



PERFIL DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS EN EL SISTEMA ISAPRE AÑO 2004

Julio 2005

Este estudio descriptivo del perfil de las prestaciones médicas en el Sistema Isapre del año 2004, muestra la frecuencia de uso y el gasto asociado a las prestaciones, distribuidas por sexo y tramos de edad, de acuerdo a las distintas modalidades de atención y el tipo de prestador que las otorga, sea este público o privado. En este documento se agrega un listado de prestaciones vinculado con los primeros 25 problemas de las Garantías Explícitas en Salud (GES), según frecuencias de uso y montos facturados y bonificados.

1. Introducción

Las prestaciones médicas constituyen un conjunto de actividades y procedimientos sanitarios esenciales para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades. Son posibles de agrupar en: 1) atenciones médicas; 2) exámenes de diagnóstico; 3) procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico; 4) intervenciones quirúrgicas y 5) otras prestaciones. Todas ellas pueden ser otorgadas según una modalidad de atención ambulatoria u hospitalaria, ya sea por prestadores de salud públicos o privados.

En términos generales, las prestaciones médicas constituyen, por una parte, los procedimientos diagnósticos y las acciones sanitarias, esencialmente curativas, demandadas por la población usuaria o beneficiaria para el diagnóstico oportuno de la enfermedad y la recuperación de la salud y, por otra parte, representan en función de los ingresos operacionales los principales costos operacionales de las isapres, 66,3% y, con relación a la estructura de los costos, un 82,6% de los mismos.

El conocimiento del perfil de las prestaciones médicas, nos ayudará a comprender los fenómenos de la salud y enfermedad, valorar la importancia de los factores condicionantes¹ y conocer los costos asociados y, finalmente, definir las posibilidades de solución de los problemas de salud de acuerdo a los recursos y sistemas de organización disponibles.

2. Evaluación global de las prestaciones médicas (agrupadas)

1) Gasto total y *per-cápita* en las Isapres

La cantidad de beneficiarios promedio de 2004 alcanzó a 2.685.112 personas, correspondiendo un 52% a hombres y un 48% a mujeres. De acuerdo al total de beneficiarios y el monto total bonificado el año 2004, el gasto *per cápita* por prestaciones médicas asciende a la suma de \$178.103, lo que equivale, aproximadamente, a US\$ 309, representando un 65% (excluyendo

¹ Entre los factores condicionantes de salud, se encuentran las características biodemográficas de la población, siendo destacables el sexo y la edad, por cuanto suponen riesgos de enfermar diferentes.

los medicamentos e insumos) del monto total facturado *per cápita* que fue \$275.846, equivalente, aproximadamente, a US\$ 479².

C1.- GASTO PERCÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS, AÑOS 2003-2004

	Isapres año 2003	Isapres año 2004
Beneficiarios promedio	2.775.576	2.685.112
Monto bonificado (\$ mill)	\$ 490.071*	\$ 478.227*
Gasto <i>per cápita</i> (\$)	\$176.566*	\$178.103*

* Valores expresados en moneda a diciembre de 2004

Al comparar el gasto en prestaciones entre los años 2003-2004, podemos observar una disminución en el monto bonificado total de 2,4% y un aumento en el gasto *per cápita* de un 0,9% durante el año 2004 respecto del año 2003.

2) Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2004, (incluidos los medicamentos e insumos), que totalizan 45.589.011, en primer lugar se encuentran los exámenes diagnósticos que representan un 38%, seguido de las atenciones médicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico, con un 27% y 19%, respectivamente. Las intervenciones quirúrgicas representan sólo un 1% del total de las prestaciones. Lo anteriormente expuesto se muestra en el cuadro siguiente.

C2.- NÚMERO DE PRESTACIONES MÉDICAS, MONTOS FACTURADOS Y PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN OTORGADOS A LOS BENEFICIARIOS EN EL AÑO 2004

Prestaciones	Nº	%	Mill\$	%	% Bonificación Año 2004	% Bonificación Año 2003
Atenciones médicas	12.162.032	27%	203.014	25%	63%	66%
Exámenes de diagnóstico	17.392.841	38%	122.857	15%	70%	72%
Procedimientos de apoyo clínico/terapéutico	8.656.493	19%	94.289	11%	53%	57%
Intervenciones quirúrgicas	315.776	1%	128.952	16%	70%	71%
Otras prestaciones	2.285.984	5%	137.211	17%	69%	72%
Sin clasificar	1.767.812	4%	64.815	8%	57%	58%
SUBTOTAL	42.580.938		751.140		65%	67%
Medicamentos e insumos	3.008.073	7%	74.427	9%	74%	76%
TOTAL GENERAL	45.589.011	100%	825.567	100%	65%	68%

Las atenciones médicas representan un 25% del monto total facturado. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. Le siguen las intervenciones quirúrgicas y los exámenes diagnósticos con un 16% y 15%, respectivamente y, finalmente, los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico constituyen un 11%.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones, éste fluctúa entre un 53% y 70%, correspondiendo a los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico el porcentaje más bajo y a los exámenes diagnósticos y las cirugías los porcentajes más altos, existiendo una disminución porcentual de un 2% y 1%, respectivamente, con respecto a lo observado el año 2003.

² Para estos efectos se utilizó un tipo de cambio de \$576,17 por dólar = valor a diciembre de 2004.

El promedio de bonificación fue de un 65% del monto total facturado, es decir, dos tercios del monto total facturado es bonificado por la Isapre y el tercio restante es de cargo del beneficiario, lo que corresponde al co-pago.

El monto de las intervenciones quirúrgicas sólo destaca en términos de importancia relativa, tal como se observa en el cuadro N°3, por cuanto, siendo aún 22 veces mayor que el valor promedio de todas las prestaciones (\$18.109), alcanza un segundo lugar en los montos totales facturados, después de las atenciones médicas, tal como se expuso anteriormente.

C3.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PROMEDIOS POR PRESTACIONES MÉDICAS AÑOS 2003-2004

PRESTACIONES	Monto Facturado *		Monto Bonificado *		Co-pago *	
	(\$) Años		(\$) Años		(\$) Años	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Atenciones médicas	15.728	16.456	10.300	10.397	5.428	6.059
Exámenes diagnósticos	6.936	6.964	4.957	4.843	1.979	2.120
Procedimientos de apoyo	10.868	10.738	6.187	5.692	4.681	5.046
Cirugías	357.515	402.578	253.234	279.352	104.281	123.226
Otras prestaciones	55.028	59.172	39.605	40.927	15.423	18.246
Medicamentos e insumos	22.762	24.392	17.267	18.113	5.495	6.279

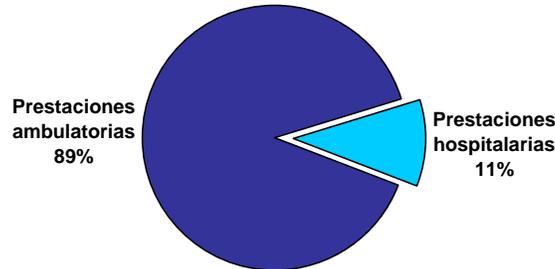
* Valores expresados en moneda a diciembre de 2004

Como puede observarse en el cuadro N° 3, durante el año 2004 las cirugías muestran en los montos facturados un incremento de un 12,6%, un aumento de los montos bonificados de un 10,3% y un aumento de los co-pagos de un 18,2%. En el resto de las prestaciones no se aprecian variaciones significativas entre los años 2003 y 2004.

