

PROYECTO DE REGULACIÓN

Comparador: herramienta de comparación de planes

Departamento de Estudios y Desarrollo

Diciembre 2009

El presente documento desarrolla una propuesta para construir una herramienta que permita a los usuarios de Isapre comparar las distintas coberturas financieras de planes de salud. En este contexto, analiza las dimensiones contenida en el “Comparador” que agrega valor al usuario al momento de elegir el plan. Adicionalmente, propone el diseño de este instrumento.

I. Antecedentes

El mercado de la Isapres se organiza con personas que necesitan asegurar su salud y la de su familia, las necesidades y preferencias de éstos, no son las mismas para todos. Entonces, ¿cómo se han adaptado las Isapres a tanta diversidad?, la respuesta es que en este heterogéneo mercado las aseguradoras privadas de salud en Chile, han producido varios miles de planes entre los cuales 34.402 que se encuentran vigentes, es decir, cuentan con al menos un cotizante adscrito y 10.002 estaban en comercialización a julio de 2009. En este escenario, la elección de un plan de salud es compleja, poco transparente y constituye un problema para el usuario¹.

Es en este contexto que surge el proyecto de “Estandarización y Simplificación de Planes de Salud”, en el cual la Superintendencia, junto con las Isapres, ha venido desarrollando desde el año 2006. Con el propósito de aumentar la transparencia de los planes y contratos de salud, se detectó la necesidad de definir una nueva herramienta para mejorar la comparabilidad de los planes individuales de salud en los procesos de venta y modificación de contratos. A la fecha, ésta se conoce como el “comparador de planes”, aunque su nombre es parte de los temas a definir en este proyecto.

El “comparador de planes” será un documento anexo al plan de salud, mediante el cual los afiliados podrán comparar la cobertura financiera de los distintos planes individuales ofrecidos por las Isapres al momento de efectuar la compra de un plan de salud. En este sentido, el “comparador de planes” tiene el mismo propósito que la “Selección de Prestaciones Valorizadas” o “Cartilla” actualmente vigente, regulada por esta Superintendencia a través de la Circular N° 43, del 8 de abril de 1998.

El objeto de análisis de este trabajo dará origen, por una parte, a la elaboración de una herramienta funcional que facilitará al usuario la comparación de los planes de salud y, por otra, aportará los insumos destinados a modificar la normativa que regula esta materia.

El proyecto tiene como principio básico proponer una herramienta que permita a los usuarios entregar información clave para evaluar cual es el plan de salud que más le conviene para él o ella y su grupo familiar. Esto significa que se debe crear un producto cuyo concepto lo acerque

¹ Ver cuadro anexo planes por Isapre

a comportarse como lo hacen los consumidores en otras áreas de consumo, permitiéndoles en definitiva tomar mejores decisiones.

La propuesta considera además, la implementación del instrumento de acuerdo a las nuevas tendencias de la era digital, es decir, incorporando el uso de Internet como medio de acceso y difusión.

I. Marco General

Las Isapres responden con diferencias sustanciales entre los planes respecto de cobertura, precios, topes y centros asistenciales en convenio, entre otros atributos. Adicionalmente, estos seguros por defecto enfocan su oferta al precio entendiéndose como la variable que captura la percepción de valor de sus clientes. Ajenos a esta percepción, los usuarios eligen su plan de salud valorando otras dimensiones que van más allá del precio y que tiene que ver con sus necesidades, experiencias e intereses.

Por lo tanto, el diseño y contenidos de los planes responden tradicionalmente a una mirada de seguro que no siempre maximiza la percepción de valor del usuario. Produciéndose un quiebre entre lo que necesita el cliente y lo que le ofrece la Isapre.

La actual Cartilla de Prestaciones Valorizadas es la única herramienta del cual disponen los usuarios para comparar los distintos planes de salud. Sin embargo, la Cartilla a pesar de la utilidad que presta al momento de comparar, no satisface las necesidades de las personas, las cuales señalan que no la conocen o bien, si la conocen, manifiestan que las prestaciones de salud están expresadas en un lenguaje técnico que no les permite entender, es expresada en una tipografía chica, que genera desconfianza, y se trata de una lista extensa de prestaciones de salud, que confunde y no focaliza de acuerdo a lo que le interesa para su grupo familiar.

Por lo tanto, en la práctica resulta casi imposible elegir un plan de salud que otorgue respuesta óptima a las necesidades de cada familia o individuo, en suma la herramienta actual no es suficiente para satisfacer las necesidades de los usuarios.

1.1. Supuestos básicos del comportamiento del usuario al elegir el plan de salud

Para el desarrollo de la investigación se establecieron supuestos básicos que es necesario tener en cuenta:

- 1) El comportamiento de los usuarios respecto del consumo de prestaciones de salud no es estático a lo largo de vida. En el sentido, que las personas experimentan cambios en función de la etapa evolutiva en que se encuentran los miembros de las familias y que se relacionan con el nacimiento de los hijos, la infancia, la adolescencia, envejecimiento. Cada etapa tiene determinadas enfermedades y como consecuencia distintas prestaciones de salud.
- 2) Las decisiones para elegir un plan de salud no son fáciles, el común de las personas tienen vagas ideas respecto de que se pueden enfermar e incluso escasa claridad para identificar las prestaciones de salud relevantes que deberá afrontar a lo largo de la vida.

Por lo tanto, en muchas oportunidades no saben que deben satisfacer para hacer la mejor elección.

- 3) Las personas son capaces de centrar su atención en no más de cinco elementos por lo que entregar una lista extensa de prestaciones de salud sólo lograra confundirlas.
- 4) El pago que debe realizar el usuario-consumidor al recibir la cuenta de una hospitalización es integrado en su pensamiento, como un solo valor en pesos. Esto significa que la persona al pagar la clínica, por ejemplo, en el caso de un parto, le interesa saber cuál es el valor final que le corresponde copagar y no, que valor pagará por la habitación, derecho a pabellón o medicamentos entre otros.
- 5) Si se trabaja sobre el supuesto que el comparador es un nuevo producto, se debe tener en cuenta un período de aprendizaje en los usuarios, ya que la incorporación de este nuevo instrumento incide en ajustar su patrón de comportamiento.

1.2. Proceso de decisión de compra de un plan de salud

La compra de un plan de salud le otorga matices que no están presentes en otros ámbitos de consumo, porque la decisión está tensionada por el valor que significa la protección de salud en él, ella o su familia. La diversidad de aspectos que interactúan activamente en el momento de la decisión lo vincula a emociones, experiencias en salud, sentimientos e incertidumbre por la enfermedad que padece o podría padecer. No está de más recordar, que las decisiones de compra en general en un 95% de los casos son tomadas inconscientemente².

En una dimensión más racional considera los precios de los planes y los beneficios que obtendrá de ellos.

Otros aspectos que hacen más complejo este proceso de decisión son:

- a) La influencia de la familia en el comportamiento de la persona que elige el plan de salud, es decir, la forma en que las etapas del ciclo de vida de la familia incide en lo que él o ella focaliza su atención,
- b) Composición familiar que implica distintos riesgos en salud, esto hace que los intereses de las personas no sean siempre los mismos, es decir, una persona soltera cotizante en una Isapre, sin hijos, se comportará de determinada manera y valorará aspectos del plan que no son los mismos que podría tener una familia con hijos menores de 6 años o una familia de adultos mayores,
- c) Condiciones económicas,
- e) Ingreso disponible en el momento de comprar el plan,
- f) Tipo de servicios médicos que utiliza y diferencias en las prestaciones de salud que consume.

En resumen, cuando la persona inicia el proceso de elección del plan y obtiene información desde el Comparador de Planes, al igual que cuando un ciudadano común se informa por distintos medios, compara y compra otros productos, el proceso de elección involucra cuatro puntos fundamentales: Primero, reconoce la necesidad que quiere satisfacer que en este caso es protección de salud, segundo, al ver los contenidos del “Comparador” se activan diversos estímulos desde el inconsciente - consciente, en esta fase se inicia una búsqueda interna

² Cómo piensan los consumidores, Gerald Zaltman.

rápida de emociones, pensamientos y experiencias almacenadas en la memoria que se relacionan con enfermedades, hospitales, miembros de la familia etc.³

La segunda etapa, es crucial porque el usuario fija su atención y en minutos, tratará de encontrar lo que busca, cobra relevancia los contenidos (claros, atractivos, simples, transparentes) para responder a sus necesidades. Esto significa que esta persona mira ciertas cosas que relaciona con lo que le interesa para sentirse seguro en protección de salud e ignora otras (no almacenan listas extensas de contenidos), las personas perciben sólo una fracción de estímulos a los cuales están expuestos y que se expresan en una selección perceptual por ejemplo, de algunas prestaciones de salud.

