



GOBIERNO DE
CHILE | Superintendencia
de Salud

Departamento de Estudios y
Desarrollo

*PRESTACIONES DE SALUD
CURATIVAS EN EL SISTEMA ISAPRE
AÑO 2009
Junio de 2010*

Este estudio analiza el perfil de las prestaciones de salud en el sistema Isapre del año 2009, muestra la frecuencia de uso y el gasto asociado a las prestaciones, distribuidas por sexo y tramos de edad, de acuerdo a las distintas modalidades de atención y el tipo de prestador que las otorga, sea este público o privado. Se incluye, por primera vez, información de los principales prestadores de salud privados de las Isapres, según montos facturados y modalidad de atención, así como también una descripción de las principales variables que influyen en el precio de los Planes de Salud de las Isapres, que explican su variación el año 2009, respecto del año anterior. Además, en este documento se incluyen datos generales vinculados con las Garantías Explícitas en Salud (GES) con 56 problemas de salud vigentes, así como también el uso de medicamentos, las drogas antineoplásicas para el tratamiento de los cánceres y las drogas inmunosupresoras para el VIH/SIDA. Se agrega una Tabla de Factores del Gasto Efectivo de las Prestaciones de Salud por sexo y grupos de edad y, finalmente, un análisis de la Equidad de Género. A su vez, en los datos estadísticos se agrega, por primera vez, información por grupos y subgrupos de las principales prestaciones de salud otorgadas en cada una de las 15 regiones del país. (Ver documento en planilla Excel de las Estadísticas de Prestaciones de Salud Año 2009).

1. Introducción

A partir del año 2007 la Superintendencia de Salud cuenta con una nueva base de datos de las prestaciones de salud curativas del Sistema Isapre, con nuevas variables, nuevas prestaciones (prestaciones adicionales) y cambios en la agrupación de las mismas, lo que determina que los resultados globales observados no son comparables con el año 2006. Por ejemplo, agrupación de prestaciones de las Garantías Explícitas de Salud (GES).

Las prestaciones médicas constituyen un conjunto de actividades y procedimientos sanitarios esenciales para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades. Son posibles de agrupar en: **a) Prestaciones Principales:** 1) atenciones médicas; 2) exámenes de diagnóstico; 3) procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico; 4) intervenciones quirúrgicas y 5) otras prestaciones. **b) Prestaciones Adicionales,** tales como las Garantías Explícitas de Salud (GES), Medicamentos, Insumos, Atenciones Dentales y Drogas Antineoplásicas e Inmunosupresoras. Todas ellas pueden ser otorgadas según una modalidad de atención ambulatoria u hospitalaria, ya sea por prestadores de salud públicos o privados.

En términos generales, las prestaciones médicas constituyen, por una parte, los procedimientos diagnósticos y las acciones sanitarias, esencialmente curativas, demandadas por la población usuaria o beneficiaria para el diagnóstico oportuno de la enfermedad y la recuperación de la salud y, por otra parte, representan en función de los ingresos operacionales los principales costos operacionales de las Isapres que alcanzan a un 70,9 % *versus* los 68,7% del año

anterior y, con relación a la estructura de los costos, un 81,3% de los mismos, similar al año 2008, que fue de un 81,4%.

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

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

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

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

C1.- Gasto *Percápita* en Prestaciones de Salud, Años 2008-2009

	Isapres año 2008	Isapres año 2009
Beneficiarios promedio	2.784.719	2.770.731
Monto bonificado (\$ mill)	\$715.765*	\$771.594*
Bonificado <i>per cápita</i> (\$)	\$257.033*	\$277.081*
Facturado <i>per cápita</i> (\$)	\$383.035*	\$415.409*

* Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

Al comparar el gasto en prestaciones entre los años 2008-2009, podemos observar un aumento en el monto bonificado absoluto de un 9,3% y un aumento en el monto bonificado *per cápita* y facturado *per cápita* de un 9,3% y 10,0%, respectivamente durante el año 2009, respecto del año 2008.

2) Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2009, (incluidas las prestaciones por GES), que totalizan 52.566.645, en primer lugar, se encuentran los exámenes diagnósticos que representan un 40%, seguido de las atenciones médicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico, ambos con un 23%. Las intervenciones quirúrgicas representan sólo un 1% del total de las prestaciones. Lo anteriormente expuesto se muestra en el cuadro siguiente.

C2.- Número de Prestaciones de Salud, Montos Facturados y Porcentaje de Bonificación otorgados a los Beneficiarios - Año 2009

Prestaciones	Nº	%	Mill\$	%	% Bonificación	
					Año 2008	Año 2009
Atenciones médicas	12.041.181	23%	231.921	19%	64%	63%
Exámenes de diagnóstico	20.818.463	40%	200.589	16%	68%	66%

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.

Procedimientos de apoyo clínico / terapéuticos	11.857.737	23%	144.713	12%	53%	52%
Intervenciones quirúrgicas	350.561	1%	150.591	12%	67%	67%
Otras prestaciones	1.806.491	3%	276.856	22%	74%	74%
SUBTOTAL	46.874.433		1.004.671		66%	66%
Garantías Explícitas de Salud (GES)	3.918.236	7%	60.195	5%	93%	95%
Insumos y materiales clínicos	522.391	1%	71.040	6%	76%	75%
Medicamentos	534.664	1%	66.401	5%	78%	80%
Dental	697.375	1%	19.163	2%	41%	38%
Drogas Antineoplásicas	18.088	0%	15.646	1%	69%	69%
Drogas Inmunosupresoras	1.422	0%	505	0%	80%	73%
Sin clasificar	36	0%	10	0%	100%	100%
TOTAL GENERAL	52.566.645	100%	1.237.630	100%	68%	68%

Las atenciones médicas representan un 19% del monto total facturado. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. Le siguen los exámenes diagnósticos con un 16%. Finalmente, las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico contribuyen ambos individualmente con un 12%.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones principales, éste fluctúa entre un 52% y 67%, presentando los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico el porcentaje más bajo y las cirugías los porcentajes más altos, manteniéndose la misma bonificación en las cirugías, respecto a lo observado el año 2008.

El promedio de bonificación general fue de un 68% 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 18 veces mayor que el valor promedio de todas las prestaciones (\$23.544), alcanza un tercer lugar en los montos facturados totales, después de las atenciones médicas y los exámenes diagnósticos, tal como se expuso anteriormente en el cuadro N° 2.

C3.- Montos Facturados y Bonificados Promedios por Prestaciones de Salud Años 2008- 2009

PRESTACIONES	Monto Facturado * (\$ por Prestación Años		Monto Bonificado *(\$ por Prestación Años		Co-pago *(\$ por Prestación Años	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Atenciones médicas	18.038	19.186	11.512	12.094	6.526	7.092
Exámenes diagnósticos	8.675	9.598	5.875	6.381	2.799	3.216
Procedimientos de apoyo	11.808	12.157	6.252	6.343	5.557	5.814
Cirugías	382.782	427.912	254.663	284.664	128.119	143.248

Otras prestaciones	142.957	152.664	106.468	113.270	36.489	39.394
Medicamentos e insumos	106.408	129.520	81.648	100.399	24.760	29.121

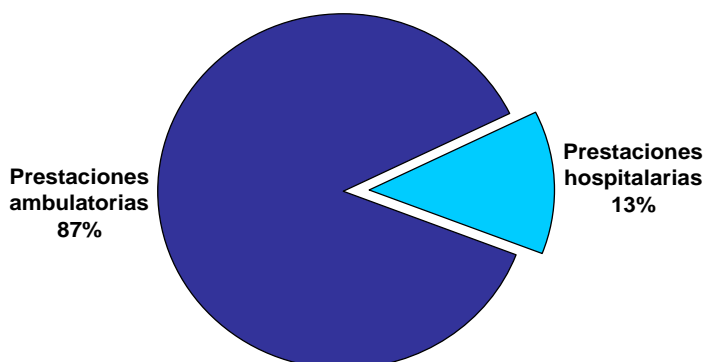
Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

Como se puede observar en el cuadro N° 3, durante el año 2009 los medicamentos e insumos muestran aumentos en los montos facturados, bonificados y en los copagos de un 22%, 23% y 18%, respectivamente y también las cirugías con aumentos de un 12%, 12% y 12%, respectivamente. También los exámenes diagnósticos evidencian aumentos en los montos facturados, bonificados y en los copagos de un 11%, 9% y 15%, respectivamente. En el resto de las prestaciones no se aprecian variaciones significativas entre los años 2008 y 2009.

