



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.cl

Coberturas Financieras de los Planes de Salud de Isapres

Planes Individuales
Isapres Abiertas
Base 2010

Departamento de Estudios y Desarrollo

Marzo de 2012



Tabla de Contenidos

1.	Antecedentes.....	3
2.	Estudio de las Coberturas Efectivas y de Carátula	6
2.1.	Objetivos.....	6
2.2.	Metodología	6
2.3.	Fuentes de Información	6
2.4.	Análisis de Brechas de Cobertura	7
2.5.	Análisis de la Evolución de las Coberturas	8
3.	Estudio del Rendimiento de los Planes de Salud	11
3.1.	Objetivos.....	11
3.2.	Metodología	11
3.3.	Fuentes de Información	12
3.4.	Análisis del Rendimiento de los Planes de Salud	12
3.5.	Análisis de la Evolución del Rendimiento de los Planes de Salud.....	17
4.	Principales Conclusiones.....	18
5.	Referencias	20

Resumen

En el presente informe se presenta un análisis de las coberturas financieras asociadas a los planes de salud individuales de las isapres abiertas del Sistema, que permite contrastar las coberturas declaradas y efectivas de los mismos a fin de establecer las brechas existentes entre ellas y su evolución en el tiempo. Asimismo, este estudio contempla un análisis sobre el rendimiento de los planes, entendido como la relación entre las primas aportadas y las bonificaciones recibidas por prestaciones, para diferentes categorías de planes y perfiles de cotizantes.

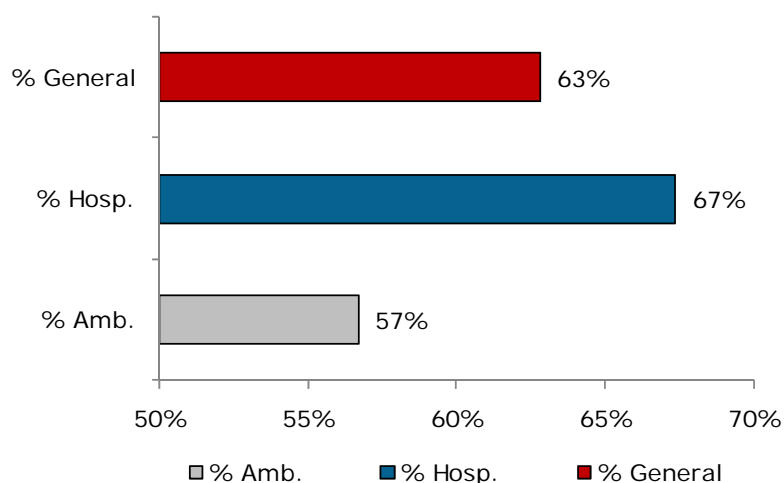
1. Antecedentes

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

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

A modo de referencia, en el gráfico 1 siguiente, se muestra que la bonificación promedio para las prestaciones generales registradas durante el año 2010 por las isapres abiertas del Sistema, fue de un 63%. Para las prestaciones de tipo ambulatorio, este promedio es de un 57%, mientras que para las prestaciones hospitalarias es de un 67%.

**Gráfico 1: Porcentajes de Bonificación Promedio según Tipo de Atención¹
Isapres Abiertas - Año 2010**



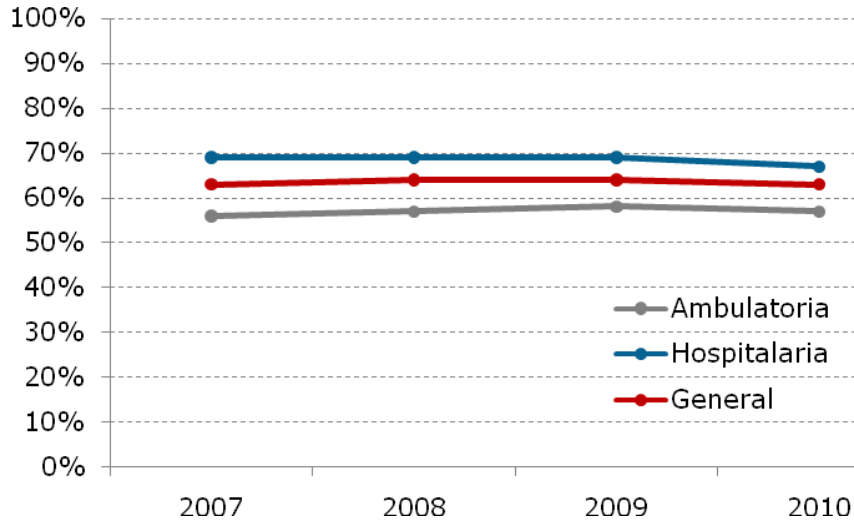
Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas del año 2010

En el gráfico 2, se observa que la evolución de la bonificación promedio, tanto para prestaciones ambulatorias como hospitalarias, se ha mantenido relativamente estable durante los últimos cuatro años. No obstante, una mirada más fina de los datos, permite observar que la bonificación promedio presenta una leve caída el año 2010, principalmente, para las

¹ Planes individuales de salud de isapres abiertas con prestaciones bonificadas durante el año 2010.

prestaciones de tipo hospitalario cuya cobertura disminuye en dos puntos porcentuales, pasando desde un 69% a un 67%.

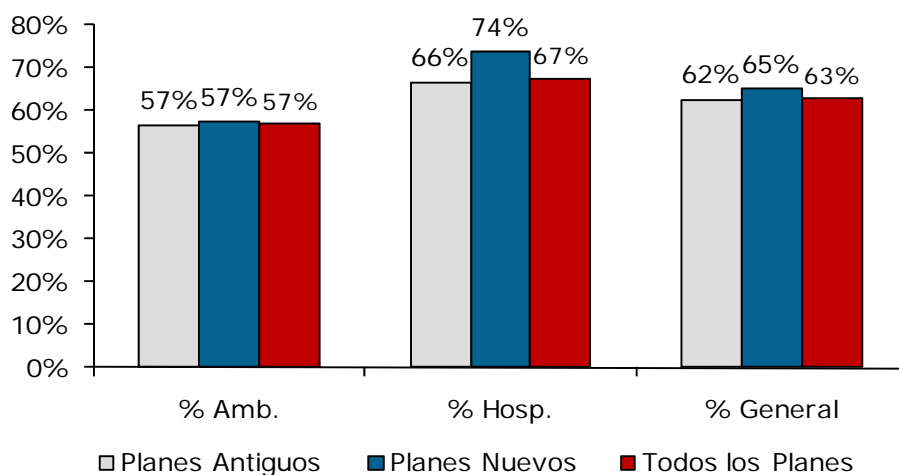
Gráfico 2: Evolución de la Bonificación Promedio según Tipo de Atención Isapres Abiertas, 2007 - 2010



Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas años 2007 al 2010

Asimismo, en el gráfico 3 se puede observar que la bonificación promedio otorgada por los planes nuevos, durante el año 2010, es superior a la de los planes antiguos y que dicha mejoría se presenta sólo respecto de las prestaciones de tipo hospitalario cuya cobertura se incrementa en 8 puntos porcentuales, pasando desde un 66% a un 74%.

