



## Documento de Trabajo

# Análisis de Prestaciones de Salud Curativas del Sistema Isapre Año 2018

Departamento de Estudios y Desarrollo

16 de marzo de 2020

### Introducción

Este estudio analiza el perfil de las prestaciones de salud en el sistema Isapre del año 2018, 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 una descripción de las principales variables que influyen en el precio de los Planes de Salud de las Isapres, que explican su variación hasta el año 2016, en que fueron calculados.

Además, en este documento se incluyen datos generales vinculados con las Garantías Explícitas en Salud (GES) con 80 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 2018).

## Tabla de Contenidos

1.	Evaluación Global de las Prestaciones de Salud (agrupadas) .....	4
1.1.	Gasto total y <i>per cápita</i> en las Isapres .....	4
1.2.	Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados.....	5
1.3.	Prestaciones de salud y modalidades de atención .....	7
1.4.	Prestaciones de Salud y Prestadores Privados y Públicos .....	8
2.	Evaluación Específica de las Prestaciones de Salud (Totales) .....	12
1.5.	2.1 Prestaciones de Salud por sexo .....	12
1.6.	2.2 Procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico .....	14
1.7.	2.3 Intervenciones quirúrgicas .....	15
1.8.	2.4 Montos facturados por sexo y tramos de edad .....	16
1.9.	2.5 Montos bonificados por sexo y tramos de edad .....	17
3.	Prestaciones de Salud y su relación con los Precios de los Planes de Salud . <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
4.	Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) de las Prestaciones de Salud .....	20
5.	Enfoque de Equidad de Género en las Prestaciones de Salud.....	22
1.10.	5.1 Consultas médicas por sexo y tramos de edad.....	23
1.11.	5.2 Exámenes de Laboratorio por sexo y tramos de edad .....	25
1.12.	5.3 Exámenes de Imagenología por sexo y tramos de edad .....	25
1.13.	5.4 Intervenciones Quirúrgicas por sexo y tramos de edad .....	26
1.14.	5.5 Enfoque de Equidad de Género en el Aporte Financiero de los Beneficiarios (copago).....	29

## Resumen Ejecutivo

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 en 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 privados o públicos.

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 un 67,1% *versus* 68,0% del año anterior y, con relación a la estructura de los costos, un 76,9% de los mismos, levemente inferior al año 2017, que fue de un 78,1%.

El conocimiento del perfil de las prestaciones médicas, ayuda a comprender los fenómenos de la salud y enfermedad, valorar la importancia de los factores condicionantes<sup>1</sup> y conocer los costos asociados y, finalmente, a definir las posibilidades de solución de los problemas de salud de acuerdo a los recursos y sistemas de organización disponibles.

Las principales conclusiones que se obtienen a partir del análisis de las prestaciones de salud bonificadas por el Sistema Isapre el año 2018, son las siguientes:

- ✓ Con relación a la estructura de los costos<sup>2</sup>, las prestaciones de salud representaron un 76,9% el año 2018 y un 78,1% el año 2017.
- ✓ El total de prestaciones de salud tuvo una variación porcentual de un 6,1% el año 2018 respecto del año 2017 (95.235.116 *versus* 89.796.197).
- ✓ La cantidad de prestaciones de salud por beneficiario tuvo una variación porcentual de un 6,4% el año 2018 respecto del año 2017 (28,1 *versus* 26,4).
- ✓ El monto facturado per cápita tuvo una variación porcentual de un 4,0% el año 2018 respecto del año 2017 (\$807.781 *versus* \$776.824, en moneda a diciembre de 2018).
- ✓ El monto bonificado per cápita tuvo una variación porcentual de un 5,2% el año 2018 respecto del año 2017 (\$506.820 *versus* \$ 481.918, en moneda a diciembre de 2018).
- ✓ Del total de prestaciones de salud, el 36,0% se concentra en los exámenes de diagnóstico, los que tuvieron una variación por beneficiario de un 7,0% el año 2018 respecto del año 2017.
- ✓ Del total de prestaciones de salud, un 17% son por atenciones médicas, las que tuvieron una variación por beneficiario de -1,6% el año 2018 respecto del año 2017.
- ✓ La bonificación promedio de las prestaciones de salud fue de 65,2% el año 2018 y de 64,4% el año 2017 (variación 1,3%). El año 2007 era de un 67,1%, lo que significa una disminución de 1,9% en 12 años.
- ✓ Según el tipo de prestadores, las prestaciones de salud fueron otorgadas en el sector privado y público, en un 97% y 3%, respectivamente.
- ✓ Según la modalidad de atención, las prestaciones de salud fueron ambulatorias y hospitalarias, en un 81% y 19%, respectivamente.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> El costo Isapre, incluye las prestaciones de salud y los Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL).

- ✓ La bonificación promedio de las prestaciones de salud hospitalarias en prestadores privados y públicos fue de un 70% y 75%, respectivamente.
- ✓ La bonificación promedio de las prestaciones de salud ambulatorias en prestadores privados y públicos fue de un 59% y 77%, respectivamente.
- ✓ Las prestaciones por GES representaron un 14,2% del total de las prestaciones, un 8,7% de los montos facturados totales y un 12,2% de los montos bonificados totales.
- ✓ La bonificación promedio por prestaciones GES fue de un 91,3%.
- ✓ El costo operacional de las Isapres por concepto de prestaciones GES 80 fue de \$236.686 millones y según la población beneficiaria promedio del año 2018 (3.394.961), equivale a un costo operacional de \$69.717 (2,53 UF) anual por beneficiario
- ✓ Los ingresos estimados por concepto de prima GES 80 de las Isapres el año 2018 fueron de \$475.168 millones y los costos operacionales por uso GES 80 fueron de \$236.686 millones, lo que representa una siniestralidad de un 49,8%. Es decir, por cada 100 pesos de ingreso GES 80, el costo GES 80 corresponde a 49,8 pesos.
- ✓ La tasa de consultas médicas anuales por beneficiario disminuyó de 4,2 a 4,1 el año 2018 con relación al año 2017. (Este resultado no considera las consultas médicas del GES).
- ✓ La razón de exámenes de laboratorio por cada 100 consultas médicas fue de 201 el año 2018 y de 185 el año 2017 (variación +9,0%).
- ✓ La razón de imagenología por cada 100 consultas médicas fue 34 el año 2018 y de 31 el año 2017 (variación +8,0%).
- ✓ La tasa de intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios fue de 138 el año 2018 y de 128 el año 2017 (variación +7,6%).
- ✓ Con relación a la equidad de género, se visualiza una inequidad de género que afecta a los hombres por restricciones en el acceso a la atención de salud (horarios), al limitar la asistencia de hombres trabajadores a los servicios de atención de salud. A su vez, se evidencia una inequidad de género en la mujer en edad fértil, vinculado con el aporte financiero y los copagos, por cuanto se adjudica exclusivamente el costo de la reproducción a la mujer (embarazo y parto), condición generada con la participación del hombre, por lo que debiera ser de responsabilidad social asumirlo.

## 1. Evaluación Global de las Prestaciones de Salud (agrupadas)

### 1.1. Gasto total y *per cápita* en las Isapres

La cantidad de beneficiarios promedio de 2018 alcanzó a 3.394.961 personas, correspondiendo un 54% a hombres y un 46% a mujeres, similar al año anterior. El año 2017, eran 3.406.747 beneficiarios, lo que representa una disminución de -0,4%. El monto facturado total expresado en moneda a diciembre de 2018 fue de \$2.742.384 millones y el monto bonificado total fue de \$1.720.633 (excluidas las prestaciones GES). De acuerdo al total de beneficiarios y el monto bonificado total de prestaciones el año 2018 (excluidas las prestaciones GES), el monto bonificado *per cápita* por prestaciones médicas alcanzó la suma de \$506.820, equivalente a un 62,7% del monto total facturado *per cápita*, que fue \$807.781.

### C1.- Gasto *Per cápita* en Prestaciones de Salud, Años 2017-2018 (Excluye Prestaciones GES)

	Isapres año 2017	Isapres año 2018
Beneficiarios promedio	3.406.747	3.394.961
Monto bonificado (\$ mill)	\$ 1.641.773 *	\$ 1.720.633 *
Bonificado <i>per cápita</i> (\$)	\$ 481.918 *	\$ 506.820 *
Facturado <i>per cápita</i> (\$)	\$ 776.824 *	\$ 807.781 *

\* Valores expresados en moneda a diciembre de 2018

Al comparar el gasto en prestaciones entre los años 2017-2018, podemos observar un aumento en el monto bonificado absoluto de un 4,8% y un aumento en el monto bonificado *per cápita* y facturado *per cápita* de un 5,2% y 4,0%, respectivamente durante el año 2018, respecto del año anterior.

### 1.2. Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2018, (incluidas las prestaciones por GES), que totalizan 95.235.116, en primer lugar, se encuentran los exámenes de diagnóstico que representan un 36%, seguido de los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos con un 21% y las atenciones médicas con un 16%. Las intervenciones quirúrgicas representan sólo un 0,5% del total de las prestaciones. Lo anteriormente expuesto se muestra en el cuadro siguiente.

### C2.- Número de Prestaciones de Salud, Montos Facturados y Porcentaje de Bonificación otorgados a los Beneficiarios - Año 2018

Prestaciones	Frecuencia	%	Montos Facturados (Mill\$)	%	% Bonificación Año 2017	% Bonificación Año 2018
Atenciones médicas	14.831.725	16%	436.316	15%	61,4%	61,1%
Exámenes de diagnóstico	34.030.577	36%	514.367	17%	62,1%	61,9%
Procedimientos de apoyo clínico / terapéuticos	20.021.571	21%	320.137	11%	47,7%	46,9%
Intervenciones quirúrgicas	468.711	0,5%	272.731	9%	61,5%	61,6%
Otras prestaciones	2.346.626	2%	562.877	19%	68,2%	67,5%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>71.699.210</b>		<b>2.106.428</b>		<b>61,4%</b>	<b>60,9%</b>
Garantías Explícitas de Salud (GES)	13.492.815	14%	259.225	9%	91,4%	91,3%
Insumos y materiales clínicos	4.352.407	5%	199.370	7%	68,6%	69,7%
Medicamentos	2.882.159	3%	166.067	6%	80,1%	80,2%
Dental (Códigos Isapre)	621.915	1%	38.659	1%	28,8%	67,8%
Drogas Antineoplásicas	54.469	0%	59.473	2%	65,6%	66,4%
Drogas Inmunosupresoras	1.015	0%	375	0%	54,4%	59,9%
Aranceles de Isapre	1.186.820	1%	89.416	3%	55,3%	47,2%

Prestaciones	Frecuencia	%	Montos Facturados (Mill\$)	%	% Bonificación Año 2017	% Bonificación Año 2018
Sin clasificar	944.306	1%	57.131	2%	51,1%	71,8%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>95.235.116</b>	<b>100%</b>	<b>2.976.144</b>	<b>100%</b>	<b>64,4%</b>	<b>65,2%</b>

Del monto facturado total (\$2.976.144 Millones), los exámenes diagnósticos representan un 17%. Le siguen las atenciones médicas con un 15%. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. Finalmente, los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos y las intervenciones quirúrgicas, contribuyen ambos individualmente con un 11% y 9%, respectivamente.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones principales, éste fluctúa entre un 46,9% y 61,9%, presentando los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos el porcentaje más bajo y los exámenes diagnósticos los porcentajes más altos con un 61,9%, manteniéndose similar la bonificación en las cirugías de un 61,6%, respecto a lo observado el año 2017.