3) Prestaciones de salud y modalidades de atención

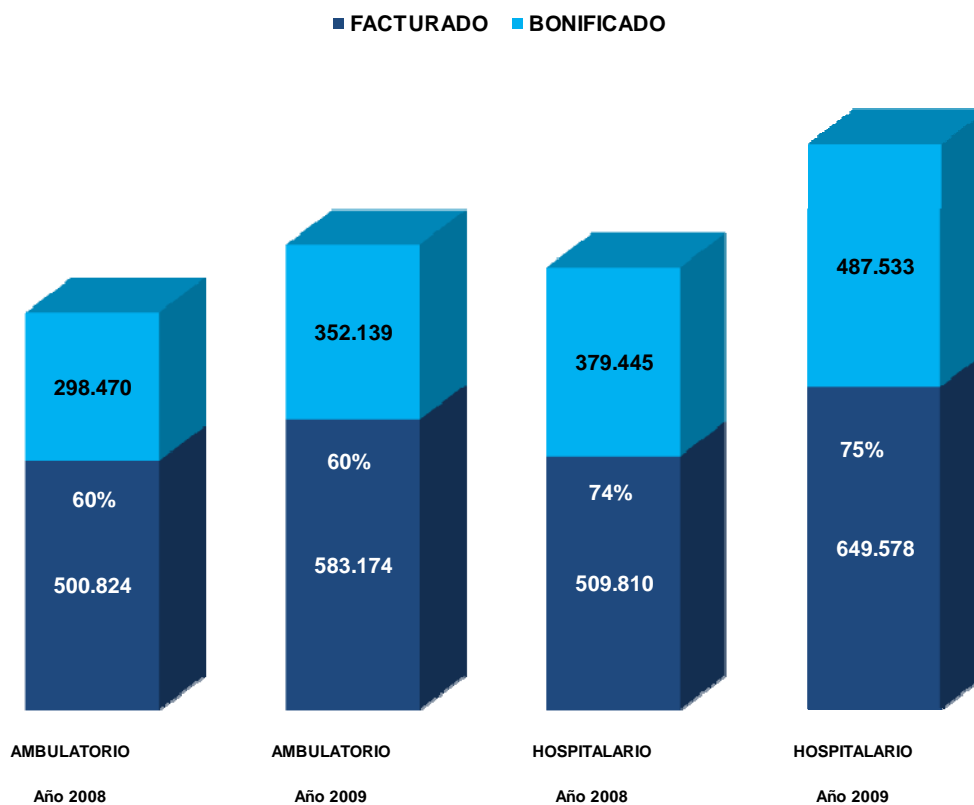
Las prestaciones médicas principales alcanzan a 46.874.433 y las prestaciones adicionales suman 5.692.212, totalizando 52.566.645 prestaciones, de las cuales 45.557.146 se otorgaron ambulatoriamente y 7.010.009 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 87% y 13%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico N°1, siendo la distribución porcentual igual a la observada durante el año 2008.

G1.- Modalidades de Atención de las Prestaciones de Salud - 2009



El monto total facturado ascendió a la suma de \$1.237.703 millones el año 2009, correspondiendo \$585.516 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$652.187 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 47% y un 53%, respectivamente. A su vez, las bonificaciones correspondientes, alcanzaron a \$353.553 y \$489.491 millones, representando un 60% y 75%, respectivamente, reflejo de la bonificación diferenciada de los planes de salud de las Isapres, según la modalidad de atención, lo que se representa en el gráfico siguiente.

G2.- Montos Facturados y Bonificados (Mill \$) según Modalidad de Atención - Años 2008 y 2009



Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

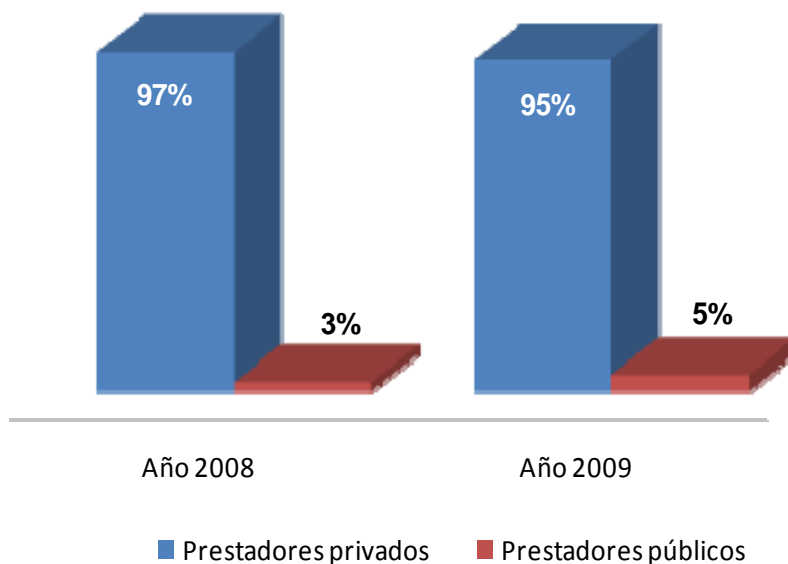
Las atenciones ambulatorias del año 2009, tanto en los montos facturados como bonificados, no presentan diferencias significativas con respecto a lo observado el año 2008. Por otra parte, el aumento en los montos facturados hospitalarios durante el año 2008 se vincula con el mayor uso de las prestaciones GES, insumos y materiales clínicos, de medicamentos y drogas antineoplásicas e inmunosupresoras hospitalarias de alto costo.

Cabe destacar el hecho que, aún cuando las atenciones de tipo hospitalario sólo representan el 13% del total de las prestaciones médicas otorgadas, éstas corresponden a un 53% del total de los montos facturados.

4) Prestaciones de Salud y Prestadores Privados y Públicos

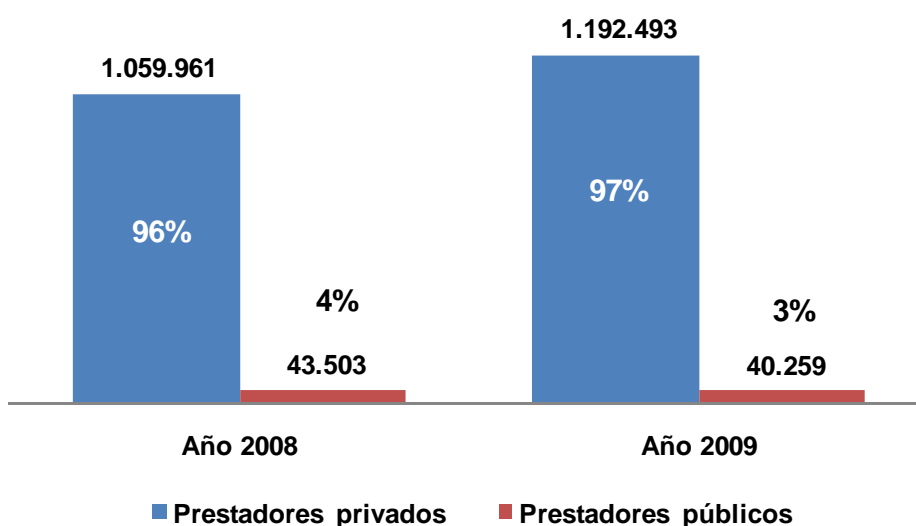
Del total de prestaciones médicas (frecuencia), que alcanzaron a 52.567.155, un 95% fueron otorgadas por prestadores privados y, el 6% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el gráfico siguiente. Esta distribución porcentual fue similar a la observada durante el año 2008, con un leve aumento en los prestadores públicos.