Gráfico 3: Bonificación Promedio según Antigüedad de los Planes Isapres Abiertas, 2010



Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas del año 2010

El nivel de bonificaciones que otorga un plan de salud específico se determina en función de los porcentajes de cobertura y los topes establecidos para cada prestación, o grupo de ellas, en su carátula. Así, la bonificación que se otorga a cada prestación corresponde al menor valor entre: el porcentaje de cobertura de carátula establecido para la prestación en el plan específico, aplicado sobre el valor facturado de la prestación; y el tope definido para dicha prestación en el respectivo plan de salud, el cual puede estar expresado en pesos, unidades de fomento o en función de un valor arancel.

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

EJEMPLO 1

PLAN DE SALUD X

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

EJEMPLO 2

PLAN DE SALUD Y

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

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

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

- Análisis comparado de las coberturas de carátula y efectivas asociadas a los planes de salud individuales del subsistema de isapres abiertas, el cual permite identificar y dimensionar las brechas existentes entre ambas coberturas y también, conocer la tendencia que dichas coberturas presentan en el tiempo, lo que se obtiene a través del estudio de las coberturas informadas para planes antiguos y nuevos.
- Análisis del rendimiento de los planes de salud individuales del subsistema de isapres abiertas, el cual permite conocer la relación que existe entre los aportes por primas y las bonificaciones recibidas por los usuarios en diferentes categorías de planes según precio y modalidad de atención y distintos perfiles de cotizantes. Este análisis también permite conocer la evolución que ha experimentado el rendimiento que estas diferentes categorías de planes en el tiempo, en forma general y por isapre.

2. Estudio de las Coberturas Efectivas y de Carátula

2.1. Objetivos

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

2.2. Metodología

- La cobertura de cada plan de salud se encuentra reflejada en una matriz de doble entrada, organizada en función de tramos de cobertura ambulatoria por un lado y tramos de cobertura hospitalaria por el otro.
- Para la construcción de las matrices, es decir, para clasificar cada uno de los planes en estudio en los diferentes casilleros de éstas, se utilizan dos tipos de indicadores de cobertura, a saber:
 - ✓ Indicador de Cobertura de Carátula. Existe un indicador para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria y corresponden al porcentaje de bonificación general consignado en la carátula del plan de salud para las prestaciones ambulatorias y hospitalarias, respectivamente². La fuente de esta información es el archivo maestro de planes de salud.
 - ✓ Indicador de Cobertura Efectiva. Existe un indicador para la cobertura ambulatoria y otro para la hospitalaria y corresponden al porcentaje de bonificación promedio otorgado por el plan de salud para las prestaciones ambulatorias y hospitalarias, según corresponda, que hayan sido realizadas durante el año anterior. Se estiman con la relación que existe entre los valores facturados y bonificados de todas las prestaciones ocurridas y cargadas al plan respectivo durante el último año calendario disponible³. La fuente de esta información es el archivo maestro de prestaciones bonificadas.
- La distribución de los planes en cada matriz se encuentra expresada en términos porcentuales a fin de visualizar de mejor forma su concentración relativa en los diferentes casilleros.

2.3. Fuentes de Información

- El análisis se ha focalizado en los planes individuales de las isapres abiertas del Sistema, vigentes en enero de 2010 y que registran a lo menos una prestación facturada y bonificada durante el año 2010, sea ésta de tipo ambulatorio u hospitalario. Este último

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

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

requisito es para hacer comparables las coberturas de carátula con las coberturas efectivas de los planes en estudio.

- El universo del estudio asciende a 26.299 planes de salud que representan un 84% del total de planes individuales informados por el Sistema Isapre en enero de 2011. En este universo, 23.991 planes ya no se comercializan (planes antiguos) y 2.308 se encuentran en comercialización (planes nuevos).

Cuadro 1: Universo de Planes en Estudio por Isapre

ISAPRE	Planes Nuevos		Planes Antiguos		Total Planes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Colmena	409	17,7%	1.506	6,3%	1.915	7,3%
Cruz Blanca	914	39,6%	3.775	15,7%	4.689	17,8%
Vida Tres	218	9,4%	4.981	20,8%	5.199	19,8%
Ferrosalud	4	0,2%	126	0,5%	130	0,5%
Masvida	154	6,7%	1.548	6,5%	1.702	6,5%
Banmédica	283	12,3%	8.932	37,2%	9.215	35,0%
Consalud	326	14,1%	3.123	13,0%	3.449	13,1%
Totales	2.308	100%	23.991	100%	26.299	100%

Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2010.

2.4. Análisis de Brechas de Cobertura

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

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

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

Resultados

- El 96,5% de los planes individuales declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores al 70% (recuadro de color celeste). Sin embargo, sólo un 19,1% de ellos muestra coberturas efectivas de este orden. La brecha entre ambas coberturas es bastante significativa y se produce en torno a los 77 puntos porcentuales.
- Mientras en términos de las coberturas de carátula, los planes se concentran en los casilleros superiores de la matriz que corresponden a los tramos entre 90% y 100% de cobertura hospitalaria y 70% a 89% de cobertura ambulatoria, en términos de coberturas efectivas, los planes se dispersan, mostrando mayor concentración en casilleros más bajos

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

en los cuales se destacan los tramos 70% a 89% de cobertura hospitalaria con los tramos 50% a 69% e incluso menores de cobertura ambulatoria.

- La brecha existente, puede tener origen en dos causas que se complementan. La primera causa es atingente a las propias isapres que establecen políticas comerciales poco transparentes cuyo propósito es atraer clientes y conseguir la venta de los planes por medio de la generación de expectativas de rendimiento de los planes que se encuentran sobrevaloradas. Y, la segunda, se atribuye a los propios usuarios que por desinformación y/o convicción no optimizan el rendimiento de su plan de salud al acudir a prestadores más caros que los definidos para el plan (sesgo del análisis).
- Con todo, se puede concluir que, entre las coberturas de carátula y las coberturas efectivas asociadas a los planes individuales de salud existen importantes diferencias que pueden inducir a error en la elección de un plan de salud al momento de la compra.

