

## Documento de Trabajo

# Prestaciones de Salud Curativas del Sistema Isapre Año 2019

Departamento de Estudios y Desarrollo

1° de febrero 2021

## Tabla de Contenidos

Resumen Ejecutivo.....	3
1. Introducción.....	5
2. Evaluación Global de las Prestaciones de Salud (agrupadas).....	6
2.1. Gasto total y <i>per capita</i> en las Isapres.....	6
2.2. Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados.....	6
2.3. Prestaciones de salud y modalidades de atención.....	8
2.4. Prestaciones de Salud y Prestadores Privados y Públicos.....	9
3. Evaluación Específica de las Prestaciones de Salud (Totales).....	14
3.1. Prestaciones de Salud por sexo.....	14
3.2. Procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico.....	15
3.3. Intervenciones quirúrgicas.....	16
3.4. Montos facturados por sexo y tramos de edad.....	16
3.5. Montos bonificados por sexo y tramos de edad.....	18
4. Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) de las Prestaciones de Salud.....	21
5. Enfoque de Equidad de Género en las Prestaciones de Salud.....	23
5.1. Consultas médicas por sexo y tramos de edad.....	23
5.2. Exámenes de Laboratorio por sexo y tramos de edad.....	24
5.3. Exámenes de Imagenología por sexo y tramos de edad.....	26
5.4. Intervenciones Quirúrgicas por sexo y tramos de edad.....	27
5.5. Enfoque de Equidad de Género en el Aporte Financiero de los Beneficiarios (copago).....	29

## Resumen Ejecutivo

Los principales resultados que se obtienen a partir del análisis de las prestaciones de salud bonificadas por el Sistema Isapre en 2019, son los siguientes:

- ✓ En 2019, el total de prestaciones de salud aumentó 4,7% respecto de 2018 (99.666.962 *versus* 95.235.116).
- ✓ La cantidad de prestaciones de salud por beneficiario aumentó 3,6% en 2019 respecto de 2018 (en promedio de 29,1 en 2019 *versus* 28,1 en 2018).
- ✓ Del total de prestaciones de salud, 36,0% se concentraron en los exámenes de diagnóstico, los que tuvieron una variación por beneficiario de 4,3% en 2019 respecto de 2018.
- ✓ Del total de prestaciones de salud otorgadas en 2019, 16% fueron por atenciones médicas, las que tuvieron una variación por beneficiario de 3,7% en 2019 respecto de 2018.
- ✓ Las prestaciones de salud fueron otorgadas en 2019 por prestadores privados y públicos, en 97% y 3% de los casos, respectivamente, siguiendo la misma distribución que en 2018.
- ✓ Según la modalidad de atención, las prestaciones de salud fueron ambulatorias y hospitalarias, en 81% y 19%, respectivamente, igual al año anterior.
- ✓ Con relación a la estructura de los costos de venta, las prestaciones de salud representaron 76,5% en 2019 y un 76,9% en 2018.
- ✓ La bonificación promedio de las prestaciones de salud fue de 65,9% en 2019 y de 65,2% en 2018 (aumento de 0,7 puntos porcentuales). Cabe señalar que la bonificación promedio de las prestaciones en 2007 era de 67,1%, lo que representa un incremento de 1,2 puntos porcentuales en 13 años.
- ✓ La bonificación promedio de las prestaciones de salud hospitalarias en prestadores privados y públicos fue de 71% y 72%, respectivamente.
- ✓ La bonificación promedio de las prestaciones de salud ambulatorias en prestadores privados y públicos fue de 59% y 80%, respectivamente.
- ✓ La razón de exámenes de laboratorio por cada 100 consultas médicas fue de 203 en 2019 y de 201 en 2018 (+0,8%).
- ✓ La razón de imagenología por cada 100 consultas médicas fue 34 en 2019 y de 34 en 2018 (variación nula).
- ✓ La tasa de intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios fue de 157 en 2019 y de 138 en 2018 (+13,9%).

### **Análisis de prestaciones, excluyendo GES**

- ✓ El monto facturado *per capita* (excluido GES) tuvo un aumento real de 5,7% en 2019 respecto de 2018 (\$879.238 *versus* \$832.025, en moneda a diciembre de 2019).
- ✓ El monto bonificado *per capita* (excluido GES) tuvo una variación porcentual real de 7,0% en 2019 respecto de 2018 (\$558.455 *versus* \$ 522.031, en moneda a diciembre de 2019).
- ✓ La tasa de consultas médicas anuales por beneficiario (excluyendo las consultas médicas del GES) aumentó de 4,1 a 4,3 en 2019 con relación al año 2018 (+3,7%).

### **Análisis de las prestaciones por GES**

- ✓ Las prestaciones por GES representaron 14% del total de las prestaciones realizadas, 9% de los montos facturados totales y 12% de los montos bonificados totales.

- ✓ La bonificación promedio por prestaciones GES fue de 90,2%.
- ✓ El costo operacional de las Isapres por concepto de prestaciones GES 85 fue de \$258.834 millones y según la población beneficiaria promedio en 2019 (3.425.311 personas), equivale a un costo operacional de \$75.565 (2,71 UF<sup>1</sup>) anual por beneficiario.
- ✓ Los ingresos estimados por concepto de prima GES 80 (enero a septiembre) y GES 85 (octubre a diciembre) de las Isapres en 2019 fueron de \$590.969 millones y los costos operacionales por uso GES 80 y 85 fueron \$258.834 millones, lo que representa una siniestralidad de un 43,8%. Es decir, por cada \$100 de ingreso GES 80 y 85, el costo GES 80 y 85 corresponde a \$43,8.

### ***Brechas de género***

- ✓ Con relación a la situación de mujeres y hombres, se visualiza una inequidad de género en el uso de prestaciones. Esta afectaría a los hombres por restricciones en el acceso a la atención de salud (horarios), que podría explicarse por la limitación de acceso al uso de prestaciones de hombres trabajadores en ventanas horarias más reducidas por horarios laborales (menor participación en el mercado laboral de mujeres).
- ✓ Por otra parte, se advierte que en el caso de determinados cánceres (Colon y Próstata) y enfermedades crónicas no transmisibles, los hombres consultan más tardíamente, presentando ausencia de detección precoz (prevención secundaria) e insuficiente control de las patologías crónicas, para su adecuado manejo y mantención dentro de parámetros normales (prevención terciaria), como es el caso específicamente de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA). Estos factores estarían incidiendo en la menor sobrevivencia de hombres (76 años) con respecto a las mujeres (82 años).
- ✓ A su vez, se evidencia en 2019 una inequidad de género en el gasto en salud que afecta a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) vinculada con el aporte financiero y los copagos, por cuanto se adjudica exclusivamente el costo de la reproducción a la mujer (embarazo y parto), y no a ambos sexos, por lo que debiera ser de responsabilidad social asumirlo. Con la introducción de una tabla de factores única en abril 2020 y el cese de la comercialización de planes sin cobertura de parto, la Superintendencia de Salud ha avanzado en cerrar esta brecha.

---

<sup>1</sup> UF al 30 de junio de 2019 (\$27.903,30)

## 1. Introducción

Las prestaciones médicas constituyen un conjunto de actividades y procedimientos sanitarios esenciales para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades. Son posibles de agrupar en:

- 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 comprenden 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. Ellas representaron los principales costos operacionales de las Isapres, alcanzando 68,6% de los ingresos operacionales en 2019 *versus* 67,1% en 2018. Con relación a la estructura de los costos de venta, alcanzaron 76,5% en 2019, levemente inferior a 2018 (76,9%).

El conocimiento del perfil de las prestaciones médicas ayuda a comprender los fenómenos de la salud y enfermedad; a valorar la importancia de los factores condicionantes<sup>2</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.

Este estudio analiza el perfil de las prestaciones de salud en el sistema Isapre en 2019, 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.

Además, en este documento se incluyen datos generales vinculados con las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE) con 85 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. *Las Estadísticas de Prestaciones de Salud Año 2019*, se encuentran publicadas en la Biblioteca Digital de la Superintendencia de Salud en el link:

<https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-19673.html>

---

<sup>2</sup> Entre los factores condicionantes de la salud, se encuentran las características biodemográficas de la población, siendo destacables el sexo y la edad, por cuanto suponen riesgos de enfermar diferentes.

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

### 2.1. Gasto total y *per capita* en las Isapres

La cantidad de beneficiarios promedio de 2019 fue 3.425.311 personas, correspondiendo 55% a hombres y 45% a mujeres, similar distribución que el año anterior. En 2018, eran 3.394.961 beneficiarios, lo que representó un aumento de 0,9%.

El monto facturado total expresado en moneda a diciembre de 2019 fue de \$3.011.662 millones y el monto bonificado total fue de \$1.912.881 millones (excluidas las prestaciones GES). De acuerdo al total de beneficiarios y el monto bonificado total de prestaciones en 2019 (excluidas las prestaciones GES), el monto bonificado *per capita* por prestaciones médicas alcanzó la suma de \$558.455, equivalente a un 63,5% del monto total facturado *per capita*, que fue \$879.238.

