

Este estudio analiza el perfil de las prestaciones de salud en el sistema Isapre del año 2010, 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. Se incluye información de los principales prestadores de salud privados de las Isapres, según montos facturados y modalidad de atención, así como también una descripción de las principales variables que influyen en el precio de los Planes de Salud de las Isapres, que explican su variación el año 2010, respecto del año anterior. Además, en este documento se incluyen datos generales vinculados con las Garantías Explícitas en Salud (GES) con 56 problemas de salud vigentes, así como también el uso de medicamentos, las drogas antineoplásicas para el tratamiento de los cánceres y las drogas inmunosupresoras para el VIH/SIDA. Se agrega una Tabla de Factores del Gasto Efectivo de las Prestaciones de Salud por sexo y grupos de edad y, finalmente, un análisis de la Equidad de Género. A su vez, en los datos estadísticos se agrega información por grupos y subgrupos de las principales prestaciones de salud otorgadas en cada una de las 15 regiones del país. (Ver documento en planilla Excel de las Estadísticas de Prestaciones de Salud Año 2010).

1. Introducción

A partir del año 2007 la Superintendencia de Salud cuenta con una nueva base de datos de las prestaciones de salud curativas del Sistema Isapre, con nuevas variables, nuevas prestaciones (prestaciones adicionales) y cambios en la agrupación de las mismas, lo que determina que los resultados globales observados no son comparables con el año 2006. Por ejemplo, agrupación de prestaciones de las Garantías Explícitas de Salud (GES). A su vez, este año 2010, se excluyeron del análisis las prestaciones otorgadas por la Isapre Chuquicamata, por errores significativos en sus datos, que están en vías de ser resueltos en fechas posteriores a la emisión de este Informe.

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: **a) Prestaciones Principales:** 1) atenciones médicas; 2) exámenes de diagnóstico; 3) procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico; 4) intervenciones quirúrgicas y 5) otras prestaciones. **b) Prestaciones Adicionales,** tales como las Garantías Explícitas de Salud (GES), Medicamentos, Insumos, Atenciones Dentales y Drogas Antineoplásicas e Inmunosupresoras. 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 que alcanzan a un 69,0 % *versus* los 70,9% del año anterior y, con relación a la estructura de los costos, un 81,5% de los mismos, similar al año 2009, que fue de un 81,3%.

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 de Salud (agrupadas)

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

La cantidad de beneficiarios promedio de 2009 alcanzó a 2.777.731 personas, correspondiendo un 53% a hombres y un 47% a mujeres, igual al año anterior. El año 2008, eran 2.784.719 beneficiarios, lo que representa una disminución de un 2%. De acuerdo al total de beneficiarios y el monto bonificado total de prestaciones el año 2009 (excluidas las prestaciones adicionales GES), el monto bonificado *per cápita* por prestaciones médicas alcanzó la suma de \$277.081, un 66,7% del monto total facturado *per cápita* que fue \$415.409.

C1.- Gasto *Percápita* en Prestaciones de Salud, Años 2009-2010

	Isapres año 2009	Isapres año 2010
Beneficiarios promedio	2.770.731	2.800.279
Monto bonificado (\$ mill)	\$793.705*	\$808.724*
Bonificado <i>per cápita</i> (\$)	\$285.022*	\$288.801*
Facturado <i>per cápita</i> (\$)	\$427.314*	\$447.323*

* Valores expresados en moneda a diciembre de 2010

Al comparar el gasto en prestaciones entre los años 2009-2010, podemos observar un aumento en el monto bonificado absoluto de un 1,9% y un aumento en el monto bonificado *per cápita* y facturado *per cápita* de un 1,3% y 4,7%, respectivamente durante el año 2010, respecto del año 2009.

2) Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2010, (incluidas las prestaciones por GES), que totalizan 52.289.191, en primer lugar, se encuentran los exámenes diagnósticos que representan un 40%, seguido de las atenciones médicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico, ambos con un 23%. Las intervenciones quirúrgicas representan sólo un 1% del total de las prestaciones. Lo anteriormente expuesto se muestra en el cuadro siguiente.

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.

C2.- Número de Prestaciones de Salud, Montos Facturados y Porcentaje de Bonificación otorgados a los Beneficiarios - Año 2010

Prestaciones	Frecuencia	%	Montos Facturados (Mill\$)	%	% Bonificación	% Bonificación
					Año 2009	Año 2010
Atenciones médicas	11.922.459	22%	240.711	18%	63%	61%
Exámenes de diagnóstico	20.653.141	39%	209.168	16%	66%	65%
Procedimientos de apoyo clínico / terapéuticos	12.157.242	23%	148.874	11%	52%	51%
Intervenciones quirúrgicas	355.080	1%	158.318	12%	67%	64%
Otras prestaciones	1.785.291	3%	299.185	22%	74%	71%
SUBTOTAL	46.873.213		1.056.256		66%	64%
Garantías Explícitas de Salud (GES)	4.501.571	8%	73.827	6%	95%	95%
Insumos y materiales clínicos	609.689	1%	89.099	7%	75%	71%
Medicamentos	574.160	1%	72.876	5%	80%	77%
Dental	685.199	1%	21.463	2%	38%	31%
Drogas Antineoplásicas	19.790	0%	18.843	1%	69%	65%
Drogas Inmunosupresoras	25.540	0%	2.595	0%	73%	92%
Sin clasificar	29	0%	9	0%	100%	99%
TOTAL GENERAL	53.289.191	100%	1.334.969	100%	68%	66%

Del monto total facturado las atenciones médicas representan un 18%. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. Le siguen los exámenes diagnósticos con un 16%. Finalmente, las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico contribuyen ambos individualmente con un 11% y 12%, respectivamente.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones principales, éste fluctúa entre un 51% y 65%, presentando los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico el porcentaje más bajo y los exámenes diagnósticos los porcentajes más altos con un 65%, con disminución de la bonificación en las cirugías de un 67% a un 64%, respecto a lo observado el año 2009.

El promedio de bonificación general fue de un 66% 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 copago, siendo un 2% inferior, respecto de lo observado el año anterior.

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 18 veces mayor que el valor promedio de todas las prestaciones (\$23.544), alcanza un tercer lugar en los montos facturados totales, después de las atenciones médicas y los exámenes diagnósticos, tal como se expuso anteriormente en el cuadro N° 2.

C3.- Montos Facturados y Bonificados Promedios por Prestaciones de Salud Años 2009- 2010

PRESTACIONES	Monto Facturado * (\$) por Prestación Años		Monto Bonificado *(\$) por Prestación Años		Co-pago *(\$) por Prestación Años	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Atenciones médicas	19.736	20.400	12.441	12.521	7.295	7.879
Exámenes diagnósticos	9.873	10.233	6.564	6.649	3.309	3.584
Procedimientos de apoyo	12.505	12.373	6.525	6.319	5.980	6.054
Cirugías	440.175	450.514	292.822	289.557	147.353	160.957
Otras prestaciones	157.039	169.331	116.516	120.223	40.523	49.107
Medicamentos e insumos	266.604	275.912	206.588	204.572	60.016	71.340

*Valores expresados en moneda a diciembre de 2010

Como se muestra en el cuadro N° 3, no se aprecian variaciones significativas entre los años 2009 y 2010. Sólo en el caso de los medicamentos e insumos, existe un incremento porcentual de un 21% en el co-pago de estas prestaciones. En el resto de las prestaciones vinculadas con las atenciones médicas, exámenes diagnósticos y las cirugías, los co-pagos tuvieron incrementos de un 8%, 8% y 9%, respectivamente.

3) Prestaciones de salud y modalidades de atención

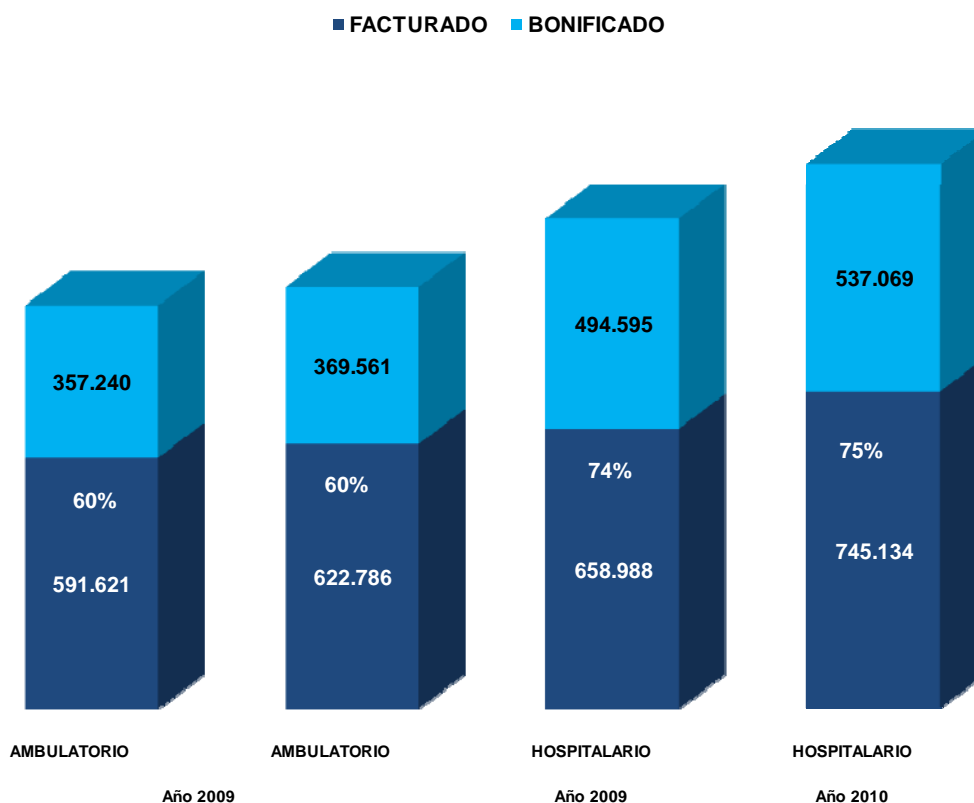
Las prestaciones principales alcanzan a 46.873.242 y las prestaciones adicionales suman 6.415.949, totalizando 53.289.191 prestaciones, de las cuales 45.872.481 se otorgaron ambulatoriamente y 7.416.710 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 86% y 14%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico N°1, siendo la distribución porcentual igual a la observada durante el año 2009.

G1.- Modalidades de Atención de las Prestaciones de Salud - 2010



El año 2010 el monto facturado total ascendió a la suma de \$1.334.968 millones, correspondiendo \$607.783 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$727.184 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 46% y un 54%, respectivamente. A su vez, las bonificaciones correspondientes, alcanzaron a \$360.659 y \$524.131 millones, representando un 59% y 72%, respectivamente, reflejo de la bonificación diferenciada de los planes de salud de las Isapres, según la modalidad de atención, lo que se representa en el gráfico siguiente.

G2.- Montos Facturados y Bonificados (Mill \$) según Modalidad de Atención - Años 2009 y 2010



Valores expresados en moneda a diciembre de 2010

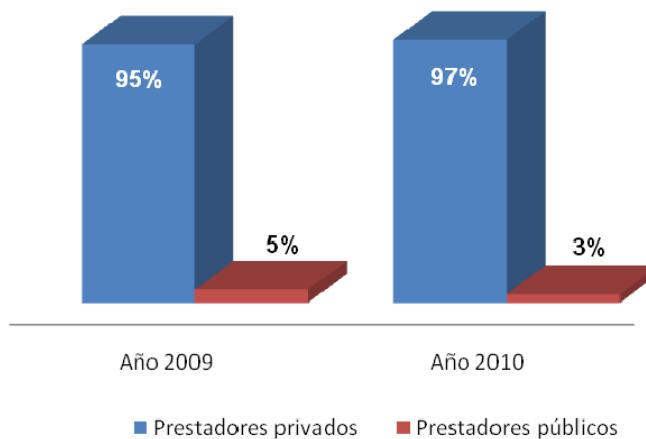
Las atenciones ambulatorias del año 2010, tanto en los montos facturados como bonificados, no presentan diferencias significativas con respecto a lo observado el año 2009. Por otra parte, el aumento en los montos facturados hospitalarios durante el año 2010 se vincula con el mayor uso de las prestaciones GES, insumos y materiales clínicos, de medicamentos y drogas antineoplásicas e inmunosupresoras hospitalarias de alto costo.

Cabe destacar el hecho que, aún cuando las atenciones de tipo hospitalario en frecuencia sólo representan el 14% del total de las prestaciones de salud otorgadas, éstas corresponden a un 54% del total de los montos facturados.

