



## Documento de Trabajo

# Coberturas Financieras de los Planes Complementarios de Salud en Isapres Abiertas 2018

Departamento de Estudios y Desarrollo

## Tabla de Contenido

Resumen Ejecutivo.....	3
1. Antecedentes .....	4
2. Formato y Coberturas de los Planes Complementarios.....	6
2.1. Formato de los Planes Complementarios de Salud.....	6
2.2. Cálculo de la Cobertura Efectiva de un Plan de Salud .....	7
3. Coberturas Efectivas Año 2018.....	9
3.1. Coberturas Efectivas según Tipo de Atención.....	9
3.2. Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan .....	11
3.3. Coberturas Efectivas según Tipo de Plan.....	13
3.4. Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan .....	15
3.5. Coberturas Efectivas según Grupo de Prestaciones.....	18
4. Evolución de los Copagos.....	21
4.1 Evolución de los Copagos en Términos de Montos Absolutos.....	21
4.2. Evolución de los Copagos Per-cápita.....	21
5. Coberturas Efectivas y de Carátula .....	25
5.1 Antecedentes Metodológicos .....	25
5.2 Análisis Comparado entre Coberturas de Carátula y Coberturas Efectivas .....	26
6. Principales Conclusiones .....	28

## Resumen Ejecutivo

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

El documento centra el análisis en las coberturas asociadas a los planes complementarios, sin considerar el beneficio adicional CAEC y GES-CAEC, a fin de obtener información de las coberturas puras de estos planes. Asimismo, el análisis se focaliza en las isapres abiertas del mercado, considerando que, en este subsistema, se concentra la mayor diversidad de planes complementarios de salud. En enero de 2019, estas isapres informan 55.494 planes vigentes, que representan 98,6% del total informado por el Sistema.

Para efectos de este trabajo, la "cobertura efectiva" corresponde al porcentaje que representa el monto total bonificado sobre el monto total facturado por el conjunto de prestaciones curativas financiadas en 2018. Por su parte, la "cobertura de carátula", corresponde al porcentaje de bonificación genérico establecido en el formato del plan de salud para la mayoría de las prestaciones, según su tipo -ambulatorias u hospitalarias.

Los resultados del estudio, indican que la evolución de las coberturas efectivas es decreciente en el tiempo, con consecuente impacto creciente sobre los copagos. La cobertura ambulatoria cae de 55,9%, en 2009 a 53,5%, en 2018 y la hospitalaria de 71% a 67,5%. El sutil y constante deterioro de las coberturas de los planes puede atribuirse a varias causas: i) reajustes insuficientes de los valores arancelarios (topes) en relación a los precios de mercado de las prestaciones; ii) generación de planes con coberturas menores por parte de las isapres; y, iii) cambios hacia planes más económicos por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto de las alzas de los precios base).

La cobertura promedio de los planes antiguos (61%) es superior a la de los nuevos (58,3%) en 2,7 p.p., en 2018 y, desde el 2015, la brecha entre ambas categorías de planes se ha ido incrementando en desmedro de los planes nuevos lo que da sustento a la tesis de que el Sistema estaría generando planes con coberturas inferiores a las de antes. Se observa, además, que tanto planes de libre elección como preferentes, han disminuido su cobertura promedio en alrededor de 3 p.p. desde 2009.

En términos per-cápita (por beneficiario), el aumento estimado de los copagos es de \$121.211 nominales en 10 años. El impacto de la inflación explica 54,1% de este incremento (\$65.606); el aumento de la tasa de uso de prestaciones explica 32,9% (\$39.882) y el deterioro de las coberturas de los planes es responsable del 13% restante (\$15.722).

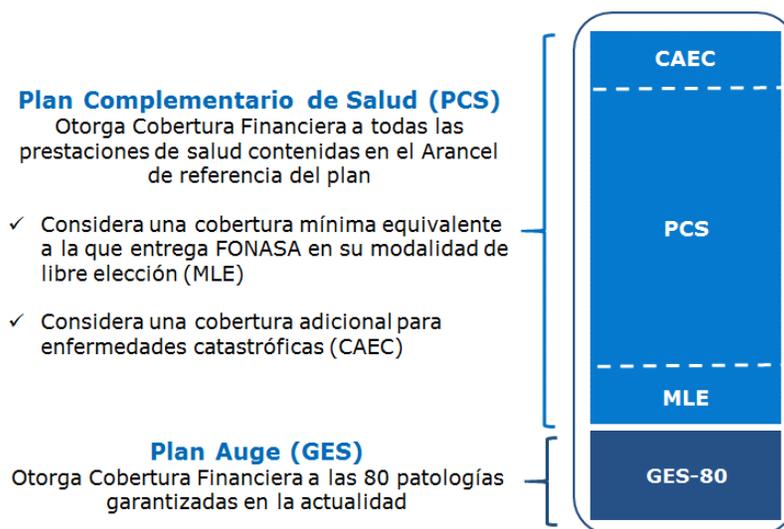
Entre las coberturas de carátula y efectivas, se detectan brechas significativas que no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud, entre ellas: i) políticas comerciales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

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

## 1. Antecedentes

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

**Figura 1: Estructura de los Planes de Salud en Isapres**



Fuente: Elaboración propia

El plan Auge (GES) es un derecho que otorga la ley a todos los beneficiarios del Fonasa y las Isapres, para ser atendidos, bajo condiciones especiales, en caso de padecer cualquiera de los problemas de salud priorizados por el Ministerio de Salud (actualmente existen 80 patologías garantizadas). El uso de este plan es optativo para los beneficiarios del Sistema Isapre, se otorga en una red de prestadores predefinida y considera garantías de acceso, oportunidad (tiempos máximos de espera), protección financiera (copagos de 20% del Arancel GES) y calidad (red de prestadores acreditados). En 2018, este componente del plan de salud representa 12,1% del monto total bonificado por el Sistema en prestaciones curativas, con una cobertura financiera promedio equivalente a 92,4% del monto total facturado.

El plan complementario de salud (PCS) es el documento contractual que establece la cobertura financiera o bonificación que corresponde a cada una de las prestaciones de salud contenidas en un arancel de referencia según la modalidad de la atención, libre elección, preferente o cerrada (en caso que el plan considere una red de prestadores preferencial o única). La bonificación, representa la parte del valor facturado de una prestación que es financiada por la isapre de acuerdo con la cobertura establecida en el plan y el resto lo financia el beneficiario en lo que se conoce como "copago". En 2018, este componente del plan de salud representa 87% del monto total bonificado por el Sistema en prestaciones curativas, con una cobertura financiera promedio equivalente a 63,2% del monto total facturado (incluyendo financiamiento CAEC y GES-CAEC).

A modo de referencia, en el cuadro siguiente se presentan las coberturas efectivas promedio de ambos componentes del plan de salud, en cada una de las isapres del Sistema. La información proviene del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018.

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

**Cuadro 1: Coberturas Efectivas Promedio según Componente del Plan de Salud (total prestaciones curativas financiadas en 2018)**

Isapre	Plan Auge GES	Plan Complementario <sup>(1)</sup>
Colmena	91,1%	62,7%
Cruz Blanca	91,4%	61,3%
Vida Tres	96,1%	62,7%
Nueva Masvida	92,2%	68,5%
Banmédica	96,4%	62,1%
Consalud	89,7%	62,4%
<b>I. Abiertas</b>	<b>92,5%</b>	<b>62,7%</b>
San Lorenzo	89,4%	45,6%
Fusat	90,8%	92,5%
Chuquicamata	89,6%	74,0%
Río Blanco	90,8%	92,1%
Fundación	86,3%	56,1%
Cruz del Norte	92,5%	69,6%
<b>I. Cerradas</b>	<b>88,7%</b>	<b>76,1%</b>
<b>Sistema</b>	<b>92,4%</b>	<b>63,2%</b>

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

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

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

Atendida la relevancia de los planes complementarios de salud en el gasto total de los beneficiarios del Sistema Isapre (87%) y, también, la gran cantidad y variedad de planes existentes (56.258, en enero 2019), este documento se centra en el análisis de las coberturas financieras asociadas a este componente, sin considerar las prestaciones financiadas por el beneficio adicional CAEC y GES-CAEC, a fin de obtener información de las coberturas puras de estos planes.

Asimismo, este estudio se focaliza en las isapres abiertas del mercado, considerando que en este subsistema se concentra la mayor diversidad de planes complementarios de salud. En enero de 2019, estas isapres informan 55.494 planes vigentes, que representan 98,6% del total informado por el conjunto del Sistema.

## 2. Formato y Coberturas de los Planes Complementarios

### 2.1. Formato de los Planes Complementarios de Salud

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

El formato y contenido de los planes de salud, en sus tres modalidades de atención (libre elección, con prestador preferente y cerrado), se encuentra regulado por esta Superintendencia en la Circular IF N°285, de 2017. El uso de estos formatos uniformes es obligatorio para todas las isapres. A continuación, se presenta el extracto de un plan en actual comercialización, ajustado al formato definido por la Superintendencia en la versión que considera prestadores preferentes.

**Cuadro 2: Ejemplo Formato Plan de Salud con Prestadores Preferentes**

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)			LIBRE ELECCIÓN (*)		
	Bonificación		Tope máx año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx año contrato por beneficiario
	%	Tope		%	Tope	
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA</b>						
Día Cama Sala Cuna Incubadora Día Cama Cuidado Intensivo, Intermedio o Coronario Día Cama Transitorio u Observación Exámenes de Laboratorio Imagenología Derecho Pabellón Kinesiología, Medicina Física y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.2) Medicamentos (1.4) (1.10) Materiales e Insumos Clínicos (1.4) (1.10) Quimioterapia (1.6) Prótesis, Órtesis y Elementos de Osteosíntesis Visita por Médico Tratante y Médico Interconsultor Traslados (5.4)	<b>100%</b> Sin Tope Habitación Individual Simple en: Clínica San Carlos de Apoquindo Hospital U. Católica Clínica UC Clínica Santa María Clínica Indisa Clínica RedSalud Vitacura		Sin Tope	<b>90%</b> Sólo Cobertura Libre Elección		Sin Tope
<b>90%</b> Sin Tope Habitación Individual Simple en: Clínica Alemana de Santiago Clínica Las Condes (Sólo con Médicos Staff) (Sólo con bonos)		5,6 UF		<b>90%</b>	16 VA	
					105 UF 60 UF 25 UF 40 UF 1,3 UF	5 UF
<b>AMBULATORIAS</b>						
Consulta Médica Exámenes de Laboratorio Imagenología Derecho Pabellón Ambulatorio Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.2) Radioterapia Fonoaudiología Kinesiología y Fisioterapia Prestaciones Dentales (PAD) (1.13) Atención Integral de Nutricionista Atención Integral de Enfermería Prótesis y Órtesis (1.5) Quimioterapia (1.6)	<b>80%</b> Sin Tope Clínica San Carlos de Apoquindo, Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica RedSalud Vitacura, Centros Médicos Red UC Christus, Hospital U. Católica		Sin Tope	1,1 UF		Sin Tope
<b>70%</b> Sin Tope Clínica Alemana de Santiago, Clínica Las Condes (Sólo con bonos)		9,8 UF 9 UF 4,5 UF 3 UF		<b>70%</b>	15 VA	
Sólo Cobertura Libre Elección						
Igual a la cobertura preferente hospitalaria y en los mismos prestadores.			<b>90%</b>	25 UF	250 UF	
<b>ATENCIÓNES DE URGENCIA (1.11)</b>						

Fuente: Extracto de un plan de salud preferente en actual comercialización

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

## 2.2. Cálculo de la Cobertura Efectiva de un Plan de Salud

En la práctica, la cobertura efectiva que otorga un plan complementario de salud a una prestación específica, se determina con el porcentaje de bonificación y tope establecidos para dicha prestación en la carátula del plan<sup>2</sup>. Así, la bonificación corresponde al menor valor entre:

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

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

Asimismo, se debe tener presente, que en el monto bonificado también pueden estar incidiendo otras restricciones contractuales particulares, por ejemplo, exclusiones, carencias y/o menores coberturas temporales, establecidas para ciertas patologías preexistentes declaradas por el beneficiario.