G3.- Prestaciones de Salud otorgadas según Prestadores - Años 2008 - 2009



Del total de montos facturados por concepto de prestaciones médicas durante el año 2009, \$1.192.493 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$40.259 millones por prestadores públicos, correspondientes a un 97% y 3%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

G4.- Montos Facturados (Mill \$) según Prestadores - Años 2008-2009



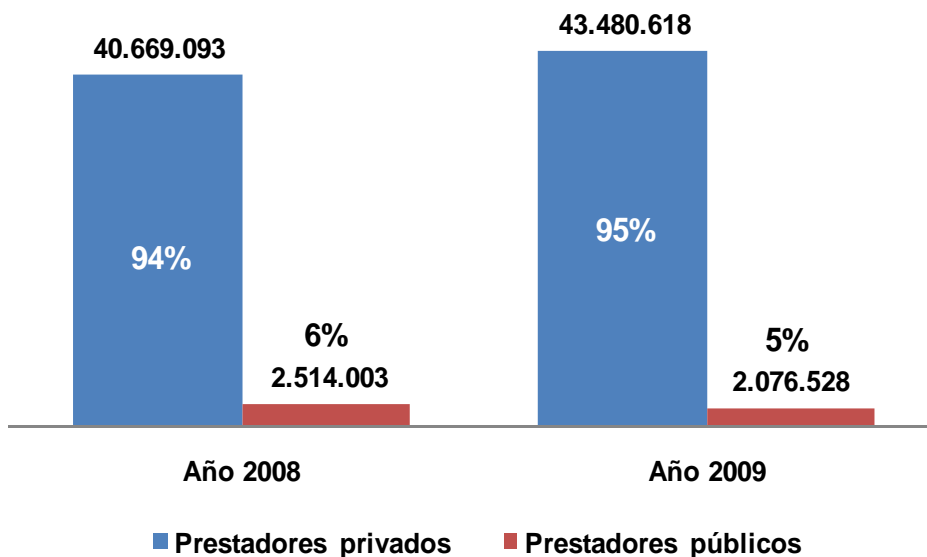
Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

Al comparar estas cifras con las observadas durante el año 2008, con valores expresados en moneda a diciembre del año 2009, se aprecian diferencias significativas en los montos facturados de los prestadores privados. Es así como el aumento en los montos facturados en los prestadores privados fue de un 13% (1.059.961 millones del año 2008 *versus* 1.192.493 millones del año 2009) y en los prestadores públicos la disminución fue de un 7% (43.503 millones del año 2008 *versus* 40.259 millones del año 2009). En los prestadores privados el incremento obedeció a los rubros de consultas médicas, laboratorio, imagenología, psicología clínica, cirugía abdominal, Garantías Explícitas de Salud (GES), medicamentos y drogas antineoplásicas. En los prestadores públicos, las disminuciones estuvieron principalmente determinadas por las consultas médicas, días camas, GES y medicamentos.

Respecto al uso de la infraestructura pública, tanto hospitalaria y ambulatoria de parte de los beneficiarios de las Isapres, derivado de la implementación del Plan AUGE o Garantías Explícitas en Salud (GES), con 56 problemas de salud garantizados a partir del 1° de julio del año 2007, podemos señalar que durante el año 2008 de un total de 3.918.236 prestaciones GES vinculadas con las distintas Intervenciones Sanitarias, tales como Diagnóstico, Tratamiento o Seguimiento, un 0,4% (17.547), fueron otorgadas en prestadores públicos. Con relación a los montos facturados por GES que corresponden a Mill\$ 60.195, un 2,0% (Mill\$ 1.222) fueron facturados por prestadores públicos.

Por otra parte, de un total de 45.557.146 atenciones ambulatorias, 43.480.618 fueron otorgadas por prestadores privados y 2.076.528 se realizaron en prestadores públicos, representando un 95% y 5%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente. Si se compara estas cifras con las observadas durante el año 2008, vemos que existe en las atenciones ambulatorias de los prestadores privados un aumento de un 7% (40.669.093 atenciones del año 2008 *versus* 43.480.618 atenciones del año 2009) y una disminución porcentual de un 17% en los prestadores públicos (2.514.003 atenciones del año 2008 *versus* 2.076.528 atenciones del año 2009).

G5.- Atenciones Ambulatorias (frecuencia) según Prestadores - Años 2008- 2009

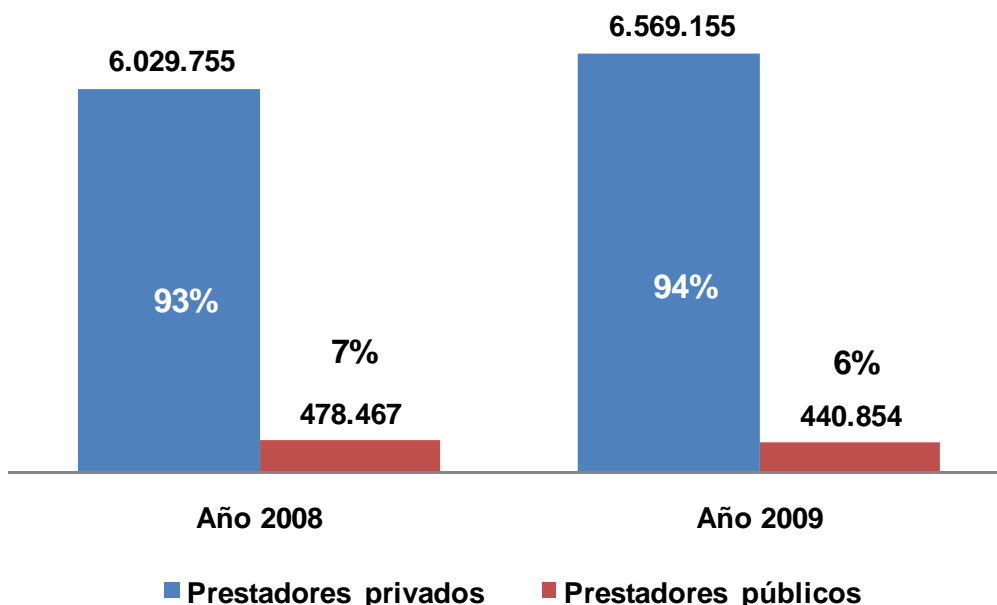


A su vez, de un total de 7.010.009 atenciones hospitalarias, 6.569.155 fueron otorgadas por prestadores privados y 440.854 se realizaron con prestadores públicos, representando un 94% y un 6%, respectivamente, tal como se aprecia en el gráfico N°6.

Al comparar estos datos con los observados durante el año 2008, podemos señalar que hubo un aumento de un 9% de las atenciones hospitalarias en prestadores privados (6.029.755 *versus* 6.569.155) y una disminución de un 8% de atenciones hospitalarias en prestadores públicos (478.467 *versus* 440.854).

Esto obedece principalmente, a nivel privado, a un aumento de las atenciones médicas hospitalarias, prestaciones de carácter diagnóstico (exámenes e imagenología), cirugías oftalmológica y abdominal, días cama, derecho de pabellón, medicamentos y drogas antineoplásicas. A nivel público, las disminuciones obedecieron a una baja en los exámenes de diagnóstico (exámenes de laboratorio e imagenología), los procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico, otras prestaciones hospitalarias tales como días cama y derecho de pabellón, uso de las GES y de medicamentos. Esto determinó que, en términos porcentuales, en los prestadores privados las atenciones hospitalarias aumentaran de un 93% a un 94% y en los prestadores públicos las atenciones hospitalarias disminuyeran de un 7% a un 6%.