#### C1.- Gasto *Per capita* en Prestaciones de Salud, Años 2018-2019 (Excluye Prestaciones GES)

	Isapres año 2018	Isapres año 2019
Beneficiarios promedio	3.394.961	3.425.311
Monto bonificado (\$ mill)	1.772.275*	1.912.881*
Bonificado <i>per capita</i> (\$)	522.031*	558.455*
Facturado <i>per capita</i> (\$)	832.025*	879.238*

\* Valores expresados en moneda a diciembre de 2019

Al comparar el gasto en prestaciones entre 2018 y 2019, podemos observar un aumento en el monto bonificado absoluto real de 7,9% y un aumento en el monto bonificado y facturado *per capita* real de un 7,0% y 5,7%, respectivamente en 2019, respecto del año anterior.

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

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios en 2019, (incluidas las prestaciones por GES), que totalizan 99.666.962, entre las de mayor frecuencia relativa se encuentran los exámenes de diagnóstico (36%), seguido de los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos (21%) y las atenciones médicas (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 2019

Prestaciones	Nº	%	Facturado MM\$	%	% Bonificación	% Bonificación
					Año 2018	Año 2019
Atenciones médicas	15.513.901	16%	470.762	14%	61,1%	61,7%
Exámenes de diagnóstico	35.799.344	36%	566.942	17%	61,9%	62,7%
Procedimientos de apoyo clínico / terapéuticos	21.248.786	21%	343.311	11%	46,9%	47,4%
Intervenciones quirúrgicas	538.832	0,5%	296.832	9%	61,6%	62,4%
Otras prestaciones	2.496.503	3%	614.677	19%	67,5%	67,3%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>75.597.366</b>		<b>2.292.524</b>		<b>60,9%</b>	<b>61,4%</b>

Prestaciones	N°	%	Facturado MM\$	%	% Bonificación	
					Año 2018	Año 2019
Garantías Explícitas de Salud	13.697.801	14%	286.995	9%	91,3%	90,2%
Insumos y materiales clínicos	4.618.585	5%	222.078	7%	69,7%	71,1%
Medicamentos	3.234.832	3%	189.596	6%	80,2%	81,1%
Dental	567.875	1%	35.613	1%	67,8%	69,2%
Drogas Antineoplásicas	58.208	0%	76.375	2%	66,4%	69,4%
Drogas Inmunosupresoras	1.172	0%	358	0%	59,9%	59,4%
Aranceles de Isapre	1.138.845	1%	96.870	3%	47,2%	51,0%
Sin clasificar	752.278	1%	57.429	2%	71,8%	70,3%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>99.666.962</b>	<b>100%</b>	<b>3.257.837</b>	<b>100%</b>	<b>65,2%</b>	<b>65,9%</b>

Del monto facturado total (\$3.257.837 Millones), los exámenes diagnósticos representaron 17%. Le siguen las atenciones médicas con 14%. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. Finalmente, los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos y las intervenciones quirúrgicas (honorarios médico-quirúrgicos), contribuyen ambos individualmente con 11% y 9%, respectivamente.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones principales, éste fluctuó entre 47,4% y 62,7%, presentando los procedimientos de apoyo clínico-terapéuticos el porcentaje más bajo y los exámenes diagnósticos los porcentajes más altos con 62,7%, manteniéndose similar la bonificación en las cirugías para 2019 en 62,4% (61,6% en 2018).

En 2019, la bonificación general alcanzó 65,9% del monto total facturado, es decir, casi dos tercios del monto total facturado fue bonificado por la Isapre y lo restante (copago de 34,1%) fue de cargo del beneficiario, similar a lo observado en 2018. En 2007 la bonificación general fue de 67,1%, lo que significó una disminución de un 1,2% a 2019 (13 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 17 veces mayor que el valor facturado promedio de todas las prestaciones (\$32.687), alcanzó 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 2018- 2019

PRESTACIONES	Monto Facturado * (\$) por Prestación		Monto Bonificado * (\$) por Prestación		Co-pago * (\$) por Prestación	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Atenciones médicas	30.585	30.761	18.697	18.965	11.888	11.796
Exámenes diagnósticos	15.714	16.054	9.730	10.071	5.985	5.984
Procedimientos de apoyo	16.624	16.379	7.801	7.757	8.823	8.622
Cirugías	604.956	558.450	372.397	348.571	232.559	209.879
Otras prestaciones	249.381	249.598	168.307	168.070	81.074	81.528
Medicamentos e insumos	107.528	108.160	81.277	82.837	26.251	25.323

\*Valores expresados en moneda a diciembre de 2019

En el cuadro C3, se aprecian diferencias reales mínimas en los montos facturados por prestación entre los años 2018 y 2019, aumentos en los exámenes diagnósticos (2%) y las atenciones médicas (1%), y una disminución de 8% en las cirugías. En el caso de los medicamentos e insumos, existe una variación porcentual de -3,5% en el copago de estas prestaciones. Las atenciones médicas tuvieron una disminución en el copago de 0,8%. 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 0,0%, -2,3% y -9,8%, respectivamente.

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

En 2019, las prestaciones principales alcanzaron 75.597.366 y las prestaciones adicionales sumaron 24.069.596, totalizando 99.666.962 prestaciones, de las cuales 80.515.673 se otorgaron ambulatoriamente y 19.151.298 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 81% y 19%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico G1, siendo esta distribución porcentual igual a la observada en 2018.

G1.- Modalidades de Atención de las Prestaciones de Salud - Año 2019

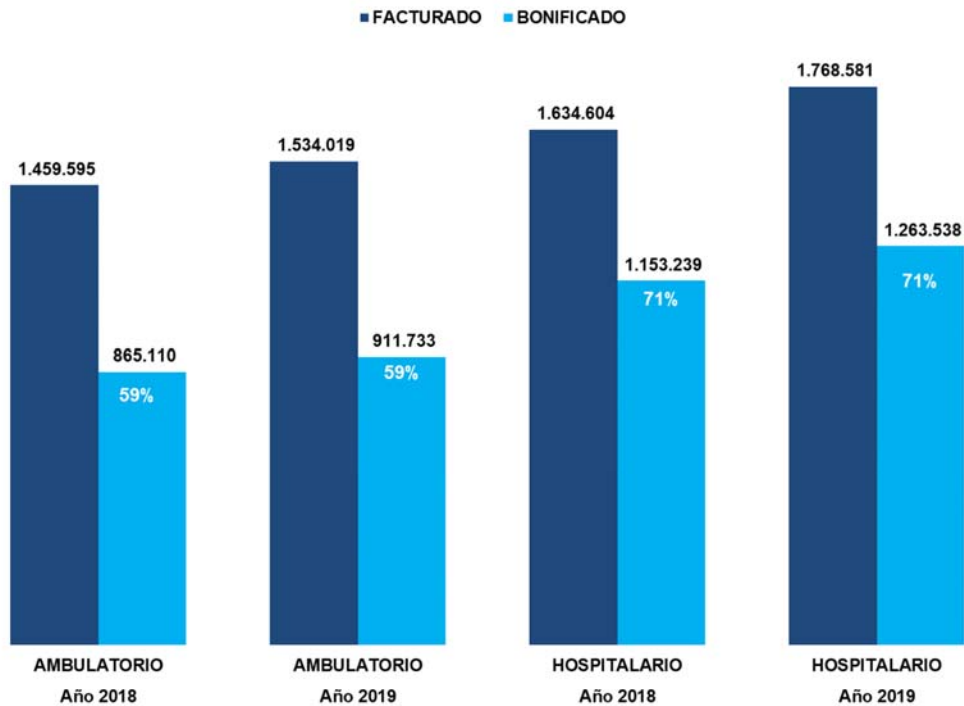


En 2019 el monto facturado total expresado en moneda a diciembre de 2019 ascendió a la suma de \$3.302.600 millones, correspondiendo \$1.534.019 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$1.768.581 millones a prestaciones hospitalarias, representando 46% y 54%, respectivamente.

A su vez, las bonificaciones correspondientes a las atenciones ambulatorias y hospitalarias, expresadas en moneda a diciembre de 2019, alcanzaron \$911.733 (59%) y \$1.263.538 millones, representando respectivamente 59% y 71% del monto facturado, en mismas proporciones que en 2018.



## G2.- Montos Facturados y Bonificados (MM \$) según Modalidad de Atención - Años 2018 y 2019



Valores expresados en moneda a diciembre de 2019

En 2019, se observa un aumento real de los montos facturados (5,1%) como bonificados (5,4%), de las atenciones ambulatorias.

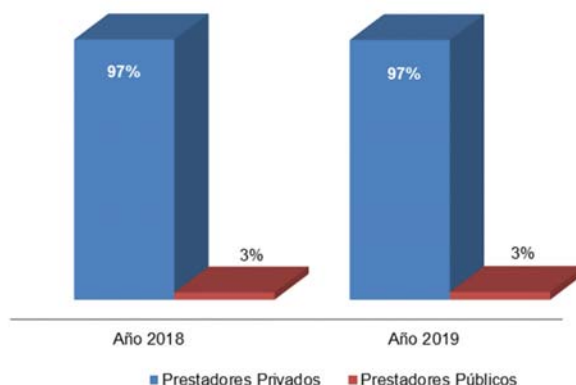
El aumento real de 3,4% en los montos facturados hospitalarios en 2019, se vincula con el mayor uso de las prestaciones GES, insumos y materiales clínicos, de medicamentos y drogas antineoplásicas hospitalarias de alto costo. Los montos bonificados hospitalarios aumentaron 9,6%, respecto del año anterior.

