



ANÁLISIS DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS SISTEMA ISAPRE AÑO 2006

Junio de 2007

Este estudio analiza el perfil de las prestaciones médicas en el sistema Isapre del año 2006, 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 algunas prestaciones vinculadas con los problemas de salud 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 que alcanzan a un 65,8 % *versus* los 64,2% del año anterior y, con relación a la estructura de los costos, un 81,3% de los mismos, similar al año 2005, que fue de un 81,6%.

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 2006 alcanzó a 2.656.873 personas, correspondiendo un 52% a hombres y un 48% a mujeres. El año 2005, eran 2.673.409 beneficiarios, lo que

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.

representa una disminución de un 0,6%. De acuerdo al total de beneficiarios y el monto total bonificado el año 2006, el gasto *per cápita* por prestaciones médicas asciende a la suma de \$202.003, un 65,2% del monto total facturado *per cápita* que fue \$309.675.

C1.- Gasto *Percápita* en Prestaciones Médicas, Años 2005-2006

	Isapres año 2005	Isapres año 2006
Beneficiarios promedio	2.673.409	2.656.873
Monto bonificado (\$ mill)	\$436.409*	\$532.634*
Gasto <i>per cápita</i> (\$)	\$183.201*	\$202.003*
Facturado <i>per cápita</i> (\$)	\$284.838*	\$309.675*

* Valores expresados en moneda a diciembre de 2006

Al comparar el gasto en prestaciones entre los años 2005-2006, podemos observar un aumento en el monto bonificado total de un 9,6% y un aumento en el gasto *per cápita* de un 10,3% durante el año 2006, respecto del año 2005.

2) Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2006, (incluidos los medicamentos e insumos), que totalizan 42.989.907, en primer lugar, se encuentran los exámenes diagnósticos que representan un 40%, seguido de las atenciones médicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico, con un 26% y 17%, 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 - Año 2006

Prestaciones	Nº	%	Mill\$	%	% Bonificación Año 2006	% Bonificación Año 2005
Atenciones médicas	11.253.315	26%	182.522	22%	63%	62%
Exámenes de diagnóstico	17.027.705	40%	126.278	15%	69%	69%
Procedimientos de apoyo clínico/terapéutico	7.499.988	17%	90.527	11%	54%	53%
Intervenciones quirúrgicas	292.002	1%	110.190	13%	73%	68%
Otras prestaciones	2.631.314	6%	154.378	19%	70%	69%
Sin clasificar	2.830.913	7%	64.779	8%	53%	55%
SUBTOTAL	41.535.237		728.674		65%	64%
Medicamentos e insumos	1.454.670	3%	87.868	11%	67%	70%
TOTAL GENERAL	42.989.907	100%	816.542	100%	65%	64%

Las atenciones médicas representan un 22% del monto total facturado. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. Le siguen los exámenes diagnósticos y las intervenciones quirúrgicas con un 15% y 13%, respectivamente y, finalmente, los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico constituyen un 11%.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones, éste fluctúa entre un 53% y 70%, presentando los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico un porcentaje bajo, de un 54%, y los exámenes diagnósticos y las cirugías presentan los porcentajes más altos, destacando un aumento porcentual de un 5% en las cirugías, respecto a lo observado el año 2005.

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

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 20 veces mayor que el valor promedio de todas las prestaciones (\$18.994), alcanza un tercer lugar en los montos facturados totales, después de las atenciones médicas y los exámenes diagnósticos, tal como se expuso anteriormente.

C3.- Montos Facturados y Bonificados Promedios por Prestaciones Médicas Años 2005-2006

PRESTACIONES	Monto Facturado*(\$) Años		Monto Bonificado*(\$) Años		Copago *(\$) Años	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Atenciones médicas	16.765	16.343	10.394	10.319	6.371	6.024
Exámenes diagnósticos	7.567	7.473	5.218	5.180	2.349	2.293
Procedimientos de apoyo	11.470	12.162	6.084	6.606	5.386	5.557
Cirugías	388.946	380.237	263.644	275.971	125.302	104.265
Otras prestaciones	67.929	59.117	46.886	41.113	21.043	18.004
Medicamentos e insumos	21.309	60.865	14.889	40.890	6.419	19.975

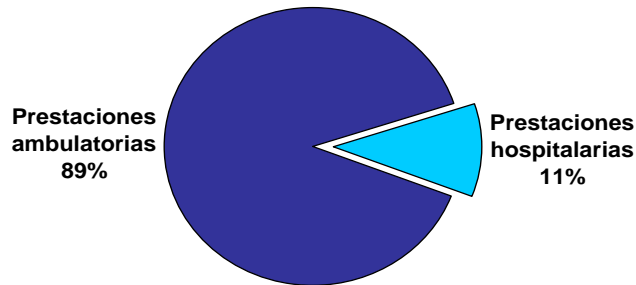
Valores expresados en moneda a diciembre de 2006

Como se puede observar en el cuadro N° 3, durante el año 2006 las cirugías muestran en los montos facturados una disminución de un 2%, un aumento de los montos bonificados de un 5% y una disminución de los copagos de un 17%. En el resto de las prestaciones no se aprecian variaciones significativas entre los años 2005 y 2006, con excepción de los medicamentos e insumos que presentaron aumentos porcentuales en los montos facturados, bonificados y copagos de un 186%, 175% y 211%, respectivamente. Esto último es consecuencia de la implementación del Plan AUGE o Garantías Explícitas en Salud (GES), que a partir del 1° de julio del año 2005 incluyó 25 problemas de salud garantizados y a partir del 1° de julio de 2006, incorporó 15 nuevos, totalizando 40 problemas de salud con garantías explícitas, destacando entre ellos patologías de alta incidencia y prevalencia de manejo ambulatorio que al mes de diciembre del año 2006 eran la Hipertensión Arterial (34,4%), Diabetes Mellitus tipo 2 (17,6%), Infección Respiratoria Aguda Infantil (12,7%), entre otros problemas de salud, que tienen garantizados insumos y medicamentos de uso ambulatorio, que antes no eran bonificados por las Isapres.

3) Prestaciones médicas y modalidades de atención

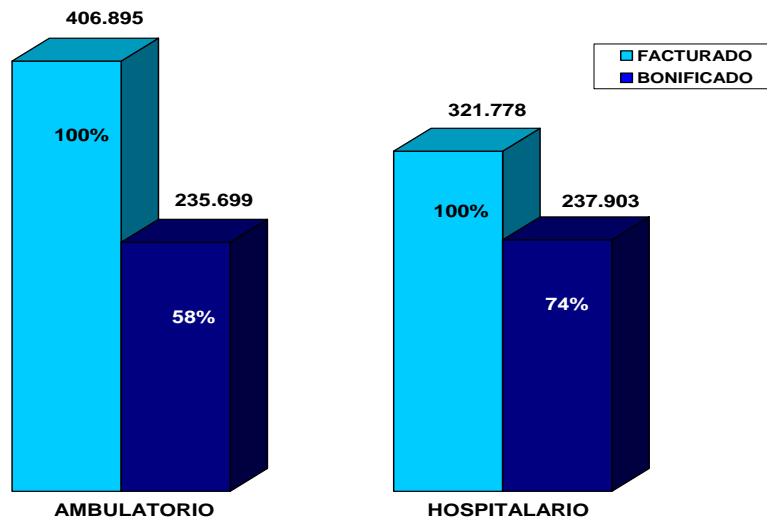
Las prestaciones médicas totalizan 41.535.237 (excluidos los medicamentos e insumos), de las cuales 36.998.770 se otorgan ambulatoriamente y 4.546.467 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 89% y 11%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico N°1, siendo similar a lo observado durante el año 2005, que fue de un 88% y 12%, respectivamente.

G1.- Modalidades de Atención de las Prestaciones Médicas - 2006



El monto total facturado ascendió a la suma de \$728.674 millones el año 2006, correspondiendo \$406.895 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$321.778 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 56% y un 45%, respectivamente. A su vez, las bonificaciones correspondientes, alcanzaron a \$235.699 y \$237.903 millones, representando un 58% y 74%, respectivamente, lo que se representa en el gráfico siguiente.