4) Prestaciones de Salud y Prestadores Privados y Públicos

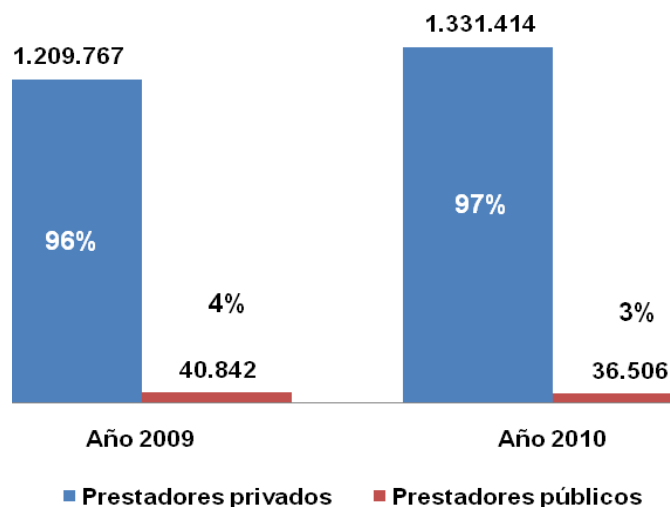
Del total de prestaciones de salud (frecuencia), que alcanzaron a 53.289.191, un 97% fueron otorgadas por prestadores privados y, el 3% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el gráfico siguiente. Esta distribución porcentual fue similar a la observada durante el año 2009, pero con una disminución en los prestadores públicos de un 5% a 3%.

G3.- Prestaciones de Salud otorgadas según Prestadores - Años 2009 - 2010



Del total de montos facturados por concepto de prestaciones médicas durante el año 2010, \$1.331.414 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$36.506 millones por prestadores públicos, correspondientes a un 97% y 3%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

G4.- Montos Facturados (Mill \$) según Prestadores - Años 2009-2010



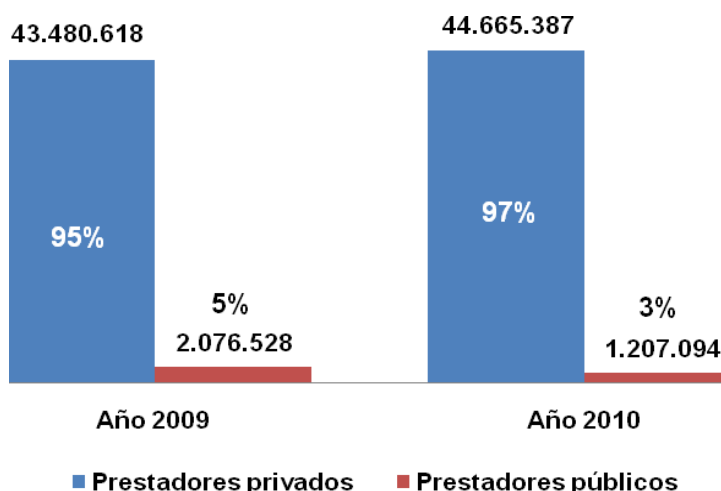
Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

Al comparar estas cifras con las observadas durante el año 2009, con valores expresados en moneda a diciembre del año 2010, se aprecian diferencias significativas en los montos facturados de los prestadores privados. Es así como el aumento en los montos facturados en los prestadores privados fue de un 10% (1.209.767 millones del año 2009 *versus* 1.331.414 millones del año 2010) y en los prestadores públicos la disminución fue de un 11% (40.842 millones del año 2009 *versus* 236.506 millones del año 2010). En los prestadores privados el incremento obedeció a los rubros de consultas médicas, medicina física y rehabilitación, neurología y neurocirugía, obstetricia y ginecología, cirugía plástica y reparadora, tegumentos, Garantías Explícitas de Salud (GES), insumos, drogas antineoplásicas e inmunosupresoras. En los prestadores públicos, las disminuciones estuvieron determinadas, principalmente, por las consultas médicas, exámenes de diagnóstico, días camas y GES.

Respecto al uso de la infraestructura pública, tanto hospitalaria y ambulatoria de parte de los beneficiarios de las Isapres, derivado de la implementación del Plan AUGE o Garantías Explícitas en Salud (GES), con 69 problemas de salud garantizados a partir del 1° de julio del año 2010, podemos señalar que durante el año 2010 de un total de 4.501.571 prestaciones GES vinculadas con las distintas Intervenciones Sanitarias, tales como Diagnóstico, Tratamiento o Seguimiento, 17.147 (0,4%) fueron otorgadas en prestadores públicos. Con relación a los montos facturados por GES que corresponden a Mill\$ 63.827, sólo un 1,2% (Mill\$ 860) fueron facturados por prestadores públicos.

Por otra parte, de un total de 45.872.481 atenciones ambulatorias, 44.665.387 fueron otorgadas por prestadores privados y 1.207.094 se realizaron en 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 2009, vemos que existe en las atenciones ambulatorias de los prestadores privados un aumento de un 3% (43.480.618 atenciones del año 2009 *versus* 44.665.387 atenciones del año 2010) y una disminución porcentual de un 42% en los prestadores públicos (2.076.528 atenciones del año 2009 *versus* 1.207.094 atenciones del año 2010).

G5.- Atenciones Ambulatorias (frecuencia) según Prestadores - Años 2009- 2010

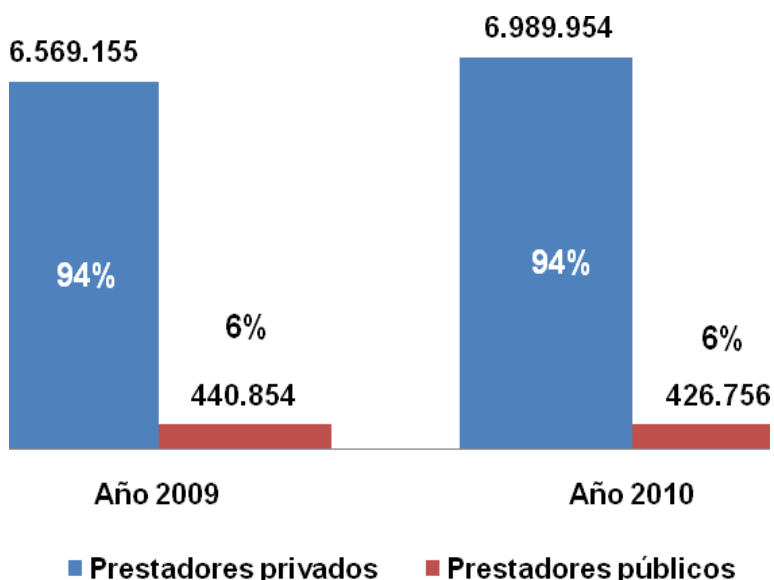


A su vez, de un total de 7.416.710 atenciones hospitalarias, 6.989.954 fueron otorgadas por prestadores privados y 426.756 se realizaron con prestadores públicos, representando un 94% y un 6%, respectivamente, tal como se aprecia en el gráfico N°6.

Al comparar estos datos con los observados durante el año 2009, podemos señalar que hubo un aumento de un 6% de las atenciones hospitalarias en prestadores privados (6.569.155 *versus* 6.989.954) y una disminución de un 3% de atenciones hospitalarias en prestadores públicos (440.854 *versus* 426.756).

A nivel privado esto obedece, principalmente, a un aumento de los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico vinculado con atenciones de obstetricia y ginecología, cirugías de tegumentos, prótesis, traslados, GES, insumos, drogas antineoplásicas e inmunosupresoras. A nivel público, las disminuciones obedecieron a una baja en los exámenes de diagnóstico (imagenología), medicina nuclear, cirugía cardiovascular, torácica y de la mama; días cama y uso de las GES. No obstante lo anteriormente expuesto, en términos porcentuales, tanto en los prestadores privados como en los públicos, las atenciones hospitalarias se mantuvieron en un 94% y 6%, respectivamente.

**G6.- Atenciones Hospitalarias según Prestadores (frecuencia)
Años 2009 - 2010**

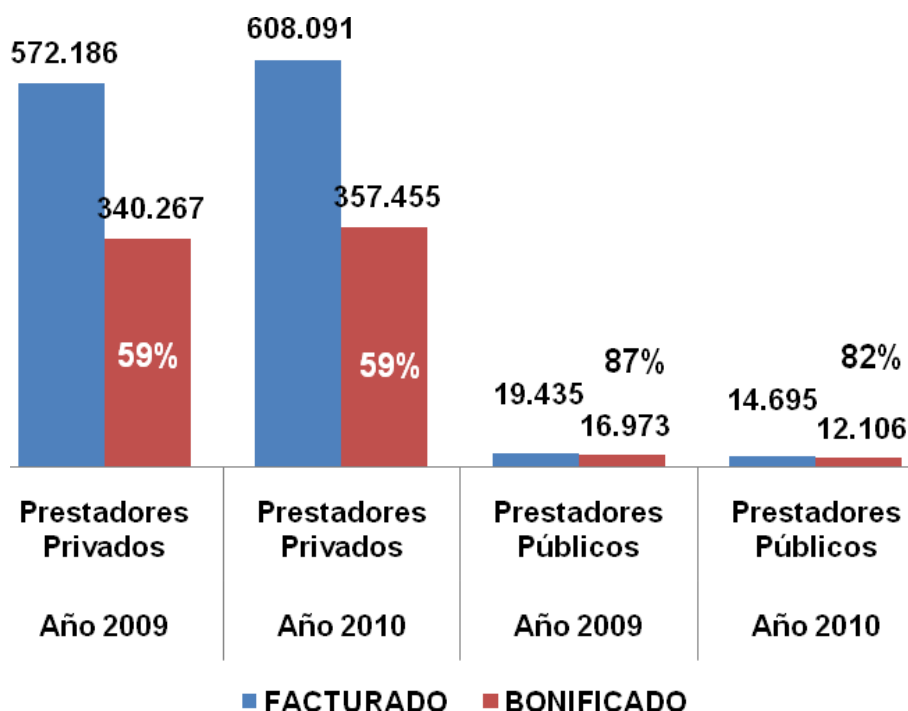


Por otra parte, de un total de \$6084.091 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$357.455 millones, representando un 59% de bonificación. En cambio, en los prestadores públicos fueron bonificados \$12.106 millones de un monto total facturado de \$14.695, representando un 82% de bonificación.

Al realizar un análisis comparativo entre los años 2008 y 2009, podemos observar que en los prestadores privados el porcentaje de bonificación bajó de un 60% a un 59% y en los

prestadores públicos el aumento de bonificación fue de un 85% a un 87%, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

G7.- Atenciones Ambulatorias Facturadas y Bonificadas (Mill \$) según Prestadores Años 2009- 2010



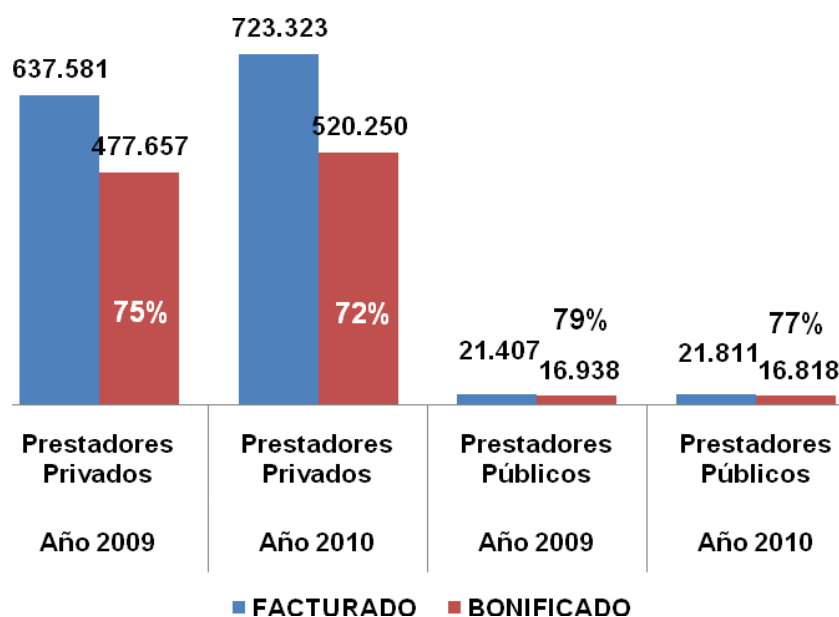
Valores expresados en moneda a diciembre de 2010

La mayor bonificación a nivel de prestadores públicos, puede estar determinado por el menor valor facturado de las prestaciones ambulatorias, lo que asociado al monto de los topes de las prestaciones establecidos en los planes de salud de las Isapres, se traduce en un porcentaje de bonificación mayor que el observado en los prestadores privados.

Asimismo, de un total \$723.323 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$520.250 millones, correspondiente a un 72%, menor en 3% al porcentaje de bonificación del año 2009, que fue de 75%.

En los prestadores públicos fueron bonificados \$16.818 millones de un monto total facturado de \$21.811 millones, correspondiente a un 77% de bonificación, siendo 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 Años 2009 – 2010



Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

Al igual que en las atenciones ambulatorias, la mayor bonificación a nivel de prestadores públicos, puede estar determinado por el menor valor facturado de las prestaciones hospitalarias, lo que asociado al monto de los topes de las prestaciones establecidos en los planes de salud de las Isapres, se traduce en un porcentaje de bonificación mayor que el observado en los prestadores privados. Cabe hacer presente, que la cantidad de beneficiarios promedio aumentó un 1,1% entre los años 2009 y 2010 (2.771.731 del año 2009 *versus* 2.800.279 personas beneficiarias del año 2010), de manera que las diferencias unitarias por persona son levemente menores, lo que se abordará en los capítulos siguientes.

5) Principales Prestadores de Salud Privados de las Isapres

A nivel nacional durante el año 2009, los prestadores de salud privados de las Isapres, que concentran el 54,4% de los montos facturados, se agrupan en 21 prestadores principales, según mayores montos facturados, lo que se observa en el cuadro N° 4.