Cabe destacar que, aun cuando las atenciones de tipo hospitalario sólo representan 19% del total de las prestaciones de salud realizadas, éstas representan 54% del total de los montos facturados en 2019.

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

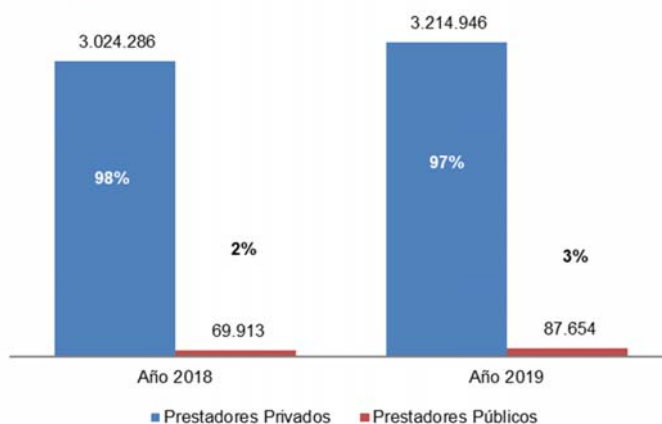
El total de prestaciones de salud alcanzó 95.235.116 en 2019, de las cuales 97% fueron otorgadas por prestadores privados y 3% por prestadores públicos, tal como se representa en el gráfico G3, siendo esta distribución similar a la observada en 2018.

### G3.- Prestaciones de Salud realizadas según Prestadores - Años 2018 – 2019



En 2019, del monto total facturado por concepto de prestaciones de salud, \$3.214.946 millones (97%) fueron cobrados por prestadores privados y \$87.654 millones (3%) por prestadores públicos, como se observa en el gráfico siguiente, el aumento de montos reales facturados (en moneda de diciembre 2019) es en porcentaje más importante para los prestadores públicos (25%) que para los prestadores privados (6%).

### G4.- Montos Facturados (MM \$) según Prestadores - Años 2018 - 2019



Valores expresados en moneda a diciembre de 2019

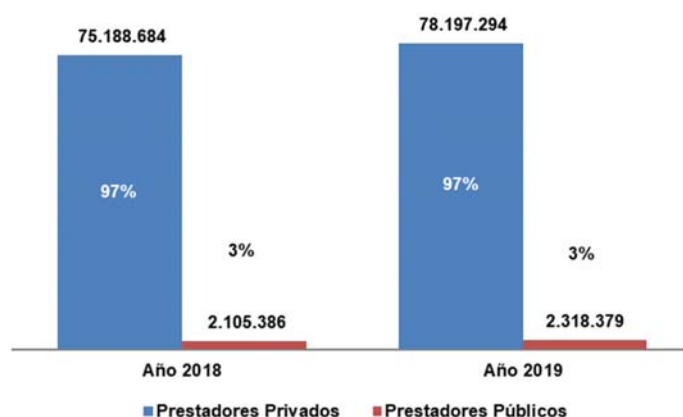
En los prestadores privados, el leve incremento de los montos facturados obedeció, principalmente, a las Garantías Explícitas en Salud (GES), insumos y materiales clínicos, medicamentos y drogas antineoplásicas. En los prestadores públicos, los aumentos estuvieron determinadas, principalmente, por el mayor uso de días cama, procedimientos de apoyo clínico-terapéutico y cirugías (abdominales, 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 85 problemas de salud garantizados a partir del 1° de octubre en 2019, podemos

señalar que en 2019, de un total de 13.697.801 prestaciones GES vinculadas con las distintas Intervenciones Sanitarias (IS), tales como Diagnóstico, Tratamiento o Seguimiento, 258.879 (1,9%) prestaciones fueron otorgadas en prestadores públicos. A su vez, con relación a los montos facturados por GES que corresponden a MM\$ 286.995, sólo un 2,3% (MM\$ 6.570) fueron facturados por prestadores públicos.

Por otra parte, de un total de 80.515.673 atenciones ambulatorias, 78.197.294 (97%) fueron otorgadas por prestadores privados y 2.318.379 (3%) se realizaron en prestadores públicos, lo que se observa en el gráfico siguiente. En comparación con 2018, las atenciones ambulatorias de los prestadores privados aumentaron 4,0% y en prestadores públicos 10%, lo que se muestra en el gráfico G5.

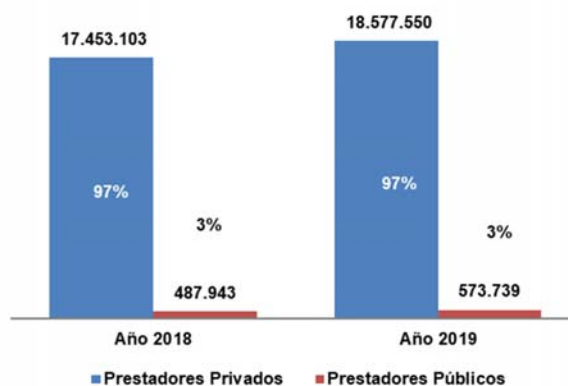
### G5.- Atenciones Ambulatorias (frecuencia) según Prestadores - Años 2018 - 2019



A su vez, de un total de 19.151.289 atenciones hospitalarias, 18.577.550 (97%) fueron otorgadas por prestadores privados y 573.739 (3%) por prestadores públicos.

Al comparar entre 2019 y 2018, las atenciones hospitalarias en prestadores privados aumentaron 6% en tanto que aquellas en prestadores públicos aumentaron 18%. En términos porcentuales, las atenciones hospitalarias mantuvieron su distribución porcentual en los prestadores privados (97%) y públicos (3%), como se aprecia en el gráfico G6.

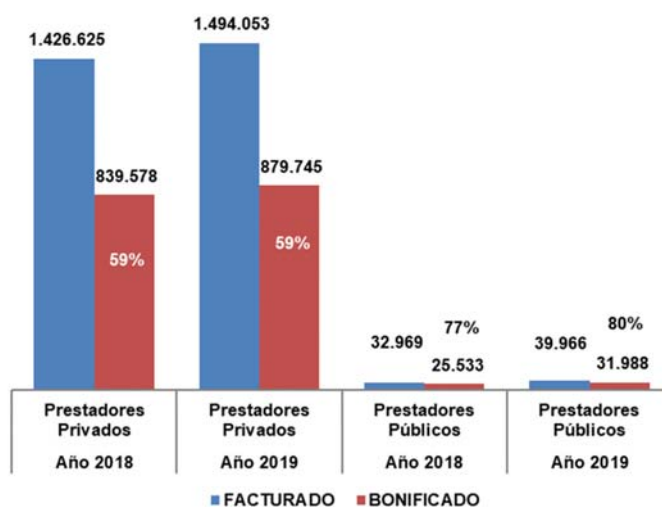
### G6.- Atenciones Hospitalarias (frecuencia) según Prestadores Años 2018 – 2019



En 2019, del total de \$1385.055 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$ 815.114 MM, correspondientes a 59% bonificación. En cambio, en los prestadores públicos fueron bonificados \$24.789 MM de un monto total facturado de \$32.009 MM, representando 77% de bonificación.

Al comparar 2018 y 2019, podemos observar que en los prestadores privados se mantuvo el porcentaje de bonificación de 59% y en los prestadores públicos aumentó de 77% a 80%, tal como se muestra en el gráfico siguiente.

### G7.- Atenciones Ambulatorias Facturadas y Bonificadas (MM \$) según Prestadores Años 2018 – 2019



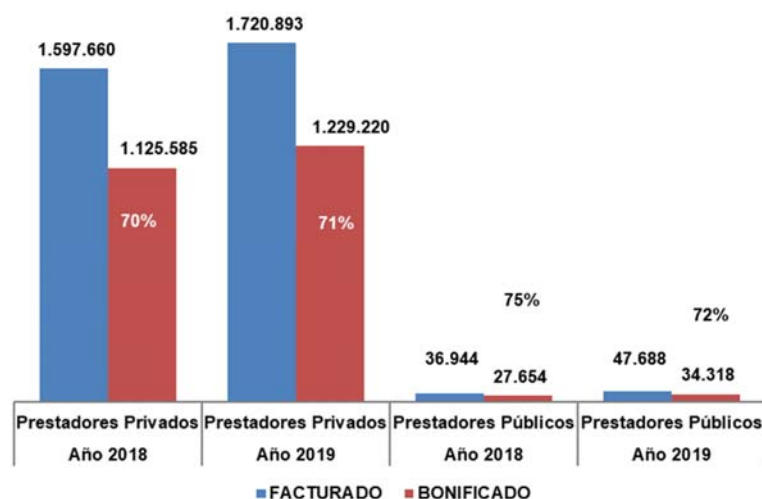
Valores expresados en moneda a diciembre de 2019

El incremento de la bonificación por los prestadores públicos, puede estar determinada por dos factores: el menor valor facturado (precio) de las prestaciones ambulatorias y los topes de las prestaciones establecidos en los planes de salud de las Isapres, lo que se traduce en un porcentaje de bonificación mayor que el observado en los prestadores privados.