Esta selección perceptual se relaciona con dos aspectos el primero, las experiencias en salud que son de su conocimiento y el segundo, la necesidad de dar respuesta a la incertidumbre que tiene respecto de la incidencia y gravedad de las enfermedades que pueden ocurrir, ¿nos enfermaremos?, ¿de qué?, ¿cuándo? y ¿por cuánto tiempo?, ¿qué tan graves serán estas enfermedades? La persona no tiene respuestas, pero percibe una amenaza por los riesgos de pago de servicios médicos inciertos, que muchas veces lo podrían llevar a una pérdida de sus bienes o a endeudamiento, surgiendo frecuentemente la pregunta ¿cuál será la mejor Isapre? y ¿el mejor plan?

Por lo tanto, para responder esas interrogantes el Comparador identifica prestaciones de salud y frecuencia de ellas. Para satisfacer el ¿Dónde nos atenderemos? El comparador le ofrecerá una lista de centros de salud y lo que tendría que pagar en el elegido. Asimismo, mostrará el precio de los planes y su cobertura. Todo ello, en formato amigable, lenguaje entendible e indicadores que permiten comparar.

Tercero, deduce los significados jerarquizando la importancia de lo que seleccionó para comparar, es decir, si tiene los elementos que le orienten en los riesgos de salud que tiene su grupo familiar, será capaz de priorizar los componentes de los planes que le ofrece la Isapre. En cuarto lugar, evaluará la información obtenida, comparará entre los planes y finalmente, decidirá la compra.

Lo que parece un postulado teórico se cumple integralmente en minutos como proceso, pero sin duda requiere más tiempo para realizar una mejor decisión. Lo que ocurre en la actualidad es que, con el vendedor de la Isapre como asesor de la compra, se observa que el tiempo que demora en elegir un plan de salud, el 40% de las personas, es de 24 hrs. Muchas de ellas manifiesta insatisfacción quedándose con una sensación que no saben lo que compraron⁴.

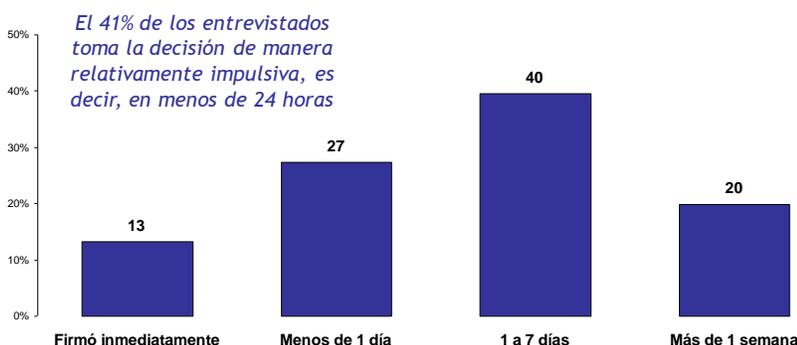
³ Estudio cualitativo de Dimensiones de Valor en la Selección del Plan de Salud, año 2008.

⁴ Estudio cuantitativo, Dimensiones de Valor en la Elección del Plan de Salud, Superintendencia de Salud, año 2008.

Tiempo que se demoró en elegir el Plan

A14. ¿Cuánto tiempo pasó desde que a usted le presentaron este plan como opción hasta que firmó?

Base: Total entrevistados (400)



	SEXO		EDAD				GSE		
	Hombre (195)	Mujer (205)	18 – 29 (105)	30 – 39 (103)	40 – 49 (92)	50 y más (100)	BC1 (137)	C2 (147)	C3D (116)
Firmó inmediatamente	12	15	13	14	12	16	17	14	9
Menos de 1 día	26	28	33	27	21	28	25	26	31
1 a 7 días	42	37	39	40	40	39	35	41	42
Más de 1 semana	20	20	16	20	27	16	24	18	18

Por lo tanto, el comparador de planes debería construirse considerando el valor agregado que responde a las necesidades de los usuarios:

1. ¿Qué prestaciones de salud son las más frecuentes para mi familia (ciclo de vida familiar)? ¿cuántas veces se estima que haré uso de ellas?, ¿cuáles son las enfermedades o estados de salud más comunes para él o ella (solteros sin hijos) o para los miembros de mi familia?
2. ¿Cuál es el hospital, clínica o centro médico en que compraré el servicio? ¿Cuánto es lo que debo pagar como valor final?
3. ¿Cuánto es lo que tengo que pagar al año por esas prestaciones? ¿Cuánto debo pagar por el plan de salud en los mismos períodos?

1.3. Atributos claves del comparador

Los elementos claves de comparación que permiten dar respuesta a las necesidades de los usuarios de Isapre al elegir un plan de salud son cuatro, 1) tipo de prestación con su frecuencia anual, 2) el monto en pesos del copago de esa prestación en un determinado prestador de salud, 3) el monto expresado en pesos de lo que paga al año por el riesgo de enfermarse (corresponde al gasto total estimado año por concepto de prestaciones de salud según su grupo familiar) y 4) el monto expresado en pesos de lo que le costará el plan de salud al año.

Por lo tanto, se entenderá por:

1. Tipo de prestación y su frecuencia estimada al año (ambulatoria-hospitalaria), ésta tiene la característica de ser focalizada de acuerdo a la composición del o de los miembros que serán beneficiarios del plan de salud. Lo anterior, significa que el Comparador no

muestra todas las prestaciones, sino que, sólo señala las que se condicen con aquellas de mayor frecuencia y costo de la familia en cuestión.

No obstante, existen algunas prestaciones que son transversales a los distintos grupos etarios y sexo, ejemplo la consulta médica en que sólo cambiará su frecuencia.

2. El monto en pesos que paga el usuario por esa prestación en determinado prestador de salud. Se ha pensado en una unidad monetaria porque es un elemento de uso cotidiano para las personas cuando comparan lo que tienen que pagar. “pensar y decidir en fácil”.

A modo de ejemplo se integra el punto 1 y 2:

Total de Consultas médica estimadas para el grupo familiar: 10 veces al año, en el centro médico en convenio Integramédica pagará \$50.000 al año y en centro médico de la Clínica Santa María, si prefiere la libre elección pagará \$150.000

3. El monto en pesos que debe pagar el usuario al año, estimado como el gasto total en pagos de bolsillo (o copagos) debido a las prestaciones consumidas, en el supuesto que ocurrieran.
4. El monto en pesos que debe pagar el usuario al año, por la cotización pactada por ese plan de salud.

En definitiva el contexto sobre el cual se elabora el Comparador es:

- a) Premisa básica, la comparación entre planes se realizará con la misma prestación, la misma frecuencia y en el mismo prestador.
- b) Nombre del Comparador será la identidad
- c) Diseño y formato amigable
- d) Glosa de la prestación que incluye nombre, considera un traductor de su significado, y componentes del valor final, ejemplo, nombre: Apendicectomía; Traductor del significado de la prestación: Extirpación del apéndice; Componentes que incluye la prestación: HMQ, derechos de pabellón 5, tres días cama, insumos y materiales clínicos y medicamentos.
- e) Nombre de fantasía de la clínica u hospital y centro médico en convenio
- f) Pago usuario expresado en pesos chilenos por la prestación nominada en el centro de salud ambulatorio y hospitalario en convenio.
- g) Nombre de fantasía de la clínica u hospital y centro médico en modalidad de libre elección.
- h) Pago usuario expresado en pesos chilenos por la prestación nominada en el centro de salud ambulatorio y hospitalario de libre elección.
- i) Monto expresado en pesos chilenos del valor total que se estima gastará al año en prestaciones de salud.
- j) Monto expresado en pesos chilenos del valor total que costará el plan de salud.
- k) Mensajes de advertencia que señalan que lo que muestra el Comparador es una simulación que contribuye a la elección y que sus cálculos corresponden a una fecha determinada.
- l) Llevar al usuario a que tenga mucho conocimiento de su plan de salud, como lo hace en otras áreas de consumo, existiendo como patrón básico de comportamiento bidireccionalidad en la información y no unidireccional como es percibida por los

clientes de las Isapres. En el sentido, que la sensación es de desconfianza, por ejemplo, por la letra chica.

