

Este documento presenta las evaluaciones de costos realizadas por el Departamento de Estudios y Desarrollo, de las posibles alternativas de planes garantizados para el sector isapres. Se exhibe además un análisis de los costos considerando los precios de los convenios de las isapres con los principales prestadores de bajos precios del mercado. Asimismo, se incluye una descripción de los beneficiarios más afectados al implementar un plan garantizado, una descripción de la oferta de planes que podrían obtener en las isapres y el valor del plan garantizado considerando sus frecuencias de uso.

I. Evaluaciones del Costo de un Plan Garantizado para los Beneficiarios de Isapres

Un plan garantizado de isapres debería incluir los siguientes elementos:

1. Mayor Solidaridad dentro del Sistema.
2. Ampliación del Fondo de Compensación de Riesgo.
3. Debe tratarse de un plan único, el mismo en todas las isapres, el cotizante sólo deberá elegir la isapre.
4. Obligatoriedad de aceptación de los afiliados por parte de isapres, a lo menos en esta cobertura mínima definida como garantizada, que no considerará las pre-existencias como límites al ingreso a una isapre. Éstas existirían sólo en el plan complementario.
5. Red cerrada única por isapre.
6. Cobertura del listado de prestaciones MLE de Fonasa, problemas de salud GES y cobertura CAEC.
7. Cobertura de medicamentos en hospitalizaciones, drogas inmunosupresoras y antineoplásicas, insumos y materiales clínicos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se han evaluado algunas alternativas de coberturas posibles utilizando la siguiente información para todas las prestaciones incluidas en el Arancel Fonasa MLE:

1. Vector de precios promedio cobrados a isapres abiertas por el Hospital de la U. Chile (JJAguirre) 2010¹.
2. Vector de precios del Hospital San Juan de Dios 2010, arancel a privados.
3. Vector de valores nivel 1 MLE de Fonasa 2010.
4. La distribución de la utilización de prestaciones considerada para el plan, es la del sistema de isapres abiertas para el año 2010¹.

¹ Información proveniente del AM Prestaciones Bonificadas de 2010.

5. El costo total resulta de multiplicar las frecuencias ocurridas, durante 2010, en las isapres abiertas, de cada una de las prestaciones del arancel MLE Fonasa, por su precio y sumarlas:

Costo Plan Garantizado = $\sum p_i * q_i$, donde p_i es el precio de la prestación i y q_i la frecuencia.

6. Los costos asociados a las GES se calcularon en base a la utilización del 2º semestre del año 2010 (con 69 problemas).
7. Medicamentos hospitalarios, drogas inmunosupresoras y antineoplásicas, insumos y materiales clínicos fueron estimados al 70% del valor promedio de mercado para 2010.
8. El valor de la CAEC se estimó en \$3.000 mensuales por beneficiario en base a los consumos registrados.
9. El valor final del plan incluye gastos de administración y ventas, estimados en 7% de los costos, considerando que habrá menores esfuerzos de venta en este producto obligatorio y no habrán gastos asociados a la generación de coberturas nuevas, ya que ésta estará definida por el Estado y será para todas las isapres la misma.
10. En algunas de las coberturas propuestas se han incorporado diez problemas protocolizados, al estilo de las GES, cuyo valor anual a 2010 alcanza a MM\$ 20.170 e incorpora los siguientes problemas de salud: Sobrepeso y Obesidad Infantil, Desorden Bipolar, Depresión en Adolescentes, Enfermedad Isquémica, T.Q. Hernias Pared Abdominal, Aneurisma Aórtico Abdominal, Cáncer de Ovario Epitelial, Cáncer de Colon, Cáncer Vesical y por último, Parto y Cesárea².
11. En el cálculo del precio del plan inciden dos componentes, el precio debido a las prestaciones donde se consideran las coberturas ofrecidas y se calcula de esta forma:

$$\begin{aligned} \text{Precio por prestaciones} = P_{\text{prest}} = & (\% \text{ cobertura ambulatoria} * \text{costo prestaciones ambulatorias}) \\ & + (\% \text{ cobertura hospitalaria} * \text{costo prestaciones hospitalarias}) \\ & + (\% \text{ cobertura hosp.} * \text{costo medicamentos, drogas, insumos, etc}) \\ & + \text{GES} + \text{CAEC} + \text{Gastos de Administración y Ventas} \end{aligned}$$

12. El otro componente del precio final del plan son los costos por subsidios incapacidad laboral (SIL), al cual se le atribuyó el 25,7% de la cotización total legal o lo que es equivalente el 1,8% del los ingresos de los afiliados. De esta manera, el precio final del plan se calculó así:

$$\text{Precio final del plan con SIL} = P_{\text{prest}} * (0.07/0.052)$$

Características del Modelo:

- El modelo propuesto promueve la atención en redes o tipo "salud administrada", las personas eligen un seguro y con ello una red de atención.
- Cada aseguradora debe acreditar una red de atención.
- Un prestador o una red de prestadores puede dar atención a más de una aseguradora.
- Incentiva el uso de las Garantías Explícitas en Salud y de la Cobertura Catastrófica, por lo que se estima que debiera ser un incentivo para el desarrollo de prestadores de menor precio, idealmente por el uso de hotelería de menor costo.
- Las isapres podrían vender planes complementarios sin regulación.
- Y el Fondo Compensatorio deberá reasignar el financiamiento de acuerdo a riesgos (edad, sexo, diagnósticos, ingresos, ruralidad, etc.). Existirá la necesidad de definir una fórmula de compensación de riesgo adecuada y una institucionalidad para llevar a cabo la compensación de riesgos.

² Estos problemas corresponden a algunos de los problemas que fueron valorados por Bitrán y Asoc. en el Informe Final del Estudio Verificación de Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas 2009, MINSAL, ver anexo n°1.