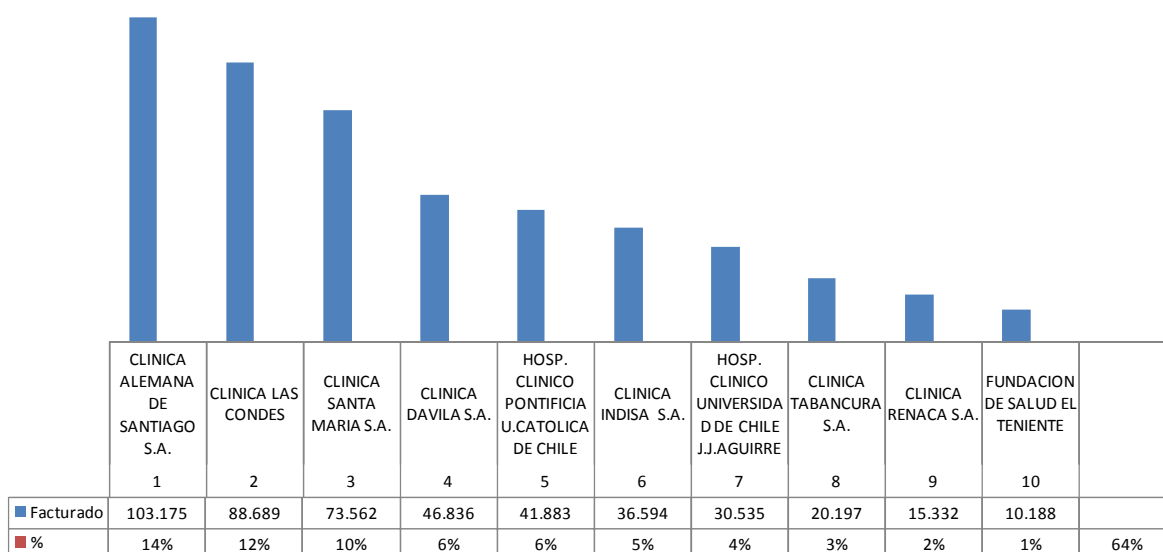
En primer lugar, se encuentra la Clínica Alemana con 117.111 millones de pesos (8,8%); en segundo lugar, se ubica la Clínica Las Condes con 99.829 millones de pesos (7,5%) y, el tercer lugar, lo ocupa La Clínica Santa María con 82.042 millones de pesos (6,1%).

C4.- Prestadores de Salud en Isapres según Montos Facturados (Mill \$) Año 2010

Nº	Prestadores de Salud	Montos Facturados (Mill\$)	Participación (%)	Participación Acumulada (%)
1	CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.	117.044	8,8%	8,8%
2	CLINICA LAS CONDES	99.829	7,5%	16,2%
3	CLINICA SANTA MARIA S.A.	82.042	6,1%	22,4%
4	HOSP. CLINICO PONTIFICIA U.CATOLICA DE CHILE	64.807	4,9%	27,2%
5	CLINICA DAVILA S.A.	51.583	3,9%	31,1%
6	CLINICA INDISA S.A.	39.929	3,0%	34,1%
7	HOSP. CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE J.J.AGUIRRE	38.859	2,9%	37,0%
8	MEGASALUD S.A.	38.542	2,9%	39,9%
9	HOSPITAL DEL COBRE DR.SALVADOR ALLENDE G.	28.719	2,2%	42,1%
10	SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA S.A.	26.610	2,0%	44,0%
11	CLINICA TABANCURA S.A.	21.291	1,6%	45,6%
12	FUNDACION DE SALUD EL TENIENTE	19.700	1,5%	47,1%
13	CLINICA RENACA S.A.	17.694	1,3%	48,4%
14	OMESA S. A.	11.558	0,9%	49,3%
15	INDISA DIAGNOSTICO	11.480	0,9%	50,2%
16	CLINICA ANTOFAGASTA II REGION	10.957	0,8%	51,0%
17	CLINICA AVANSALUD S.A.	10.743	0,8%	51,8%
18	CLINICA SANATORIO ALEMAN	10.646	0,8%	52,6%
19	FUNDACION ARTURO LOPEZ PEREZ	8.780	0,7%	53,2%
20	CLINICA AVANSALUD VESPUCIO S.A.	7.816	0,6%	53,8%
21	SERV. INTEGRADOS DE SALUD LTDA	7.077	0,5%	54,4%
	OTROS PRESTADORES DE SALUD	609.263	45,6%	100,0%
	TOTAL	1.334.969	100%	

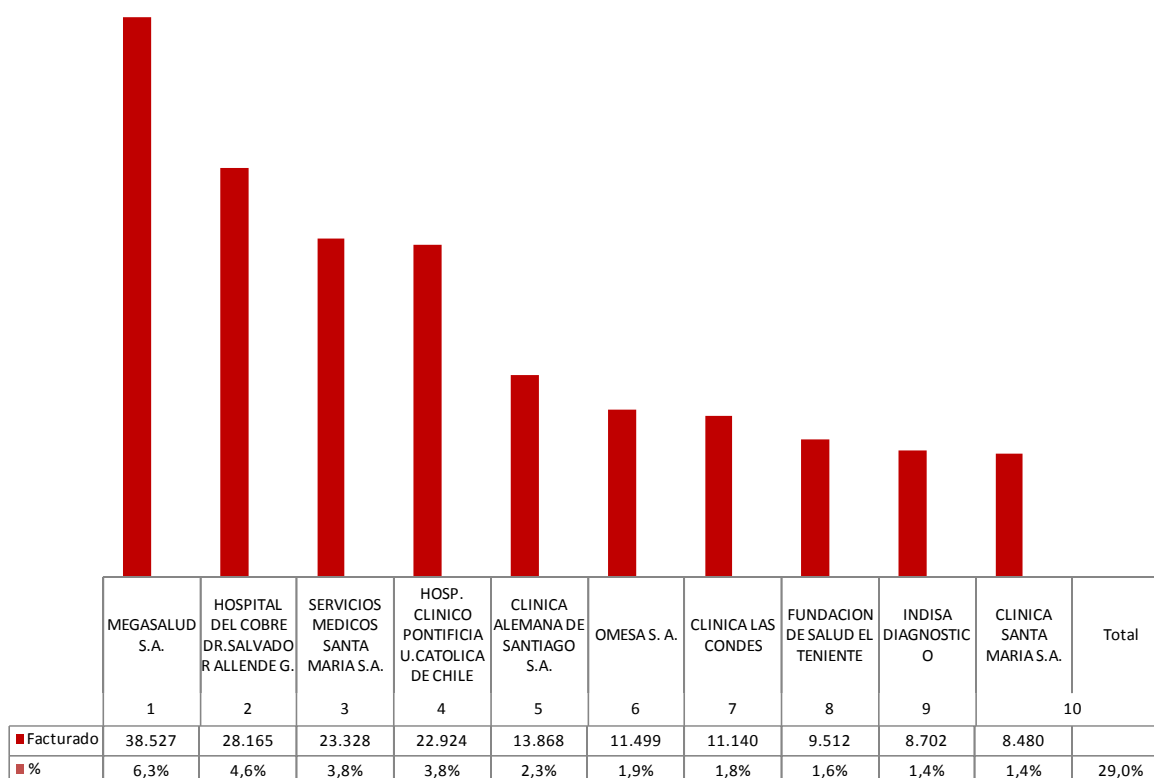
Asimismo, en este grupo, el 44,0% del total de los montos facturados se concentra en 10 principales prestadores de salud privados, con excepción del Hospital del Cobre. A continuación se muestran los 10 principales prestadores, según prestaciones hospitalarias.

G9.-10 Principales Prestadores de Salud Privados Montos Facturados (Mill \$) por Prestaciones Hospitalarias - Año 2010



De un total de 727.185 Mill\$ facturados por prestaciones hospitalarias, un monto de 466.993 Mill\$, equivalente a un 64%, fueron realizados por los 10 principales prestadores de salud. Entre éstos se encuentran, en primer lugar, la Clínica Alemana de Santiago con 103.175 Mill\$ (14%), en segundo lugar, la Clínica Las Condes con 88.689 Mill\$ (12%) y, en tercer lugar, la Clínica Santa María con 73.562 Mill\$ (10), concentrando estos tres establecimientos asistenciales el 37% del total de los montos facturados hospitalarios.

G10.-10 Principales Prestadores de Salud Montos Facturados (Mill \$) por Prestaciones Ambulatorias - Año 2010



De un total de 607.784 Mill\$ facturados por prestaciones ambulatorias, un monto de 176.144 Mill\$, equivalente a un 29,0%, fueron realizados por 10 prestadores de salud. En orden de importancia se encuentran, en primer lugar, Megasalud con 38.527 Mill\$ (6,3%), en segundo lugar, Hospital del Cobre con 28.165 Mill\$ (4,6%) y, en tercer lugar, Servicios Médicos Santa María con 23.328 Mill\$ (3,8%), concentrando estos tres establecimientos asistenciales el 14,8% del total de los montos facturados ambulatorios.

Al detallar aquellos prestadores de salud principales, según montos facturados, que otorgan tanto prestaciones modalidad de atención hospitalaria como ambulatoria (que se repiten ambos grupos), podemos observar la importancia relativa (%) de los montos facturados de cada uno de estos tipos de atención en cada uno de ellos, lo que se puede apreciar en el cuadro siguiente:

C5.- Principales Prestadores de Salud en Isapres según Montos Facturados (Mill \$) Hospitalarios versus Ambulatorios Año 2010

Orden de Importancia	Prestadores de Salud	Montos Facturados Totales (Mill \$)	Montos Facturados Hospitalarios (Mill \$)	%	Montos Facturados Ambulatorios (Mill \$)	%
1	CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.	117.044	103.175	88,15%	13.868	11,85%
2	CLINICA LAS CONDES	99.829	88.689	88,84%	11.140	11,16%
3	CLINICA SANTA MARIA S.A.	82.042	73.562	89,66%	8.480	10,34%
4	HOSP. CLINICO PONTIFICIA U.CATOLICA DE CHILE	64.807	41.883	64,63%	22.924	35,37%
5	CLINICA DAVILA S.A.	51.583	46.836	90,80%	4.747	9,20%
6	CLINICA INDISA S.A.	39.929	36.594	91,65%	3.335	8,35%
7	HOSP. CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE J.J.AGUIRRE	38.859	30.535	78,58%	8.324	21,42%
8	MEGASALUD S.A.	38.542	15	0,04%	38.527	99,96%
9	HOSPITAL DEL COBRE DR.SALVADOR ALLENDE G.	28.719	554	1,93%	28.165	98,07%
10	SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA S.A.	26.610	3.282	12,33%	23.328	87,67%

Al realizar un análisis descriptivo podemos señalar que los tres principales prestadores de salud, las Clínicas Alemana, Las Condes y Santa María, que se ubican en el 1, 2 y 3 lugar de importancia, respectivamente, más del 88% de sus montos facturados están vinculados con prestaciones de tipo hospitalario, como asimismo las Clínicas Dávila e Indisa. En cambio, los Hospitales Clínicos de la Universidad Católica y de Chile, ubicados en los lugares 4 y 7 de importancia, respectivamente, del total de sus montos facturados, un 36% y 21% son por prestaciones otorgadas ambulatoriamente.

3. Evaluación Específica de las Prestaciones de Salud (Totales)

3.a) Prestaciones de Salud por sexo

La tasa² de consultas médicas anuales por beneficiario fue de 4,0 y las mujeres tienen una frecuencia de 1,7 consultas médicas 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, las 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 le solicitan, por lo menos, un examen de laboratorio por cada consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 11%. A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a un 29% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 23%, 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 24% 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, ginecológicos (patología tumoral) y a la mayor 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 2008-2009, permite evidenciar una disminución en la tasa de consultas médicas

² La tasa de consultas médicas anuales de los beneficiarios se expresa por beneficiario por razones prácticas de análisis comparativo de los datos, teniendo presente que una persona no puede tener una consulta fraccionada.

(4,1 versus 4,0). En términos generales, el número de atenciones médicas durante el año 2010 fue de 11.922.459 a diferencia del año 2009, que fue de 11.337.401, con un aumento de 585.058 atenciones, equivalente a un aumento de un 5,2%, que es relativa, por cuanto no se incluyen en este cálculo las atenciones médicas contenidas en las canastas de prestaciones de los protocolos referenciales de las GES y según lo indicado en el Cuadro N° 2, la frecuencia de atenciones GES fue de 4.501.571. Por consiguiente, al no considerar en el cálculo de la tasa de consultas médicas por beneficiario del año 2010 las consultas médicas de las GES, el número observado de 4,1 es inferior al real.

En el resto de las prestaciones podemos observar una mantención en los valores de los exámenes de laboratorio, imagenología e intervenciones quirúrgicas.

Lo anteriormente expuesto se representa en el cuadro siguiente.

C6.- Frecuencia de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario y Sexo Años 2009-2010

VARIABLES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
N° de consultas médicas anual por beneficiario	5,0	4,9	3,3	3,2	4,1	4,0
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	157	156	139	140	149	149
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	32	32	25	26	29	29
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	144	141	111	114	127	127

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 público³ y privado de salud observamos valores inferiores en todos los indicadores, con excepción de las consultas médicas.