Cuadro 2: Distribución de los Planes Individuales Según Coberturas de Carátula

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%	5,0%							5,0%	5,0%
	90% - 99%	5,4%	3,8%		0,1%				9,4%	14,4%
	80% - 89%	30,6%	6,1%	6,0%	0,3%	0,4%			43,3%	57,8%
	70% - 79%	1,7%	35,1%	0,6%	1,8%	0,3%			39,5%	97,3%
	60% - 69%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,9%			2,2%	99,4%
	50% - 59%						0,3%		0,6%	100%
	< a 50%								0,0%	100%
Total		43,1%	45,4%	7,0%	2,6%	1,6%	0,3%	0,0%	100,0%	
Acumulado		43,1%	88,5%	95,5%	98,1%	99,7%	100%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2010

Cuadro 3: Distribución de los Planes Individuales Según Coberturas Efectivas

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura	100%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%		0,1%	0,3%	0,8%	0,8%
	90% - 99%	0,4%	0,6%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	2,0%	2,8%
	80% - 89%	0,9%	2,5%	1,3%	0,8%	0,4%	0,3%	0,7%	6,9%	9,7%
	70% - 79%	1,0%	4,5%	4,0%	2,1%	1,3%	1,1%	1,6%	15,6%	25,3%
	60% - 69%	0,8%	4,0%	6,6%	5,1%	3,3%	2,3%	2,8%	24,9%	50,3%
	50% - 59%	0,5%	2,4%	5,6%	6,3%	5,1%	3,6%	4,4%	28,0%	78,2%
	< a 50%	0,4%	1,7%	3,5%	3,7%	3,4%	3,2%	5,9%	21,8%	100%
Total		4,1%	15,9%	21,5%	18,4%	13,8%	10,6%	15,8%	100,0%	
Acumulado		4,1%	19,9%	41,4%	59,8%	73,6%	84,2%	100%		

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2010

2.5. Análisis de la Evolución de las Coberturas

El objetivo de este análisis es conocer a nivel general, los tramos de cobertura, tanto de carátula como efectiva, en los cuales se concentra la oferta de planes individuales de salud, e inferir su comportamiento en el tiempo. Esto último, se consigue confrontando los casilleros donde se concentran los planes en actual comercialización (nuevos) con los casilleros donde se

concentran los planes que ya no se comercializan (antiguos), verificando si se marcan algunas tendencias que permitan concluir si las coberturas aumentan, disminuyen o permanecen constantes en el tiempo.

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

Resultados para las Coberturas de Carátula

- Como se vio en el análisis anterior, el 96,5% de los planes individuales en estudio, tanto nuevos como antiguos, declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores al 70%. Sin embargo, entre estos dos grupos se advierten diferencias que permiten establecer algunas conclusiones en cuanto a la trayectoria que ha tenido la cobertura consignada en los planes.
- El 59,1% de los planes antiguos declaran coberturas ambulatorias y hospitalarias superiores a un 80%, mientras que en el grupo de los planes nuevos este porcentaje disminuye a un 33,6%. La menor presencia de planes nuevos en tramos de cobertura más altos podría atribuirse a una política de mayor sinceridad y transparencia de la oferta por parte de las Isapres.
- Un 2,4% de los planes nuevos, declaran una cobertura de 100% tanto para prestaciones ambulatorias como hospitalarias versus un 5,2% de los planes antiguos. La menor oferta de planes al 100% se ve compensada por un incremento de 4,7 puntos porcentuales en los planes que mantienen la cobertura de 100% para prestaciones hospitalarias, pero, la disminuyen para prestaciones ambulatoria al tramo 90%-99%, generando un copago mínimo pero necesario para mitigar incentivos por riesgo moral en el uso de los planes.
- Los planes nuevos se concentran mayoritariamente en el tramo 70%-79% de cobertura ambulatoria con el tramo 90%-99% de cobertura hospitalaria, con una concentración equivalente a un 62,4%. Con respecto a los planes antiguos, la oferta actual ha perdido más de 13 puntos porcentuales de participación en el tramo 80%-89% de cobertura ambulatoria con el tramo 100% de cobertura hospitalaria.

Cuadro 4: Distribución de los Planes Nuevos según Coberturas de Carátula

		Cobertura Hospitalaria						Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%		
Cobertura Ambulatoria	100%	2,4%						2,4%	2,4%
	90% - 99%	9,6%	2,5%					12,1%	14,5%
	80% - 89%	18,6%	0,5%					19,2%	33,6%
	70% - 79%	1,9%	62,4%	0,9%	0,2%			65,4%	99,0%
	60% - 69%			0,2%				0,3%	99,4%
	50% - 59%				0,6%			0,6%	100%
	< a 50%							0,0%	100%
Total		32,5%	65,5%	1,1%	0,8%	0,0%	0,0%	100,0%	
Acumulado		32,5%	98,0%	99,1%	100%	100%	100%	100%	

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2010

Cuadro 5: Distribución de los Planes Antiguos según Coberturas Carátula

		Cobertura Hospitalaria						Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%		
Cobertura Ambulatoria	100%	5,2%						5,2%	5,2%
	90% - 99%	4,9%	4,0%		0,1%			9,2%	14,4%
	80% - 89%	31,8%	6,6%	6,5%	0,3%	0,4%		45,7%	60,1%
	70% - 79%	1,7%	32,5%	0,5%	1,9%	0,3%		37,0%	97,1%
	60% - 69%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	1,0%		2,4%	99,5%
	50% - 59%						0,3%	0,5%	100%
	< a 50%							0,0%	100%
Total		44,1%	43,4%	7,5%	2,8%	1,7%	0,4%	100,0%	
Acumulado		44,1%	87,6%	95,1%	97,9%	99,6%	100%	100%	

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2010

Resultados para las Coberturas Efectivas

- Un 19,1% de los planes en estudio presentan coberturas efectivas superiores al 70% tanto en prestaciones ambulatorias como hospitalarias. Este porcentaje es menor en el grupo de planes nuevos (15,4%) que en el grupo de planes antiguos (19,4%). Esto indica que la oferta de planes ha evolucionado hacia casilleros que combinan coberturas ambulatorias y hospitalarias más conservadoras que antes.
- En efecto, al comparar la distribución de los planes nuevos con respecto a los antiguos, se observa que la oferta actual de planes se presenta más concentrada en los casilleros que combinan los tramos 50%-59% de cobertura ambulatoria con 70%-79% de cobertura hospitalaria y los tramos 60%-69% de cobertura ambulatoria con 80%-89% de cobertura hospitalaria.
- No obstante lo anterior, en promedio, los planes nuevos muestran una leve mejoría en su rendimiento en relación con los planes antiguos, tanto en prestaciones de tipo ambulatorio como hospitalario.