3) Prestaciones médicas y modalidades de atención

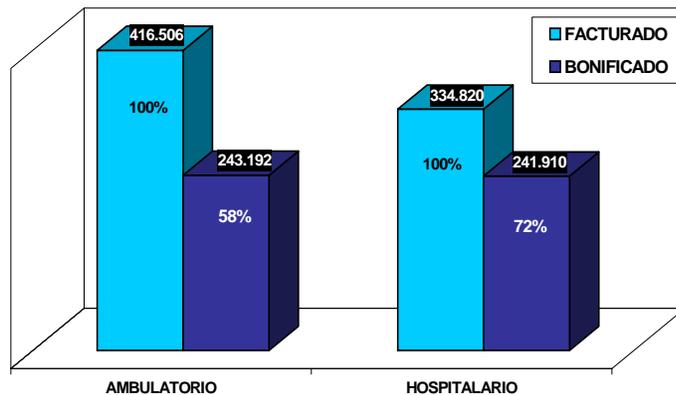
Las prestaciones médicas totalizan 42.580.938 (excluidos los medicamentos e insumos), de las cuales 38.080.576 se otorgan ambulatoriamente y 4.514.062 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 89% y 11%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico N°1, siendo muy similar a lo observado durante el año 2003, que fue de un 88% y 12%, respectivamente.

G1.- MODALIDADES DE ATENCIÓN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS - 2004



El monto total facturado ascendió a la suma de \$751.326 millones el año 2004, correspondiendo \$416.506 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$334.820 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 55% y un 45%, respectivamente. A su vez, las bonificaciones correspondientes, alcanzan a \$243.192 y \$241.910 millones, representando un 58% y 72%, respectivamente, lo que se representa en el gráfico siguiente.

G2.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS (mill \$) SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN AÑO 2004

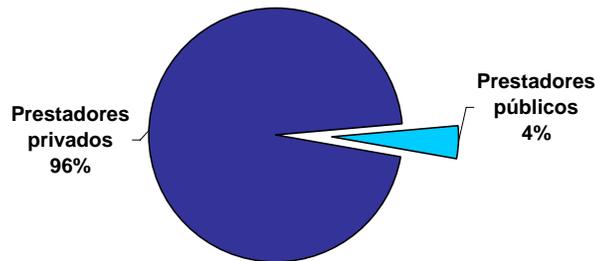


Cabe destacar el hecho que, aún cuando las atenciones de tipo hospitalario sólo representan el 11% del total de las prestaciones médicas otorgadas, éstas corresponden a un 45% del total de los montos facturados.

4) Prestaciones médicas y prestadores

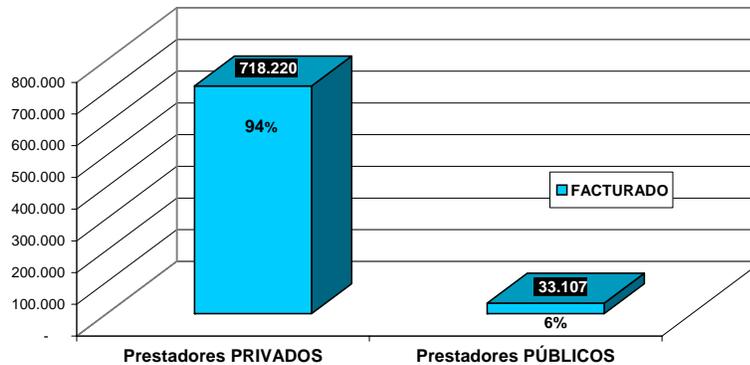
Del total de prestaciones médicas, que alcanzan a 42.580.938, un 96% fueron otorgadas por prestadores privados y, el 4% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el gráfico siguiente. Esta distribución porcentual fue similar a la observada durante el año 2003.

G3.- PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2004



Del total de montos facturados por concepto de prestaciones médicas durante el año 2004 \$718.220 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$33.107 millones por prestadores públicos, correspondientes a un 94% y 6%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

G4.- MONTOS FACTURADOS (mill \$) SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2004

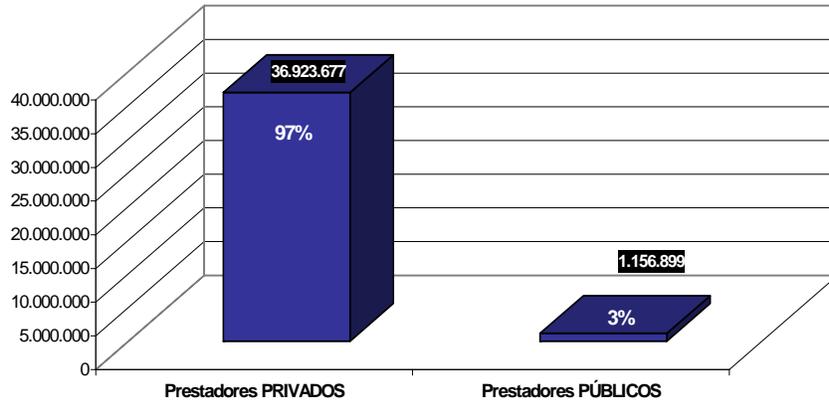


Al comparar estas cifras con las observadas durante el año 2003, con valores expresados en moneda a diciembre del año 2004, el incremento en los montos facturados en los prestadores privados fue de un 13,3%, a diferencia de lo que ocurrió en los prestadores públicos que presentó una disminución de un 12,4% (37.240 millones del año 2003 *versus* 32.638 millones del año 2004), lo que puede explicarse, principalmente, por un menor uso de la infraestructura hospitalaria pública por parte de los beneficiarios de las Isapres, como se expondrá más adelante.

Por otra parte, de un total de 38.080.576 de atenciones ambulatorias 36.923.677 fueron otorgadas por prestadores privados y 1.156.899 se realizaron con prestadores públicos, representando un 97% y 3%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente. Si se compara estas cifras con las observadas durante el año 2003, vemos que existe en los

prestadores privados un incremento de un 13% y una disminución en los prestadores públicos de un 6% en las atenciones ambulatorias, aún cuando las distribuciones porcentuales son similares a las observadas el año anterior.

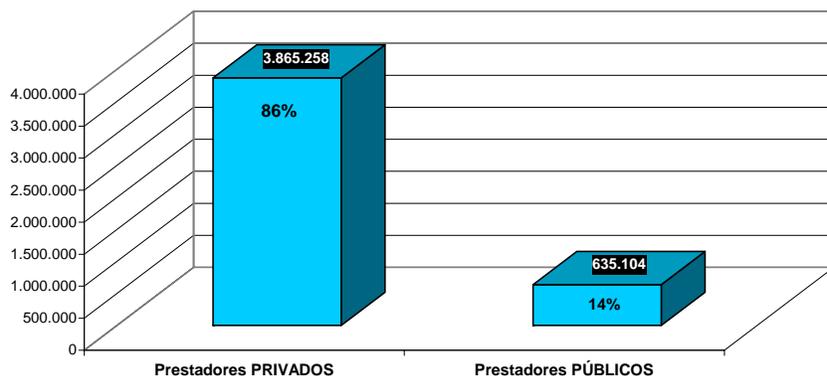
G5.- ATENCIONES AMBULATORIAS SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2004



A su vez, de un total de 4.500.362 atenciones hospitalarias, 3.865.258 fueron otorgadas por prestadores privados y 635.104 se realizaron con prestadores públicos, representando un 86% y un 14%, respectivamente, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

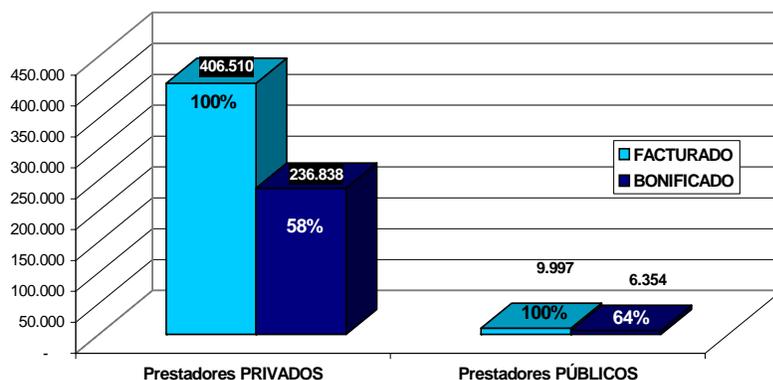
Al comparar estos datos con los observados durante el año 2003, podemos señalar que hubo un aumento de un 3% de las atenciones hospitalarias en prestadores privados (3.738.570 *versus* 3.865.258) y una disminución de un 10% de hospitalizaciones en prestadores públicos (704.718 *versus* 635.104). Con respecto a las distribuciones porcentuales, en los prestadores privados las atenciones hospitalarias subieron de un 84% a un 86% y en los prestadores públicos las atenciones hospitalarias disminuyeron de un 16% a un 14%.