Asimismo, en 2019, por concepto de atenciones hospitalarias realizadas, de un total de \$ 1.720.893 MM facturados por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$ 1.229.220 MM, correspondiente a 71% de bonificación (70% en 2018).

En niveles de montos inferiores, de un total de \$47.688 MM facturados por prestadores públicos, las Isapres bonificaron \$34.318 MM, lo que corresponde a 72% de bonificación (75% en 2018), casi igualando el porcentaje de bonificación, habiendo disminuido más el porcentaje de bonificación, por prestadores públicos que por privados.

### G8.- Atenciones Hospitalarias Facturadas y Bonificadas (MM \$) según Prestadores. Años 2018 - 2019



Valores expresados en moneda a diciembre de 2019

Al igual que en las atenciones ambulatorias, el mayor porcentaje de bonificación hospitalaria por prestadores públicos, se explica por el menor valor facturado (precio) de las prestaciones hospitalarias, 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 levemente un 0,9% entre los años 2018 y 2019 (3.394.961 *versus* 3.425.3111), de manera que las diferencias unitarias por persona son infimas, lo que se abordará en los capítulos siguientes.

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

#### 3.1. Prestaciones de Salud por sexo

La tasa de consultas médicas anuales por beneficiario<sup>3</sup> fue de 4,3 y las mujeres tienen una frecuencia de 1,9 consultas médicas más que los hombres, por cuanto acuden más frecuentemente 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 en 2019, al hombre se le solicitaron 1,97 exámenes de laboratorio por cada consulta médica y a la mujer 2,08 (5,6% más en mujeres que en hombres), sensiblemente mismas las cantidades que en 2018.

A su vez, en 2019 la solicitud de exámenes de imagenología fue idéntica a la de 2018, en un nivel de 34 por cada 100 consultas, superando las mujeres a los hombres en 20%, brecha que podría estar relacionada con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante la edad fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y ginecológicas (tumores benignos y malignos).

Asimismo, en 2019, las mujeres tuvieron una tasa de intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarias en 66% superior a los hombres, lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas), ginecológicos (patología tumoral) y a la mayor incidencia de patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas que presentan. En general, la tasa de cirugías por 1.000 beneficiarios tuvo un incremento de 13,9% en 2019.

Por otra parte, se observa en 2019 un leve aumento de 3,7% en la tasa de consultas médicas anual por beneficiario (de 4,1 a 4,3) (no considera las consultas médicas realizadas a través del GES).

En el resto de las prestaciones podemos observar aumentos interanuales en los valores de los indicadores de los exámenes de laboratorio (+0,8%), imagenología (+0,0%) y en la tasa de intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios (+13,9%).

Lo anteriormente expuesto se representa en el cuadro siguiente.

#### C6.- Indicadores sobre Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario y Sexo Años 2018 – 2019

Indicadores	Mujer		Hombre		Total		Variación % 2018-2019
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	
N° de consultas médicas anual por beneficiario*	5,2	5,3	3,3	3,4	4,1*	4,3*	+3,7%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	206	208	195	197	201	203	+0,8%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	37	36	31	30	34	34	0,0%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	164	201	116	121	138	157	+13,9%

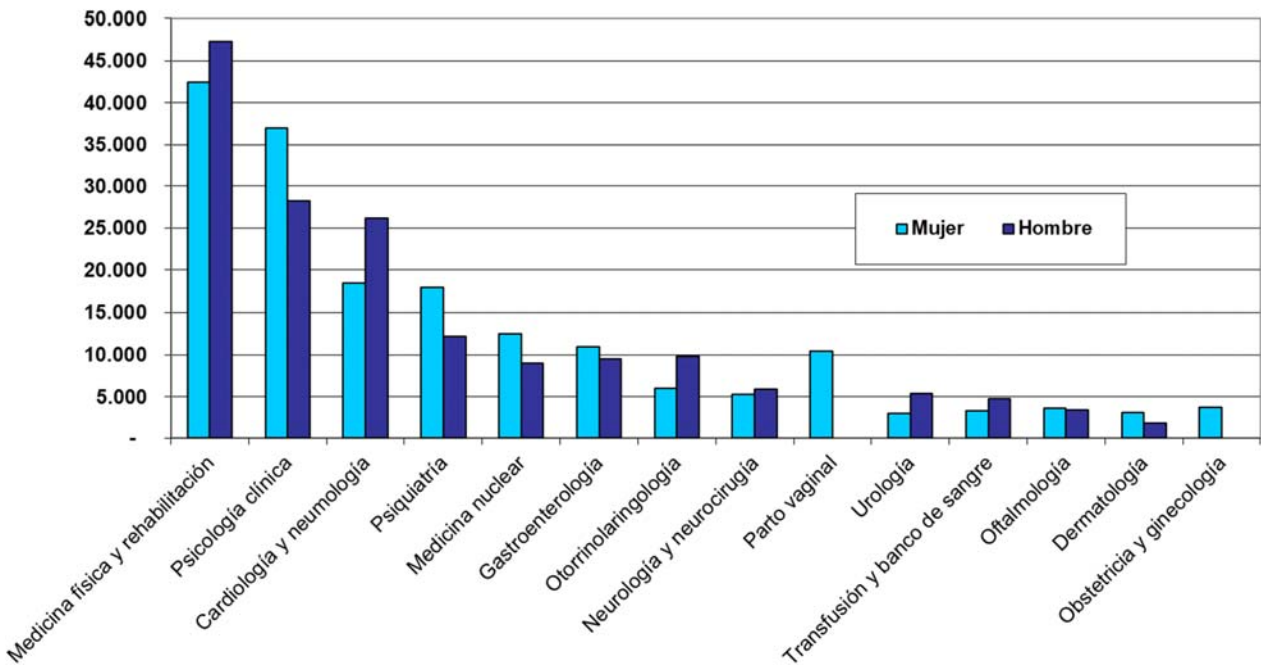
Nota: \* No incluye las atenciones médicas contenidas en las canastas del GES

<sup>3</sup> La tasa de consultas médicas anuales por beneficiario se establece para fines de análisis comparativo de los datos, teniendo presente que una persona no puede tener una consulta fraccionada.

### 3.2. Procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico

Los 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 en 2018 .

**G9.- Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico por Sexo Año 2019 (MM \$)**



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 en 2018.

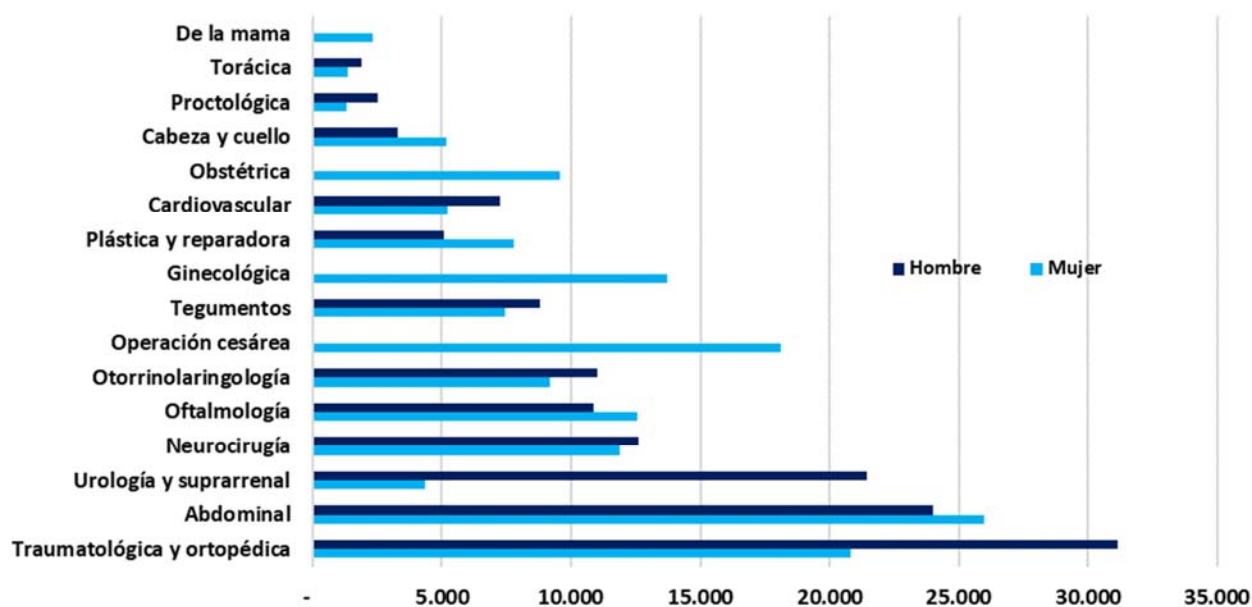
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a medicina física y rehabilitación, cardiología-neumología, otorrinolaringología y, finalmente, urología.

Cabe precisar, que los montos bonificados de cada una de las prestaciones son diferentes entre sí y respecto del año anterior, se mantuvieron en porcentajes similares cada una de ellas: parto (70%); medicina física y rehabilitación (50%); atenciones psiquiátricas (27%); psicología clínica (32%); cardiología y neumología (60%); otorrinolaringología (35%); y las urológicas (70%).