El número de consultas médicas anual por beneficiario muestra una diferencia positiva de un 30% (5,3 versus 4,1). Esto se explica por el uso de datos de las consultas o atenciones médicas de la APS dependientes del S.N.S.S. y la exclusión de datos de la APS Municipal, por cuanto estos últimos datos se encuentran agregados en: consulta o atención médica, consulta por otros profesionales de la salud, educación de grupo y visitas domiciliarias, lo que determinaría como resultado un valor superior al real.

Con respecto al resto de indicadores de uso de prestaciones existen diferencias negativas en exámenes de laboratorio y de imagenología por 100 consultas médicas y en las cirugías por cada 1.000 beneficiarios, de un 32%, 61% y 27%, respectivamente, lo que se muestra en el cuadro siguiente.

³ Considera los datos de prestaciones de las Modalidades de Atención Institucional (MAI), Libre Elección (MLE) y de la Atención Primaria de Salud (APS) dependiente del S.N.S.S.

C7.- Frecuencia de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario en Fonasa* (Año 2006) e Isapre (Año 2010)

	FONASA*	ISAPRE	Variación %
Nº de consultas médicas anual por beneficiario	5,3	4,0**	33%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	100	149	-33%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	11	29	-62%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	93	127	-26%

*Los indicadores del FONASA consideran datos hasta el año 2006, por cuanto a partir del año 2007 el FONASA no gestiona los datos de la MAI ni de la APS, motivo por el cual estos datos no se publican en el Boletín Estadístico del FONASA.

** Este resultado no considera las consultas médicas de las GES, por lo que esta cifra debiera ser superior a lo observado.

La menor cantidad de exámenes de laboratorio en el Fonasa -entre otras cosas- pudiera explicarse por una oferta o disponibilidad menor y/o insuficiente de exámenes en los niveles de atención primarios (Consultorios) y secundarios (Centros de Referencia de Salud y Centros Diagnóstico-Terapéuticos), lo que pudiera estar asociado a la aplicación de políticas de contención de costos y/o a la implementación de la GES con 69 problemas de salud a partir del 1º de julio del año 2009, al usar protocolos de atención, que obligan a racionalizar el uso de diferentes tipos de exámenes.

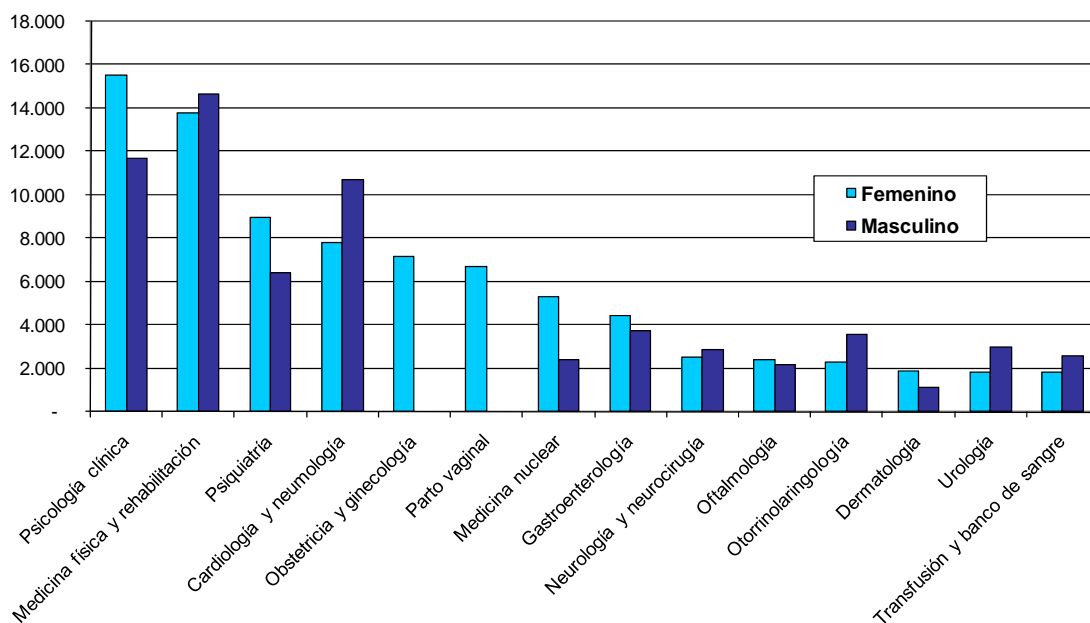
A su vez, la diferencia existente entre el Fonasa y el Sistema Isapre, en cuanto al número de exámenes de imagenología, alrededor de un 62% menos en el Fonasa, podría explicarse, entre otras variables, por una oferta insuficiente de recursos -en grados variables- en infraestructura, equipamiento y a la falencia de 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 copago de las prestaciones, ya que el Fonasa tiene los beneficiarios con la menor capacidad financiera.

Con respecto a las diferencias porcentuales observadas en la cantidad de cirugías por cada 1.000 beneficiarios de menos 26%, entre el Fonasa y el Sistema Isapre, podemos señalar que esto obedece a una menor realización de cirugías en el Fonasa, por diversas razones (déficit de infraestructura hospitalaria, falta de recursos humanos y financieros y problemas de gestión, etc.) y a incrementos menores en la cantidad de intervenciones quirúrgicas en el Fonasa el año 2006, de un 1% en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), de un 4,6% en la Modalidad de Libre Elección (MLE) y de un 2,6% en la Atención Primaria Municipal, respecto del año anterior.

3.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 psicología clínica, medicina física y rehabilitación, psiquiátricas, cardiológicas y neumológicas, obstétricas y ginecológicas y, finalmente, atención de parto, tal como se aprecia en el gráfico siguiente, cobrando relevancia la psicología clínica y la psiquiatría, siendo similar a lo observado durante el año 2009.

G11.- Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico por Sexo Año 2010 (Mill \$)



En el caso del hombre, destacan la medicina física y rehabilitación, psicología clínica, las atenciones de cardiología – neumología y psiquiatría, similar a lo observado en el caso de la mujer. Le siguen las atenciones gastroenterológicas y, finalmente, las prestaciones otorrinolaringológicas, similar a lo observado el año 2009.

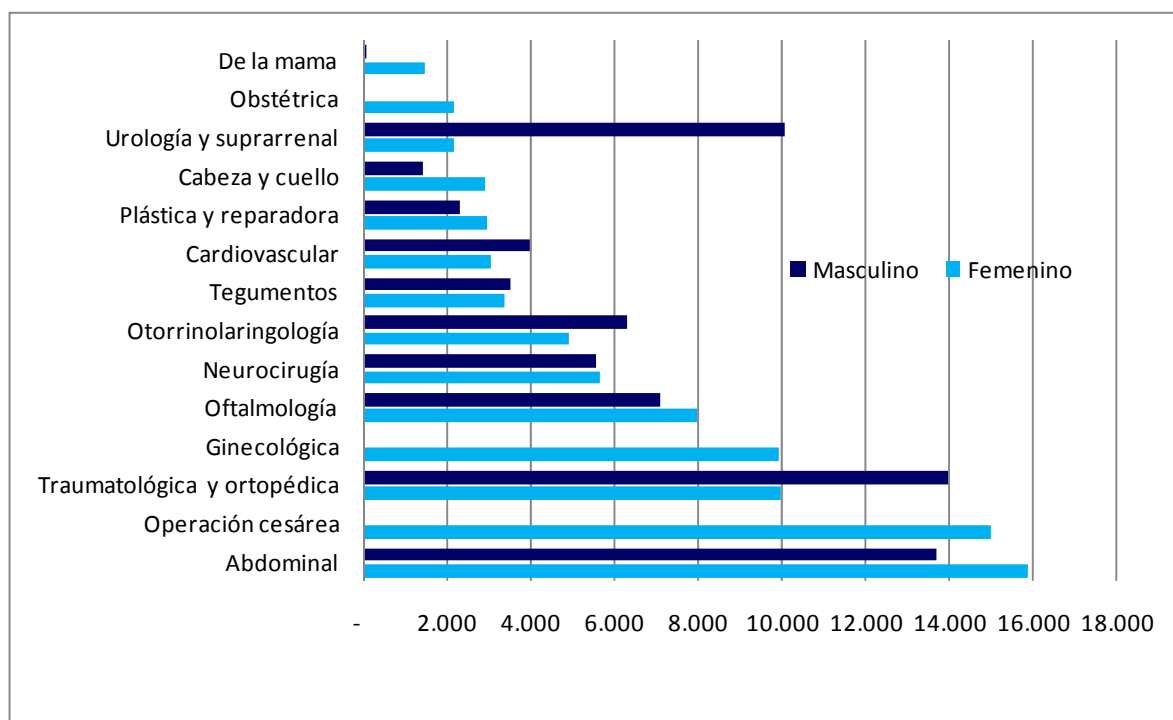
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a medicina física y rehabilitación, cardiología y neumología, otorrinolaringología y, finalmente, urología.

Cabe precisar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente, respecto del año anterior, son los siguientes: parto, disminuyó de 76% a 73%; medicina física y rehabilitación, bajó de 54% a 52%; atenciones psiquiátricas, disminuyeron de 31% a 30%; psicología clínica bajó de 35% a 34%; cardiología y neumología disminuyó de 63% a 62%; otorrinolaringología disminuyó de 37% a 35%, y las urológicas disminuyeron de 76% a 73%.

3.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 traumatológicas y ortopédicas, oftalmológicas y neuroquirúrgicas, como se observa en el gráfico siguiente, similar a lo observado el año 2009.

G12.-Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas por Sexo Año 2010 (Mill \$)



En el caso del hombre, destacan las traumatológicas y ortopédicas y la cirugía abdominal (por causas similares que en la mujer) que superaron a las urológicas y suprarrenales (litiasis urinaria y patología prostática). Le siguen las cirugías oftalmológicas, otorrinolaringológicas, neuroquirúrgicas y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, similar a lo observado el año 2009.

Por otra parte, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a intervenciones quirúrgicas de ortopedia y traumatología, urología, otorrinolaringología y, finalmente, cardiovasculares, similar a lo observado el año anterior.

A su vez, cabe destacar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones quirúrgicas son diferentes y porcentualmente, con respecto al año anterior, son los siguientes: operación cesárea, disminuyó de 73% a 71%; cirugía ginecológica se redujo de 66% a 62%; cirugía abdominal, disminuyó de 67% a 66%; traumatológica y ortopédica, disminuyó de 63% a 60%; neuroquirúrgica, disminuyó de 65% a 61%; oftalmológica, aumentó de 76% a 77%; urológica y suprarrenal, se redujo de 72% a 69%; otorrinolaringológica, disminuyó de 59% a 56% y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, bajaron de 73% a 72%.

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 sexto y segundo 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 2006, debido a que partir del año 2007 el FONASA no gestiona los datos de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) ni de la Atención Primaria de Salud (APS).

C8.- Partos Vaginales y Operaciones Cesáreas en el Sistema Isapre (Año 2010) y Fonasa MAI – MLE (Año 2006)

	ISAPRE	FONASA
Parto vaginal	12.507	95.581
Cesárea	24.625	39.481
****PAD en Modalidad de Libre Elección (MLE)		50.066
Parto vaginal en MLE		319
Cesárea en MLE		720
Beneficiarios	2.800.279	11.479.384**
Tasa de natalidad *	13,3	16.2
Razón parto/cesárea	0,5	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 2006.

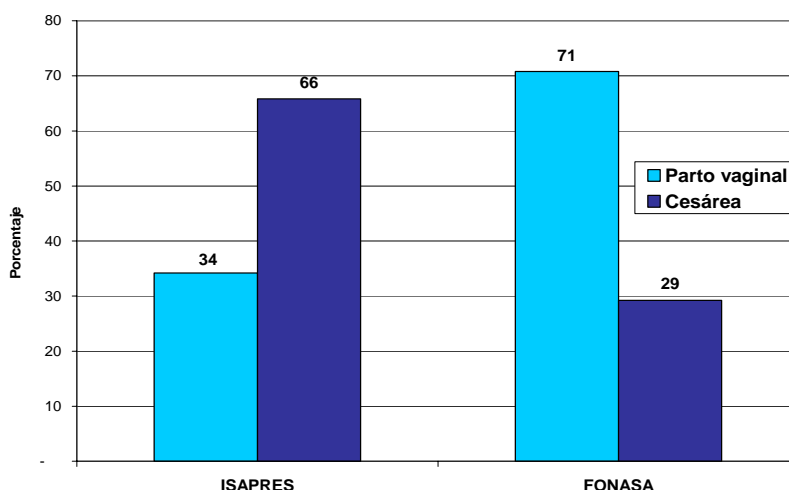
*** Razón parto/cesárea en Fonasa Modalidad de Atención Institucional (MAI).

**** PAD: Pago Asociado a Diagnóstico o "Cuenta Conocida". Boletín Estadístico 2007-2008 FONASA.

A partir del año 2007 el FONASA no gestiona los datos de la MAI ni de la APS, motivo por el cual sólo se publican los datos de la MLE en el Boletín Estadístico del FONASA 2007-2008. Por este motivo se usan los datos del año 2006.

Destaca el hecho que, en el sistema privado, las operaciones cesáreas representan el 66% del total de los partos en comparación al porcentaje de un 29% observado en el Fonasa Modalidad de Atención Institucional (MAI). Además, según lo muestra el gráfico siguiente, resulta destacable 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 (Fonasa MAI), lo que gráficamente se traduce en una imagen en espejo.