G6.- ATENCIONES HOSPITALARIAS SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2004



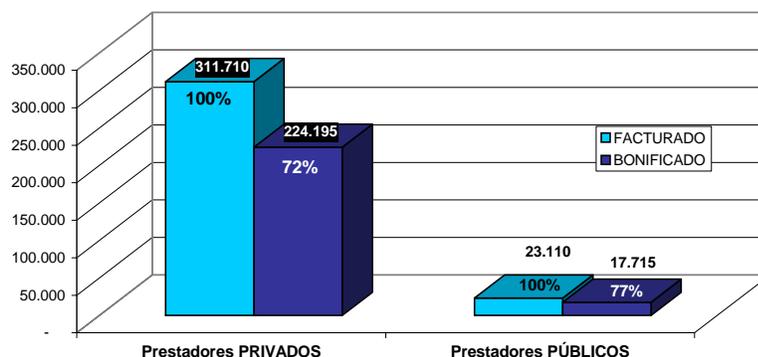
Por otra parte, de un total de \$406.510 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$236.838 millones, representando un 58%. A su vez, en los prestadores públicos fueron bonificados \$6.354 millones de un monto total facturado de \$ 9.997 millones, equivalente a un 64%, esto es superior en un 6% con relación a lo observado en los prestadores privados, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

G7.- ATENCIONES AMBULATORIAS FACTURADAS Y BONIFICADAS (mill \$) SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2004



Asimismo, de un total de \$311.710 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$224.195 millones, correspondiente a un 72%. A su vez, en los prestadores públicos fueron bonificados \$17.715 millones de un monto total facturado de \$23.110 millones, equivalente a un 77%, siendo la bonificación un 5% superior con relación a lo observado en los prestadores privados, lo que se representa en el gráfico siguiente.

G8.- ATENCIONES HOSPITALARIAS FACTURADAS Y BONIFICADAS (mill \$) SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2004



El hecho que los porcentajes de bonificación por parte de las Isapres, tanto en atenciones ambulatorias como hospitalarias, sean menores cuando las prestaciones médicas son otorgadas por prestadores privados, podrían explicarse por los precios facturados por prestación y por los topes de bonificación otorgados en los planes de salud.

3. Evaluación específica de las prestaciones médicas

1.a) Prestaciones médicas por sexo

El promedio de consultas médicas anuales por beneficiario fue de 4,3 y las mujeres tienen una frecuencia de consultas médicas 1,7 veces más que los hombres, por cuanto acuden más fácilmente a los servicios médicos y presentan una serie de afecciones y condiciones de salud distintas a los hombres, que se expondrán más adelante.

Con respecto a la cantidad de exámenes de laboratorio realizados, destaca el hecho que, tanto al hombre como a la mujer se les solicita, por lo menos, un examen de laboratorio por consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 17%. A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a un 26% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 22%, hechos que pueden estar relacionados con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y ginecológicos (tumores benignos y malignos).

Asimismo, las mujeres tienen 46% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil y ginecológicos (patología tumoral) y la elevada incidencia de patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas que presentan.

Por otra parte, la comparación de los indicadores de uso de las prestaciones por sexo y total entre los años 2003-2004, no permite evidenciar diferencias significativas, con excepción de las consultas médicas que tuvieron un incremento de un 13%, determinado por un aumento de las consultas médicas tanto en hombres como en mujeres.

Lo anteriormente expuesto se representa en el cuadro siguiente.

**C4.- FRECUENCIA DE CONSULTAS MÉDICAS, EXÁMENES DE LABORATORIO,
IMAGENOLÓGIA E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
POR BENEFICIARIO Y SEXO
AÑOS 2003-2004**

VARIABLES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Nº de consultas médicas anual por beneficiario	4.6	5.2	3.0	3.5	3.8	4.3
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	123	127	105	109	116	119
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	27	28	22	23	25	26
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	132	140	95	96	113	117

Por otra parte, al comparar diversos indicadores de uso de prestaciones, tales como el número de consultas por beneficiario, exámenes de laboratorio por 100 consultas, exámenes de imagenología por 100 consultas e intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios, entre el sistema privado y público de salud³, observamos valores menores en todos los indicadores, con excepción de la razón de exámenes de laboratorio por 100 consultas, que es un 43% mayor en el sistema público (119 *versus* 170), tal como se muestra en el cuadro siguiente.

**C5.- FRECUENCIA DE CONSULTAS MÉDICAS, EXÁMENES DE LABORATORIO,
IMAGENOLÓGIA E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
POR BENEFICIARIO EN ISAPRES (Año 2004) y FONASA* (Año 2003)**

	ISAPRE	FONASA*	Variación %
Nº de consultas médicas anual por beneficiario	4.3	2.6	-40%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	119	170	+43%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	26	22	-16%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	117	85	-27%

* Los indicadores del FONASA consideran datos de la MAI y MLE

Lo anterior pudiera explicarse, por una parte, en las Isapres -entre otras cosas- por la realización de una menor cantidad de exámenes de laboratorio como resultado de la aplicación de políticas de contención de costos, al usar protocolos o guías clínicas de atención en modelos de salud administrada, que obligan a racionalizar el uso de diferentes tipos de exámenes.

Por otra parte, en el Fonasa, la mayor cantidad de exámenes de laboratorio podría explicarse por una mayor oferta o disponibilidad de exámenes en los niveles de atención primarios (Consultorios) y secundarios (Centros de Referencia de Salud y Centros Diagnóstico-Terapéuticos). Asimismo, la inexistencia de protocolos de atención en los diferentes niveles de

³ Considera los datos de prestaciones de las Modalidades de Atención Institucional (MAI) y Libre Elección (MLE).

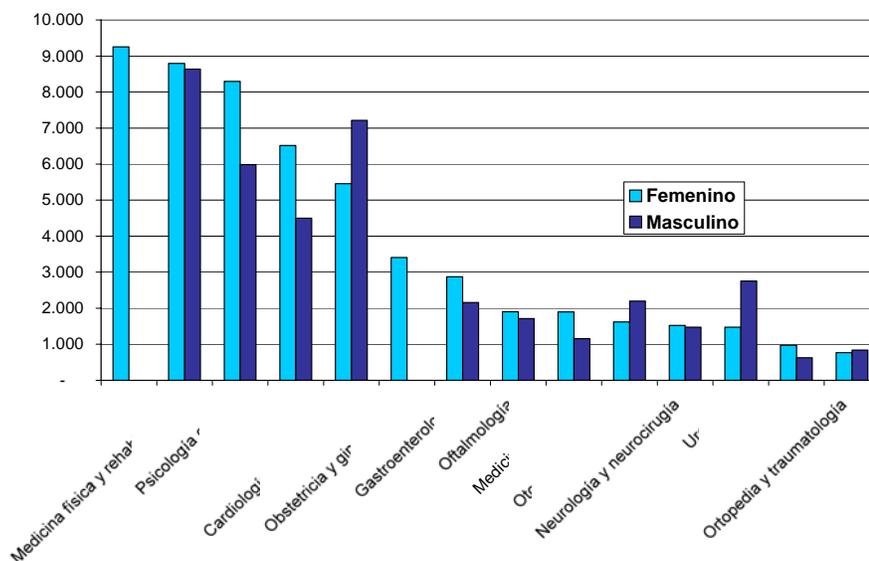
atención (primario, secundario y terciario), determinaría una mayor solicitud de exámenes prescindibles, como también la práctica médica habitual de solicitar la repetición de los exámenes si el paciente fue atendido previamente, para estudio o control de alguna patología, en otro nivel de atención.