II. Objetivos

3.1. Objetivos generales

Elaborar una herramienta que permita al usuario de Isapre comparar las coberturas de los distintos planes de salud

2.1. Objetivos específicos

1. Identificar las principales prestaciones de salud según edad y sexo asociadas a la atención ambulatoria.
2. Identificar las principales enfermedades que requieren de hospitalización y sus prestaciones de salud asociadas que se presentan en las distintas etapas evolutivas de la vida.
3. Proponer los atributos que debe contener el Comparador que proporcionen valor al usuario, flexibilidad y adaptabilidad para una mejor comparación del plan de salud.
4. Proponer una conceptualización de las prestaciones contenidas en el Comparador que sean percibidos con beneficios funcionales respecto de un lenguaje claro, simple y que tenga significado para lo que el usuario necesita.
5. Favorecer la participación del usuario en la toma de decisión del plan de salud.
6. Proponer un concepto diferencial de una palabra que logre identidad en el tiempo respecto al nombre del Comparador.
7. Identificar los mecanismos por los cuales se podría co-crear el Comparador a lo largo del tiempo, conjuntamente con el usuario, establecer canales de para el mejoramiento continuo de este instrumento.
8. Proponer una maqueta que muestre los pasos que debe seguir el usuario para comparar planes de salud en una propuesta digital.

III. Metodología

La metodología se desarrolla fundamentalmente con un estudio de tipo descriptivo que permitió conocer la distribución - características de edad y sexo respecto de las patologías y prestaciones de salud que afectan a los usuarios de Isapres. Asimismo, se revisan los valores en pesos de determinadas prestaciones de salud, tanto en clínicas como en centros de salud en convenios con la Isapre.

Para comprender de mejor forma el proceso metodológico y las técnicas utilizadas fue necesario abordar las siguientes etapas:

Etapa I: Identificación de prestaciones más relevantes en frecuencia y gasto

Se efectuó una revisión de las bases de datos correspondientes a las prestaciones de salud bonificadas y a la de egresos hospitalarios de beneficiarios de Isapres ocurridas en el año 2008. Se trabajó con el universo que está conformado por 52.667.530 de prestaciones y 316.108 egresos hospitalarios.

Las prestaciones de salud más relevante se seleccionan bajo el criterio de mayor frecuencia y mayor gasto, el resultado arroja 47 prestaciones que representan un 58,1% del total de prestaciones bonificadas. Las restantes se disgregan en un misceláneo que dificulta su agrupación.

Las consultas médicas aparecen a la cabeza de la lista, seguidas por los días camas, derecho a pabellón, insumo - materiales clínicos y medicamentos, todas ellas, representan un 46,8% del gasto total. De este grupo, las consultas médicas son las que se llevan la mayor proporción del valor bonificado, con un 14,9% y los días camas, un 12,6%.

Por otro lado, la revisión de las actuales prestaciones deja en evidencia las nuevas tendencias en técnicas y procedimientos en medicina. En ese sentido, aparecen intervenciones de salud menos invasivas o aumento de la cirugía ambulatoria, eso hace que prestaciones que estaban registradas en la actual “Cartilla de Prestaciones Valorizadas”, queden obsoletas al no aparecer en los primeros lugares importancia.

Prestaciones	Valor Bonificado (Mill. de \$Pesos) A dic .2008	Porcentaje
1 CONSULTAS AMBULATORIAS	118.948	0,0%
2 DÍAS CAMA	100.619	0,0%
3 DERECHO A PABELLON	59.820	0,0%
4 INSUMOS Y MATERIALES CLÍNICOS	51.911	0,0%
5 MEDICAMENTOS	42.584	0,0%
6 CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA	10.134	0,0%
7 CONSULTAS HOSPITALARIAS	9.213	0,0%
8 DROGAS ANTINEOPLÁSICAS	9.191	0,0%
9 COLECISTECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA	5.367	0,0%
10 PARTO NORMAL	5.243	0,0%
11 APENDICECTOMÍA	2.894	0,0%
12 FACOÉRESIS	2.870	0,0%
13 ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL	2.718	0,0%
14 ESCANER ABDOME(HÍGADO, VÍAS Y VESÍCULA BILIAR, PÁNCREAS, BAZO)	2.628	0,0%
15 ATENCION DE MATRONA	2.569	0,0%
16 PERFIL BIOQUIMICO	2.385	0,0%
17 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (FRONTAL Y LATERAL)	2.342	0,0%
18 HISTERECTOMIA TOTAL O AMPLIADA POR VIA ABDOMINAL	2.283	0,0%
19 ESCANER DE CEREBRO	2.275	0,0%
20 PERFIL LIPIDICO	2.133	0,0%
21 CINTIGRAFÍA TIROIDEA	2.132	0,0%
22 MAMOGRAFÍA BILATERAL	2.111	0,0%
23 HEMOGRAMA	1.869	0,0%
24 RNM COLUMNA LUMBAR	1.799	0,0%
25 AMIGDALECTOMÍA	1.609	0,0%
26 HORMONATIROESTIMULANTE	1.580	0,0%
27 ESCANER DE ORBITAS MAXILOFACIAL	1.544	0,0%
28 ESCANER DE PELVIS	1.508	0,0%
29 CIRCUNCISIÓN FIMOSIS	1.385	0,0%
30 ECOTOMOGRAFÍA GINECOLOGICA	1.338	0,0%
31 REEDUCACIÓN MOTRIZ	1.055	0,0%
32 ATENCIÓN MEDICA DEL RECIEN NACIDO	932	0,0%
33 ANTÍGENO PRÓSTATICO ESPECÍFICO	864	0,0%
34 ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	717	0,0%
35 CAVIDADES PERINASALES	676	0,0%
36 RESECCIÓN PRÓSTATICA	481	0,0%
37 MASTECTOMIA RADICAL O TUMORECTOMIA C/VACIAMIENTO GANGLI	460	0,0%
38 ANGIOPLASTIA	443	0,0%
39 ADENOIDECTOMÍA	400	0,0%
40 CORONARIOGRAFÍA	369	0,0%
41 MIOMECTOMIA	285	0,0%
42 MASTECTOMIA PARCIAL (CUADRANTECTOMIA O SIMILAR) O TOTAL S	208	0,0%
43 ECG	325	0,0%
44 ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL ENFERMO EN UTI INTERMEDIO	114	0,0%
45 EJERCICIOS RESPIRATORIOS	533	0,0%
46 ECOCARDIOGRAMA DOPPLER A COLOR	826	0,0%
47 PROTESIS ARTERIALES, O VASCULARES, STENT (ENDOPROTESIS)	1	0,0%
Subtotal Gasto Bonificado	463.694	58,1%
Total Gasto Bonificado	798.694	100,0%

Etapa II: Identificación de patologías más frecuentes según tramo etario y sexo

La información para la identificación de las patologías se extrajo desde la Base de Datos de Egresos Hospitalarios.

2.1. Identificación de patologías y prestaciones hospitalarias

Esta fase fue necesario reconocer el diagnóstico de la enfermedad que originó la hospitalización del beneficiario a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Código CIE 10. Con el objeto de comparar la carga de enfermedad de los usuarios resultante en 2008, se extrajo información del año 2007, consiguiendo la misma estructura de morbilidad, la cual además, se condice con algunos de los principales problemas de salud nominados en el AUGE-GES.

El criterio de selección de estas patologías fue la significancia que tienen para el usuario desde la perspectiva de frecuencia y costo. Como resultado de lo anterior, se realizó un ranking de las patologías más importantes, que tienen estas personas de acuerdo a las variables de sexo y edad. A partir de esa información se han agrupado las patologías en tramos etarios como se muestra a continuación, destacando sólo aquellas enfermedades que revisten mayor relevancia.