Las coberturas posibles incluyen siempre las GES, la CAEC, los medicamentos hospitalarios, las drogas inmunosupresoras y antineoplásicas, así como los insumos y materiales clínicos. En cuanto al tope de cobertura de las prestaciones del arancel MLE de Fonasa se evaluaron las siguientes posibilidades:

1. **Cobertura 1:** cubre el 50% de los valores del arancel nivel 1 de Fonasa MLE, tanto en las prestaciones ambulatorias como en las prestaciones hospitalarias.
2. **Cobertura 2:** cubre el 50% de los valores del arancel nivel 1 de Fonasa MLE, tanto en las prestaciones ambulatorias como en las prestaciones hospitalarias, más diez problemas de salud protocolizados.
3. **Cobertura 3:** cubre el 30% de los precios de las prestaciones ambulatorias y el 50% en las prestaciones hospitalarias considerando el arancel de precios a privados del hospital San Juan de Dios.
4. **Cobertura 4:** cubre el 50% de los precios de las prestaciones ambulatorias, considerando los precios promedios cobrados en 2010 por el Hospital de la Universidad de Chile a los afiliados a isapres. Asimismo, cubre el 50% de los precios de las prestaciones hospitalarias considerando el arancel de precios a privados del hospital San Juan de Dios.
5. **Cobertura 5:** cubre el 50% de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias considerando el arancel de precios a privados del hospital San Juan de Dios.
6. **Cobertura 6:** cubre el 50% de los valores del arancel nivel 1 de Fonasa MLE en las prestaciones ambulatorias y el 90% de los precios a privados del hospital San Juan de Dios para las prestaciones hospitalarias.
7. **Cobertura 7:** cubre el 50% de los precios de las prestaciones ambulatorias, considerando los precios promedios cobrados en 2010 por el Hospital de la Universidad de Chile a los afiliados a isapres. Asimismo, cubre el 90% de los precios de las prestaciones hospitalarias considerando el arancel de precios a privados del hospital San Juan de Dios.
8. **Cobertura 8:** cubre el 50% de los precios de las prestaciones ambulatorias, considerando los precios promedios cobrados en 2010 por el Hospital de la Universidad de Chile a los afiliados a isapres. Asimismo, cubre el 90% de los precios de las prestaciones hospitalarias considerando el arancel de precios a privados del hospital San Juan de Dios, más diez problemas protocolizados.
9. **Cobertura 9:** cubre el 50% de los precios de las prestaciones ambulatorias y el 90% de las prestaciones hospitalarias considerando los precios a privados del hospital San Juan de Dios.
10. **Cobertura 10:** cubre el 50% de los precios de las prestaciones ambulatorias y el 90% de las prestaciones hospitalarias, considerando los precios promedios cobrados en 2010 por el Hospital de la Universidad de Chile a los afiliados a isapres.
11. **Cobertura 11:** cubre el 50% de los precios de las prestaciones ambulatorias y el 90% de las prestaciones hospitalarias, considerando los precios promedios cobrados en 2010 por la clínica Dávila a los afiliados a isapres.
12. **Cobertura 12:** cubre el 50% de los precios de las prestaciones ambulatorias y el 90% de las prestaciones hospitalarias, considerando los precios promedios del sistema de isapres abiertas en 2010.

La evaluación de las coberturas posibles dio los siguientes resultados:

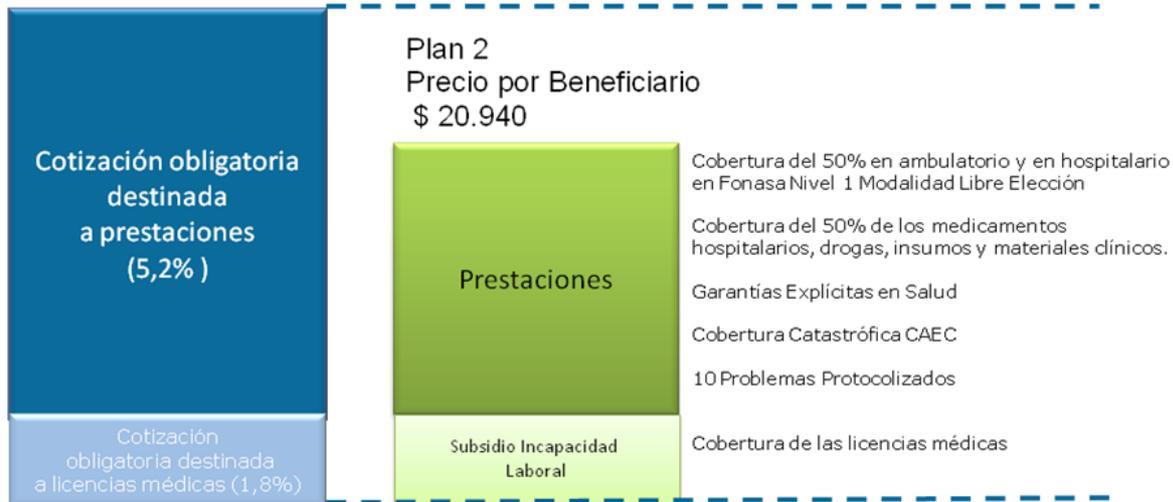
Plan	1	2	3	4	5	6
Coberturas y Aranceles utilizados	50% Nivel 1 FonasaMLE ambu y hosp	50% Nivel 1 FonasaMLE ambu y hosp +10 Problemas Protocolizados	30% amb JJAguirre+ 50% hosp San Juan	50% amb JJAguirre+ 50% hosp San Juan	50% amb y hosp Hospital San Juan	50% Nivel 1 FonasaMLE ambu y 90% Arancel a Particulares San Juan
Facturado Prest Arancel Fonasa (MM\$)	710,624	690,453	710,624	710,624	742,687	710,624
Medicamentos, Drogas, Insumos y otros (MM\$)	123,510	123,510	123,510	123,510	123,510	123,510
GES (MM\$)	76,000	96,170	76,000	76,000	76,000	76,000
CAEC (MM\$)	96,716	96,716	96,716	96,716	96,716	96,716
Costo Total en Prestaciones Anual (MM\$)	1,006,850	1,006,850	1,006,850	1,006,850	1,038,913	1,006,850
Gastos de administración y ventas (7% costos)	70,479	70,479	70,479	70,479	72,724	70,479
Costos Totales Anuales (MM\$)	1,077,329	1,077,329	1,077,329	1,077,329	1,111,637	1,077,329
Costo en \$ Por Beneficiario Anual	401,009	401,009	401,009	401,009	413,780	401,009
Costo en \$ Por Beneficiario Mensual	33,417	33,417	33,417	33,417	34,482	33,417
Precio anual bonificado por beneficiario en \$	182,911	186,665	210,430	245,767	252,569	256,796
Precio mensual bonificado por beneficiario en \$	15,243	15,555	17,536	20,481	21,047	21,400
copagos anuales	218,099	214,345	190,579	155,243	161,210	144,213
copagos mensuales	18,175	17,862	15,882	12,937	13,434	12,018
Porcentaje de Copago	54.4%	53.5%	47.5%	38.7%	39.0%	36.0%
diferencias por gasto adm y ventas en \$	2,186	2,186	2,186	2,186	2,256	2,186
Precio Final Plan con SIL	20,519	20,940	23,606	27,570	28,333	28,807
Ingresos por precio plan (en MM\$) =	491,397	501,482	565,330	660,262	678,538	689,894
Participación ingresos estimados sobre los reales de 2010	52.6%	53.7%	60.5%	70.7%	72.6%	73.8%
Cobertura prestaciones	3.7%	3.8%	4.2%	4.9%	5.1%	5.2%
SIL	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%
Libre para comprar plan voluntario	1.5%	1.4%	1.0%	0.3%	0.1%	0.0%
Renta Mínima para entrar	293,126	299,142	337,228	393,857	404,759	411,532

