR. El presente estudio analiza el efecto de establecer distintos parámetros en el modelo y comparar el efecto sobre las variables de interés del FCS y los montos de compensaciones, para lo que se basa en el DS N°3 y N° 21 rectificatorio (2016) GES 80.
- El elemento central de la metodología es la definición de un modelo normativo (contrafactual), que intenta reflejar un escenario "ideal" para cada una de las variables analizadas y el objetivo es comparar el mencionado contrafactual con otros modelos (vigente, propuesto y alternativo) e identificar si alguno domina estrictamente al resto. En el presente estudio lo que se pretende evaluar es un modelo *ex ante*.
- Los resultados muestran que, respecto del modelo normativo, el modelo vigente exhibe la menor capacidad predictiva en todas las variables de interés, principalmente respecto de la prima comunitaria y de los montos de las compensaciones netas, donde la capacidad predictiva es menor a la mitad respecto a la del modelo propuesto y el alternativo.
- El modelo propuesto, respecto del modelo normativo, es el que alcanza la mayor capacidad predictiva en todas las variables de interés del FCS la que, excepto en los montos de compensación neta (77,9%), se ubica en rangos superiores al 80%.
- La comparación de las primas ajustadas por riesgo muestra, indistintamente del sexo, que el modelo vigente subestima sus valores respecto de los otros 3 modelos analizados, con marcadas diferencias que aumentan desde los 15 años conforme crece la edad (excepto el tramo 80 años y más), lo que atenta contra el objetivo de disminuir los incentivos para la selección de riesgos por cuanto las mayores diferencias se observan para el grupo de adultos mayores, que posee los mayores riesgos relativos,

impactando los montos traspasados y por consiguiente el tamaño del fondo, es decir, condiciona el real impacto del fondo sobre las decisiones que toman las aseguradoras frente a beneficiarios de mayor riesgo relativo.

- Los resultados dan cuenta también de que, independiente del modelo analizado, la capacidad predictiva no es pareja entre Isapres. En efecto, en términos relativos, todas las comparaciones respecto a los montos de compensaciones netas dan cuenta que la Isapre más perjudicada sería la 7 y la más beneficiada sería la Isapre 3 (comparando el modelo vigente vs propuesto).
- Con todo, los resultados reafirman los hallazgos del estudio anterior donde la baja capacidad predictiva del modelo vigente se explica fundamentalmente por un efecto precio, donde el arancel del DS corresponde a una estimación que se encuentra sesgada hacia el sistema público. En este sentido, dado que el FCS es aplicable sólo al sistema privado de salud se evidencia la importancia del uso de valores exclusivos de dicho sistema en lugar de valores arancelarios referenciales estimados compuestos público/privado, por cuanto dicho cambio afecta la determinación de la prima comunitaria, del modelo de compensación de riesgos y de las primas ajustadas por riesgo; así como finalmente los montos de las compensaciones netas.
- Los resultados de montos traspasados reflejan lo acotado del tamaño del fondo (vigente y modelos estudiados) y lo exiguas de las redistribuciones, lo que dificulta establecer los incentivos adecuados para disminuir la selección de riesgos y promover eficiencia. No obstante, la materialización de los cambios propuestos permitirá avanzar en la dirección correcta y dar señales importantes en materia de solidaridad de riesgos.

Dado los resultados del presente estudio, a continuación se plantean una serie de propuestas de perfeccionamiento que requerirían sólo una modificación administrativa (cambios al Reglamento y la Circular), no siendo necesario un cambio a la Ley (DFL N° 1).

- Mantener el modelo prospectivo para estimar gasto esperado por edad y sexo.
- Introducir cambios en el método de cálculo y la información a usar:
 - ✓ Mantener los GPP como nivel de estimación desagregado.
 - ✓ Usar valores de aranceles provenientes exclusivamente del sistema privado.
 - ✓ Usar valores facturados, sin descontar copago, para reflejar el riesgo sanitario del beneficiario y no el que asume cada Isapre (está influido por políticas de cobertura).
 - ✓ Ajustar el vector de aranceles, para reflejar un costo aceptable (mediana).
 - ✓ Realizar análisis de valores extremos (outliers).
 - ✓ Mantener la periodicidad del DS para introducir mayor incentivo normativo al modelo. Considerar en DS GES los valores numéricos de las periodicidades.
 - ✓ Utilizar cantidades observadas y evaluar la posibilidad de correcciones por subutilización (libre elección de atenciones GES). Cuando no hay registros, usar la mejor estimación disponible (generalmente el EVC).
 - ✓ Considerar un ajuste de los aranceles y casos de los GPP antiguos *ex post* el primer año de vigencia del DS GES o aplicar alguna tasa de crecimiento *ex ante*. Respecto a los casos de los GPP nuevos se podría considerar un ajuste de los valores *ex post* el primer año de vigencia del DS GES.
 - ✓ Dar mayor temporalidad a la data (periodos más largos), incluyendo carteras.
 - ✓ Mejorar la validación y auditoría de datos reportados por las Isapres.

- Mantener compensaciones netas retrospectivas, ajustando por la cartera de la misma forma que se hace actualmente.
- Modificar en el Reglamento aquello que no tiene relación directa con el modelo.
- Considerar una implementación gradual del cambio. Trabajar en conjunto con las aseguradoras.

7. Referencias

Ministerio de Salud (2005). Decreto N° 142 de 2005. Aprueba Reglamento del Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la Ley N° 18.933. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4814_recurso_1.pdf

Ministerio de Salud (2006). Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005. Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469.