G13.-Porcentaje de Partos Vaginales *versus* Cesáreas en Isapres (Año 2010) y Fonasa MAI (Año 2006)



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. En este mismo sentido, al

observar lo que sucede en el Fonasa MLE del año 2008, de un total de 1.039 atenciones de parto, 319 corresponden a partos vaginales y 720 a cesáreas, representando un 31% y 69%, respectivamente, similar a lo que sucede en el sistema Isapre.

A su vez, en el Fonasa durante el año 2008 se atendieron 59.377 partos según el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) o "Cuenta Conocida" de la Modalidad Libre Elección (MLE), siendo un 7% superior a lo observado el año anterior, lo que podría explicarse por un aumento de la bonificación de esta prestación que se traduce en una disminución del copago y por la incorporación de beneficiarios de otros sistemas al Seguro Público de Salud.

Cabe hacer presente, que el PAD del parto considera un código único de prestación y un mismo monto de pago conocido, indistintamente se trate de la atención de un parto vaginal o cesárea, lo que impide disponer de datos diferenciados. Sin embargo, el Fonasa estima que el PAD de parto pudiera tener un comportamiento similar a lo que ocurre en la atención de parto MLE con una proporción de partos vaginales *versus* cesáreas de un 30% y 70%, siendo esta situación semejante a lo que ocurre en el sistema Isapre.

Esto significa que bajo esta modalidad de pago en el Fonasa, con un copago único conocido de \$203.980 para la atención de parto, equivalente a un 25% del monto del PAD (\$815.930) del arancel Fonasa MLE del año 2008, los incentivos generados frente a un mismo valor de copago indiferenciado, estarían privilegiando un sistema de atención médica en donde también estaría primando un criterio administrativo o de "comodidad" por sobre el criterio sanitario, privilegiando la operación cesárea en su elección, lo que explicaría su mayor proporción.

Por otra parte, en el Sistema Isapre, para efectos comparativos con el Fonasa en el mismo año, los copagos expresados en moneda a diciembre de 2008 por concepto de la prestación atención de parto (honorarios profesionales e insumos corrientes) de los años 2007 y 2008, fueron de \$136.228 y \$116.128, respectivamente, representando una disminución porcentual de un 15% en el copago por parto. En el caso de la prestación operación cesárea (honorarios médico-quirúrgicos e insumos corrientes) para estos mismos años, los copagos fueron de \$167.141 y \$135.979, respectivamente, evidenciando una disminución porcentual de un 19%.

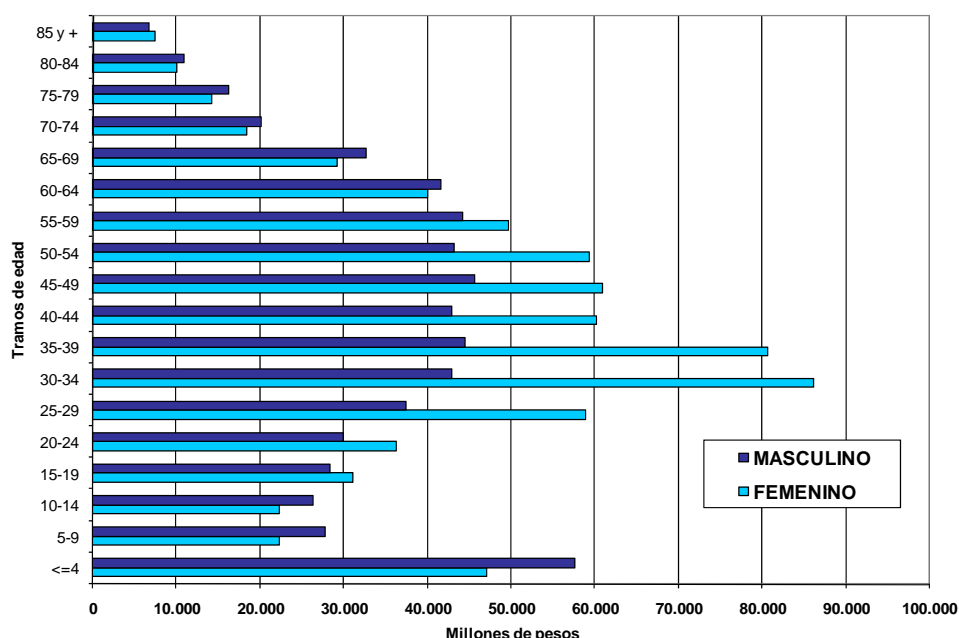
En ambos casos, esto se traduce en mayores beneficios para la mujer al efectuar el cotizante o la cotizante un copago menor por estas prestaciones. Asimismo, en Isapres el año 2009, los copagos por partos vaginales y cesáreas alcanzaron un monto promedio de \$133.723 y \$167.691, respectivamente.

Finalmente, cabe destacar, que la tasa de natalidad estimada ("R.N. estimados" x 1.000 beneficiarios) en el sistema Isapre (año 2010) es un 22% inferior a la del Fonasa (Año 2006) (13.3 *versus* 16.2).

3.d) Montos facturados por sexo y tramos de edad

Con respecto al monto total facturado en prestaciones de salud, éste es significativamente mayor en la mujer (55%) con relación a los hombres (45%).

G14.- Montos Facturados en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2010



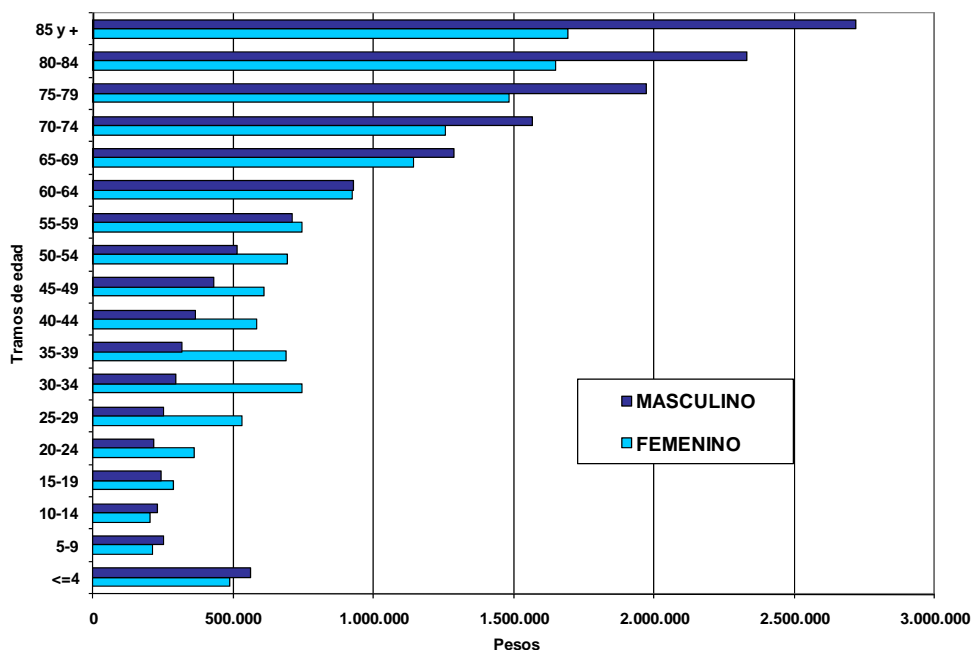
Si bien la proporción del monto total facturado atribuible a la mujer es de un 55%, cabe hacer presente que, entre los 15 y 49 años de edad, este porcentaje aumenta a un 60% con relación a los hombres.

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 litiásica 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 8% del total, lo que pudiera estar vinculado con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas digestivas y de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonias y, a la mayor incidencia de traumatismos, quemaduras y envenenamientos accidentales, que ocurren a esas edades.

Tal como se aprecia en el gráfico siguiente, los montos facturados *per cápita* en las mujeres entre los 15 y 59 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 60 años, los hombres presentan un gasto *per cápita* mayor que las mujeres, que puede ser 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.

G15.- Montos Facturados Per Cápita en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2010



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 \$747.980, el que casi se duplica en el tramo de edad 75-79 años, con un monto facturado promedio de \$1.486.894.

En el caso del hombre, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$295.242, equivalente a un tercio del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 75-79 años, es 7 veces mayor, con un monto de \$1.975.509, siendo superior en \$488.615, con respecto a la mujer, representando un 33% de mayor gasto en el hombre.

3.e) Montos bonificados por sexo y tramos de edad

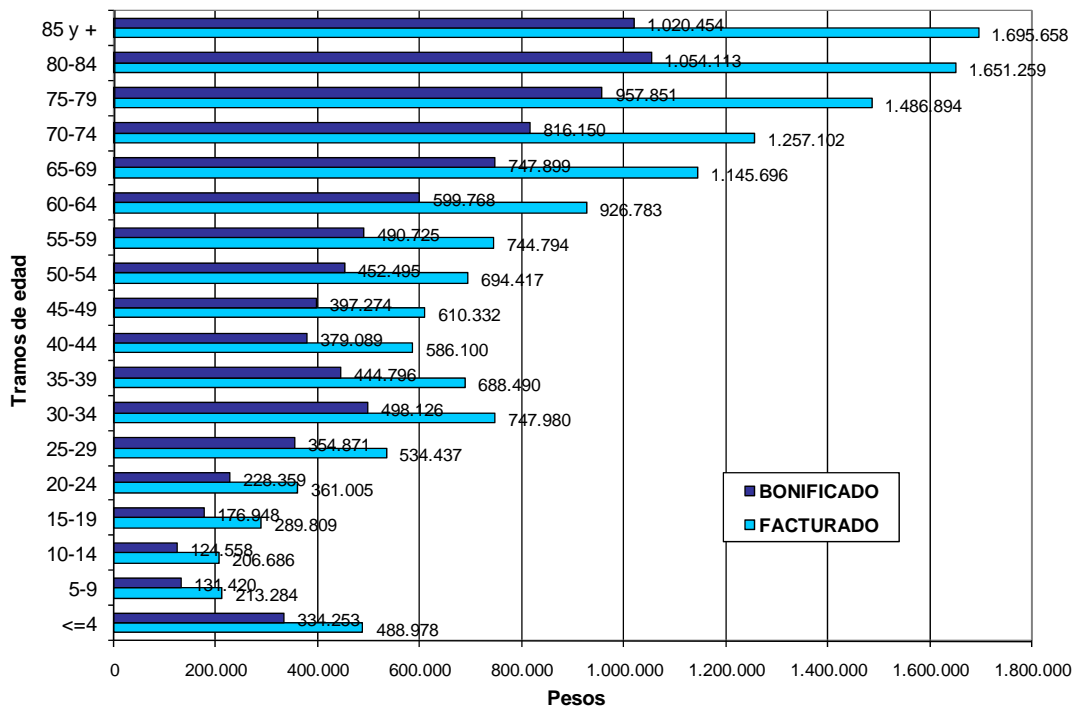
Con respecto al porcentaje general de bonificación en las mujeres, éste alcanza a un promedio de 65%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sólo en el tramo de edad menor de 4 años es de un 68%.

No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades son similares, en términos de copagos expresados en pesos (\$) promedios las diferencias son significativas. Si a los 30 años de edad el copago promedio de las prestaciones asciende a \$249.854, a los 60 años de edad alcanza a \$327.016 y a los 75 años a \$529.043, es decir, el copago promedio en la mujer se duplica 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

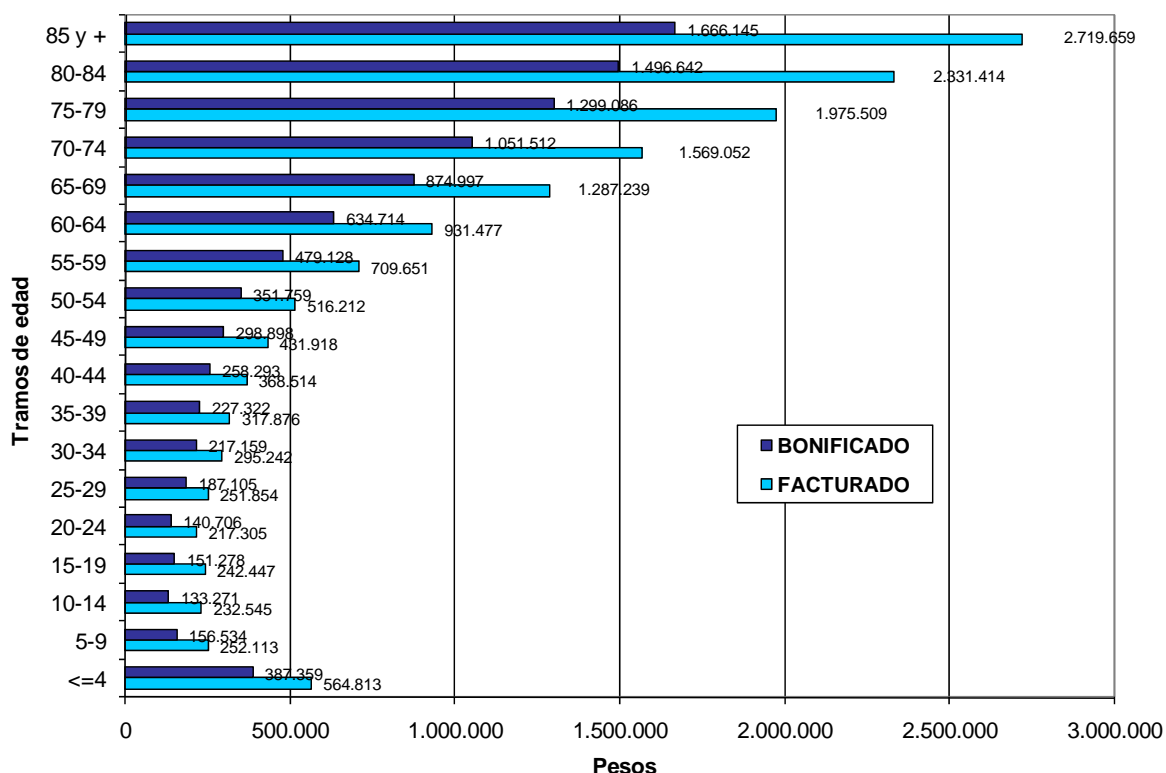
médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna (esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia coronaria y enfermedades cerebrovasculares), patología respiratoria (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 tipo 2 e Hipertensión Arterial (HTA).