Plan	7	8	9	10	11	12
Coberturas y Aranceles utilizados	50% amb JJAguirre+ 90% hosp San Juan	50% amb JJAguirre+ 90% hosp San Juan + 10 Problemas Protocolizados	50% amb y 90% hosp Precios a Particulares Hospital San Juan	50% amb y 90% Precios Promedio a Isapres JJAguirre	50% amb y 90% Precios Promedios a Isapres Clínica Dávila	50% amb y 90% Precios Promedio Sistema
Facturado Prest Arancel Fonasa (MM\$)	710,624	690,453	742,687	816,373	883,358	1,071,544
Medicamentos, Drogas, Insumos y otros (MM\$)	123,510	123,510	123,510	123,510	123,510	123,510
GES (MM\$)	76,000	96,170	76,000	76,000	76,000	76,000
CAEC (MM\$)	96,716	96,716	96,716	96,716	96,716	96,716
Costo Total en Prestaciones Anual (MM\$)	1,006,850	1,006,850	1,038,913	1,112,599	1,179,584	1,367,770
Gastos de administración y ventas (7% costos)	70,479	70,479	72,724	77,882	82,571	95,744
Costos Totales Anuales (MM\$)	1,077,329	1,077,329	1,111,637	1,190,481	1,262,155	1,463,514
Costo en \$ Por Beneficiario Anual	401,009	401,009	413,780	443,128	469,806	544,757
Costo en \$ Por Beneficiario Mensual	33,417	33,417	34,482	36,927	39,151	45,396
Precio anual bonificado por beneficiario en \$	299,289	300,039	306,091	337,470	359,756	420,342
Precio mensual bonificado por beneficiario en \$	24,941	25,003	25,508	28,123	29,980	35,028
copagos anuales	101,721	100,970	107,688	105,657	110,050	124,416
copagos mensuales	8,477	8,414	8,974	8,805	9,171	10,368
Porcentaje de Copago	25.4%	25.2%	26.0%	23.8%	23.4%	22.8%
diferencias por gasto adm y ventas en \$	2,186	2,186	2,256	2,416	2,561	2,970
Precio Final Plan con SIL	33,574	33,658	34,337	37,857	40,357	47,154
Ingresos por precio plan (en MM\$) =	804,051	806,069	822,328	906,629	966,501	1,129,266
Participación ingresos estimados sobre los reales de 2010	86.1%	86.3%	88.0%	97.0%	103.4%	120.9%
Cobertura prestaciones	6.0%	6.0%	6.2%	6.8%	7.2%	8.5%
SIL	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%
Libre para comprar plan voluntario	-0.8%	-0.8%	-1.0%	-1.6%	-2.0%	-3.3%
Renta Mínima para entrar	479,629	480,832	490,531	540,818	576,533	673,624