A su vez, las diferencias existentes entre el Sistema Isapre y el Fonasa, en cuanto al número de consultas médicas anuales por beneficiario, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, alrededor de un 28% menos en el Fonasa, podrían explicarse, entre otras variables, por una oferta insuficiente de recursos -en grados variables- en infraestructura, equipamiento y determinados grupos de profesionales médicos especialistas, en los distintos niveles de atención. A esto podría agregarse la existencia de capacidad hospitalaria ociosa y la falta de disponibilidad horaria permanente, problemas de accesibilidad y limitaciones financieras de los beneficiarios para el co-pago de las prestaciones, ya que el Fonasa tiene los beneficiarios con la menor capacidad financiera.

1.b) Procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico

Entre los principales procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico que representan los mayores montos facturados en la mujer, se encuentran, en orden de importancia decreciente, las prestaciones por concepto de atención de parto, medicina física y rehabilitación, de psicología clínica y psiquiátricas, cardiológicas y neumológicas y, finalmente, de obstetricia y ginecología, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

G9.-MONTOS FACTURADOS POR PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLÍNICO Y/O TERAPÉUTICO POR SEXO - AÑO 2004 (mill \$)



En el caso del hombre, destacan la medicina física y rehabilitación, las atenciones psiquiátricas y de psicología clínica, las atenciones de cardiología y neumología, similar a lo observado en el caso de la mujer. Le siguen las atenciones urológicas y, finalmente, las prestaciones de otorrinolaringología.

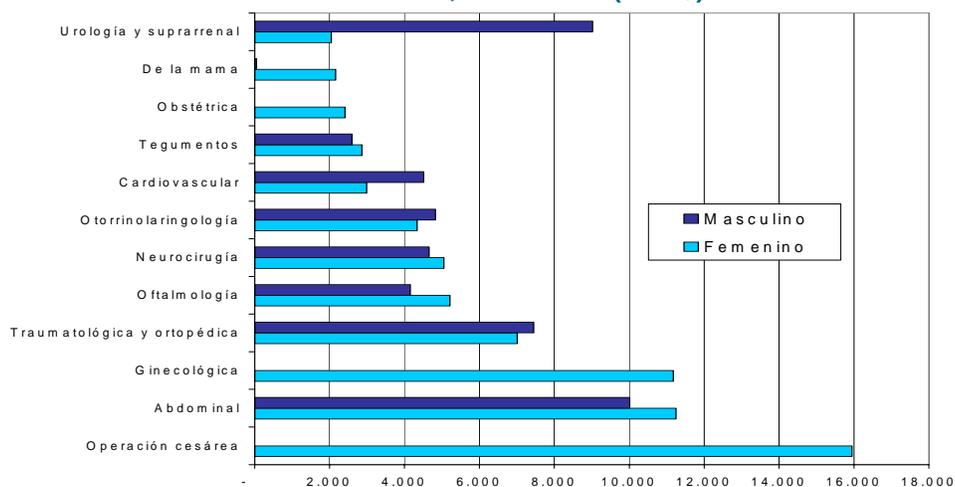
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a cardiología y neumología, urología, otorrinolaringología y, finalmente otorrinolaringología.

Cabe precisar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente son los siguientes: parto (76%), medicina física y rehabilitación (53%), atenciones psiquiátricas (28%) y de psicología clínica (32%), cardiología y neumología (65%), otorrinolaringología (39%) y urológicas (72%).

1.c) Intervenciones quirúrgicas

Con respecto a las principales intervenciones quirúrgicas que representan los mayores montos facturados en la mujer, se encuentran, en orden de importancia decreciente, las operaciones cesáreas y abdominales (Apendicitis, Hernias y patología vesicular), la cirugía ginecológica (tumores benignos y malignos), las cirugías traumatológica y ortopédica, oftalmológica y neuroquirúrgica, como se observa en el gráfico siguiente.

G10.-MONTOS FACTURADOS POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN SEXO, AÑO 2004 (mill \$)



En el caso del hombre, destacan la cirugía abdominal (por causas similares que en la mujer), urológica y suprarrenal (litiasis urinaria y patología prostática), traumatológica y ortopédica, otorrinolaringológica, neuroquirúrgica y, finalmente, las operaciones cardiovasculares.

Por otra parte, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a intervenciones quirúrgicas de urología y suprarrenal, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología y, finalmente, cirugía cardiovascular.

A su vez, cabe destacar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente son los siguientes: operación cesárea (74%), cirugía ginecológica (71%), abdominal (74%), traumatológica y ortopédica (64%), neuroquirúrgica (62%), oftalmológica (76%), urológica y suprarrenal (75%), otorrinolaringológica (65%) y, finalmente, las operaciones cardiovasculares (70%).

Por otra parte, entre los mayores montos facturados, tanto por concepto de prestaciones de procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico como de intervenciones quirúrgicas, en primer lugar, se ubican el parto vaginal y la operación cesárea, respectivamente. Por este motivo, a continuación, se detallan estas prestaciones y se compara con lo observado en el Fonasa el año 2003.

C6.- PARTOS VAGINALES Y OPERACIONES CESÁREAS EN EL SISTEMA ISAPRE (Año 2004) y FONASA (Año 2003)

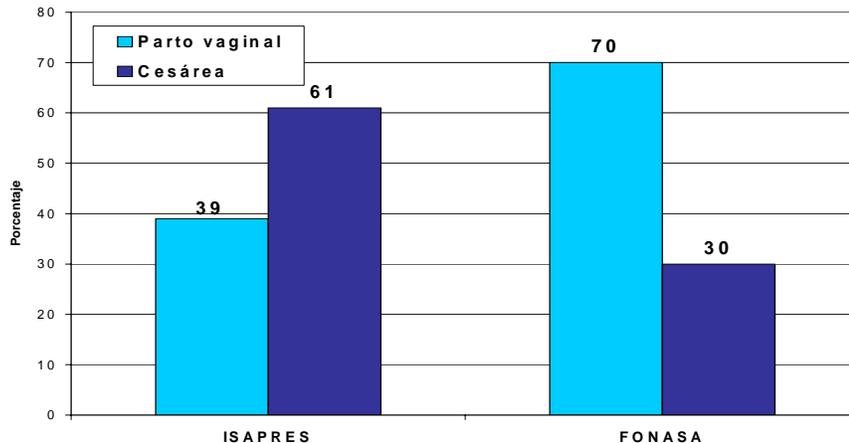
	ISAPRE	FONASA
Parto vaginal	15.506	111.086
Cesárea	24.521	47.181
Beneficiarios	2.685.112	10.580.090**
Tasa de natalidad *	14.9	15.0
Razón parto/cesárea	0.6	2.4

Nº de nacidos vivos x 1.000 de población beneficiaria. Para su cálculo se usó una tasa estimada en función del número de partos vaginales y cesáreas. **Población Beneficiaria del FONASA a diciembre 2003.