Ministerio de Salud - Ministerio de Hacienda (2016). Decreto Supremo N°3, de 2016. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Disponible en:

http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/Decreto-27-enero-2016-publicado-Diario-Oficial.pdf

Ministerio de Salud - Ministerio de Hacienda (2016). Decreto Supremo N°21, de 2016. Rectifica el Decreto N°3 que aprobó Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Disponible en:

http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/07/Dec.Af.-21_1.pdf

Ministerio de Salud (2017). Informe Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas 2015 con Adendas 1 y 2. Estudio adjudicado al Instituto de Administración de Salud (IAS), dependiente de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Disponible en:

<http://desal.minsal.cl/publicaciones/apoyo-reforma-ges/>

Superintendencia de Salud (2007-A). Cid C, Muñoz A, Sánchez M, Tegtmeier R. Fondo de ajuste de riesgo en el sistema Isapre. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3902_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud (2007-B). Circular IF/N° 36, del 28 de Febrero de 2007. Imparte Instrucciones sobre el Fondo de Compensación Solidario. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-3236_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo (2008). Ibern P, Ellis R, Wasem J, Vargas V. Panel de Expertos para la Evaluación del Fondo de Compensación Solidario entre Isapres. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4456_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud (2016-A). Olivares-Tirado P, Salazar E. Diferencias y heterogeneidad en los precios de un conjunto de prestaciones en prestadores privados de la región metropolitana. Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en:
http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14341_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud (2016-B). Oficio Circular IF/N° 19, del 27 de Septiembre de 2016. Informa primas y el modelo de compensación de riesgos que corresponden a la vigencia del D.S. N°3 y N°21 rectificatorio, de 2016. Disponible en:
http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-14411_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud (2017-A). Olivares-Tirado P, Salazar E, Sánchez M. Alcances Teóricos y Experiencia Internacional en Modelamiento del Gasto en Salud y Ajuste de Riesgos. Disponible en:
http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16125_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud (2017-B). Debrott D, Leyton G, Poblete R, Tegtmeier R. Antecedentes empíricos para la evaluación del mecanismo de compensación de riesgos GES InterIsapres.

Superintendencia de Salud (2017-C). Oficio Circular IF/N° 9 e IF/N° 16, que informan los montos de las compensaciones originadas en el primer y segundo semestre de vigencia del D.S. N°3 y N°21 rectificatorio. Disponibles en:
http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-15701_recurso_1.pdf
http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-16281_recurso_1.pdf

Van de Ven, W.P.M.M. and Ellis, R.P. (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. In: A. Culyer and J. Newhouse, ed., Handbook in Health Economics, 1st ed. Amsterdam: North-Holland/Elsevier, pp.755-845.

8. Anexos

Anexo 1

Vector de mediana del valor facturado por las Isapre en cada GPP del DS N°3 y 21 rectificatorio utilizado en las simulaciones del modelo normativo y propuesto

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
1	1D1	Confirmación Retardo Crecimiento Óseo	20.352
	1T16	Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad	1.267.888
	1T14	Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo	809.535
	1T15	Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior	2.007.841
	1T23	Droga Inmunosupresora Protocolo 1A	323.186
	1T24	Droga Inmunosupresora Protocolo 1B	411.264
	1T25	Droga Inmunosupresora Protocolo 1C	568.950
	1T26	Droga Inmunosupresora Protocolo 1D	423.194
	1T27	Droga Inmunosupresora Protocolo 1E	350.330
	1T28	Droga Inmunosupresora Protocolo 2A	455.160
	1T22	Droga Inmunosupresora Protocolo 0	28.473
	1T8	Eritropoyetina pacientes en Diálisis	55.000
	1T19	Estudio Donante Vivo	84.914
	1T9	Estudio Pre Trasplante receptor	100.060
	1T20	Estudio, Evaluación y Nefrectomía Donante Cadáver	2.023.618
	1T2	Hemodiálisis	667.700
	1T7	Hierro Endovenoso pacientes en Diálisis	40.264
	1T34	Instalación Catéter Peritoneodiálisis	1.137.582
	1T18	Instalación Catéter Tunelizado	925.581
	1T33	Nefrectomía Donante Vivo	1.952.562
	1T32	Peritoneodiálisis	820.160
	1T21	Rechazo Trasplante Renal	1.787.165
	1T17	Reparación de Fístula Disfuncionante u Ocluida	1.592.672
	1T10	Trasplante Renal	5.074.611
	1T30	Profilaxis Citomegalovirus Alto Riesgo	1.453.300
	1T31	Profilaxis Citomegalovirus Bajo Riesgo	1.457.124
	1T29	Tratamiento con Hormona de Crecimiento en menores de 15 años	140.214
1S1	Seguimiento Trasplante Renal 1° año	122.286	
1S2	Seguimiento Trasplante Renal a partir del 2° año	76.012	
2	2D4	Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal	118.794
	2D3	Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal	117.873
	2D2	Estudio Hemodinámico	753.688
	2T5	Angioplastia	3.019.187
	2T8	Cierre de Ductos por cirugía	2.268.844
	2T12	Cierre Percutáneo de Defectos Septales Intracardiacos con Dispositivo	6.422.915
	2T7	Cierre Percutáneo del Ductus Arterioso Persistente	3.179.787