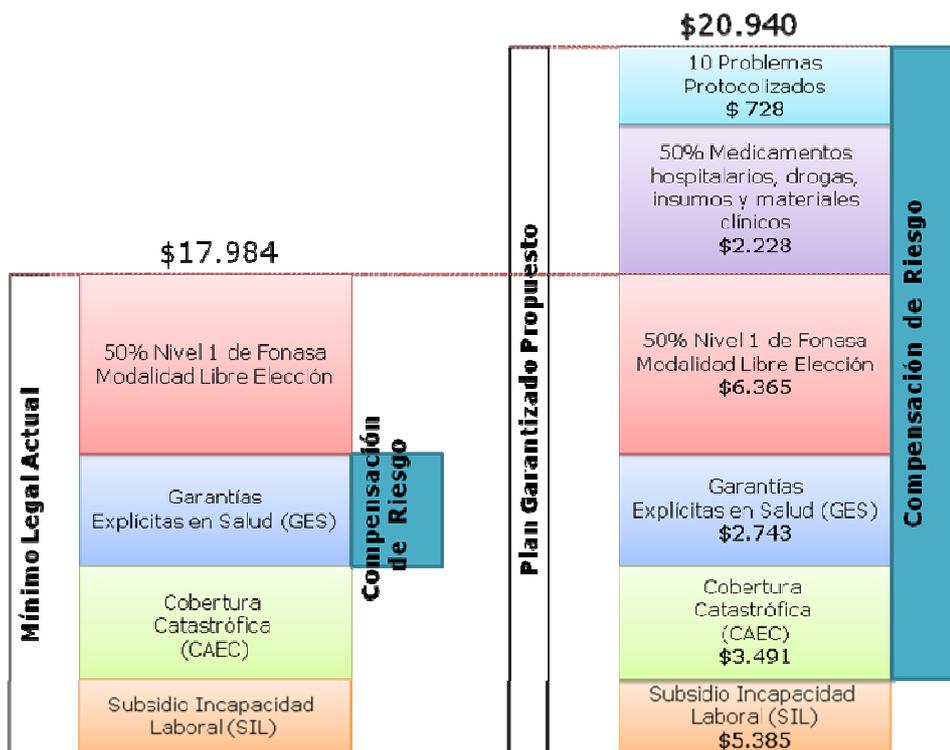
Considerando que la cotización promedio para el año 2010 fue de \$28.984 y que la prima del plan garantizado debe cubrirse con la cotización legal, la propuesta de plan garantizado no podría superar la cobertura del plan 6, cuyo valor final con SIL es de \$28.807. Las alternativas en el área rosada corresponden a aquellos planes para los cuales no habría presupuesto.

Si por otro lado, lo que se busca es dejar una parte de la cotización obligatoria liberada para que cada afiliado adquiera la cobertura de beneficios que el estime mejor complementa al plan garantizado, dadas sus necesidades, sus preferencias y recursos disponibles, se debiera tratar de minimizar la cobertura obligatoria, sin embargo, ésta tiene que ser mejor que el mínimo legal actual que corresponde a la cobertura de 50% de los valores del arancel MLE de Fonasa nivel 1. Por lo tanto, el plan que debiera proponerse es el del área gris, Plan 2, cuyo precio mensual por beneficiario, incluyendo la cobertura de las prestaciones y del SIL, alcanza a \$20.940 y tiene las siguientes características:

Cotización Legal 2010 Promedio por Beneficiario \$28.984



El gráfico a continuación desglosa los costos cubiertos por el mínimo legal actual y en el plan garantizado propuesto, mostrando la diferencia en la compensación de riesgo más amplia:



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo y PEFI diciembre 2010.

6

II. Costo del Plan Garantizado con los Precios de Convenios de Isapres

En este acápite se presenta una nueva valorización del plan garantizado, considerando los precios de los convenios que mantienen en la actualidad las isapres Consalud, Colmena, Ferrosalud y Masvida con los siguientes prestadores: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Clínica Dávila, Hospital San Juan y Hospital Dr. Luis Tisné.

Para lograr una mejor estimación del valor de un plan garantizado al menor costo posible del mercado, se solicitaron a todas las isapres abiertas el envío de los precios convenidos con hospitales públicos, con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y con la Clínica Dávila para todas las prestaciones incluidas en el arancel Fonasa. Sólo seis de las 7 isapres, Banmédica-Vida Tres, Colmena, Consalud, Ferrosalud y Masvida, hicieron llegar sus convenios, recibándose un total de once, que corresponden a los siguientes:

Isapre	Hospital San Juan de Dios	Hospital Dr. Luis Tisné	Hospital Clínico Universidad de Chile	Clínica Dávila
Banmédica-VidaTres			convenio	convenio
Colmena		convenio		convenio
Consalud			convenio	convenio
Ferrosalud			convenio	convenio
Masvida	convenio		convenio	convenio

II.1) Metodología

La metodología utilizada para determinar el costo del plan fue la siguiente: se tomaron las frecuencias de uso de las prestaciones del arancel Fonasa registradas en todas las isapres abiertas durante el año 2010, asimismo, se consideraron todos los vectores de precios recibidos. Se hicieron dos estimaciones de precio, una considerando los precios promedios y otra con los precios mínimos existentes por prestación.

Considerando que, a la hora de establecer un convenio, los centros prestadores de salud hacen compensaciones entre los precios de los distintos servicios, es decir, negocian con cada isapre la entrega de menores precios en determinadas prestaciones contra un recargo en otras, es poco probable que exista un prestador para el cual sea posible otorgar los precios mínimos en todas las prestaciones. Sin embargo, como ejercicio para determinar un hipotético límite inferior al valor del plan parece necesario establecer el vector con los precios mínimos por código y dejar esclarecido la valoración hipotética mínima del precio del plan de salud correspondiente.

Cabe señalar que existen algunas prestaciones que las isapres no incluyen en sus convenios, es por esto que, cuando no existía un precio convenido, pero si habían frecuencias de uso registradas por el sistema y se contaba con los precios disponibles en el arancel del Hospital San Juan de Dios a los pacientes privados³, se usaron estos últimos suponiéndose como los más probables. Esto fue posible sólo para 6 prestaciones⁴.

Otras exclusiones de los convenios se refieren a las prótesis, órtesis e insumos, correspondientes al grupo 23 del Arancel Fonasa, a los traslados de pacientes correspondientes al grupo 24 y a las visitas médicas domiciliarias, tanto en horario hábil

³ Precios del arancel 2010 del Hospital San Juan de Dios, ajustado en un 5%, que corresponde a la estimación de inflación en este tipo de prestadores.