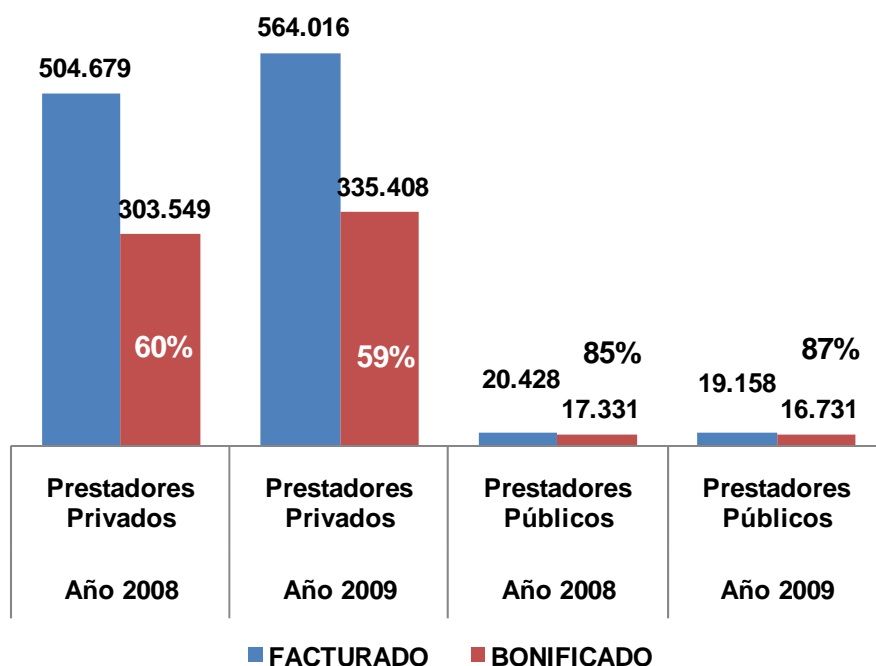
**G6.- Atenciones Hospitalarias según Prestadores (frecuencia)
Años 2008 - 2009**



Por otra parte, de un total de \$564.016 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$335.408 millones, representando un 59% de bonificación. En cambio, en los prestadores públicos fueron bonificados \$16.731 millones de un monto total facturado de \$19.158, representando un 87% de bonificación.

Al realizar un análisis comparativo entre los años 2008 y 2009, podemos observar que en los prestadores privados el porcentaje de bonificación bajó de un 60% a un 59% y en los prestadores públicos el aumento de bonificación fue de un 85% a un 87%, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

**G7.- Atenciones Ambulatorias Facturadas y Bonificadas (Mill \$) según Prestadores
Años 2008- 2009**



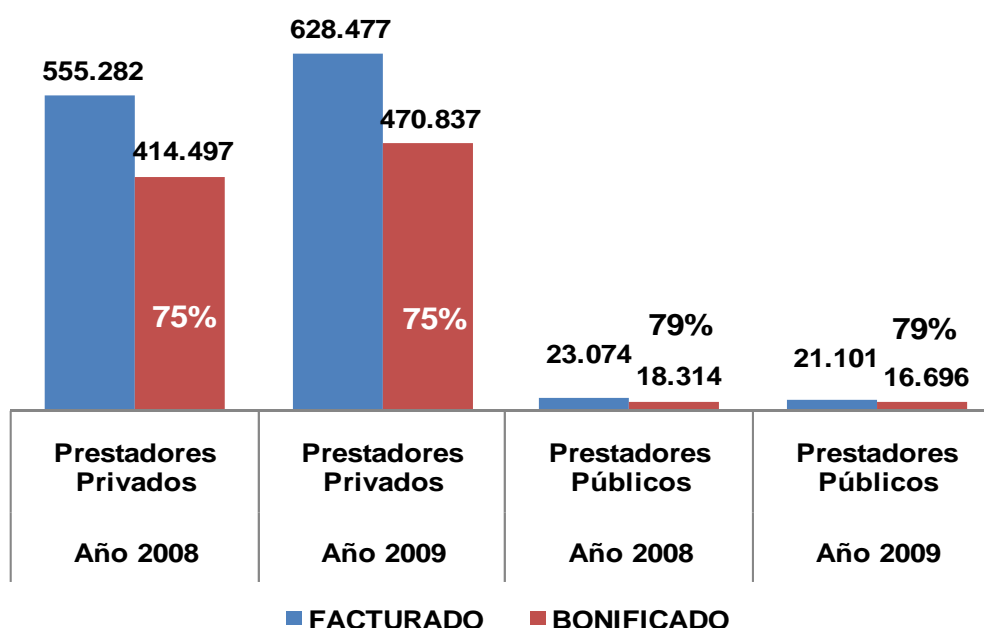
Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

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

Asimismo, de un total \$628.477 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$470.837 millones, correspondiente a un 75%, similar al porcentaje de bonificación del año 2008.

En los prestadores públicos fueron bonificados \$18.314 millones de un monto total facturado de \$23.074 millones, correspondiente a un 79% de bonificación, siendo un 4% superior con relación a lo observado en los prestadores privados, lo que se representa en el gráfico siguiente.

G8.- Atenciones Hospitalarias Facturadas y Bonificadas (Mill \$) según Prestadores Años 2008 - 2009



Valores expresados en moneda a diciembre de 2009

Al igual que en las atenciones ambulatorias, la mayor bonificación a nivel de prestadores públicos, puede estar determinado por el menor valor facturado de las prestaciones hospitalarias, lo que asociado al monto de los topes de las prestaciones establecidos en los planes de salud de las Isapres, se traduce en un porcentaje de bonificación mayor que el observado en los prestadores privados. Cabe hacer presente, tal como se expuso anteriormente, que la cantidad de beneficiarios promedio disminuyó un 2% entre los años 2008 y 2009 (2.784.719 del año 2008 *versus* 2.777.731 personas beneficiarias del año 2009), de manera que las diferencias unitarias por persona son mayores, lo que se abordará en los capítulos siguientes.

5) Principales Prestadores de Salud Privados de las Isapres

A nivel nacional durante el año 2009, los prestadores de salud privados de las Isapres, que concentran el 50,1% de los montos facturados, se agrupan en 21 prestadores principales, según mayores montos facturados, lo que se observa en el cuadro N° 4.

En primer lugar, se encuentra la Clínica Alemana con 100.111 millones de pesos (8,1%); en segundo lugar, se ubica la Clínica Las Condes con 81.694 millones de pesos (6,6%) y, el tercer lugar, lo ocupa el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile con 61.148 millones de pesos (4,9%). A su vez, entre los 21 principales prestadores de salud privados de las Isapres, se encuentra la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), que se ubica en el lugar 18. Cabe hacer presente, que esta institución es una Corporación Privada, mutualidad sin fines de lucro, administradora del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Ley N° 16.744, que también otorga prestaciones de medicina curativa a través de una Red de Centros Preventivos y de Salud a lo largo del país, y/o a través de otros prestadores de salud privados en convenio, para satisfacer algunas de las necesidades de salud curativas de sus más de 1.600.000 trabajadores. Actualmente, tiene un nuevo Centro

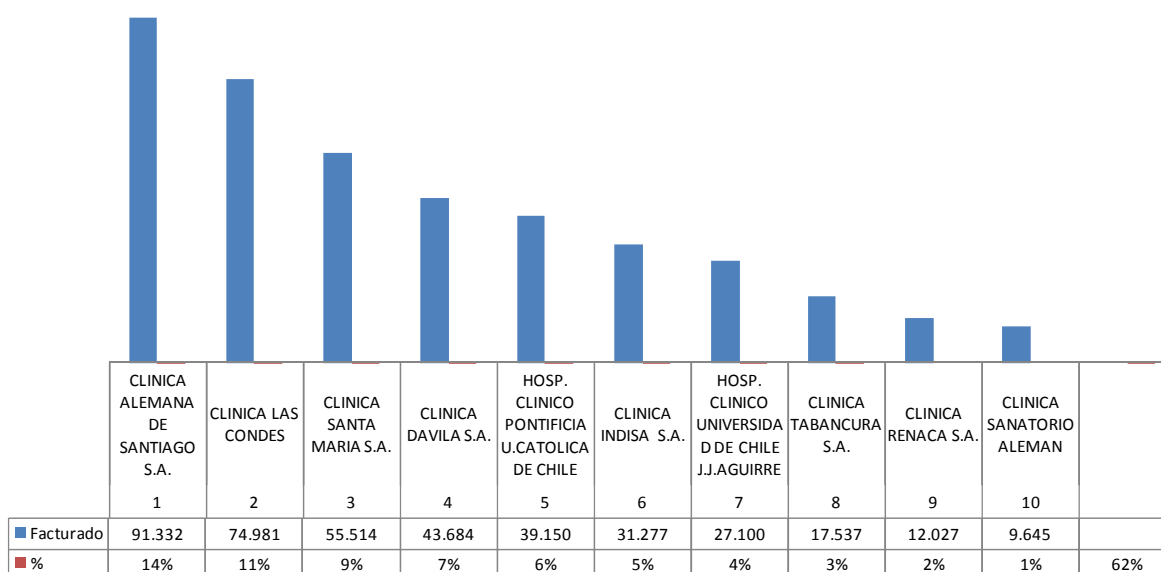
de Especialidades Médicas que cuenta con una amplia gama de especialidades para atenciones curativas (Hospital del Trabajador Santiago), que tiene convenio con algunas de las principales Isapres y el Fonasa.