El promedio de bonificación general fue de un 65,2% del monto total facturado, es decir, casi dos tercios del monto total facturado es bonificado por la Isapre y más del tercio restante es de cargo del beneficiario, lo que corresponde al copago (35,8%), siendo similar a lo observado el año anterior. El año 2007 la bonificación general era de un 67,1%, lo que significa una disminución de un 1,9% al año 2018 (12 años).

El monto de las intervenciones quirúrgicas sólo destaca en términos de importancia relativa, tal como se observa en el cuadro C3, por cuanto, siendo 19 veces mayor que el valor facturado promedio de todas las prestaciones (\$31.543), alcanza un cuarto lugar en los montos facturados totales, después de los exámenes diagnósticos, las atenciones médicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos, tal como se evidencia en el cuadro C2 anterior.

### C3.- Montos Facturados y Bonificados Promedios por Prestaciones de Salud Años 2017- 2018

PRESTACIONES	Monto Facturado * (\$) por Prestación Años		Monto Bonificado * (\$) por Prestación Años		Co-pago * (\$) por Prestación Años	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Atenciones médicas	29.375	29.693	18.051	18.152	11.325	11.542
Exámenes diagnósticos	14.311	15.257	8.889	9.446	5.422	5.810
Procedimientos de apoyo	16.618	16.139	7.924	7.574	8.693	8.565
Cirugías	625.792	587.328	385.024	361.546	240.768	225.782
Otras prestaciones	240.357	242.115	164.006	163.403	76.351	78.712
Medicamentos e insumos	98.009	104.395	73.488	78.909	24.521	25.486

\*Valores expresados en moneda a diciembre de 2018

Como se muestra en el cuadro C3, se aprecian variaciones significativas en los montos facturados por prestación entre los años 2017 y 2018, en los exámenes diagnósticos y los medicamentos e insumos, con aumentos de un 7% y una disminución de un 6% en las cirugías. En el caso de los medicamentos e insumos, existe una variación porcentual de 3,9% en el copago de estas prestaciones, explicado por un aumento en el valor facturado por prestación de un 7% entre ambos años. Las atenciones médicas tuvieron un aumento en el copago de un 1,9. En el resto de las

prestaciones, vinculadas con los exámenes diagnósticos, los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos y las cirugías, los copagos tuvieron variaciones de un 7,2%, -1,5% y -6,2%, respectivamente.

### 1.3. Prestaciones de salud y modalidades de atención

Las prestaciones principales alcanzan a 72.643.516 y las prestaciones adicionales suman 22.591.600, totalizando 95.778.650 prestaciones, de las cuales 77.816.539 se otorgaron ambulatoriamente y 17.962.111 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 81% y 19%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico G1, siendo la distribución porcentual similar a la observada durante el año 2017 (80%-20%).

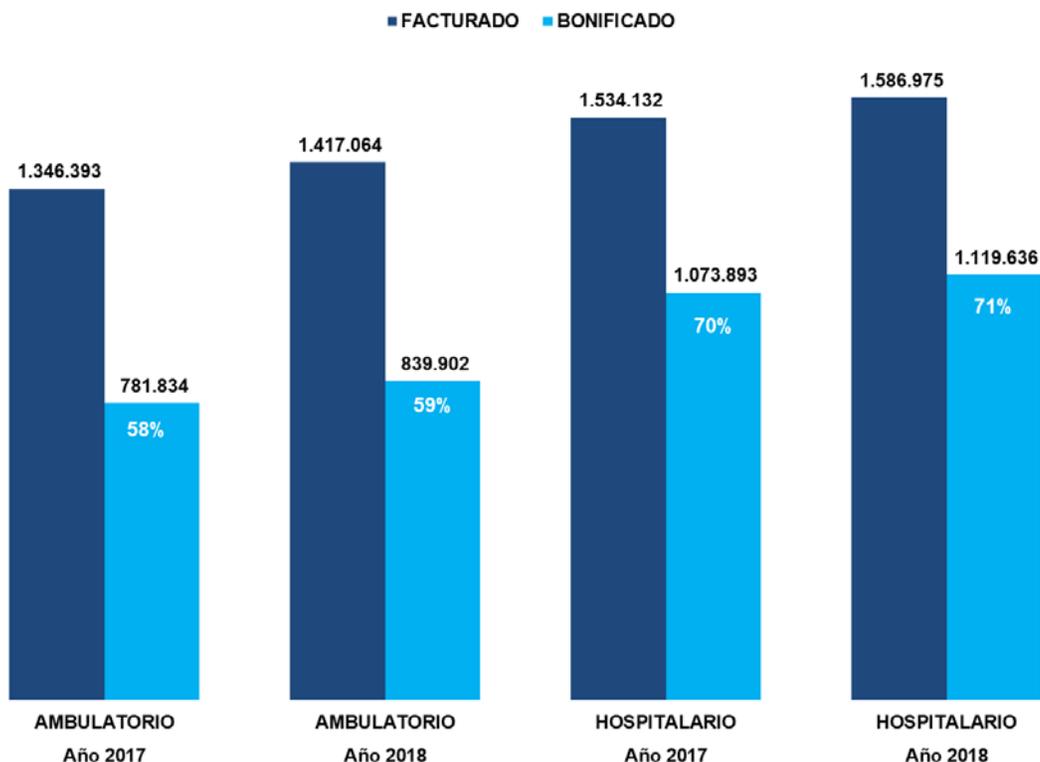
**G1.- Modalidades de Atención de las Prestaciones de Salud - Año 2018**



El año 2018 el monto facturado total expresado en moneda a diciembre de 2018 ascendió a la suma de \$3.004.039 millones, correspondiendo \$1.417.064 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$1.586.975 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 47% y un 53%, respectivamente.

A su vez, las bonificaciones correspondientes a las atenciones ambulatorias y hospitalarias, en valores expresadas en moneda a diciembre de 2018, alcanzaron a \$839.902 y \$1.119.636 millones, representando un 59% y 71%, 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 G2 siguiente.

## G2.- Montos Facturados y Bonificados (Mill \$) según Modalidad de Atención - Años 2017 y 2018



Valores expresados en moneda a diciembre de 2018

Las atenciones ambulatorias del año 2018, tanto en los montos facturados como bonificados, con respecto a lo observado el año 2017, presentaron aumentos de un 5,2% y 7,4%, respectivamente.

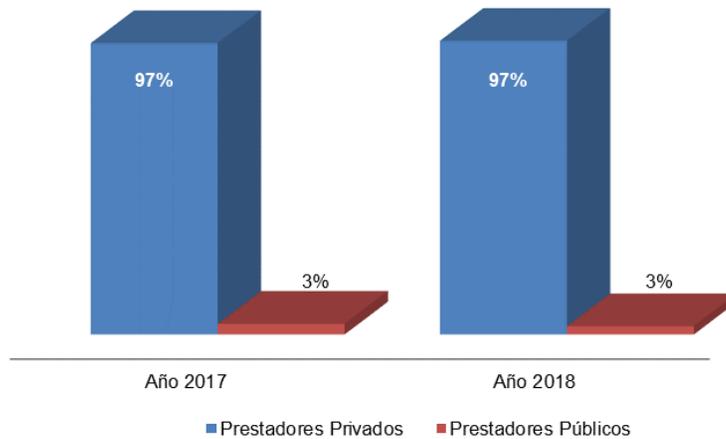
Por otra parte, el aumento de un 3,4% en los montos facturados hospitalarios durante el año 2018, se vincula con el mayor uso de las prestaciones GES, insumos y materiales clínicos, de medicamentos y drogas antineoplásicas hospitalarias de alto costo. Con relación a los montos bonificados, éstos aumentaron un 4,3%, respecto del año anterior.

Cabe destacar el hecho que, aún cuando las atenciones de tipo hospitalario en frecuencia sólo representan el 19% del total de las prestaciones de salud otorgadas, éstas corresponden a un 53% del total de los montos facturados el año 2018.

### 1.4. Prestaciones de Salud y Prestadores Privados y Públicos

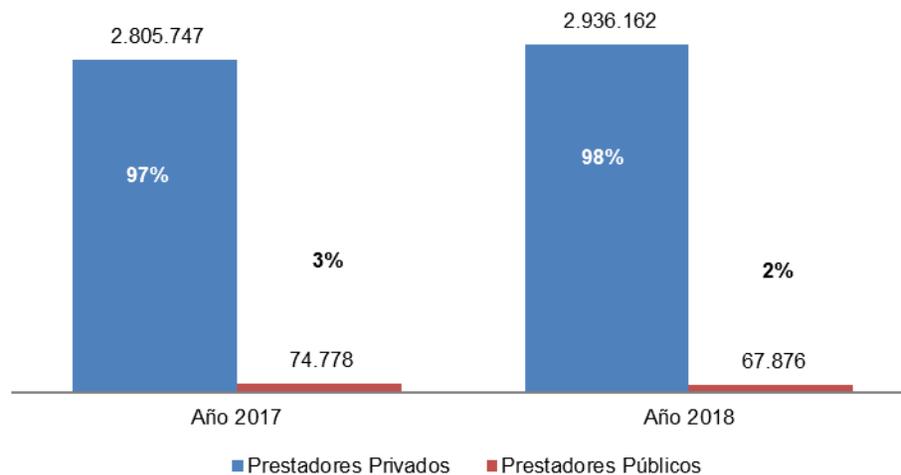
Del total de prestaciones de salud (frecuencia) del año 2018, que alcanzaron a 95.235.116 prestaciones, un 97% fueron otorgadas por prestadores privados y, el 3% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el gráfico G3, siendo similar la distribución a la observada durante el año 2017.

## G3.- Prestaciones de Salud realizadas según Prestadores - Años 2017 - 2018



A su vez, del total de montos facturados por concepto de prestaciones de salud durante el año 2017, \$2.735.515 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$72.906 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 2017 - 2018



Valores expresados en moneda a diciembre de 2018

Al comparar estas cifras con las observadas durante el año 2017, con valores expresados en moneda a diciembre del año 2018, se aprecian diferencias menores en los montos facturados de los prestadores privados. Es así como el aumento en los montos facturados en los prestadores privados fue de un 5% (\$2.805.747 millones el año 2017 *versus* \$2.936.162 millones el año 2018) y en los prestadores públicos la disminución fue significativa y alcanzó a -9% (\$74.778 millones el año 2017 *versus* \$67.876 millones el año 2018).

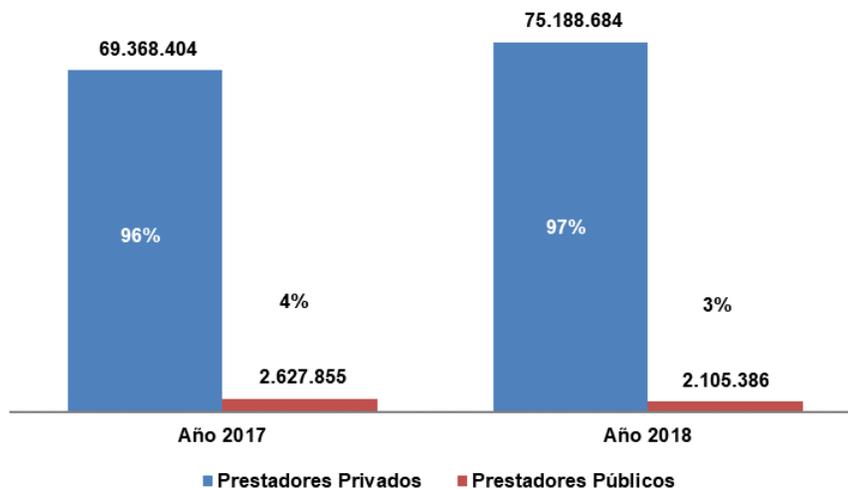
En los prestadores privados el leve incremento de los montos facturados obedeció, principalmente, a las Garantías Explícitas en Salud (GES), insumos y materiales clínicos y medicamentos. En los

prestadores públicos, las disminuciones estuvieron determinadas, principalmente, por el menor uso de días cama, procedimientos de apoyo clínico-terapéutico y cirugías (abdominales, y neuroquirúrgicas y traumatológicas).