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Cabe hacer presente, que existen algunos planes que expresan la cobertura de determinadas prestaciones, en copagos fijos. Estos planes representan un 15% del total informado en enero de 2019 y el 58,7% son grupales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. Coberturas Efectivas Año 2018

En este apartado, se muestran las coberturas efectivas obtenidas el año 2018 por los beneficiarios de las isapres abiertas, distinguiendo por tipo de atención -ambulatoria y hospitalaria-, situación comercial del plan -en comercialización y no comercializado-, tipo de plan -individual y grupal- y, modalidad de atención del plan -libre elección, preferente y cerrado-.

El análisis abarca planes vigentes en enero de 2019, que tuvieron movimiento durante al año 2018, es decir, que presentaron prestaciones curativas, ambulatorias y hospitalarias, bonificadas en el período señalado.

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

**Cuadro 3: Planes en Estudio por Isapre, según Tipo de Atención (respecto del total de planes vigentes en enero de 2019)**

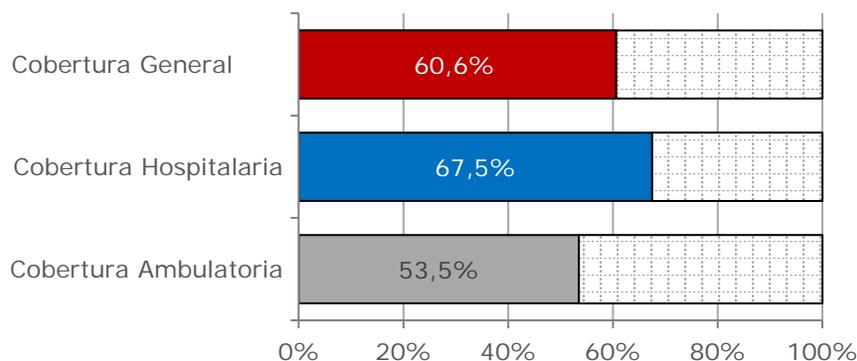
Isapre	Planes Vigentes	Planes en Estudio con Movimiento en 2018					
		Amb.	%	Hosp.	%	Total	%
Colmena	18.071	16.980	94,0%	3.063	16,9%	16.982	94,0%
Cruz Blanca	9.722	9.420	96,9%	6.363	65,4%	9.423	96,9%
Vida Tres	6.199	5.967	96,3%	3.472	56,0%	5.968	96,3%
N. Masvida	3.589	2.670	74,4%	1.873	52,2%	2.670	74,4%
Banmédica	11.034	10.543	95,6%	6.568	59,5%	10.553	95,6%
Consalud	6.879	6.522	94,8%	3.354	48,8%	6.536	95,0%
<b>Total</b>	<b>55.494</b>	<b>52.102</b>	<b>93,9%</b>	<b>24.693</b>	<b>44,5%</b>	<b>52.132</b>	<b>93,9%</b>

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

#### 3.1. Coberturas Efectivas según Tipo de Atención

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de salud de las isapres abiertas al conjunto de prestaciones curativas financiadas en 2018, según el tipo atención. La bonificación promedio general alcanza 60,6% y se compone de 53,5% para prestaciones ambulatorias y 67,5% para prestaciones hospitalarias.

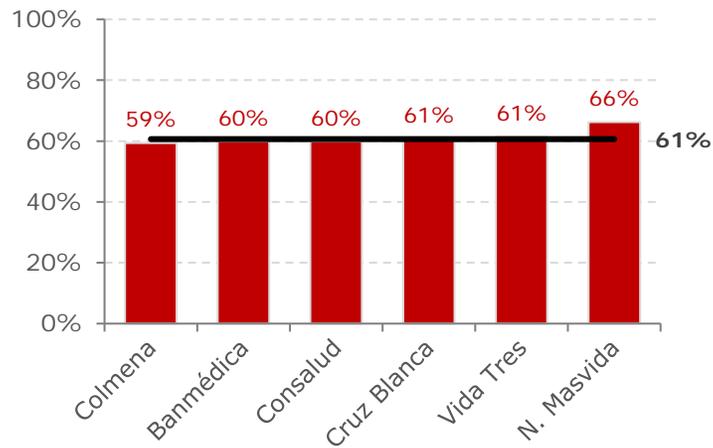
**Gráfico 1: Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Atención**



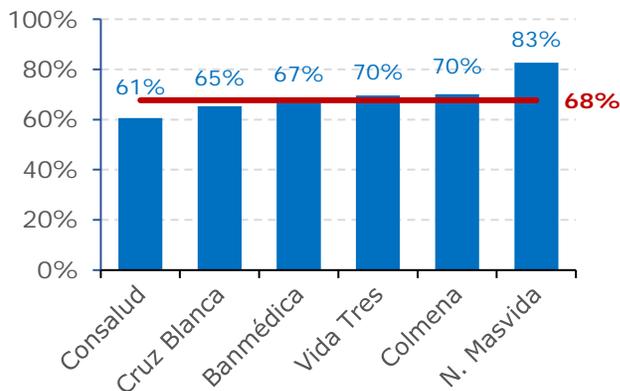
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

Los gráficos que se presentan a continuación, permiten observar la cobertura efectiva promedio de cada una de las isapres abiertas, con respecto al promedio de todas ellas, en 2018. El primer gráfico muestra la cobertura promedio general y los siguientes distinguen por tipo de atención hospitalaria y ambulatoria, respectivamente.

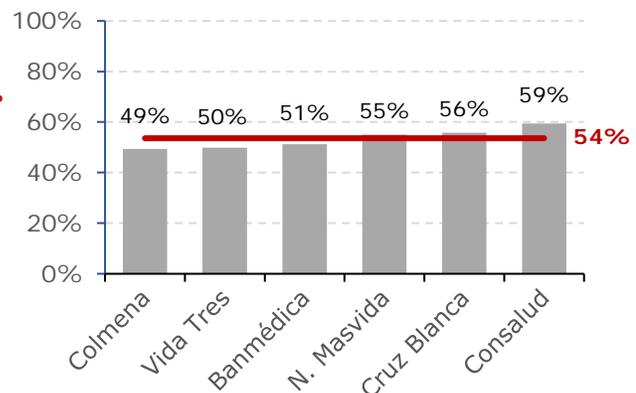
**Gráfico 2: Coberturas Efectivas Promedio por Isapre Abierta  
Cobertura General**



**Gráfico 3: Cobertura Hospitalaria**



**Gráfico 4: Coberturas Ambulatoria**

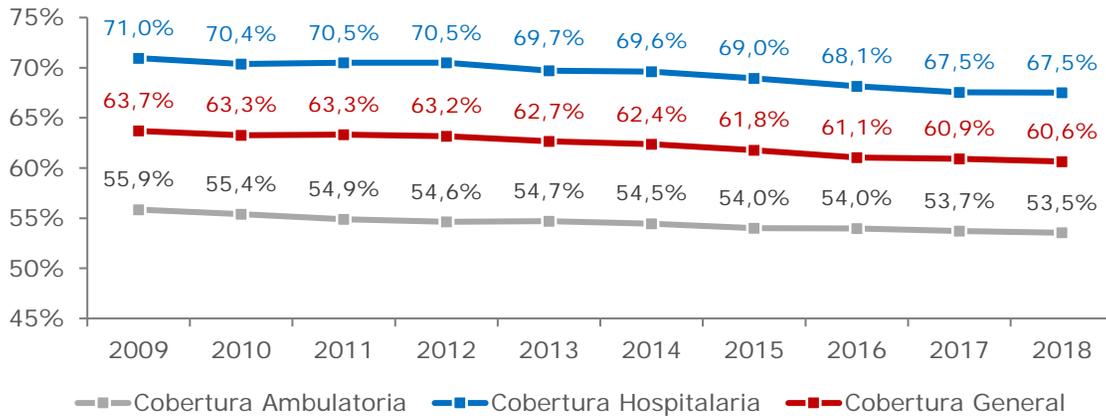


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

En estos gráficos, destaca Nueva Masvida (66%) con una cobertura general superior al promedio del subsistema (61%) explicada principalmente por la alta bonificación que esta isapre otorga en atención hospitalaria (83%), donde alcanza 15 puntos porcentuales (p.p.) más que el conjunto de isapres abiertas. En el otro extremo, destaca Colmena (59%) por su baja cobertura general en relación al promedio del subsistema (61%), que se atribuye fundamentalmente a la menor bonificación que esta isapre entrega a las prestaciones de tipo ambulatorio (49%).

En el siguiente gráfico, se observa que la evolución de la cobertura efectiva promedio de los planes complementarios de salud de las isapres abiertas, en los últimos 10 años, presenta una tendencia paulatinamente decreciente, pasando de 63,7% en 2009 a 60,6% en 2018, para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas cada año. La cobertura de las prestaciones ambulatorias cae desde 55,9% a 53,5% mientras que la cobertura de prestaciones hospitalarias disminuye de 71% a 67,5%, en igual período.

**Gráfico 5: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Atención Isapres Abiertas, 2009 - 2018**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de los años 2009 a 2018

Si bien las variaciones anuales son sutiles, también han sido constantes en el tiempo, determinando una merma de 3 p.p. en la bonificación promedio general, en la última década.