Identificación de patologías de mayor frecuencia en hombres por tramo de edad

Código CIE 10	Glosa	Código A.F.	Glosa	Tramos (Años)
N47	PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	1902082	CIRCUNCISION	2-8
J35.3	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS CON H.DE LAS ADENOIDES	1302029	AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL	2-8
J35.2	HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	1302028	ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)	2-8
K35	APENDICITIS AGUDA	1702053	APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC. AUT.)	9-27
J34.2	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	1302052	RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTIA, CUALQUIER TÉCNICA	28-45
H52.1	MIOPIA	1202078	Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica de Córnea	28-38
I21	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	1701019	CINECORONARIOGRAFIA DERECHA Y/O IZQUIERDA	45-60
I22	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	1701031	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA	45-60
N40	HIPERPLASIA DE PRÓSTATA	1902055	ADENOMA O CANCER PROSTATICO, RESECCION ENDOSCOPICA	60-75
H26.9	CATARATA	1202064	FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	65-80
I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO			60 y más

Identificación de patologías de mayor frecuencia en mujeres por tramo de edad

Código CIE 10	Glosa	Código A.F.	Glosa	Tramos (Años)
J35.3	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS CON H.DE LAS ADENOIDES	1302029	AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL	2-8
J35.2	HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	1302028	ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)	2-8
K35	APENDICITIS AGUDA	1702053	APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC. AUT.)	9-27
O82	PARTO UNICO POR CESAREA	2004006	CESAREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMIA	18-41
O80	PARTO UNICO ESPONTANEO	2004003	PARTO PRESENTACION CEFALICA O PODALICA	28-38
D25.9	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	2003010	HISTERECTOMIA TOTAL O AMPLIADA POR VIA ABDOMINAL	42-53
C50.9	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	2002002	MASTECTOMIA PARCIAL	44-69
C50.9	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	2002003	MASTECTOMIA RADICAL O MASTECTOMIA TOTAL	44-69
H26.9	CATARATA	1202064	FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	65-80
K80	COLELITIASIS	1802081	COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPLETO	50-61

2.1.1. Prestación de salud hospitalaria: Agrupar pensamientos, todo incluido

Se ha visto que no sólo los consumidores diferentes comparten muchos pensamientos y sentimientos profundos sobre las necesidades que tienen sobre un producto o servicio, sino que la manera en que los constructos se relacionan es también compartida por personas que son

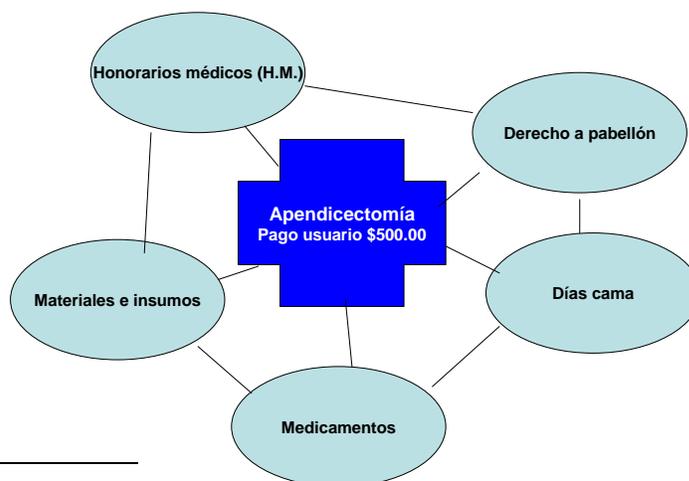
diferentes en todo lo demás⁵. En este contexto, se podría decir que los usuarios de Isapre no se comportan de manera distinta, porque la prestación hospitalaria (considerada como constructo), llámese parto, infarto agudo al corazón u otro, en el momento de observarla en el Comparador, hace que la persona experimente la importante acción de agrupar pensamientos para darle un significado que es lo que impulsa la conducta del cotizante que está eligiendo un plan de salud.

En un estudio realizado por la Superintendencia de Salud se comprobó que, al mostrarle la actual “Cartilla de Prestaciones Valorizadas” y preguntarles sobre que representaba el valor de lo que ellos tenían que pagar por la “Cesárea”, la gran mayoría de ellos, creía que esa cifra representaba todo lo debían pagar por esa intervención quirúrgica. En circunstancia que no era así, ya que, sólo representa los honorarios médicos quirúrgicos⁶. Lo mismo ocurrió al preguntarles en los distintos grupos por el parto, la apendicectomía y la colecistectomía.

Lo más frecuente es que la persona que acude a hospitalizar a un familiar por un parto, su preocupación final es buscar solución a esa necesidad, que los atiendan “bien” (madre y niño), que el niño nazca sano y que la cuenta que tiene que pagar por esa hospitalización no se aleje de lo que él estima le saldría.

Por lo tanto, los constructos aislados de honorario médico, derecho a pabellón o día cama entre otros, pueden ser forzados a instalarse en el pensamiento de las personas, sin embargo, la idea es que los constructos en redes y funcionando juntos se conciben con la conformación natural del pensamiento. De esta manera, tiene lógica el concepto de “todo incluido” con un sólo valor final, para aquellas prestaciones que son de origen hospitalario. Los constructos relacionados se conciben como un todo, en el sentido que para las personas resulta más funcional pensar en un solo valor final al momento de pagar la hospitalización, que pensar en el pago de bolsillo correspondiente a cada constructo por separado.

Por lo tanto, el nuevo Comparador incorpora la idea de constructo principal que es la prestación que aparece nominada en el ejemplo como “apendicetomía”, ésta integra la red de constructos de los ítems que representan el mayor gasto como son: honorarios médicos, días cama, derecho a pabellón, insumos y medicamentos, que en su totalidad generan un pago único de \$500.000 de acuerdo al plan que cotiza.



⁵ Cómo piensan los consumidores, Gerald Zaltman. Significado de “constructo”, es el rótulo o etiqueta que le pone el investigador a un pensamiento consciente o inconsciente del usuario que ese investigador ha identificado. Estos constructos se contactan con otros para formar un mapa de consenso.

⁶ Estudio cualitativo Dimensiones de Valor en la Elección del Plan de Salud, año 2008.

De los ítems que representan el mayor gasto de la prestación total se ha comprobado que los honorarios médicos, derecho a pabellón y días cama alcanzan en promedio el 80 a 85 por ciento del gasto total de la prestación. Las excepciones son aquellas patologías que, dentro de las prestaciones incluyen una prótesis o las de origen médico (no quirúrgico) en que los días cama, medicamentos e insumos concentran el mayor porcentaje del gasto.

El emplear este concepto como medio de comparación responde a la lógica de cómo piensan las personas en el cotidiano que quieren soluciones para comparar y satisfacer lo que necesitan. Asimismo, favorece la transparencia y elimina los indicios negativos de desconfianza en el usuario, porque le están mostrando la prestación como él piensa, como acostumbra a comparar.

2.1.2. Identificación de prestaciones ambulatorias

La metodología responde al mismo criterio que se utilizó para la selección de enfermedades más relevantes, es decir, se han seleccionado las prestaciones ambulatorias de acuerdo a la frecuencia y gasto.

El gasto en bonificación por prestaciones ambulatorias, a diciembre de 2008, fue de 251.925 millones de pesos, de este total las consultas médicas como proporción del gasto ambulatorio representan un 43%, los exámenes de imagenología un 19,3% y los exámenes de laboratorio con un 13,5%.

En este sentido, las consultas médicas y algunos exámenes de laboratorio tales como, perfil lipídico, Hormona Tiroestimulante (TSH) y hemograma serán prestaciones transversales a todos los grupos etarios y sexo. No obstante lo anterior, se informarán exámenes específicos para determinados grupos objetivos que estén en riesgo de hacer uso de esa prestación, por ejemplo, el antígeno prostático, ecocardiograma para hombres mayores de 50 años y mamografía para mujeres de 40 a 69 años. Del mismo modo, que las prestaciones hospitalarias se han agrupado las prestaciones ambulatorias específicas y su frecuencia según los distintos segmentos. A continuación se presenta la frecuencia en consultas médicas.

Frecuencia promedio de consultas médicas al año por tramo de edad y sexo

MUJER		HOMBRE	
Tramos de Edad	N° de Consultas año	Tramos de Edad	N° de Consultas año
0-1	10	0-1	10
2-6	5	2-6	5
7-11	3	7-10	3
12-14	2	11-42	2
15-21	3	43-55	3
22-26	4	56-65	4
27-37	5	66 y Más	5
38-47	4		
48-60	5		
61 y Más	6		

Etapa III: Prestadores de salud en convenio-libre elección y pago usuario

Esta herramienta surge por la necesidad de traducir el plan de salud en un valor, en una unidad evaluable por los ciudadanos comunes y que permita ordenar desde el mejor al peor plan.

El criterio utilizado será ver los gastos involucrados en un año durante el cual el afiliado cotizará y hará uso de su plan en prestaciones que le exigirán un pago de bolsillo. La pregunta que responderá este comparador es cuál de éstos planes me significa un menor desembolso de dinero en un año, que no es otra cosa que cuál plan me ofrece mejor cobertura al menor precio.

Para contestar a esta pregunta las Isapres tienen que contar con los precios de las prestaciones según el convenio con el prestador preferente. Cuando exista la posibilidad de sugerir un prestador preferente porque el plan ofrece varios, el Comparador deberá mostrar el prestador más caro de cada plan o bien el centro de salud preferido por el cotizante. Además necesitaremos los precios de libre elección del prestador que elija el consultante o que le sea sugerido para su elección. Esta lista de sugerencias podrá obedecer a aquellos prestadores establecidos en la comuna de su domicilio, a aquellos de la comuna de ubicación de su lugar de trabajo, o a otro criterio relevante para el consumidor y que todavía no se haya definido, que se deberá incluir en la medida que esta herramienta sea testeada. Asimismo, se requerirá saber la cobertura otorgada por el plan en cada prestación es decir el porcentaje que le cubre y el tope o monto máximo que pagará por ella.