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	2T1	Cirugía CEC mayor	14.081.532
	2T2	Cirugía CEC mediana	5.360.958
	2T3	Cirugía CEC menor	3.148.446
	2T6	Exámenes electrofisiológicos	1.414.425
	2T11	Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables	117.500
	2T14	Implantación de Marcapaso Bicameral DDD	4.429.872
	2T13	Implantación de Marcapaso Unicameral VVI	605.238
	2T9	Otras cirugías cardíacas sin CEC	4.333.929
	2T15	Recambio Marcapaso	3.629.142
	2T4	Valvuloplastía	4.921.163
	3D3	Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor	197.200
	3D2	Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	77.285
	3D4	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor	82.210
	3D5	Screening Cáncer Cervicouterino	23.251
	3D1	Sospecha Cáncer Cervicouterino	25.750
	3T8	Atención integral para mujeres con cáncer	61.423
	3T4	Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	2.352.000
3	3T5	Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)	419.765
	3T6	Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)	693.802
	3T3	Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	994.918
	3T7	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE I	48.580
	3T1	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE II y NIE III o CIS	818.008
	3T2	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor	2.509.466
	3S2	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor	37.314
	3S1	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	41.684
4	4T2	Tratamiento Integral y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado	231.159
	5D3	Sospecha Infarto Agudo del Miocardio	17.716
5	5T5	Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia con Trombolisis	79.317
	5T4	Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia sin Trombolisis	33.578
	5T2	Tratamiento Médico del Infarto Agudo del Miocardio	2.003.016
	5S1	Prevención secundaria del Infarto Agudo del Miocardio	16.816
6	6D5	Confirmación Pacientes con DM tipo 1	21.544
	6T5	Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	60.200
	6T4	Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	191.796
	6T9	Evaluación Inicial: Pacientes con Cetoacidosis DM tipo 1	854.563
	6T8	Evaluación Inicial: Pacientes sin Cetoacidosis DM tipo 1	426.270
	6T6	Tratamiento 1º año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	107.190

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	6T7	Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	120.926
7	7D3	Confirmación Pacientes con DM tipo 2	12.844
	7D4	Evaluación Inicial Paciente con DM tipo 2	17.391
	7T10	Ayudas técnicas - pie diabético	82.000
	7T7	Control Paciente DM tipo 2 Nivel Especialidad	55.806
	7T9	Curación Avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	140.000
	7T8	Curación Avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	136.000
	7T5	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2	13.720
	7T6	Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 2	15.953
8	8D4	Confirmación Cáncer de Mama Nivel Especialidad	261.462
	8D3	Etapificación Cáncer de Mama	196.194
	8T15	Atención integral para mujeres con cáncer de mama	62.072
	8T13	Controles y Exámenes asociados a Quimioterapia Cáncer de Mama	120.050
	8T14	Hormonoterapia para cáncer de mama	109.230
	8T11	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)	1.971.305
	8T10	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria inmediata	1.496.282
	8T8	Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis óseas	255.592
	8T3	Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II	845.916
	8T6	Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III	883.909
	8T7	Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV	896.992
	8T2	Radioterapia Cáncer de Mama	1.064.400
	8T12	Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama	684.433
	8S1	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática	29.854
8S2	Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática	58.301	
9	9D2	Confirmación Disrafia Espinal Cerrada	238.617
	9D3	Confirmación Disrafia Espinal Abierta	160.000
	9T3	Evaluación post quirúrgica disrafia espinal abierta	24.242
	9T1	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta	7.411.069
	9T6	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada	2.670.508
	9T5	Recambio valvular espina bífida abierta	3.988.891
	9S3	Rehabilitación 1° y 2° año Paciente con Espina Bífida Abierta	58.797
10	10T2	Evaluación post Quirúrgica Escoliosis	25.750
	10T3	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática	8.763.150
	10T4	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular	14.331.237
11	11D1	Confirmación Cataratas	43.500
	11T1	Intervención Quirúrgica Integral Cataratas	715.638
12	12T2	Control y Kinesioterapia post Quirúrgica	76.980
	12T1	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera	4.304.366

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
		Total	
	12T3	Recambio de Prótesis de Cadera	4.760.103
13	13D1	Confirmación Fisura Labiopalatina	26.214
	13T2	Cirugía Primaria: 1º intervención	1.312.283
	13T3	Cirugía Primaria: 2º intervención	1.526.880
	13T6	Cirugía Secundaria	1.334.965
	13T1	Ortopedia Prequirúrgica	340.680
	13S1	Rehabilitación Fisura Labiopalatina 1º año	60.000
	13S5	Rehabilitación Fisura Labiopalatina 2º año	80.114
	13S7	Rehabilitación Fisura Labiopalatina Escolar (7º año al 10º año)	41.958
	13S6	Rehabilitación Fisura Labiopalatina Preescolar (3º año al 6º año)	72.000
14	14D1	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años	1.701.963
	14T1	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años	926.080
	14T5	Tratamiento Cáncer menores de 15 años	1.696.960
	14T3	Trasplante de Médula Alógeno	9.617.635
	14T2	Trasplante de Médula Autólogo	12.229.409
	14T6	Tratamiento Radioyodo	536.519
	14S2	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años	147.366
15	15D4	Evaluación en sospecha de primer episodio Esquizofrenia	58.442
	15D2	Evaluación Inicial de primer episodio Esquizofrenia	48.840
	15T4	Tratamiento Esquizofrenia a partir del Segundo Año	109.900
	15T3	Tratamiento Esquizofrenia Primer Año	93.457
16	16D1	Confirmación Cáncer Testículo	26.900
	16D3	Etapificación Cáncer Testículo	270.620
	16T5	Banco de espermios	475.574
	16T6	Hospitalización asociada a Quimioterapia Cáncer Testículo	319.104
	16T12	Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía	1.144.209
	16T13	Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA)	520.720
	16T3	Quimioterapia Cáncer Testículo	1.471.962
	16T14	Quimioterapia Protocolo Seminoma E1	498.167
	16T2	Tratamiento Radioterapia Cáncer Testículo	978.644
	16T4	Terapia de Reemplazo Hormonal	62.832
	16S1	Seguimiento Cáncer Testículo	74.785
17	17D3	Confirmación Linfoma en personas de 15 años y más	158.728
	17D2	Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más	306.721
	17T4	Controles y Exámenes asociados a Quimioterapia Linfoma	360.700
	17T2	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	2.579.153
	17T5	Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE	1.819.598