Cuadro 6: Distribución de los Planes Nuevos según Coberturas Efectivas

		Cobertura Hospitalaria						Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%		
Cobertura Ambulatoria	100%							0,0%	0,0%
	90% - 99%		0,1%					0,2%	0,2%
	80% - 89%	0,4%	2,8%	1,0%	0,2%			4,5%	4,6%
	70% - 79%	0,5%	5,7%	3,6%	1,2%	0,6%	0,2%	0,3%	12,1%
	60% - 69%		4,9%	10,4%	6,8%	3,6%	2,0%	1,5%	29,3%
	50% - 59%		2,3%	7,3%	10,8%	7,8%	4,3%	4,0%	36,6%
	< a 50%		1,2%	2,9%	3,4%	3,2%	2,9%	3,7%	17,4%
Total		1,0%	17,0%	25,3%	22,3%	15,4%	9,5%	9,6%	100,0%
Acumulado		1,0%	18,0%	43,2%	65,6%	80,9%	90,4%	100,0%	

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2010

Cuadro 7: Distribución de los Planes Antiguos según Coberturas Efectivas

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura	100%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%		0,1%	0,3%	0,9%	0,9%
	90% - 99%	0,4%	0,7%	0,5%	0,2%	0,1%		0,2%	2,2%	3,1%
	80% - 89%	1,0%	2,4%	1,3%	0,9%	0,5%	0,3%	0,7%	7,1%	10,2%
	70% - 79%	1,0%	4,3%	4,1%	2,2%	1,4%	1,2%	1,7%	16,0%	26,2%
	60% - 69%	0,8%	4,0%	6,2%	5,0%	3,3%	2,3%	3,0%	24,5%	50,7%
	50% - 59%	0,6%	2,4%	5,5%	5,8%	4,8%	3,5%	4,5%	27,1%	77,8%
	< a 50%	0,5%	1,8%	3,5%	3,7%	3,4%	3,2%	6,2%	22,2%	100,0%
Total	4,4%	15,6%	21,0%	17,9%	13,7%	10,8%	16,6%	100,0%		
Acumulado	4,4%	20,0%	41,0%	59,0%	72,7%	83,4%	100,0%			

Fuente: Archivo Maestro de Planes de enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2010

3. Estudio del Rendimiento de los Planes de Salud

3.1. Objetivos

Este estudio permite conocer el rendimiento asociado a los planes de salud individuales vigentes en el subsistema de isapres abiertas para diferentes perfiles de cotizantes según sexo y edad, contrastando entre planes básicos y máximos. Además, este estudio permite arribar a algunas conclusiones con respecto a la evolución que ha experimentado el rendimiento de las diferentes categorías de planes.

3.2. Metodología

- El indicador de rendimiento del plan se define como la razón entre la bonificación y el precio de un plan de salud específico o grupo de ellos. De esta forma, este indicador muestra la parte de los aportes por prima que son destinados a cubrir prestaciones de salud en un período determinado (un año, en este caso). Para que un plan de salud tenga sustento financiero, el indicador de rendimiento debería ser inferior a uno. No obstante, dicho rendimiento suele ser distinto para los diferentes grupos de planes y perfiles de cotizantes al interior de misma isapre, pudiendo, en determinados casos, alcanzar valores superiores a uno.
- El indicador de rendimiento puede calcularse para un plan específico o para un grupo homogéneo de ellos. En este caso, se analiza el rendimiento asociado a distintas categorías de planes definidas en función de su precio, a saber:
 - ✓ Planes básicos, cuyos precios base son inferiores o iguales a 1 UF
 - ✓ Planes máximos, cuyos precios base son superiores a 3 UF
- Asimismo, el rendimiento de estas diferentes categorías de planes puede medirse para distintos perfiles de cotizantes. En este estudio se analizan 3 grupos de cotizantes:
 - ✓ Cotizantes hombres entre 30 y 34 años, sin cargas.
 - ✓ Cotizantes mujeres entre 30 y 34 años, sin cargas
 - ✓ Cotizantes hombres, entre 65 y 69 años, sin cargas

3.3. Fuentes de Información

- Para el cálculo del indicador de rendimiento de las diferentes categorías de planes y perfiles de cotizantes, se utilizaron las siguientes fuentes de información:
 - ✓ Bonificación: el numerador del indicador de rendimiento corresponde al monto total bonificado en el año por el grupo de planes en cuestión.
 - ✓ Precio: el denominador del indicador de rendimiento corresponde a los aportes anuales por concepto de cotizaciones enteradas por el total de cotizantes adscritos al grupo de planes en cuestión. Estos últimos, se estiman con la cotización pactada informada para el mes de diciembre del año, multiplicada por doce.
- La información señalada en el punto anterior se obtiene de las siguientes bases de datos disponibles en esta Superintendencia:
 - ✓ Archivo Maestro de Planes de salud de enero de cada año.
 - ✓ Archivo Maestro de Beneficiarios correspondiente al mes de diciembre de cada año.
 - ✓ Archivo Maestro de prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de cada año.

3.4. Análisis del Rendimiento de los Planes de Salud

El objetivo de este análisis es conocer el rendimiento o razón entre las primas aportadas y bonificaciones recibidas por prestaciones, de los planes individuales de las isapres abiertas del mercado, con el propósito de constatar las diferencias que se producen entre ellos, dependiendo de su nivel de precios, tipo de atención que ofrecen y el perfil de riesgo de sus cotizantes.