La fórmula de cálculo de cada valor a pagar en cada prestación, deberá considerar la frecuencia establecida según las estadísticas de la Superintendencia, que serán suministradas anualmente por la autoridad y que, por lo tanto, serán para todas las Isapres las mismas.

En el caso del prestador preferente, el valor a pagar será resultado de aplicar la frecuencia al monto resultante de multiplicar el precio de convenio vigente por el porcentaje de cobertura, siempre y cuando este último resultado sea inferior al tope máximo por esa prestación, de otro modo, el valor a multiplicar por la frecuencia es el tope de la prestación.

En el caso del prestador de libre elección, el valor a pagar será resultado de aplicar la frecuencia al monto resultante de multiplicar el precio de lista del prestador por el porcentaje de cobertura, siempre y cuando este último resultado fuera inferior al tope máximo por esa prestación, de otro modo, el valor a multiplicar por la frecuencia es el tope de la prestación.

La primera parte, correspondiente al gasto de bolsillo debido a prestaciones, termina con la suma de todos los gastos de bolsillo antes calculados.

Finalmente, se calculará el monto total cotizado por el grupo familiar en un año y se sumará al monto de gasto en prestaciones. Lo que conforma el monto final a comparar entre planes para un año. Este horizonte de evaluación no es antojadizo sino que corresponde a la duración de los contratos de las Isapres.

Cabe señalar, que toda esta información está disponible en los sistemas de las Isapres pues son los datos que ellas utilizan cuando reembolsan un gasto efectuado por el afiliado.

Los datos comparados tendrán que tener una validez en el tiempo, por ejemplo, 15 días desde que se realizó la comparación, como cualquier otra oferta.

Se debe destacar que, al transparentar la oferta en un gasto concreto en un año y un monto cubierto se reducen las incertidumbres y se baja a nivel de cualquier consumo cotidiano, este comparador permitirá eliminar signos que son percibidos negativamente por los afiliados. El aseguramiento dejará de ser un concepto y se traducirá en un monto de dinero que se pagará del bolsillo del cotizante. La herramienta no hace mención al monto pagado por el seguro, porque este no es de interés del afiliado, lo que realmente hace transparente la oferta y desnuda el plan es saber el monto final que saldrá del bolsillo del afiliado, suponiendo que se cumplieran las frecuencias y las prestaciones que en promedio se ha estimado para cada grupo etéreo y sexo. Con esto, se quiere destacar la mirada desde el consumidor, evitando pararse desde el seguro, ya que se trata que los afiliados entiendan y comparen planes.

3. Cadena de suministro del Comparador

La cadena de suministro de los datos que contiene el Comparador respecto de prestaciones de salud más frecuentes y de mayor costo asociadas a distintos tramos etéreos por sexo es entregada por la Superintendencia de Salud. Esta información es extraída desde la base de datos “Prestaciones Bonificadas”, la cual en un proceso de automatización será entregada en un periodo determinado a Isapres. Por otro lado, la información correspondiente al cálculo de los copagos usuario para determinados prestadores de salud es proporcionada por las Isapres. Lo anterior, optimiza el flujo de información a lo largo de la cadena de suministros, involucra, responsabiliza y transparenta la comparación de planes.

IV. Propuesta nuevo Comparador

Las nuevas tecnologías son una oportunidad para el desarrollo de este proyecto, eso significa que el nuevo Comparador se sitúa como una herramienta complementaria del “Buscador de Planes” que se encuentran desarrollando las Isapres.

La idea es aprovechar el exponencial aumento en el uso de Internet, involucrar más al usuario en la elección y compra de su plan de salud, en un medio más atractivo que un documento que en general queda olvidado entre los otros papeles del contrato. El fin es construir una experiencia en el usuario, crear valor de esta decisión a través de una experiencia que sea percibida como útil respecto a un conjunto de beneficios.

Complementario a la vía de Internet se propone también el flujo que permitirá obtener el documento en papel como anexo oficial del contrato del plan de salud.

4. Diseño del Comparador y flujo del proceso de comparación

El orden de las columnas constituye una propuesta, puede estar sujeto a cambios. No obstante, los contenidos son los exigidos y está compuesto por una columna que detalla prestaciones ambulatorias y prestaciones hospitalarias. Para una mejor comprensión se expone un ejemplo a continuación.

4.1. Flujo de contacto a través de la página Web de Isapre

a) El usuario cotiza a través de un “Buscador de planes” por vía electrónica (en una Isapre puede estar las dimensiones definidas en el Buscador establecido actualmente u otras)

El cotizante completa los datos básicos:

- Ingreso: \$950.000
- 7 % de la renta mensual: \$66.500
- Adicional: \$25.000

Grupo familiar:

- Hombre: 36 años
- Mujer : 35 años
- Mujer : 6 años
- Hombre: 4 años

Centros de Salud que sean de su preferencia:

1. Ambulatorios (elige centros médicos de su preferencia o acepta sugerencias)
2. Hospitalarios (elige clínicas u hospitales de su preferencia o acepta sugerencias)

Luego de haber llenado estos datos básicos:

La Isapre muestra en su oferta tres planes, con precios y coberturas distintas:

- Plan 1, con Maternidad Básica, cobertura 70/90, precio del plan \$100.000.
- Plan 2, Cobertura 80/100, precio del plan \$150.00.
- Plan 3, Cobertura 80/100, precio \$200.000.

En ese momento se activa el Comparador como herramienta de comparación de estos tres planes, como se detalla en el punto b) siguiente:

b) Nuevo Comparador de planes de salud

Las prestaciones de salud en el Comparador funcionan como etiquetas aparecen las mismas en los tres planes de salud al igual que los centros de salud⁷.

Este compara las prestaciones de salud específicas para este grupo familiar. No obstante, existe la posibilidad de agregar más prestaciones si el cotizante quisiera hacerlo.

⁷ Ver planes 2 y 3, en Anexo número tres.

Diseño y contenidos del nuevo Comparador de Planes de Salud

Plan 1: Maternidad Básica, 70/90, precio del plan \$100.000

Cotización mensual=Precio plan= \$100.000

Prestaciones Ambulatorias	Número de veces al año	Pago usuario	
		Centro de Salud Preferente Integramédica	Centro de Salud en Libre Elección Centro médico Clínica Alemana
Consultas médica	28	\$ 100.800	\$ 700.000
Perfil Lipídico (examen de sangre; colesterol, triglicéridos)	2	\$ 2.739	\$ 51.600
TSH-Hormona tiroestimulante (examen de sangre que mide el nivel de hormona tiroidea)	1	\$ 2.100	\$ 18.000
Radiografía de Tórax	2	\$ 10.200	\$ 70.000
Escaner cerebral	1	\$ 14.100	\$ 97.000
Ecotomografía ginecológica	2	\$ 24.000	\$ 88.000
Estimación		\$ 153.939	\$ 1.024.600
Prestaciones Hospitalarias	Si su familia presentara esta enfermedad 1 vez al año	Centro de Salud Preferente	Centro de Salud en Libre Elección
		Clínica Santa María	Clínica Alemana
Amigdalectomía (extracción de las amígdalas)	1	\$ 44.250	\$ 264.750
Circuncisión Fimosis -Parafimosis (extirpación quirúrgica del prepucio del pene)	1	\$ 37.500	\$ 225.000
Parto cesárea	1	\$ 2.432.000	\$ 3.750.000
Estimación		\$ 2.513.750	\$ 4.239.750
A pagar al año por el grupo familiar (PAGO USUARIO - CO PAGO)		\$ 2.667.689	\$ 5.264.350
Pago anual por cotizaciones (valor del plan para el grupo familiar)		\$ 1.200.000	
Gasto anual estimado		\$ 3.867.689	

Las prestaciones son específicas para esa familia, en el caso de las prestaciones ambulatorias se sumarán las frecuencias promedio de cada miembro de la familia. En el ejemplo, los valores usados, tanto para frecuencia como para precios, no corresponden a cifras reales, sin embargo, el objetivo es ilustrar la metodología que subyace en el comparador. Entonces, las 28 consultas médicas corresponden a todas las consultas que en promedio realiza en un año un hombre de 36 años, más las de una mujer de 35 años y la de los niños de 6 y 4 años.

Realizado este procedimiento el Comparador entrega el resumen de los resultados de los tres planes de salud como se muestra en el cuadro siguiente.