Respecto al uso de la infraestructura pública, tanto hospitalaria y ambulatoria de parte de los beneficiarios de las Isapres, derivado de la implementación de las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE), con 80 problemas de salud garantizados a partir del 1° de julio del año 2013, podemos señalar que durante el año 2018 de un total de 13.492.815 prestaciones GES vinculadas con las distintas Intervenciones Sanitarias (IS), tales como Diagnóstico, Tratamiento o Seguimiento, 245.329 (1,8%) prestaciones fueron otorgadas en prestadores públicos. A su vez, con relación a los montos facturados por GES que corresponden a Mill\$ 259.225, sólo un 2,0% (Mill\$ 5.111) fueron facturados por prestadores públicos.

Por otra parte, de un total de 77.294.070 atenciones ambulatorias, 75.188.684 fueron otorgadas por prestadores privados y 2.105.386 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 2017, vemos que existe en las atenciones ambulatorias de los prestadores privados un aumento de 8,4% (69.368.404 atenciones del año 2017 *versus* 75.188.684 atenciones del año 2018) y una disminución porcentual de -20% en los prestadores públicos (2.627.855 atenciones del año 2017 *versus* 2.105.386 atenciones del año 2018). Esto se presenta en el gráfico G5.

**G5.- Atenciones Ambulatorias (frecuencia) según Prestadores - Años 2017 - 2018**



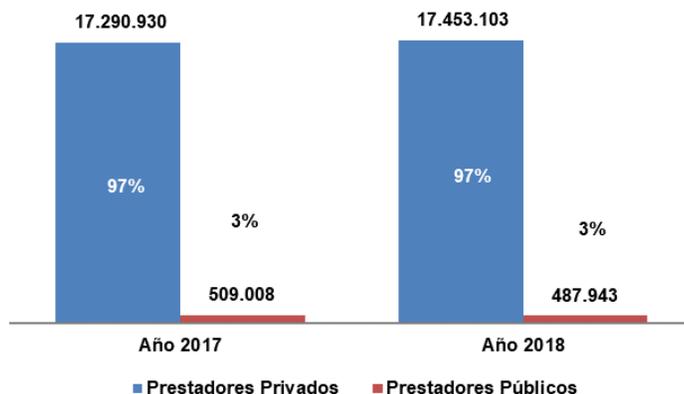
A su vez, de un total de 17.941.046 atenciones hospitalarias, 17.453.103 fueron otorgadas por prestadores privados y 487.943 se realizaron en prestadores públicos, representando un 97% y un 3%, respectivamente, tal como se aprecia en el gráfico G6.

Al comparar estos datos con los observados durante el año 2017, podemos señalar que hubo un aumento leve de un 1% de las atenciones hospitalarias en prestadores privados (17.290.930 *versus* 17.453.103) y una disminución de -4% de atenciones hospitalarias en prestadores públicos (509.008 *versus* 487.943). En términos porcentuales, las atenciones hospitalarias mantuvieron su distribución porcentual en los prestadores privados y públicos (97% y 3%).

A nivel privado esto obedece, principalmente, a un aumento en el uso de medicamentos, insumos y materiales clínicos, Garantías Explícitas en Salud (GES). A nivel público, las disminuciones

obedecieron a una baja en los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico, las cirugías, días camas y GES.

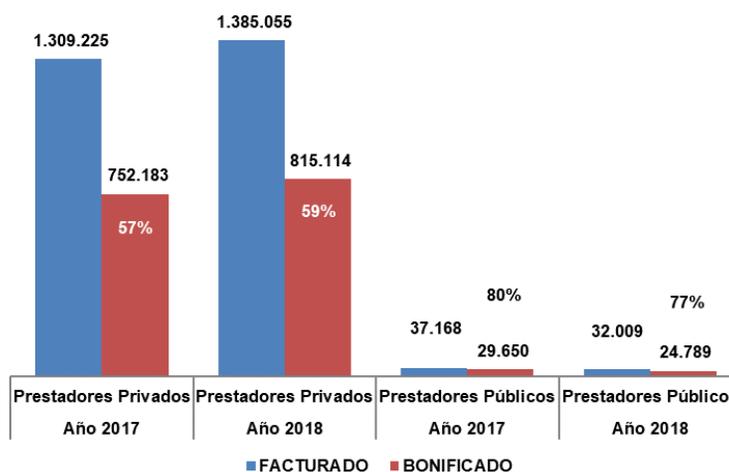
### G6.- Atenciones Hospitalarias (frecuencia) según Prestadores Años 2017 – 2018



Por otra parte, de un total de \$1385.055 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$ 815.114 millones, representando un 59% de bonificación. En cambio, en los prestadores públicos fueron bonificados \$24.789 millones de un monto total facturado de \$32.009, representando un 77% de bonificación.

Al realizar un análisis comparativo entre los años 2016 y 2017, podemos observar que en los prestadores privados los porcentajes de bonificación se mantuvieron en los mismos niveles de un 57% y en los prestadores públicos el porcentaje de bonificación disminuyó de un 83% a un 80%, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

### G7.- Atenciones Ambulatorias Facturadas y Bonificadas (Mill \$) según Prestadores Años 2017 – 2018



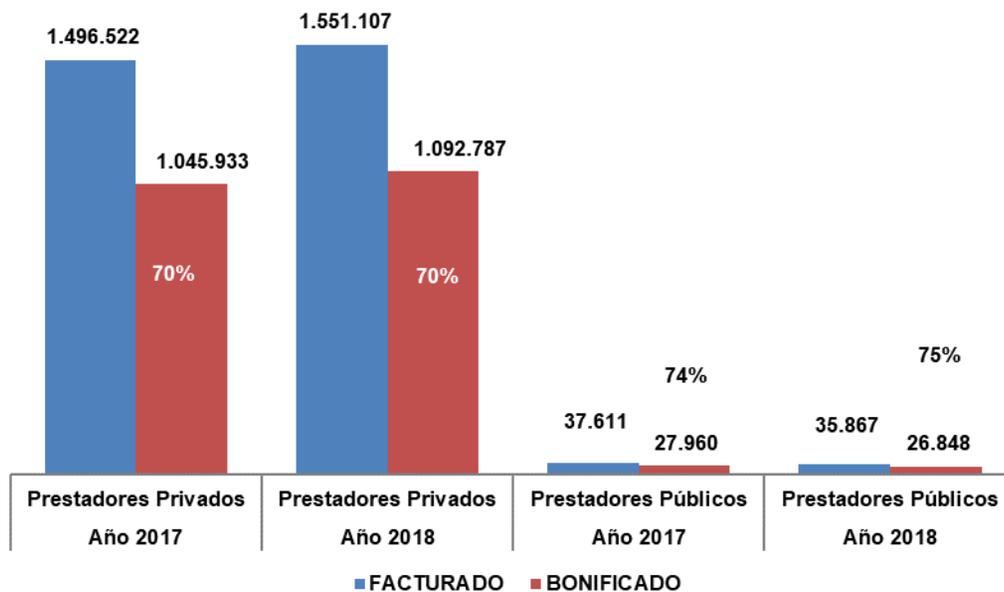
Valores expresados en moneda a diciembre de 2018

La mayor bonificación a nivel de prestadores públicos, puede estar determinada 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 \$ 1.551.107 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$ 1.092.787 millones, correspondiente a un 70%, igual al porcentaje de bonificación del año 2017.

En los prestadores públicos fueron bonificados \$26.848 millones de un monto total facturado de \$35.867 millones, correspondiente a un 75% de bonificación, siendo un 5% superior con relación a lo observado en los prestadores privados el año 2018, lo que se representa en el gráfico siguiente.

### G8.- Atenciones Hospitalarias Facturadas y Bonificadas (Mill \$) según Prestadores Años 2017 - 2018



Valores expresados en moneda a diciembre de 2018

Al igual que en las atenciones ambulatorias, la mayor bonificación hospitalaria a nivel de prestadores públicos, puede estar determinada por el menor valor facturado de las prestaciones hospitalarias, lo que asociado al monto de los toques 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 disminuyó levemente -0,3% entre los años 2017 y 2018 (3.406.747 *versus* 3.394.961), de manera que las diferencias unitarias por persona son despreciables, lo que se abordará en los capítulos siguientes.

## 2. Evaluación Específica de las Prestaciones de Salud (Totales)

### 1.5. 2.1 Prestaciones de Salud por sexo

La tasa<sup>3</sup> de consultas médicas anuales por beneficiario fue de 4,1 y las mujeres tienen una frecuencia de 1,9 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, lo que se expondrá 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, alrededor de 2 exámenes de laboratorio por cada consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 6%.

A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a 31 por cada 100 consultas superando las mujeres a los hombres en un 19%, hechos que pueden estar relacionados con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y ginecológicas (tumores benignos y malignos).

Asimismo, las mujeres tuvieron un 42% 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 2017-2018, permite evidenciar una leve disminución en la tasa de consultas médicas anual por beneficiario de 4,2 a 4,1, la que es relativa, lo que se explicará a continuación.

En términos generales, el número de atenciones médicas (consultas médicas, visita médica domiciliaria y atención médica hospitalaria), durante el año 2018 fue de 14.083.319 a diferencia del año 2017, que fue de 14.365.880, con una disminución de 282.561 atenciones, equivalente a una disminución de 1,6%, que es relativa, por cuanto no se incluyen en este cálculo las atenciones médicas contenidas en las canastas de prestaciones de los protocolos referenciales del GES y según lo indicado en el cuadro C2, la frecuencia de atenciones GES fue de 13.492.670. Por consiguiente, al no considerar en el cálculo de la tasa de consultas médicas por beneficiario del año 2018 a las consultas médicas contenidas en el GES, el número observado de 4,1 consultas por beneficiario es inferior al real y esta misma situación se presenta en los datos del año 2017.

En el resto de las prestaciones podemos observar aumentos en los valores de los indicadores de los exámenes de laboratorio (+9,0%), imagenología (+8,0%) e intervenciones quirúrgicas (+7,6%).

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 2017 – 2018**

VARIABLES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		Variación % 2017-2018
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	

<sup>3</sup> 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.