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	17T1	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	1.100.000
	17S1	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más	29.854
	18D1	Sospecha Infección por VIH	11.177
	18T1	Antiretrovirales Esquemas primera línea personas de 18 años y más	545.318
	18T4	TARV Prevención Transmisión Vertical	303.080
	18T10	Antiretrovirales Esquemas Rescate personas de 18 años y más	888.900
	18T11	Exámenes de Determinación Carga Viral	102.475
	18T13	Exámenes Genotipificación	319.200
18	18T12	Exámenes Linfocitos T y CD4	21.270
	18T5	Antiretrovirales personas menores de 18 años	825.744
	18S3	Seguimiento Personas VIH adultos (+) con tratamiento antiretroviral	30.000
	18S2	Seguimiento Personas VIH adultos (+) sin tratamiento antiretroviral	31.500
	18S4	Seguimiento Personas VIH menores de 18 años (+) con tratamiento antiretroviral	22.000
	18S1	Seguimiento recién nacidos y niños expuestos al VIH (Hijos de madre VIH(+))	32.450
19	19T2	Tratamiento IRA	21.336
20	20D1	Confirmación Neumonía	17.000
	20T2	Tratamiento Neumonía	4.190
21	21D3	Confirmación Hipertensión Arterial	12.680
	21T4	Monitoreo Continuo de Presión Arterial	27.390
	21T1	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario	5.971
	22T10	Evaluación inicial Epilepsia en Nivel Secundario	23.876
	22T7	Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia No Refractaria	21.800
22	22T8	Tratamiento a contar del 2º año Nivel Especialidad Epilepsia No Refractaria	22.886
	22T6	Tratamiento Integral a contar del 2º año Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	26.740
	22T5	Tratamiento Integral año1 Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	26.611
23	23T1	Diagnóstico y tratamiento preventivo Salud Oral	70.510
	23T2	Tratamiento Salud Oral 6 años	46.170
24	24D1	Confirmación Síntomas Parto Prematuro	68.765
	24T2	Control de Embarazadas con Factores de Riesgo y/o Síntomas Parto Prematuro	25.750
	24T1	Tratamiento Síntomas Parto Prematuro	676.283
	25D1	Confirmación Trastorno de Conducción	25.010
25	25D2	Estudios Electrofisiológicos	1.820.187
	25T4	Implantación Marcapasos Bicameral DDD	2.864.500
	25T2	Implantación Marcapasos Unicameral VVI	2.465.546
	25T5	Recambio Marcapasos Bicameral DDD	1.726.208

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	25T3	Recambio Marcapasos Unicameral VVI	1.498.569
	25S2	Seguimiento Trastorno de Conducción 1º año	21.350
	25S3	Seguimiento Trastorno de Conducción a contar del Segundo año	21.593
26	26D1	Confirmación Colelitiasis	18.810
	26T2	Colecistectomía abierta	1.173.564
	26T1	Colecistectomía vía laparoscópica	1.475.000
27	27D3	Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Especialidad	44.000
	27D1	Sospecha Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	26.745
	27T3	Etapificación Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	206.970
	27T2	Evaluación post Quirúrgica Cáncer Gástrico	28.432
	27T7	Intervención Quirúrgica Cancer Gástrico Avanzado	8.239.467
	27T5	Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cancer Gástrico Incipiente por Laparoscopia	6.022.159
	27T6	Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cancer Gástrico Incipiente por Laparotomía	6.262.585
28	28T6	Etapificación Cáncer de Próstata	29.854
	28T5	Hormonoterapia	220.480
	28T7	Hospitalización asociada a Quimioterapia Cáncer de Próstata	370.223
	28T3	Intervención Quirúrgica Orquidectomía	1.389.573
	28T2	Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata	3.068.725
	28T4	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata	1.429.451
	28S1	Seguimiento Cáncer de Próstata	27.815
29	29D1	Confirmación Vicio Refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía)	19.023
	29T1	Tratamiento Presbicia pura (entrega de lentes)	9.900
	29T2	Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)	9.900
30	30D1	Confirmación Estrabismo en menores de 9 años	30.961
	30T3	Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años	34.500
	30T1	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años	787.400
31	31D1	Confirmación Retinopatía Diabética	36.433
	31T1	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética	421.391
	31T2	Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética	1.190.390
32	32D1	Confirmación Desprendimiento Retina	21.521
	32T2	Cirugía Desprendimiento Retina	1.148.059
	32T1	Tratamiento Vitrectomía Desprendimiento de Retina	1.238.001
33	33D1	Confirmación de Hemofilia en la Sospecha o Primer Episodio Hemorrágico	39.713
	33T7	Exámenes anuales de Control Hematológico para todo Paciente Hemofílico	29.854
	33T8	Exámenes anuales de Control Microbiológico e Imagenológico para todo Paciente Hemofílico	30.795