Consolidado de Comparador de Planes de Salud

	PLAN 1: Maternidad básica, 70/90, precio \$100.000	PLAN 2: 70/90, precio \$150.000	PLAN 3: 80/100, precio \$200.000
A pagar al año por el grupo familiar (PAGO USUARIO - CO PAGO)	\$ 2.667.689	\$ 489.244	\$ 92.862
Pago anual por cotizaciones (valor del plan para el grupo familiar)	\$ 1.200.000	\$ 1.800.000	\$ 2.400.000
Gasto anual estimado	\$ 3.867.689	\$ 2.289.244	\$ 2.492.862

Si el cotizante elige el Plan 3, la Isapre imprimirá el Comparador que respalda los valores para ese plan y lo entregará como documento oficial en el anexo del contrato de salud.

Si el cotizante tiene antecedentes en la familia de infarto agudo al miocardio u otra patología que considere importante, podrá verificar el listado y agregar esta patología para ejercitar una nueva comparación.

El Comparador considera mensajes de advertencia para el usuario-consumidor, señalando que las enfermedades que están en la simulación pueden o no ocurrir, o pueden aparecer algunas

que no son las más frecuentes. Adicionalmente, destacará la fecha a la cual corresponde la simulación y la vigencia en días que tiene esta cotización.

4.2. Contacto a través del agente de ventas de la Isapre

Si el usuario elige la vía de contactarse con el vendedor, este último, se conectará al mismo sistema como si lo hiciera por la vía web. Si el cotizante fuera el mismo citado en el ejemplo anterior, debería ofrecer los mismos tres planes o más, ejercer su rol de asesor y entregar el Comparador correspondiente al plan elegido.

La ventaja para el cotizante es que una vez que se haya retirado el vendedor podrá hacer el ejercicio tranquilamente a través del Internet, incluso con participación de la familia. La ausencia de letra chica, advertencias y mensajes claros, genera confianza y transparencia.

5. Maqueta del Comparador: Propuesta de diseño digital, formato, color, nombre

Se ha considerado pertinente elaborar una propuesta del Comparador en una maqueta para reproducir la funcionalidad de este instrumento. Para este propósito se ha trabajado conjuntamente con la Facultad de Diseño de la Universidad del Desarrollo.

El aporte de la universidad en este proyecto constituye una gran ventaja dado que la propuesta considera el diseño digital, flujo de información y el nombre del Comparador, elemento de suma importancia para el posicionamiento de esta herramienta. Todo lo anterior, reconocidas áreas de dominio que se condicen con el expertise de los profesionales académicos de la Facultad de Diseño.

6. Concepto y construcción del nombre del comparador

El nombre del comparador será elemento clave de esta herramienta, es lo que viste a este producto, es el término, símbolo o concepto que las personas reconocen como tal. Se espera que el nombre sea lo suficientemente atractivo, para que los usuarios lo exijan, lo deseen para comparar, lo reconozcan y recuerden.

Lo anterior, conlleva a la implementación de estrategias de educación y difusión de los usuarios durante el proceso de introducción de este producto en el mercado.

Metodológicamente se han establecido algunos criterios para encontrar nombres que serán parte de la propuesta. Para este propósito en esta fase de la investigación se ha desarrollado las siguientes etapas:

- a) En la primera etapa, se establecen los criterios o elementos orientadores para la búsqueda de los nombres que estarán contenidos en la lista que servirá para el futuro testeo y elección del nombre final.

Los elementos a considerar son: 1) identidad verbal, 2) representación gráfica del nombre que es la identidad visual, 3) de palabras breves (economía visual y oral), 4) fácil de pronunciar-memorizar, 5) que su sonido sea agradable de escuchar, se ha visto que ciertas letras (ejemplos, "l", "t", "r") tienen un impacto positivo al escucharlas y 6) por sobre todo se asocie o evoque algo positivo, que puede relacionarse con protección,

seguridad, otro elemento cotidiano de salud o alguna característica de bienestar que signifique “algo” para la persona.

- b) Segunda etapa, proceso de creación e identificación de los nombres, se trabajó generando un brainstorming respetando los criterios establecidos. Posteriormente, se analizó las distintas propuestas, eliminando aquellos que no cumplen con las reglas de selección, finalmente, se proponen no más de cuatro nombres.
- c) La tercera etapa, se desarrollará el próximo año y pretende aplicar un testeo en una muestra de usuarios para elegir el nombre definitivo. Cabe señalar, que en este muestreo se dará la oportunidad de agregar nuevos nombres.

7. Aprendizaje en el uso del Comparador y retención del nombre

Finalmente, dejar planteado la necesidad de implementar, desde la Superintendencia de Salud, estrategias que permitan el aprendizaje en el uso del Comparador, la penetración de mensajes que estimulen la participación de los usuarios en la acción de comparar planes y de recordación - retención del nombre. Lo anterior, en el sentido de educarlos para lo que viene.

Por otro lado, efectuar mediciones de aprendizaje, de reconocimiento del Comparador, recordación del nombre y mediciones actitudinales. Del mismo modo, evaluar sistemáticamente los contenidos con el fin de mantener actualizado este instrumento. Asimismo, implementar alguna fórmula que ayuden a evitar o impidan distorsiones por parte de la Isapres, en el sentido, que éstas compitan sólo con las prestaciones elegidas y empeoren la cobertura en aquellas que no se muestran en la comparación.

Principales Conclusiones

- Los usuarios- consumidores tienen necesidades de salud que no son estáticas en el tiempo. Asimismo, las necesidades del grupo familiar inciden en la decisión de la compra del plan de salud, sin embargo, hoy no existe un espacio adecuado para ellas en el proceso de decisión de compra. En la situación actual, el vendedor sólo recogerá las necesidades que para él son relevantes, lo que no siempre coincide con las de la familia involucrada. Con el Comparador se generará un espacio para que más necesidades de la familia queden expresadas en esta decisión y por lo tanto generará mayor satisfacción con la misma.
- En la actual “Cartilla” existe una brecha de lenguaje que no permite su comprensión, un número de prestaciones que hacen que cognitivamente la persona no las retenga en su totalidad, no focaliza las prestaciones de acuerdo al segmento de usuarios que cotiza, entre otras características. Lo anterior, genera la necesidad de tomar en cuenta la composición del grupo familiar, el ciclo de vida, mejorar el lenguaje para una mejor comprensión, mejorar diseño, formato, vías de acceso más modernas y atractivas (que esta herramienta esté más “a la mano” en lo cotidiano, “lo necesito y lo tengo”).
- El beneficiario de Isapre al momento de pensar en el pago de una hospitalización lo identifica como un solo valor. Su pensamiento integra los distintos componentes de esa hospitalización, no existe una evaluación disgregada en la mayoría de los casos respecto a cuánto debe copagar por el derecho a pabellón, medicamentos, materiales clínicos, etc.

- Se identifican las principales patologías y prestaciones de salud asociadas a ellas según grupo etario y sexo. Esto permite segmentar para focalizar las patologías y prestaciones que son de interés del cotizante.
- Aparecen nuevas tendencias en las prestaciones de salud que representan técnicas médicas menos invasivas. Lo anterior, hace que prestaciones que estaban consideradas en la actual Cartilla no constituyen prioridad en la frecuencia y gasto de éstas.
- Los avances tecnológicos son una oportunidad para implementar el uso del Comparador e involucrar activamente a Isapres, cotizantes y grupo familiar.
- La próxima normativa deberá contener los plazos con los cuales se revisarán las frecuencias de prestaciones contenidas en la cartilla. La propuesta es que esto se realice anualmente, señalando su modificación o mantención de las mismas.
- La próxima normativa deberá establecer el plazo de vigencia que tiene el “comparador”, respecto de los valores o cifras en pesos que permiten cotizar. La propuesta es que la duración

Líneas futuras de investigación

1. Validar el conjunto de prestaciones asociadas a las distintas patologías que generan hospitalización con algunos prestadores de salud relevantes de este mercado, en especial días camas promedio.
2. Estudiar los mecanismos de implementación del nuevo Comparador en lo que respecta a la complementación de esta herramienta con el “Buscador de Planes”.
3. Implementar prueba de la herramienta nuevo Comparador.
4. Testear y elegir nombre del Comparador
5. Implementar estrategias de difusión y educación del usuario.
6. Efectuar mediciones de aprendizaje, de reconocimiento del Comparador, recordación del nombre y mediciones actitudinales.
7. Colaborar en el desarrollo de la normativa que regula en esta materia.