Destaca el hecho que, en el sistema privado, las operaciones cesáreas representan el 61% del total de los partos en comparación al porcentaje observado en el Fonasa de un 30%. Además, según lo muestra el gráfico N° 11, llama la atención que la proporción de partos vaginales

versus las operaciones cesáreas en el sistema privado de salud sea inversa a la observada en el sistema público, lo que gráficamente se traduce en una imagen en espejo.

G11.-PORCENTAJE DE PARTOS VAGINALES VERSUS CESÁREAS EN ISAPRES (Año 2004) y FONASA (Año 2003)



Al respecto, es posible señalar que la mayor incidencia de cesáreas observadas en el Sistema Isapre pudiera deberse a un factor de “comodidad”, tanto para la madre como para el médico, al poder planificar el día y la hora de la atención del parto cesárea.

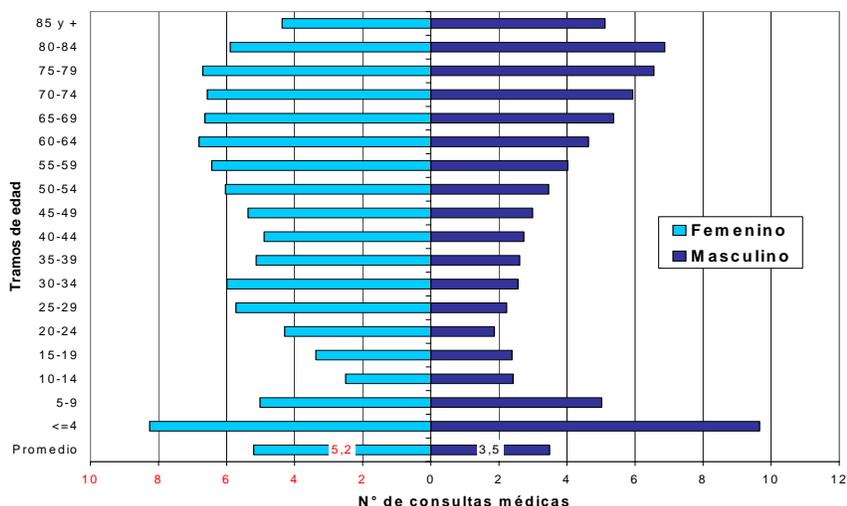
Finalmente, cabe destacar, que las tasas de natalidad estimadas (“R.N. estimados” x 1.000 beneficiarios) en el Sistema Isapre son similares a las del Fonasa (14.9 versus 15.0).

2) Prestaciones médicas por sexo y edad

2.a) Consultas médicas por sexo y tramos de edad

En términos generales, la mujer consulta 1,5 veces más que el hombre, lo que equivale a 1,7 consultas médicas anuales más (5.2 versus 3.5).

G12.-N° DE CONSULTAS MÉDICAS POR BENEFICIARIO SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2004



En los menores de 4 años la frecuencia de consulta entre hombres y mujeres es similar, siendo alrededor de 8 consultas médicas anuales, lo que pudiera vincularse con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas del aparato digestivo y de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonías y, a la mayor incidencia de traumatismos, quemaduras y envenenamientos accidentales que ocurren a esas edades.

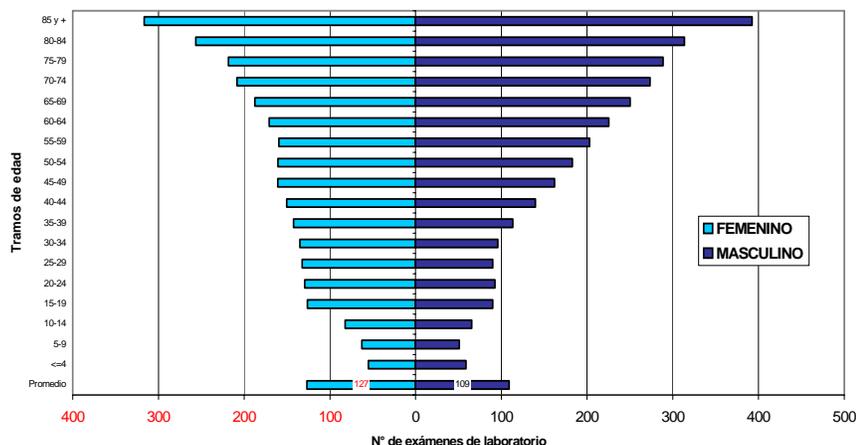
Entre los 5 y 14 años no se observan diferencias entre hombres y mujeres en las consultas médicas. A partir de los 15 años hasta los 74 años, existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 3 y 6 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y, porque, además, las mujeres acuden más fácilmente a los servicios médicos que los hombres.

A su vez, sobre los 75 años de edad, los hombres consultan más que las mujeres, alrededor de una consulta médica anual más, posiblemente debido a una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y patologías crónicas concomitantes.

2.b) Exámenes de Laboratorio por sexo y tramos de edad

Con respecto a los exámenes de laboratorio, las mujeres se realizan un 17% más de exámenes que los hombres, concentrándose la mayor cantidad de exámenes de laboratorio entre los 15 y 49 años, en plena edad fértil, por lo que dichos exámenes podrían estar asociados, fundamentalmente, a fenómenos reproductivos y de la esfera ginecológica.

G13.-EXÁMENES DE LABORATORIO X 100 CONSULTAS MÉDICAS POR SEXO Y EDAD - AÑO 2004

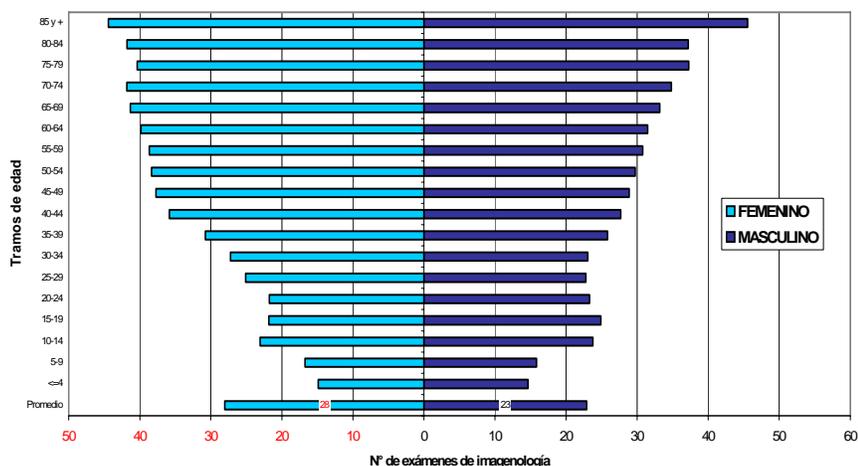


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similares. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes Mellitus, Dislipidemias, afecciones cardiovasculares y urológicas.

2.c) Exámenes de Imagenología por sexo y tramos de edad

Con respecto a la frecuencia de exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas, es posible señalar que éstos son superiores en las mujeres en un 22% (28 versus 23), hecho que puede estar relacionado con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida reproductiva, a partir de los 15 años, por causas obstétricas (embarazos) y ginecológicas (tumores benignos y malignos) y patología vesicular (Colelitiasis).