G15.a.- Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Mujeres por Edad - Año 2010 (\$)



A su vez, en los hombres, el porcentaje general de bonificación alcanza a un promedio de 68%, similar al de las mujeres, destacando una bonificación de un 74% entre los 25 y 39 años. Posteriormente, es posible observar una disminución de la bonificación a un 68% y que a los 80 - 84 años llega a un 64% y alcanza a un 61% en las personas de 85 años y más.

G15.b.- Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Hombres por Edad - Año 2010 (\$)



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.

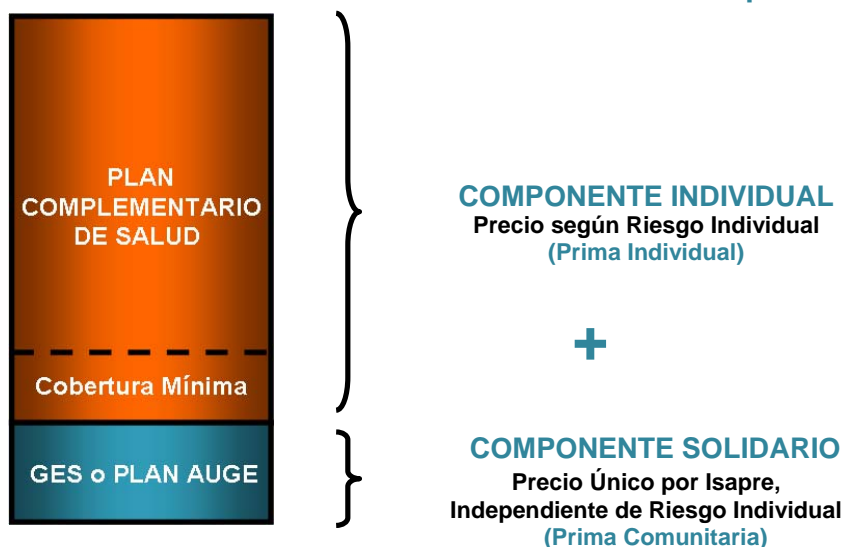
No obstante lo anterior y, en forma similar a lo observado en el caso de la mujer, las diferencias por concepto de copagos en el hombre son significativas, por cuanto si a los 30 años de edad el copago de las prestaciones por parte del beneficiario asciende a \$78.083, a los 60 años de edad alcanza a \$296.764 y a los 75 años es de \$676.423, es decir, el copago es 9 veces mayor a los 75 años de edad. A su vez, a los 75 años de edad, el copago del hombre es \$147.380 superior al de la mujer, lo que representa un 28% más de gasto.

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 (IAM) y Angina) y cerebrovasculares (Accidente Vascular Encefálico (AVE)).

4. Prestaciones de Salud y su relación con los Precios de los Planes de Salud

La estructura actual del plan de salud de las Isapres se compone de dos partes principales. El primer componente, es el Plan Complementario de Salud, cuyos beneficios no pueden ser inferiores a los que otorga el Fonasa para todas las prestaciones incluidas en su arancel Modalidad de Libre Elección (MLE) y cuyo precio se determina para cada beneficiario en función de su edad y sexo (prima individual) y, el segundo componente, son las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE), cuyo precio es único por Isapre y es independiente del riesgo individual (prima comunitaria). Lo anteriormente expuesto se muestra en el gráfico siguiente.

G17.- Estructura del Plan de Salud en el Sistema Isapre



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

Con respecto a los costos operacionales de las Isapres originados por el uso de los planes de salud, éstos derivan del gasto de dos componentes principales: las prestaciones de salud y los Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL). En efecto, el gasto esperado de las Isapres depende del gasto en prestaciones de salud y del gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL), donde el gasto en prestaciones depende de la evolución de: a) el número de prestaciones otorgadas a los beneficiarios, b) el precio de las prestaciones, c) el porcentaje de cobertura de las prestaciones en el plan y, d) el monto bonificado por cada prestación.

Para determinar la evolución de algunos de los principales determinantes del valor de las primas de los planes de salud, a través del cálculo de diferentes indicadores, cuya metodología de cálculo se detalla en el documento de Alza Máxima de Precios de los Planes para los Cotizantes Cautivos, Variación - Años 2009-2010⁴, es posible determinar índices de precio, bonificación y cantidad. La estimación de sus valores resulta relevante para apreciar si el aumento de las primas refleja ajustes ante aumentos en el gasto esperado asociado a cada plan de salud o, por el contrario, aumentos en los precios de los seguros de salud⁵.

⁴ Alza Máxima de Precios de los Planes para los Cotizantes Cautivos, Variación - Años 2009-2010. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo. Abril, 2011.

⁵ Por precio del seguro entendemos la diferencia entre la prima del seguro y el gasto esperado asociado a él.

Por lo tanto, el conocimiento de las variaciones en los índices de precios, bonificación y cantidad, nos permite saber en qué medida las prestaciones afectan el gasto en salud, tanto de la sociedad como del Sistema Isapre.

Para el cálculo de estos indicadores se considera el cambio en el costo de las prestaciones de salud, el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas y el cambio en el gasto derivado del uso del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Para su cálculo, se utilizaron datos de los años 2009 y 2010. La información utilizada para el análisis representa un 95,3% de la cartera de beneficiarios para el año 2010 y un 90% de los montos bonificados por prestaciones del año 2010 de un grupo de Isapres, constituyendo una muestra representativa del universo de las Isapres.

Los resultados de la evolución de las prestaciones (modalidad ambulatoria y hospitalaria) para la variación entre el año 2009 y el año 2010, de los índices respectivos son los siguientes:

- El índice de precio de las prestaciones aumentó un 2,6% nominal.
- El índice de monto bonificado aumentó un 1,6% nominal.
- El índice de cantidad de prestaciones por beneficiario aumentó un 1,6%.
- El cambio en la cobertura disminuyó un 0,9%.
- El cambio en el gasto total en prestaciones aumentó un 4,2% nominal.
- El cambio en el gasto Isapre (bonificado) en prestaciones aumentó un 3,3% nominal.

En síntesis, con respecto a los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

El cambio porcentual en el costo operacional de las Isapres entre los años 2009 y 2010 fue de un 0,52% real.

- El gasto total en prestaciones en el periodo indicado aumentó un 4,2% nominal. Las causas de este aumento se explican por el alza experimentada en el índice de precios de las prestaciones en un 2,6% nominal y de un aumento en el índice de la cantidad de prestaciones de un 1,6%.
- El gasto total ambulatorio en el periodo observado se incrementó en un 3,5% nominal, debido a un aumento en el índice de precio de un 2,3% nominal y por un aumento de un 1,1% en el índice de la cantidad de prestaciones por beneficiario.
- El gasto total hospitalario se incrementó en un 5,0% nominal, como consecuencia de un aumento en el índice de precio de un 2,6% nominal y de un 1,6% en el índice de la cantidad de prestaciones por beneficiario.
- El gasto por concepto de Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) por cotizante aumentó un 0,16%.

5. Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) de las Prestaciones de Salud

En el cuadro siguiente, se muestra la Tabla de Factores del gasto efectivo (montos facturados) de las prestaciones de salud por 17 grupos de edad, definidos por tramos de edad, según sexo, correspondiente al año 2010, donde el valor del monto facturado total *per cápita* promedio anual, equivale al valor promedio de 1.

Con respecto al monto facturado *per cápita* anual que tiene un valor de \$476.605 (valor promedio referencial), éste se obtiene del monto total facturado anual que alcanza a los Mill\$ 1.334.627 por la cantidad de beneficiarios promedio del año 2010, que fue de 2.800.279 personas. Con este valor referencial se calcula el factor correspondiente a cada uno de los grupos de edad (1 a 17) y por sexo. Por ejemplo: un factor de 0,49 para el grupo de edad 3, correspondiente al tramo de edad 10 a 14 años en el sexo masculino, significa que en este grupo de edad el gasto efectivo *per cápita* representa menos de la mitad del valor promedio referencial, lo que traducido en términos monetarios alcanza a los \$232.545.

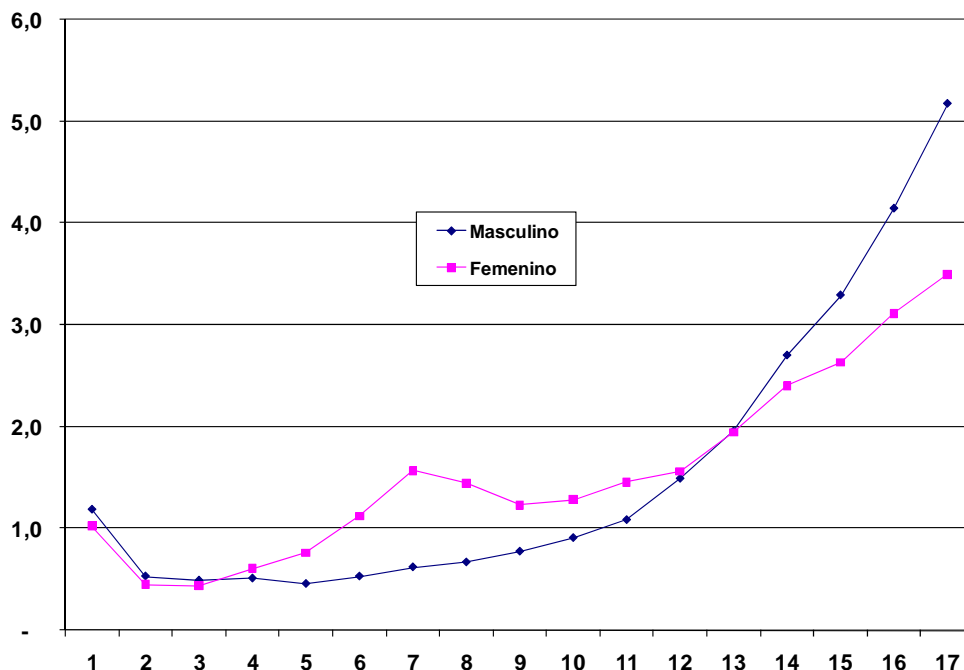
De esta manera, al construir la Tabla de Factores, podemos comparar en forma simple el nivel de gasto efectivo *per cápita* por tramos de edad entre sexo y al interior de cada sexo, usando el valor promedio de 1. Por ejemplo, el tramo de edad 45-49 años (grupo 10) y de sexo masculino, con un factor 0,91, lo podemos comparar con el tramo de edad 75-79 años, que tiene un factor de 4,14. Esto significa que este grupo de edad 16, tiene 4,6 veces más gasto efectivo *per cápita* promedio anual que el grupo 10 masculino y si lo comparamos con el sexo femenino, esta diferencia alcanza a 3,4 veces.

C9.- Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) Prestaciones de Salud por Sexo y Tramos de Edad Año 2010 (Promedio = 1)

Grupos de Edad	Tramos de Edad	Masculino	Femenino
1	< 04	1,19	1,03
2	05-09	0,53	0,45
3	10-14	0,49	0,43
4	15-19	0,51	0,61
5	20-24	0,46	0,76
6	25-29	0,53	1,12
7	30-34	0,62	1,57
8	35-39	0,67	1,44
9	40-44	0,77	1,23
10	45-49	0,91	1,28
11	50-54	1,08	1,46
12	55-59	1,49	1,56
13	60-64	1,95	1,94
14	65-69	2,70	2,40
15	70-74	3,29	2,64
16	75-79	4,14	3,12
17	80 y más	5,17	3,50

A su vez, en el gráfico N° 18 es posible visualizar la representación de la Tabla de Factores del gasto efectivo (monto facturado) de las prestaciones de salud por 17 grupos de edad y según sexo, correspondiente al año 2010.

G18.- Gráfico de la Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) Prestaciones de Salud por Sexo y Grupos de Edad - Año 2010



Este gráfico nos permite ver el comportamiento del gasto efectivo *per cápita* por grupos de edad y sexo, en qué grupos de edad es inferior al promedio de 1 y en qué grupos de edad es superior a dicho valor, su progresión con el avance de la edad y las diferencias del gasto efectivo entre mujeres y hombres.