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

**Cuadro 8: Rendimiento de los Planes de Salud Individuales
Isapres Abiertas, año 2010**

Isapre	Planes Generales
Colmena	0,64
Cruz Blanca	0,62
Vida Tres	0,68
Másvida	0,54
Banmédica	0,64
Consalud	0,60
Promedio	0,62

Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

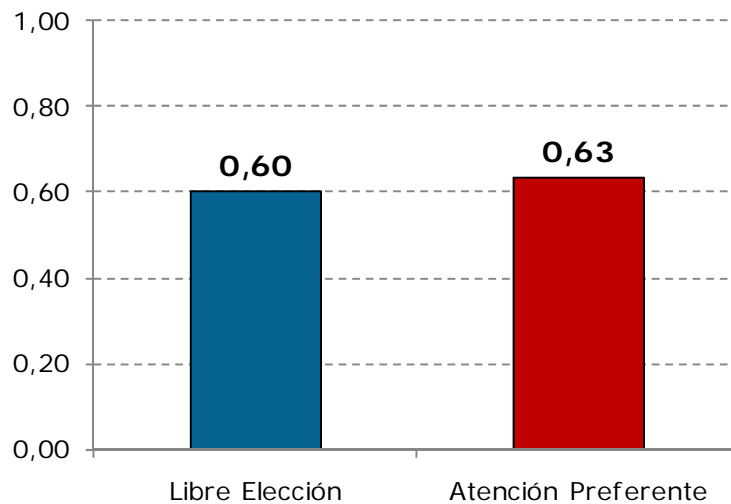
El rendimiento promedio asociado a los planes de salud vigentes en el subsistema de isapres abiertas, durante el año 2010, es equivalente a 0,62, indicando que por cada peso que ingresa por concepto de prima de los planes, 62 centavos se destinan, en promedio, al financiamiento

de prestaciones de salud. El indicador fluctúa entre 0,54 y 0,68, dependiendo de la institución de que se trate, donde la isapre que exhibe el mayor rendimiento es Vida Tres y la que exhibe el menor rendimiento es Masvida, según se muestra en el cuadro 8 anterior⁵.

Rendimiento según Modalidad de Atención

Por otra parte, en el gráfico 4 siguiente, se puede observar que el rendimiento vinculado a los planes de libre elección es inferior al de los planes cerrados o preferentes, lo que es esperable considerando que estos últimos permiten acceder a tarifas acotadas de las prestaciones, negociados previamente entre las isapres y los prestadores de salud, con las cuales las isapres pueden mejorar las coberturas financieras de los planes, haciendo más eficientes los beneficios que entregan.

**Gráfico 4: Rendimiento de Planes según Modalidad de Atención
Isapres Abiertas, 2010**



Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

No obstante lo anterior, en el cuadro 9 siguiente se observa que el patrón de rendimiento por tipo de atención no es común para todas las isapres. Por ejemplo, las isapres Vida Tres y Banmédica muestran un comportamiento inverso al descrito por el promedio, es decir, el rendimiento de los planes de libre elección es superior al de los planes preferentes. La particularidad de estas isapres puede atribuirse a las políticas comerciales asumidas para su operación, las cuales no incluyen la comercialización de planes de libre elección puros, ya que éstos les resultan muy poco rentables dada la relación precio/beneficios adoptada por estas isapres. Es así como, el rendimiento de los planes de libre elección en estas isapres alcanza 0,81 y 0,85, respectivamente, muy por sobre el promedio de 0,60 exhibido por el subsistema en esta modalidad de atención.

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

Cuadro 9: Rendimiento de los Planes Individuales Según Modalidad de Atención Isapres Abiertas, Año 2010

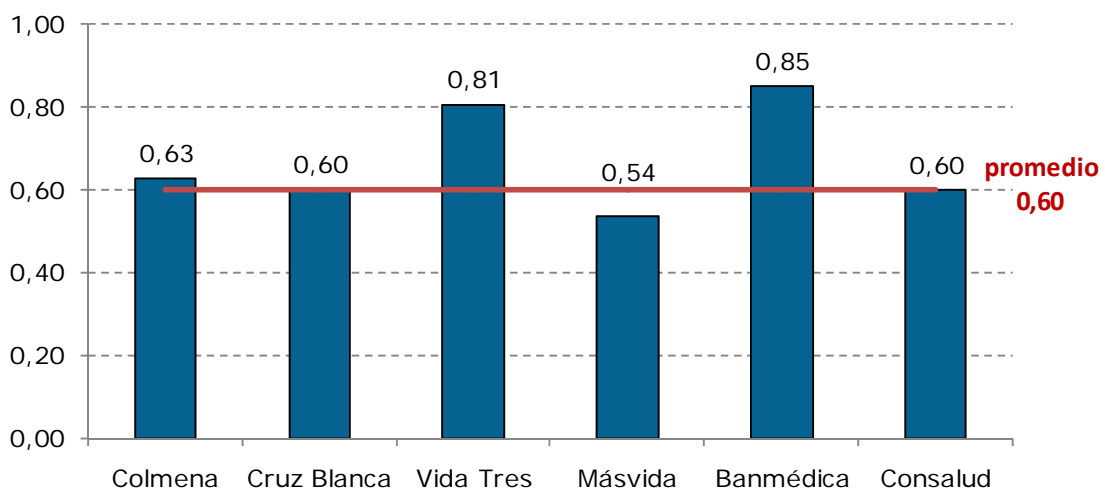
Isapre	Libre Elección	Atención Preferente
Colmena	0,63	0,69
Cruz Blanca	0,60	0,63
Vida Tres	0,81	0,67
Másvida	0,54	0,60
Banmédica	0,85	0,63
Consalud	0,60	0,59
Promedio	0,60	0,63

Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

Asimismo, el rendimiento de los planes al interior de cada modalidad de atención también es disímil. Mientras los planes con coberturas preferentes muestran una cierta equivalencia de rendimiento entre las isapres respecto de su promedio, los planes de libre elección muestran un rendimiento más disperso entre las distintas isapres, lo que se puede observar claramente en los gráficos 5 y 6, los cuales han sido definidos para los planes de libre elección y planes con coberturas preferentes, respectivamente.

En el gráfico 5 se advierte que el rendimiento de los planes de libre elección en la isapre Masvida es el más bajo entre las isapres abiertas mientras que el rendimiento de estos planes en las isapres Banmédica y Vida tres es significativamente más alto, como ya se dijo en párrafos anteriores.