### 3.3. Intervenciones quirúrgicas

Con respecto a las 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 en 2018.

**G10.- Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas por Sexo  
Año 2019 (MM \$)**



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 en 2018.

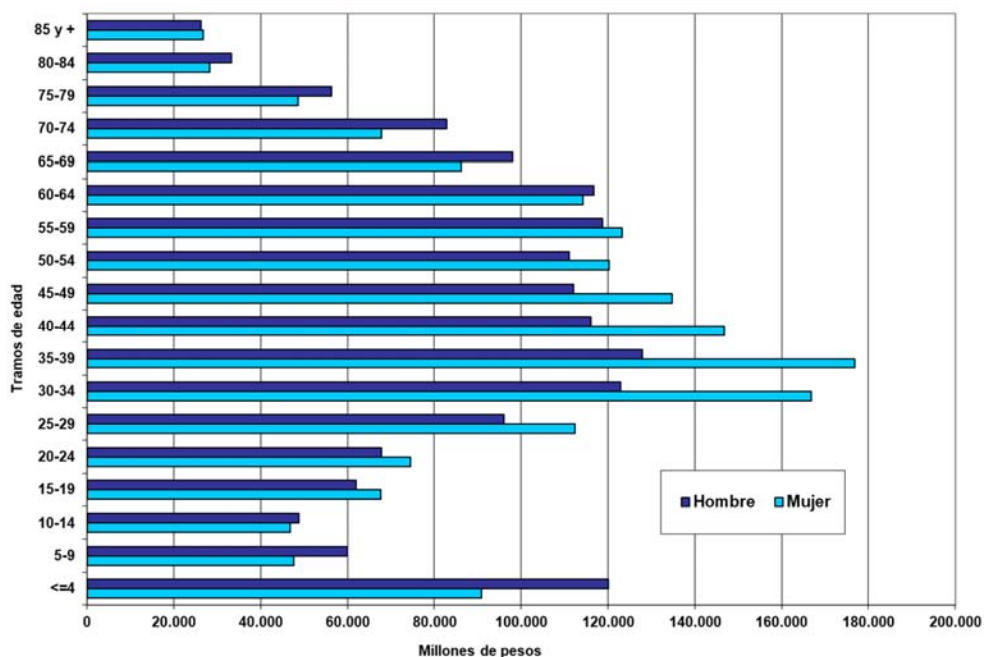
Por otra parte, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que en las mujeres, corresponden a intervenciones quirúrgicas de traumatología-ortopedia, urología-suprarrenal, otorrinolaringológicas, neuroquirúrgicas, tegumentos y, finalmente, cardiovasculares, similar a lo observado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

### 3.4. 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 2019**



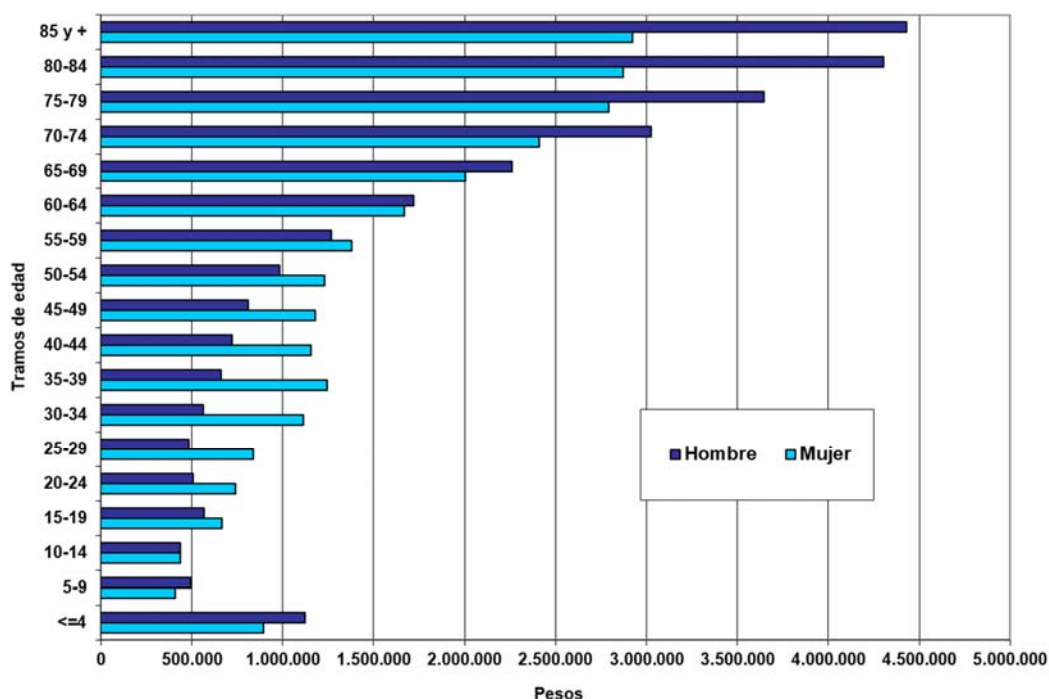
Si bien la proporción del monto total facturado atribuible a la mujer es de 52%, cabe hacer presente que, entre los 15 y 49 años de edad (edad fértil), este porcentaje aumenta a 56% con relación a los hombres.

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 6% 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 capita* en las mujeres entre los 15 y 59 años, superan 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 capita* 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 (\$) *Per capita* en Prestaciones de Salud según Sexo y tramo de Edad - Año 2019



#### 3.5. Montos bonificados por sexo y tramos de edad

En 2019, el porcentaje general de bonificación en las mujeres alcanza 63,4%, con un rango de porcentaje de bonificación que varía entre 58% y 67% en función de los tramos etarios, en términos de copagos (expresados en pesos promedio) se observan diferencias significativas entre los 30 y 75 años.

En efecto en 2019, para las mujeres, la bonificación en el tramo de edad "menor de 4 años" fue de 69%, en el tramo de 10-14 años de edad, fue de 58% (valor mínimo observado) y en los tramos de edad de 75-79 años alcanza 67% (valor máximo observado) y en 85 años y más, alcanza 63%.

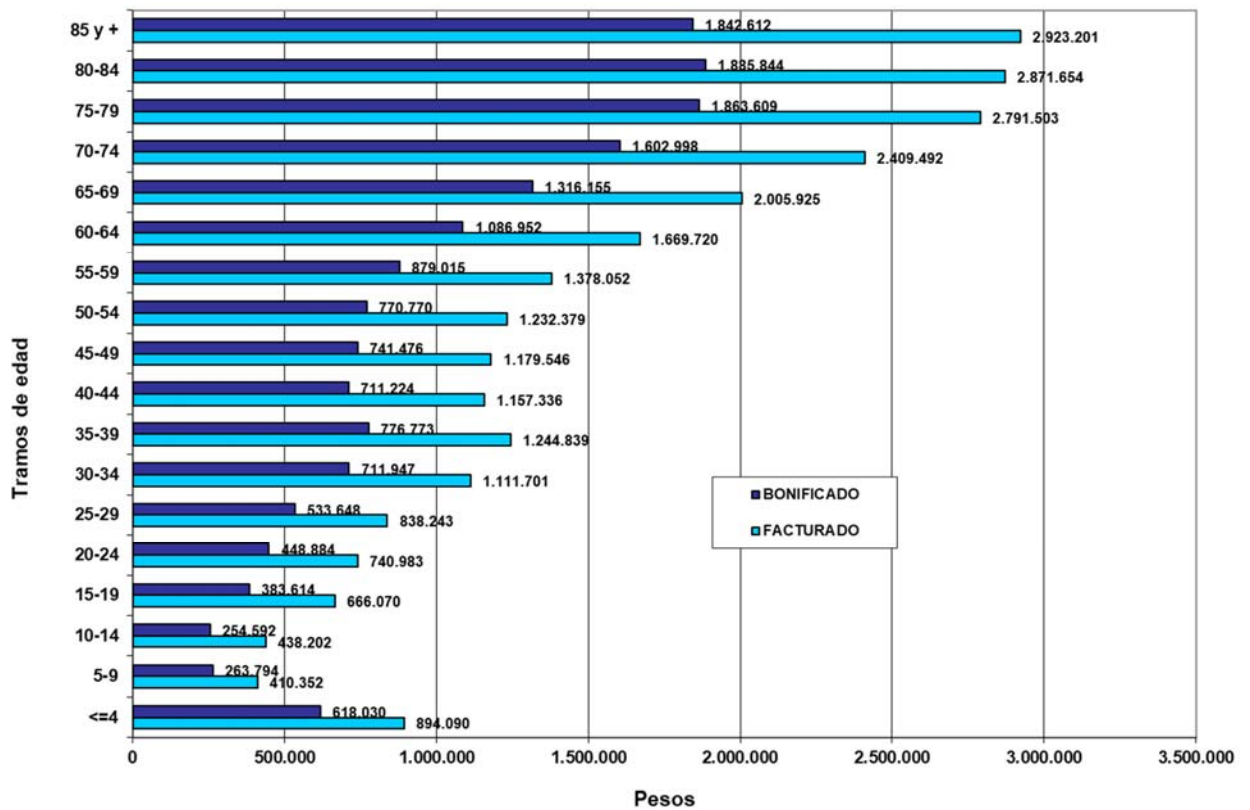
Por otra parte, a los 30 años de edad el copago promedio de las prestaciones ascendió a \$399.754, a los 60 años de edad alcanzó a \$ 582.768 y a los 80 años a \$ 985.810, es decir, el copago promedio en la mujer es un 147% superior entre los 30 y 80 años de edad (2,5 veces).