C4.- Prestadores de Salud en Isapres según Montos Facturados (Mill \$) Año 2009

N°	Prestadores de Salud	Montos Facturados (Mill\$)	Participación (%)	Participación Acumulada (%)
1	CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.	100.111	8,1%	8,1%
2	CLINICA LAS CONDES	81.694	6,6%	14,7%
3	HOSPITAL CLINICO PONTIFICIA U.CATOLICA DE CHILE	61.148	4,9%	19,6%
4	CLINICA SANTA MARIA S.A.	59.685	4,8%	24,5%
5	CLINICA DAVILA S.A.	47.560	3,8%	28,3%
6	MEGASALUD S.A.	39.098	3,2%	31,5%
7	HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE J.J.AGUIRRE	35.409	2,9%	34,3%
8	CLINICA INDISA S.A.	32.944	2,7%	37,0%
9	SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA S.A.	28.772	2,3%	39,3%
10	CLINICA TABANCURA S.A.	18.365	1,5%	40,8%
11	FUNDACION DE SALUD EL TENIENTE	17.411	1,4%	42,2%
12	CLINICA REÑACA S.A.	13.739	1,1%	43,3%
13	INDISA DIAGNOSTICO	11.553	0,9%	44,2%
14	CLINICA SANATORIO ALEMAN	11.341	0,9%	45,2%
15	OMESA S.A.	10.672	0,9%	46,0%
16	CLINICA AVANSALUD S.A.	10.107	0,8%	46,8%
17	CLINICA ANTOFAGASTA II REGION	9.666	0,8%	47,6%
18	ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD	9.001	0,7%	48,3%
19	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LTDA	7.530	0,6%	48,9%
20	FUNDACION ARTURO LOPEZ PEREZ	7.234	0,6%	49,5%
21	HOSPITAL DEL COBRE DR. SALVADOR ALLENDE	6.875	0,6%	50,1%
	OTROS PRESTADORES DE SALUD	617.713	49,9%	100,0%
	TOTAL	1.237.630	100%	

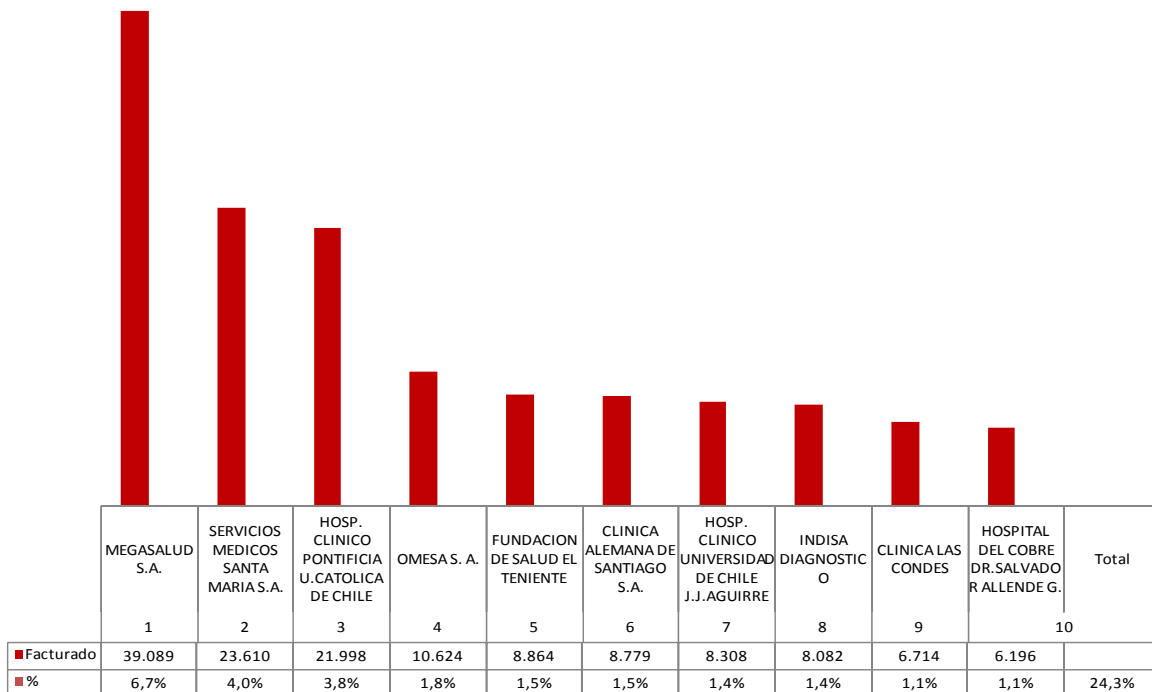
Asimismo, en este grupo, el 40,8% del total de los montos facturados se concentra en 10 principales prestadores de salud privados. A continuación se muestran los 10 principales prestadores, según prestaciones hospitalarias.

G9.-10 Principales Prestadores de Salud Privados Montos Facturados (Mill \$) por Prestaciones Hospitalarias - Año 2009



De un total de 652.187 Mill\$ facturados por prestaciones hospitalarias, un monto de 402.246 Mill\$, equivalente a un 62%, fueron realizados por los 10 principales prestadores de salud. Entre éstos se encuentran, en primer lugar, la Clínica Alemana de Santiago con 91.332 Mill\$ (14%), en segundo lugar, la Clínica Las Condes con 74.981 Mill\$ (11%) y, en tercer lugar, la Clínica Santa María con 55.514 Mill\$ (9%), concentrando estos tres establecimientos asistenciales el 34% del total de los montos facturados hospitalarios.

G10.-10 Principales Prestadores de Salud Montos Facturados (Mill \$) por Prestaciones Ambulatorias - Año 2009



De un total de 585.516 Mill\$ facturados por prestaciones ambulatorias, un monto de 142.265 Mill\$, equivalente a un 24,3%, fueron realizados por 10 prestadores de salud. En orden de importancia se encuentran, en primer lugar, Megasalud con 39.089 Mill\$ (6,7%), en segundo lugar, Servicios Médicos Santa María con 23.610 Mill\$ (4,0%) y, en tercer lugar, el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile con 21.998 Mill\$ (3,8%), concentrando estos tres establecimientos asistenciales el 14,5% del total de los montos facturados ambulatorios.

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

C5.- Principales Prestadores de Salud en Isapres según Montos Facturados (Mill \$) Hospitalarios versus Ambulatorios Año 2009

Orden de Importancia	Prestadores de Salud	Montos Facturados Hospitalarios (Mill \$)	%	Montos Facturados Ambulatorios (Mill \$)	%	Montos Facturados Totales (Mill \$)
1	CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.	91.332	91%	8.779	9%	100.111
2	CLINICA LAS CONDES	74.981	92%	6.714	8%	81.694
3	HOSP. CLINICO PONTIFICIA U.CATOLICA DE CHILE	39.150	64%	21.998	36%	61.148
7	HOSP. CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE J.J.AGUIRRE	27.100	77%	8.308	23%	35.409

Al realizar un análisis descriptivo podemos señalar que los dos principales prestadores de salud, la Clínica Alemana y la Clínica Las Condes, que se ubican en el 1 y 2 lugar de importancia, respectivamente, más del 90% de sus montos facturados están vinculados con prestaciones de tipo hospitalario, siendo bonificadas como tal por las Isapres. En cambio, los Hospitales Clínicos de la Universidad Católica y de Chile, ubicados en los lugares 3 y 7 de importancia, respectivamente, del total de sus montos facturados, un 36% y 23% son por prestaciones otorgadas ambulatoriamente.