G14.-EXÁMENES DE IMAGENOLÓGÍA X 100 CONSULTAS MÉDICAS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2004

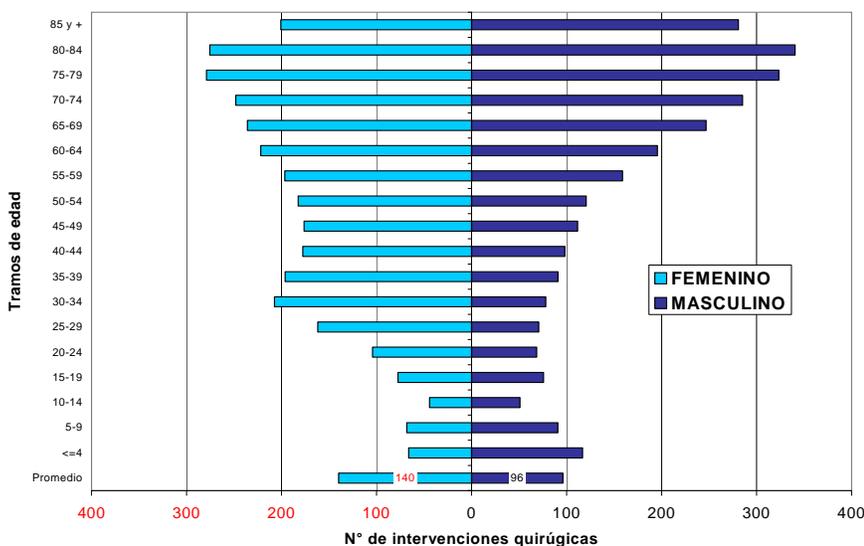


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción de los hombres entre los 10 y 24 años de edad, los que pudieran estar asociados a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos y accidentes.

2.d) Intervenciones Quirúrgicas por sexo y tramos de edad

En términos generales, las mujeres tienen 1,5 veces más intervenciones quirúrgicas que los hombres. Hasta los 19 años existe un predominio de las cirugías de los hombres por sobre las mujeres, las que pudieran vincularse con patología apendicular (Apendicitis Aguda), enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides, Fimosis y afecciones traumatológicas (fracturas).

G15.-INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS X 1.000 BENEFICIARIOS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2004



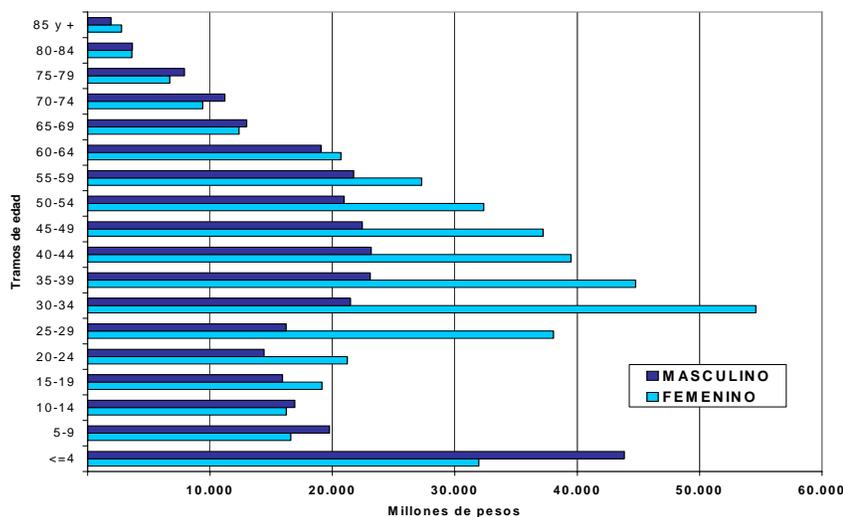
A partir de los 20 años de edad, las mujeres aumentan la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y, a contar de los 30 años, tienen una tasa relativamente estable, manteniéndose alrededor de las 200 cirugías por cada 1.000 beneficiarios, con una leve disminución entre los 45 y 49 años y un pick cercano a las 300 cirugías entre los 75 y 79 años, las que pudieran estar relacionadas con operaciones cesáreas, extirpación de tumores, esencialmente de origen ginecológico (mama, útero y ovarios), colecistectomías por Colelitiasis en mayores de 50 años y cirugías por Cataratas en personas mayores de 65 años.

En el caso de los hombres, a partir de los 45 años de edad, comienzan a aumentar desde 100 hasta llegar a cerca de 350 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios hasta los 80 años de edad, para decrecer posteriormente. Las causas de las cirugías pudieran estar vinculadas con patología vesicular (Colelitiasis) y cirugía cardiovascular (by-pass coronarios) en mayores de 45 años, tumoral urológica (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), tumoral digestiva (tumor maligno de colon), cirugías por Cataratas, diferentes Hernias de la cavidad abdominal, especialmente en mayores de 65 años. Esta progresión de las patologías de resolución quirúrgica a partir de los 45 años permite explicar la curva observada en el gráfico N°15.

2.e) Montos facturados por sexo y tramos de edad

Con respecto al monto total facturado en prestaciones médicas, éste es significativamente mayor en la mujer (58%) con relación a los hombres (42%).

G16.- MONTOS FACTURADOS EN PRESTACIONES MÉDICAS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2004



Si bien la proporción del monto total facturado atribuible a la mujer es de un 58%, cabe hacer presente que, entre los 25 y 49 años de edad, este porcentaje aumenta a un 67% con relación a los hombres.

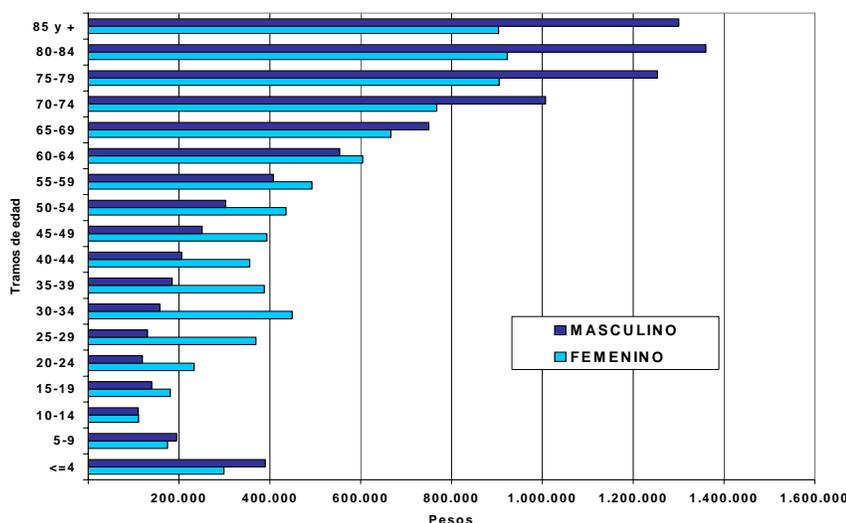
Lo anterior es el resultado del mayor uso de prestaciones médicas por parte de la mujer en edad fértil, entre las que se incluyen las consultas médicas, exámenes de laboratorio, estudios imagenológicos y las intervenciones quirúrgicas, particularmente frecuentes a partir de los 25 años de edad, principalmente vinculados a los fenómenos reproductivos (embarazos, abortos, partos naturales y cesáreas) y ginecológicos (tumores) y a la mayor incidencia de patología litíásica vesicular.

En los menores de 4 años de edad, que incluye tanto a hombres como a mujeres, el porcentaje de los montos facturados alcanza a un 10% del total, lo que pudiera estar vinculado con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas digestivas y de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonías y, a la mayor incidencia de traumatismos, quemaduras y envenenamientos accidentales, que ocurren a esas edades.

Tal como se aprecia en el gráfico N°17, los montos facturados *per cápita* en las mujeres entre los 15 y 64 años, predominan por sobre los de los hombres, debido a los mayores gastos derivados de prestaciones obstétricas (embarazo, aborto, parto y puerperio hasta los 50 años), tumores ginecológicos (mama, útero y ovario), patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas.