Esto obedece a que, los montos facturados *per capita*, 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, Hipertensión Arterial (HTA) e Insuficiencia Renal Crónica.

Al tomar como referencia el tramo 30-34 años de edad para observar la progresión del gasto *per capita* con la edad y según el sexo, es posible comprobar que, en el caso de la mujer, el monto facturado *per capita* a esa edad es de \$1.111.701, el que se duplica (2,6 veces) en el tramo de edad 80-84 años, con un monto facturado promedio *per capita* de \$2.871.654 (Ver Gráfico G12.a.).

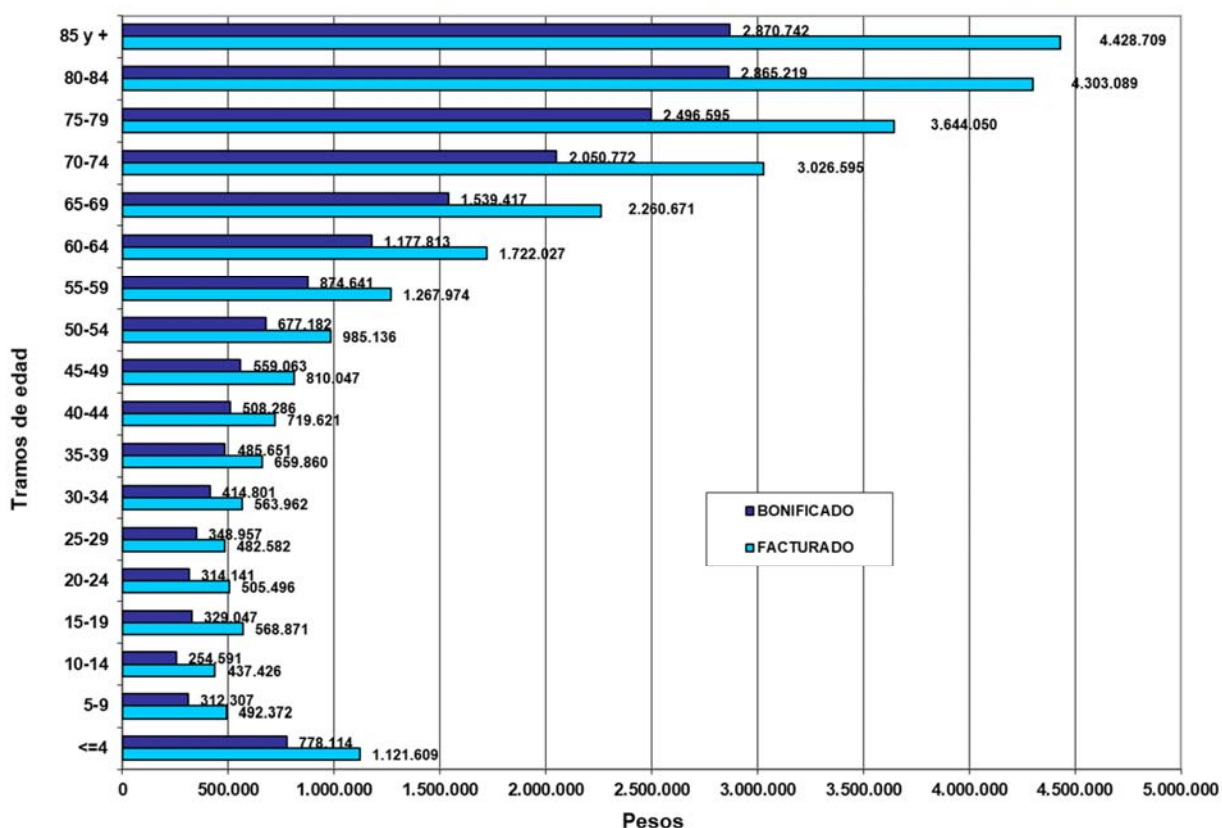
**G12.a.- Montos Facturados y Bonificados (\$) Per capita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Mujeres por Edad - Año 2019**



A su vez, en 2019, en los hombres, el porcentaje general de bonificación alcanza 68,5%, siendo 5,0 puntos porcentuales superior al observado en mujeres, destacando una bonificación de 72%-74% entre los 25 y 39 años. Posteriormente, es posible observar una disminución de la bonificación a un 68% y en las personas de 85 años y más, alcanza a un 65%.

En 2019, en hombres, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per capita* es de \$563.962, equivalente a la mitad del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 80-84 años, es 7,6 veces mayor, con un monto de \$4.303.089, siendo superior en \$1.431.435, con respecto a la mujer, representando un 50% de mayor gasto en el hombre en este mismo tramo de edad (Ver Gráfico G12.b).

### G12.b.- Montos Facturados y Bonificados Per capita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Hombres por Edad - Año 2019 (\$)



Al comparar ambos sexos en relación con 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 30 y 54 años se observan diferencias en puntos porcentuales entre 9,5 y 6,2.

No obstante, 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 \$149.161, a los 60 años de edad alcanza a \$544.214 y a los 80 años es de \$1.437.870, es decir, el copago es 3,6 veces mayor a los 60 años y 9,6 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 46% 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).

#### 4. 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 tramos de edad, según sexo, correspondiente a 2019, donde el valor del monto facturado total *per capita* promedio anual, equivale al valor promedio de 1. De esta manera es posible comparar en forma simple el nivel de gasto efectivo *per capita* por tramos de edad entre sexo y al interior de cada sexo, usando el valor promedio de 1.

Con respecto al monto facturado *per capita* anual que tiene un valor de \$951.107 (valor promedio referencial, que incluye montos facturados GES). 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 0,46 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 capita* representa menos de la mitad del valor promedio referencial, lo que traducido en términos monetarios alcanza a los \$428.002.

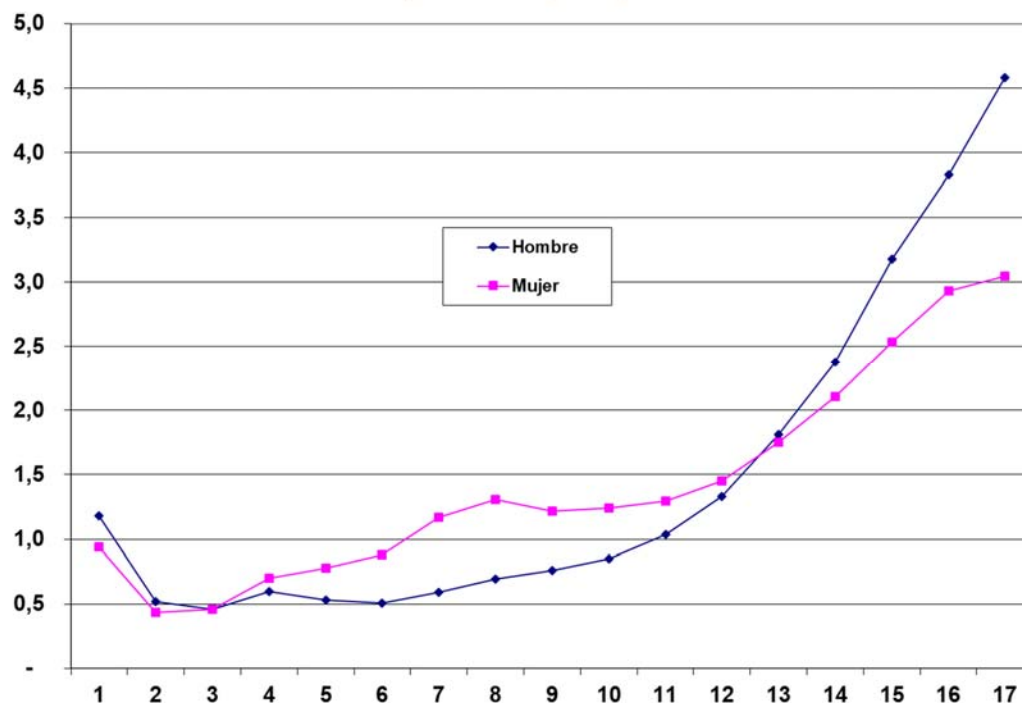
Al construir la Tabla de Factores, es posible comparar el nivel de gasto efectivo *per capita* por tramos de edad entre sexo y al interior de cada sexo, usando el valor promedio de 1. Por ejemplo, el tramo de edad 50-54 años (grupo 11) y de sexo masculino, con un factor 1,04, lo podemos comparar con el tramo de edad 75-79 años, que tiene un factor de 3,83. Esto significa que este grupo de edad 16, tiene 3,7 veces más gasto efectivo *per capita* 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 2019 (Promedio = 1)

Grupos de Edad	Tramos de Edad	Hombre	Mujer
1	< 04	1,18	0,94
2	05-09	0,52	0,43
3	10-14	0,46	0,46
4	15-19	0,60	0,70
5	20-24	0,53	0,78
6	25-29	0,51	0,88
7	30-34	0,59	1,17
8	35-39	0,69	1,31
9	40-44	0,76	1,22
10	45-49	0,85	1,24
11	50-54	1,04	1,30
12	55-59	1,33	1,45
13	60-64	1,81	1,76
14	65-69	2,38	2,11
15	70-74	3,18	2,53
16	75-79	3,83	2,93
17	80 y más	4,58	3,05

A su vez, en el gráfico G14 es posible visualizar la representación de la Tabla de Factores del gasto efectivo de las prestaciones de salud (monto facturado) en 2019, por 17 grupos de edad y según sexo.

