



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

DOCUMENTO DE TRABAJO

PERFIL DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS

EN EL SISTEMA ISAPRE AÑO 2003

Departamento de Estudios

Agosto 2004

Este estudio descriptivo del perfil de las prestaciones médicas en el Sistema Isapre del año 2003, muestra la frecuencia de uso y el gasto asociado a las prestaciones, distribuidas por sexo y tramos de edad, de acuerdo a las distintas modalidades de atención y el tipo de prestador que las otorga, sea este público o privado. En este documento se agrega un listado de prestaciones vinculado con los primeros 25 problemas de las Garantías Explícitas en Salud (GES), según frecuencias de uso y montos facturados y bonificados.

1. Introducción

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

En términos generales, las prestaciones médicas constituyen, por una parte, los procedimientos diagnósticos y las acciones sanitarias, esencialmente curativas, demandadas por la población usuaria o beneficiaria para el diagnóstico oportuno de la enfermedad y la recuperación de la salud y, por otra parte, representan en función de los ingresos operacionales los principales costos operacionales de las isapres, 67,6% y, con relación a la estructura de los costos, un 81,2% de los mismos.

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

2. Evaluación global de las prestaciones médicas (agrupadas)

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

La cantidad de beneficiarios promedio de 2003 alcanzó a 2.775.576 personas, correspondiendo un 51% a hombres y un 49% a mujeres. De acuerdo al total de beneficiarios y el monto total bonificado el año 2003, el gasto *per cápita* por prestaciones médicas asciende a la suma de \$176.566, lo que equivale, aproximadamente, a US\$ 294, representando un 68% del monto total facturado *per cápita* que fue \$261.828, equivalente, aproximadamente, a US\$ 434².

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

² Para estos efectos se utilizó un tipo de cambio de \$602,90 por dólar = valor a diciembre de 2003.

C1.- GASTO PERCÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS, AÑOS 2002-2003

	Isapres año 2002	Isapres año 2003
Beneficiarios promedio	2.884.668	2.775.576
Monto bonificado (\$ mill)	\$ 484.907*	\$ 490.071*
Gasto per cápita (\$)	\$168.205*	\$176.566*

* Valores expresados en moneda a diciembre de 2003

Al comparar el gasto en prestaciones entre los años 2002-2003, podemos observar incrementos en el monto bonificado total de un 1,06% y en el gasto *per cápita* de un 4,97% durante el año 2003 respecto del año 2002.

2) Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2003, (incluidos los medicamentos e insumos), que totalizan 40.978.821, en primer lugar se encuentran los exámenes diagnósticos que representan un 37%, seguido de las atenciones médicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico, con un 27% y 18%, respectivamente. Las intervenciones quirúrgicas representan sólo un 1% del total de las prestaciones. Lo anteriormente expuesto se muestra en el cuadro siguiente.

C2.- NÚMERO DE PRESTACIONES MÉDICAS, MONTOS FACTURADOS Y PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN OTORGADOS A LOS BENEFICIARIOS EN EL AÑO 2003

Prestaciones	Nº	%	Mill\$	%	% Bonificación Año 2003	% Bonificación Año 2002
Atenciones médicas	11.089.233	27%	175.093	24%	66%	67%
Exámenes de diagnóstico	15.362.941	37%	106.976	15%	72%	73%
Procedimientos de apoyo clínico/terapéutico	7.547.713	18%	82.346	11%	57%	58%
Intervenciones quirúrgicas	312.704	1%	112.228	15%	71%	71%
Otras prestaciones	2.362.014	6%	130.477	18%	72%	71%
Sin clasificar	1.583.491	5%	57.437	8%	58%	64%
SUBTOTAL	38.258.096		664.556		67%	68%
Medicamentos e insumos	2.720.725	7%	62.168	9%	76%	76,4%
TOTAL GENERAL	40.978.821	100%	726.724	100%	68%	69%

Las atenciones médicas representan un 24% del monto total facturado. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. En segundo lugar, se encuentran conjuntamente los exámenes diagnósticos y las intervenciones quirúrgicas con un 15%, respectivamente y, finalmente, los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico constituyen un 11%.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones, éste fluctúa entre un 57% y 72%, correspondiendo a los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico el porcentaje más bajo y a los exámenes diagnósticos el porcentaje más alto, no existiendo diferencias significativas con respecto a lo observado el año 2002.

El promedio de bonificación fue de un 67% del monto total facturado, es decir, dos tercios del monto total facturado es bonificado por la Isapre y el tercio restante es de cargo del beneficiario, lo que corresponde al co-pago.

El monto de las intervenciones quirúrgicas sólo destaca en términos de importancia relativa, tal como se observa en el cuadro N°3, por cuanto, siendo aún 20 veces mayor que el valor promedio de todas las prestaciones (\$17.734), alcanza un segundo lugar en los montos totales facturados, después de las atenciones médicas, tal como se expuso anteriormente.

**C3.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PROMEDIOS
POR PRESTACIONES MÉDICAS
AÑOS 2002-2003**

PRESTACIONES	Monto Facturado *		Monto Bonificado *		Co-pago *	
	(\$) Años		(\$) Años		(\$) Años	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Atenciones médicas	15.193	15.728	10.112	10.300	5.081	5.428
Exámenes diagnósticos	6.706	6.936	4.870	4.957	1.837	1.979
Procedimientos de apoyo	10.385	10.868	6.062	6.187	4.323	4.681
Cirugías	323.089	357.515	229.206	253.234	93.882	104.281
Otras prestaciones	54.530	55.028	38.756	39.605	15.774	15.423

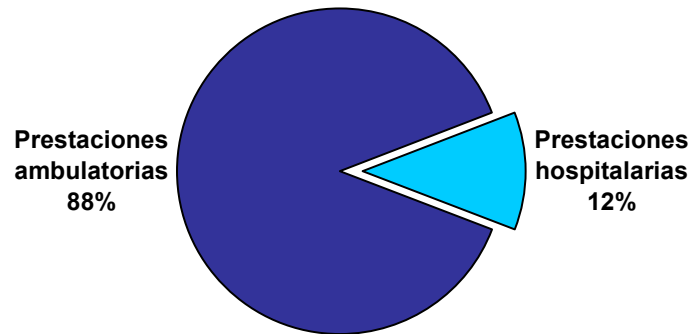
* Valores expresados en moneda a diciembre de 2003

Como puede observarse en el cuadro N° 3, en los montos facturados, bonificados y co-pagos no se aprecian variaciones significativas entre los años 2002 y 2003.

Prestaciones médicas y modalidades de atención

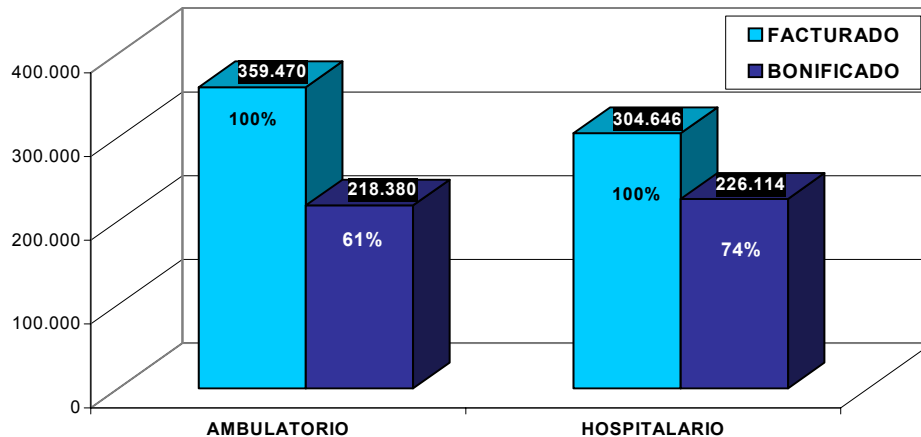
Las prestaciones médicas totalizan 38.258.096 (excluidos los medicamentos e insumos), de las cuales 33.787.219 se otorgan ambulatoriamente y 4.443.288 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 88% y 12%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico N°1, siendo muy similar a lo observado durante el año 2002 que fue de un 89% y 11%, respectivamente.

G1.- MODALIDADES DE ATENCIÓN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS - 2003



El monto total facturado ascendió a la suma de \$664.116 millones el año 2003, correspondiendo \$359.470 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$304.646 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 54% y un 46%, respectivamente. A su vez, las bonificaciones correspondientes, alcanzan a \$218.380 y \$226.114 millones, representando un 61% y 74%, respectivamente, lo que se representa en el gráfico siguiente.