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	33T2	Profilaxis en menores de 15 años	2.538.099
	33T4	Tratamiento de Eventos Graves para personas menores de 15 años	2.401.531
	33T5	Tratamiento de Eventos No Graves para personas de 15 años y más	4.906.960
	33T6	Tratamiento de Eventos No Graves para personas menores de 15 años	2.000.000
34	34T8	Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 1	53.709
	34T5	Tratamiento Depresión Grave Año 1	35.682
	34T9	Tratamiento Depresión Grave y Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 2	34.296
	34T3	Tratamiento Depresión Leve	20.200
	34T4	Tratamiento Depresión Moderada	28.556
35	35T2	Evaluación post Quirúrgica Hiperplasia Próstata	21.593
	35T3	Tratamiento Farmacológico Hiperplasia Próstata	19.382
	35T1	Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Próstata	1.811.920
36	36T1	Atención kinesiológica	71.700
	36T5	Órtesis (andador de paseo)	104.000
	36T4	Órtesis (andador)	43.560
	36T2	Órtesis (bastón)	12.810
	36T6	Órtesis (cojín antiescaras)	36.000
	36T7	Órtesis (colchón antiescaras)	59.310
	36T3	Órtesis (silla de ruedas)	126.000
37	37D1	Confirmación Accidente Cerebro Vascular Isquémico	89.368
	37T2	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	1.802.474
	37S1	Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	25.000
38	38D1	Confirmación EPOC	16.111
	38T4	Tratamiento EPOC alto riesgo	37.450
	38T1	Tratamiento EPOC bajo riesgo	12.160
	38T3	Tratamiento EPOC exacerbaciones	12.900
39	39D1	Confirmación Asma Bronquial en menores de 15 años	17.730
	39T1	Tratamiento asma moderado estable Atención Primaria en menores de 15 años	21.837
	39T2	Tratamiento asma moderado y grave estable Nivel Especialidad en menores de 15 años	28.729
	39T6	Tratamiento Exacerbaciones Nivel Especialidad en menores de 15 años	6.962
	39T5	Tratamiento Exacerbaciones Atención Primaria en menores de 15 años	6.962
40	40T8	Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento	739.773
	40T7	Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento	2.964.940
	40T1	Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento	4.360.558
	40T2	Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento	24.139.187
	40T5	Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de	6.639.231

Departamento de Estudios y Desarrollo, David Debrott, Gonzalo Leyton, Ciro Ibáñez, Eduardo Salazar, Roberto Tegtmeier.

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	40T4	Meconio y Bronconeumonía: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento	5.051.778
41	41T2	Tratamiento Artrosis Nivel Especialidad	34.669
	41T1	Tratamiento Artrosis Nivel Primario	25.419
42	42D1	Confirmación Ruptura Aneurisma Cerebral	461.199
	42T5	Tratamiento de Complicaciones: Drenaje Ventricular	772.934
	42T3	Tratamiento Quirúrgico Ruptura Aneurisma Cerebral	15.667.881
	42T4	Tratamiento Vía Vasculal Coil de Ruptura Aneurisma Cerebral	7.169.526
	42S2	Seguimiento Ruptura Aneurisma Cerebral	98.880
43	43D4	Confirmación Tumores Sistema Nervioso Central	27.988
	43T8	Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central	914.530
	43T5	Tratamiento medicamentoso indefinido Tumores Hipofisarios no funcionantes	51.605
	43T6	Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas	47.188
	43T9	Tratamiento Acromegalia	953.033
	43T7	Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central	47.724
	43T10	Tratamiento Diabetes Insípida	131.970
43T11	Tratamiento y seguimiento Enfermedad de Cushing	74.614	
44	44T2	Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposal	1.820.131
	44S2	Seguimiento Hernia Núcleo Pulposal	69.500
45	45D1	Confirmación Leucemia Aguda	181.270
	45D3	Confirmación Leucemia Mieloide Crónica y Linfática Crónica	28.821
	45D2	Estudio Leucemia Aguda	408.306
	45D4	Estudio Leucemia Crónica	142.074
	45T4	Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica	620.026
	45T6	Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	1.683.511
	45T7	Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocítica Aguda	546.050
	45T10	Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	922.833
	45T5	Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas	731.500
	45T3	Quimioterapia Leucemia Linfática Crónica	366.014
	45T11	Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica eosinofílica y recombinación de gen FIP 1L1 - PDGFRA	3.022.432
	45T8	Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida	156.451
	45T9	Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa	1.900.624
45T1	Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia	1.133.835	