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

3.a) Prestaciones de Salud por sexo

La tasa² de consultas médicas anuales por beneficiario fue de 4,1 y las mujeres tienen una frecuencia de 1,7 consultas médicas más que los hombres, por cuanto acuden más fácilmente a los servicios médicos y presentan una serie de afecciones y condiciones de salud distintas a los hombres, las que se expondrán más adelante.

Con respecto a la cantidad de exámenes de laboratorio realizados, destaca el hecho que, tanto al hombre como a la mujer se le solicitan, por lo menos, un examen de laboratorio por cada consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 13%. A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a un 28% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 26%, hechos que pueden estar relacionados con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y ginecológicas (tumores benignos y malignos).

Asimismo, las mujeres tienen 29% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil, ginecológicos (patología tumoral) y a la mayor incidencia de patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas que presentan.

Por otra parte, la comparación de los indicadores de uso de las prestaciones por sexo y total entre los años 2008-2009, permite evidenciar un aumento en la tasa de consultas médicas (3,9 *versus* 4,1). En términos generales, el número de atenciones médicas durante el año 2009 fue de 11.337.401 a diferencia del año 2008, que fue de 10.922.859, con un aumento de 414.542 atenciones, equivalente a un aumento de un 3,8%, que es relativa, por cuanto no se incluyen en

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

este cálculo las atenciones médicas contenidas en las canastas de prestaciones de los protocolos referenciales de las GES y según lo indicado en el Cuadro N° 2, la frecuencia de atenciones GES fue de 3.918.236. Por consiguiente, al no considerar en el cálculo de la tasa de consultas médicas por beneficiario del año 2009 las consultas médicas de las GES, el número observado de 4,1 es inferior al real.

En el resto de las prestaciones podemos observar un incremento de los exámenes de laboratorio, imagenología e intervenciones quirúrgicas, de un 2%, 2% y -1%, respectivamente, siendo el incremento mayor en los hombres respecto de las mujeres en las consultas médicas y los exámenes de laboratorio.

Lo anteriormente expuesto se representa en el cuadro siguiente.

C6.- Frecuencia de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario y Sexo Años 2008-2009

VARIABLES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
N° de consultas médicas anual por beneficiario	4,8	5,0	3,1	3,3	3,9	4,1
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	154	157	135	139	146	149
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	31	32	25	25	28	29
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	145	144	112	111	128	127

Por otra parte, al comparar diversos indicadores de uso de prestaciones, tales como el número de consultas por beneficiario, exámenes de laboratorio por 100 consultas, exámenes de imagenología por 100 consultas e intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios, entre el sistema público³ y privado de salud observamos valores inferiores en todos los indicadores, con excepción de las consultas médicas.

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

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

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

C7.- Frecuencia de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario en Fonasa* (Año 2006) e Isapre (Año 2009)

	FONASA*	ISAPRE	Variación %
Nº de consultas médicas anual por beneficiario	5,3	4,1**	30%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	100	149	-33%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	11	29	-61%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	93	127	-26%

*Los indicadores del FONASA consideran datos hasta el año 2006, por cuanto a partir del año 2007 el FONASA no gestiona los datos de la MAI ni de la APS, motivo por el cual estos datos no se publican en el Boletín Estadístico del FONASA 2007-2008.

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

La menor cantidad de exámenes de laboratorio en el Fonasa -entre otras cosas- pudiera explicarse por una oferta o disponibilidad menor y/o insuficiente de exámenes en los niveles de atención primarios (Consultorios) y secundarios (Centros de Referencia de Salud y Centros Diagnóstico-Terapéuticos), lo que pudiera estar asociado a la aplicación de políticas de contención de costos y/o a la implementación de la GES con 40 problemas de salud a partir del 1º de julio del año 2006, al usar protocolos de atención, que obligan a racionalizar el uso de diferentes tipos de exámenes.

A su vez, la diferencia existente entre el Fonasa y el Sistema Isapre, en cuanto al número de exámenes de imagenología, alrededor de un 61% menos en el Fonasa, podría explicarse, entre otras variables, por una oferta insuficiente de recursos -en grados variables- en infraestructura, equipamiento y a la falencia de determinados grupos de profesionales médicos especialistas, en los distintos niveles de atención. A esto podría agregarse la existencia de capacidad hospitalaria ociosa y la falta de disponibilidad horaria permanente, problemas de accesibilidad y limitaciones financieras de los beneficiarios para el copago de las prestaciones, ya que el Fonasa tiene los beneficiarios con la menor capacidad financiera.

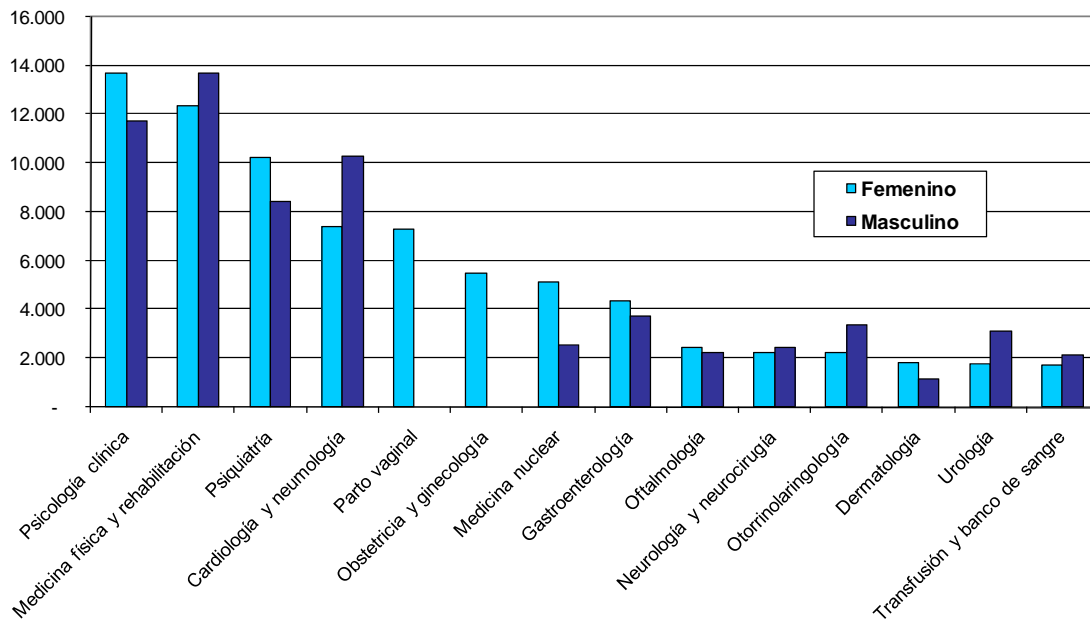
Con respecto a las diferencias porcentuales observadas en la cantidad de cirugías por cada 1.000 beneficiarios de menos 26%, entre el Fonasa y el Sistema Isapre, podemos señalar que esto obedece a una menor realización de cirugías en el Fonasa, por diversas razones (déficit de infraestructura hospitalaria,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

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

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

ginecológicas, tal como se aprecia en el gráfico siguiente, cobrando relevancia la psicología clínica y la psiquiatría, siendo similar a lo observado durante el año 2008.

G11.-Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico por Sexo Año 2009 (Mill \$)



En el caso del hombre, destacan la medicina física y rehabilitación, psicología clínica, las atenciones de cardiología y neumología, parto vaginal similar a lo observado en el caso de la mujer. Le siguen las atenciones psiquiátricas y, finalmente, las prestaciones otorrinolaringológicas, similar a lo observado el año 2008.