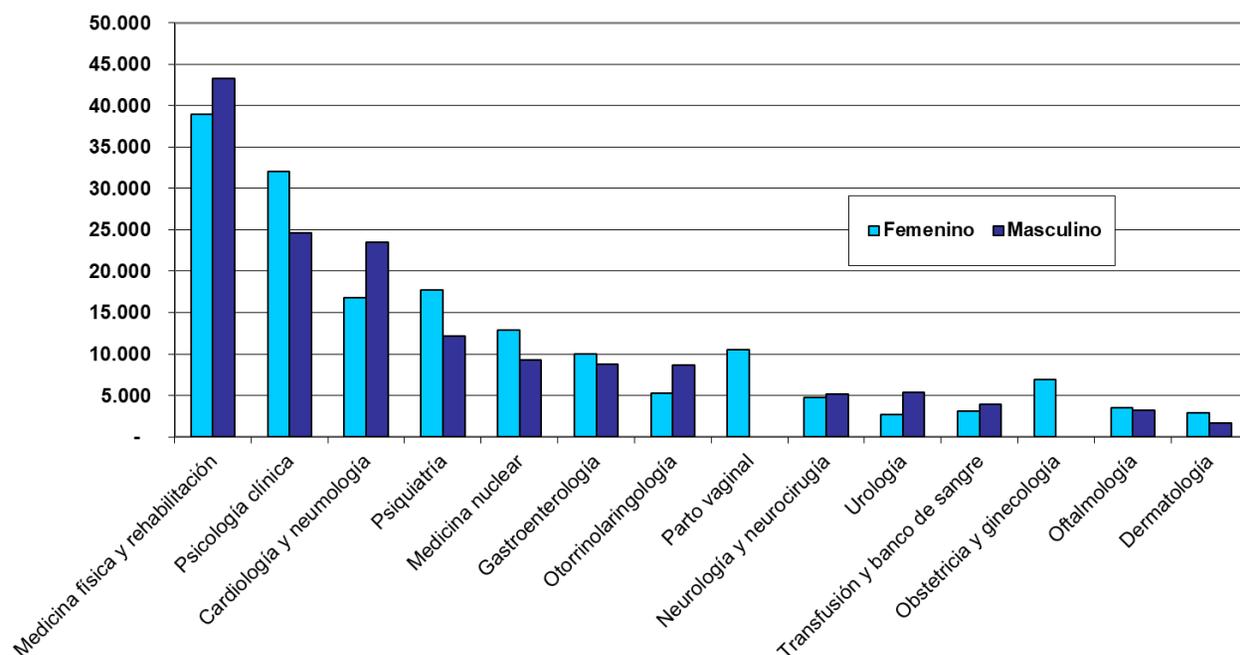
N° de consultas médicas anual por beneficiario	5,2	5,2	3,4	3,3	4,2*	4,1*	-1,6%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	189	206	179	195	185	201	+9,0%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	34	37	28	31	31	34	+8,0%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	142	164	116	116	128	138	+7,6%

Nota: \* No incluye las atenciones médicas contenidas en las canastas del GES

## 1.6. 2.2 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 medicina física y rehabilitación, psicología clínica, psiquiátricas, cardiológicas y neumológicas, medicina nuclear, atención de parto vaginal, gastroenterológicas, y, finalmente obstétricas y ginecológicas, tal como se aprecia en el gráfico siguiente, cobrando relevancia la psicología clínica y la psiquiatría, siendo similar a lo observado durante el año 2017.

### G9.- Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico por Sexo Año 2018 (Mill \$)



En el caso del hombre, destacan la medicina física y rehabilitación, la psicología clínica y psiquiatría, las atenciones de cardiología-neumología y medicina nuclear, similar a lo observado en el caso de la mujer. Le siguen las atenciones gastroenterológicas, prestaciones otorrinolaringológicas y, finalmente, de urología, similar a lo observado el año 2017.

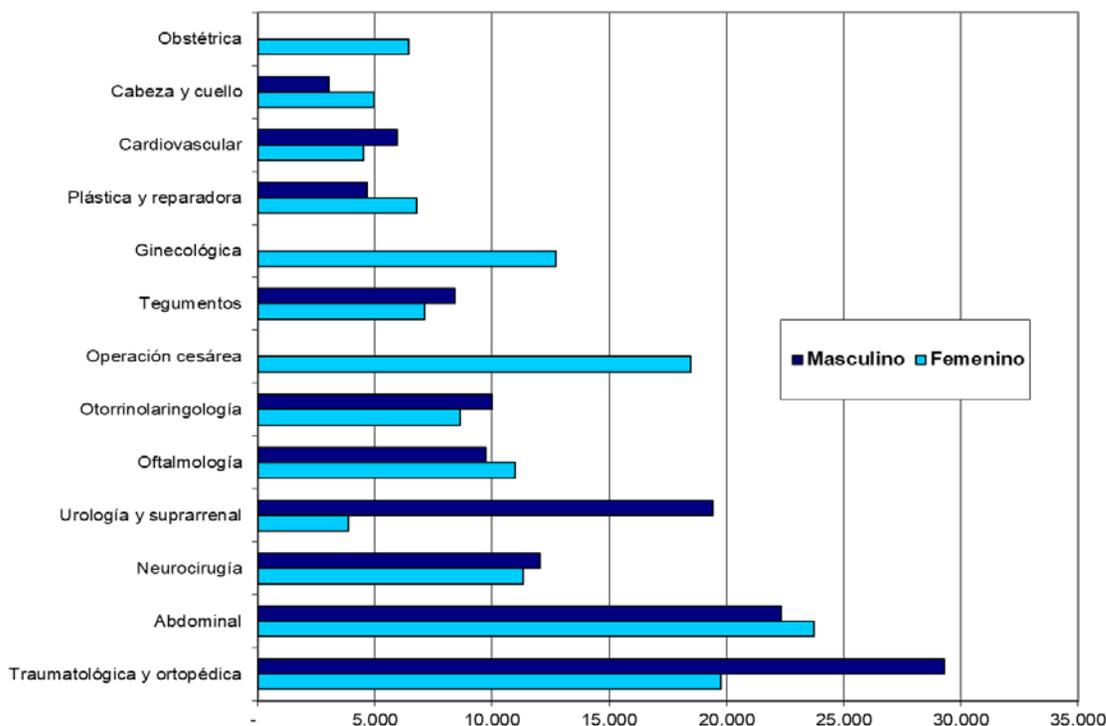
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a medicina física y rehabilitación, cardiología-neumología, otorrinolaringología y, finalmente, urología.

Cabe precisar, que los montos bonificados de cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente, respecto del año anterior, son los siguientes: parto, se mantuvo en 70%; medicina física y rehabilitación se mantuvo en 49%; las atenciones psiquiátricas permanecieron en un 27%; la psicología clínica quedó igual en un 32%; cardiología y neumología se mantuvo en un 59%; otorrinolaringología se mantuvo en 34%, y las urológicas disminuyeron de 70% a 69%.

### 1.7. 2.3 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 abdominales (Apendicitis, Hernias y patología vesicular) y cesáreas, las cirugías traumatológicas y ortopédicas, la cirugía ginecológica (tumores benignos y malignos), oftalmológicas y neuroquirúrgicas, como se observa en el gráfico siguiente, similar a lo observado el año 2017.

**G10.- Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas por Sexo Año 2018 (Mill \$)**



En el caso del hombre, destacan las traumatológicas-ortopédicas y la cirugía abdominal (por causas similares que en la mujer) que superaron a las urológicas-suprarrenales (litiasis urinaria y patología prostática). Le siguen las cirugías neuroquirúrgicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas y, finalmente, las operaciones de tegumentos, similar a lo observado el año 2017.

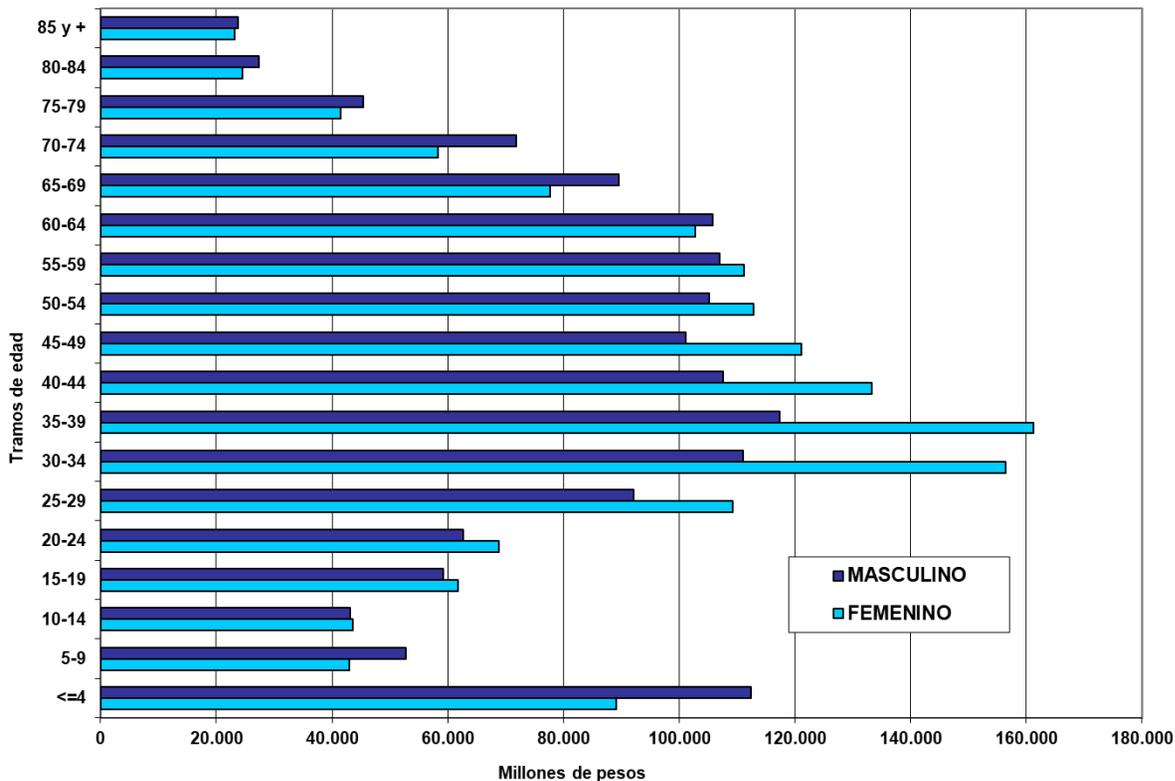
Por otra parte, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que en las mujeres, éstas corresponden a intervenciones quirúrgicas de traumatología-ortopedia, urología-suprarrenal, neuroquirúrgicas, otorrinolaringológicas, tegumentos y, finalmente, cardiovasculares, similar a lo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

A su vez, cabe destacar, que los montos bonificados de cada una de las prestaciones quirúrgicas son diferentes y porcentualmente, con respecto al año anterior, son los siguientes: operación cesárea, bajó de 67% a 65%; la cirugía ginecológica aumentó de 60% a 62%; la cirugía abdominal se mantuvo en 66%; la traumatológica-ortopédica se mantuvo en 57%; la neuroquirúrgica bajó de 60% a 59; la oftalmológica se mantuvo en 73%; la urológica-suprarrenal se mantuvo en 65%; la otorrinolaringológica se mantuvo en 54% y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, se mantuvieron en un 70%.

### 1.8. 2.4 Montos facturados por sexo y tramos de edad

Con respecto al monto total facturado en prestaciones de salud, éste es levemente mayor en la mujer (52%) con relación a los hombres (48%).