G2.- Montos Facturados y Bonificados (Mill \$) Según Modalidad de Atención Año 2006

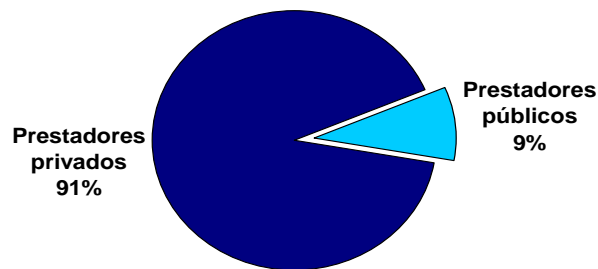


Cabe destacar el hecho que, aún cuando las atenciones de tipo hospitalario sólo representan el 11% del total de las prestaciones médicas otorgadas, éstas corresponden a un 44% del total de los montos facturados.

4) Prestaciones médicas y prestadores

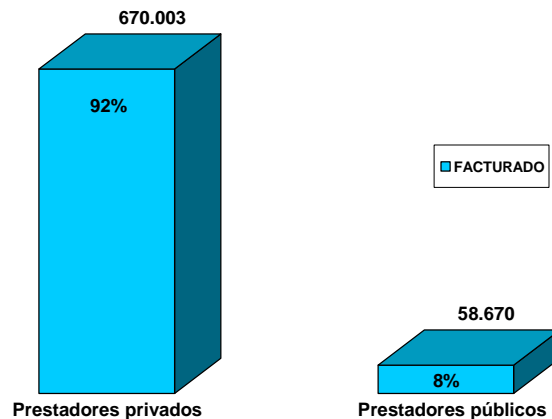
Del total de prestaciones médicas, que alcanzaron a 41.535.237, un 91% fueron otorgadas por prestadores privados y, el 9% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el gráfico siguiente. Esta distribución porcentual fue distinta a la observada durante el año 2005, que fue de 97% y 3%, respectivamente, destacando un incremento de un 6% en las prestaciones otorgadas a nivel de prestadores públicos.

G3.- Prestaciones Médicas Otorgadas Según Prestadores - Año 2006



Del total de montos facturados por concepto de prestaciones médicas durante el año 2006, \$670.003 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$58.670 millones por prestadores públicos, correspondientes a un 92% y 8%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

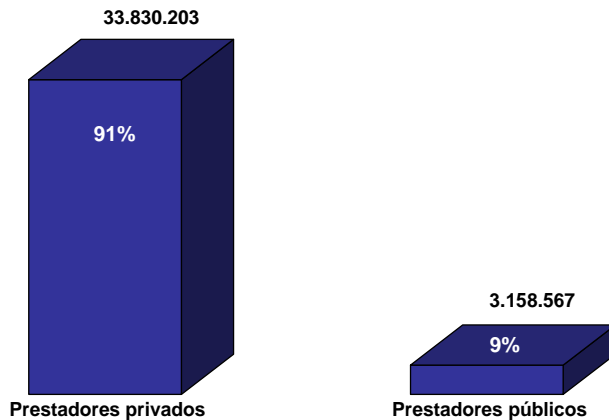
G4.- Montos Facturados (Mill \$) Según Prestadores - Año 2006



Al comparar estas cifras con las observadas durante el año 2005, con valores expresados en moneda a diciembre del año 2006, el aumento en los montos facturados en los prestadores privados fue de un 1,8% (675.112 millones *versus* 663.260 millones del año 2005) y en los prestadores públicos el incremento fue de un 170,4% (21.860 millones del año 2005 *versus* 59.118 millones del año 2006), lo que puede explicarse, principalmente, por un mayor uso de la infraestructura hospitalaria y ambulatoria pública por parte de los beneficiarios de las Isapres, derivado de la implementación del Plan AUGE o Garantías Explicitas en Salud (GES) con 25 problemas de salud garantizados a partir del 1° de julio del año 2005 y de 15 nuevos a partir del 1° de julio del año 2006, totalizando 40 problemas de salud garantizados, como se expondrá más adelante.

Por otra parte, de un total de 36.988.770 de atenciones ambulatorias, 33.830.203 fueron otorgadas por prestadores privados y 3.158.567 se realizaron con prestadores públicos, representando un 91% y 9%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente. Si se compara estas cifras con las observadas durante el año 2005, vemos que existe en las atenciones ambulatorias de los prestadores privados un aumento de un 4% y un incremento importante en los prestadores públicos de un 434%. (591.382 atenciones del año 2005 *versus* 3.158.567 atenciones del año 2006).

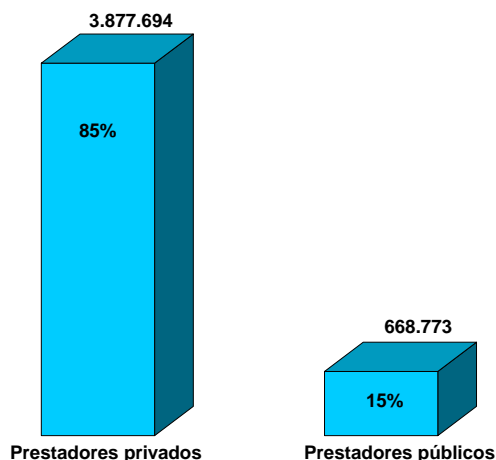
G5.- Atenciones Ambulatorias Según Prestadores - Año 2006



A su vez, de un total de 4.546.467 atenciones hospitalarias, 3.877.694 fueron otorgadas por prestadores privados y 668.773 se realizaron con prestadores públicos, representando un 85% y un 15%, respectivamente, tal como se aprecia en el gráfico N°6.

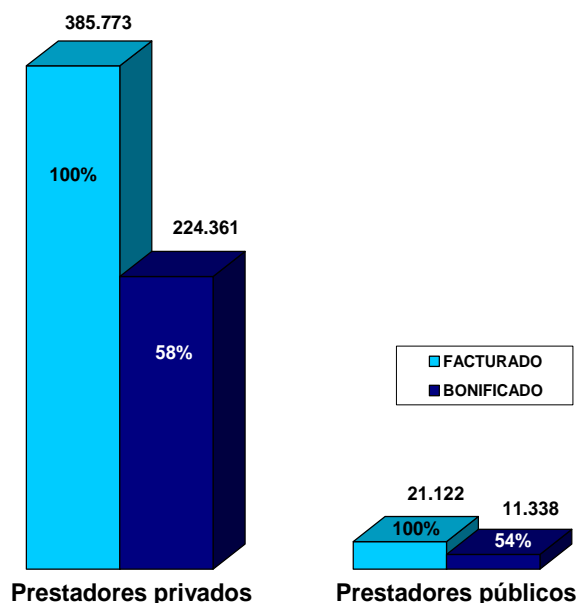
Al comparar estos datos con los observados durante el año 2005, podemos señalar que hubo una disminución de un 3% de las atenciones hospitalarias en prestadores privados (3.996.520 *versus* 3.877.694) y un incremento importante de un 61% de hospitalizaciones en prestadores públicos (416.667 *versus* 668.773). Con respecto a las distribuciones porcentuales, en los prestadores privados las atenciones hospitalarias bajaron de un 91% a un 85% y en los prestadores públicos las atenciones hospitalarias aumentaron de un 9% a un 15%.

G6.- Atenciones Hospitalarias Según Prestadores - Año 2006



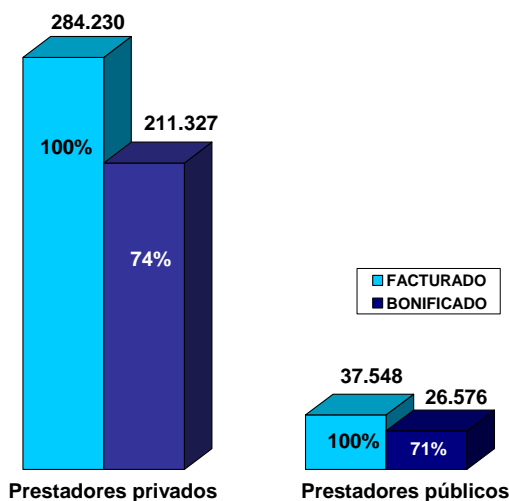
Por otra parte, de un total de \$366.200 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$212.431 millones, representando un 58%, similar a lo observado el año 2005, cuyos montos facturados y bonificados fueron \$366.200 millones y \$212.431 millones, respectivamente. En cambio, en los prestadores públicos fueron bonificados \$11.338 millones de un monto total facturado de \$21.122, siendo alrededor de 3,5 veces superior a lo observado el año 2005, cuyos montos bonificados fueron \$3.219 millones de un monto total facturado de \$5.797 millones. Con respecto al porcentaje de bonificación, este fue de un 54%, siendo un 4% inferior 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 2006