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

### 3.2. Coberturas Efectivas según Situación Comercial del Plan

El cuadro siguiente, indica el número de planes en estudio según la situación comercial del plan, esto es, planes que están en comercialización en enero de 2019 (nuevos) y planes que ya no están en comercialización a esa fecha (antiguos), en relación con el total vigente en cada isapre abierta en enero 2019. Se verifica que el tamaño de la muestra es bastante concluyente.

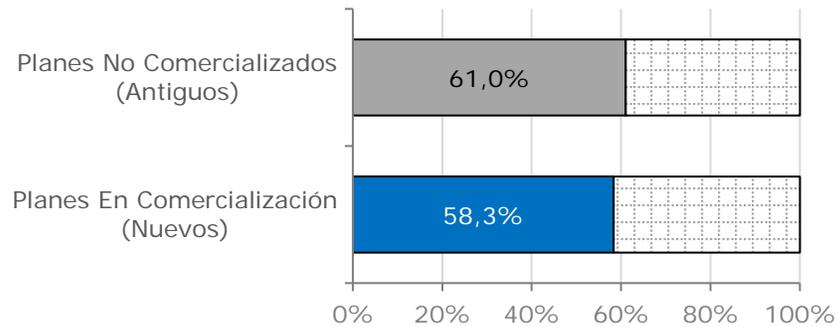
**Cuadro 4: Planes en Estudio por Isapre, según Modalidad de Atención del Plan (respecto del total de planes vigentes en enero de 2019)**

Isapre	Planes En Comercialización			Planes No Comercializados		
	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%
Colmena	1.642	1.493	90,9%	16.429	15.489	94,3%
Cruz Blanca	780	579	74,2%	8.942	8.844	98,9%
Vida Tres	277	169	61,0%	5.922	5.799	97,9%
N. Masvida	217	101	46,5%	3.372	2.569	76,2%
Banmédica	425	305	71,8%	10.609	10.248	96,6%
Consalud	1.588	1.465	92,3%	5.291	5.071	95,8%
<b>Total</b>	<b>4.929</b>	<b>4.112</b>	<b>83,4%</b>	<b>50.565</b>	<b>48.020</b>	<b>95,0%</b>

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de salud de las isapres abiertas, al conjunto de prestaciones curativas financiadas en 2018, según la situación comercial del plan.

**Gráfico 6: Cobertura Efectiva Promedio según Situación Comercial del Plan**

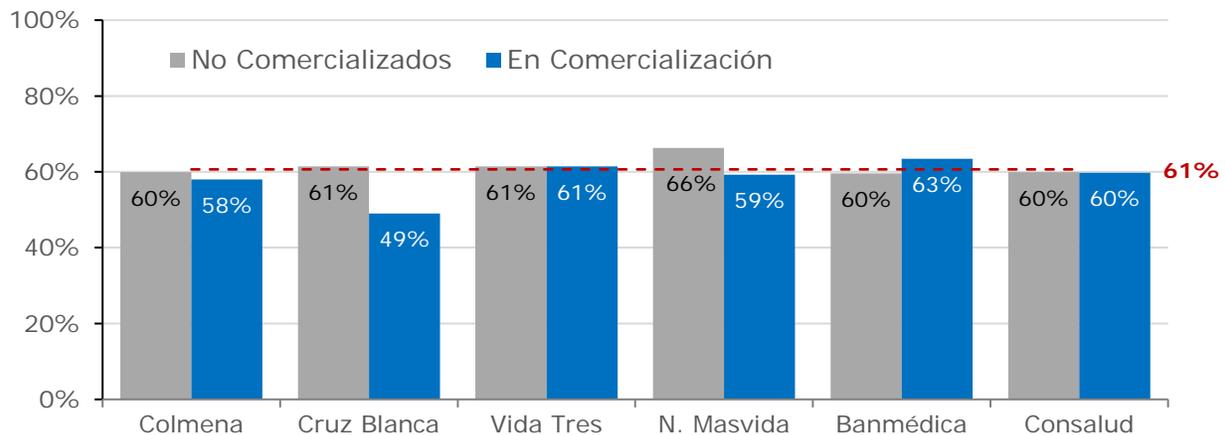


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

El gráfico anterior, muestra que las coberturas asociadas a planes antiguos son, en promedio, superiores a las de los nuevos, con una diferencia de 2,7 p.p.

Al efectuar el análisis por isapre, se observa que, en todas ellas, salvo Banmédica, las coberturas de los planes nuevos son inferiores o iguales a las de los antiguos. En el gráfico siguiente, destaca la Isapre Cruz Blanca con la mayor brecha de cobertura (12,4 p.p.), seguida de la Isapre Nueva Masvida con una brecha de 7 p.p.

**Gráfico 7: Cobertura Promedio por Isapre según Situación Comercial del Plan**

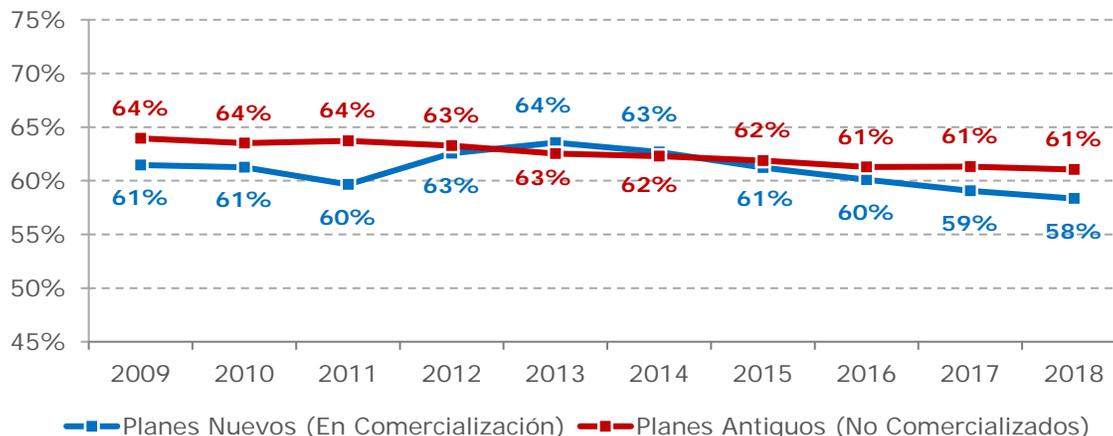


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

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

El gráfico siguiente, muestra que tanto las coberturas efectivas de los planes nuevos como antiguos siguen una tendencia decreciente. No obstante, la evolución de las coberturas asociadas a los planes nuevos es más inestable y entre los años 2009 y 2011 se presenta por debajo de las coberturas promedio de los planes antiguos en al menos 3 p.p. para luego equipararse en 2012. En 2013 y 2014, la brecha de cobertura entre ambas categorías de planes es de 1 p.p. a favor de los planes nuevos los que, a partir de 2015, muestran un deterioro constante que incrementa paulatinamente la brecha entre ambas categorías de planes alcanzando 2,7 p.p. en 2018 en favor de los planes antiguos.

**Gráfico 8: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Situación Comercial del Plan. Isapres Abiertas, 2009 – 2018**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

### 3.3. Coberturas Efectivas según Tipo de Plan

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

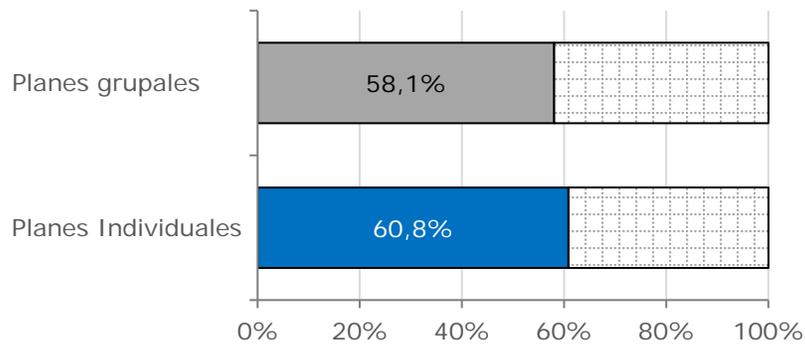
**Cuadro 5: Planes en Estudio por Isapre, según Tipo (respecto del total de planes vigentes en enero de 2019)**

Isapre	Planes Individuales			Planes Grupales		
	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%
Colmena	3.236	3.159	97,6%	14.835	13.823	93,2%
Cruz Blanca	8.212	8.091	98,5%	1.510	1.332	88,2%
Vida Tres	6.187	5.956	96,3%	12	12	100,0%
N. Masvida	2.866	2.656	92,7%	723	14	1,9%
Banmédica	10.825	10.366	95,8%	209	187	89,5%
Consalud	5.441	5.159	94,8%	1.438	1.377	95,8%
<b>Total</b>	<b>36.767</b>	<b>35.387</b>	<b>96,2%</b>	<b>18.727</b>	<b>16.745</b>	<b>89,4%</b>

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

El gráfico siguiente, muestra la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de salud de las isapres abiertas, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2018, según el tipo de plan (individual o grupal).

**Gráfico 9: Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Plan**

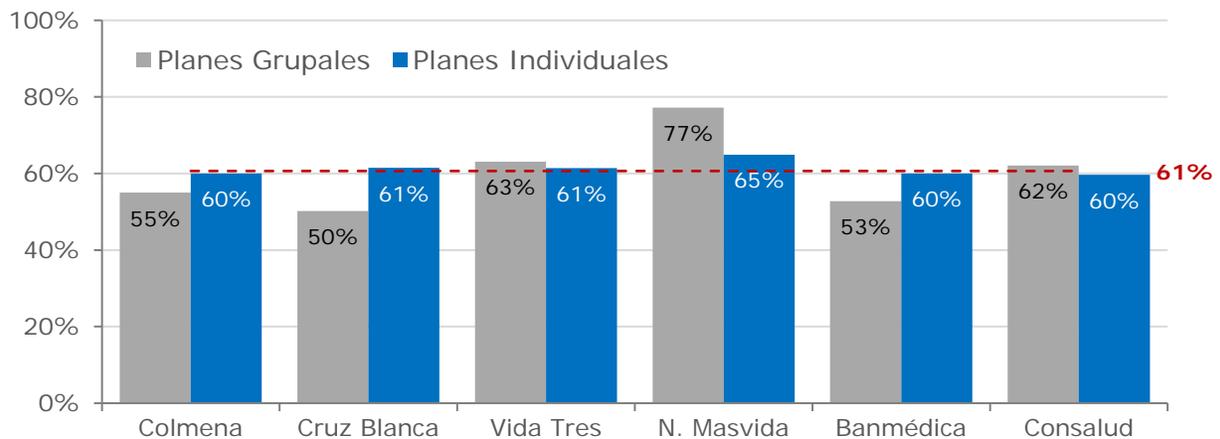


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

Se observa que, en promedio, los planes individuales otorgan una cobertura efectiva superior a los planes grupales. La diferencia asciende a 2,7 p.p.