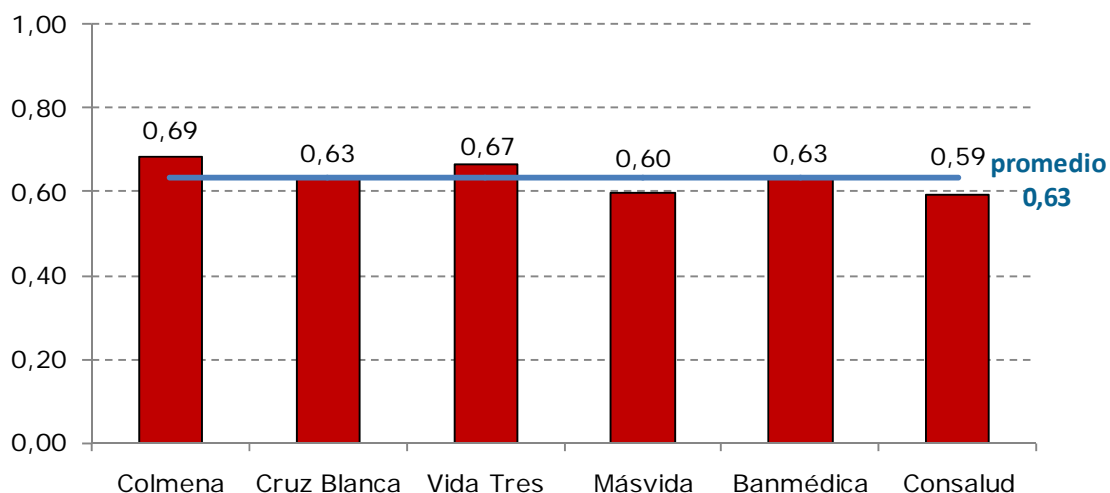
Gráfico 5: Rendimiento de Planes de Libre Elección por Isapre Isapres Abiertas, 2010



Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

Asimismo, el gráfico 6, muestra que el rendimiento de los planes con cobertura preferente es más parejo entre las isapres, siendo más alto que el promedio en las isapres Colmena y Vida Tres y más bajo en las isapres Consalud y Masvida.

Gráfico 6: Rendimiento de Planes con Cobertura preferente por Isapre Abiertas, 2010

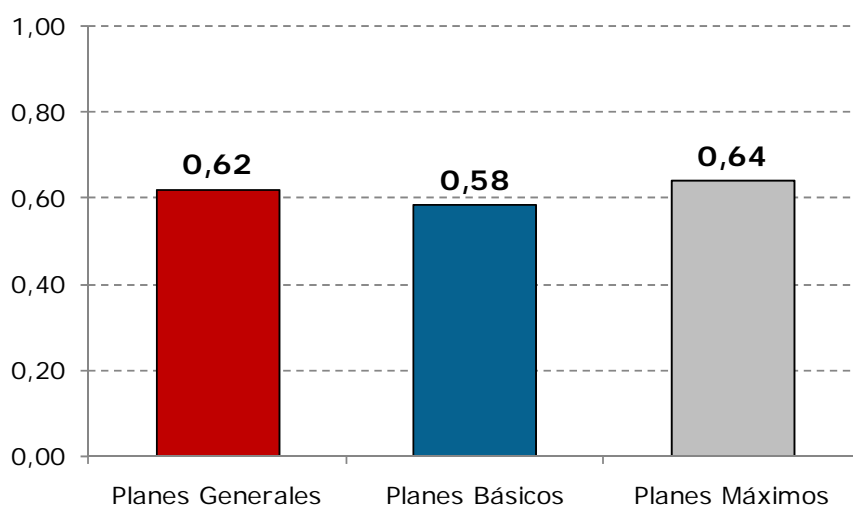


Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

Respecto de este análisis, cabe precisar que la isapre Masvida se destaca por tener los rendimientos más bajos, independientemente de la modalidad de atención de sus planes; que, por el contrario, las isapres Vida Tres y Colmena muestran rendimientos por sobre el promedio en ambas modalidades de atención, mientras que la isapre Cruz Blanca muestra un comportamiento promedio en ambos tipos de planes.

Rendimiento según Categoría de Precios de los Planes

Gráfico 7: Rendimiento de Planes según Categoría de Precios Isapres Abiertas, 2010



Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

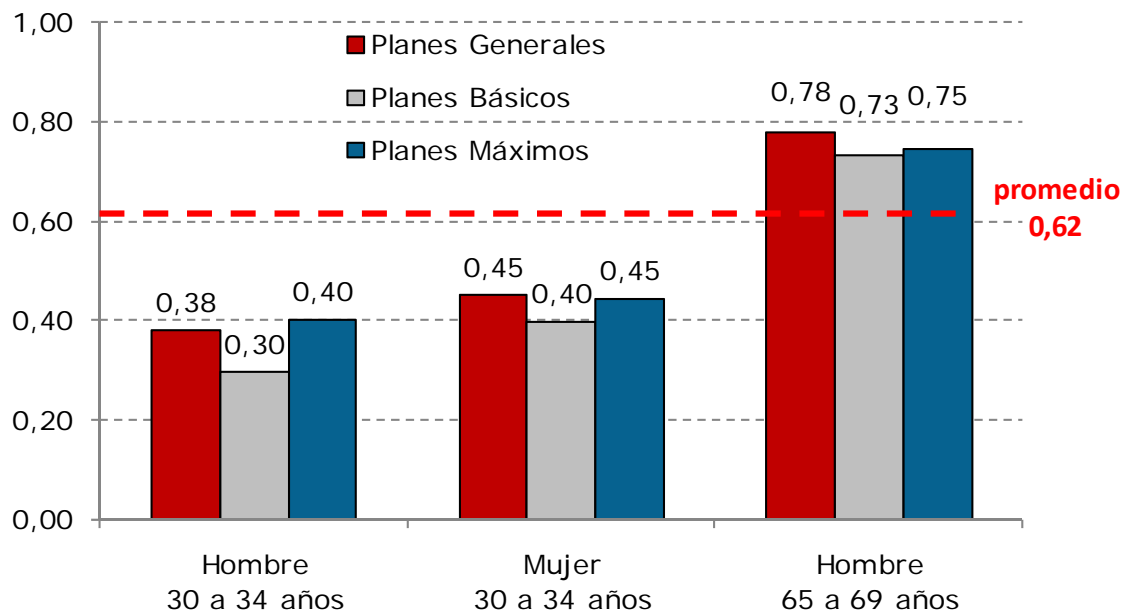
El gráfico 7 anterior, muestra que el rendimiento de los planes de salud difiere dependiendo del nivel o categoría de precios a la cual pertenecen. Es así como el rendimiento de los planes más caros o máximos -0,64-, es superior al de los planes más económicos o básicos -0,58-, lo que se considera razonable atendido que los planes más caros por lo general ofrecen mejores coberturas financieras de salud.

Rendimiento de los Planes según Perfil de los Cotizantes

El gráfico 8 siguiente, permite concluir que el rendimiento de los planes también es distinto para los diferentes perfiles de cotizantes. En efecto, el máximo rendimiento es alcanzado por los cotizantes hombres de mayor edad (entre 65 y 69 años de edad, en este caso) cualquiera sea la categoría del plan al cual se encuentran adscritos. Estos cotizantes, estarían siendo fuertemente subsidiados por hombres y mujeres entre 30 y 34 años, quienes muestran rendimientos muy por debajo del promedio del subsistema.