A partir de los 65 años, los hombres presentan un gasto *per cápita* mayor que las mujeres, posiblemente atribuido a una mayor incidencia de patología tumoral digestiva (tumor maligno de colon), urológica (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), enfermedades cardiovasculares (patología coronaria y Accidentes Vasculares Encefálicos) y Cataratas.

G17.- MONTOS FACTURADOS PER CÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2004



Al tomar como referencia el tramo de edad 30-34 años, para observar la progresión del gasto *per cápita* con la edad y según el sexo, es posible comprobar que, en el caso de la mujer, el monto facturado *per cápita* a esa edad es de \$449.000, el que se duplica en el tramo de edad 75-79 años, con un monto facturado promedio de \$905.080.

En el caso del hombre, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$157.698, equivalente a un tercio del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 75-79 años, es 8 veces mayor, con un monto de \$1.253.052, siendo superior en \$347.972, con respecto a la mujer, representando un 38% de mayor gasto en el hombre.

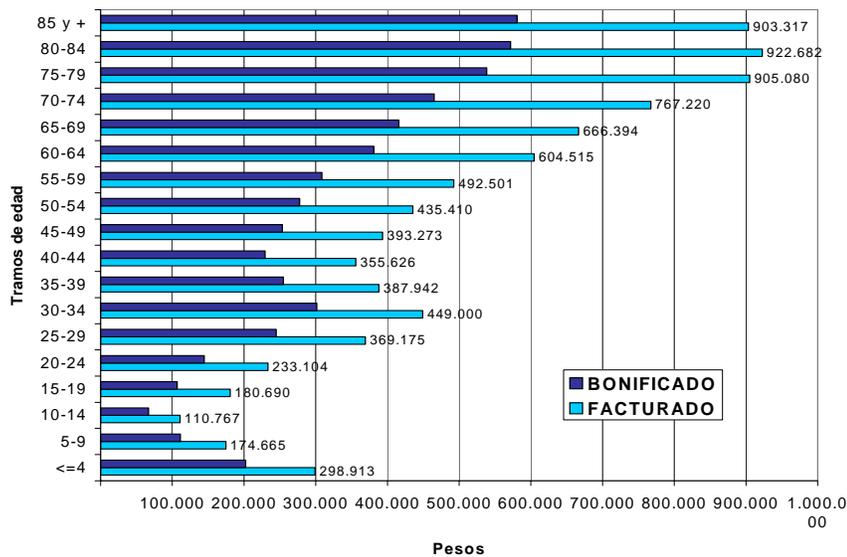
2.f) Montos bonificados por sexo y tramos de edad

Con respecto al porcentaje general de bonificación en las mujeres, éste alcanza a un promedio de 64,3%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sólo a partir de los 65 años se produce una disminución gradual de la bonificación que a los 75 años llega a un 59% para subir nuevamente a un 64% a los 85 años de edad.

No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades son menores, en términos de co-pagos promedios las diferencias son significativas. Si a los 30 años de edad el co-pago promedio de las prestaciones asciende a \$147.481, a los 60 años de edad alcanza a \$223.628 y a los 75 años a \$366.833, es decir, el co-pago promedio casi se triplica entre los 30 y 75 años de edad. Esto obedece a que los montos facturados, a partir de los 60 años, son mayores, debido, por una parte, al aumento de la frecuencia de uso de las prestaciones, referidas a consultas médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna (esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia coronaria y enfermedades cerebrovasculares), patología respiratoria (Influenza y Neumonía), Cataratas y, a una mayor frecuencia de traumatismos y afecciones traumatológicas. Por otra parte, se explicaría por el mayor costo que implican los tratamientos médico-quirúrgicos de alta complejidad y por la mayor permanencia hospitalaria de

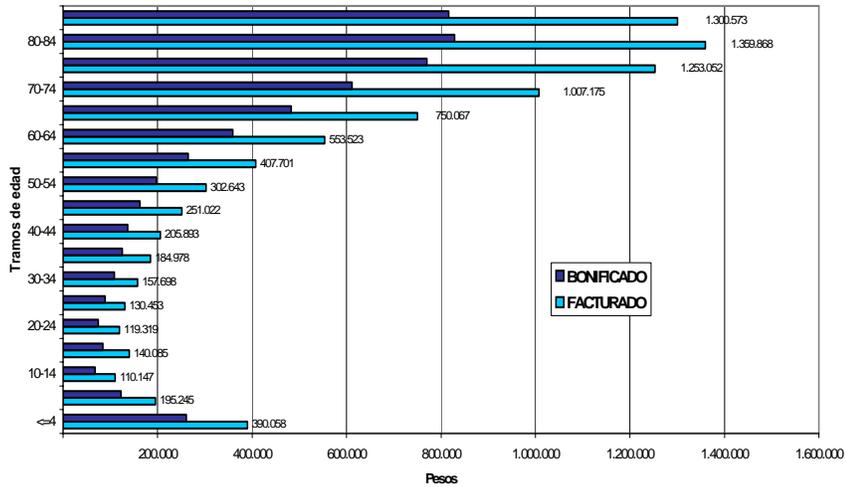
los pacientes de la tercera edad, debido a una recuperación más lenta y al manejo de patologías crónicas comúnmente asociadas, tales como la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA).

G17A.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PER CÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS A MUJERES POR EDAD - AÑO 2004 (\$)



El porcentaje general de bonificación en los hombres alcanza a un promedio de 64,9%, similar al de las mujeres, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sin embargo, es posible observar una disminución gradual de la bonificación a un 64%, a partir de los 65 años y que, a los 70 años, llega a un 61% para aumentar nuevamente a un 63% en los mayores de 85 años.

G17B.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PER CÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS A HOMBRES POR EDAD - AÑO 2004 (\$)



Al comparar ambos sexos con relación a los montos bonificados, se concluye que, tanto el porcentaje general bonificado como la distribución en las distintas edades, es similar.

No obstante lo anterior y, en forma similar a lo observado en el caso de la mujer, las diferencias por concepto de co-pagos son significativas, por cuanto si a los 30 años de edad el co-pago de las prestaciones por parte del beneficiario asciende a \$49.184, a los 60 años de edad alcanza a \$194.261 y a los 75 años es de \$482.934, es decir, el co-pago es 10 veces mayor a los 75 años de edad. A su vez, a los 75 años de edad, el co-pago del hombre es \$116.101 superior al de la mujer, lo que representa un 32% más de gasto para el beneficiario.

Las explicaciones de esta situación son similares a las expuestas anteriormente en el caso de la mujer. Sin embargo, en el hombre a partir de los 65 años existe un mayor número de cirugías que en la mujer como consecuencia de afecciones tumorales digestivas (tumor maligno de colon) y urológicas (próstata: Adenoma y Cáncer Prostático), Hernias de la cavidad abdominal y patologías cardiovasculares (insuficiencia coronaria: Infarto Agudo al Miocardio y Angina) y cerebrovasculares (Accidente Vascular Encefálico (AVE)).

Finalmente, como información adicional, se muestra un listado con algunas de las prestaciones vinculadas con los primeros 25 problemas sanitarios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) que serán otorgadas durante el año 2005. En el gráfico siguiente se detallan para cada una de las prestaciones, las frecuencias de uso, los precios facturados promedios por los prestadores, y los montos bonificados promedios por los seguros con los porcentajes de bonificación correspondientes.