Asimismo, de un total \$284.230 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$211.327 millones, correspondiente a un 74%, un 3% superior al porcentaje de bonificación del año 2005, siendo los montos facturados similares entre estos dos años. Sin embargo, en los prestadores públicos fueron bonificados \$26.576 millones de un monto total facturado de \$37.548 millones, siendo alrededor de 2,3 veces superior a lo observado el año 2005, cuyos montos bonificados fueron \$11.686 millones de un monto total facturado de \$15.724 millones. Con respecto al porcentaje de bonificación, este fue de un 71%, siendo un 3% inferior 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 2006



Los incrementos de prestaciones observados en los prestadores públicos durante el año 2006 *versus* lo observado el año anterior, de alrededor de 3,5 veces en la modalidad de atención ambulatoria y de alrededor de 2,3 veces en las atenciones hospitalarias, puede explicarse, principalmente, por un mayor uso de la infraestructura hospitalaria y ambulatoria pública por parte de los beneficiarios de las Isapres como consecuencia de la implementación del Plan AUGE o Garantías Explícitas en Salud (GES) derivado de la compra de prestaciones por parte de las Isapres a las instituciones públicas. A partir del 1° de julio de 2006 la GES tenía 40 problemas de salud con garantías explícitas, destacando entre ellos patologías de alta incidencia y prevalencia de manejo ambulatorio que al mes de diciembre del año 2006 eran patologías como la Hipertensión Arterial (34,4%), Diabetes Mellitus tipo 2 (17,6%) e Infección Respiratoria Aguda Infantil (12,7%), que tienen garantizados insumos y medicamentos, que antes no eran bonificados por las Isapres, lo que también explica el incremento de cerca del doble de los montos facturados y bonificados por este concepto entre los años 2005 y 2006, como se expuso anteriormente.

3. Evaluación específica de prestaciones sanitarias

1.a) Prestaciones médicas por sexo

El promedio de consultas médicas anuales por beneficiario fue de 4,0 y las mujeres tienen una frecuencia de 1,6 consultas médicas más que los hombres, por cuanto acuden más fácilmente a los servicios médicos y presentan una serie de afecciones y condiciones de salud distintas a los hombres, que se expondrán más adelante.

Con respecto a la cantidad de exámenes de laboratorio realizados, destaca el hecho que, tanto al hombre como a la mujer se le solicitan, por lo menos, un examen de laboratorio por consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 17%. A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a un 26% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 30%, 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 37% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil, ginecológicos (patología tumoral) y a la mayor incidencia de patología vesicular (colecistitis) y cataratas que presentan.

Por otra parte, la comparación de los indicadores de uso de las prestaciones por sexo y total entre los años 2005-2006, permite evidenciar aumentos en la tasa de consultas médicas, exámenes de laboratorio e intervenciones quirúrgicas, de un 5%, 3% y 9%, respectivamente, siendo el incremento mayor en los hombres respecto de las mujeres en las consultas médicas y las cirugías.

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 2004-2005

VARIABLES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Nº de consultas médicas anual por beneficiario	4.6	4.9	3.0	3.3	3.8	4.0
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	130	136	112	116	123	127
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	28	29	23	23	26	26
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	120	128	83	93	101	110

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 salud², observamos valores inferiores en todos los indicadores, con excepción del número de consultas médicas anual por beneficiario que muestra una diferencia positiva de un 33% (4.0 versus 5.3). Esto se explica por el uso de datos agregados de las prestaciones otorgadas a nivel de la Atención Primaria Municipalizada que se encuentran agrupadas en Atención Abierta, la que está compuesta por la consulta o atención médica, consulta por otros profesionales de la salud, educación de grupo y visitas domiciliarias, lo que determina un mayor valor. Con respecto al resto de indicadores de uso de prestaciones observamos diferencias negativas en exámenes de laboratorio y de imagenología por 100 consultas médicas y en las cirugías por cada 1.000 beneficiarios, de un 21%, 57% y 15%, respectivamente, lo que se muestra en el cuadro siguiente.

C5.-Frecuencia de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas Por Beneficiario en Isapres (Año 2006) y Fonasa* (Año 2005)

	ISAPRE	FONASA*	Variación %
Nº de consultas médicas anual por beneficiario	4.0	5.3**	+33%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	127	100	-21%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	26	11	-57%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	110	93	-15%

* Los indicadores del FONASA consideran datos de la APS Municipal, MAI y MLE.

** Los datos de la APS Municipal están agrupados en Atención Abierta, los que incluyen la consulta o atención médica, consulta por otros profesionales de la salud, educación de grupo y visitas domiciliarias, motivo por el cual el resultado de este indicador es mayor.

La menor cantidad de exámenes de laboratorio en el Fonasa -entre otras cosas- pudiera explicarse por una oferta o disponibilidad menor y/o insuficiente de exámenes en los niveles de atención primarios (Consultorios) y secundarios (Centros de Referencia de Salud y Centros Diagnóstico-Terapéuticos), lo que pudiera estar asociado a la aplicación de políticas de contención de costos y a la implementación del Plan AUGE a partir del 1° de julio del año 2005, al usar protocolos o guías clínicas de atención, que obligan a racionalizar el uso de diferentes tipos de exámenes.

A su vez, la diferencia existente entre el sistema Isapre y el Fonasa, en cuanto al número de exámenes de imagenología, alrededor de un 57% menos en el Fonasa, podría 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 copago de las prestaciones, ya que el Fonasa tiene los beneficiarios con la menor capacidad financiera.

Con respecto a las diferencias porcentuales observadas en la cantidad de cirugías por cada 1.000 beneficiarios de menos un 15%, entre el sistema Isapre y el Fonasa, podemos señalar

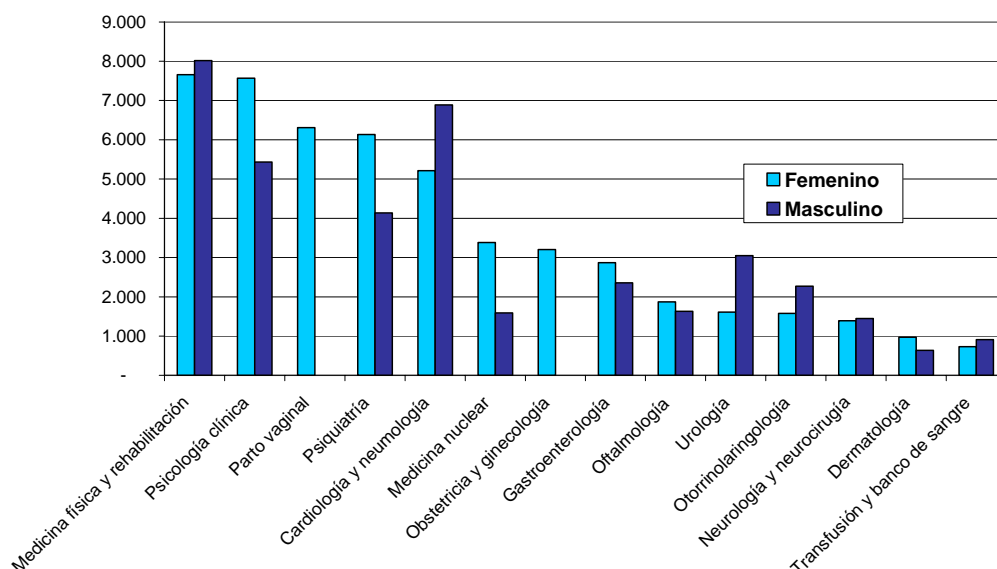
² Considera los datos de prestaciones de las Modalidades de Atención Institucional (MAI), Libre Elección (MLE) y de la Atención Primaria de Salud (APS) Municipalizada.

que esto obedece a un incremento en las tasas de las cirugías en las Isapres de un 9% y a disminuciones reales en la cantidad de intervenciones quirúrgicas en el Fonasa, de un 2,7% en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), de 1,7% en la Modalidad de Libre Elección (MLE) y de 6% en la Atención Primaria Municipal, respecto del año anterior.

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 medicina física y rehabilitación, psicología clínica, atención de parto, psiquiátricas, cardiológicas y neumológicas y, finalmente, de medicina nuclear, tal como se aprecia en el gráfico siguiente, siendo similar a lo observado durante el año 2005.

G9.-Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico por Sexo - Año 2006 (Mill \$)



En el caso del hombre, destacan la medicina física y rehabilitación, las atenciones de cardiología y neumología, de psicología clínica y psiquiátricas, similar a lo observado en el caso de la mujer. Le siguen las atenciones urológicas y, finalmente, las prestaciones de otorrinolaringología, similar a lo observado el año 2005.