6. Enfoque de Equidad de Género en las Prestaciones de Salud

La Superintendencia de Salud es parte activa de las políticas públicas destinadas a promover la equidad de género, que significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre los hombres y las mujeres. Por ello se ha comprometido institucionalmente a aplicar el enfoque de equidad de género al ejercicio de todas sus competencias y en todos sus productos estratégicos. En el ámbito de la salud, se pretende que hombres y mujeres se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de sus resultados.

El enfoque de equidad de género, como estrategia, en el ámbito de la salud, pretende identificar y reconocer las diferencias evitables e injustas (inequidad) que existen entre mujeres y hombres en la atención de salud (acceso y uso), financiamiento (contribución financiera) y participación en el trabajo de la salud, en razón de los roles sociales diferenciados que históricamente se les han asignado en razón de su sexo, en la que se establece una asignación desigual de poder (género).

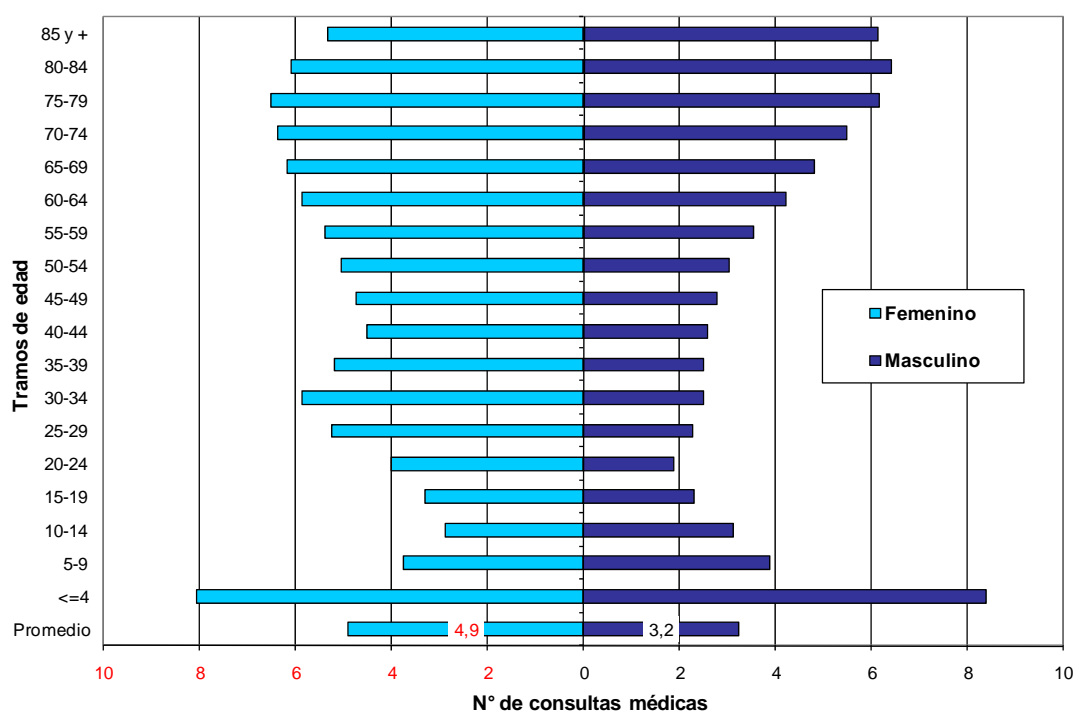
Por lo anteriormente expuesto, se ha determinado realizar un diagnóstico en las prestaciones de salud para determinar si existen o no diferencias evitables e injustas entre mujeres y hombres (inequidad de género), tanto en el uso de las prestaciones como en la contribución financiera de los beneficiarios de las mismas o si los hallazgos obedecen a diferencias determinadas por características propias del sexo, que no son injustas. Posteriormente, de existir inequidades de género, se pretende cuantificar las brechas y sugerir propuestas de intervención para eliminarlas, si es posible, o bien, disminuirlas al mínimo.

6. A) Enfoque de Equidad de Género en el uso de Prestaciones de Salud

6.A.1) Consultas médicas por sexo y tramos de edad

En términos generales, la mujer consulta alrededor de un 50% más que el hombre, lo que equivale a 1,7 consultas médicas anuales más (4,9 versus 3.2).

G19.- N° de Consultas Médicas por Beneficiario según Sexo y Edad - Año 2010



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, similar a lo observado el año anterior.

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

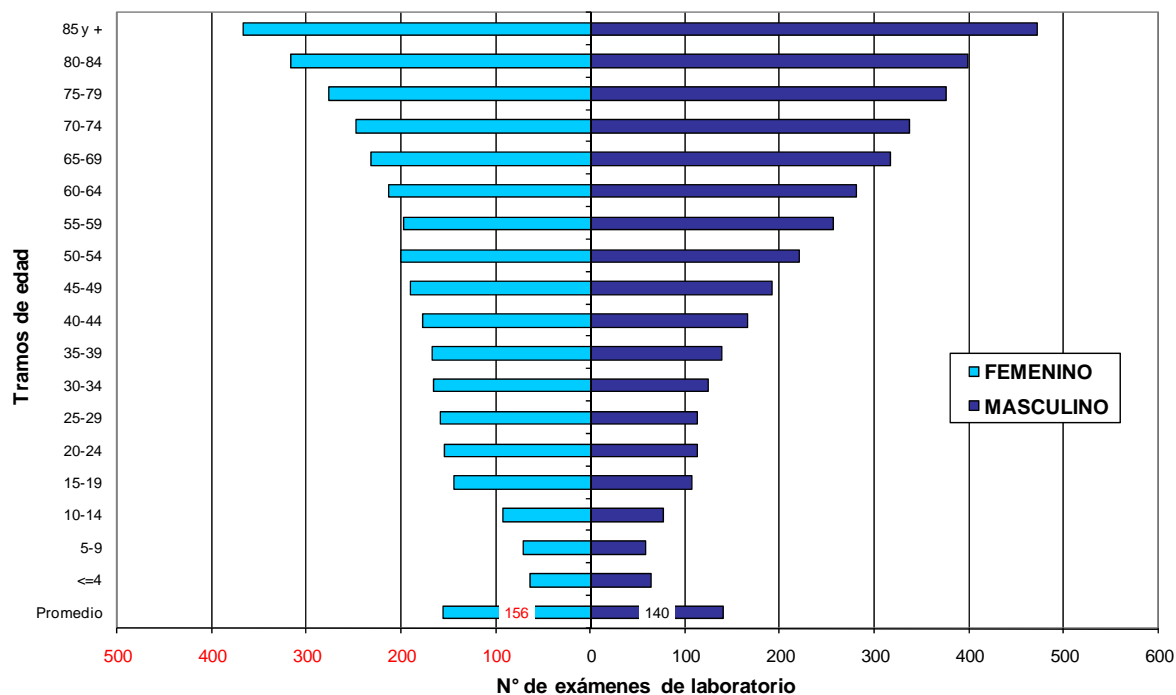
femeninas por sobre las masculinas (entre 3 y 6 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y, porque, además, las mujeres acuden más fácilmente a los servicios médicos que los hombres.

A su vez, sobre los 75 años de edad, las consultas tanto en hombres como en las mujeres, son similares, alrededor de 6 consultas médicas anuales, atribuido a una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y patologías crónicas concomitantes. Sólo a partir de los 80 años y más, los hombres consultan un poco más que las mujeres.

6.A.2) Exámenes de Laboratorio por sexo y tramos de edad

Con respecto a los exámenes de laboratorio, las mujeres se realizan un 11% más exámenes por cada 100 consultas médicas que los hombres, concentrándose la mayor cantidad de exámenes de laboratorio entre los 15 y 49 años, en plena edad fértil, por lo que dicho incremento podría estar asociado, fundamentalmente, a fenómenos reproductivos y de la esfera ginecológica en las mujeres.

G20.-Exámenes de Laboratorio por cada 100 Consultas Médicas por Sexo y Edad - Año 2010

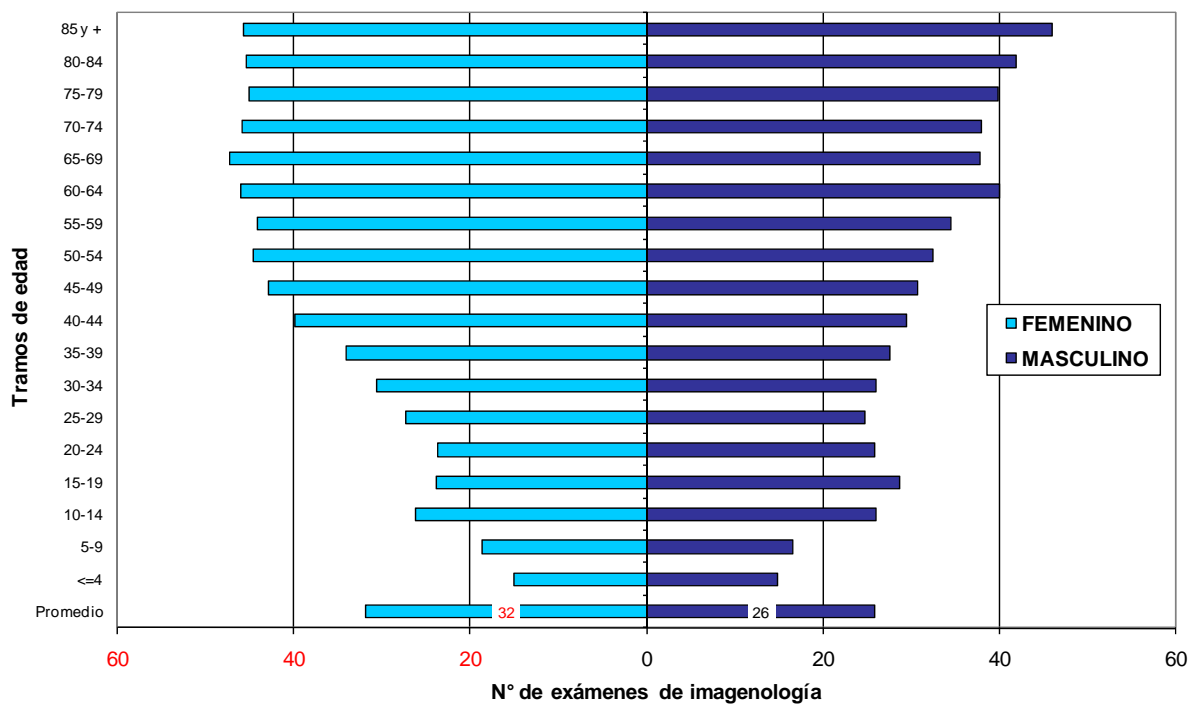


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similar. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemias, afecciones cardiovasculares y urológicas, etc..

6.A.3) Exámenes de Imagenología por sexo y tramos de edad

Con respecto a la razón de exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas, es posible señalar que éstos son superiores en las mujeres en un 23% (32 versus 26), 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 ginecológicos (tumores benignos y malignos) y patología vesicular (colecistitis).

G21.-Exámenes de Imagenología por cada 100 Consultas Médicas según Sexo y Edad - Año 2010

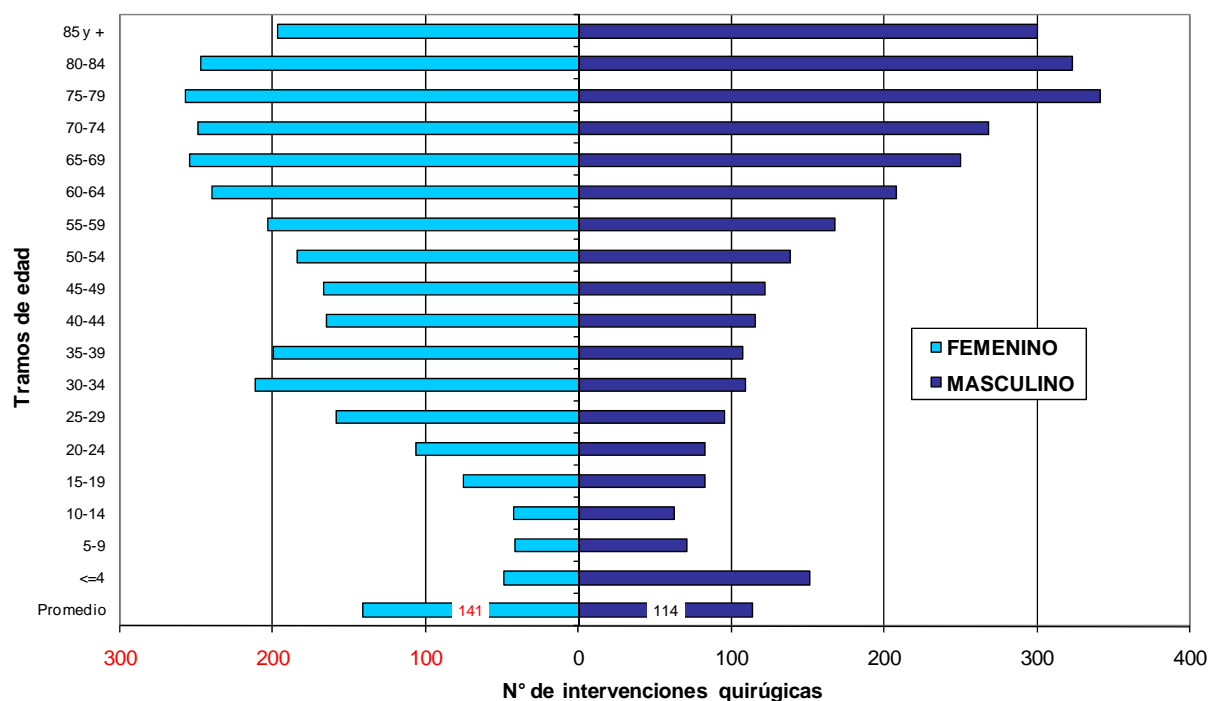


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción de los hombres entre los 15 y 24 años de edad, los que pudieran estar asociados a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos y accidentes.