No obstante, al efectuar el análisis por isapre, es posible constatar que el comportamiento de las coberturas asociadas a planes grupales e individuales, en las diferentes isapres, no es el mismo. En efecto, mientras en Colmena, Cruz Blanca y Banmédica los planes grupales muestran un financiamiento inferior al de los planes individuales, en la Isapre Nueva Masvida ocurre todo lo contrario. En el resto de las isapres (Vida Tres y Consalud), las coberturas son relativamente parecidas entre los diferentes tipos de planes con diferencias de sólo 2 p.p.

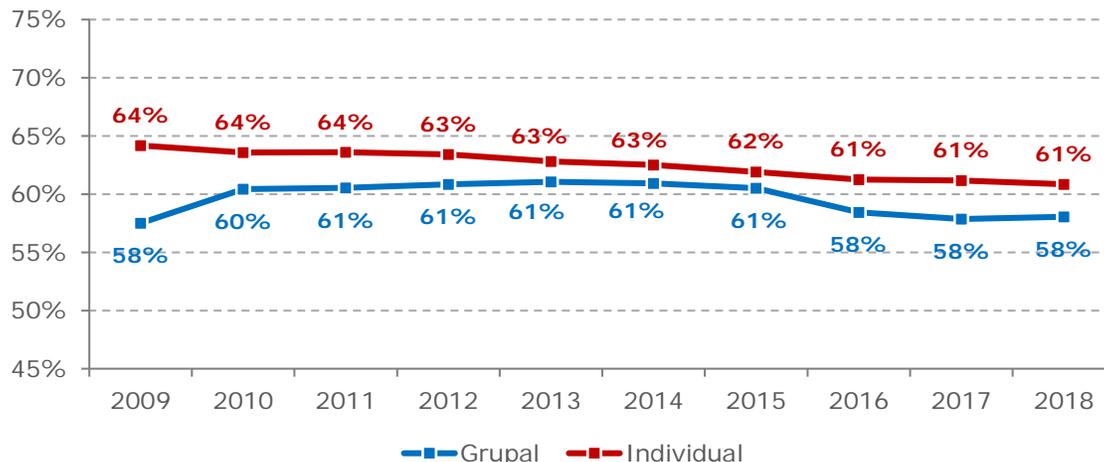
**Gráfico 10: Cobertura Promedio por Isapre según Tipo de Plan**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

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

**Gráfico 11: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Tipo de Plan Isapres Abiertas, 2009 – 2018**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

Se observa que, a lo largo de todo el período analizado, los planes individuales presentan coberturas efectivas superiores a los planes grupales, aunque con una trayectoria decreciente. La brecha de cobertura entre ambos tipos de planes tiende a disminuir entre los años 2009 y 2015 como resultado del deterioro paulatino de los planes individuales y leve recuperación de los planes grupales que, en 2015, alcanza sólo 1 p.p. No obstante, dicha tendencia se ve interrumpida en 2016, año a partir del cual la brecha se estabiliza en 3 p.p. como resultado de una caída más profunda de las coberturas de los planes grupales.

### 3.4. Coberturas Efectivas según Modalidad de Atención del Plan

El cuadro siguiente, indica el número de planes en estudio según la modalidad de atención del plan (libre elección, con prestador preferentes y cerrado)<sup>3</sup>, en relación con el total vigente en cada isapre abierta, en enero 2019. Se verifica que el tamaño de la muestra es bastante concluyente.

**Cuadro 6: Planes en Estudio por Isapre, según Modalidad de Atención del Plan (respecto del total de planes vigentes en enero de 2019)**

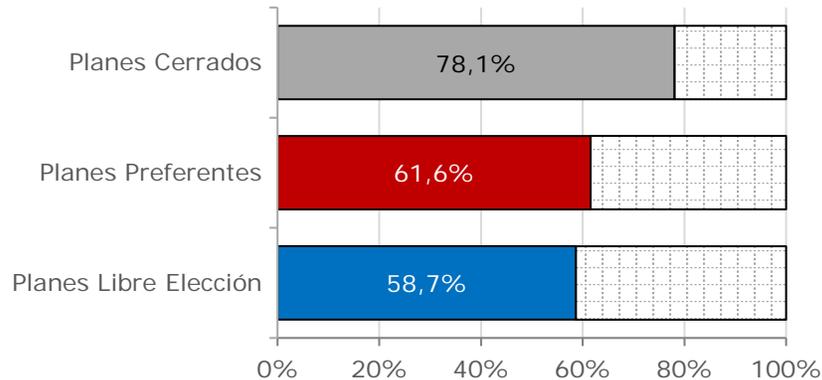
Isapre	Planes de Libre Elección			Planes Preferentes			Planes Cerrados		
	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%	Vigentes	Estudio	%
Colmena	10.837	10.209	94,2%	7.234	6.773	93,6%	0	0	--
Cruz Blanca	4.704	4.559	96,9%	4.833	4.693	97,1%	185	171	92,4%
Vida Tres	889	870	97,9%	5.310	5.098	96,0%	0	0	--
N. Masvida	2.040	1.782	87,4%	1.549	888	57,3%	0	0	--
Banmédica	611	573	93,8%	10.353	9.920	95,8%	70	60	85,7%
Consalud	4.080	3.867	94,8%	2.396	2.297	95,9%	403	372	92,3%
<b>Total</b>	<b>23.161</b>	<b>21.860</b>	<b>94,4%</b>	<b>31.675</b>	<b>29.669</b>	<b>93,7%</b>	<b>658</b>	<b>603</b>	<b>91,6%</b>

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

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

El gráfico siguiente, indica la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios al conjunto de prestaciones curativas financiadas en 2018, según la modalidad de atención del plan, -libre elección, preferente o cerrado-<sup>4</sup>.

**Gráfico 12: Cobertura Efectiva Promedio según Modalidad de Atención del Plan**

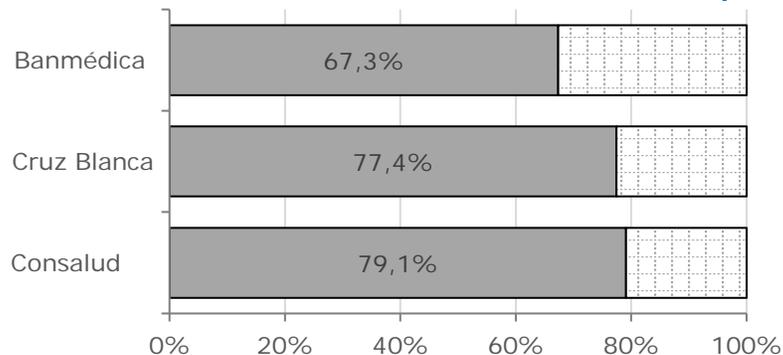


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

En el gráfico anterior, se observa que, en promedio, los planes cerrados (78,1%) otorgan las mejores coberturas efectivas. Sin embargo, estos planes son escasos entre las isapres abiertas donde representan 1,2% del total de planes vigentes, en enero de 2019.

El gráfico siguiente, indica las coberturas otorgadas por los planes cerrados en las tres isapres abiertas que los mantienen vigentes. Se observa, que las mayores coberturas se encuentran asociadas a los planes de Consalud, con una cobertura efectiva promedio de 79,1%, seguida por Cruz Blanca (77,4%) y finalmente, Banmédica (67,3%).

**Gráfico 13: Cobertura Promedio de Planes Cerrados por Isapre**

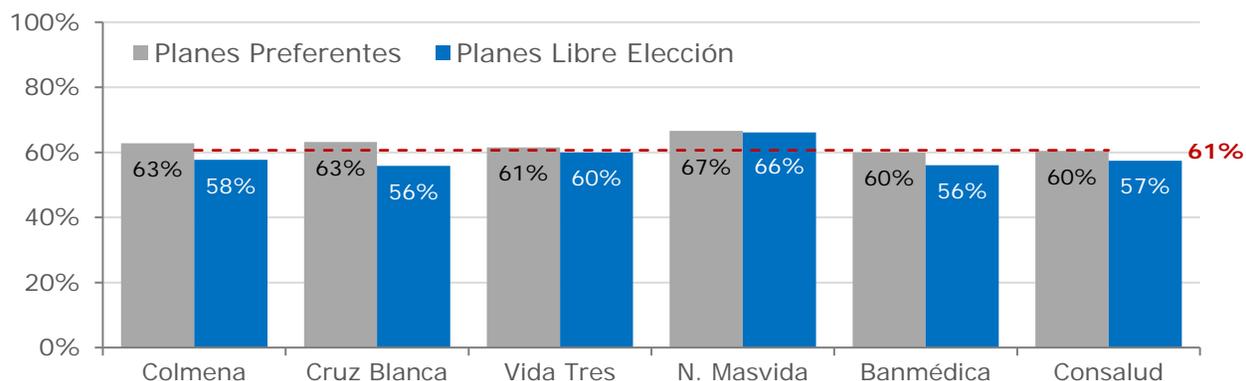


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

Por su parte, la cobertura asociada a planes con prestadores preferentes es discretamente superior a la de los planes de libre elección, la diferencia es inferior a 3 p.p., en promedio. No obstante, al efectuar el análisis por isapre, se observa que esta diferencia es más relevante en algunas de ellas, por ejemplo, en Cruz Blanca, donde alcanza 7 p.p. en favor de las coberturas preferentes, seguida de Colmena (5 p.p.). Mientras, las brechas más bajas se presentan en Nueva Masvida y Vida Tres (1 p.p.).