**G11.- Montos Facturados en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2018**



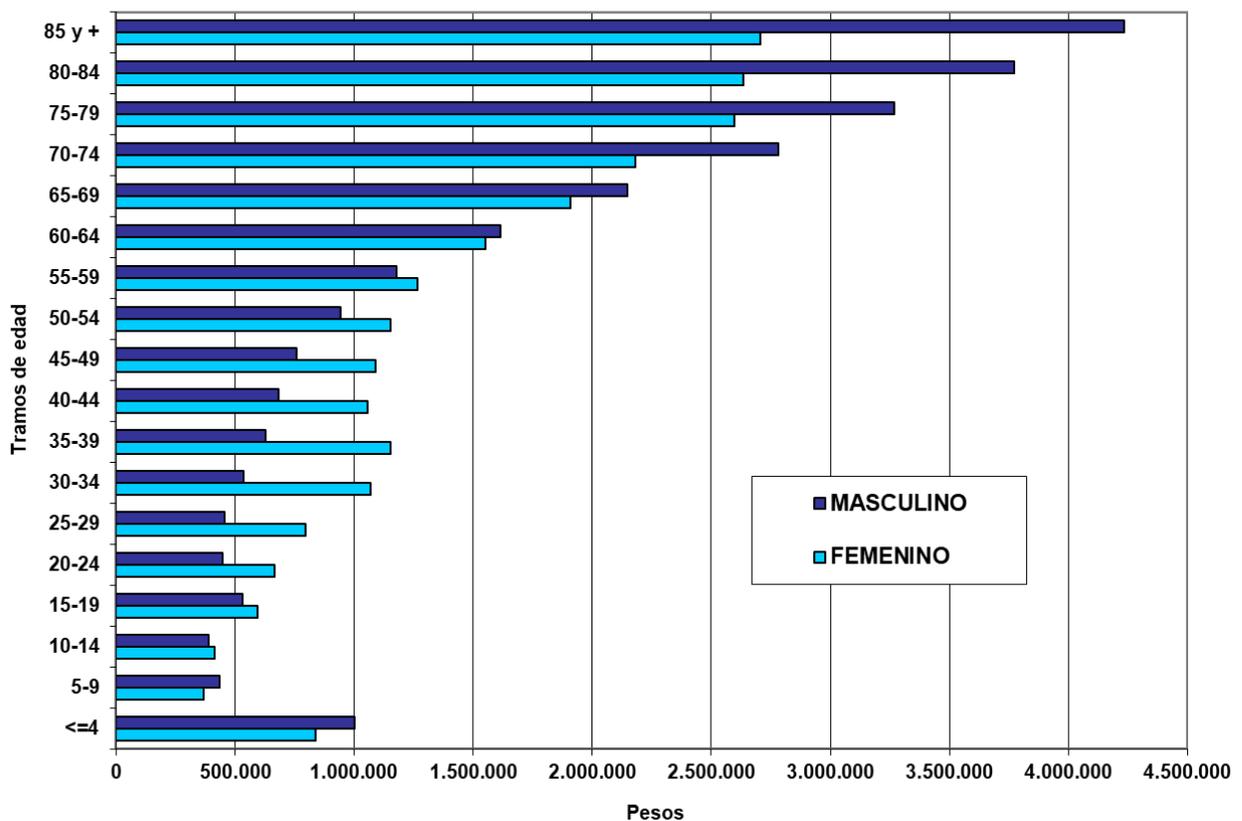
Si bien la proporción del monto total facturado atribuible a la mujer es de un 52%, cabe hacer presente que, entre los 15 y 49 años de edad (edad fértil), este porcentaje aumenta a un 55% con relación a los hombres.

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, 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 7% 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 G12, 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, 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 de Próstata), enfermedades cardiovasculares (patología coronaria y Accidentes Vasculares Encefálicos) y Cataratas.

**G12.- Montos Facturados (\$) Percápita en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2018**



### 1.9. 2.5 Montos bonificados por sexo y tramos de edad

Con respecto al porcentaje general de bonificación en las mujeres, éste alcanza a un promedio de 62,5%, existiendo diferencias en las distintas edades.

En el tramo de edad menor de 4 años es de un 68%, en el tramo de edad de 10-14 años, es de un 57% (valor mínimo observado) y en los tramos de edad de 75-79 años alcanza a un 65% (valor máximo observado) y en las mujeres de 85 años y más, llega al 62%.

No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades fluctúan entre un 57% y un 65%, en términos de copagos expresados en pesos (\$) promedios las diferencias son significativas entre los 30 y 75 años.

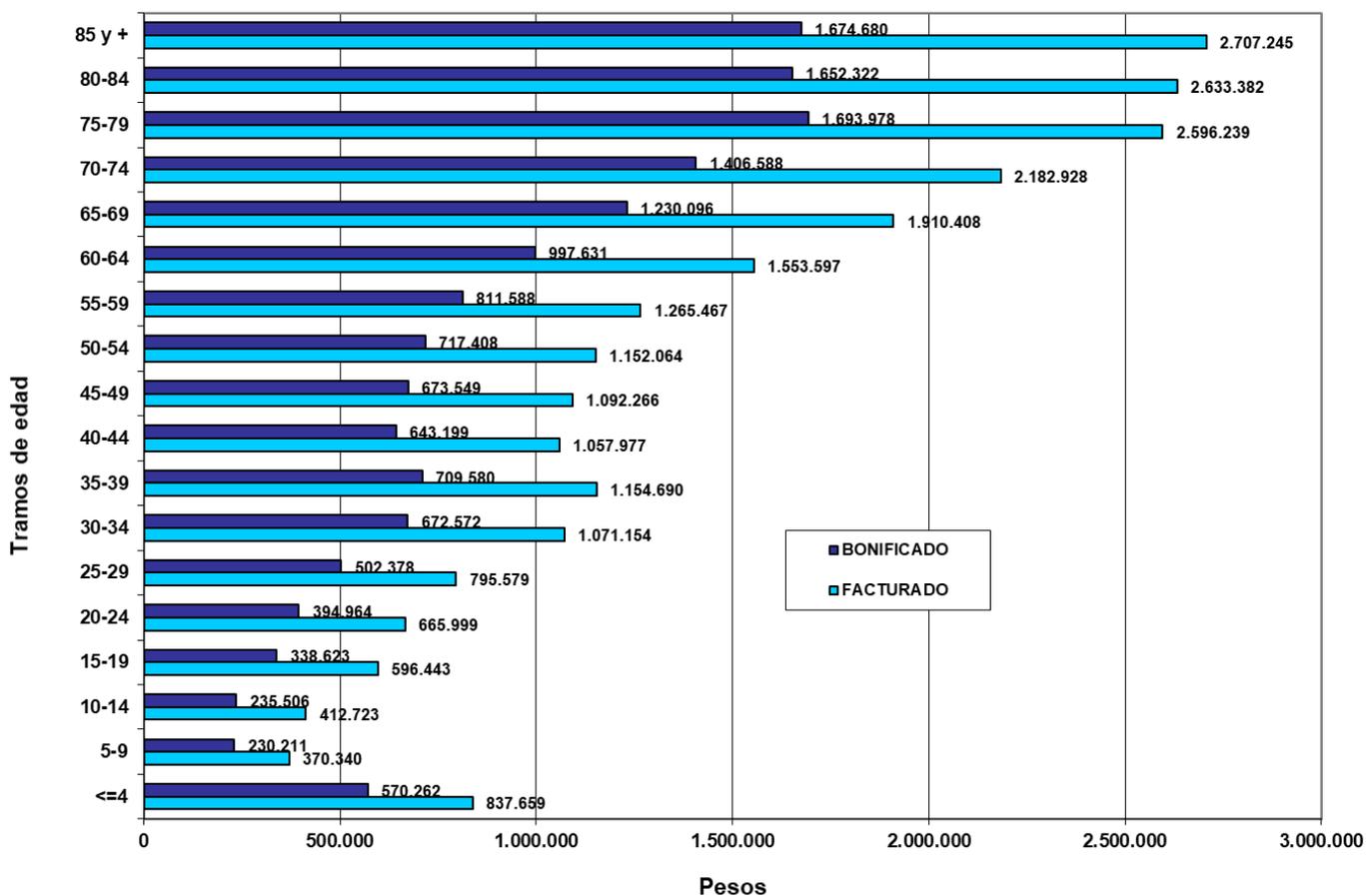
Si a los 30 años de edad el copago promedio de las prestaciones asciende a \$398.582, a los 60 años de edad alcanza a \$ 555.967 y a los 80 años a \$ 981.059, es decir, el copago promedio en la mujer es un 146% superior entre los 30 y 80 años de edad (2,5 veces).

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).

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 \$1.071.154, el que se duplica (2,5 veces) en el tramo de edad 80-84 años, con un monto facturado promedio *per cápita* de \$2.633.382 (Ver Gráfico G12.a.).

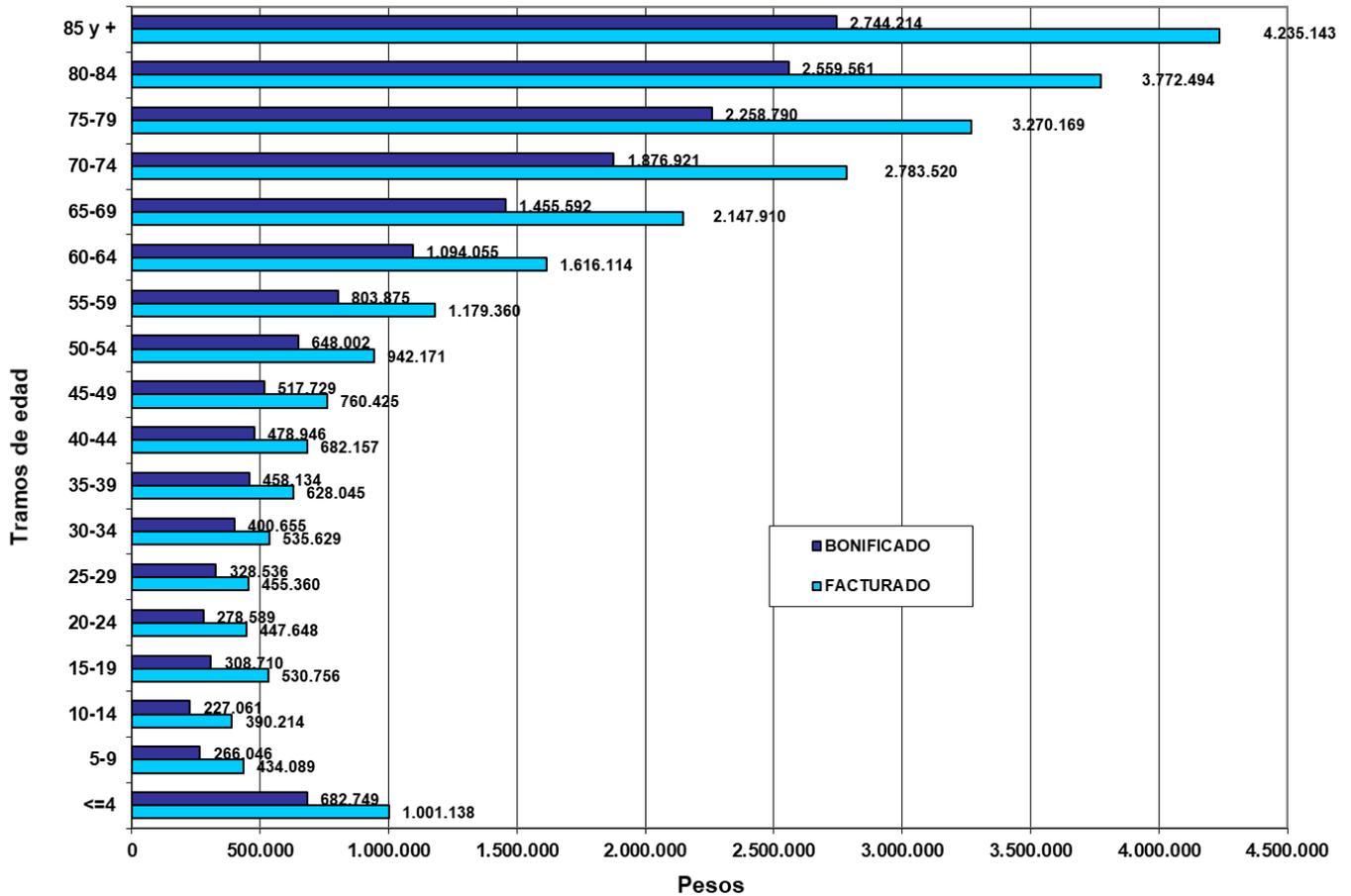
### **G12.a.- Montos Facturados y Bonificados Percápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Mujeres por Edad - Año 2018 (\$)**



A su vez, en los hombres, el porcentaje general de bonificación alcanza a un promedio de 68,2%, siendo 5,7 puntos porcentuales superior que en las mujeres, destacando una bonificación de 72%-75% entre los 25 y 34 años. Posteriormente, es posible observar una disminución de la bonificación a un 67% y en las personas de 85 años y más, alcanza a un 65%.