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	45T2	Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia	33.314
	45S1	Seguimiento Leucemia Aguda	29.854
	45S3	Seguimiento Leucemia Linfática Crónica	26.633
	45S2	Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica	29.854
46	46T7	Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario	5.871
	46T1	Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico	23.484
	46T9	Complicaciones Post Exodoncia	11.742
	46T8	Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario	5.871
	46T2	Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA) con Compromiso del Estado General	5.871
	46T10	Pericoronaritis	5.871
	46T6	Pulpitis	23.484
	46T4	Traumatismos Dento Alveolares	17.614
47	47T1	Atención Odontológica del Adulto de 60 años	220.907
48	48T4	Tratamiento Politraumatizado con Lesión Medular	8.153.178
	48T3	Tratamiento Politraumatizado sin Lesión Medular	8.291.203
49	49D1	Confirmación TEC Moderado y Grave	113.420
	49T1	Tratamiento TEC Moderado y Grave	2.914.809
50	50D1	Confirmación Trauma Ocular Grave	46.125
	50T2	Tratamiento Médico Trauma Ocular Grave	312.632
	50T3	Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave	1.190.391
	50S1	Seguimiento Traumatismo Ocular Grave	26.419
51	51T5	Etapificación pancreática	64.900
	51T7	Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave y moderada	1.866.318
	51T6	Tratamiento Fibrosis Quística Grave	1.078.098
	51T9	Tratamiento Fibrosis Quística Leve	161.720
	51T8	Tratamiento Fibrosis Quística Moderada	845.926
52	52T2	Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea	42.944
53	53T2	Tratamiento Inicial	186.031
	53T3	Tratamiento de Refuerzo	80.000
	53S2	Plan de Seguimiento	52.000
54	54T1	Analgesia del Parto	164.000
55	55T7	Cirugía Reparadora paciente quemado grave menor de 15 años	221.760
	55T12	Cirugía reparadora paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	12.102.722
	55T5	Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más	128.558.403
	55T4	Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más	11.228.921
	55T1	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años	5.521.821
	55T3	Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	7.559.692

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	55S11	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico de 15 años y más	915.200
	55S8	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años	614.004
	55S10	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más	684.854
	55S7	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años	94.857
	55S12	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	562.779
	55S9	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	566.359
	55S16	Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave de 15 años y más	998.400
56	56T2	Implementación Audífonos	217.000
	56S1	Seguimiento a partir del primer año	18.905
57	57D1	Sospecha y Confirmación Retinopatía del Prematuro	40.000
	57T2	Fotocoagulación	782.998
	57S1	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1° año	110.000
	57S4	Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro	30.000
58	58T4	Tratamiento Displasia Broncopulmonar	65.450
	58S1	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1° año	46.796
	58S2	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 2° año	51.500
59	59D2	Confirmación Hipoacusia del Prematuro	65.000
	59D1	Screening Auditivo Automatizado del Prematuro	60.000
	59T1	Implementación bilateral audífono	2.528.000
	59S1	Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) 1° año	242.948
	59S3	Seguimiento en hipoacusia confirmada del prematuro tercer año	18.020
60	60T3	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Especialidad	19.316
	60T1	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario	41.948
61	61D1	Confirmación Asma Bronquial en personas de 15 años y más	17.391
	61D2	Confirmación Asma Bronquial Atípico en personas de 15 años y más	22.875
	61T1	Tratamiento Asma Bronquial Nivel Primario en personas de 15 años y más	22.520
	61T2	Tratamiento Asma Bronquial Nivel Especialidad en personas de 15 años y más	31.106
	61T3	Tratamiento Exacerbaciones Nivel Primario en personas de 15 años y más	6.962
62	62T4	Consultoría Neurólogo	20.000
	62T3	Evaluación Especialista	19.118
	62T1	Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en menores de 60 años	68.371

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	62T2	Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	60.414
63	63T3	Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil	34.814
	63T4	Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil	685.662
64	64T2	Consulta Especialista	21.800
	64T1	Tratamiento Nefropatía	6.199
65	65D3	Confirmación Displasia Luxante de Caderas	20.240
	65D1	Screening Displasia Luxante de Caderas	14.423
	65T2	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas	25.000
66	66T3	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Secundario	101.970
	66T1	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario	139.170
67	67D1	Confirmación Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	90.800
	67T4	Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	734.791
	67T3	Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	77.340
	67T1	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	1.388.980
68	68D1	Evaluación inicial pacientes con Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	109.010
	68T5	Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	56.075
	68T3	Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	109.010
	68T4	Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento con Peginterferón	116.851
	68T1	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más	275.160
69	69T3	Confirmación del Virus de Hepatitis C	29.854
	69T5	Controles a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico	48.502
	69T4	Evaluación paciente VHC pre tratamiento	118.920
	69T2	Tratamiento Farmacológico del VHC	459.866
70	70D1	Etapificación y exámenes pre operatorios Cáncer Colorectal	214.900
	70T1	Cirugía cáncer colorectal	5.576.637
	70T5	Exámenes e imágenes asociados a Quimioterapia Cáncer Colorectal	240.347
	70T4	Quimioterapia Adyuvante: FOLFOX XELOX	1.213.671
	70T3	Quimioterapia Adyuvante: Bajo riesgo y Estadios II (alto riesgo)	888.097
	70T2	Reconstitución del Tránsito	1.780.129
	70S1	Seguimiento Cáncer Colorectal años 1 y 2	42.372
	70S2	Seguimiento Cáncer Colorectal años 3, 4 y 5	41.108
71	71D1	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cáncer de Ovario Epitelial	855.636
	71T6	Exámenes e Imágenes asociado el Tratamiento con Quimioterapia Cáncer de Ovario Epitelial	175.117

Departamento de Estudios y Desarrollo, David Debrott, Gonzalo Leyton, Ciro Ibáñez, Eduardo Salazar, Roberto Tegtmeier.