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

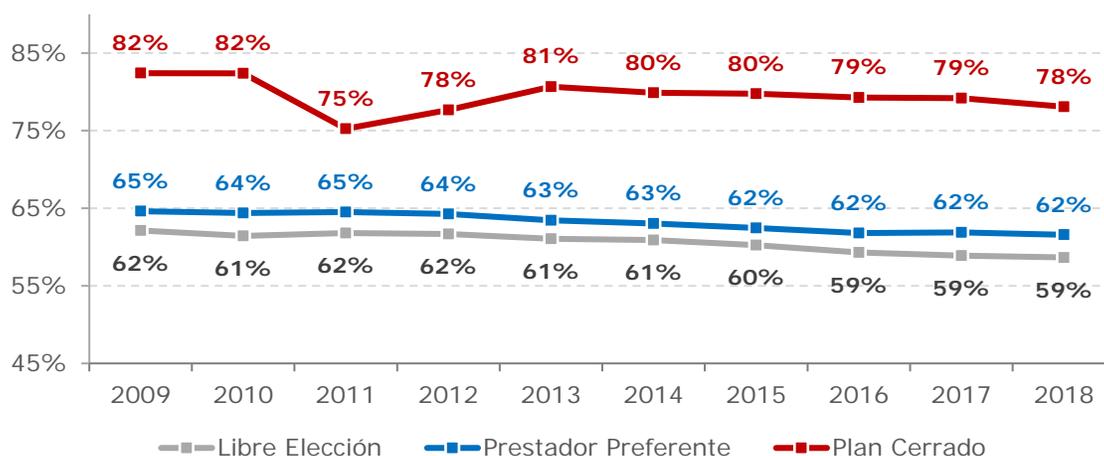
**Gráfico 14: Cobertura Promedio por Isapre según Modalidad de Atención del Plan**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018 y Archivo Maestro de Planes de enero 2019

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

**Gráfico 15: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Modalidad de Atención del Plan. Isapres Abiertas, 2009 – 2018**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 al 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

Se observa que, durante todo el período de análisis, los planes cerrados mantienen coberturas efectivas superiores, en más de 10 p.p. al resto de las categorías de planes, incluso en el año 2011 cuando experimentan una marcada caída. Lo anterior, resulta razonable, por cuanto, estos planes no permiten la opción de libre elección del prestador y operan sobre la base de convenios entre las isapres y una red de atención, lo que permite acceder a precios más convenientes de las prestaciones, maximizando con ello el rendimiento de la cobertura.

A su vez, los planes preferentes presentan, en todo el período, coberturas levemente superiores a las de los planes de libre elección, en alrededor de 2 a 3 p.p., lo que también resulta razonable, ya que los primeros, mantienen cierto grado de control sobre los precios de las prestaciones por medio de convenios, lo que permite a los usuarios maximizar las coberturas efectivas cuando ejercen la opción de un prestador preferente.

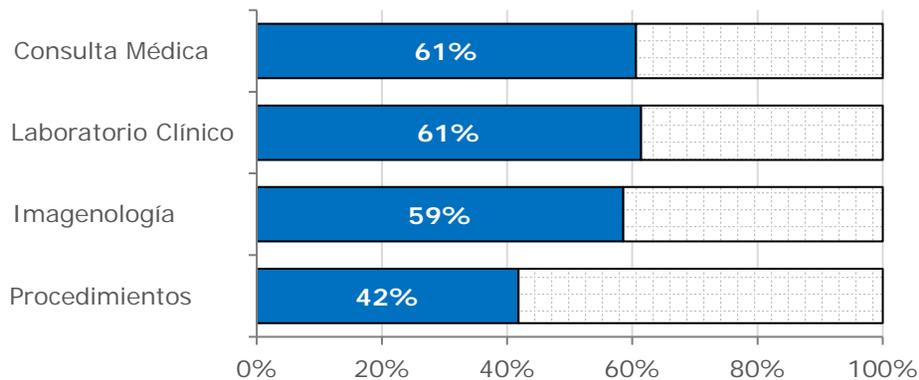
Todos los planes, tanto de libre elección como preferentes e incluso los cerrados, han ido deteriorando su cobertura promedio en los últimos 10 años. La pérdida de valor, asciende a 4,3 p.p. en planes cerrados; 3,5 p.p. en planes de libre elección y 3 p.p. en preferentes.

### 3.5. Coberturas Efectivas según Grupo de Prestaciones

Los planes complementarios de salud, por lo general, establecen coberturas diferenciadas para las prestaciones de salud según su tipo o grupo al cual pertenecen. Los gráficos siguientes, permiten observar las diferencias en la cobertura promedio asociada a prestaciones curativas de distinto tipo, en 2018.

El primer gráfico, muestra la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas, a algunas prestaciones representativas de tipo ambulatorio, financiadas en 2018, según el grupo al cual pertenecen.

**Gráfico 16: Cobertura Ambulatoria Promedio según Grupo de Prestaciones Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2018**

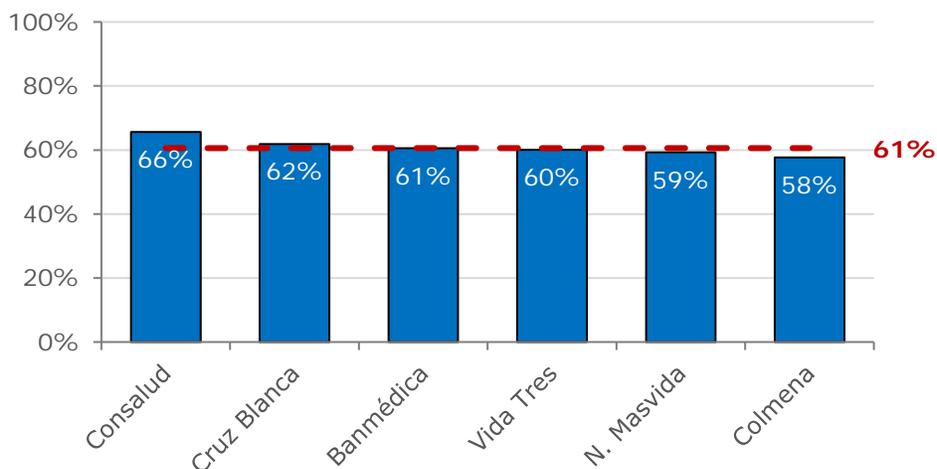


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

Se observa, que las prestaciones correspondientes al grupo de "Procedimientos de Apoyo Clínico y Terapéutico" alcanzan una cobertura promedio inferior a la de los otros grupos de prestaciones ambulatorias analizados, con una bonificación efectiva de 42%, en promedio. El resto de los grupos muestra coberturas efectivas más homogéneas donde destacan las consultas médicas y los exámenes médicos del grupo "Laboratorio Clínico", con los promedios más altos, equivalentes a 61%.

El gráfico siguiente, muestra la cobertura ambulatoria promedio que alcanzan las prestaciones del grupo "Consulta Médica" en las diferentes isapres abiertas. Destaca la Isapre Consalud (66%) con la cobertura más alta, superior en 5 p.p. al promedio del subsistema. En el otro extremo, destaca la Isapre Colmena (58%) con la cobertura más baja, 3 p.p. por debajo del promedio.

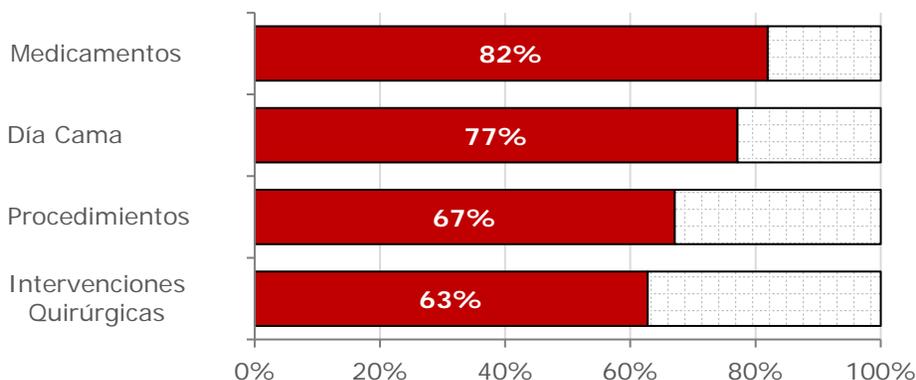
**Gráfico 17: Cobertura Ambulatoria Promedio Grupo “Consulta Médica” por Isapre**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

El siguiente gráfico, muestra la cobertura efectiva promedio otorgada por los planes complementarios de las isapres abiertas, a algunas prestaciones representativas de tipo hospitalario, financiadas en 2018, según el grupo al cual pertenecen.

**Gráfico 18: Cobertura Hospitalaria Promedio según Grupo de Prestaciones Planes Complementarios de Isapres Abiertas. Prestaciones Curativas Año 2018**

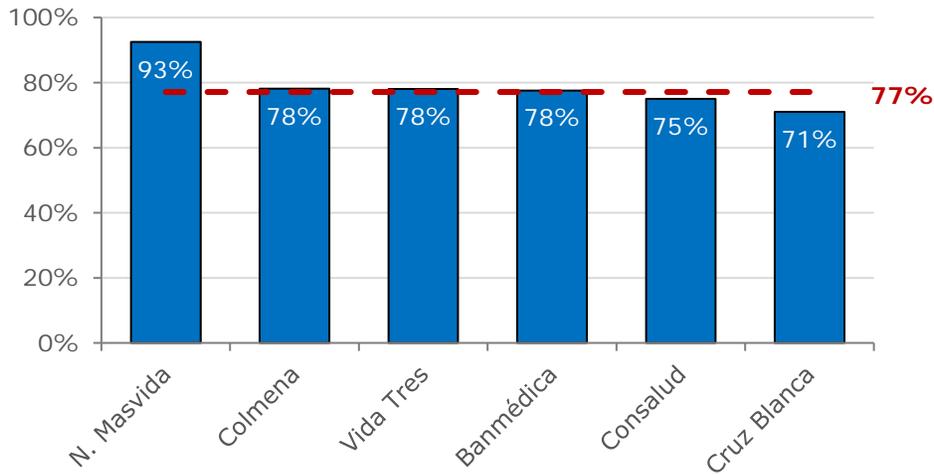


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

Las coberturas efectivas asociadas a las prestaciones hospitalarias son más heterogéneas que las ambulatorias entre los distintos grupos. En el gráfico anterior, se observa que las prestaciones correspondientes al grupo “Intervenciones Quirúrgicas” alcanzan una cobertura promedio inferior a la de los otros grupos de prestaciones hospitalarias analizados, con una bonificación efectiva de 63%, en promedio. En el otro extremo, destaca el grupo “Medicamentos” con la cobertura efectiva más alta, equivalente a 82%, en promedio.

El gráfico siguiente, muestra la cobertura hospitalaria promedio que alcanzan las prestaciones del grupo “Día Cama” en las diferentes isapres abiertas. Destaca la Isapre Nueva Masvida (93%) con la cobertura más alta, superior en 15 p.p. al promedio del subsistema. En el otro extremo, destaca la Isapre Cruz Blanca (71%) con la cobertura más baja, 6 p.p. por debajo del promedio.