6.A.4) Intervenciones Quirúrgicas por sexo y tramos de edad

En términos generales, las mujeres presentaron un 29% más de intervenciones quirúrgicas que los hombres. Hasta los 19 años existe un predominio de las cirugías de los hombres por sobre las de las mujeres, las que pudieran vincularse con patología apendicular (Apendicitis Aguda), enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides, Fimosis y afecciones traumatológicas (fracturas).

G22.-Intervenciones Quirúrgicas por cada 1.000 Beneficiarios según Sexo y Edad - Año 2010



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 40 y 49 años y un pick cercano a las 260 cirugías entre los 75 y 79 años, las que pudieran estar relacionadas con 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, similar a lo observado el año 2009.

En el caso de los hombres, a partir de los 35 años de edad, comienzan a aumentar desde más de 100 hasta llegar a cerca de 340 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios hasta los 79 años de edad, para decrecer posteriormente un poco. 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 35 años permite explicar la curva progresiva observada en el gráfico N° 22.

En este análisis general sobre el uso de las principales prestaciones de salud por parte de las mujeres y los hombres, podemos observar diferencias entre ambos sexos, como se expuso anteriormente. En todas ellas las mujeres hacen un mayor uso de las distintas prestaciones de salud con respecto a los hombres, tales como las consultas médicas por beneficiario (4,9 versus 3,2), exámenes de laboratorio por cada 100 consultas médicas (156 versus 140), exámenes de

imagenología por cada 100 consultas médicas (32 *versus* 26), e intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios (141 *versus* 114).

El mayor uso de las prestaciones de salud por parte de las mujeres se explica por dos razones principales: a) por aspectos culturales del rol de “cuidadora” de la mujer, lo que determina que las mujeres acudan más fácilmente a los servicios de atención de salud y, b) porque presentan una serie de afecciones y condiciones de salud distintas a los hombres, vinculados con fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos).

Por consiguiente, conforme a lo anteriormente expuesto, podemos concluir que, en términos generales, los resultados observados obedecen a diferencias propias del comportamiento de cada sexo y a condiciones biológicas de cada sexo y no a una inequidad de género propiamente tal.

Sin embargo, y no obstante lo anteriormente expuesto y a los avances en la materia post Reforma de Salud, persiste la inequidad de género en la atención del parto, por cuanto se adjudica exclusivamente el costo de la reproducción a la mujer. Esta inequidad se fundamenta en el hecho que el embarazo y la atención del parto corresponden a una condición de salud -no a una enfermedad específica- y que esta condición se genera con la participación del hombre, por lo que debiera ser de responsabilidad social asumir los costos asociados a ellos y no sólo de la madre.

Si bien lo anteriormente expuesto puede tener validez desde la perspectiva de la búsqueda de la equidad de género y socialmente pudiera considerarse deseable que la sociedad compartiera el gasto que concretamente significan estas condiciones de salud en la mujer, a través de algún mecanismo de distribución de este mayor costo entre los cotizantes, es importante tener presente algunas consideraciones que explican la situación actual y la factibilidad de corregir esta inequidad de género en el modelo de salud actualmente vigente:

1. Cabe hacer presente, que la inequidad de género en la atención del parto es consecuencia del diseño estructural del seguro privado de salud en Chile, el que está basado en la determinación de precios por riesgo individual (por sexo y tramos de edad), lo que obliga a las Isapres a definir el precio final del plan de salud en función del mayor gasto esperado que presentan las mujeres en esa etapa de su vida. De esta manera, las Isapres se ajustan a la normativa legal vigente, a las características propias de un seguro privado y al modelo de salud imperante, lo que se traduce finalmente en planes de salud con precios diferenciados para hombres y mujeres. Por consiguiente, no son las Isapres ni los planes de salud *per se*, los responsables de tal diferenciación de precios, sino que esta situación es inherente a la propia naturaleza de los seguros privados de salud en su aplicación en Chile.
2. Por tratarse de un seguro de salud privado, donde la relación que vincula al asegurado o asegurada con el seguro es de carácter individual, y obliga a quien cotiza, en forma personal -y no solidaria- a financiar el precio que fija la Isapre para el plan de salud elegido, resultaría incompatible introducir un financiamiento de carácter solidario, dada las características individuales del mismo, a menos que se realicen cambios estructurales al mismo derivado de una modificación legal. Si se aplica un mecanismo de distribución del mayor gasto que significa la atención del parto entre los cotizantes del seguro individual, aplicando una mayor precio a los hombres y a las mujeres en edad no reproductiva, es decir, un subsidio de estos grupos hacia las mujeres en edad fértil, esto

podría determinar que tanto los hombres jóvenes y solteros, así como las mujeres en edad no reproductiva, no estén dispuestos a financiar este mayor precio del plan de salud, lo que podría determinar una restricción en el acceso al seguro de estos grupos de personas.

Si bien la lógica de funcionamiento del seguro privado de salud de carácter individual (por sexo y tramos de edad) no es posible transformarlo en un seguro de tipo solidario, a menos que existan cambios legales en materia de los seguros privados de salud en Chile, existen instrumentos de regulación que podrían corregir la inequidad de género en la Atención del Parto, como podría ser la incorporación de esta condición de salud en las Garantías Explícitas de Salud (GES o Plan AUGE), que constituye un plan de salud de carácter solidario y obligatorio para las Isapres. Esto es posible gracias a la solidaridad en los aportes financieros al existir un precio parejo de la GES para todas las personas beneficiarias y, por otra parte, por la solidaridad de los riesgos en salud entre hombres y mujeres.

Sin embargo, esta condición de salud, que fue estudiada y costeadada por la Autoridad Sanitaria (Ministerio de Salud) el año 2008 como uno de los nuevos problemas de salud a ser incorporados en la GES, finalmente fue desestimada, optándose por priorizar otros 10 nuevos problemas de salud, para completar 69 GES vigentes a partir del 1° de julio del año 2010. Actualmente, se está evaluando incorporar nuevos problemas de salud para completar 80 GES, entre los cuales está incluida la atención del parto. De concretarse esta iniciativa, se lograría la equidad en la atención del parto en el Sistema Privado de Salud.

6.B) ⁶Enfoque de Equidad de Género en el Aporte Financiero de los Beneficiarios (copago)

Una forma de determinar si existen diferencias entre mujeres y hombres en el aporte financiero de los beneficiarios (copago), es establecer las diferencias expresadas en términos porcentuales entre los valores de las Tablas de Factores de los montos facturados y los copagos, lo que se aprecia en el cuadro N° 10. Cuando no existen diferencias entre los valores de ambas tablas, el valor es igual a 0. Cuando el resultado es positivo, significa que el factor del copago es superior al factor del monto facturado (condición desfavorable) y cuando éste es negativo, el factor del copago es inferior al factor del monto facturado (condición favorable).

Por ejemplo, en el caso del hombre, en el tramo de 25-29 años, la diferencia porcentual es negativa de un 24%, es decir, el factor del copago es inferior al factor del monto facturado y, en el caso de la mujer, es de 0%, lo que traduce una condición de menor copago, pero ésta es menor a la del hombre con una diferencia de 24 puntos porcentuales.

Para que exista una contribución financiera justa o equitativa entre hombres y mujeres, considerando el gasto efectivo de cada uno de los grupos de edad por sexo, no deberían existir diferencias entre ambos, lo que se observa (parcialmente) en el tramo de edad de 55-59 años, con diferencias porcentuales de -4% y +1% (diferencia de 5 puntos porcentuales). En el caso ideal debería ser +1% y +1% ó -1% y -1%, es decir, sin diferencias entre ambos porcentajes.

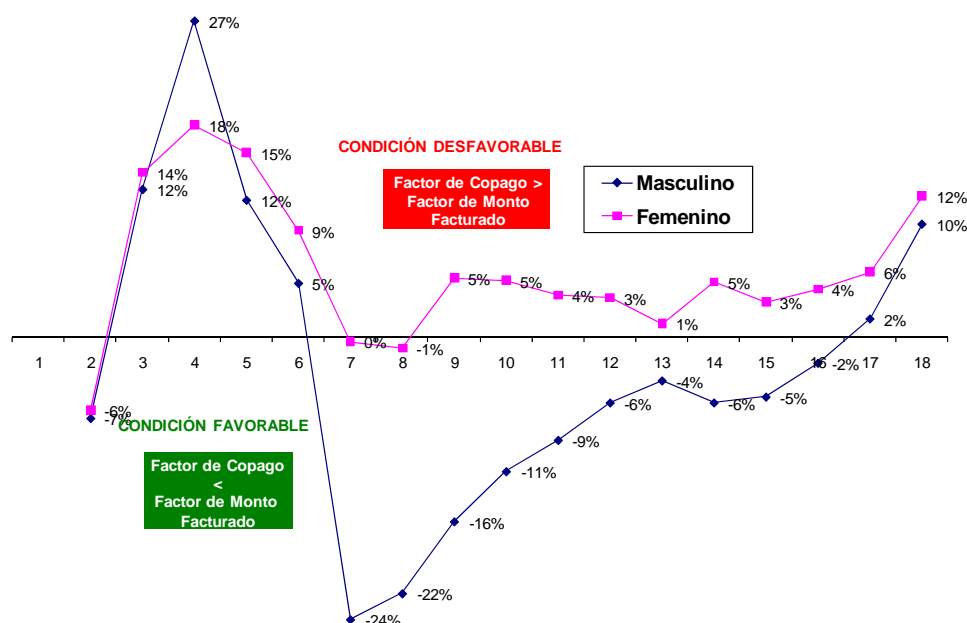
⁶ Análisis efectuado con la colaboración del Economista, Sr. Camilo Cid, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

C10.- Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado versus del Copago, por Sexo y Tramos de Edad Año 2010

Grupos de Edad	Tramos de Edad	Masculino	Femenino
1	< 04	-7%	-6%
2	05-09	12%	14%
3	10-14	27%	18%
4	15-19	12%	15%
5	20-24	5%	9%
6	25-29	-24%	0%
7	30-34	-22%	-1%
8	35-39	-16%	5%
9	40-44	-11%	5%
10	45-49	-9%	4%
11	50-54	-6%	3%
12	55-59	-4%	1%
13	60-64	-6%	5%
14	65-69	-5%	3%
15	70-74	-2%	4%
16	75-79	2%	6%
17	80 y más	10%	12%

En el gráfico siguiente se muestran las diferencias porcentuales entre la Tabla de Factores del Monto Facturado versus la Tabla de Factores del Copago, por sexo y tramos de edad, en el que se pueden ver las líneas de cada uno de los sexos por grupos de edad y las diferencias entre las mujeres y los hombres.

G23.- Gráfico de Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado versus del Copago, por Sexo y Grupos de Edad Año 2010



Tal como se muestra en el Cuadro N° 10 y en el Gráfico N°23, en el grupo 1, tramo de edad < 4 años, (punto 2), tanto el hombre como la mujer presentan una condición favorable (-7% y 6%), sin embargo, el hombre presenta una condición mejor que la mujer. A su vez, en el grupo 2 (punto 3), tramo de edad 05-09 años, tanto el hombre como la mujer presentan una condición desfavorable (12% y 14%). A partir del grupo de edad 6 (punto 7), tramo de edad 25-29 años, hasta el grupo de edad 7 (punto 8), tramo de edad 30-34 años, la mujer presenta condiciones favorables, pero significativamente menores que la de los hombres para esos tramos de edad. A partir del tramo de edad 35-39 años, grupo 8 (punto 9), la mujer tiene una situación desfavorable que se mantiene hasta los 80 años y más. En cambio, el hombre, entre los 25 años y los 74 años, presenta condiciones favorables, la que se torna desfavorable desde los 75 años en adelante.

Las diferencias entre las mujeres y los hombres en los distintos tramos de edad, reflejan inequidades de género en la contribución financiera (copago), cuyas brechas se representan por los espacios en blanco entre las líneas de ambos sexos. La condición justa o equitativa entre hombres y mujeres, estaría representada gráficamente por líneas superpuestas entre ambos sexos.

Finalmente, cabe hacer presente, que este análisis de equidad de género, corresponde a una evaluación general, que contempla las contribuciones financieras para el financiamiento del conjunto de prestaciones de salud de parte de todos los beneficiarios por sexo y tramos de edad, con la finalidad de determinar la existencia o no de inequidades en la contribución financiera de las mismas. Sin embargo, se requiere un análisis más específico para determinar diferencias injustas y evitables entre mujeres y hombres por tipo de plan de salud y según prestaciones de salud determinadas, lo que escapa a la finalidad de este análisis descriptivo general de las prestaciones de salud en el Sistema Isapre.