G2.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS (mill \$) SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN AÑO 2003

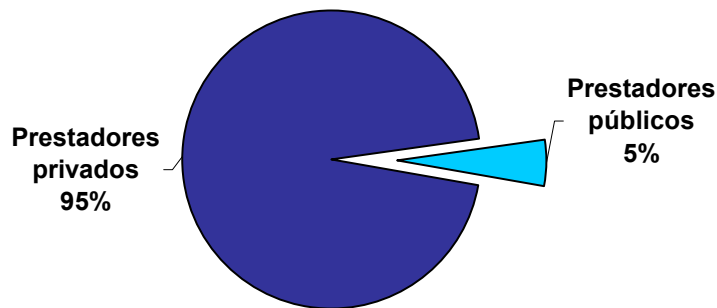


Cabe destacar el hecho que, aún cuando las atenciones de tipo hospitalario sólo representan el 12% del total de las prestaciones médicas otorgadas, éstas corresponden a un 46% del total de los montos facturados.

4) Prestaciones médicas y prestadores

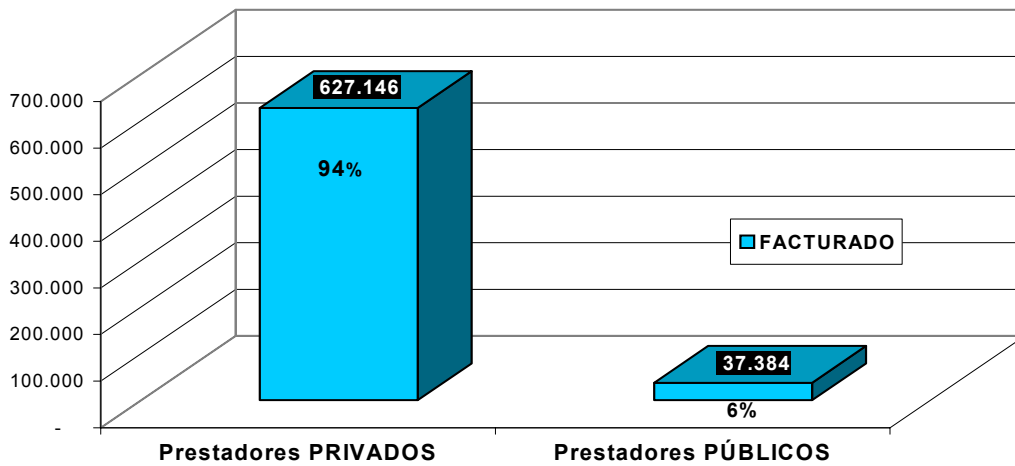
Del total de prestaciones médicas, que alcanzan a 38.258.096, un 95% fueron otorgadas por prestadores privados y, el 5% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el siguiente gráfico. Esta distribución porcentual fue igual a la observada durante el año 2002.

G3.- PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2003



Del total de montos facturados por concepto de prestaciones médicas durante el año 2003 \$627.146 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$37.384 millones por prestadores públicos, correspondientes a un 94% y 6%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

G4.- MONTOS FACTURADOS (mill \$)

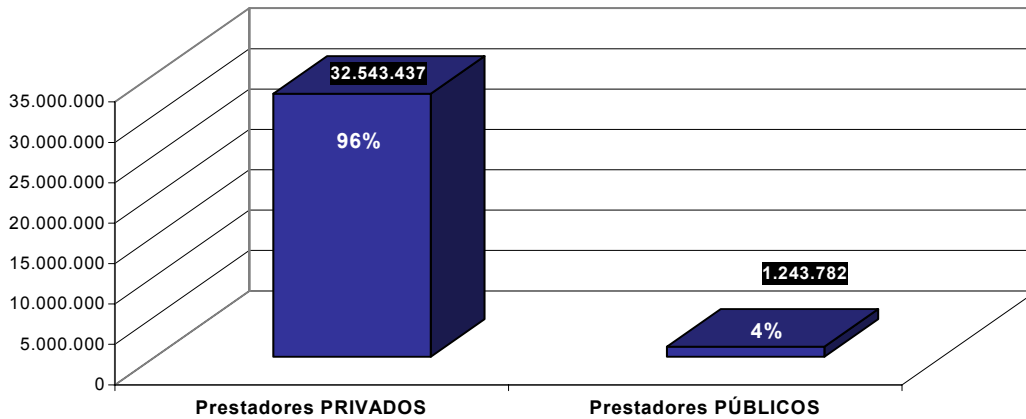


SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2003

Al comparar estas cifras con las observadas durante el año 2002, con valores expresados en moneda a diciembre del año 2003, el incremento en los montos facturados en los prestadores privados es de sólo un 0,9% a diferencia de lo que ocurrió en los prestadores públicos que alcanzó un 7,8% (34.559 millones del año 2002 *versus* 37.240 millones del año 2003), lo que puede explicarse por un mayor uso de la infraestructura hospitalaria pública por parte de los beneficiarios de las Isapres, como se expondrá más adelante.

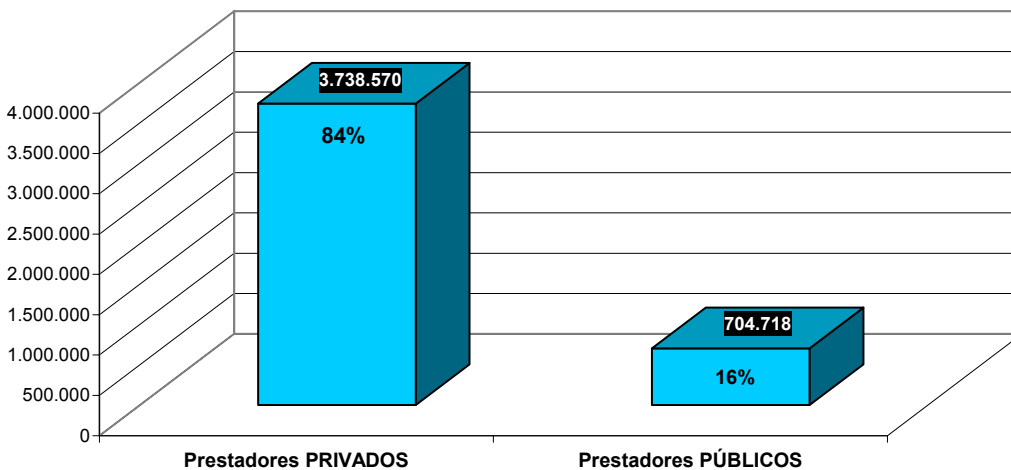
Por otra parte, de un total de 33.787.219 de atenciones ambulatorias 32.543.437 fueron otorgadas por prestadores privados y 1.243.782 se realizaron con prestadores públicos, representando un 96% y 4%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente. Estas cifras y distribuciones porcentuales son similares a las observadas durante el año 2002.

G5.- ATENCIONES AMBULATORIAS SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2003



A su vez, de un total de 4.443.288 de atenciones hospitalarias, 3.738.570 fueron otorgadas por prestadores privados y 704.718 se realizaron con prestadores públicos, representando un 84% y un 16%, respectivamente, tal como se aprecia en gráfico siguiente.

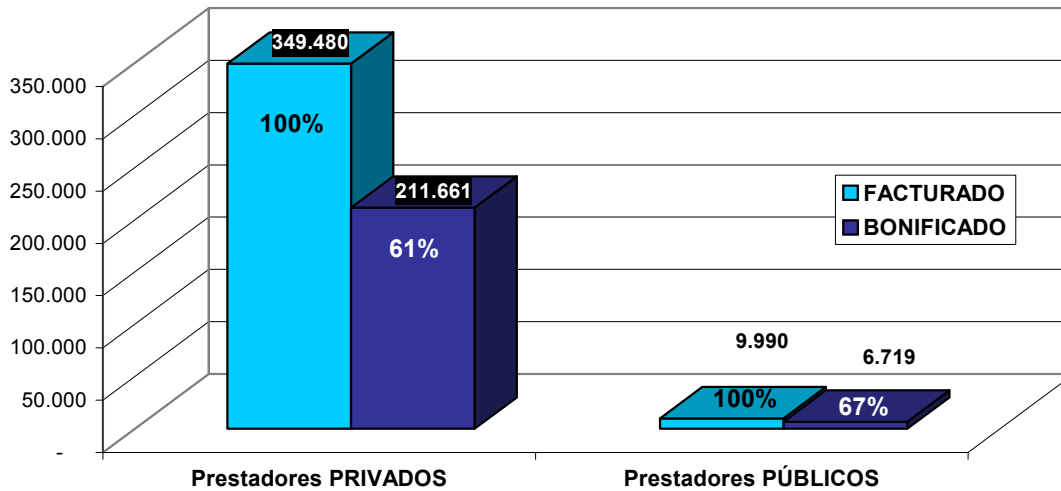
G6.- ATENCIONES HOSPITALARIAS SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2003



Al comparar estos datos con los observados durante el año 2002, podemos señalar que hubo una disminución de un 3% de las atenciones hospitalarias en prestadores privados y un incremento de un 7% de hospitalizaciones en prestadores públicos (660.651 *versus* 704.718).