Este gráfico, también muestra que los planes de salud, independientemente de su categoría de precios, tienen menor rendimiento para los hombres entre 30 y 34 años que para las mujeres de la misma edad, lo que podría deberse a la combinación de un bajo nivel de riesgo con una cotización obligatoria de 7%, la cual, se hace más que suficiente para solventar los gastos de este perfil de cotizantes (sobreprima). Asimismo, el bajo nivel de rendimiento para las mujeres entre 30 y 34 años, plena edad fértil, puede explicarse por la fijación de primas holgadas frente al mayor riesgo esperado para las mujeres en esta etapa de la vida.

**Gráfico 8: Rendimiento de Planes según Perfil de Cotizantes
Isapres Abiertas, 2010**

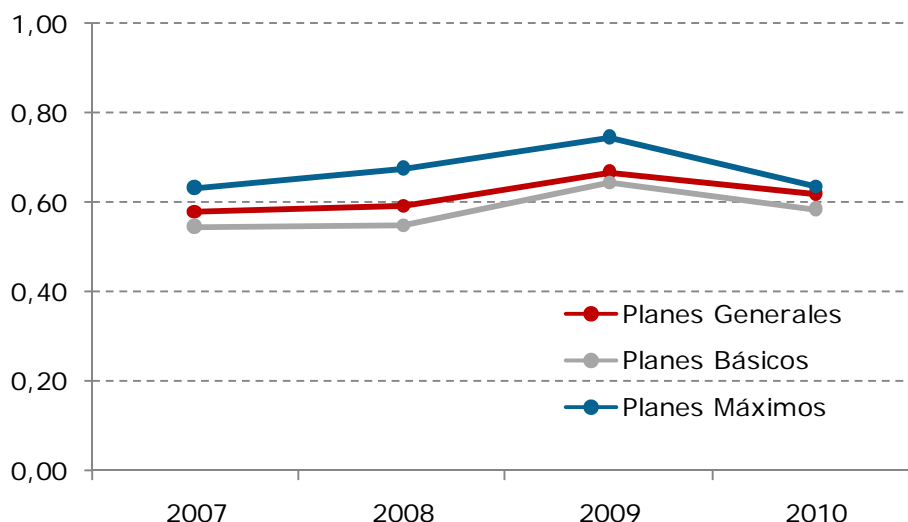


Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

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

El objetivo de este análisis es conocer las tendencias experimentadas en el rendimiento de los planes de salud individuales de las isapres abiertas del mercado durante los últimos cuatro años, distinguiendo entre las diferentes categorías de precios de los planes y la evolución del rendimiento de los planes al interior de cada una de las isapres.

Gráfico 9: Evolución del Rendimiento de Planes según Categoría de Precios Isapres Abiertas, 2007-2010



Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

El gráfico 9, permite observar que el rendimiento o relación existente entre las primas aportadas y las bonificaciones recibidas por los cotizantes en las diferentes categorías de precios de los planes, definidas para este estudio, tiende a aumentar entre los años 2007 a 2009 para luego experimentar una caída el año 2010. Este comportamiento se da para todas las categorías de planes, aunque la disminución del rendimiento el último año es más pronunciada respecto de los planes más caros o máximos.

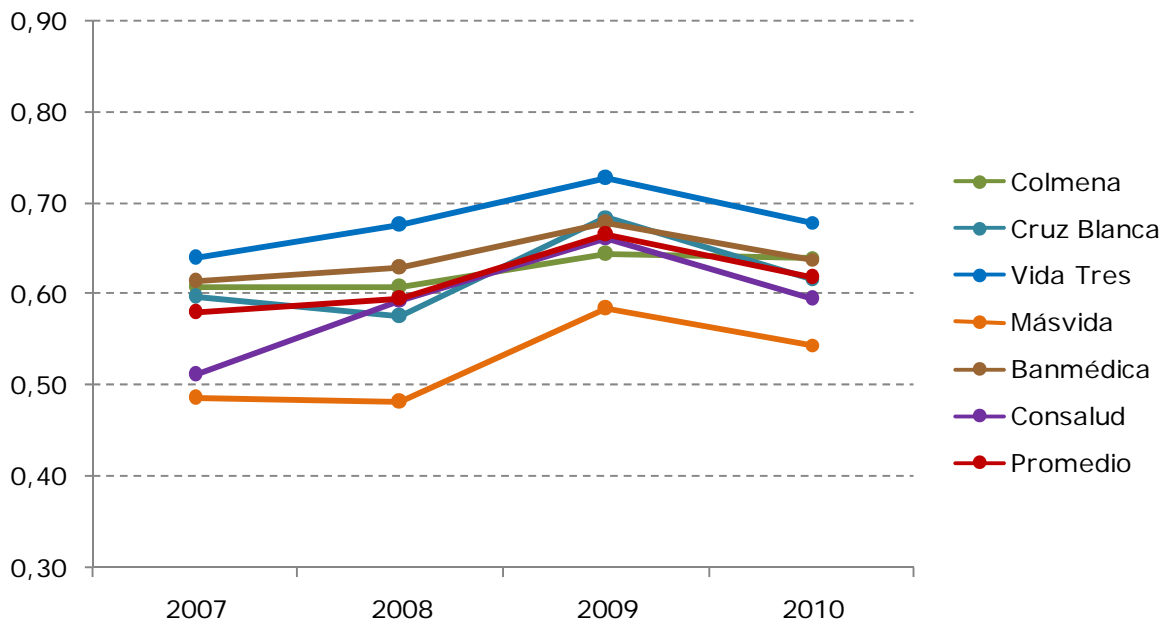
En este gráfico también se puede observar que los planes básicos mantienen un rendimiento inferior al promedio durante todo el período mientras que los planes máximos lo hacen por sobre éste.

Evolución por Isapre

El gráfico 10 siguiente, muestra que la evolución del rendimiento de los planes de las diferentes isapres abiertas, sigue, en términos generales, la misma tendencia que el promedio de todas ellas, es decir, con determinado progreso hacia el año 2009 y caída el año 2010. No se tiene una explicación clara para esta disminución de rendimiento observada el último año, pero, se supone que en ella influyen los importantes incrementos de precios aplicados a los planes a partir de julio de 2010, los cuales, pueden tener origen en el escenario de incertidumbre que plantea la discusión de una nueva reforma a la Ley de isapres.