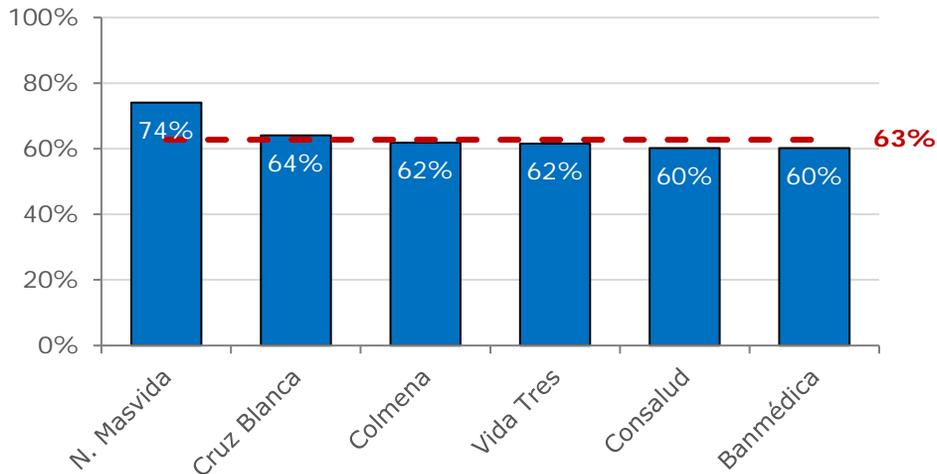
**Gráfico 19: Cobertura Hospitalaria Promedio Grupo "Día Cama" por Isapre**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

Finalmente, el gráfico siguiente, muestra la cobertura hospitalaria promedio que alcanzan las prestaciones del grupo "Intervenciones Quirúrgicas" en las diferentes isapres abiertas. Destaca la Isapre Nueva Masvida (74%) con la cobertura más alta, superior en 11 p.p. al promedio del subsistema. En el otro extremo, destaca las isapres Banmédica (60%) y Consalud (60%) con las coberturas más bajas, 3 p.p. por debajo del promedio.

**Gráfico 20: Cobertura Hospitalaria Promedio Grupo "Intervenciones Quirúrgicas" por Isapre**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

## 4. Evolución de los Copagos

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

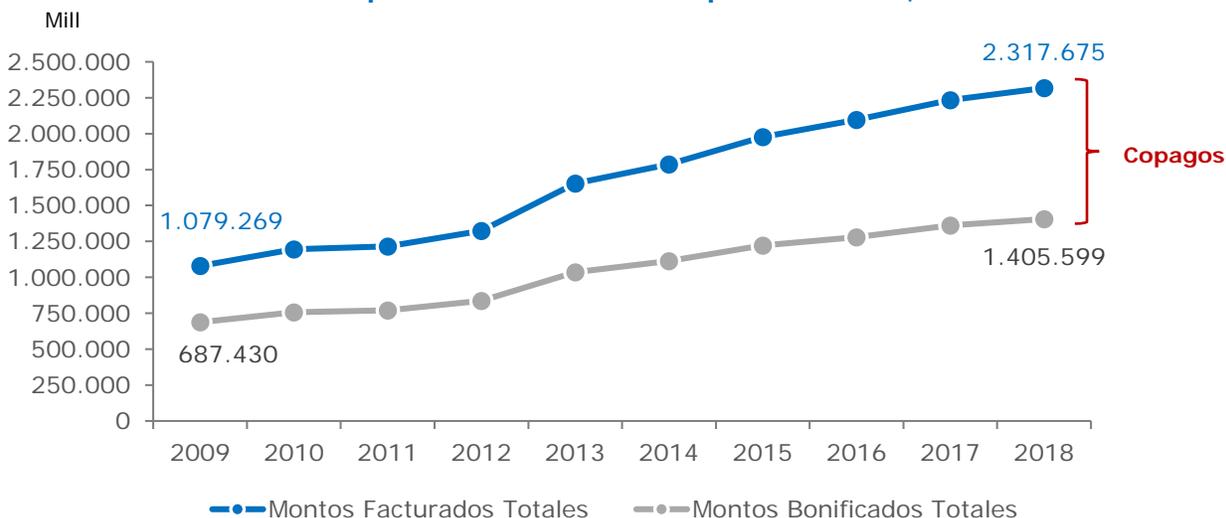
El objetivo en este apartado, es adoptar el punto de vista de los beneficiarios y develar el impacto que el deterioro paulatino de la cobertura efectiva de los planes complementarios, ha tenido sobre los copagos que estos enfrentan.

El análisis comprende la evolución de los copagos entre los años 2009 y 2018, considerando los planes de salud de las isapres abiertas, vigentes en enero de cada año que tuvieron movimiento en el período anual anterior, es decir, que presentaron prestaciones curativas -ambulatorias y/o hospitalarias- bonificadas durante el año inmediatamente anterior.

### 4.1 Evolución de los Copagos en Términos de Montos Absolutos

Mientras los montos facturados totales por prestaciones curativas en isapres abiertas, experimentan un crecimiento nominal equivalente a 115%, entre 2009 y 2018, los copagos lo han hecho en 133%, es decir, 18 p.p. más. El promedio de crecimiento de los montos facturados es de 9,5% anual y, el de los copagos, de 10,9% anual en el período analizado. Las diferencias de crecimiento se atribuyen al deterioro paulatino de las coberturas efectivas de los planes complementarios de salud.

**Gráfico 21: Evolución de los Montos Facturados y Bonificados En millones de pesos de cada año. Isapres Abiertas, 2009 – 2018**

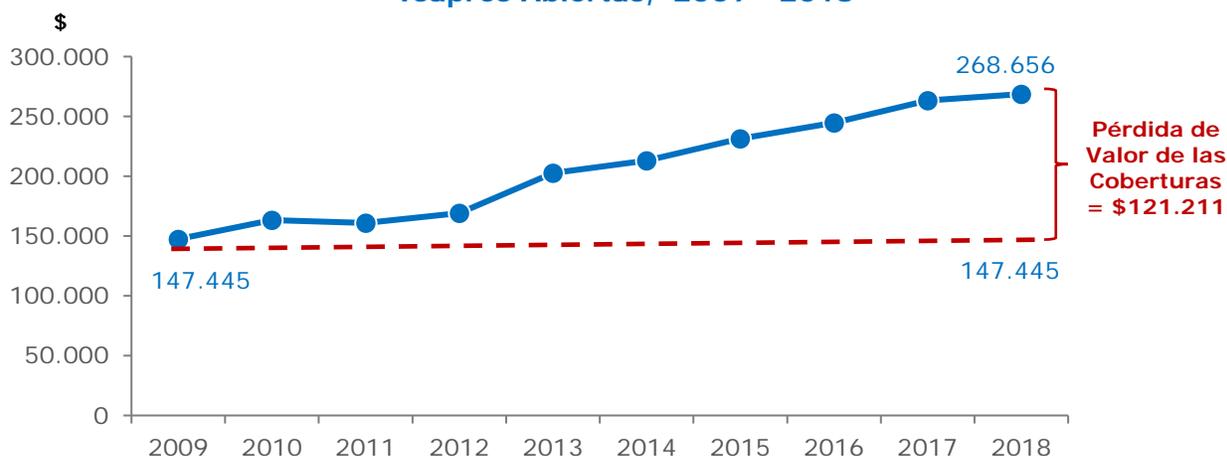


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

### 4.2 Evolución de los Copagos Per-cápita

El gráfico siguiente, permite visualizar la pérdida asumida por los beneficiarios cada año a través de sus copagos, por efecto del deterioro gradual y constante de las coberturas efectivas de los planes de salud en el tiempo. Se observa que, con respecto a 2009, en el año 2018 las coberturas de los planes de salud han experimentado una pérdida de valor equivalente a \$121.211 pesos por beneficiario.

**Gráfico 22: Evolución del Copago per-cápita en pesos de cada año. Isapres Abiertas, 2009 - 2018**



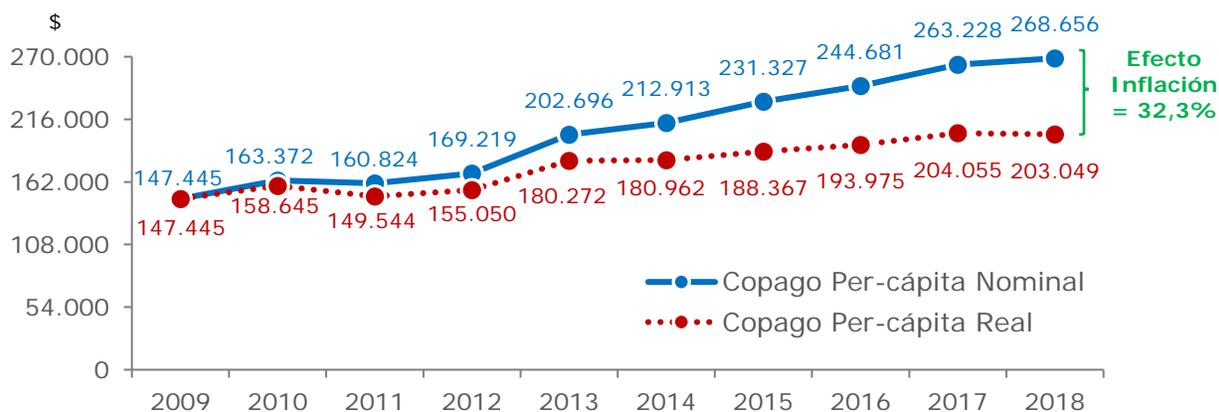
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

El incremento de los copagos per-cápita es de 82,2% en los últimos 10 años y puede explicarse por 3 factores, a saber: incremento en los precios de mercado (efecto inflación); deterioro de la cobertura de los planes de salud (efecto cobertura); y, también por un incremento en la tasa de uso de las prestaciones (efecto tasa de uso). Los gráficos siguientes permiten dimensionar el impacto que cada uno de estos factores ha tenido sobre el copago anual por beneficiario en el período analizado.

#### a) Efecto Inflación

En el gráfico siguiente, la línea azul representa los copagos anuales por beneficiario expresados en términos nominales (pesos de cada año), mientras la línea roja los expresa en términos reales, es decir, deflactados por el IPC, a pesos del año 2009. La brecha entre estas dos líneas da cuenta del efecto de la inflación sobre los copagos promedio de las isapres abiertas en los últimos 10 años.