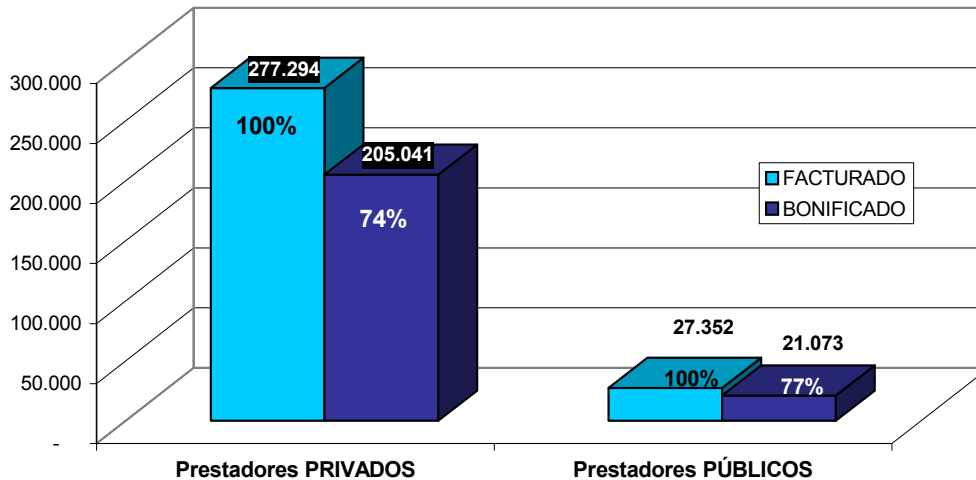
Por otra parte, de un total de \$349.480 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$211.661 millones, representando un 61%. A su vez, en los prestadores públicos fueron bonificados \$6.719 millones de un monto total facturado de \$ 9.990 millones, equivalente a un 67%, esto es levemente superior con relación a lo observado en los prestadores privados, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

G7.- ATENCIONES AMBULATORIAS FACTURADAS Y BONIFICADAS (mill \$) SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2003



Asimismo, de un total de \$277.294 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$205.041 millones, correspondiente a un 74%. A su vez, en los prestadores públicos fueron bonificados \$21.073 millones de un monto total facturado de \$27.352 millones, equivalente a un 77%, siendo la bonificación un 3% superior con relación a lo observado en los prestadores privados, lo que se representa en el gráfico siguiente.

**G8.- ATENCIONES HOSPITALARIAS FACTURADAS Y BONIFICADAS (mill \$)
SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2003**



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

3. Evaluación específica de las prestaciones médicas

1.a) Prestaciones médicas por sexo

El promedio de consultas médicas anuales por beneficiario fue de 3,8 y las mujeres tienen una frecuencia de consultas médicas 1,6 veces más que los hombres, por cuanto acuden más fácilmente a los servicios médicos y presentan una serie de afecciones y condiciones de salud distintas a los hombres, que se expondrán más adelante.

Con respecto a la cantidad de exámenes de laboratorio realizados, destaca el hecho que, tanto al hombre como a la mujer se les solicita, por lo menos, un examen de laboratorio por consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 17%. A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a un 25% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 23%, hechos que pueden estar relacionados con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y ginecológicos (tumores benignos y malignos).

Asimismo, las mujeres tienen 39% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil y ginecológicos (patología tumoral) y la elevada incidencia de patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas que presentan.

Por otra parte, la comparación de los indicadores de uso de las prestaciones por sexo y total entre los años 2002-2003, no permite evidenciar diferencias significativas.

Lo anteriormente expuesto se representa en el cuadro siguiente.

C4.- FRECUENCIA DE CONSULTAS MÉDICAS, EXÁMENES DE LABORATORIO, IMAGENOLOGÍA E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR BENEFICIARIO Y SEXO AÑOS 2002-2003

	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
N° de consultas médicas anual por beneficiario	4.8	4.6	3.2	3.0	4.0	3.8
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	121	123	105	105	114	116
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	26	27	22	22	24	25
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	122	132	91	95	108	113

Por otra parte, al comparar diversos indicadores de uso de prestaciones, tales como el número de consultas por beneficiario, exámenes de laboratorio por 100 consultas, exámenes de imagenología por 100 consultas e intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios, entre el sistema privado y público de salud³, podemos observar valores menores en todos los indicadores, con excepción de la razón de exámenes de laboratorio por 100 consultas, que es un 47% mayor en el sistema público (116 *versus* 170), tal como se muestra en el cuadro siguiente.

C5.-FRECUENCIA DE CONSULTAS MÉDICAS, EXÁMENES DE LABORATORIO, IMAGENOLOGÍA E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR BENEFICIARIO EN ISAPRES (Año 2003) y FONASA* (Año 2002)

	ISAPRE	FONASA*	Variación
			%
N° de consultas médicas anual por beneficiario	3.8	2.7	-29%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	116	170	+47%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	25	21	-16%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	113	85	-25%

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

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

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

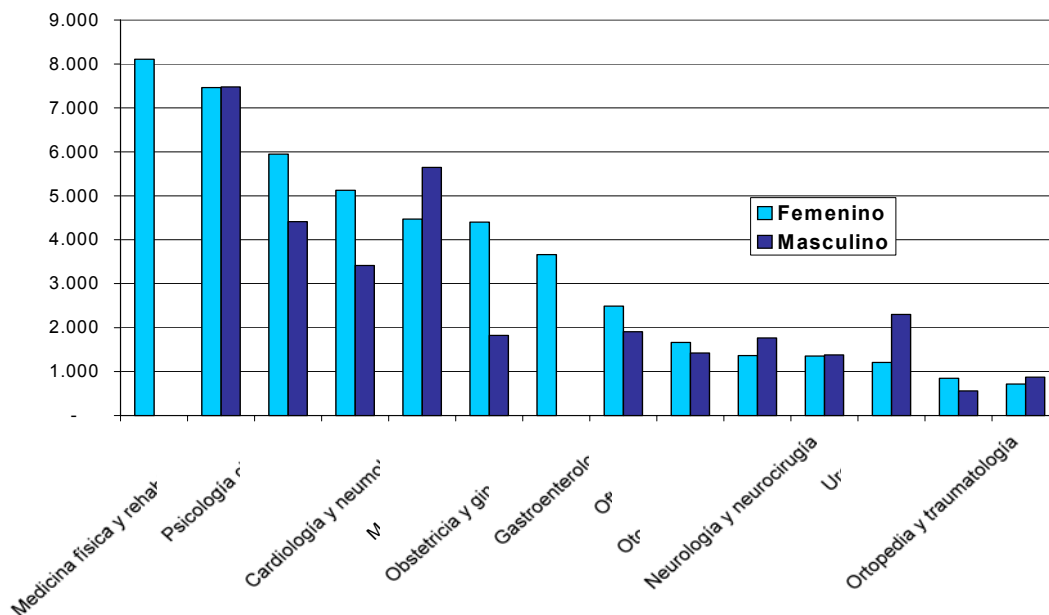
Por otra parte, en el Fonasa, la mayor cantidad de exámenes de laboratorio podría explicarse por una mayor oferta o disponibilidad de exámenes en los niveles de atención primarios (Consultorios) y secundarios (Centros de Referencia de Salud y Centros Diagnóstico-Terapéuticos). Asimismo, la inexistencia de protocolos de atención en los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario), determinaría una mayor solicitud de exámenes prescindibles, como también la práctica médica habitual de solicitar la repetición de los exámenes si el paciente fue atendido previamente, para estudio o control de alguna patología, en otro nivel de atención.