Este gráfico, también permite observar que la evolución del rendimiento de los planes de las isapres Masvida y Vida Tres mantiene una trayectoria bastante alejada del promedio, mientras la primera muestra rendimientos muy por debajo del promedio, la segunda lo hace muy por sobre éste, constituyéndose en la isapre con los mejores rendimientos. En este gráfico también destaca el repunte del rendimiento de la isapre Consalud hacia el promedio del subsistema y sus importantes tasas de variación respecto de las demás isapres. El resto de las instituciones muestran tendencias en torno al promedio.

Gráfico 10: Evolución del Rendimiento de los Planes Individuales por Isapre Isapres Abiertas, 2007-2010



Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud correspondiente al mes de enero de 2011, Archivo Maestro de Beneficiarios del mes de diciembre de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de enero a diciembre de 2010.

4. Principales Conclusiones

- Entre las coberturas de carátula y las coberturas efectivas asociadas a los planes individuales de las isapres abiertas, se constatan diferencias sustantivas. Mientras el 96,5% de los planes declaran coberturas superiores al 70%, sólo un 19,1% de ellos muestra coberturas efectivas de este orden. Las brechas entre ambas coberturas constituyen un verdadero problema de transparencia que hace impracticable para los usuarios la selección adecuada de un plan de salud al momento de la compra.
- Las brechas existentes, pueden tener origen en dos causas que se complementan, pero que no son fáciles de dimensionar. La primera causa se atribuye a las isapres que establecen políticas comerciales poco transparentes, cuyo propósito es atraer clientes y conseguir la venta de los planes por medio de la generación de expectativas de rendimiento fuera de la realidad. Y, la segunda, se atribuye a los propios usuarios que, por desinformación y/o convicción, no optimizan el rendimiento de sus planes al acudir a prestadores más caros que los definidos para éstos.

- No obstante lo anterior, el análisis comparativo de planes nuevos y antiguos en relación con las coberturas de carátula, indica que éstos han evolucionado hacia tramos de cobertura inferiores. En efecto, con respecto a los planes antiguos, la oferta actual de planes ha perdido más de 13 puntos porcentuales de participación en los tramos 80%/100% (de cobertura ambulatoria y hospitalaria, respectivamente) y se agrupa mayoritariamente en los tramos 70%/90%, con una concentración que alcanza al 62,4%, de los planes.
- La menor presencia de planes nuevos en tramos de cobertura de carátula más altos puede atribuirse a una política de mayor sinceridad y transparencia de la oferta por parte de las Isapres, lo que contribuye a disminuir las brechas existentes entre las coberturas declaradas y las coberturas efectivas de los planes.
- Por su parte, al hacer un análisis comparativo de los planes nuevos y antiguos con respecto a las coberturas de efectivas, se observa que la oferta actual de planes se presenta menos dispersa y más concentrada en los casilleros que combinan los tramos 50%/70% y los tramos 60%/80%, mostrando en promedio una leve mejoría en su rendimiento en relación con los planes antiguos, tanto en prestaciones de tipo ambulatorio como hospitalario.
- El rendimiento promedio asociado a los planes de salud vigentes en el subsistema de isapres abiertas, durante el año 2010, es equivalente a 0,62, indicando que por cada peso que ingresa por concepto de prima de los planes, 62 centavos se destinan, en promedio, al financiamiento de prestaciones de salud. El indicador fluctúa entre 0,54 y 0,68, dependiendo de la institución de que se trate, donde la isapre que exhibe el mayor rendimiento es Vida Tres y la que exhibe el menor rendimiento es Masvida.
- El rendimiento vinculado a los planes de libre elección es inferior al de los planes cerrados o preferentes, lo que es esperable considerando que estos últimos permiten acceder a tarifas acotadas de las prestaciones, negociados previamente entre las isapres y los prestadores de salud, con las cuales las isapres pueden mejorar las coberturas financieras de los planes, haciendo más eficientes los beneficios que entregan.
- El rendimiento de los planes de salud también difiere dependiendo del nivel o categoría de precios a la cual pertenecen. Es así como el rendimiento de los planes más caros o máximos -0,64-, es superior al de los planes más económicos o básicos -0,58-, lo que se considera razonable atendido que los planes más caros por lo general ofrecen mejores coberturas financieras de salud.
- El rendimiento de los planes también es distinto para los diferentes perfiles de cotizantes. En efecto, el máximo rendimiento es alcanzado por los cotizantes hombres de mayor edad (entre 65 y 69 años de edad, en este caso) cualquiera sea la categoría del plan al cual se encuentran adscritos. Estos cotizantes, estarían siendo fuertemente subsidiados por hombres y mujeres entre 30 y 34 años, quienes muestran rendimientos muy por debajo del promedio del subsistema.
- Los planes de salud en general, muestran un menor rendimiento para los hombres entre 30 y 34 años que para las mujeres de la misma edad, lo que podría deberse a la combinación de un bajo nivel de riesgo con una cotización obligatoria de 7%, la cual, se hace más que suficiente para solventar los gastos de este perfil de cotizantes (sobreprima). Asimismo, el bajo nivel de rendimiento para las mujeres entre 30 y 34 años, plena edad fértil, en relación al promedio, puede explicarse por la fijación de primas holgadas frente al mayor riesgo esperado que éstas tienen en esta etapa de la vida.

- El análisis de la evolución del rendimiento de los planes en los últimos cuatro años permite concluir que éste tiende a aumentar entre los años 2007 a 2009 para luego experimentar una caída el año 2010. Este comportamiento se da para todas las categorías de planes, aunque la disminución del rendimiento es más pronunciada para los planes más caros el último año.
- No se tiene una explicación clara para la disminución de rendimiento observada el último año, pero, se supone que en ella influyen los importantes incrementos de precios aplicados por las isapres a partir de julio de 2010, los cuales, pueden ser resultado del escenario de incertidumbre que les plantea la discusión de una nueva reforma a la Ley de isapres.
- Finalmente, al analizar la evolución del rendimiento de los planes por isapre, se advierte que todas ellas siguen el mismo patrón de tendencia que el promedio. No obstante, los rendimientos de los planes de las isapres Masvida y Vida Tres se mantienen a cierta distancia del promedio, mientras la primera muestra rendimientos muy por debajo del promedio, la segunda lo hace muy por sobre éste, constituyéndose en la isapre con los mejores rendimientos. También se destaca en este análisis, el repunte en el rendimiento de la isapre Consalud y sus importantes tasas de variación con respecto a las demás isapres.

5. Referencias

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

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

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

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez y C. Copetta, 2010. Propuesta Preliminar de Planes Comunes para el Sistema Isapre. Documento de Trabajo, Septiembre de 2010.

Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2011. Análisis de los Planes de Salud del Sistema Isapre a Enero de 2011, Junio de 2011.