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	71T3	Quimioterapia Adyuvante Estadios IIB, IIC, III y IV	1.111.505
	71T4	Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, sensible a platino	1.000.523
	71T5	Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, resistente a platino	1.444.130
	71T2	Quimioterapia Neoadyuvante Estadios III - IV	360.042
	71T1	Quimioterapia Post Cirugía Estadio, Precoz 1° Línea	1.402.860
	71S2	Seguimiento de Cáncer de Ovario Epitelial desde año 2 al año 5	29.854
	71S1	Seguimiento de Cáncer de Ovario Epitelial Primer año	29.854
72	72T2	Cirugía Cáncer Vesical Profundo	1.824.248
	72T1	Etapificación Cáncer Vesical	51.140
	72T6	Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Profundo	213.662
	72T5	Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Superficial	49.394
	72T3	Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 1	158.490
	72T4	Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 2 y 3	186.008
	72T7	Quimioterapia Neoadyuvante Cáncer Vesical Profundo, con cirugía	1.429.127
	72T9	Quimioterapia- Radioterapia Concomitante Cáncer Vesical Profundo, Sin Cirugía	882.457
	72T10	Radioterapia Externa Intención Curativa	1.279.098
	72T8	Quimioterapia Adyuvante Cáncer Vesical Profundo, Post Cirugía	1.175.769
	72S4	Seguimiento Cancer Vesical Profundo desde año 2 al año 5	149.637
	72S3	Seguimiento Cáncer Vesical Profundo Primer año	135.786
	72S1	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial Primer año	138.056
72S2	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial desde año 2 al año 5	138.056	
73	73D1	Confirmación y Etapificación Osteosarcoma	98.337
	73T1	Cirugía Osteosarcoma	2.935.402
	73T4	Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Osteosarcoma	900.121
	73T3	Quimioterapia Post Operatoria Osteosarcoma	1.370.184
	73T2	Quimioterapia Pre Operatoria Osteosarcoma	1.442.771
73S1	Seguimiento Osteosarcoma	106.910	
74	74T3	Control Anticoagulación	15.840
	74T2	Tratamiento Quirúrgico Complicados	14.631.682
	74T1	Tratamiento Quirúrgico No Complicados	12.063.197
	74S1	Seguimiento Primer Año	23.574
	74S2	Seguimiento Segundo Año	26.078
75	75T2	Tratamiento Trastorno Bipolar a partir del Año 2	60.222
	75T1	Tratamiento Trastorno Bipolar Año 1	59.707
76	76T1	Tratamiento Hipotiroidismo 1° año en el nivel primario	6.074

Problema de Salud	Código GPP	Glosa GPP	Mediana
	76T2	Tratamiento Hipotiroidismo a partir del 2° año en el nivel primario	3.044
77	77T2	Implante Coclear	26.389.464
	77T1	Implementación Audífono	1.723.322
	77S1	Seguimiento Primer Año	192.226
	77S2	Rehabilitación (audífono e implante coclear) segundo año	209.965
78	78T5	Hospitalización Lupus Grave	478.934
	78T6	Rescate Farmacológico Lupus Grave Hospitalizado Refractario a Tratamiento	3.027.360
	78T4	Tratamiento Lupus Grave a partir 2° Año	72.165
	78T3	Tratamiento Lupus Grave Primer Año	111.547
	78T2	Tratamiento Lupus Leve a partir 2° Año	17.299
	78T1	Tratamiento Lupus Leve Primer Año	18.088
79	79T3	Control Anticoagulación	15.840
	79T2	Tratamiento Quirúrgico Complicados	24.711.201
	79T1	Tratamiento Quirúrgico No Complicados	10.317.878
	79S1	Seguimiento Primer Año	23.940
	79S2	Seguimiento Segundo Año	29.854
80	80T1	Tratamiento de Erradicación Helicobacter Pylori	15.000
	80S1	Evaluación del Tratamiento de Erradicación Helicobacter Pylori	102.208

Anexo 2

A. Prima Comunitaria, Modelo de Compensación de Riesgos y Primas Ajustadas por Riesgo Mensual DS N° 3 y 21 rectificatorio – Modelo Vigente

Prima Comunitaria	
Anual	34.453
Mensual	2.871

Grupo Edad	Factores de Riesgo		Primas ajustadas por Riesgo Mensual	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
00-01	1,00155	1,27315	2.876	3.655
02-04	0,46176	0,46236	1.326	1.327
05-09	0,42794	0,50603	1.229	1.453
10-14	0,37534	0,49117	1.078	1.410
15-19	0,50110	0,36338	1.439	1.043
20-24	0,50281	0,39031	1.444	1.121
25-29	0,62223	0,51704	1.786	1.484
30-34	0,79397	0,67122	2.280	1.927
35-39	0,94571	0,71163	2.715	2.043
40-44	1,12681	0,79207	3.235	2.274
45-49	1,39818	1,00818	4.014	2.895
50-54	1,86724	1,19247	5.361	3.424
55-59	2,00639	1,70823	5.761	4.905
60-64	2,69569	2,39662	7.740	6.881
65-69	3,03348	3,70952	8.709	10.650
70-74	4,24145	4,75538	12.178	13.653
75-79	4,41320	5,89524	12.671	16.926
80 y más	2,95368	5,54834	8.480	15.930

B. Prima Comunitaria, Modelo de Compensación de Riesgos y Primas Ajustadas por Riesgo Mensual DS N° 3 y 21 rectificatorio – Modelo Normativo