A su vez, las diferencias existentes entre el Sistema Isapre y el Fonasa, en cuanto al número de consultas médicas anuales por beneficiario, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, alrededor de un 24% menos en el Fonasa, podrían explicarse, entre otras variables, por una oferta insuficiente de recursos -en grados variables- en infraestructura, equipamiento y determinados grupos de profesionales médicos especialistas, en los distintos niveles de atención. A esto podría agregarse la existencia de capacidad hospitalaria ociosa y la falta de disponibilidad horaria permanente, problemas de accesibilidad y limitaciones financieras de los beneficiarios para el co-pago de las prestaciones, ya que el Fonasa tiene los beneficiarios con la menor capacidad financiera.

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

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

G9.-MONTOS FACTURADOS POR PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLÍNICO Y/O TERAPÉUTICO POR SEXO - AÑO 2003 (mill \$)



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

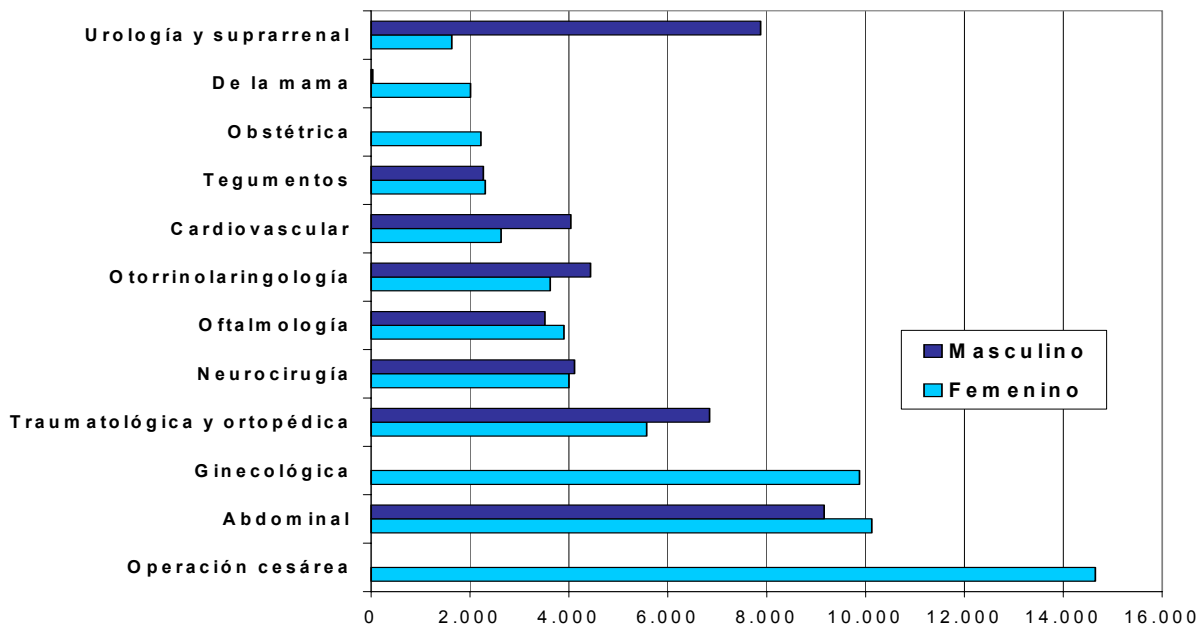
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a atenciones de medicina física y rehabilitación, cardiología y neumología, urología, otorrinolaringología y, finalmente, ortopedia y traumatología.

Cabe precisar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente son los siguientes: parto (76%), medicina física y rehabilitación (56%), atenciones psiquiátricas (31%) y de psicología clínica (35%), cardiología y neumología (68%), medicina nuclear (62%) y urológicas (74%).

1.c) Intervenciones quirúrgicas

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

G10.-MONTOS FACTURADOS POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN SEXO, AÑO 2003 (mill \$)



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

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

A su vez, cabe destacar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente son los siguientes: operación cesárea (75%), cirugía ginecológica (74%), abdominal (75%), traumatológica y ortopédica (66%), neuroquirúrgica (62%), oftalmológica (74%), urológica y suprarrenal (76%), otorrinolaringológica (67%) y, finalmente, las operaciones cardiovasculares (74%).

Por otra parte, entre los mayores montos facturados, tanto por concepto de prestaciones de procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico como de intervenciones quirúrgicas, en primer lugar, se ubican el parto vaginal y la operación cesárea, respectivamente. Por este motivo, a continuación, se detallan estas prestaciones y se compara con lo observado en el Fonasa el año 2002.

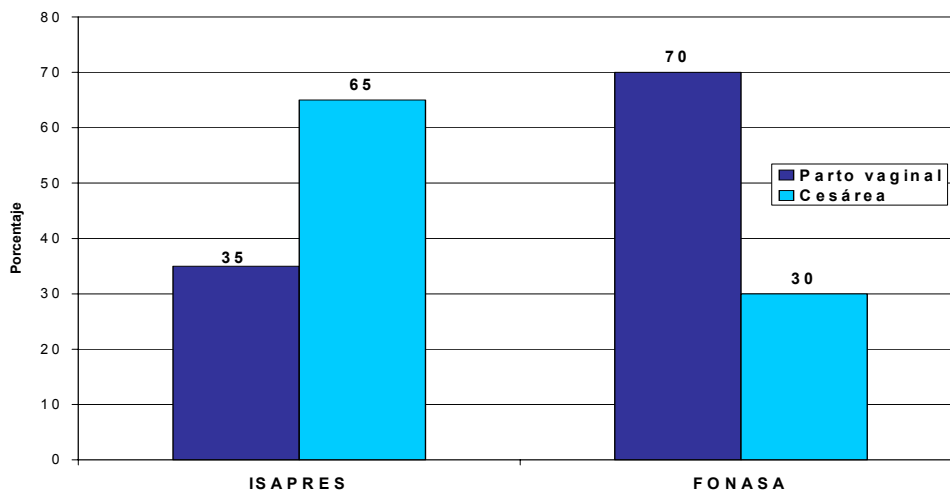
C6.- PARTOS VAGINALES Y OPERACIONES CESÁREAS EN EL SISTEMA ISAPRE (Año 2003) y FONASA (Año 2002)

	ISAPRE	FONASA
Parto vaginal	15.221	117.673
Cesárea	27.947	51.477
Beneficiarios	2.775.576	10.327.218**
Tasa de natalidad *	15.5	16.4
Razón parto/cesárea	0.5	2.3

*N° de nacidos vivos x 1.000 de población beneficiaria. Para su cálculo se usó una tasa estimada en función del número de partos vaginales y cesáreas. **Población Beneficiaria del FONASA a diciembre 2002.

Destaca el hecho que, en el sistema privado, las operaciones cesáreas representan el 65% del total de los partos en comparación al porcentaje observado en el Fonasa de un 30%. Además, según lo muestra el gráfico N° 11, llama la atención que la proporción de partos vaginales *versus* las operaciones cesáreas en el sistema privado de salud sea inversa a la observada en el sistema público, lo que gráficamente se traduce en una imagen en espejo.

G11.-PORCENTAJE DE PARTOS VAGINALES VERSUS CESÁREAS EN ISAPRES (año 2003) y FONASA (Año 2002)



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

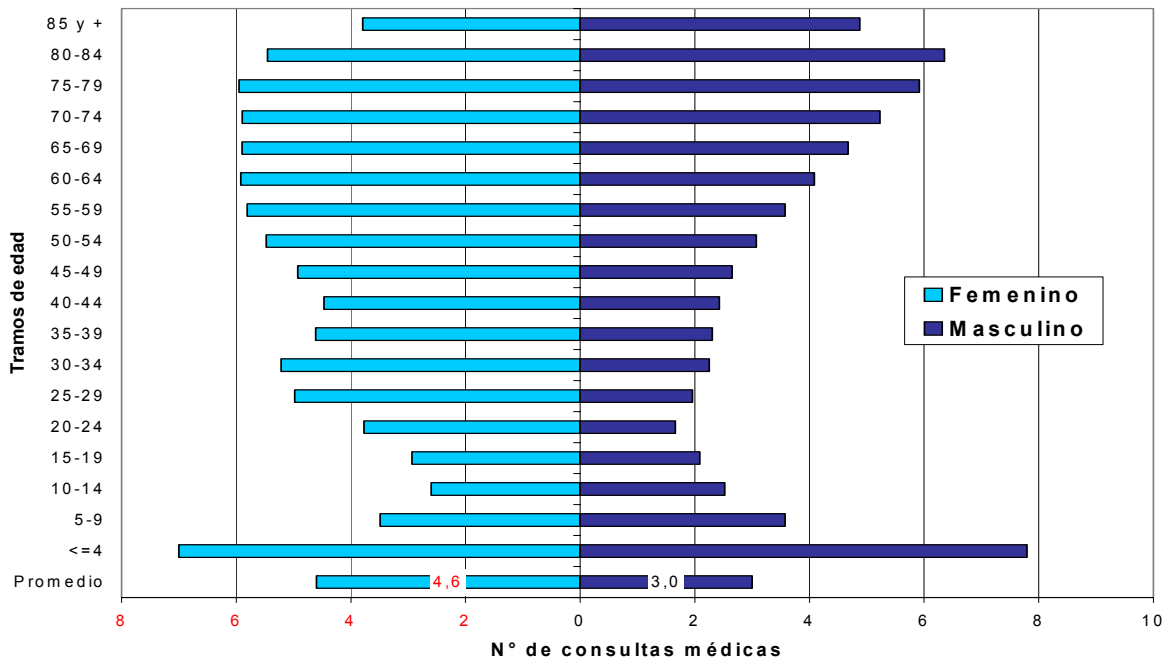
Finalmente, cabe precisar, que las tasas de natalidad (“R.N. estimados” x 1.000 beneficiarios) en el Sistema Isapre son levemente inferiores a las del Fonasa (15.5 *versus* 16.4).