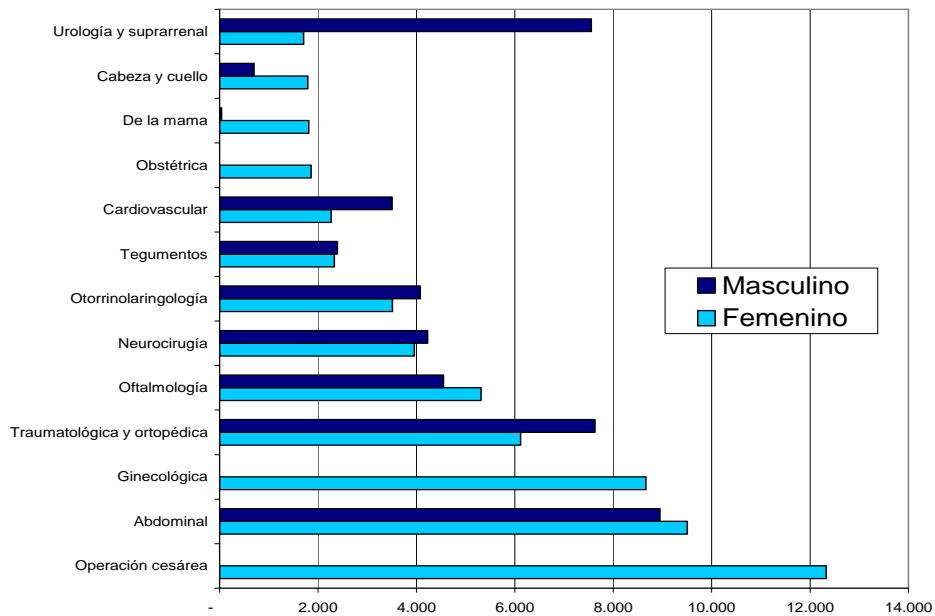
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a medicina física y rehabilitación, cardiología y neumología, urología y, finalmente, otorrinolaringología.

Cabe precisar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente, respecto del año anterior, son los siguientes: parto, aumentó de 74% a 82%; medicina física y rehabilitación, se mantuvo en 53%; atenciones psiquiátricas, aumentó de 29% a 30%; psicología clínica aumentó de 32% a 34%; cardiología y neumología, aumentó de 65% a 66%; otorrinolaringología, disminuyó de 40% a 38%, y las urológicas aumentaron de 72% a 73%.

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 traumatológicas y ortopédicas, oftalmológicas y neuroquirúrgicas, como se observa en el gráfico siguiente, similar a lo observado el año 2005.

G10.-Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas Según Sexo, Año 2006 (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, oftalmológica y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, similar a lo observado el año 2005.

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

A su vez, cabe destacar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones quirúrgicas son diferentes y porcentualmente, con respecto al año anterior, son los siguientes: operación cesárea, aumentó de 72% a 79%; cirugía ginecológica, aumentó de 70% a 73%; cirugía abdominal aumentó de 72% a 76%; traumatológica y ortopédica, aumentó de 63% a 69%; neuroquirúrgica aumentó de 60% a 65%; oftalmológica, aumentó de 76% a 81%; urológica y suprarrenal, aumentó de 74% a 77%; otorrinolaringológica, aumentó de 63% a 68% y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, aumentaron de 70% a 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 tercer y 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 2005, por no disponer aún de información validada del año 2006.

C6.- Partos Vaginales y Operaciones Cesáreas en el Sistema Isapre (Año 2006) y Fonasa (Año 2005)

	ISAPRE	FONASA
Parto vaginal	11.673	98.946
Cesárea	20.995	39.440
****PAD en Modalidad de Libre Elección (MLE)		43.508
Parto vaginal en MLE		350
Cesárea en MLE		821
Beneficiarios	2.656.873	11.120.094**
Tasa de natalidad *	12.3	16.5
Razón parto/cesárea	0.6	2.5***

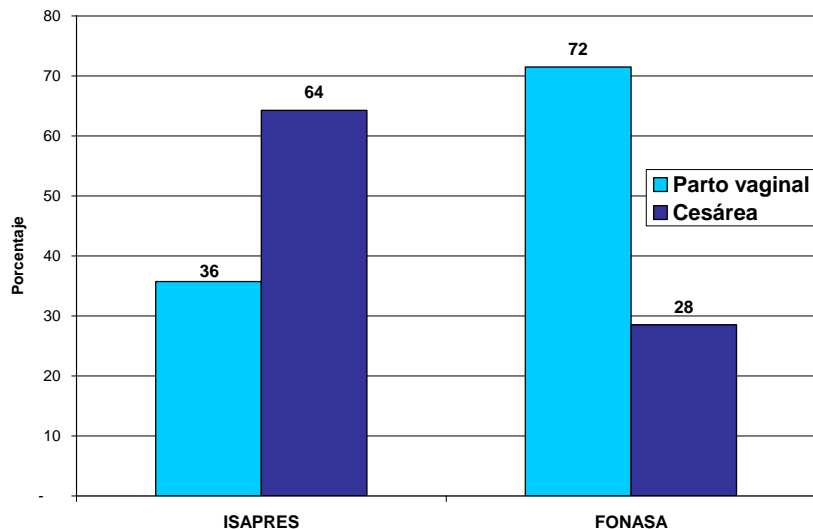
Nº de nacidos vivos x 1.000 de población beneficiaria. Para su cálculo se usó una tasa estimada en función del número de partos vaginales y cesáreas. **Población Beneficiaria del FONASA a diciembre 2005.

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

**** PAD: Pago Asociado a Diagnóstico o "Cuenta Conocida".

Destaca el hecho que, en el sistema privado, las operaciones cesáreas representan el 64% del total de los partos en comparación al porcentaje de un 28% observado en el Fonasa Modalidad de Atención Institucional (MAI). 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 (Fonasa MAI), lo que gráficamente se traduce en una imagen en espejo.

G11.-Porcentaje de Partos Vaginales Versus Cesáreas en Isapres (Año 2006) y Fonasa MAI (Año 2005)



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. Sin embargo, al observar lo que sucede en el Fonasa MLE, de un total de 1.171 atenciones de parto, 350 corresponden a

partos vaginales y 821 a cesáreas, representando un 30% y 70%, respectivamente, similar a lo que sucede en el sistema Isapre.

A su vez, en el Fonasa durante el año 2005 se atendieron 43.508 partos según el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) o “Cuenta Conocida” de la Modalidad Libre Elección (MLE), siendo un 60% superior a lo observado el año anterior, lo que se explica por un aumento de la bonificación de esta prestación que se traduce en una disminución del copago y por la migración de beneficiarios de otros sistemas al Seguro Público de Salud.

Cabe hacer presente, que el PAD del parto considera un código único de prestación y un mismo monto de pago conocido, indistintamente se trate de la atención de un parto vaginal o cesárea, lo que impide disponer de datos diferenciados. Sin embargo, el Fonasa estima que el PAD de parto pudiera tener un comportamiento similar a lo que ocurre en la atención de parto MLE con una proporción de partos vaginales *versus* cesáreas de un 30% y 70%, siendo esta situación semejante a lo que ocurre en el sistema Isapre. Esto significa que bajo esta modalidad de pago en el Fonasa, con un copago único conocido de \$195.760 para la atención de parto, equivalente a un 25% del monto del PAD (\$783.040) del arancel Fonasa MLE del año 2006, los incentivos generados frente a un mismo valor de copago indiferenciado, estarían privilegiando un sistema de atención médica en donde también estaría influyendo un criterio administrativo o de “comodidad”, tanto para la madre como para el profesional, quienes al poder planificar el día y la hora de la atención, optan por la operación cesárea, lo que explicaría su mayor proporción.

Por otra parte, en el sistema Isapre, los copagos por concepto de la prestación atención de parto (honorarios profesionales e insumos corrientes) de los años 2005 y 2006, fueron de \$145.057 y \$96.751, respectivamente, representando una disminución porcentual de un 33%. En el caso de la prestación operación cesárea (honorarios médico-quirúrgicos e insumos corrientes) para esos mismos años, los copagos fueron de \$167.259 y \$123.329, respectivamente, evidenciando una disminución porcentual de un 26%.