⁴ Códigos: 202105, 202106, 202107, 202108, 202111 entre las prestaciones hospitalarias y el código 902001 en las ambulatorias.

como inhábil (códigos 101004 y 101005). En estos casos, como no se contaba con estos precios en el arancel del Hospital San Juan, para estimar el precio de estas prestaciones se usaron los precios promedio del mercado en 2010⁵ ajustados en un 5%⁶. El gasto total en ellas se detalla a continuación:

Facturado a Precios Promedio de Mercado			
Prestaciones	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria	Total
Prótesis	17,969,093,401	9,551,446,702	27,520,540,104
Traslados	451,306,412	706,285,776	1,157,592,188
Visitas médicas	1,955,855,276	1,255,311	1,957,110,586

Con estos antecedentes se calculó el valor del plan garantizado considerando una cobertura equivalente al 50% de la facturación, tanto en las prestaciones ambulatorias como en las hospitalarias, las GES, la CAEC, los medicamentos, los insumos y materiales clínicos, más los diez problemas protocolizados.

En cuanto al valor de los medicamentos en hospitalizaciones, drogas insumos y otros, se usó como referencia el valor utilizado en el punto I (70% del consumo promedio del mercado en 2010 en estos ítems) y se ajustó en 5%, lo que alcanzó a un valor de MM\$ 129.686.

Para el valor anual de las GES, se consideró adecuado estimarlas multiplicando por dos el gasto que estas prestaciones registraron durante el segundo semestre de 2010 para todas las isapres abiertas, lo que actualizado a valor de 2011 alcanzó un valor de MM\$ 78.933.

En relación al valor de la CAEC, se estimó un gasto de \$3.150 mensuales por beneficiario (los mismos \$3.000 estimados para 2010 ajustados por un alza de 5%) lo que determina un total anual de MM\$ 101.552.

Con respecto a los 10 problemas protocolizados su valor actualizado a 2011 es de MM\$21.179.

Al igual que en la evaluación anterior, los gastos de administración y ventas se estimaron en 7% de los costos de operación, considerando que en 2010 los gastos fueron del orden de 15%, pero que una parte importante de éstos debería asociarse a los planes complementarios, especialmente considerando que el plan garantizado no requiere un esfuerzo de fuerzas de ventas, ni de desarrollo de coberturas, ya que quedaría establecido por ley.

Cabe señalar que, en los primeros cálculos realizados en el punto I, se consideraron doce alternativas de planes, cuyos cálculos se hicieron con vectores de precios del año 2010. En este caso, los vectores de precios de los convenios corresponde al año en curso, por lo que se consideró una actualización de los valores a 2011 para re-estimar el valor del plan 2 del primer punto, ajustándose los precios en un 5%. De este modo, considerando los precios de 2011, la alternativa A calcula lo que costaría el plan 2 recomendado anteriormente y las alternativas B y C evalúan esta misma cobertura pero usando los vectores de precios mínimos y promedios. Los resultados se presentan a continuación:

⁵ Se usaron los precios promedio que se obtienen del archivo maestro de prestaciones bonificadas de la Superintendencia.

⁶ Corresponde a nuestra estimación de la inflación de precios de prestaciones en el segmento de prestadores de precios más bajos.

Plan	A	B	C
Precios usados	Fonasa	MINIMOS	PROMEDIOS
Coberturas y Aranceles utilizados	50% Nivel 1 Fonasa MLE ambu y hosp +10 Problemas Protolizados	50% AMBUL + 50% HOSP + 10 Problemas Protolizados	50% AMBUL + 50% HOSP + 10 Problemas Protolizados
Facturado Total Prestaciones Arancel Fonasa (MM\$)	724,976 ⁷	543,922	735,779
Medicamentos, Drogas, Insumos y otros (MM\$)	129,686	129,686	129,686
GES (MM\$)	100,112	100,112	100,112
CAEC (MM\$)	101,552	101,552	101,552
Costo Total en Prestaciones Anual (MM\$)	1,056,325	875,271	1,067,129
Gastos de administración y ventas (7% costos)	73,943	61,269	74,699
Costos Totales Anuales (MM\$)	1,130,268	936,540	1,141,828
Costo en \$ Por Beneficiario Anual	420,715	348,604	425,017
Costo en \$ Por Beneficiario Mensual	35,060	29,050	35,418
Precio anual por beneficiario en \$	199,311	223,237	263,943
Precio mensual por beneficiario en \$	16,609	18,603	21,995
Copagos Anuales en \$	221,404	125,367	161,074
Copagos Mensuales en \$	18,450	10,447	13,423
Porcentaje de Copago	52.6%	36.0%	37.9%
Precio Final Plan con SIL (en \$)	22,359	25,043	29,609
Ingresos por precio plan (en MM\$) =	535,457	599,736	709,095
Participación ingresos estimados sobre los reales de 2010	57.3%	64.2%	75.9%
Porcentaje del ingreso destinado a financiar prestaciones	4.0%	4.5%	5.3%
Porcentaje del ingreso destinado a financiar SIL	1.8%	1.8%	1.8%
Libre para comprar plan voluntario	1.2%	0.7%	-0.1%
Renta Mínima para entrar (en \$ al mes)	319,408	357,752	422,986

II.2) Resultados

El precio estimado para la cobertura A (plan 2) es de \$22.359 a 2011, considerando el SIL⁸. Si se usan los precios mínimos de los convenios de las isapres (alternativa B), arroja un valor mensual por beneficiario, incluido el SIL, de \$ 25.043, que se sitúa por debajo del precio del plan C, calculado con los precios promedios, que alcanza a \$29.609. Es decir, si se utilizan los precios promedio de los convenios, el precio del plan recomendado se incrementaría en 32%, y si se estima con los precios mínimos el precio del plan recomendado se incrementaría en 12%.

Si comparamos la facturación separada por tipo de atención y prestador se observa lo siguiente:

⁷ Ya que los valores del arancel Fonasa MLE no son precios de mercado, para establecer el menor costo de un plan se usaron los valores más bajos disponibles por establecimiento, que en este caso corresponde a los costos ambulatorios del Hospital de la U de Chile y en lo hospitalario el Hospital San Juan de Dios.

⁸ También incluye la CAEC, las GES y los 10 problemas protocolizados como se señaló anteriormente.