2) Prestaciones médicas por sexo y edad

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

En términos generales, la mujer consulta 1,5 veces más que el hombre, lo que equivale a 1,6 consultas médicas anuales más (4.6 *versus* 3.0).

**G12.-N° DE CONSULTAS MÉDICAS POR BENEFICIARIO
SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2003**



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

Entre los 5 y 14 años no se observan diferencias entre hombres y mujeres en las consultas médicas. A partir de los 15 años hasta los 74 años, existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 3 y 6 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos

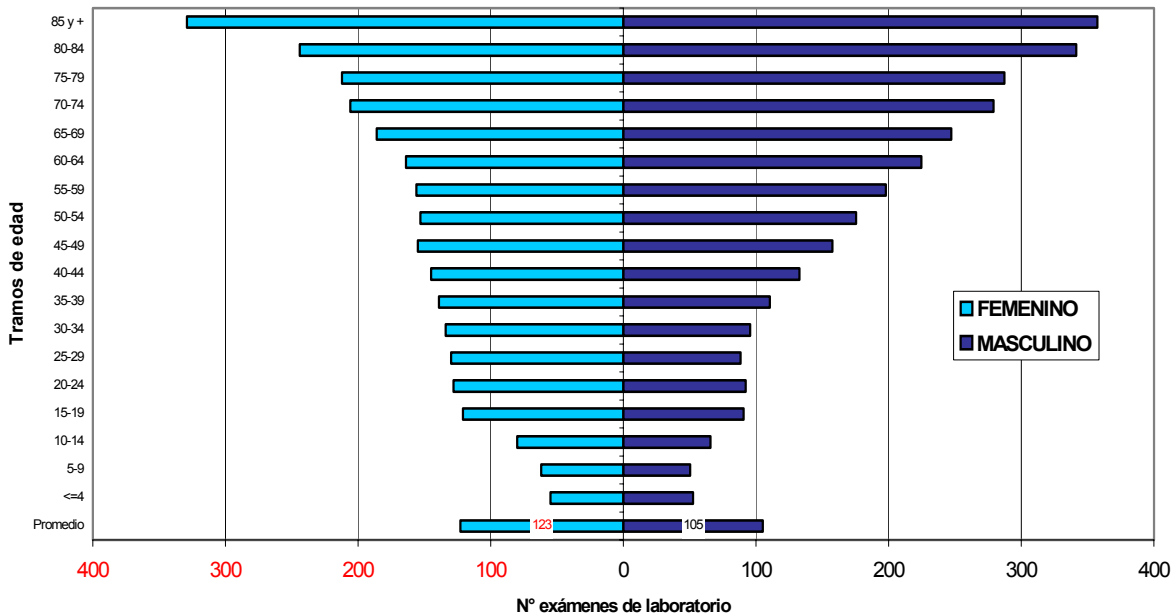
(embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y, porque, además, las mujeres acuden más fácilmente a los servicios médicos que los hombres.

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

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

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

**G13.-EXÁMENES DE LABORATORIO X 100 CONSULTAS MÉDICAS
POR SEXO Y EDAD - AÑO 2003**

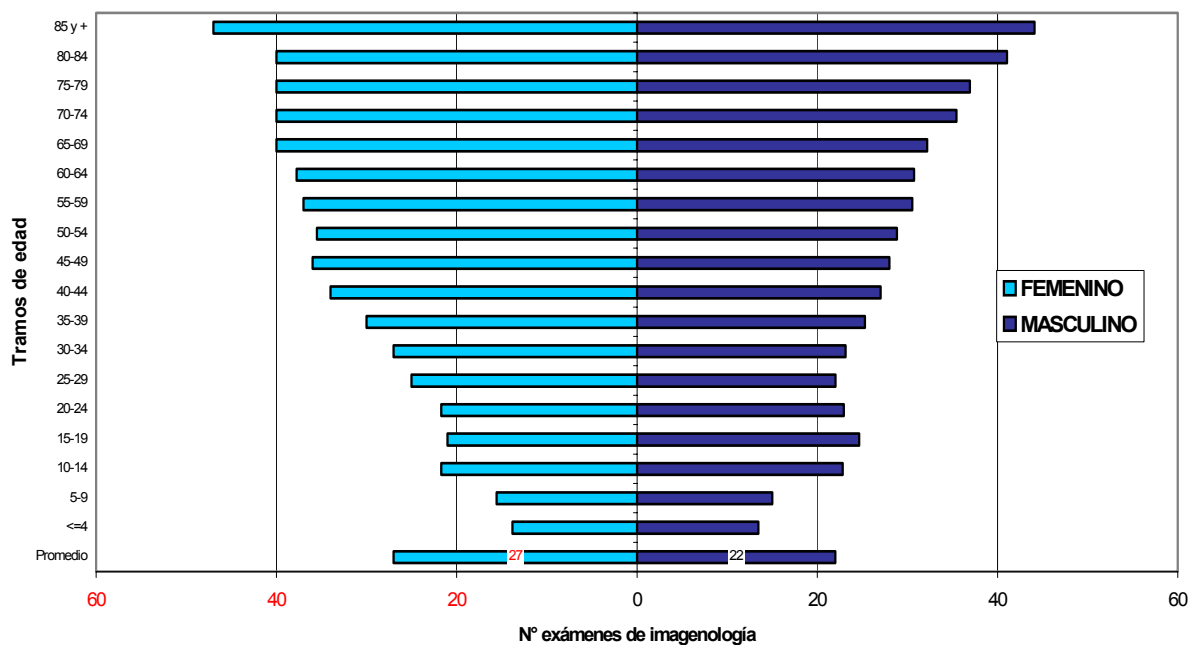


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similares. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes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

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

Con respecto a la frecuencia de exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas, es posible señalar que éstos son superiores en las mujeres en un 23% (27 versus 22), 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).