**G14.- Gráfico de la Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) Prestaciones de Salud por Sexo y Grupos de Edad - Año 2019**



Este gráfico nos permite ver el comportamiento del gasto efectivo *per capita* 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 12 (55-59 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.

## 5. 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.

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

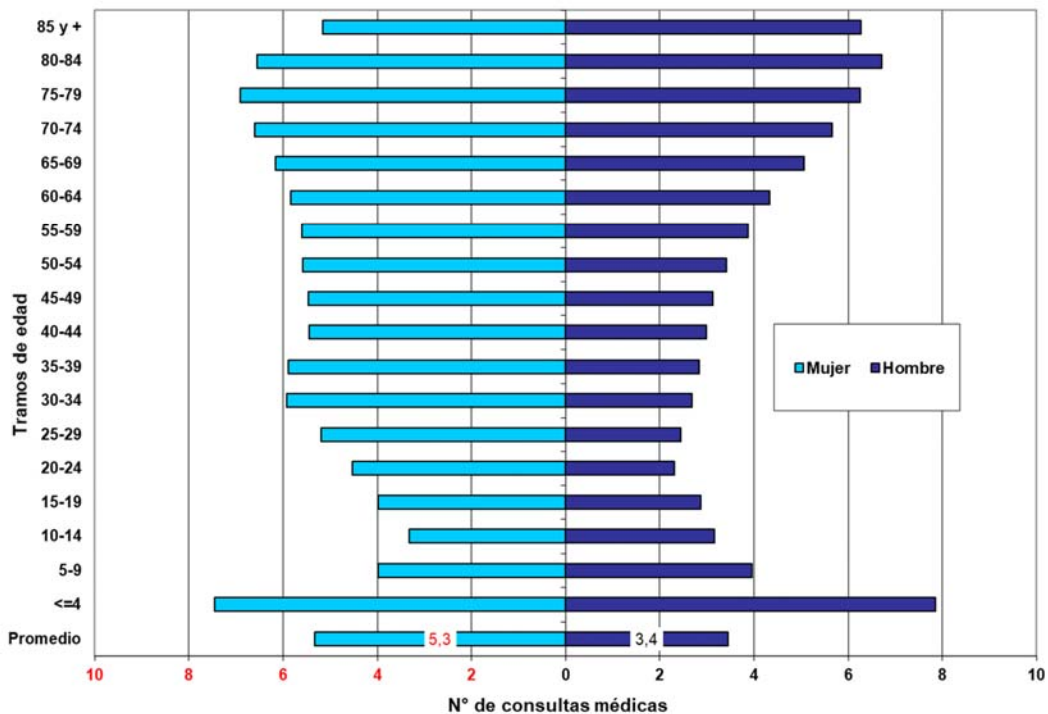
En términos generales, la mujer consulta alrededor de un 55% más que el hombre, lo que equivale a 1,9 consultas médicas anuales más (5,3 *versus* 3,4). Del total de consultas médicas, las mujeres tuvieron un 31% más consultas que los hombres (8.296.120 *versus* 6.435.577).

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 7 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 (6 consultas médicas anuales).

**Gráfico G15.- N° de Consultas Médicas por Beneficiario según Sexo y Edad – Año 2019**



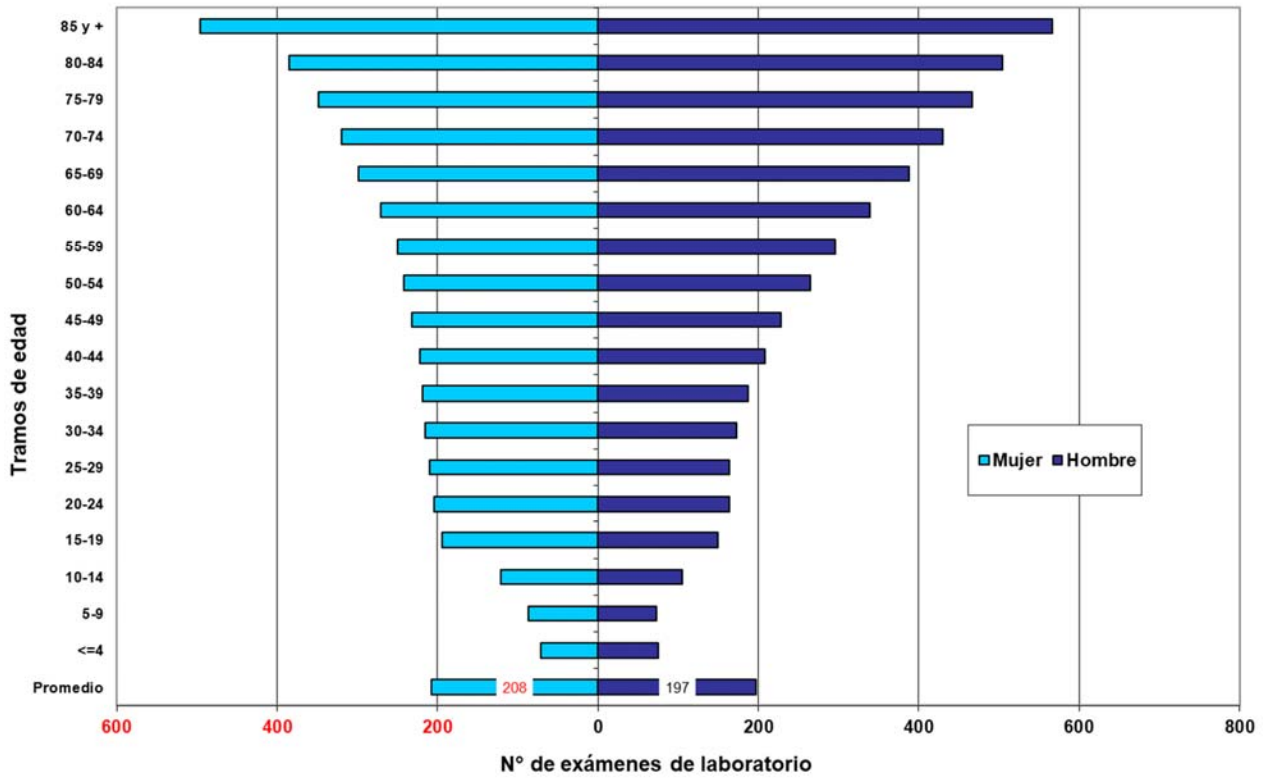
## 5.2. Exámenes de Laboratorio por sexo y tramos de edad

Con respecto a los exámenes de laboratorio, las mujeres se realizan un 5% 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 36% más exámenes de laboratorio que los hombres (17.230.762 *versus* 12.685.138).

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.



G16.-Exámenes de Laboratorio por cada 100 Consultas Médicas por Sexo y Edad - Año 2019