En el caso del hombre, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$535.629, equivalente a la mitad del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 80-84 años, es 7,0 veces mayor, con un monto de \$3.772.494, siendo superior en \$1.139.113, con respecto a la mujer, representando un 43% de mayor gasto en el hombre en este mismo tramo de edad (Ver Gráfico G12.b.).

### G12.b.- Montos Facturados y Bonificados Percápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Hombres por Edad - Año 2018 (\$)



Al comparar ambos sexos con relación a los montos bonificados, es posible señalar que, tanto el porcentaje general bonificado como la distribución en las distintas edades, es superior en el hombre y entre los 25 y 54 años se observan diferencias en puntos porcentuales entre 9,0% y 6,5%.

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 \$134.974, a los 60 años de edad alcanza a \$522.059 y a los 80 años es de \$1.212.933, es decir, el copago es 3,9 veces mayor a los 60 años y 9,0 veces superior a los 80 años de edad. A su vez, a los 80 años de edad, el copago del hombre es \$231.874 superior al de la mujer, lo que representa un 24% más de gasto para el hombre.

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).

### 3. 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 2018, donde el valor del monto facturado total *per cápita* promedio anual, equivale al valor promedio de 1. De esta manera es posible 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.

Con respecto al monto facturado *per cápita* anual que tiene un valor de \$876.613 (valor promedio referencial), éste se obtiene del monto facturado total anual que alcanza a los Mill\$ 2.975.915 (valor nominal) por la cantidad de beneficiarios promedio del año 2018, que fue de 3.394.789 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 0,45 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 \$390.214.

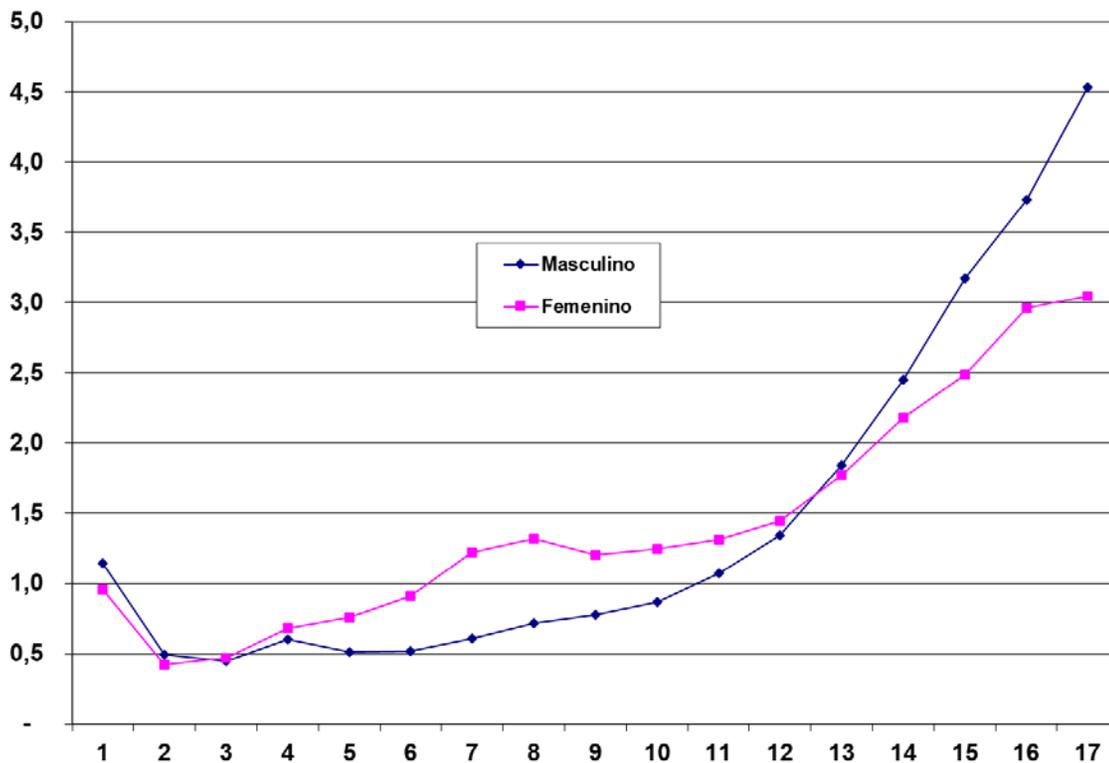
Al construir la Tabla de Factores, es posible comparar el nivel de gasto efectivo *per cápita* por tramos de edad entre sexo y al interior de cada sexo, usando el valor promedio de 1. Por ejemplo, el tramo de edad 50-54 años (grupo 11) y de sexo masculino, con un factor 1,07, lo podemos comparar con el tramo de edad 75-79 años, que tiene un factor de 3,73. Esto significa que este grupo de edad 16, tiene 3,5 veces más gasto efectivo *per cápita* promedio anual que el grupo 11 masculino y si lo comparamos con el sexo femenino, esta diferencia alcanza a 2,8 veces.

**C9.- Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado)  
Prestaciones de Salud por Sexo y Tramos de Edad  
Año 2018 (Promedio = 1)**

Grupos de Edad	Tramos de Edad	Masculino	Femenino
1	< 04	1,14	0,96
2	05-09	0,50	0,42
3	10-14	0,45	0,47
4	15-19	0,61	0,68
5	20-24	0,51	0,76
6	25-29	0,52	0,91
7	30-34	0,61	1,22
8	35-39	0,72	1,32
9	40-44	0,78	1,21
10	45-49	0,87	1,25
11	50-54	1,07	1,31
12	55-59	1,35	1,44
13	60-64	1,84	1,77
14	65-69	2,45	2,18
15	70-74	3,18	2,49
16	75-79	3,73	2,96
17	80 y más	4,53	3,04

A su vez, en el gráfico G14 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 2018.

**G14.- Gráfico de la Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) Prestaciones de Salud por Sexo y Grupos de Edad - Año 2018**



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. A partir del grupo 4 (15-19 años) y hasta el grupo 11 (50-54 años) en las mujeres se aprecia gráficamente el mayor gasto efectivo, con respecto al hombre, derivado de prestaciones obstétricas (embarazo, parto y puerperio hasta los 50 años), tumores ginecológicos (mama, útero y ovario), patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas. A partir del grupo de edad 13 (60-64 años) los hombres presentan un mayor gasto efectivo 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 de Próstata), enfermedades cardiovasculares (patología coronaria y Accidentes Vasculares Encefálicos) y Cataratas.

#### 4. 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.

Con relación al género, éste es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones asignadas a hombres y mujeres según un determinado momento histórico y cultural, por lo que puede cambiar a través del tiempo. Se refiere a las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres. Es decir, normas, costumbres y prácticas a partir de las cuales las diferencias biológicas se traducen en normas sociales para hombres, mujeres, niños y niñas.

A su vez, conceptualmente, la equidad de género se refiere a la justicia en la distribución por sexo de las responsabilidades, los recursos, el poder y los beneficios del desarrollo dentro de grupos determinados. El concepto reconoce que existen diferencias entre los hombres y las mujeres en todo ello y que estas diferencias deben identificarse y abordarse con el fin de rectificar aquellas que son prevenibles y remediabiles y que infringen normas de derechos humanos y de justicia. La equidad de género busca nivelar terreno de oportunidades para hombres y mujeres. Es un medio para alcanzar la igualdad de género y un instrumento esencial en el desarrollo de políticas con una perspectiva de justicia social y de derechos. En este sentido, la igualdad de género como propósito principal y final de las políticas públicas supone la igualdad ante la Ley o igualdad de derechos y la prohibición de la discriminación o existencia de privilegios.

De esta manera, 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.

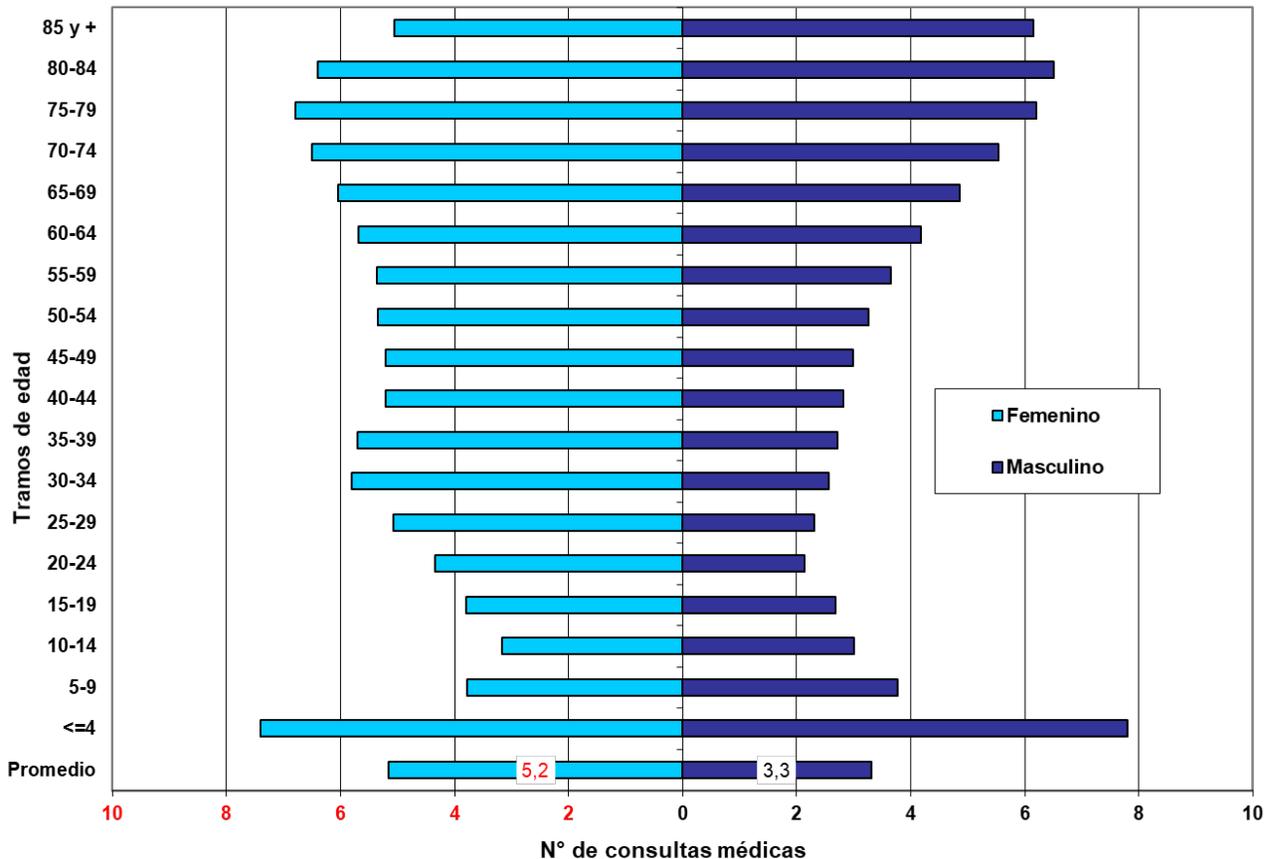
En síntesis, en el ámbito de la salud, se pretende que hombres y mujeres se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de sus resultados.