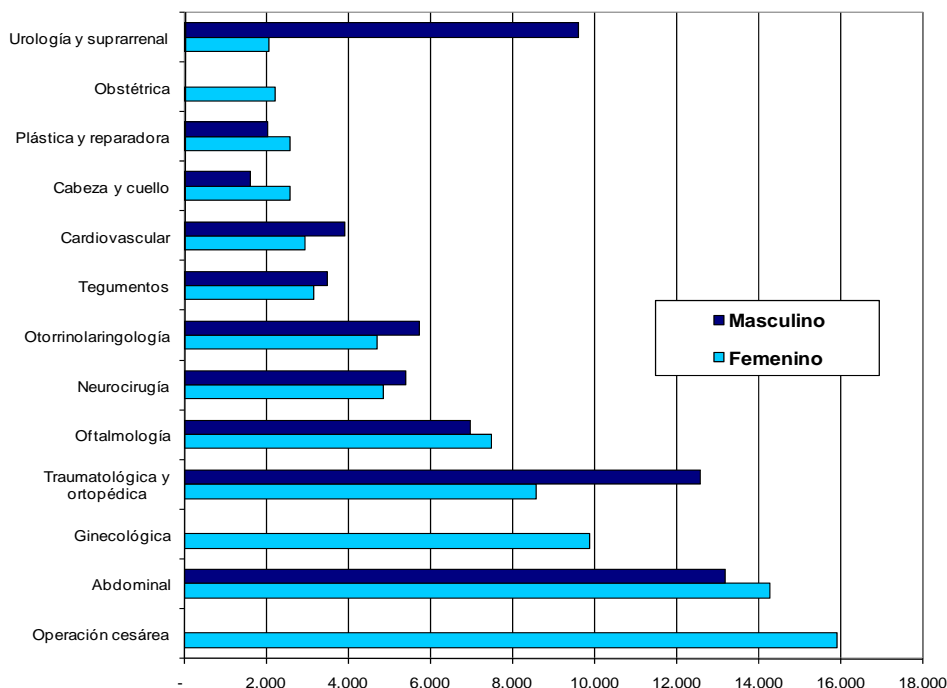
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a medicina física y rehabilitación, cardiología y neumología, otorrinolaringología y, finalmente, urología.

Cabe precisar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente, respecto del año anterior, son los siguientes: parto, disminuyó de 77% a 76%; medicina física y rehabilitación, se mantuvo en 54%; atenciones psiquiátricas, disminuyó de 32% a 31%; psicología clínica se mantuvo en 35%; cardiología y neumología disminuyó de 65% a 63%; otorrinolaringología disminuyó de 38% a 37%, y las urológicas disminuyeron de 78% a 76%.

3.c) Intervenciones quirúrgicas

Con respecto a las principales intervenciones quirúrgicas que representan los mayores montos facturados en la mujer, se encuentran, en orden de importancia decreciente, las operaciones cesáreas y abdominales (Apendicitis, Hernias y patología vesicular), la cirugía ginecológica (tumores benignos y malignos), las cirugías traumatológicas y ortopédicas, oftalmológicas y neuroquirúrgicas, como se observa en el gráfico siguiente, similar a lo observado el año 2008.

G12.-Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas por Sexo Año 2009 (Mill \$)



En el caso del hombre, destacan la cirugía abdominal (por causas similares que en la mujer), traumatológica y ortopédica que superó a las urológicas y suprarrenales (litiasis urinaria y patología prostática). Le siguen las cirugías oftalmológicas, otorrinolaringológicas, neuroquirúrgicas y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, similar a lo observado el año 2008.

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

A su vez, cabe destacar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones quirúrgicas son diferentes y porcentualmente, con respecto al año anterior, son los siguientes: operación cesárea, disminuyó de 74% a 73%; cirugía ginecológica, se mantuvo en 66%; cirugía abdominal, disminuyó de 68% a 67%; traumatológica y ortopédica, disminuyó de 64% a 63%; neuroquirúrgica, aumentó de 62% a 65%; oftalmológica, aumentó de 74% a 76%; urológica y suprarrenal, se mantuvo en 72%; otorrinolaringológica, se mantuvo en 59% y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, se mantuvieron en 73%.

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

C8.- Partos Vaginales y Operaciones Cesáreas en el Sistema Isapre (Año 2009) y Fonasa MAI – MLE (Año 2006)

	ISAPRE	FONASA
Parto vaginal	13.291	95.581
Cesárea	25.845	39.481
****PAD en Modalidad de Libre Elección (MLE Año 2008)		50.066
Parto vaginal en MLE (Año 2008)		319
Cesárea en MLE (Año 2008)		720
Beneficiarios	2.770.731	11.479.384**
Tasa de natalidad *	14,1	16,2
Razón parto/cesárea	0,5	2,4***

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

**Población Beneficiaria del FONASA a diciembre 2006.

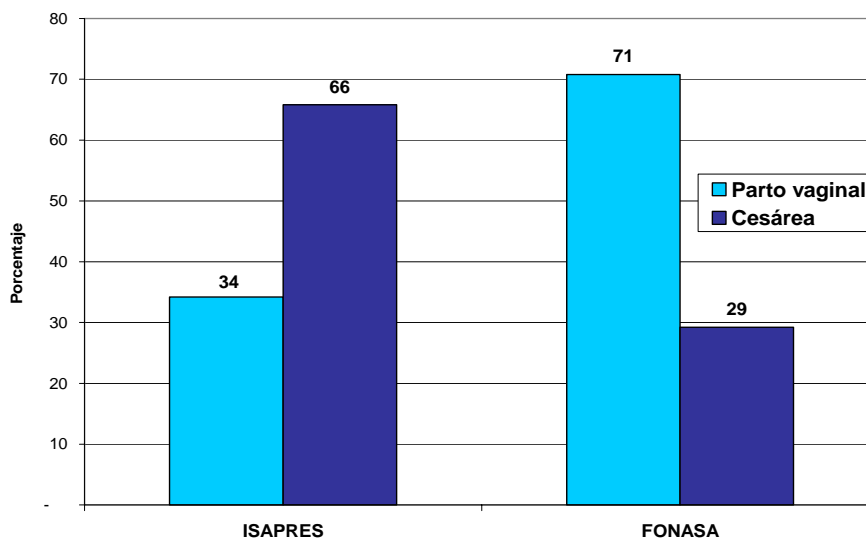
*** Razón parto/cesárea en Fonasa Modalidad de Atención Institucional (MAI).

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

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

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

G13.-Porcentaje de Partos Vaginales *versus* Cesáreas en Isapres (Año 2009) y Fonasa MAI (Año 2006)



Al respecto, es posible señalar que la mayor incidencia de cesáreas observadas en el Sistema Isapre pudiera deberse a un factor de “comodidad”, tanto para la madre como para el médico, al poder planificar el día y la hora de la atención del parto cesárea. En este mismo sentido, al observar lo que sucede en el Fonasa MLE del año 2008, de un total de 1.039 atenciones de parto, 319 corresponden a partos vaginales y 720 a cesáreas, representando un 31% y 69%, respectivamente, similar a lo que sucede en el sistema Isapre.