**Gráfico 23: Evolución del Copago Anual por Beneficiario, Nominal (pesos de cada año) y Real (pesos del año 2009). Isapres Abiertas, 2009 – 2018**



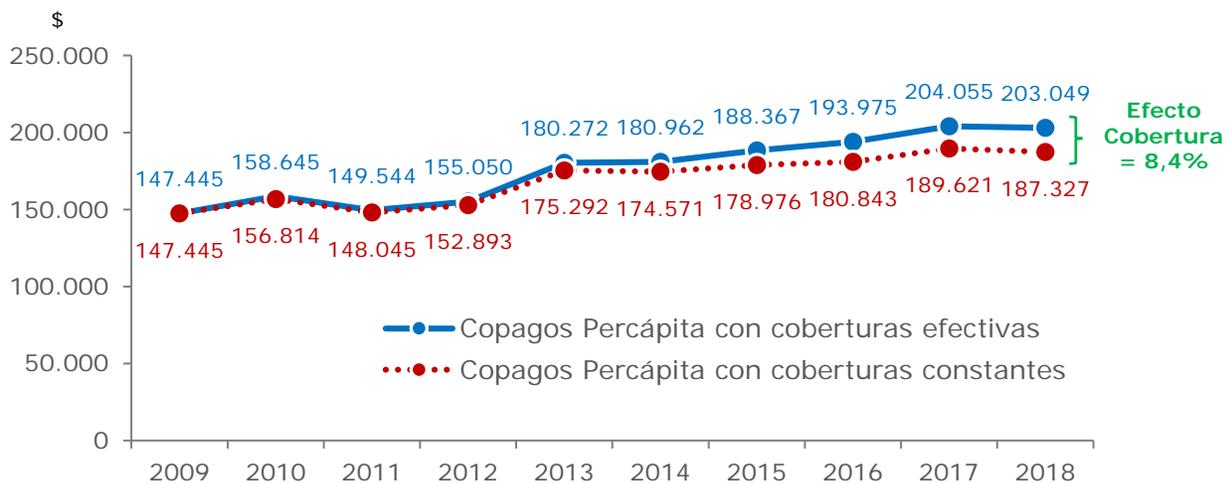
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

Se observa, que las variaciones acumuladas del IPC van generando en el tiempo una brecha cada vez más pronunciada entre los copagos nominales y reales, la que en el año 2018 asciende a \$65.606 por beneficiario, reflejando el mayor valor asumido por los beneficiarios a causa del efecto inflacionario de los precios en la economía. En el año 2018, la magnitud del impacto de la inflación es de 32,3% en relación a 2009 y explica 54,1% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años.

### b) Efecto Cobertura

En el gráfico siguiente, la línea azul representa los copagos anuales por beneficiario expresados en términos reales (en pesos del año 2009), que resultan luego de la aplicación de las coberturas efectivas de cada año. La línea roja, en tanto, muestra la trayectoria que estos copagos habrían tenido si se hubiese mantenido constante la cobertura observada en el año 2009 (63,7%).

**Gráfico 24: Evolución del Copago Anual por Beneficiario con Coberturas Efectivas y Coberturas Constantes, en pesos del año 2009. Isapres Abiertas, 2009 - 2018**



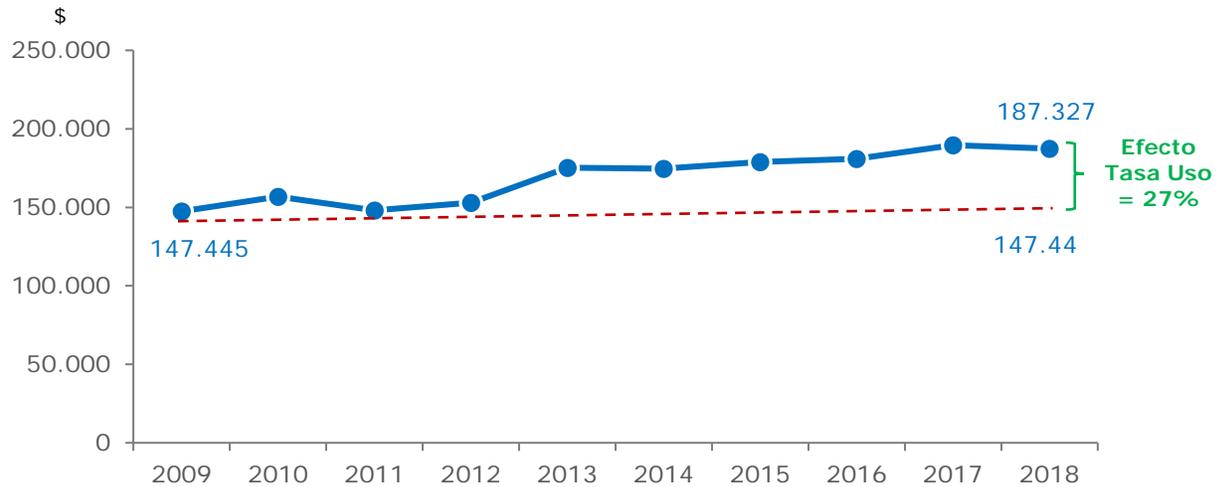
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

Se aprecia, que la brecha entre ambas curvas tiende a incrementarse en el tiempo, alcanzando un monto equivalente a \$15.722 por beneficiario en el año 2018, reflejando el mayor valor asumido por los afiliados a causa del deterioro sostenido de las coberturas efectivas en el tiempo. En 2018, la magnitud del impacto de la menor cobertura otorgada por los planes de salud es equivalente a 8,4% en relación a 2009 y explica 13% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años.

### c) Efecto Tasa de Uso de Prestaciones

Finalmente, la evolución de la línea azul del gráfico siguiente da cuenta del impacto que tiene el aumento en la tasa de uso de las prestaciones sobre los copagos anuales per-cápita, la que asciende a \$ 39.882 por beneficiario en el año 2018, reflejando el valor adicional asumido por los beneficiarios a causa del mayor uso de prestaciones. En 2018, la magnitud del impacto de esta variable es de 27% en relación a 2009 y explica 32,9% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años.

**Gráfico 25: Evolución del Copago Anual por Beneficiario con Coberturas Constantes, en pesos del Año 2009. Isapres Abiertas, 2009 - 2018**

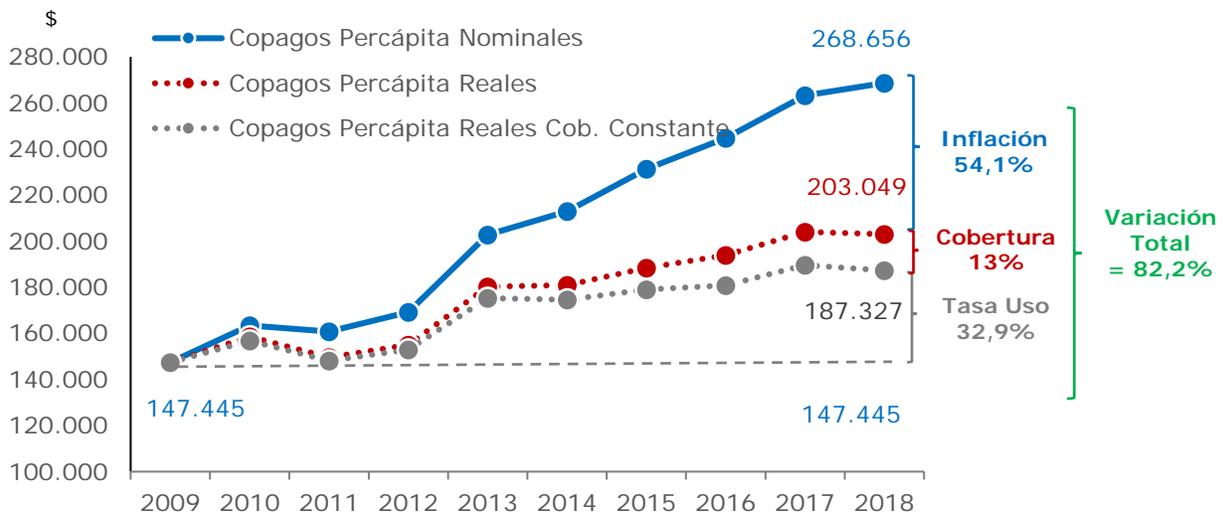


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

**d) Efectos Combinados**

El gráfico siguiente muestra el incremento global del copago per-cápita en los últimos 10 años (82,2% en relación a 2009) y el impacto sobre este incremento de cada uno de los factores que lo explican.

**Gráfico 26: Incremento del Copago Anual por Beneficiario por Factor Isapres Abiertas, 2009 - 2018**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2009 a 2018 y Archivo Maestro de Planes enero 2010 a 2019

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

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

Efectos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Copago anual Inicial 2009	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445
Efecto inflación	0	4.727	11.280	14.169	22.424	31.951	42.960	50.707	59.173	65.606
Efecto cobertura	0	1.831	1.499	2.157	4.979	6.391	9.391	13.132	14.434	15.722
Efecto tasa de uso	0	29.178	20.410	25.258	47.657	46.936	51.340	53.207	61.986	39.882
Efecto Total	0	35.736	33.189	41.584	75.060	85.277	103.691	117.046	135.593	121.211
Copago anual final	147.445	183.181	180.634	189.029	222.505	232.722	251.137	264.491	283.038	268.656

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

Efectos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Copago anual Inicial 2009	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445	147.445
Efecto inflación	0,0%	13,2%	34,0%	34,1%	29,9%	37,5%	41,4%	43,3%	43,6%	54,1%
Efecto cobertura	0,0%	5,1%	4,5%	5,2%	6,6%	7,5%	9,1%	11,2%	10,6%	13,0%
Efecto tasa de uso	0,0%	81,6%	61,5%	60,7%	63,5%	55,0%	49,5%	45,5%	45,7%	32,9%
Efecto total	0,0%	24,2%	22,5%	28,2%	50,9%	57,8%	70,3%	79,4%	92,0%	82,2%
Copago anual final	147.445	183.181	180.634	189.029	222.505	232.722	251.137	264.491	283.038	268.656

## 5. Coberturas Efectivas y de Carátula

### 5.1 Antecedentes Metodológicos

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

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

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

- ▶ **Indicador de Cobertura de Carátula.** Corresponden al porcentaje de bonificación genérico consignado en la carátula del plan de salud, tanto para prestaciones ambulatorias como hospitalarias<sup>5</sup>. Se considera uno para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria.
- ▶ **Indicadores de Cobertura Efectiva.** Corresponden al porcentaje de bonificación promedio otorgado por el plan de salud, tanto para las prestaciones ambulatorias como hospitalarias. Se estiman a partir de la relación que existe entre los valores facturados y bonificados de todas las prestaciones curativas bonificadas por el plan en el período analizado<sup>6</sup>. Se define un indicador para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria.

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

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

<sup>6</sup> Los planes sin movimiento en el año 2018 se han excluido del análisis. El criterio de inclusión exige que el plan haya bonificado a lo menos una prestación ambulatoria y una hospitalaria, durante el período analizado.

El análisis se ha focalizado en los planes complementarios de las isapres abiertas del Sistema, vigentes en enero de 2019, información que se obtiene a partir del Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud del período señalado. De este universo, sólo se consideran aquellos planes que registraron movimiento durante el año 2018, es decir, a lo menos una prestación bonificada tanto en atención ambulatoria como hospitalaria. Este último requisito es para hacer comparables las coberturas efectivas con las consignadas en las carátulas de los planes respectivos. Esta última información se obtiene del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas correspondiente al año 2018.

El total de planes en estudio asciende a 23.788, los que representan 42,9% del total de planes vigentes informados por las isapres abiertas en enero de 2019.