Por lo anteriormente expuesto, se ha considerado 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.

## **1.10. 5.1 Consultas médicas por sexo y tramos de edad**

En términos generales, la mujer consulta alrededor de un 56% más que el hombre, lo que equivale a 1,9 consultas médicas anuales más (5,2 versus 3,3). Del total de consultas médicas, las mujeres tuvieron un 31% más consultas que los hombres (7.983.809 versus 6.099.510).

**Gráfico G15.- N° de Consultas Médicas por Beneficiario según Sexo y Edad – Año 2018**



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.

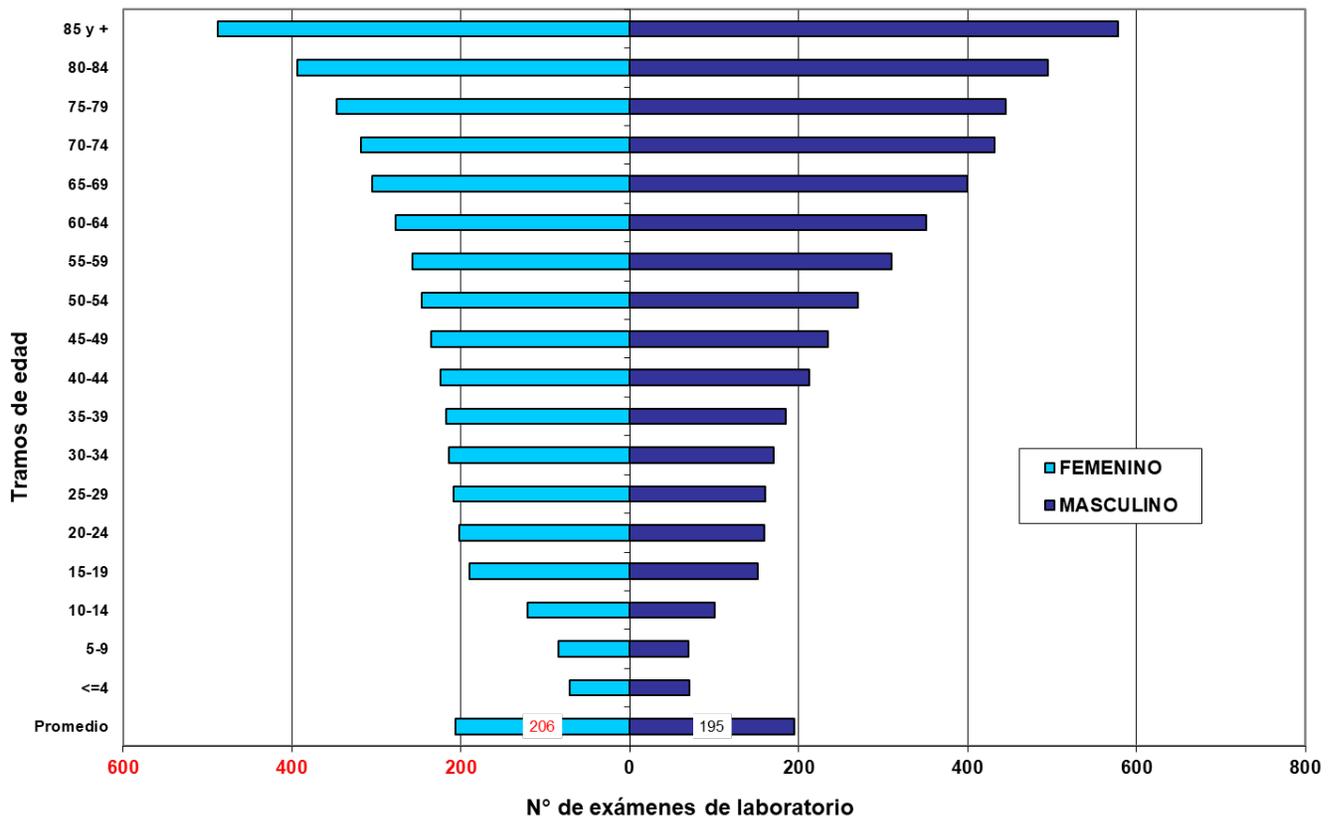
Entre los 5 y 14 años no se observan diferencias entre hombres y mujeres en las consultas médicas. A partir de los 15 años hasta los 79 años, existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 4 y 7 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones 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.

Recién 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 más que las mujeres.

### 1.11. 5.2 Exámenes de Laboratorio por sexo y tramos de edad

Con respecto a los exámenes de laboratorio, las mujeres se realizan un 6% más exámenes por cada 100 consultas médicas que los hombres, concentrando una cantidad mayor 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. Del total de exámenes de laboratorio, las mujeres se realizaron un 38% más exámenes que los hombres (16.462.945 *versus* 11.911.105)

**G16.-Exámenes de Laboratorio por cada 100 Consultas Médicas por Sexo y Edad - Año 2018**

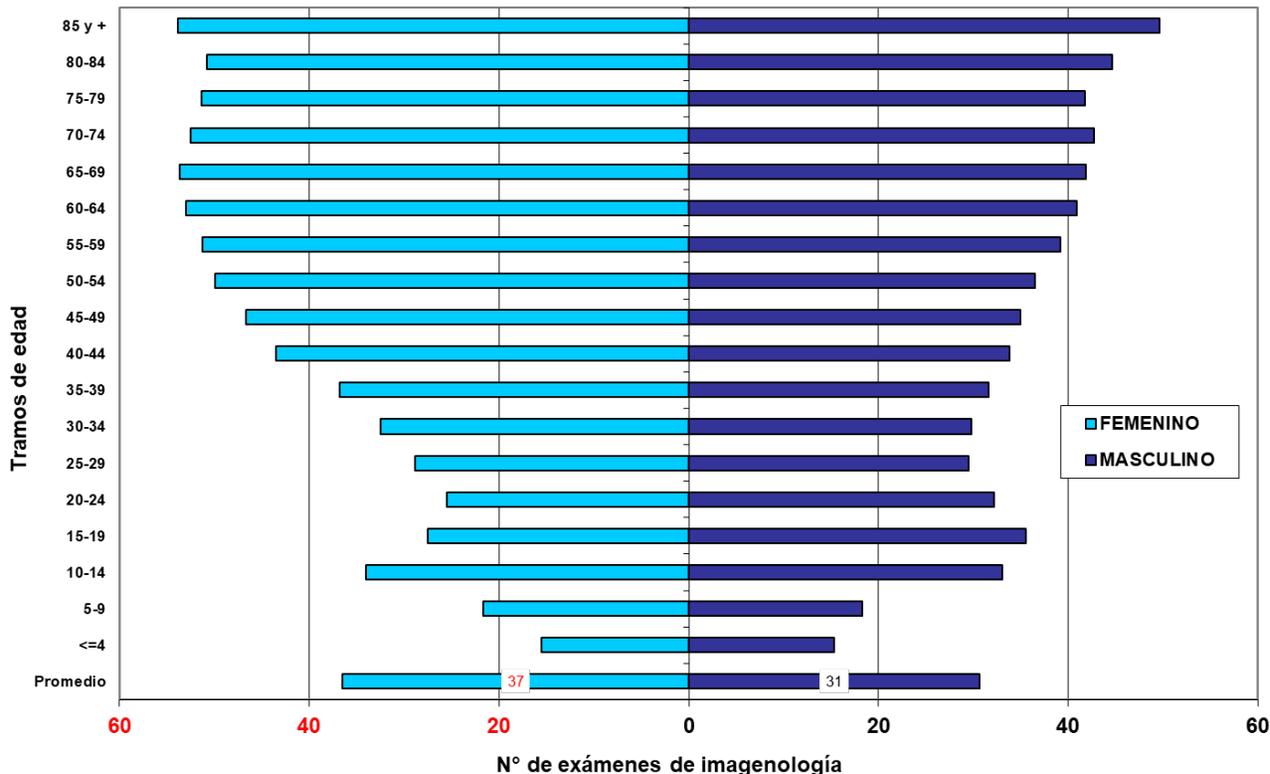


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similar. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes Mellitus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

### 1.12. 5.3 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 19% (37 *versus* 31), 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). Del total de exámenes imagenológicos, las mujeres se realizaron un 56% más de estos exámenes que los hombres (2.914.869 *versus* 1.871.113).

### G17.-Exámenes de Imagenología por cada 100 Consultas Médicas según Sexo y Edad - Año 2018

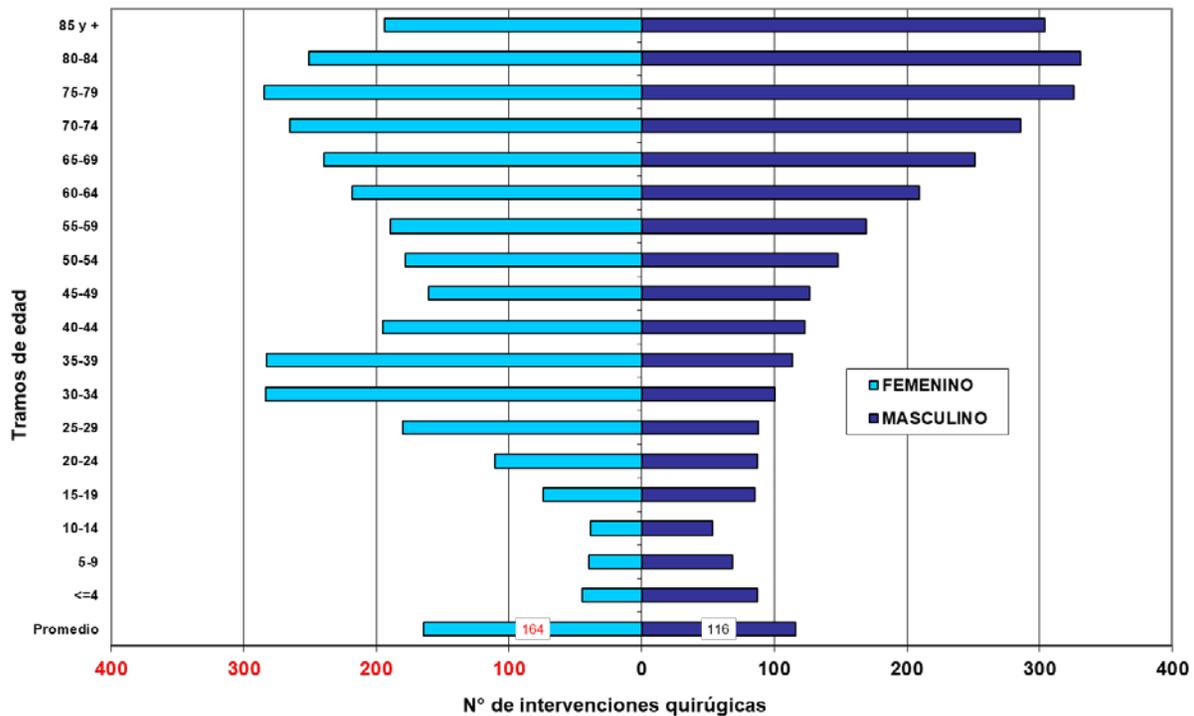


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción del tramo entre los 15 y 24 años de edad, donde la frecuencia es mayor en los hombres, lo que pudiera estar asociado a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos y accidentes.