Agradecimientos especiales por su disposición y aportes a:

- Sra. Alejandra Amenabar, Decana, Facultad de Diseño, Universidad del Desarrollo
- Sr. Sergio Majluf, Director Académico de Diseño Digital, Universidad del Desarrollo
- Sra. Rosario Díaz, Directora Académica de Diseño Gráfico, Universidad del Desarrollo
- Sr. Marcelo Larroulet, Alumno de quinto año de Diseño Digital, que desarrolló el proyecto maqueta.

ANEXO

1. Planes de salud en el sistema Isapres

Isapre	Vigentes			En comercialización			Total
	Grupal	Individual	Total	Grupal	Individual	Total	Total
	N° de Planes	N° de Planes	N° de Planes	N° de Planes	N° de Planes	N° de Planes	N° de Planes
San Lorenzo	7	5	12	6	3	9	21
Fusat Ltda	15	643	658	57	16	73	731
Chuquicamata	6	3	9	24	8	32	41
Colmena	7.520	1.441	8.961	4.340	447	4.787	13.748
Río Blanco				20		20	20
Isapre Fundación	5	33	38	214	22	236	274
Cruz Blanca	319	3.990	4.309	528	386	914	5.223
Vida Tres	16	5.283	5.299		233	233	5.532
Mas Vida	69	1.610	1.679	4	177	181	1.860
Cruz del Norte				5		5	5
Banmédica	228	9.808	10.036	19	285	304	10.340
Consalud	66	3.335	3.401	2.935	273	3.208	6.609
Total	8.251	26.151	34.402	8.152	1.850	10.002	44.404

2. Cartilla Actual de Prestaciones Valorizada

CARTILLA ACTUAL (selección de prestaciones valorizadas)

	PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS PRESTADORES			
		BONIFICACIÓN	TOPE \$	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	COPAGO \$	NUMERO DEL PRESTADOR(ES)
HOSPITALARIAS	PARTO NORMAL						
	Derecho de pabellón	90%	289,926				
	Honorarios médicos	90%	576,837				
	Honorarios matrona	90%	140,963				
	Atención inmediata recién nacido	90%	60,944				
	Visita neonatólogo	80%	29,098				
	PARTO POR CESÁREA						
	Derecho de pabellón	90%	393,471				
	Honorarios médicos	90%	708,633				
	Honorarios matrona	90%	140,963				
	Atención inmediata recién nacido	90%	60,944				
	Visita neonatólogo	80%	29,098				
	APENDICECTOMÍA						
	Derecho de pabellón	90%	393,471				
	Honorarios médicos	90%	511,178				
	COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA						
	Derecho de pabellón	90%	917,820				
	Honorarios médicos	90%	929,066				
	HISTERECTOMIA TOTAL						
	Derecho de pabellón	90%	557,352				
	Honorarios médicos	90%	1,234,845				
	AMIGDALECTOMÍA						
	Derecho de pabellón	90%	227,466				
	Honorarios médicos	90%	389,781				
	CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
	Derecho de pabellón	90%	1,803,213				
	Honorarios médicos	90%	3,601,035				
	EXTIRPACIÓN DE TUMOR/QUISTE ENCEFÁLICO						
	Derecho de pabellón	90%	1,379,997				
	Honorarios médicos	90%	1,800,513				
	DÍAS CAMA						
	Medicina	90%	193,968				
	Sala cuna	90%	193,968				
	UTI adulto	90%	339,479				
	UTI pediatría	90%	339,479				
	UTI neonatal	90%	339,479				
	MEDICAMENTOS Y MATERIAL CLÍNICO						
	Apendicectomía	90%	1,163,929				
	Hospitalización neumonía	90%	1,163,929				
	AMBULATORIAS	CONSULTAS					
		Consulta médica electiva	70%	29,028			
		Consulta psiquiátrica (tope anual)	70%	6,607			
		EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS					
		Hemograma	70%	3,072			
		Estudio de lípidos sanguíneos	70%	5,384			
		Perfil bioquímico	70%	5,667			
		Estudio histopatológico corriente	70%	13,255			
Exploración vitreoretinal		70%	9,194				
Electrocardiograma de reposo		70%	9,619				
Eccardiograma Doppler		70%	87,137				
Gastroduodenoscopia		70%	181,693				
IMAGENOLOGÍA							
Mamografía bilateral		70%	23,566				
Tomografía axial computarizada		70%	69,847				
Ecotomografía abdominal		70%	27,751				
Ecotomografía ginecológica		70%	14,688				
MEDICINA FÍSICA							
Ejercicios respiratorios		70%	2,603				
Reeducación motriz		70%	1,535				

3. Constructo prestación principal y prestaciones asociadas

ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)

Honorario médico
1 día cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho a pabellón - 5
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILA

Honorario médico
1 día cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho a pabellón - 5
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULA

Honorarios médicos
3 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho a pabellón - 7
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

ADENOMA PROSTATICO, RESECCION ENDOSCOPICA

Honorarios médicos
5 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho a pabellón -8
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O

Honorario médico
1 día cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho a pabellón - 5
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

PARTO PRESENTACION CEFALICA O PODALICA, C/S E

Honorario médico
Honorario matrona
2 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
2 días cama sala cuna
Derecho a pabellón -6
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

CESAREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOM

Honorarios médicos
Honorario matrona
3 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
3 días cama sala cuna
Derecho a pabellón - 7
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

CINECORONARIOGRAFIA DERECHA Y/O IZQUIERDA (I
ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA PROCED

Honorario médico Coronariografía
Honorarios médicos Angioplastia
2 días cama UTI
3 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho pabellón Coronariografía-4
Derecho pabellón Angiografía-5
Prótesis arteriales o vasculares, Stent (Endoprótesis)
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

CANASTA NEUMONÍA

3 Consultas de médico interconsultor
6 Consultas médico tratante a enfermo hospitalizado
6 Días cama UTI
5 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

CANASTA ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO NO HI

9 Consultas médico tratante a enfermo hospitalizado
6 Consultas de médico interconsultor
9 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
6 Días cama Intermedio
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

HISTERECTOMIA TOTAL O AMPLIADA POR VIA ABDOM

Honorarios médicos
3 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho pabellón - 8
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos

CANCER DE MAMA-TOTAL

Honorarios médicos
3 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho pabellón - 7
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos
Drogas antineoplásicas

CANCER DE MAMA-PARCIAL

Honorarios médicos
3 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho pabellón - 7
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos
Drogas antineoplásicas

CANCER DE MAMA RECONSTRUCCION DE MAMARIA

Honorarios médicos
3 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho pabellón - 7
Insumos y materiales clínicos
Medicamentos
Protésis mamaria

COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PRO

Honorarios médicos
2 días cama en pieza individual con 1 cama con baño
Derecho pabellón - 7
Insumos y materiales clínicos

Medicamentos

4. Planes Alternativos en el nuevo Comparador

Plan 2, cobertura 70/90

Cotización mensual=Precio plan= \$150.000

Prestaciones Ambulatorias	Número de veces al año	Pago usuario	
		Centro de Salud Preferente	Centro de Salud en Libre Elección
		Integramédica	Centro médico Clínica Alemana
Consultas médica	28	\$ 100.800	\$ 700.000
Perfil Lipídico (examen de sangre; colesterol, triglicéridos)	2	\$ 2.739	\$ 51.600
TSH-Hormona tiroestimulante (examen de sangre que mide el nivel de hormona tiroidea)	1	\$ 1.855	\$ 15.600
Radiografía de Tórax	2	\$ 10.200	\$ 70.000
Escaner cerebral	1	\$ 14.100	\$ 97.000
Ecotomografía ginecológica	2	\$ 9.600	\$ 72.000
Estimación		\$ 139.294	\$ 1.006.200
Prestaciones Hospitalarias	Si su familia presentara esta enfermedad 1 vez al año	Centro de Salud Preferente	Centro de Salud en Libre Elección
		Clínica Santa María	Clínica Alemana
Amigdalectomía (extracción de las amígdalas)	1	\$ 44.250	\$ 264.750
Circuncisión Fimosis -Parafimosis (extirpación quirúrgica del prepucio del pene)	1	\$ 37.500	\$ 225.000
Parto cesárea	1	\$ 268.200	\$ 1.500.000
Estimación		\$ 349.950	\$ 1.989.750
A pagar al año por el grupo familiar (PAGO USUARIO - CO PAGO)		\$ 489.244	\$ 2.995.950
Pago anual por cotizaciones (valor del plan para el grupo familiar)		\$ 1.800.000	
Gasto anual estimado		\$ 2.289.244	