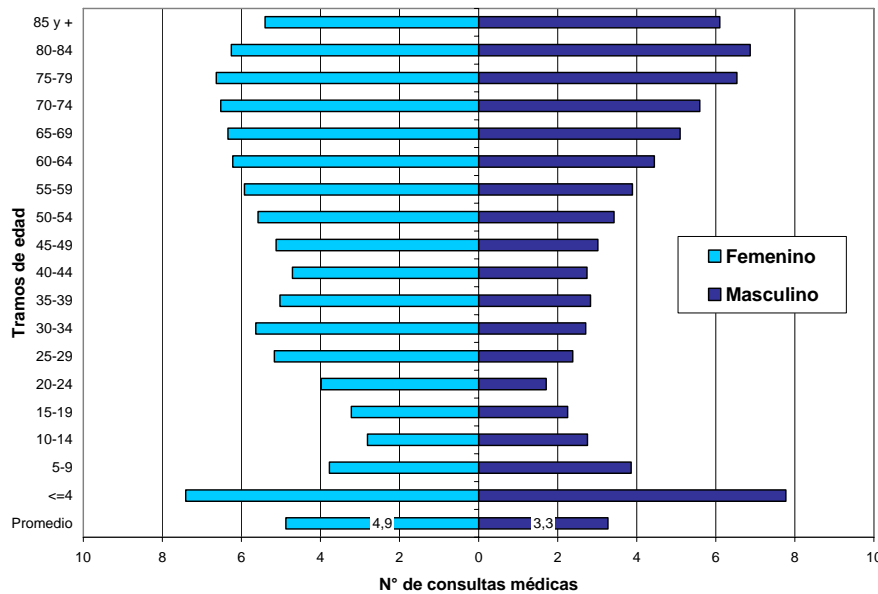
Finalmente, cabe destacar, que la tasa de natalidad estimada (“R.N. estimados” x 1.000 beneficiarios) en el sistema Isapre es un 25% inferior a la del Fonasa (12.3 *versus* 16.5).

2) Prestaciones médicas por sexo y edad

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

En términos generales, la mujer consulta 48% veces más que el hombre, lo que equivale a 1,6 consultas médicas anuales más (4.9 versus 3.3).

G12.-N° de Consultas Médicas por Beneficiario Según Sexo y Edad - Año 2006



En los menores de 4 años la frecuencia de consulta entre hombres y mujeres es similar, siendo alrededor de 7 consultas médicas anuales, lo que pudiera vincularse con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas del aparato digestivo y de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonías y, a la mayor incidencia de traumatismos, quemaduras y envenenamientos accidentales que ocurren a esas edades, similar a lo observado el año anterior.

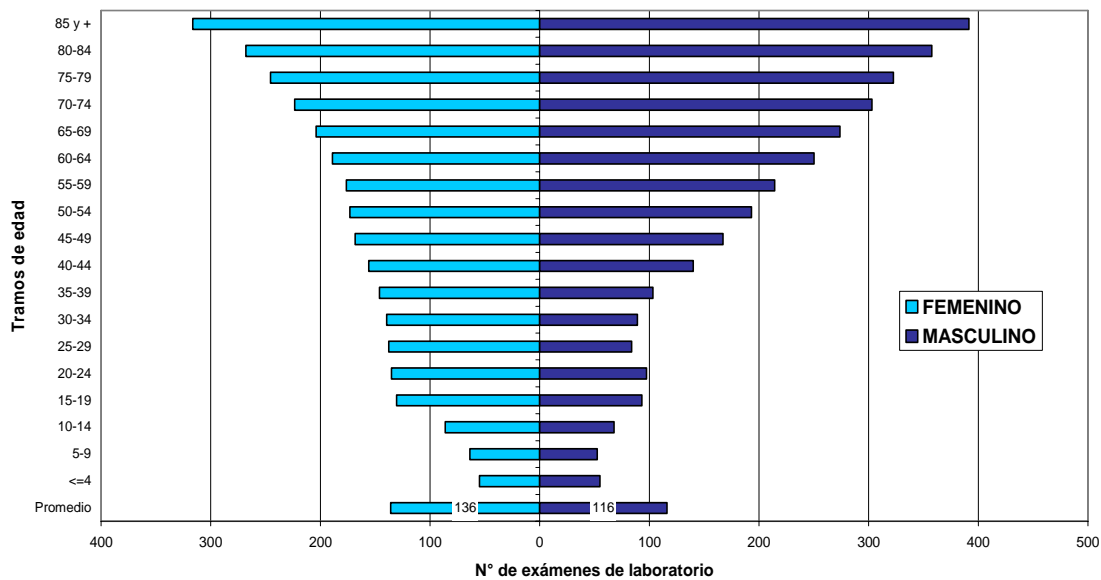
Entre los 5 y 14 años no se observan diferencias entre hombres y mujeres en las consultas médicas. A partir de los 15 años hasta los 74 años, existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 3 y 6 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y, porque, además, las mujeres acuden más fácilmente a los servicios médicos que los hombres, similar a lo observado el año 2005.

A su vez, sobre los 75 años de edad, las consultas tanto en hombres como en las mujeres, son similares, alrededor de 6 consultas médicas anuales, atribuido a una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y patologías crónicas concomitantes, similar a lo observado el año anterior.

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 exámenes por cada 100 consultas médicas que los hombres, concentrándose la mayor cantidad de exámenes de laboratorio entre los 15 y 49 años, en plena edad fértil, por lo que dichos exámenes podrían estar asociados, fundamentalmente, a fenómenos reproductivos y de la esfera ginecológica.

G13.-Exámenes de Laboratorio por cada 100 Consultas Médicas por Sexo y Edad - Año 2006

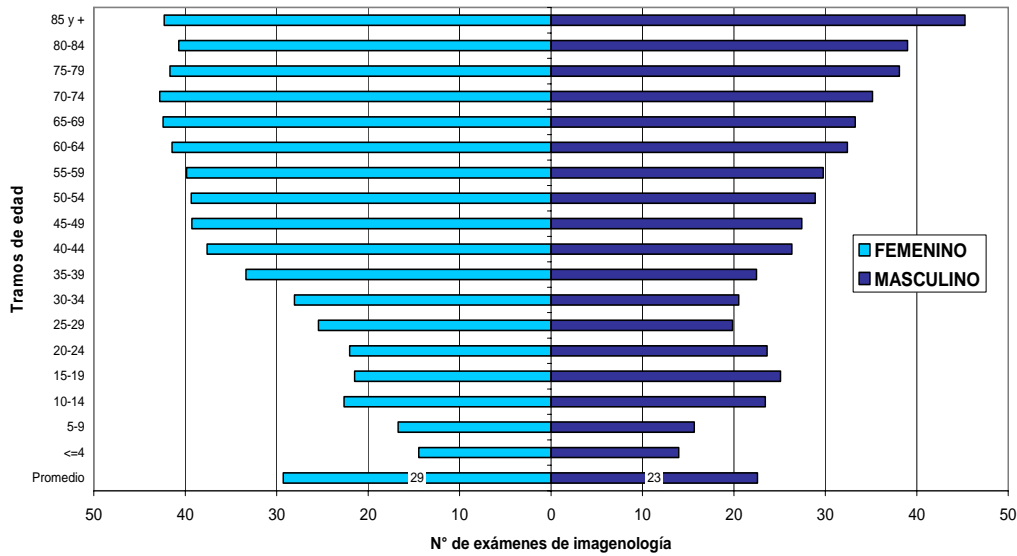


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similares. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes Mellitus, dislipidemias, afecciones cardiovasculares y urológicas, similar a la distribución observada durante el año 2005.

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 30% (29 versus 23), hecho que puede estar relacionado con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida reproductiva, a partir de los 15 años, por causas obstétricas (embarazos) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y patología vesicular (colecistitis).