Prima Comunitaria	
Anual	100.446
Mensual	8.371

Grupo Edad	Factores de Riesgo		Primas ajustadas por Riesgo Mensual	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
00-01	0,28340	0,63444	2.372	5.311
02-04	0,17306	0,27213	1.449	2.278
05-09	0,17546	0,32252	1.469	2.700
10-14	0,15759	0,32582	1.319	2.727
15-19	0,39504	0,26099	3.307	2.185
20-24	0,54757	0,42741	4.583	3.578
25-29	0,63467	0,74520	5.313	6.238
30-34	0,84843	0,87588	7.102	7.332
35-39	1,03374	0,93387	8.653	7.817
40-44	1,30921	0,95105	10.959	7.961
45-49	1,57579	1,15763	13.190	9.690
50-54	2,19788	1,30893	18.397	10.956
55-59	2,30496	1,70148	19.294	14.242
60-64	2,80531	2,24439	23.482	18.787
65-69	3,07084	3,23089	25.705	27.044
70-74	3,84798	3,92354	32.210	32.842
75-79	4,30496	4,87348	36.035	40.794
80 y más	2,56743	4,25483	21.491	35.615

C. Prima Comunitaria, Modelo de Compensación de Riesgos y Primas Ajustadas por Riesgo Mensual DS N° 3 y 21 rectificatorio – Modelo Propuesto

Prima Comunitaria	
Anual	85.318
Mensual	7.110

Grupo Edad	Factores de Riesgo		Primas ajustadas por Riesgo Mensual	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
00-01	0,48989	0,66444	3.483	4.724
02-04	0,28974	0,32934	2.060	2.342
05-09	0,25294	0,41786	1.798	2.971
10-14	0,20499	0,39573	1.457	2.814
15-19	0,44833	0,29824	3.188	2.120
20-24	0,56504	0,42962	4.017	3.055
25-29	0,71104	0,66403	5.055	4.721
30-34	0,88558	0,85507	6.296	6.079
35-39	1,07580	0,91428	7.649	6.500
40-44	1,28759	0,94993	9.155	6.754
45-49	1,55531	1,17437	11.058	8.350
50-54	1,99555	1,30045	14.188	9.246
55-59	2,20502	1,72571	15.677	12.270
60-64	2,79306	2,18370	19.858	15.526
65-69	2,87025	3,18980	20.407	22.679
70-74	3,47271	3,69216	24.690	26.251
75-79	3,54362	4,68777	25.195	33.329
80 y más	2,35970	4,20930	16.777	29.927

D. Prima Comunitaria, Modelo de Compensación de Riesgos y Primas Ajustadas por Riesgo Mensual DS N° 3 y 21 rectificatorio – Modelo Alternativo

Prima Comunitaria	
Anual	77.363
Mensual	6.447

Grupo Edad	Factores de Riesgo		Primas ajustadas por Riesgo Mensual	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
00-01	0,61711	0,89379	3.978	5.762
02-04	0,27264	0,27593	1.758	1.779
05-09	0,23953	0,42066	1.544	2.712
10-14	0,18981	0,43949	1.224	2.833
15-19	0,45681	0,29326	2.945	1.891
20-24	0,56461	0,41175	3.640	2.655
25-29	0,69647	0,60645	4.490	3.910
30-34	0,88922	0,76649	5.733	4.942
35-39	1,07300	0,83850	6.918	5.406
40-44	1,27720	0,88908	8.234	5.732
45-49	1,56742	1,15621	10.105	7.454
50-54	1,97358	1,32571	12.724	8.547
55-59	2,21264	1,77879	14.265	11.468
60-64	2,84937	2,29594	18.370	14.802
65-69	2,94790	3,30520	19.005	21.308
70-74	3,59546	3,86774	23.180	24.935
75-79	3,71925	5,00441	23.978	32.263
80 y más	2,80735	5,01993	18.099	32.363

Anexo 3

Monto Acumulado (\$) de Compensaciones Semestre 1 y 2 de Vigencia del DS N° 3 y N° 21 rectificatorio - Modelo vigente (montos efectivos) y modelos normativo, propuesto y alternativo (montos simulados)

Modelo Vigente

Aportantes	Receptoras				
	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7	Total
Isapre 1	47.305.705	79.177.610	87.729.037	61.020.219	275.232.572
Isapre 2	41.828.408	71.480.360	79.039.292	54.933.696	247.281.757
Isapre 3	478.854.954	813.319.233	899.862.525	625.561.393	2.817.598.104
Total	567.989.068	963.977.203	1.066.630.854	741.515.307	3.340.112.433

Modelo Normativo

Aportantes	Receptoras				
	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7	Total
Isapre 1	103.592.773	177.426.044	205.971.523	188.157.165	675.147.505
Isapre 2	80.852.462	141.994.529	164.156.878	150.516.677	537.520.546
Isapre 3	1.166.745.390	2.034.727.368	2.355.018.793	2.157.108.813	7.713.600.364
Total	1.351.190.625	2.354.147.942	2.725.147.195	2.495.782.655	8.926.268.416

Modelo Propuesto

Aportantes	Receptoras				
	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7	Total
Isapre 1	85.039.696	142.087.662	161.940.786	139.837.066	528.905.211
Isapre 2	77.067.185	132.045.523	149.926.705	129.863.022	488.902.435
Isapre 3	940.528.137	1.600.090.142	1.818.696.843	1.573.951.490	5.933.266.611
Total	1.102.635.018	1.874.223.327	2.130.564.333	1.843.651.578	6.951.074.256

Modelo Alternativo

Aportantes	Receptoras				
	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7	Total
Isapre 1	88.199.796	148.016.736	164.913.719	136.920.176	538.050.426
Isapre 2	79.090.508	135.876.323	150.886.696	125.486.588	491.340.115
Isapre 3	931.750.075	1.589.582.053	1.766.917.743	1.468.739.017	5.756.988.888
Total	1.099.040.379	1.873.475.112	2.082.718.158	1.731.145.781	6.786.379.430