COSTOS DEL CONSUMO EN PRESTACIONES DE SALUD				
Prestador	Valores Arancel Fonasa	Fonasa/ San Juan	Precios Mínimos	Precios Promedios
Atenciones Ambulatorias	258,662	258,662	349,147	441,950
Atenciones Hospitalarias	124,595	247,761	215,954	315,008
Total	383,258	506,423	565,101	756,958

Los valores de la MLE de Fonasa Nivel 1 en prestaciones ambulatorias son, en promedio, 26% menores que los precios mínimos de los convenios de las isapres y 41% menores a los precios promedio. En las atenciones hospitalarias, los costos considerando los valores del arancel Fonasa representan 58% de los costos a precios mínimos y sólo 40% de los costos a los precios promedios. En total, los costos a valores del arancel Fonasa representan 68% de los costos a precios mínimos de convenios y 51% de los costos a precios promedio. De ahí el copago de casi 53% que ofrece la alternativa A.

Sin embargo, la otra opción posible presentada en el punto I, el plan 6, utilizaba una combinación entre costos ambulatorios MLE Fonasa Nivel 1 y hospitalarios a precios del Hospital San Juan de Dios, esta combinación es más cercana al vector de precios mínimos, situándose un 10% por debajo de éstos.

11.3) Conclusión

Con estos resultados podemos considerar que el vector de precios compuesto por los precios ambulatorios del nivel 1 de Fonasa y los precios hospitalarios del San Juan se acerca al vector de precios mínimos de los convenios entre isapres y prestadores. Y que un plan garantizado que ofrezca cobertura del 50% considerando los valores del Arancel Fonasa tendría copagos elevados que sólo tendrían mayor valor que el actual mínimo de isapres debido a los problemas protocolizados.

III. Beneficiarios Más Afectados Con el Establecimiento de un Plan Garantizado

Este apartado presenta una descripción de los beneficiarios que serían afectados negativamente con el plan garantizado, ya que se les obligaría a cotizar un monto mayor a su cotización actual. Se trata de los beneficiarios cuya cotización es menor a \$20.940 promedio por persona al mes. En este documento se presenta una caracterización de ellos y se analizan las coberturas de los planes que actualmente ofrecen las isapres a estos beneficiarios.

III.1) Caracterización de los Beneficiarios

La investigación considera a los beneficiarios cuya cotización es su 7% exacto, es decir, que no cotizan adicionalmente, ya que se trata de evaluar a aquellos que no tienen posibilidades de pagar más que su 7% por un plan de salud y el plan garantizado debe ser financiado con menos que ese monto. Adicionalmente, se exige que sean beneficiarios adscritos a planes individuales y que tengan la calidad de ser trabajadores dependientes, independientes o pensionados. Un total de 877.607 beneficiarios están en esta categoría a enero de 2011⁹. De ellos un 5,6% (49.380 personas) cotizan, en promedio por cada beneficiario, menos de \$20.940 mensuales para su plan de salud.

Una breve descripción de estos cotizantes cuyas cotizaciones no alcanzan a financiar este monto, que denominamos cotizantes con déficit¹⁰, se presenta a continuación.

Caracterización de los Beneficiarios ¹¹	Con Déficit	Con Superávit
Cartera		
Número de Cotizantes	18,097	575,508
Número de Beneficiarios	49,380	828,227
Características de los Cotizantes		
Edad Promedio	38	38
Hombres	67%	64%
Mujeres	33%	36%
Número de Cargas Promedio	1.7	0.4
Cotización Legal Promedio	\$ 48,182	\$ 76,858
Cotización Legal per cápita	\$ 17,119	\$ 61,824
Cotización Pactada per cápita	\$ 15,252	\$ 46,553
Cotizantes que generan excedentes	82%	96%

- Su edad promedio es similar a la del grupo con superávit, alcanza a 38 años. Sin embargo, este promedio está claramente por debajo del promedio del sistema de isapres abiertas, el cual alcanza a 42 años¹².
- Su composición en términos de género, con un 67% de hombres, es ligeramente más concentrada en cotizantes masculinos (el promedio del sistema de isapres abiertas es de 65%).

⁹ Los beneficiarios con superávit más aquellos con déficit suman 877.607 afiliados que representan el 31,0% de la cartera del sistema total y 32,2% del total de beneficiarios de las isapres abiertas a enero de 2011.

¹⁰ Por oposición a los beneficiarios que si logran financiar los \$20.940 mensuales por persona, los denominamos beneficiarios con superávit.

¹¹ Cálculos con datos del Archivo Maestro de Beneficiarios a enero de 2011.

¹² Los beneficiarios con superávit más aquellos con déficit suman 877.607 afiliados que representan el 31,0% de la cartera del sistema total y 32,2% del total de beneficiarios de las isapres abiertas a enero de 2011.

- Mantienen 1,7 cargas por cotizante, tasa más de 4 veces superior al promedio de cargas por cotizante del grupo con superávit y muy superior al promedio del sistema de isapres abiertas el cual cuenta con 0,9 cargas por cotizante. Sin embargo, se trata de cargas más jóvenes que los promedio de edad registrados en el sistema y entre las isapres abiertas. Entre los beneficiarios con déficit las cargas mujeres presentan una edad promedio de 19,5 años (las cargas femeninas de isapres abiertas: 24,3 años), en tanto los hombres presentan una edad promedio de 11,8 años (las cargas masculinas de isapres abiertas: 13,3 años).
- En cuanto al monto de la cotización pactada per cápita, ésta alcanza sólo al 33% de la cotización pactada per cápita del grupo con superávit y es equivalente al 35% de la cotización pactada per cápita de \$44.157 del sistema de isapres abiertas.