G14.-Exámenes de Imagenología por cada 100 Consultas Médicas Según Sexo y Edad - Año 2006

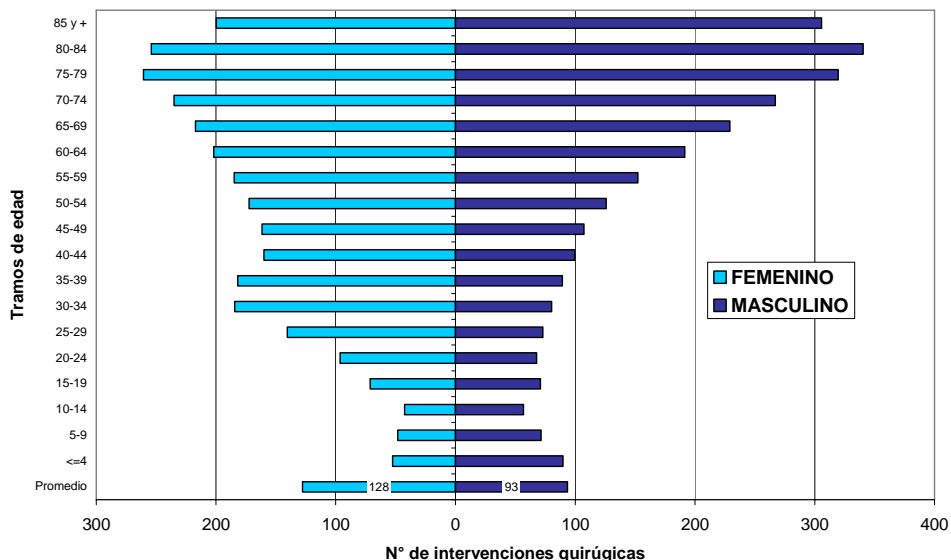


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción de los hombres entre los 10 y 24 años de edad, los que pudieran estar asociados a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos y accidentes, similar a distribución observada el año 2005, haciendo presente que no hubo diferencias con el valor de este indicador, manteniéndose la cifra promedio en 26 exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas durante el año 2006.

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

En términos generales, las mujeres tienen un 38% más intervenciones quirúrgicas que los hombres. Hasta los 19 años existe un predominio de las cirugías de los hombres por sobre las de las mujeres, las que pudieran vincularse con patología apendicular (apendicitis aguda), enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides, fimosis y afecciones traumatológicas (fracturas).

G15.-Intervenciones Quirúrgicas por cada 1.000 Beneficiarios Según Sexo y Edad - Año 2006



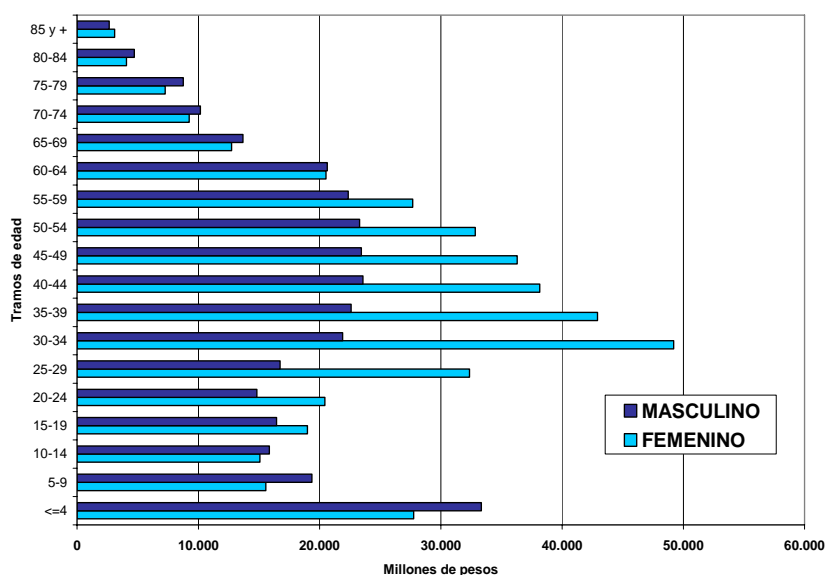
A partir de los 20 años de edad, las mujeres aumentan la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y, a contar de los 30 años, tienen una tasa relativamente estable, manteniéndose alrededor de las 180 cirugías por cada 1.000 beneficiarios, con una leve disminución entre los 45 y 49 años y un pico cercano a las 260 cirugías entre los 75 y 84 años, las que pudieran estar relacionadas con operaciones cesáreas, extirpación de tumores, esencialmente de origen ginecológico (mama, útero y ovarios), colecistectomías por coleditis en mayores de 50 años y cirugías por cataratas en personas mayores de 65 años, similar a lo observado el año 2005.

En el caso de los hombres, a partir de los 45 años de edad, comienzan a aumentar desde casi 100 hasta llegar a cerca de 340 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 (coleditis) 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, similar a lo observado el año anterior.

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 (57%) con relación a los hombres (43%).

G16.- Montos Facturados en Prestaciones Médicas Según Sexo y Edad - Año 2006



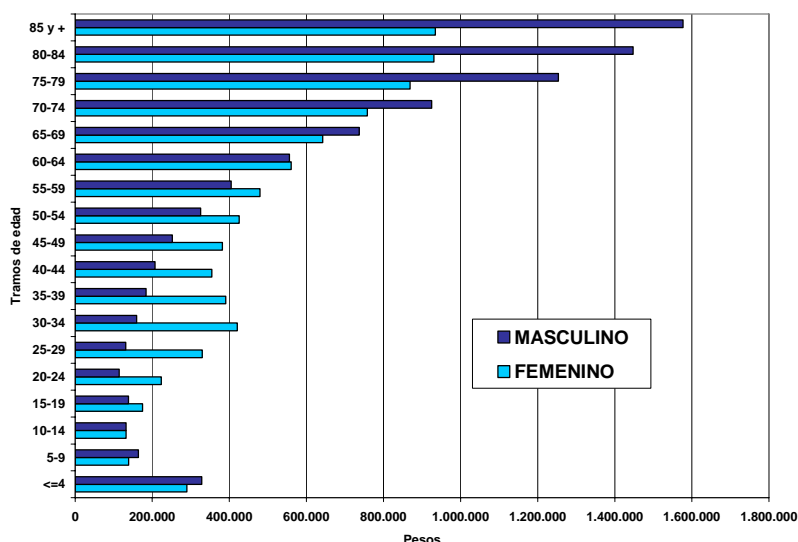
Si bien la proporción del monto total facturado atribuible a la mujer es de un 57%, cabe hacer presente que, entre los 25 y 49 años de edad, este porcentaje aumenta a un 65% con relación a los hombres.

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

Tal como se aprecia en el gráfico N°17, los montos facturados *per cápita* en las mujeres entre los 15 y 64 años, predominan por sobre los de los hombres, debido a los mayores gastos derivados de prestaciones obstétricas (embarazo, aborto, parto y puerperio hasta los 50 años), tumores ginecológicos (mama, útero y ovario), patología vesicular (colecistitis) 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 2006



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 \$420.547, el que se duplica en el tramo de edad 75-79 años, con un monto facturado promedio de \$869.058.

En el caso del hombre, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$159.353, equivalente a un tercio del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 75-79 años, es 8 veces mayor, con un monto de \$1.253.756, siendo superior en \$384.669, con respecto a la mujer, representando un 44% de mayor gasto en el hombre, siendo similar a lo observado el año 2005 en términos relativos y porcentuales.

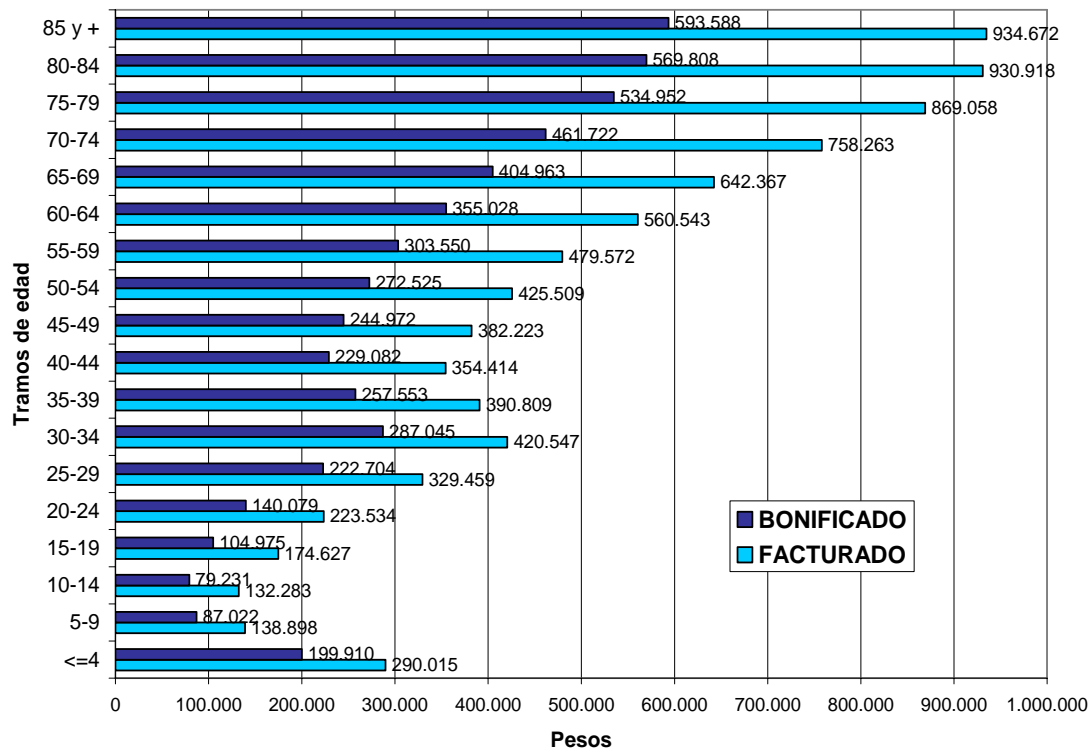
2.f) Montos bonificados por sexo y tramos de edad

Con respecto al porcentaje general de bonificación en las mujeres, éste alcanza a un promedio de 64.7%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sólo a partir de los 50 años se produce una disminución gradual de la bonificación que a los 70 años llega a un 61% para subir nuevamente a un 64% a los 85 años de edad.