## 5.2 Análisis Comparado entre Coberturas de Carátula y Coberturas Efectivas

A continuación, se presentan las matrices de doble entrada que distribuyen los planes en estudio en función de sus coberturas de carátula -cuadro 9- y coberturas efectivas -cuadro 10-.

**Cuadro 9: Distribución Porcentual de los Planes según Coberturas de Carátula**

		Cobertura Hospitalaria						Total	Acumulado
		100%	90%-99%	80%-89%	70%-79%	60%-69%	50%-59%		
Cobertura Ambulatoria	100%	3,1%	0,5%	0,2%	0,1%			3,8%	<b>3,8%</b>
	90%-99%	9,1%	1,4%	0,2%	0,1%			10,8%	<b>14,6%</b>
	80%-89%	<b>26,5%</b>	6,2%	1,0%	0,3%			34,1%	<b>48,7%</b>
	70%-79%	4,6%	<b>39,1%</b>	3,2%	1,4%	0,3%	0,2%	48,8%	<b>97,5%</b>
	60%-69%	0,3%	0,6%	0,3%	0,3%	0,1%		1,6%	<b>99,1%</b>
	50%-59%	0,2%	0,2%		0,3%	0,1%	0,1%	0,9%	<b>100,0%</b>
	< a 50%							0,0%	<b>100,0%</b>
Total		43,8%	48,0%	4,8%	2,5%	0,4%	0,4%	0,0%	100,0%
Acumulado		<b>43,8%</b>	<b>91,8%</b>	<b>96,7%</b>	<b>99,1%</b>	<b>99,6%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2019 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

**Cuadro 10: Distribución Porcentual de los Planes según Cobertura Efectiva**

		Cobertura Hospitalaria						Total	Acumulado
		100%	90%-99%	80%-89%	70%-79%	60%-69%	50%-59%		
Cobertura Ambulatoria	100%							0,0%	<b>0,0%</b>
	90%-99%	0,1%	0,1%					0,3%	<b>0,3%</b>
	80%-89%	0,6%	1,0%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	2,5%	<b>2,8%</b>
	70%-79%	1,0%	3,0%	2,1%	1,2%	0,7%	0,4%	9,0%	<b>11,8%</b>
	60%-69%	1,1%	3,8%	4,7%	3,8%	3,0%	1,9%	20,4%	<b>32,2%</b>
	50%-59%	1,1%	3,4%	5,9%	6,1%	5,6%	4,0%	31,1%	<b>63,3%</b>
	< a 50%	1,1%	2,4%	4,5%	5,7%	5,9%	5,7%	11,5%	<b>100,0%</b>
Total		5,1%	13,6%	17,7%	17,0%	15,3%	12,0%	19,2%	100,0%
Acumulado		<b>5,1%</b>	<b>18,7%</b>	<b>36,4%</b>	<b>53,4%</b>	<b>68,8%</b>	<b>80,8%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2019 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2018

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

- Desde la perspectiva de las coberturas de carátula, los planes complementarios se concentran mayoritariamente en los casilleros superiores izquierdos de la matriz, principalmente, en aquellos que corresponden a los tramos superiores o iguales a 90% de cobertura hospitalaria (91,8%) y superiores o iguales a 70% de cobertura ambulatoria (97,5%).
- Desde la perspectiva de las coberturas efectivas, en cambio, la distribución de los planes se presenta mucho más dispersa, mostrando mayor concentración en los tramos inferiores al 70% de cobertura ambulatoria (88,2%) y bajo el 90% de cobertura hospitalaria (81,3%).
- Mientras 97% de los planes en estudio declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores al 70% (recuadro de color celeste), sólo un 10% de ellos alcanza coberturas efectivas de este orden. La brecha entre ambas coberturas supera los 87 puntos porcentuales.
- Respecto de las diferencias detectadas, es importante señalar, que no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud y de los propios contratos. Entre estas causas se distinguen:
  - ✓ Políticas comerciales poco transparentes por parte de las isapres, que, con el propósito de atraer clientes y conseguir la venta de los planes, generan expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. Es decir, los porcentajes de bonificación indicados en los planes, nunca ocurren por efecto de los topes establecidos para las prestaciones (coberturas topadas).
  - ✓ Selección inadecuada de los prestadores por parte de los beneficiarios, que, por desinformación y/o elección expresa, no optimizan el rendimiento del plan al acudir a prestadores más caros que los definidos en ellos.
  - ✓ Prestaciones con coberturas restringidas en los planes de salud. Esto es, planes que en su diseño contemplan una bonificación mínima o inferior para determinadas prestaciones, tales como: parto y obstetricia; cirugías bariátricas; psiquiatría y/o psicología; entre otras.
  - ✓ Otras causas que pueden estar incidiendo negativamente sobre las coberturas efectivas de los planes, ampliando la brecha, son: la aplicación de restricciones contractuales temporales para determinadas enfermedades preexistentes declaradas por los beneficiarios; la aplicación de los topes anuales de gasto por beneficiario definidos en cada plan de salud. Estas últimas, en todo caso, deberían ser de bajo impacto.

## 6. Principales Conclusiones

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

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

- Un primer análisis indica que, en términos generales, la cobertura efectiva promedio que otorgan los planes complementarios de las isapres abiertas, al conjunto de prestaciones curativas financiadas el año 2018, es de un 60,6%, que se compone de un 53,5% para prestaciones de tipo ambulatorio y 67,5% para las hospitalarias.
- La evolución de la bonificación promedio en los últimos 10 años, presenta una tendencia decreciente, pasando de un 63,7% en 2009 a un 60,6% en 2018, para el conjunto de prestaciones curativas bonificadas cada año. La cobertura de prestaciones ambulatorias cae de 55,9% a 53,5%, mientras la cobertura de prestaciones hospitalarias disminuye de 71% a 67,8%.
- Este sutil pero constante deterioro de las coberturas efectivas puede atribuirse a varias causas, por ejemplo: i) reajustes insuficientes de los valores arancelarios o topes establecidos en los planes para cada prestación de salud, en relación a los precios de mercado de cada una de ellas; ii) generación de planes con coberturas cada vez menores, por parte de las isapres; iii) decisiones de cambio hacia planes más económicos y por tanto con coberturas inferiores por parte de los cotizantes (presumiblemente por efecto de la adecuación de precios de sus planes).
- La cobertura promedio asociada a los planes antiguos (61%) es superior a la de los nuevos (58,3%) en 2,7 p.p., en 2018. Ambas coberturas disminuyen en los 10 años analizados. No obstante, la evolución de las coberturas de los planes nuevos es más inestable y entre los años 2009 y 2011 se presenta por debajo de las coberturas de los planes antiguos en al menos 3 p.p. para luego equipararse en 2012. En 2013 y 2014, la brecha entre ambas categorías de planes es de 1 p.p. a favor de los planes nuevos que, a partir de 2015 se sitúan bajo la cobertura de los antiguos, mostrando un deterioro constante que incrementa paulatinamente la brecha entre ambas categorías de planes.
- La cobertura promedio de los planes individuales (60,8%) es superior a la de los grupales (58,1%) en 2,7 p.p., en 2018. En todo el período analizado, los planes individuales muestran coberturas efectivas superiores a las de los grupales, aunque con una trayectoria decreciente. La brecha entre ambos tipos de planes tiende a disminuir entre los años 2009 y 2015 como resultado de una recuperación paulatina de la cobertura promedio de los planes grupales que alcanza sólo 1 p.p., en 2015. No obstante, dicha tendencia se ve interrumpida en 2016, año a partir del cual la brecha se estabiliza en 3 p.p. como resultado de una caída más profunda en las coberturas de los planes grupales.

- En 2018, la cobertura efectiva promedio de los planes cerrados es de 78,1%, la de planes preferentes es de 61,6% y la de planes de libre elección es de 58,7%. Durante todo el período de análisis, los planes cerrados mantienen coberturas efectivas superiores en más de 10 p.p. al resto de los planes. Los planes preferentes presentan coberturas levemente superiores a las de los planes de libre elección, en alrededor de 3 p.p., lo que resulta razonable, ya que los primeros mantienen cierto grado de control sobre los precios de las prestaciones por medio de convenios. Todos los planes, han ido deteriorando su cobertura promedio en el tiempo. La pérdida de valor, asciende a 2,3 p.p. en planes cerrados; 4,1 p.p. en preferentes y 5,4 p.p. en los de libre elección.
- Como contraparte de las coberturas efectivas, los copagos muestran una tendencia creciente en los últimos 10 años. En términos per-cápita, el incremento asciende a \$121.211 nominales en relación a 2009. Esta tendencia se presenta tanto en prestaciones ambulatorias como hospitalarias, aunque con mayor pendiente en estas últimas.
- El impacto de la inflación explica un 54,1% del incremento total del copago por beneficiario en los últimos 10 años (\$65.606); el aumento de la tasa de uso de prestaciones explica un 32,9% (\$39.882), mientras el deterioro de las coberturas de los planes de salud es responsable del 13% restante de dicho incremento (\$15.722).
- Entre las coberturas de carátula de los planes y las coberturas efectivas alcanzadas por los beneficiarios, se detectan brechas importantes. Sin embargo, estas diferencias no constituyen, per se, incumplimientos de contrato por parte de las isapres, sino que obedecen a distintas causas relacionadas con la complejidad de la información de los planes de salud y de los propios contratos. Entre estas causas se distinguen:
  - ✓ Políticas comerciales poco transparentes por parte de las isapres, que, con el propósito de atraer clientes y conseguir la venta de los planes, generan expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. Es decir, los porcentajes de bonificación indicados en los planes, nunca ocurren, por efecto de los topes establecidos para las prestaciones (coberturas topadas).
  - ✓ Selección inadecuada de los prestadores por parte de los beneficiarios que, por desinformación y/o elección expresa, no optimizan el rendimiento del plan al acudir a prestadores más caros que los definidos en ellos.
  - ✓ Prestaciones con coberturas restringidas en los planes de salud. Esto es, planes que, en su diseño, contemplan una bonificación inferior (en general, la cobertura mínima legal) para determinadas prestaciones, tales como: parto y obstetricia; cirugías bariátricas; psiquiatría y/o psicología; entre otras.
  - ✓ Otras causas que pueden estar incidiendo sobre las coberturas efectivas, ampliando la brecha, son: la aplicación de restricciones contractuales temporales para determinadas enfermedades preexistentes declaradas; la aplicación de topes anuales de gasto por beneficiario. Estas últimas, en todo caso, deberían ser de bajo impacto.
- Dimensionar el efecto de cada una de estas causas es bastante complejo. Sin embargo, el hecho de que, en la mayoría de los casos, los planes complementarios otorguen coberturas efectivas menores a las consignadas en sus carátulas da cuenta de la importancia que tienen los topes y demás restricciones establecidas en los contratos de salud al momento de hacer uso de las prestaciones.