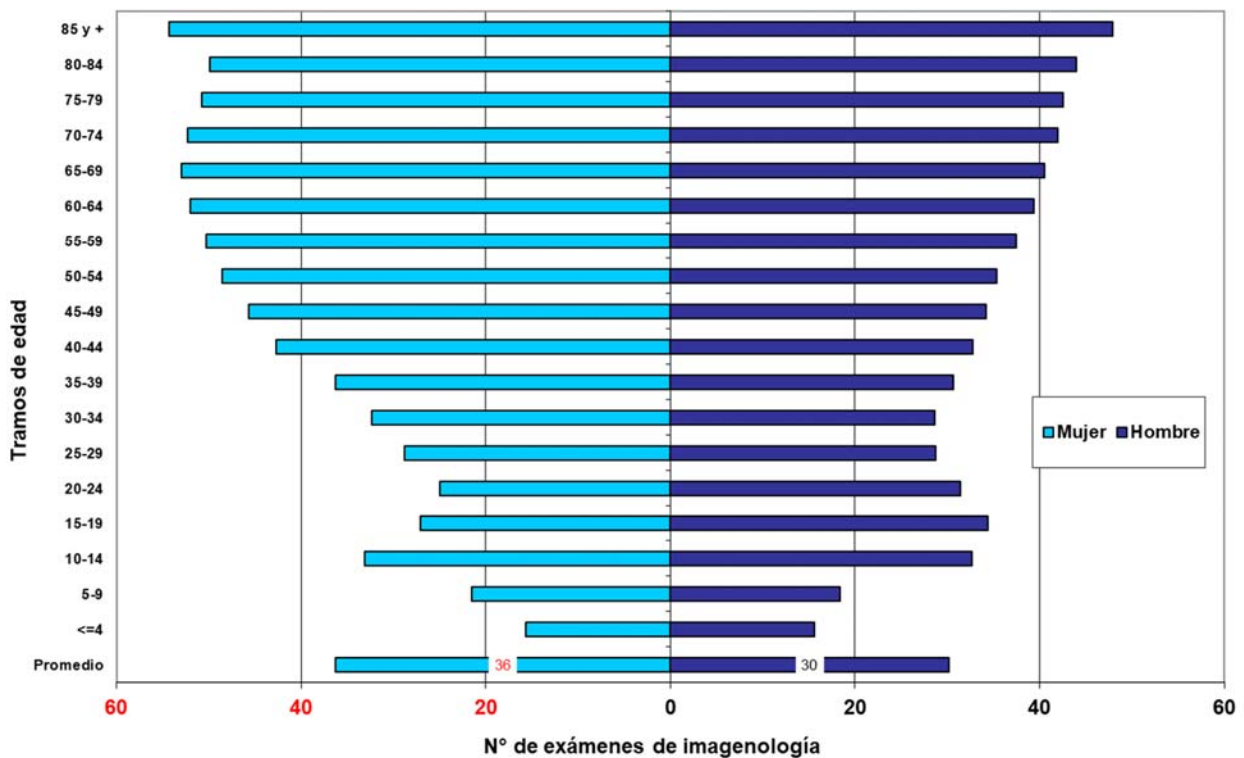


### 5.3. Exámenes de Imagenología por sexo y tramos de edad

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 20% (36 *versus* 30), 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 (colelitiasis). Del total de exámenes imagenológicos, las mujeres se realizaron un 55% más de estos exámenes que los hombres (3.010.226 *versus* 1.944.527).

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.

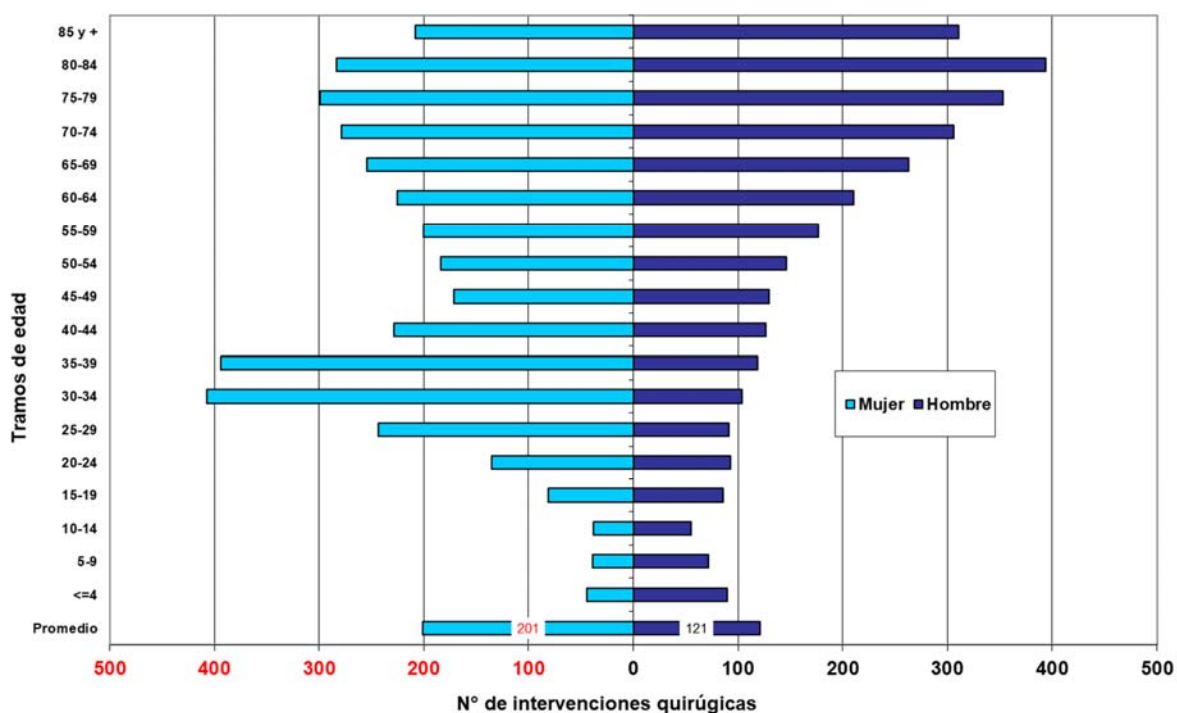
G17.-Exámenes de Imagenología por cada 100 Consultas Médicas según Sexo y Edad - Año 2019



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

En términos generales, del total de cirugías, las mujeres tuvieron un 38% más cirugías que los hombres (312.872 *versus* 225.936). 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 2019**



A partir de los 20 años de edad, las mujeres aumentan la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y hasta los 29 años presentan alrededor de 250 cirugías, pero a contar de los 30 años, tienen una tasa alrededor de las 400 cirugías por cada 1.000 beneficiarias, con una leve disminución entre los 40 y 49 años y un pick aproximado de 300 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.

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 300 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios hasta los 74 años de edad y llegar a casi 400 cirugías a los 80 años, para decrecer posteriormente un poco. Las causas de las cirugías pudieran estar vinculadas con afecciones traumatológicas (fracturas), patología vesicular (Colelitiasis) y cirugía cardiovascular (*bypass* 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 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 (5,3 *versus* 3,4), exámenes de laboratorio por cada 100 consultas médicas (208 *versus* 197), exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas (36 *versus* 30), e intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios (201 *versus* 121). 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 en 2019, un 63% son hombres y un 37% 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.

### 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 muestra 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 -19%, 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 7% y 5% (leve diferencia). Esta corresponde a la situación ideal, al observarse diferencias mínimas entre ambos porcentajes. Cabe hacer presente, que para que esta situación sea totalmente equitativa entre mujeres y hombres, es que a igual ingreso ambos sexos aporten lo mismo y usen el sistema según su riesgo (mayor riesgo, se traduce en mayor uso de prestaciones de salud). Lo que ocurre en la práctica es que el aporte de las mujeres no es igual al de los hombres a igual ingreso, contratando planes con menores coberturas y, por lo tanto, con mayores copagos y mayores montos facturados.

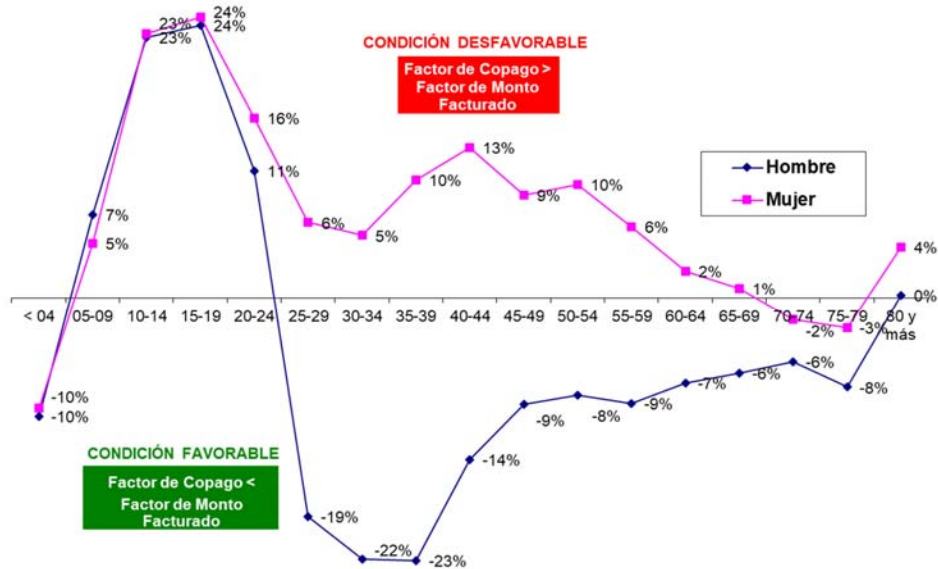
Por el contrario, las mayores diferencias porcentuales se observan en los grupos de edad 6 y 7, correspondientes a los tramos de edad (25-29) y (30-34), respectivamente. Aquí las diferencias son de 25 y 27 puntos porcentuales (-19% y +6%) y (-22% y +5%), en estos tramos de edad. En este caso, la condición 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 2019**

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

En el gráfico G19 se muestran las diferencias porcentuales entre la Tabla de Factores del Monto Facturado versus la Tabla de Factores del Copago para 2019, 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 2019**



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 (-10% y -10%). A su vez, en el tramo de edad 05-09 años, tanto el hombre como la mujer presentan una condición desfavorable (7% y 5%). 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 65-69, 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 beneficiarios 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 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 y/o cambios normativos por la vía administrativa que permitan generar solidaridad entre hombres y mujeres. 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.

Cambios estructurales al Seguro Privado a través de una nueva Reforma de Salud, que considere Primas Comunitarias y Modelos de Ajuste de Riesgos u otras formas de regulación que permitan una contribución financiera igual para hombres y mujeres, sin diferencias por sexo y edad, podrían contribuir a disminuir las brechas de inequidad entre hombres y mujeres, también en términos de copagos (gasto de bolsillo), especialmente en la edad productiva de las personas beneficiarias.