No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades son menores, en términos de copagos promedios las diferencias son significativas. Si a los 30 años de edad el copago promedio de las prestaciones asciende a \$133.502, a los 60 años de edad alcanza a \$205.515 y a los 75 años a \$334.106, es decir, el copago promedio casi se triplica entre los 30 y 75 años de edad. Esto obedece a que los montos facturados, a partir de los 60 años, son mayores, debido, por una parte, al aumento de la frecuencia de uso de las prestaciones, referidas a consultas médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna (esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia coronaria y enfermedades cerebrovasculares), patología respiratoria (influenza y neumonía), cataratas y, a una mayor frecuencia de traumatismos y afecciones traumatológicas. Por otra parte, se explicaría por el mayor costo que implican los

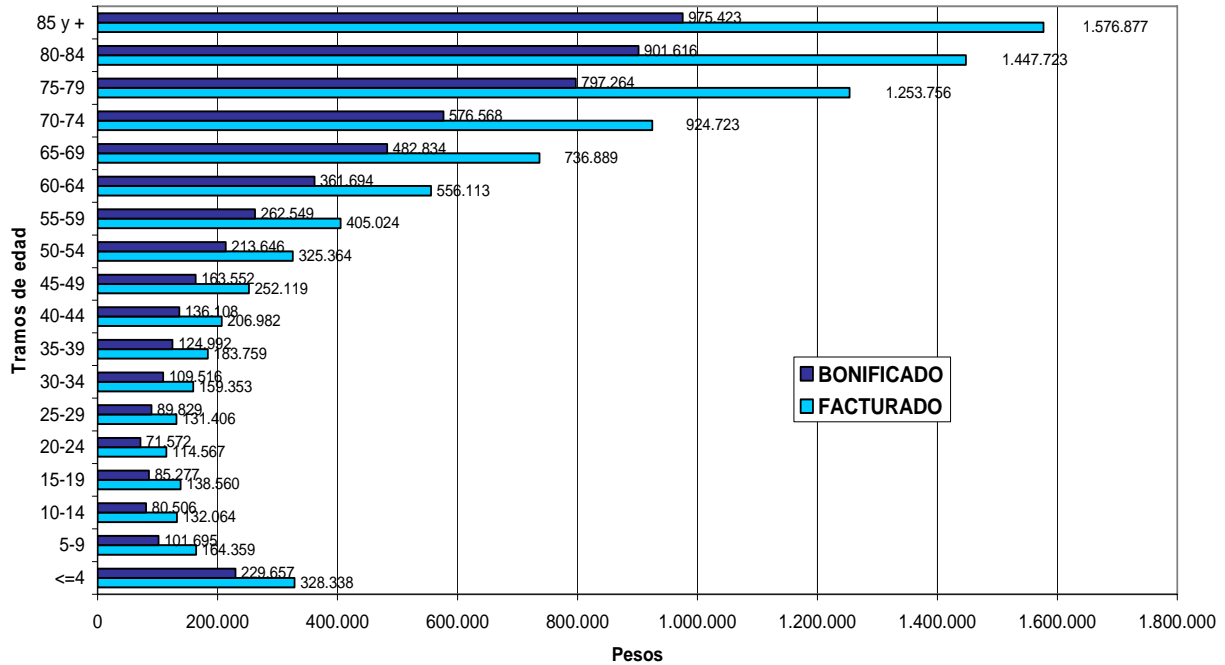
tratamientos médico-quirúrgicos de alta complejidad y por la mayor permanencia hospitalaria de los pacientes de la tercera edad, debido a una recuperación más lenta y al manejo de patologías crónicas comúnmente asociadas, tales como la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA).

G17a.- Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Mujeres Por Edad - Año 2006 (\$)



El porcentaje general de bonificación en los hombres alcanza a un promedio de 65.4%, similar al de las mujeres, destacando una bonificación de un 69% en el tramo de edad 30-34 años. Posteriormente, es posible observar una disminución de la bonificación a un 62% y que a los 75 años llega a un 64%, para disminuir nuevamente a un 62% en los mayores de 85 años.

G17b.- Montos Facturados Y Bonificados Per Cápita En Prestaciones Médicas Otorgadas A Hombres Por Edad - Año 2006 (\$)



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

No obstante lo anterior y, en forma similar a lo observado en el caso de la mujer, las diferencias por concepto de copagos en el hombre son significativas, por cuanto si a los 30 años de edad el copago de las prestaciones por parte del beneficiario asciende a \$49.837, a los 60 años de edad alcanza a \$194.419 y a los 75 años es de \$456.492, es decir, el copago es 9 veces mayor a los 75 años de edad. A su vez, a los 75 años de edad, el copago del hombre es \$184.997 superior al de la mujer, lo que representa un 37% más de gasto.

Las explicaciones de esta situación son similares a las expuestas anteriormente en el caso de la mujer. Sin embargo, en el hombre a partir de los 60 años existe un mayor número de cirugías que en la mujer como consecuencia de afecciones tumorales digestivas (tumor maligno de colon) y urológicas (próstata: adenoma y cáncer prostático), hernias de la cavidad abdominal y patologías cardiovasculares (insuficiencia coronaria: Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y angina) y cerebrovasculares (Accidente Vascular Encefálico (AVE)).

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

G18.- Prestaciones Vinculadas con las Garantías Explícitas en Salud, Según Frecuencia y Montos Facturados y Bonificados. Año 2006