FAMILIA HOMBRE 36, mujer 35, mujer 6, hombre 4

Plan 3, cobertura 80/100

Cotización mensual=Precio plan= \$200.000

Prestaciones Ambulatorias	Número de veces al año	Pago usuario	
		Centro de Salud Preferente	Centro de Salud en Libre Elección
		Integramédica	Centro médico Clínica Alemana
Consultas médica	28	\$ 67.200	\$ 700.000
Perfil Lipídico (examen de sangre; colesterol, triglicéridos)	2	\$ 1.826	\$ 50.600
TSH-Hormona tiroestimulante (examen de sangre que mide el nivel de hormona tiroidea)	1	\$ 1.236	\$ 15.000
Radiografía de Tórax	2	\$ 6.800	\$ 66.800
Escaner cerebral	1	\$ 9.400	\$ 92.000
Ecotomografía ginecológica	2	\$ 6.400	\$ 70.000
Estimación		\$ 92.862	\$ 994.400
Hospitalario	Si su familia presentara esta enfermedad 1 vez al año	Centro de Salud Preferente	Centro de Salud en Libre Elección
		Clínica Santa María	Clínica Alemana
Amigdalectomía (extracción de las amígdalas)	1	\$ -	\$ 221.250
Circuncisión Fimosis -Parafimosis (extirpación quirúrgica del prepucio del pene)	1	\$ -	\$ 187.500
Parto cesárea	1	\$ -	\$ 1.318.000
Estimación		\$ -	\$ 1.726.750
A pagar al año por el grupo familiar (co pago)		\$ 92.862	\$ 2.721.150
Pago anual por cotizaciones (valor del plan para el grupo familiar)		\$ 2.400.000	
Gasto anual estimado		\$ 2.492.862	

FAMILIA HOMBRE 36, mujer 35, mujer 6, hombre 4

5. Ejemplo de caso

The screenshot shows a web browser window titled "Cotizador de Planes - Windows Internet Explorer". The address bar shows a local file path. The page content includes:

- A dropdown menu for "Cotizante" (insured person).
- Four beneficiary rows, each with a "Carga" (load) dropdown, gender radio buttons (Masculino/Femenino), and an age input field. The ages are 59, 50, 24, and 2.
- A green plus button labeled "Agregar más beneficiarios".
- A section titled "Información del Costo del Plan" with input fields for "Ingreso Mensual (Imponible)", "Cotización Mínima Obligatoria (7%)", and "Cotización Adicional", and a dropdown for "Región de Residencia" set to "REGIÓN METROPOLITA".
- A section titled "Características del Plan" with a checkbox for "Cobertura Reducida de Parto".
- A purple "continuar" button at the bottom.

The Windows taskbar at the bottom shows the Start button, several open applications, and the system clock at 11:47.

Cotizador de Planes - Windows Internet Explorer

C:\Documents and Settings\mpezoa\Configuración local\Temp\Rar\$EX31.906\Buscador Planes Familia 2\segund: Live Search

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda X Ask Más X

Favoritos Sitios sugeridos Galería de Web Slice

Cotizador de Planes

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que esta página web ejecutara scripts o controles ActiveX que podrían obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para ver opciones...

SUPERINTENDENCIA DE SALUD GOBIERNO DE CHILE

ENFERMEDADES MÁS COMUNES ASOCIADAS A LAS CARACTERÍSTICAS DE SU GRUPO FAMILIAR.

Prestadores Preferentes: Clínica Santa María, Clínica Alemana, Integramédica

PRESTACIONES AMBULATORIAS

- Consulta Médica [?]
- Perfil Lipídico (examen de sangre; colesterol, triglicéridos)[?]
- Perfil Bioquímico (examen de sangre que mide 16 parámetros: glicemia, colesterol, uremia, etc)[?]
- TSH-Hormona Tiroestimulante (examen de sangre que mide el nivel de hormona tiroidea)[?]
- Mamografía Bilateral (Radiografía de la mama) [?]
- Electrocardiograma [?]
- Ecocardiograma Doppler a Color [?]
- Ecotomografía Ginecológica [?]

PRESTACIONES HOSPITALARIAS

- Angioplastia por Infarto Agudo al Miocardio (Instalación de stent en arterias ocluidas)[?]
- Circunción Fimosis-Parafimosis (Extirpación quirúrgica del prepucio del pene)[?]
- Mastectomía Parcial por Cáncer de Mama (Cirugía que extrae el cáncer y conserva la mama)[?]
- Parto Cesarea [?]

¿Le interesa incluir otras enfermedades para la evaluación? Sí No

Listo Mi equipo 100%

Inicio > Re: soli... COMPAR... COMPAR... Microsoft ... ~357189... Cotizador... 11:47

Cotizador de Planes - Windows Internet Explorer

C:\Documents and Settings\mpezoa\Configuración local\Temp\Rar\$EX35.359\Buscador Planes Familia 2\tercera...

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda X Ask Más X

Favoritos Sitios sugeridos Galería de Web Slice

Cotizador de Planes

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que esta página web ejecutara scripts o controles ActiveX que podrían obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para ver opciones...

PRESTACIONES AMBULATORIAS	Números de Veces al Año	PLAN 001 UF 4.78 (Ver Plan)		PLAN 002 UF 7.18 (Ver Plan)	
		INTEGRAMÉDICA	CENTRO MÉDICO CLÍNICA ALEMANA	INTEGRAMÉDICA	CENTRO MÉDICO CLÍNICA ALEMANA
Consulta Médica	28	\$ 100.800	\$700.000	\$ 68.400	\$475.000
Perfil Lipídico	2	\$ 2.739	\$51.600	\$ 2.739	\$51.600
Perfil Bioquímico	2	\$2.700	\$44.000	\$2.700	\$44.000
TSH-Hormona Tiroestimulante	1	\$ 2.100	\$18.000	\$ 1.855	\$15.600
Mamografía Bilateral	1	\$10.200	\$35.000	\$10.200	\$35.000
Electrocardiograma	1	\$14.100	\$97.000	\$10.200	\$70.000
Ecocardiograma Doppler a Color	1	\$21.900	\$39.000	\$21.900	\$39.000
Ecotomografía Ginecológica	2	\$9.600	\$72.000	\$9.600	\$72.000
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	Si su familia requiriese de esta prestación al menos 1 vez en el año	CLINICA SANTA MARÍA	CLINICA ALEMANA	CLINICA SANTA MARÍA	CLINICA ALEMANA
Angioplastia por Infarto Agudo al Corazón	1	\$180.000	\$880.000	\$180.000	\$880.000
Circuncisión Fimosis -Parafimosis	1	\$50.000	\$450.000	\$50.000	\$450.000
Mastectomía Parcial por Cáncer de Mama	1	\$250.000	\$1.060.000	\$50.000	\$225.000

Listo Mi equipo 100%

Inicio > Re: soli... COMPAR... COMPAR... Microsoft ... ~357189... Cotizador... 11:48

Cotizador de Planes - Windows Internet Explorer

C:\Documents and Settings\mpezoa\Configuración local\Temp\Rar\$EX35.359\Buscador Planes Familia 2\tercera.

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios sugeridos Galería de Web Slice

Cotizador de Planes

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que esta página web ejecutara scripts o controles ActiveX que podrían obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para ver opciones...

Ultrasonografía Bilateral	1	\$10.200	\$35.000	\$10.200	\$35.000
Electrocardiograma	1	\$14.100	\$97.000	\$10.200	\$70.000
Ecocardiograma Doppler a Color	1	\$21.900	\$39.000	\$21.900	\$39.000
Ecotomografía Ginecológica	2	\$9.600	\$72.000	\$9.600	\$72.000
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	Si su familia requiriese de esta prestación al menos 1 vez en el año	CLINICA SANTA MARÍA	CLINICA ALEMANA	CLINICA SANTA MARÍA	CLINICA ALEMANA
Angioplastia por Infarto Agudo al Corazón	1	\$180.000	\$880.000	\$180.000	\$880.000
Circuncisión Fimosis -Parafimosis	1	\$50.000	\$450.000	\$50.000	\$450.000
Mastectomía Parcial por Cáncer de Mama	1	\$250.000	\$1.060.000	\$50.000	\$225.000
Parto Cesárea	1	\$2.432.000	\$3.750.000	\$268.200	\$1.500.000
SUMA		\$2.912.689	\$6.140.000	\$679.939	\$3.886.600
COSTO ANUAL DEL PLAN DE SALUD		\$1.200.000	\$1.200.000	\$1.800.000	\$1.800.000
TOTAL ANUAL ESTIMADO		\$4.243.739	\$7.340.000	\$2.479.939	\$4.795.950

Nota: La estimación de costos y valores a pagar por el afiliado corresponden a información

continuar

Listo Mi equipo 100%

Inicio > Re: soli... COMPAR... COMPAR... Microsoft ... ~357189... Cotizador... 11:49