Caracterización de los Beneficiarios ¹³	Con Déficit	Con Superávit
Atención Ambulatoria		
Beneficiarios que usan prestaciones por cada 1.000 beneficiarios	790	847
Tasa de uso prestaciones por cada beneficiario	11,2	18,1
Costo promedio prestaciones utilizadas	\$ 11,863	\$ 13,033
Cobertura promedio	57%	59%
Atención Hospitalaria		
Beneficiarios que usan prestaciones por cada 1.000 beneficiarios	165	91
Tasa de uso prestaciones por cada beneficiario	1,9	2,6
Costo promedio prestaciones utilizadas	\$ 70,553	\$ 86,084
Cobertura promedio	68%	73%

Con respecto al consumo de prestaciones ambulatorias, claramente, se trata de un grupo de beneficiarios que consumen menos prestaciones, como lo muestra el cuadro anterior, sólo 790 beneficiarios de cada 1000 consumieron, tasa muy inferior a la del grupo con superávit y al sistema de isapres abiertas cuyos beneficiarios presentan una tasa de 901 beneficiarios que usan prestaciones de cada 1000. Por otra parte, la tasa de uso de prestaciones ambulatorias fue de 11,2 por beneficiario, menos que el grupo con superávit y menos que los beneficiarios de isapres abiertas que registraron un uso de 17,8 prestaciones ambulatorias promedio al año. Con respecto a la bonificación de este tipo de prestaciones, que alcanzó a 57%, ésta está 5% por debajo de la bonificación que registra el promedio de los consumos ambulatorios de los beneficiarios de isapres abiertas.

Con respecto al consumo de prestaciones hospitalarias, se registra una mayor proporción de beneficiarios con déficit que consumen prestaciones hospitalarias, pero un número menor de prestaciones y a menores costos, tanto si se compara con el grupo con superávit como con los beneficiarios del sistema de isapres abiertas. La tasa de uso de prestaciones fue de 1,9 por beneficiario, menos que el grupo con superávit y menos que los beneficiarios de isapres abiertas que registraron un uso de 3,0 prestaciones hospitalarias promedio al año. Con respecto a la bonificación de este tipo de prestaciones, que alcanzó a 68%, ésta está 5% por debajo de la bonificación que registra el promedio de los consumos hospitalarios de los beneficiarios de isapres abiertas.

Si comparamos las estadísticas de consumo de prestaciones por grupos se confirman las observaciones antes presentadas, como lo muestra el cuadro siguiente.

¹³ Cálculos con datos del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas a enero de 2011.

VARIABLES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Deficitarios	Sistema	Deficitarios	Sistema	Deficitarios	Sistema
N° de consultas médicas anual por beneficiario	1.0	4.9	0.7	3.2	0.8	4.0
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	133	156	90	140	114	149
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	27	32	21	26	25	29
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	93	141	51	114	70	127

Como se aprecia en el cuadro anterior, el grupo de los beneficiarios que presentan déficit, registran frecuencias de uso muy por debajo de las observadas en el sistema:

- Las consultas en este grupo tienen una frecuencia que alcanza sólo a la quinta parte que el en total del sistema.
- La razón de exámenes por consulta es un 24% inferior a la razón del sistema, lo mismo para la imagenología por consulta su frecuencia alcanza al 85% de la frecuencia registrada por el sistema.
- Las intervenciones quirúrgicas también son menos frecuentes, la tasa sólo alcanza al 55% de la tasa de intervenciones quirúrgicas cada 1000 beneficiarios registrada por el sistema.

Estas frecuencias menores tienen algunas explicaciones posibles, en primer lugar se trataría de un grupo de gente seleccionada por su buena salud y menor edad promedio, lo que explicaría su baja tasa de uso de consultas. Otra hipótesis es que al tratarse de gente de menores ingresos, son personas que conocen el funcionamiento del sistema público y podrían estar recurriendo a consultorios, SAPUS o SAMUS, pagando precios muy bajos por las atenciones sin emitir bonos reembolsables en su isapre, disminuyendo el uso de los prestadores privados. Se trata, además, de personas adscritas a planes donde existiría un mayor control (tipo salud administrada), especialmente, en lo que dice relación con las razones de uso de exámenes e imagenología por consulta.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, las hipótesis son las siguientes:

- Se trata ya sea de familias consolidadas, de hombres solos o bien de adultos jóvenes que no quieren cobertura de parto, porque no pretenden usarla;
- Gente de mejor estado sanitario que el promedio del sistema;
- Asimismo, al presentar planes con menor cobertura hospitalaria, retardan lo más posible el uso de su plan de salud y cuándo se trata de alguna intervención que no puede esperar, si su copago en el sector privado es muy alto, recurre a desafiliarse y hacer uso de la cobertura de Fonasa, todo esto explicaría la menor tasa de intervenciones quirúrgicas.

III.2) Descripción de los Planes de los Beneficiarios con Déficit

Con respecto a los planes a los cuales pertenecen los beneficiarios con déficit, se trata de 3.017 planes individuales diferentes, sólo 342 de éstos planes se encuentran en comercialización, es decir, el 88% ya no se comercializan.

Del total de planes, 23% corresponden a cobertura reducida de parto, en ellos se concentra 25% de los cotizantes, cifra similar a la del sistema de isapres abiertas donde 27% presenta este tipo de coberturas. De los 694 planes que presentan cobertura reducida de parto, sólo 80 (12%) están en comercialización entre los beneficiarios con déficit a enero 2011 y de

ellos 37 planes (46% de los planes en comercialización sin parto) corresponden a contratos de Masvida.

Como se puede inferir del cuadro siguiente, de los 4.425 cotizantes que se encuentran en planes sin cobertura de parto, 49% están en planes de Masvida, 26% corresponden a planes de Consalud, 9% de Bánmedica y 8% de Cruz Blanca, dejando claramente establecida la focalización tanto de Masvida como de Consalud por el segmento más bajo, aunque la diferencia está en que Consalud ya no tiene su foco en estos planes sin cobertura de parto, ya que actualmente no tiene planes de este tipo en comercialización, al menos en este segmento particular que analizamos.