#### 1.13. 5.4 Intervenciones Quirúrgicas por sexo y tramos de edad

En términos generales, las mujeres presentaron un 41% más de intervenciones quirúrgicas que los hombres por cada 1.000 beneficiarios. Del total de cirugías, las mujeres tuvieron un 19% más cirugías que los hombres (254.678 *versus* 214.016). 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).

**G18.-Intervenciones Quirúrgicas por cada 1.000 Beneficiarios según Sexo y Edad - Año 2018**



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 280 cirugías por cada 1.000 beneficiarios, con una leve disminución entre los 40 y 49 años y un pick aproximado de 285 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 2017.

En el caso de los hombres, a partir de los 30 años de edad, comienzan a aumentar desde más de 100 hasta llegar a cerca de 330 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios hasta los 84 años de edad, para decrecer posteriormente un poco. Las causas de las cirugías pudieran estar vinculadas con afecciones traumatológicas (fracturas), 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 30 años permite explicar la curva progresiva observada en el gráfico G18.

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, las que pueden obedecer a diferencias propias del comportamiento derivadas de roles sociales de cada sexo, por razones

biológicas vinculadas al sexo y también por inequidades de género, lo que se abordará a continuación.

Que, conforme a lo anteriormente expuesto, las mujeres hacen un mayor uso de las distintas prestaciones de salud con respecto a los hombres, tales como las consultas médicas por beneficiario (5,2 *versus* 3,3), exámenes de laboratorio por cada 100 consultas médicas (206 *versus* 195), exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas (37 *versus* 31), e intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios (164 *versus* 116). En este sentido, cabe hacer presente, que las mujeres 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), que permiten explicar una parte de las diferencias observadas.

Sin embargo, el mayor uso de las prestaciones de salud por parte de las mujeres se explica también por otras dos razones principales:

Por una parte, se vincula con los “estereotipos de género”, que se configuran a partir de la construcción cultural de sociedad y corresponden a las concepciones respecto de lo que significa ser hombre y ser mujer y los roles que deberían cumplir socialmente. En el caso del hombre, se le asigna un rol social de trabajo productivo y a la mujer un rol reproductivo y de cuidadora de los hijos, de los enfermos y de las personas adultas, lo que determina que las mujeres acudan más fácilmente a los servicios de atención de salud y por disponibilidad de horarios tengan mayor facilidad de acceso a las atenciones de salud.

Por otra parte, los horarios de atención, tanto en el Sistema Privado como Público de Salud, por lo general, son programados durante la jornada laboral, generando restricciones de acceso a la atención, lo que limita la asistencia de hombres trabajadores, lo que genera una inequidad de género por esta causa. Cabe hacer presente, que del total de cotizantes del Sistema Isapre del año 2018, un 64% son hombres y un 36% corresponde a mujeres.

Asimismo, es importante tener presente que la expectativa de vida en Chile para los hombres es de 76 años, con una sobrevivencia post jubilación (65 años) de 11 años y, la mujer, en cambio, tiene una esperanza de vida de 82 años, con una sobrevivencia después de la jubilación (60 años) de 22 años.

En términos de resultados, vinculados con la esperanza de vida, se evidencia una inequidad de género en contra del hombre, que pudiera explicarse también por atenciones de salud en forma más tardía, con falta de detección precoz de determinados cánceres y enfermedades crónicas no transmisibles (prevención secundaria) y control insuficiente de las patologías crónicas para su adecuado manejo y mantención dentro de parámetros normales (prevención terciaria) de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA), que determinan complicaciones agudas y crónicas, que conllevan una menor sobrevivencia. En el caso de las complicaciones derivadas de la HTA, como el Accidente Cerebrovascular, el Infarto Agudo del Miocardio y la Insuficiencia Renal Crónica, la pérdida de años por muerte prematura y discapacidad en beneficiarios de Isapre, es de 22,2 años, 6,9 años y 10,7 años, respectivamente.

Por consiguiente, conforme a lo anteriormente expuesto, es posible señalar que, en términos generales, los resultados observados obedecen a diferencias propias del comportamiento y a condiciones biológicas de cada sexo, como también se explican por inequidades de género que desfavorecen a los hombres en edad productiva, por limitaciones en el acceso a la atención y por otros determinantes sociales de la salud que se evidencian por una expectativa de vida menor que las mujeres. Sin embargo, es posible observar una inequidad de género que afecta a la mujer, especialmente en la edad fértil, vinculado con el aporte financiero y los copagos, lo que se expone en el apartado siguiente.

### 1.14. 5.5 Enfoque 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 de los copagos, lo que se aprecia en el cuadro C10. 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 grupo de edad 6 que corresponde al tramo de edad de 25-29 años, la diferencia porcentual es negativa de -20%, es decir, el factor del copago es inferior al factor del monto facturado (condición favorable=copago menor) y, en el caso de la mujer, es positiva de 6% (condición desfavorable=mayor copago), lo que se traduce en una condición de mayor copago en este tramo de edad.

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 en el grupo de edad 2 que corresponde al tramo de edad de 05-09 años, con diferencias porcentuales de 11% y 9% (leve diferencia). Esta corresponde a la situación ideal, al observarse diferencias mínimas entre ambos porcentajes.

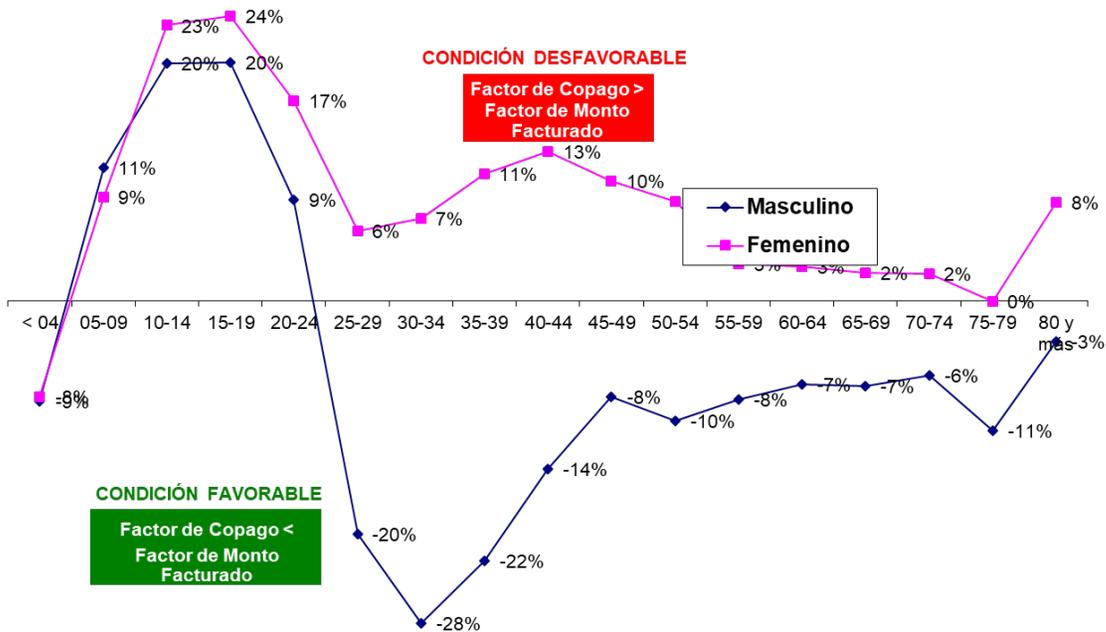
Por el contrario, las mayores diferencias porcentuales se observan en los grupos de edad 6 y 7, correspondientes a los tramos de edad (25-29) y (30-34), respectivamente. Aquí las diferencias son de 26 y 35 puntos porcentuales (-20 y +6) y (-28 y +7), en estos tramos de edad. En este caso, la condición es favorable para el hombre (menos copago) y desfavorable para la mujer (más copago).

**C10.- Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado versus del Copago, por Sexo y Tramos de Edad  
Año 2018**

Grupos de Edad	Tramos de Edad	Masculino	Femenino
1	< 04	-9%	-8%
2	05-09	11%	9%
3	10-14	20%	23%
4	15-19	20%	24%
5	20-24	9%	17%
6	25-29	-20%	6%
7	30-34	-28%	7%
8	35-39	-22%	11%
9	40-44	-14%	13%
10	45-49	-8%	10%
11	50-54	-10%	9%
12	55-59	-8%	3%
13	60-64	-7%	3%
14	65-69	-7%	2%
15	70-74	-6%	2%
16	75-79	-11%	0%
17	80 y más	-3%	8%

En el gráfico G19 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.

**G19.- Gráfico de Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado versus del Copago, por Sexo y Grupos de Edad Año 2018**



Tal como se muestra en el Gráfico G19, en el tramo de edad < 4 años, tanto el hombre como la mujer presentan una condición favorable (-9 y -8%). A su vez, en el tramo de edad 05-09 años, tanto el hombre como la mujer presentan una condición desfavorable (11% y 9%). A partir del tramo de edad 25-29 años, el hombre presenta condiciones favorables, a diferencia de la mujer, que tiene una situación desfavorable hasta el tramo de edad 75-79, equivalente a una condición neutra (0%). En cambio, el hombre, a partir de los 25 años presenta condiciones favorables hasta la mayoría de edad.

Las diferencias porcentuales 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 desfavorable para la mujer, especialmente en la edad reproductiva, es notoria a partir de los 15 años hasta los 54 años.

La condición justa o equitativa entre hombres y mujeres, estaría representada gráficamente por líneas superpuestas entre ambos sexos. Por lo anteriormente expuesto y pese a los avances en la materia post Reforma de 2005, 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 señalado previamente 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. 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 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 disminuir la inequidad de género en la atención del parto, como podría ser la incorporación de esta condición de salud en las Garantías Explícitas en 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 el Ministerio de Salud el año 2008 como uno de los nuevos problemas de salud a ser incorporados en el GES, finalmente fue desestimada, optándose por priorizar otros 10 nuevos problemas de salud, para completar 80 GES vigentes a partir del 1° de julio del año 2013. De concretarse esta iniciativa en algún momento, se podría mejorar la condición de inequidad en la atención del parto, mientras no se realicen cambios estructurales al Seguro Privado a través de una nueva Reforma de Salud, que considere Primas Comunitarias y Modelos de Ajuste de Riesgos.