G18.- PRESTACIONES VINCULADAS CON LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, SEGÚN FRECUENCIA Y MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS. AÑO 2004

Códigos FONASA	PRESTACIONES VINCULADAS CON LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	Frecuencia	Valor Facturado (\$)	Valor Facturado promedio (\$)	Valor Bonificado (\$)	Valor Bonificado promedio (\$)	Porcentaje de Bonificación
301041	Hemoglobina glicosilada	83.495	337.919.049	4.047	249.178.371	2.984	74%
301045	Hemograma y VHS	1.109.852	3.377.441.863	3.043	2.390.537.072	2.154	71%
302023	Creatinina en sangre	342.346	466.433.404	1.362	322.901.614	943	69%
302025	Creatinquinasa CK - MB miocárdica	20.588	154.676.291	7.513	107.194.961	5.207	69%
302030	Deshidrogenasa láctica total (LDH)	16.676	44.016.752	2.640	31.159.686	1.869	71%
302032	Electrolitos plasmáticos c/u	411.314	969.290.017	2.357	627.474.316	1.526	65%
302034	Perfil lipídico	653.275	3.474.969.204	5.319	2.633.533.843	4.031	76%
302047	Glucosa en sangre (glicemia)	645.432	730.508.577	1.132	481.140.843	745	66%
302048	Prueba de tolerancia a la glucosa	59.907	291.581.527	4.867	210.112.688	3.507	72%
302057	Nitrógeno ureico y/o urea en sangre	258.675	293.021.515	1.133	195.871.170	757	67%
302063	Transaminasas oxaloacética, pirúvica, c/u	205.666	365.080.299	1.775	269.674.073	1.311	74%
302075	Perfil bioquímico (12 parámetros)	518.251	3.781.939.564	7.298	2.864.968.992	5.528	76%
303024	Hormona tiroestimulante (TSH)	522.190	2.168.560.253	4.153	1.616.957.044	3.096	75%
303027	Hormona tiroxina (T4)	263.753	1.013.950.914	3.844	772.681.328	2.930	76%
305010	Beta-2-microglobulina	1.601	14.654.027	9.153	9.006.568	5.626	61%
305070	Antígeno prostático específico c/u	183.964	1.548.203.397	8.416	1.162.657.050	6.320	75%
306011	Urocultivo y antibiograma	449.435	1.695.086.264	3.549	1.085.910.140	2.416	68%
306077	Virus hepatitis B, antígeno de superficie o australiano	14.037	74.955.551	5.340	54.965.046	3.916	73%
306081	Virus hepatitis C, anticuerpos de (Anti HCV)	12.544	118.473.014	9.445	83.723.845	6.674	71%
306169	Anticuerpos virales, determinación de VIH	30.158	128.963.891	4.276	99.353.887	3.294	77%
309022	Orina completa	775.226	1.287.260.623	1.660	946.265.063	1.221	74%
401049	Radiografía de columna total o dorsolumbar	73.184	992.734.798	13.565	706.444.503	9.653	71%
401070	Radiografía tórax (Frontal y Lateral)	285.503	5.263.161.421	18.435	3.808.993.696	13.341	72%
403009	TAC columna dorsal o lumbar (30 cortes 2-4 mm.)	14.002	988.006.995	70.562	708.877.134	50.627	72%
403013	TAC tórax total (30 cortes 8-10 mm.)	18.829	2.008.478.700	106.669	1.444.890.884	76.738	72%
403014	TAC abdomen (40 cortes 8-10 mm.)	34.093	3.277.912.098	96.146	2.364.105.683	69.343	72%
403016	TAC pelvis (28 cortes, 8-10 mm.)	17.674	1.159.706.906	65.617	814.892.654	46.107	70%
404002	Ecografía obstétrica	5.197	89.179.228	17.160	35.990.599	6.925	40%
404012	Ecotomografía mamaria bilateral	118.933	2.258.888.851	18.993	1.481.898.433	12.460	66%
404013	Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos	3.408	87.379.055	25.639	49.501.327	14.525	57%
404014	Ecotomografía testicular (uno o ambos)	16.618	297.314.139	17.891	202.632.025	12.194	68%
501027	Cintigrafía con GA 67 (no incluye radioisótopo)	30	4.156.765	138.559	1.755.478	58.516	42%
504004	Radioterapia, cáncer de mama, tratamiento postoperatorio	596	538.287.137	903.166	249.421.978	418.493	46%
504009	Radioterapia, cáncer de testículo	95	101.607.855	1.069.556	49.548.702	521.565	49%
504010	Radioterapia, cáncer uterino (cuello y/o endometrio)	86	63.083.104	733.524	19.772.068	229.908	31%
504011	Radioterapia, tratamiento de leucemia	17	18.407.444	1.082.791	4.984.934	293.231	27%
504012	Radioterapia, Linfoma Maligno, tratamiento total	14	32.150.561	2.296.469	7.965.261	568.947	25%
504013	Radioterapia, Linfoma Maligno, tratamiento parcial	81	76.425.739	943.528	26.161.866	322.986	34%
504014	Radioterapia paliativo en cáncer metastásico	377	225.855.916	599.087	90.539.026	240.157	40%
801001	Papanicolaou (PAP)	283.608	1.883.049.208	6.640	1.230.108.840	4.337	65%
901005	Atención psiquiátrica ó psicoterapia (sesión 45 minutos)	234.728	7.460.782.732	31.785	1.871.077.541	7.971	25%
902002	Psicoterapia individual (sesión 45 minutos)	84.113	1.609.263.522	19.132	547.373.812	6.508	34%
1202056	Desprendimiento retinal, cirugía convencional	123	88.264.809	717.600	57.851.004	470.333	66%
1202057	Retinopatía proliferativa, panfotocoagulación	666	194.163.519	291.537	133.188.084	199.982	69%
1202064	Facoerisis extracapsular con implante lente intraocular	5.189	3.522.518.306	678.843	2.685.918.670	517.618	76%
1502033	Cierre de paladar duro y/o comunicación oro-nasal	47	27.213.131	579.003	14.383.691	306.036	53%
1701001	Electrocardiograma de reposo	259.556	2.164.063.902	8.338	1.381.616.912	5.323	64%
1701031	Angioplastia intraluminal coronaria	1.044	571.039.915	546.973	376.553.285	360.683	66%
1703004	Fistula arteriovenosa derivación externa	40	22.239.772	555.994	6.839.776	170.994	31%
1703050	Coartación aórtica, tratamiento quirúrgico	15	33.627.517	2.241.834	25.616.248	1.707.750	76%
1703053	Implantación de marcapaso	453	609.980.789	1.346.536	296.226.279	653.921	49%
1703061	Cirugía cardíaca de complejidad mayor	838	2.438.708.529	2.910.153	1.848.942.100	2.206.375	76%
1901002	Cistoscopia con sondeo de uno o ambos uréteres	1.952	99.162.261	50.800	69.433.793	35.571	70%
1901029	Hemodíalisis con bicarbonato e insumos (mensual)	4.348	1.596.135.312	367.096	1.250.378.845	287.576	78%
1902055	Adenoma o cáncer prostático, resección endoscópica	1.116	866.880.135	776.774	574.402.284	514.697	66%
1902069	Orquidectomía por tumor testicular maligno	24	24.974.027	1.040.584	17.075.371	711.474	68%
2001002	Colposcopia	7.423	124.050.877	16.712	46.756.514	6.299	38%
2002002	Mastectomía parcial	1.818	1.022.513.432	562.439	673.520.152	370.473	66%
2002003	Mastectomía radical	871	746.108.050	1.111.935	491.685.559	732.765	66%
2003012	Conización y/o amputación del cuello uterino	1.127	390.057.199	346.102	279.429.410	247.941	72%
2003015	Histerectomía radical	144	209.088.268	1.452.002	131.816.427	915.392	63%
2104113	Escoliosis, tratamiento quirúrgico	121	374.509.280	3.095.118	166.526.012	1.376.248	44%
2104129	Endoprótesis total de cadera	702	1.429.838.930	2.036.808	712.448.932	1.014.885	50%