Isapre	Cobertura general		Cobertura reducida para el parto	
	N° de Cotizantes con Déficit	N° de Planes	N° de Cotizantes con Déficit	N° de Planes
Colmena	231	113	321	58
Cruz Blanca	2260	526	337	139
Vida Tres	231	143	55	46
Ferrosalud	65	44		
Masvida	624	139	2173	158
Banmédica	3353	728	377	174
Consalud	7430	630	1162	119
Total	14194	2323	4425	694

Con respecto al uso de copagos fijos, esta es otra característica de los planes que es más dominante en este segmento, cabe mencionar que el 37% de los cotizantes tiene planes con copago fijo, los que provienen en un 78% de Consalud, en un 11% de Cruz Blanca y en un 10% de Banmédica. Cabe señalar, que en el sistema de isapres abiertas, sólo el 21% presenta este tipo de coberturas marcando una clara diferencia con este segmento. Al analizar los planes se puede concluir que en este segmento predominan con mayor frecuencia que en el sistema de isapres abiertas los planes con copago fijo, médico de cabecera y una red cerrada de atención que es una de las hipótesis planteadas anteriormente.

III.3) Costo del Plan Básico con las Frecuencias Presentadas por este Segmento de Beneficiarios con Déficit

El precio de un plan garantizado para el sistema isapres, considerando una cobertura de 50% en Fonasa Nivel 1, Modalidad Libre Elección, en ambulatorio y en hospitalario, más la cobertura del 50% de los medicamentos hospitalarios, drogas, insumos y materiales clínicos, más las Garantías Explícitas en Salud, 10 Problemas Protocolizados adicionales a las GES, la Cobertura Catastrófica CAEC y la cobertura de las licencias médicas, plan 2 del punto I, arrojó un valor por beneficiario de \$20.940 a precios de 2010.

Cabe señalar que, en el sistema existen cotizantes que financian coberturas por un precio promedio por beneficiario inferior a ese monto, son los afiliados que se han denominado beneficiarios con déficit. Analizando las posibles causas de los menores precios, el análisis anterior nos presenta la baja frecuencia de uso de prestaciones de ese segmento de beneficiarios. Al volver a calcular el valor de la cobertura propuesta en el párrafo anterior, considerando las frecuencias de uso del año 2010 de dicho segmento y los vectores de precio del año 2010, se obtuvo como resultado que el plan 2 debería tener un precio final de \$13.148 por persona al mes, en este segmento de beneficiarios.

Es decir, la baja frecuencia de uso de prestaciones, o el menor riesgo de este segmento de beneficiarios, les permite obtener coberturas mejores por cotizaciones menores al valor del precio del plan garantizado que se propone, ya que este último precio deriva de una valorización con frecuencias promedio del sistema completo, beneficiarios que serían en promedio más riesgosos que el segmento con déficit.

Anexo n° 1

	PROBLEMA DE SALUD	DEFINICIÓN	POBLACIÓN OBJETIVO	DEMANDA TOTAL	Proporción GES	Costo al 2010
1	Sobrepeso y Obesidad Infantil	Hombres y mujeres entre 6 y 14 años	405,601	22,714	20.0%	1,381,658,912
1.1	D					
1.2	T					
1.3	S					
2	Desorden Bipolar	Hombres y mujeres entre 15 y 100 años	2,149,033	23,174	10.0%	2,446,376,833
2.1	D					
2.2	T					
2.3	S					
3	Depresión en Adolescentes	Hombres y mujeres entre 10 y 14 años	226,607	3,736	70.0%	1,929,068,753
3.1	D					
3.2	T					
3.3	T					
4	Enfermedad Isquémica	Hombres y mujeres entre 15 y 100 años	2,149,033	236	80.0%	294,901,083
4.1	T					
4.2	S					
5	T.Q. Hernias Pared Abdominal	Hombres y mujeres entre 15 y 100 años	2,149,033	4,025	50.0%	2,210,146,542
5.1	T: Hernia Inguino femoral y umbilical simple hosp o amb					
5.2	T: Hernia Inguino femoral compleja					
5.3	T: Hernia Insisional simple					
5.4	T: Hernia Incisional compleja					
6	Aneurisma Aortico Abdominal	Hombres y mujeres entre 60 y 100 años	194,896	780	5.0%	166,375,923
6.1	D					
6.2	T: Cirugía					
6.3	T: Stent					
6.4	S					
7	Cáncer de Ovario Epitelial	Mujeres entre 15 y 100 años	1,004,823	103	90.0%	619,421,604
7.1	D					
7.2	T: Cirugía					
7.3	T: Estadios I					
7.4	T: Estadios II, III y IV					
7.5	T: Estadio IV cirugía mas quimio					
7.6	S					
8	Cáncer de Colon	Hombres y mujeres entre 15 y 100 años	2,149,033	193	90.0%	1,922,242,897
8.1	D: Confirmación					
8.2	D: Etapaficación					
8.3	T: Cirugía					
8.4	T: Quimio					
8.5	T: Exámenes e Imágenes					
8.6	S					
9	Cáncer Vesical	Hombres y mujeres entre 15 y 100 años	2,149,033	166	64.0%	894,531,224
9.1	D: Confirmación					
9.2	D: Etapaficación					
9.3	T: Cirugía					
9.4	T: Inmunoterapia					
9.5	T: Exámenes e Imágenes					
9.6	S					
10	Parto y cesárea	Mujeres entre 15 y 45 años	1,361,775	35,873	15.1%	8,305,515,019
10.1	T: Atención parto					
10.2	T: Cesárea					
10.3	T: Parto vaginal					
10.4	T: Analgesia					
10.5	T: Atención al recién nacido					
10.6	T: Puerperio					
Costo total						20,170,238,791

Estos problemas fueron valorados por Bitrán y Asoc., en el Informe Final del Estudio Verificación de Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas 2009, MINSAL. Los costos del Estudio fueron actualizados al año 2010 asumiendo un alza de los precios promedio de 5% respecto a 2009.