G14.-EXÁMENES DE IMAGENOLÓGÍA X 100 CONSULTAS MÉDICAS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2003

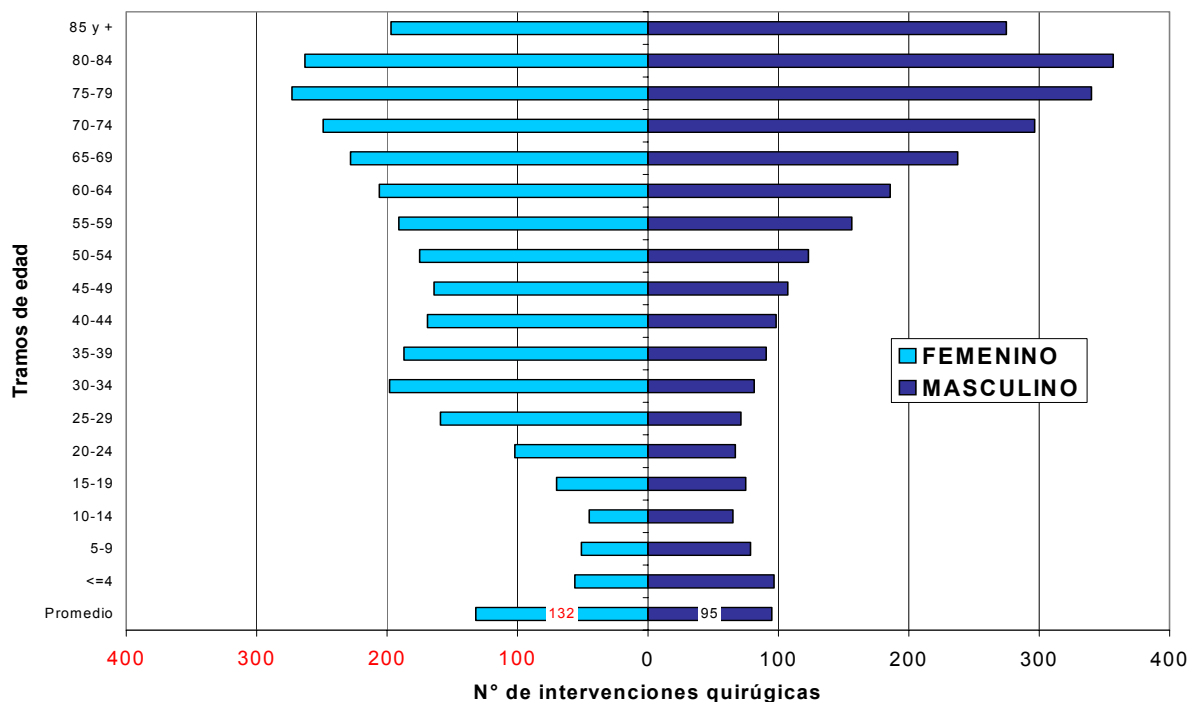


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción de los hombres entre los 10 y 24 años de edad, los que pudieran estar asociados a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos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

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

En términos generales, las mujeres tienen 1,39 veces más intervenciones quirúrgicas que los hombres. Hasta los 19 años existe un predominio de las cirugías de los hombres por sobre las mujeres, las que pudieran vincularse con patología apendicular (Apendicitis Aguda), enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides, Fimosis y afecciones traumatológicas (fracturas).

G15.-INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS X 1.000 BENEFICIARIOS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2003



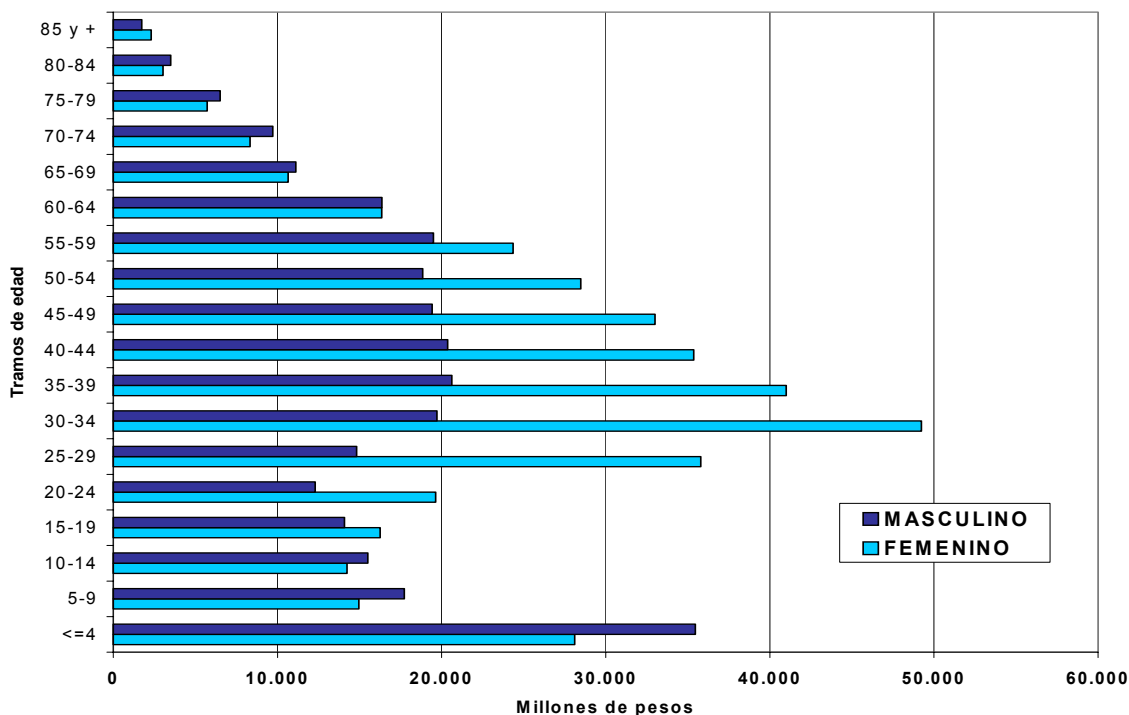
A partir de los 20 años de edad, las mujeres aumentan la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y, a contar de los 30 años, tienen una tasa relativamente estable, manteniéndose alrededor de las 200 cirugías por cada 1.000 beneficiarios, con una leve disminución entre los 45 y 49 años y un pick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

En el caso de los hombres, a partir de los 45 años de edad, comienzan a aumentar desde 100 hasta llegar a cerca de 400 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios hasta los 80 años de edad, para decrecer posteriormente. Las causas de las cirugías pudieran estar vinculadas con patología vesicular (Colelitiasis) y cirugía cardiovascular (by-pass coronarios) en mayores de 45 años, tumoral urológica (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), tumoral digestiva (tumor maligno de colon), cirugías por Cataratas, diferentes Hernias de la cavidad abdominal, especialmente en mayores de 65 años. Esta progresión de las patologías de resolución quirúrgica a partir de los 45 años permite explicar la curva observada en el gráfico N°15.

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

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

G16.- MONTOS FACTURADOS EN PRESTACIONES MÉDICAS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2003



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

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

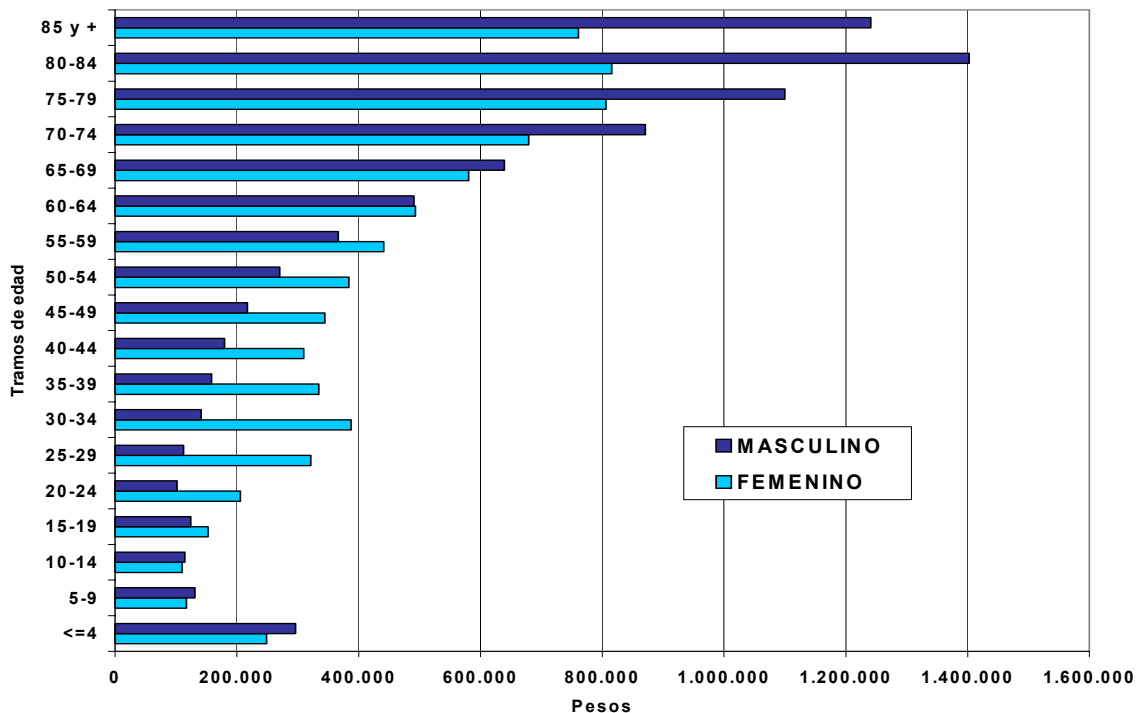
En los menores de 4 años de edad, que incluye tanto a hombres como a mujeres, el porcentaje de los montos facturados alcanza a un 10% del total, lo que pudiera estar vinculado con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas digestivas y de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonías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

Tal como se aprecia en el gráfico N°17, los montos facturados *per cápita* en las mujeres entre los 15 y 59 años, predominan por sobre los de los hombres, debido a los mayores gastos derivados de prestaciones obstétricas (embarazo, aborto, parto y puerperio hasta los 50 años), tumores ginecológicos (mama, útero y ovario), patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas.