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
301025	FACTORES VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, CAU	2.034	26.545.964	13.051	11.877.985	5.840	45%
301041	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	108.403	447.787.797	4.131	312.840.930	2.886	70%
301045	HEMOGRAMA	1.060.491	3.376.147.001	3.184	2.355.844.528	2.221	70%
301089	VON WILLEBRAND, AG DE (FACTOR VIII AG.)	1.048	13.462.561	12.846	6.932.999	6.615	51%
302023	CREATININA EN SANGRE	379.824	523.874.862	1.379	356.087.637	938	68%
302025	CREATININASA CK - MB MIOCARDICA	21.712	163.529.100	7.532	109.406.203	5.039	67%
302030	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH)	15.665	45.615.930	2.912	33.693.305	2.151	74%
302032	ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) CAU	467.187	1.088.521.409	2.330	699.622.198	1.498	64%
302034	PERFIL LIPIDICO	656.463	3.612.684.660	5.503	2.685.694.742	4.091	74%
302047	GLUCOSA EN SANGRE	642.269	745.848.292	1.161	488.589.822	761	66%
302048	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO)	85.770	419.846.208	4.895	297.279.392	3.466	71%
302057	NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	226.433	277.241.250	1.224	172.524.401	762	62%
302063	TRANSAMINASAS, OXALACETICA (GOT/AST), PIRUVICA (GPT/ALT), CAU	192.871	327.769.101	1.699	238.461.804	1.236	73%
302075	PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMATIZADA DE 12 PARAMETROS)	502.589	3.831.747.902	7.624	2.886.002.901	5.742	75%
303024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NIÑO O R.N.)	550.341	2.351.387.667	4.273	1.729.996.161	3.143	74%
303027	TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)	235.137	937.080.236	3.985	705.263.049	2.999	75%
305010	BETA-2-MICROGLOBULINA	1.792	17.442.755	9.734	10.715.225	5.979	61%
305070	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	178.465	1.544.867.440	8.656	1.159.616.052	6.498	75%
306011	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTILOGRAMA	413.452	1.515.314.745	3.665	1.033.015.298	2.499	68%
306077	VIRUS HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE	14.820	79.859.207	5.389	58.861.501	3.972	74%
306081	VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)	13.146	124.703.780	9.486	90.001.481	6.846	72%
306169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	35.983	165.271.761	4.593	123.427.220	3.430	75%
309022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023 Y 03-09-024)	721.944	1.243.624.854	1.723	896.681.140	1.242	72%
401049	COLUMNA TOTAL O DORSOLUMBAR (1 PROJ.) (1 EXP.)	64.752	908.682.498	14.031	652.109.713	10.669	72%
401070	TORAX (FRONTAL Y LATERAL)	261.673	5.066.184.426	19.361	3.639.739.183	13.909	72%
403009	COLUMNA DORSAL O LUMBAR (3 ESPACIOS - 4 VERTEBRAS)	13.037	940.577.100	72.147	673.883.995	51.690	72%
403013	TORAX TOTAL (30 CORTES 8-10 MM.)	22.799	2.466.253.646	108.174	1.770.708.616	77.666	72%
403014	ABDOMEN (40 CORTES 8-10 MM.)	41.463	4.120.457.955	99.377	2.991.788.054	72.156	73%
403016	PELVIS (28 CORTES, 8-10 MM.)	25.103	1.746.377.517	69.568	1.227.497.554	48.898	70%
404002	ECOGRAFIA OBSTETRICA	2.710	46.112.133	17.016	19.272.441	7.112	42%
404012	ECOTOMOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	135.107	2.554.868.235	18.910	1.697.707.583	12.566	66%
404013	ECOTOMOGRAFIA OCULAR BIDIMENSIONAL, UNO O AMBOS OJOS.	3.996	99.779.041	24.970	55.193.482	13.812	55%
404014	ECOTOMOGRAFIA TESTICULAR (UNO O AMBOS)	16.675	301.683.012	18.092	206.909.616	12.408	69%
504004	RADIOTERAPIA, CANCER DE MAMA	439	400.116.851	911.428	204.340.650	465.468	51%
504009	RADIOTERAPIA, CANCER DE TESTICULO	137	103.042.709	752.137	48.272.314	352.353	47%
504010	RADIOTERAPIA, CANCER UTERINO (CUELLO Y/O ENDOMETRIO)	77	74.190.618	963.515	25.964.152	337.197	35%
504011	RADIOTERAPIA, LEUCEMIA TRATAMIENTO DE	17	21.738.639	1.278.743	6.440.979	378.881	30%
504012	RADIOTERAPIA, LINFOMA MALIGNO IRRADIACION GANGLIONAR TOTAL	31	37.804.979	1.219.515	18.043.392	582.045	48%
504013	RADIOTERAPIA, LINFOMAS MALIGNOS, TRAT. PARCIAL.	74	65.371.009	883.392	34.089.419	460.668	52%
504014	RADIOTERAPIA, PALIATIVO EN CANCER METASTASICO	392	211.372.914	539.217	101.977.841	260.148	48%
601029	ATENCION KINESIOLOGICA INTEGRAL	133.966	1.426.097.052	10.645	755.932.588	5.643	53%
801001	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU)	273.790	1.831.179.403	6.688	1.189.877.021	4.346	65%
901005	ATENCION PSIQUIATRICA O PSICOTERAPIA DE FAMILIA, INDIVIDUAL	189.136	6.161.112.905	32.575	1.712.810.628	9.056	28%
901009	EVALUACION PSIQUIATRICA PREVIA A TERAPIA (1RA. CONSULTA).	22.092	620.498.229	28.087	276.520.572	12.517	45%
902001	CONSULTA PSICOLOGO CLINICO (SESIONES 45)	486.953	10.015.471.326	20.568	3.453.660.741	7.092	34%
902002	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45)	129.477	2.980.318.723	23.018	947.823.732	7.320	32%
1202038	ESTRABISMO, TRAT. QUIR. COMPLETO (UNO O AMBOS OJOS)	412	210.288.273	510.408	155.657.525	377.810	74%
1202056	DESPRENDIMIENTO RETINAL, CIRUGIA CONVENCIONAL (EXOIMPLANTES)	97	57.597.603	593.790	38.390.381	395.777	67%
1202057	RETINOPATIA PROLIFERATIVA	546	159.841.447	292.750	102.066.088	186.934	64%
1202060	VITRECTOMIA CRETINOTOMIA (CS INYECCION DE GAS O SILICONA)	416	364.890.443	877.140	246.933.802	593.591	68%
1202064	FACOERESIS EXTRACAPSULAR	4.551	3.008.613.700	661.088	2.489.979.596	547.128	83%
1502033	CIERRE DE PALADAR DURO Y/O CIERRE DE COMUNICACION ORO-NASAL	49	24.168.018	493.225	14.432.285	294.536	60%
1701001	E.C.G. DE REPOSO	255.235	2.145.904.137	8.408	1.350.734.233	5.292	63%
1703004	FISTULA ARTERIOVENOSA DERIVACION EXTERNA	25	7.215.494	288.620	4.437.179	177.487	61%
1703050	COARTACION AORTICA, TRAT. QUIR.	3	2.346.326	782.109	2.046.207	682.069	87%
1703053	IMPLANTACION DE MARCAPASO C/ ELECTROD. INTRAVEN. O EPICARDICO	426	401.525.937	942.549	271.521.887	637.375	68%
1703061	CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR	626	1.848.487.891	2.952.856	1.397.337.937	2.232.169	76%
1707002	ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONCODILATADOR	23.417	286.069.259	12.216	189.846.924	8.107	66%
1801001	GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA).	84.185	3.072.329.661	36.495	2.109.840.233	25.062	69%
1802023	GASTRECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL AMPLIADA	58	80.666.425	1.390.800	66.340.607	1.143.804	82%
1802081	COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA, PROC. COMPLETO	8.531	5.528.243.652	648.018	4.661.669.232	546.439	84%
1901002	CISTOSCOPIA CON SONDEO DE UNO O AMBOS URETERES	1.611	121.332.493	75.315	95.214.578	59.103	78%
1901029	HEMODIALISIS CON BICARBONATO CON INSUMOS (TRATAMIENTO MENSUAL)	4.964	2.092.742.530	421.584	1.640.651.272	330.510	78%
1902055	ADENOMA O CANCER PROSTATICO, RESECCION ENDOSCOPICA	1.021	710.910.880	696.289	516.536.924	505.913	73%
1902056	ADENOMA PROSTATICO, TRAT. QUIR. CUALQUIER VIA O TECNICA ABIERTA	352	201.910.139	573.608	145.443.469	413.192	72%
1902065	ORQUIDECTOMIA UN LADO	198	48.116.310	243.012	38.061.424	192.229	79%
1902069	TUMORES MALIGNOS DEL TESTICULO, ORQUIDECTOMIA AMPLIADA	23	16.739.989	727.826	15.070.959	655.259	90%
2001002	COLPOSCOPIA	7.507	132.251.007	17.617	49.588.791	6.606	37%
2002002	MASTECTOMIA PARCIAL	1.674	898.021.587	536.453	627.386.599	374.783	70%
2002003	MASTECTOMIA RADICAL O TUMORECTOMIA	662	581.043.823	877.710	385.615.960	582.501	66%
2003012	CONIZACION Y/O AMPUTACION DEL CUELLO	1.026	307.174.311	299.390	216.874.409	211.379	71%
2003015	HISTERECTOMIA RADICAL	128	154.802.754	1.209.397	109.979.879	859.218	71%
2004003	PARTO PRESENTACION CEFALICA O PODALICA	11.678	6.310.448.162	540.371	5.180.595.165	443.620	82%
2004006	CESAREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMIA	21.003	12.327.923.068	586.960	9.737.640.106	463.631	79%
2104113	ESCOLIOSIS, TRATAMIENTO QUIRURGICO	124	227.087.069	1.831.347	144.699.743	1.166.933	64%
2104129	ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA	728	1.061.847.318	1.458.581	699.976.450	961.506	66%
2301023	CAVIDAD PARA AMPUTADO DE MUSLO	17	2.305.495	135.617	655.838	38.579	28%
2301071	LENTES OPTICOS O DE CONTACTOS (SOLO PARA MAYORES DE 55 ANOS)	68.960	5.831.127.971	84.558	1.419.261.959	20.581	24%