A partir de los 65 años, los hombres presentan un gasto *per cápita* mayor que las mujeres, posiblemente atribuido a una mayor incidencia de patología tumoral digestiva (tumor maligno de

colon), urológica (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), enfermedades cardiovasculares (patología coronaria y Accidentes Vasculares Encefálicos) y Cataratas.

G17.- MONTOS FACTURADOS PER CÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2003



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 \$387.692, el que se duplica en el tramo de edad 75-79 años, con un monto facturado promedio de \$805.990.

En el caso del hombre, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$141.381, equivalente a un tercio del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 75-79 años, es 8 veces mayor, con un monto de \$1.099.708, siendo superior en \$293.717, con respecto a la mujer, representando un 36% de mayor gasto en el hombre.

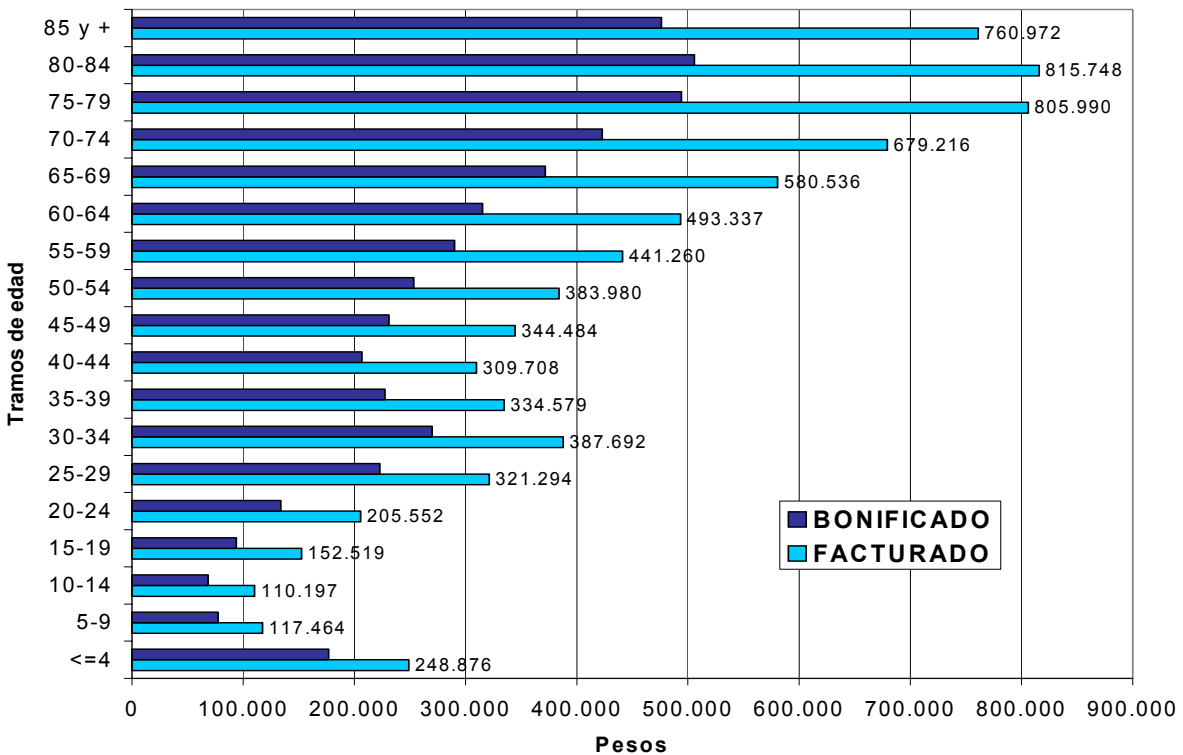
2.f) Montos bonificados por sexo y tramos de edad

Con respecto al porcentaje general de bonificación en las mujeres, éste alcanza a un promedio de 66,8%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sólo a partir de los 60 años se produce una disminución gradual de la bonificación a un 64% y que, a los 75 años, llega a un 61% para subir nuevamente a un 63%. a los 85 años de edad.

No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades son menores, en términos de co-pagos promedios las diferencias son importantes. Si a los 30 años de edad el co-pago promedio de las prestaciones asciende a \$117.824, a los 60 años de edad alcanza a \$177.955 y a los 80 años a \$309.989, es decir, el co-pago promedio

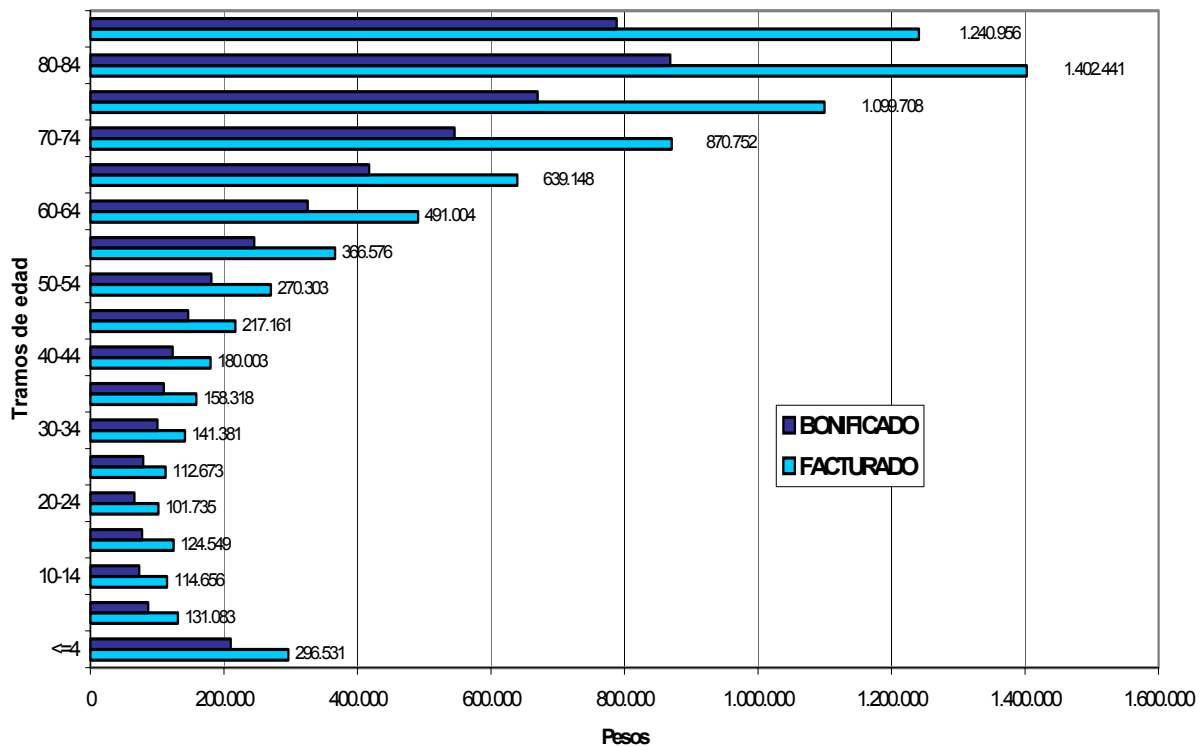
casi se triplica entre los 30 y 80 años de edad. Esto obedece a que los montos facturados, a partir de los 60 años, son mayores, debido, por una parte, al aumento de la frecuencia de uso de las prestaciones, referidas a consultas médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna (esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia coronaria y enfermedades cerebrovasculares), patología respiratoria (Influenza y Neumonía), Cataratas y, a una mayor frecuencia de traumatismos y afecciones traumatológicas. Por otra parte, se explicaría por el mayor costo que implican los tratamientos médico-quirúrgicos de alta complejidad y por la mayor permanencia hospitalaria de los pacientes de la tercera edad, debido a una recuperación más lenta y al manejo de patologías crónicas comúnmente asociadas, tales como la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA).

G17A.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PER CÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS A MUJERES POR EDAD - AÑO 2003 (\$)



El porcentaje general de bonificación en los hombres alcanza a un promedio de 67,1%, similar al de las mujeres, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sin embargo, es posible observar una disminución gradual de la bonificación a un 65%, a partir de los 65 años y que, a los 80 años, llega a un 62% para aumentar nuevamente a un 64% en los mayores de 85 años.

G17B.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PER CÁPITA EN PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS A HOMBRES POR EDAD - AÑO 2003 (\$)



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

No obstante lo anterior y, en forma similar a lo observado en el caso de la mujer, las diferencias por concepto de co-pagos son importantes, por cuanto si a los 30 años de edad el co-pago de las prestaciones por parte del beneficiario asciende a \$41.103, a los 65 años de edad alcanza a \$221.803 y a los 80 años es de \$533.881, es decir, el co-pago es 13 veces mayor a los 80 años de edad. A su vez, a los 80 años de edad, el co-pago del hombre es \$223.893 superior al de la mujer, lo que representa un 72% más de gasto para el beneficiario.

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

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

G18.- PRESTACIONES VINCULADAS CON LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, SEGÚN FRECUENCIA, MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS. AÑO 2003

Códigos FONASA	PRESTACIONES VINCULADAS CON LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	Frecuencia	Valor Facturado (\$)	Valor Facturado promedio (\$)	Valor Bonificado (\$)	Valor Bonificado promedio (\$)	Porcentaje de Bonificación
301041	Hemoglobina glicosilada	67.392	268.751.685	3.988	201.502.100	2.990	75%
301045	Hemograma y VHS	978.980	2.998.709.007	3.063	2.171.998.406	2.219	72%
302023	Creatinina en sangre	294.674	420.511.980	1.427	293.528.948	996	70%
302025	Creatinquinasa CK - MB miocárdica	19.115	142.922.714	7.477	102.793.550	5.378	72%
302030	Deshidrogenasa láctica total (LDH)	16.717	44.605.149	2.668	32.706.213	1.956	73%
302032	Electrolitos plasmáticos c/u	367.778	923.772.808	2.512	622.208.363	1.692	67%
302034	Perfil lipídico	538.135	2.853.468.450	5.303	2.192.828.467	4.075	77%
302047	Glucosa en sangre (glicemia)	581.623	668.005.469	1.149	445.581.571	766	67%
302048	Prueba de tolerancia a la glucosa	42.546	210.210.472	4.941	149.626.390	3.517	71%
302057	Nitrógeno ureico y/o urea en sangre	234.893	269.370.454	1.147	181.696.877	774	67%
302063	Transaminasas oxaloacética, pirúvica, c/u	188.011	352.209.433	1.873	262.601.206	1.397	75%
302075	Perfil bioquímico (12 parámetros)	421.718	3.119.153.345	7.396	2.391.885.908	5.672	77%
303024	Hormona tiroestimulante (TSH)	430.588	1.816.737.183	4.219	1.384.867.031	3.216	76%
303027	Hormona tiroxina (T4)	237.995	919.768.557	3.865	714.534.918	3.002	78%
305010	Beta-2-microglobulina	1.303	11.679.012	8.963	7.783.773	5.974	67%
305070	Antígeno prostático específico c/u	148.768	1.257.604.228	8.453	958.714.702	6.444	76%
306011	Urocultivo y antibiograma	400.814	1.422.229.737	3.548	995.631.888	2.484	70%
306077	Virus hepatitis B, antígeno de superficie o australiano	13.966	79.282.494	5.677	60.426.065	4.327	76%
306081	Virus hepatitis C, anticuerpos de (Anti HCV)	14.461	150.628.267	10.416	115.012.810	7.953	76%
306169	Anticuerpos virales, determinación de VIH	10.736	51.918.939	4.836	38.910.312	3.624	75%
309022	Orina completa	690.075	1.151.968.580	1.669	863.057.380	1.251	75%
401049	Radiografía de columna total o dorsolumbar	61.685	836.225.199	13.556	617.522.807	10.011	74%
401009	Radiografía tórax (Frontal y Lateral)	232.961	4.295.325.412	18.438	3.169.156.312	13.604	74%
403009	TAC columna dorsal o lumbar (30 cortes 2-4 mm.)	12.143	880.008.626	72.470	633.682.557	52.185	72%
403013	TAC tórax total (30 cortes 8-10 mm.)	15.030	1.634.659.127	108.760	1.206.759.050	80.290	74%
403014	TAC abdomen (40 cortes 8-10 mm.)	27.683	2.708.929.325	97.855	2.008.715.311	72.561	74%
403016	TAC pelvis (28 cortes, 8-10 mm.)	14.237	952.663.381	66.915	693.122.453	48.685	73%
404002	Ecografía obstétrica	4.971	91.033.862	18.313	39.454.809	7.937	43%
404012	Ecotomografía mamaria bilateral	95.952	1.792.736.493	18.684	1.222.104.472	12.737	68%
404013	Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos	2.820	71.787.789	25.457	42.027.313	14.903	59%
404014	Ecotomografía testicular (uno o ambos)	15.172	268.239.369	17.680	188.980.598	12.456	70%
501027	Cintigrafía con GA 67 (no incluye radioisótopo)	219	32.822.281	149.873	13.590.863	62.059	41%
504004	Radioterapia, cáncer de mama, tratamiento postoperatorio	506	484.173.343	956.864	213.019.554	420.987	44%
504009	Radioterapia, cáncer de testículo	84	97.012.714	1.154.913	44.221.505	526.446	46%
504010	Radioterapia, cáncer uterino (cuello y/o endometrio)	51	56.535.426	1.108.538	15.191.674	297.876	27%
504011	Radioterapia, tratamiento de leucemia	24	25.398.323	1.058.263	10.639.862	443.328	42%
504012	Radioterapia, Linfoma Maligno, tratamiento total	37	44.495.619	1.202.584	24.831.868	671.132	56%
504013	Radioterapia, Linfoma Maligno, tratamiento parcial	83	77.989.202	939.629	30.020.869	361.697	38%
504014	Radioterapia paliativa en cáncer metastásico	323	171.115.644	529.770	66.106.069	204.663	39%
801001	Papanicolau (PAP)	252.131	1.638.899.021	6.500	1.092.688.252	4.334	67%
901005	Atención psiquiátrica ó psicoterapia (sesión 45 minutos)	182.424	5.330.860.894	29.222	1.471.082.809	8.064	28%
902002	Psicoterapia individual (sesión 45 minutos)	85.368	1.489.538.102	17.448	551.228.747	6.457	37%
1202056	Desprendimiento retinal, cirugía convencional	126	74.698.535	592.846	48.026.965	381.166	64%
1202057	Retinopatía proliferativa, panfotocoagulación	676	195.050.368	288.536	129.733.537	191.914	67%
1202064	Facoerisis extracapsular con implante lente intraocular	4.521	2.735.778.792	605.127	2.100.697.640	464.653	77%
1502033	Cierre de paladar duro y/o comunicación oro-nasal	52	16.205.631	311.647	8.317.874	159.959	51%
1701001	Electrocardiograma de reposo	209.954	1.758.676.229	8.376	1.168.149.773	5.564	66%
1701031	Angioplastia intraluminal coronaria	815	391.819.387	480.760	233.440.751	286.430	60%
1703004	Fistula arteriovenosa derivación externa	35	17.590.575	502.588	12.465.277	356.151	71%
1703050	Coartación aórtica, tratamiento quirúrgico	15	20.284.083	1.352.272	15.409.451	1.027.297	76%
1703053	Implantación de marcapaso	562	469.835.493	836.006	255.407.284	454.461	54%
1703061	Cirugía cardíaca de complejidad mayor	967	2.299.760.527	2.378.243	1.785.377.789	1.846.306	78%
1901002	Cistoscopia con sondeo de uno o ambos uréteres	1.790	89.377.090	49.931	62.030.639	34.654	69%
1901029	Hemodiálisis con bicarbonato e insumos (mensual)	3.970	1.390.124.778	350.157	1.109.783.576	279.542	80%
1902055	Adenoma o cáncer prostático, resección endoscópica	1.132	702.242.720	620.356	484.564.290	428.060	69%
1902069	Orquidectomía por tumor testicular maligno	27	30.823.247	1.141.602	22.009.484	815.166	71%
2001002	Colposcopia	6.693	109.617.513	16.378	44.218.822	6.607	40%
2002002	Mastectomía parcial	1.853	928.045.719	500.834	628.148.244	338.990	68%
2002003	Mastectomía radical	824	717.287.188	870.494	482.007.676	584.961	67%
2003012	Conización y/o amputación del cuello uterino	1.033	299.855.021	290.276	213.936.564	207.102	71%
2003015	Histerectomía radical	170	191.883.195	1.128.725	129.625.007	762.500	68%
2104113	Escoliosis, tratamiento quirúrgico	90	293.173.636	3.257.485	154.537.879	1.717.088	53%
2104129	Endoprótesis total de cadera	682	1.182.229.123	1.733.474	628.575.490	921.665	53%