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

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

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

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

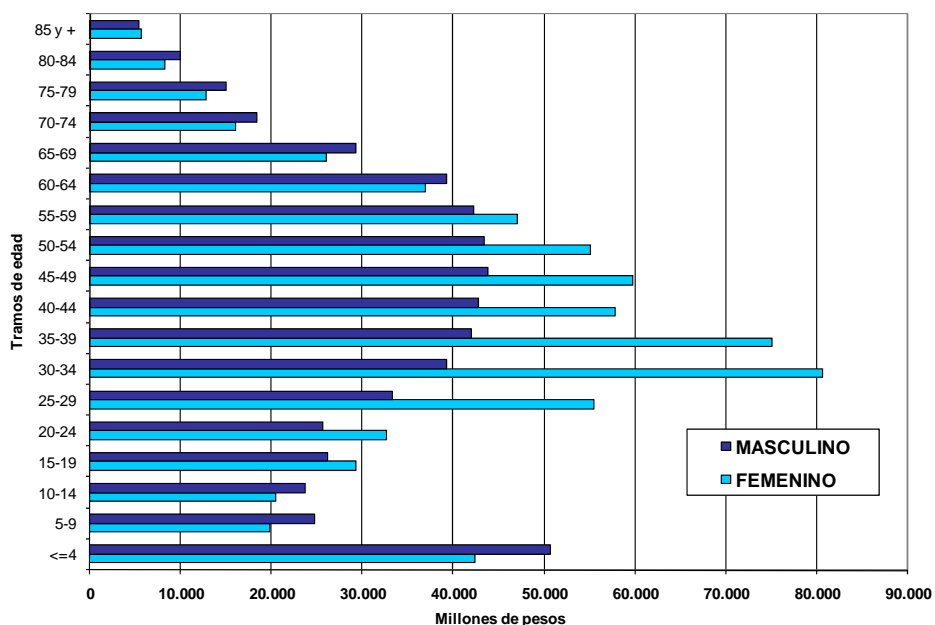
En ambos casos, esto se traduce en mayores beneficios para la mujer al efectuar el cotizante o la cotizante un copago menor por estas prestaciones. Asimismo, en Isapres el año 2009, los copagos por partos vaginales y cesáreas alcanzaron un monto promedio de \$133.723 y \$167.691, respectivamente.

Finalmente, cabe destacar, que la tasa de natalidad estimada (“R.N. estimados” x 1.000 beneficiarios) en el sistema Isapre (año 2009) es un 15% inferior a la del Fonasa (Año 2006) (14.1 *versus* 16.2).

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

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

G14.- Montos Facturados en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2009



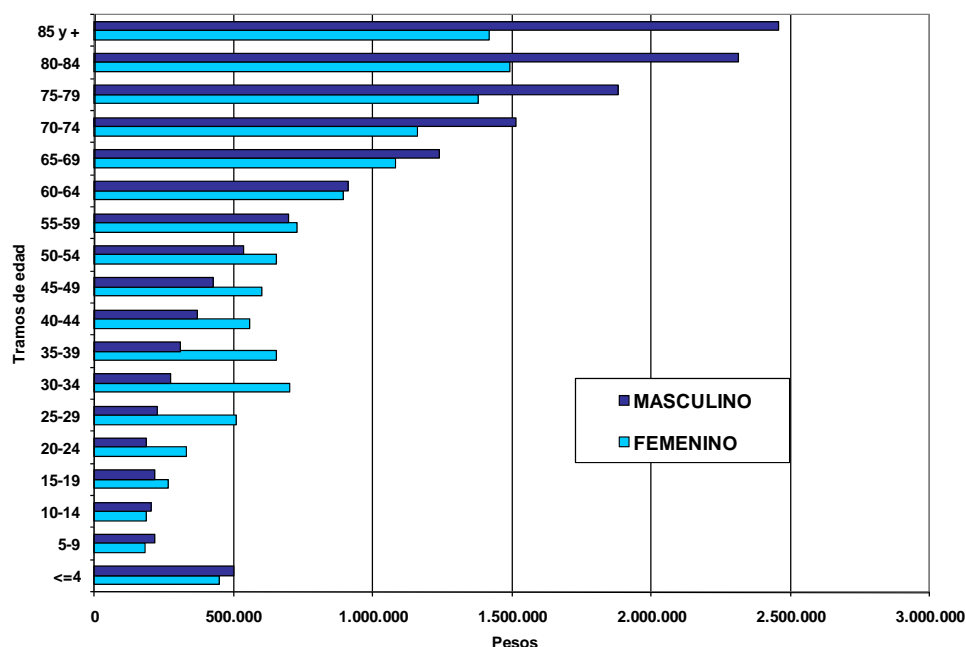
Si bien la proporción del monto total facturado atribuible a la mujer es de un 55%, cabe hacer presente que, entre los 25 y 49 años de edad, este porcentaje aumenta a un 62% con relación a los hombres.

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 litíásica 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 siguiente, los montos facturados *per cápita* en las mujeres entre los 15 y 59 años, predominan por sobre los de los hombres, debido a los mayores gastos derivados de prestaciones obstétricas (embarazo, aborto, parto y puerperio hasta los 50 años), tumores ginecológicos (mama, útero y ovario), patología vesicular (Colelitiasis) y Cataratas. A partir de los 60 años, los hombres presentan un gasto *per cápita* mayor que las mujeres, 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.

G15.- Montos Facturados Per Cápita en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2009



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 \$703.858, el que casi se duplica en el tramo de edad 75-79 años, con un monto facturado promedio de \$1.380.795.

En el caso del hombre, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$275.240, equivalente a un tercio del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 75-79 años, es 7 veces mayor, con un monto de \$1.880.434, siendo superior en \$499.639, con respecto a la mujer, representando un 36% de mayor gasto en el hombre.

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

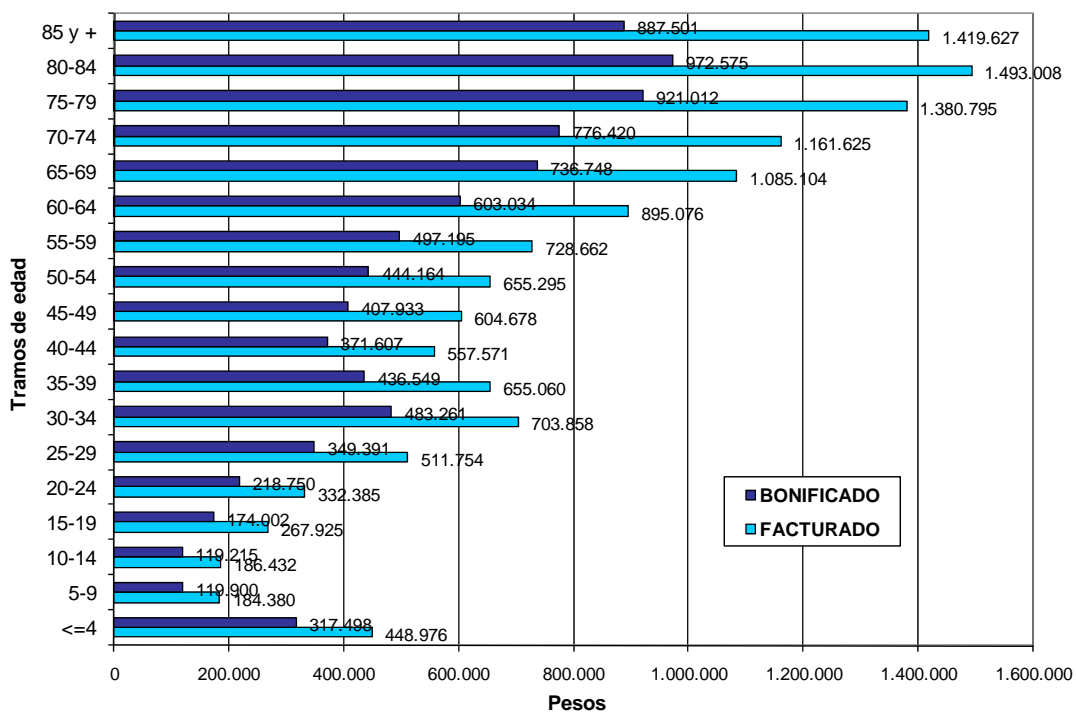
Con respecto al porcentaje general de bonificación en las mujeres, éste alcanza a un promedio de 67,3%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sólo en el tramo de edad menor de 4 años es de un 71%.

No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades son similares, en términos de copagos expresados en pesos (\$) promedios las diferencias son significativas. Si a los 30 años de edad el copago promedio de las prestaciones asciende a \$220.596, a los 60 años de edad alcanza a \$292.043 y a los 75 años a \$459.783, es decir, el copago promedio en la mujer se duplica entre los 30 y 75 años de edad.

Esto obedece a que los montos facturados, a partir de los 60 años, son mayores, debido, por una parte, al aumento de la frecuencia de uso de las prestaciones, referidas a consultas médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna

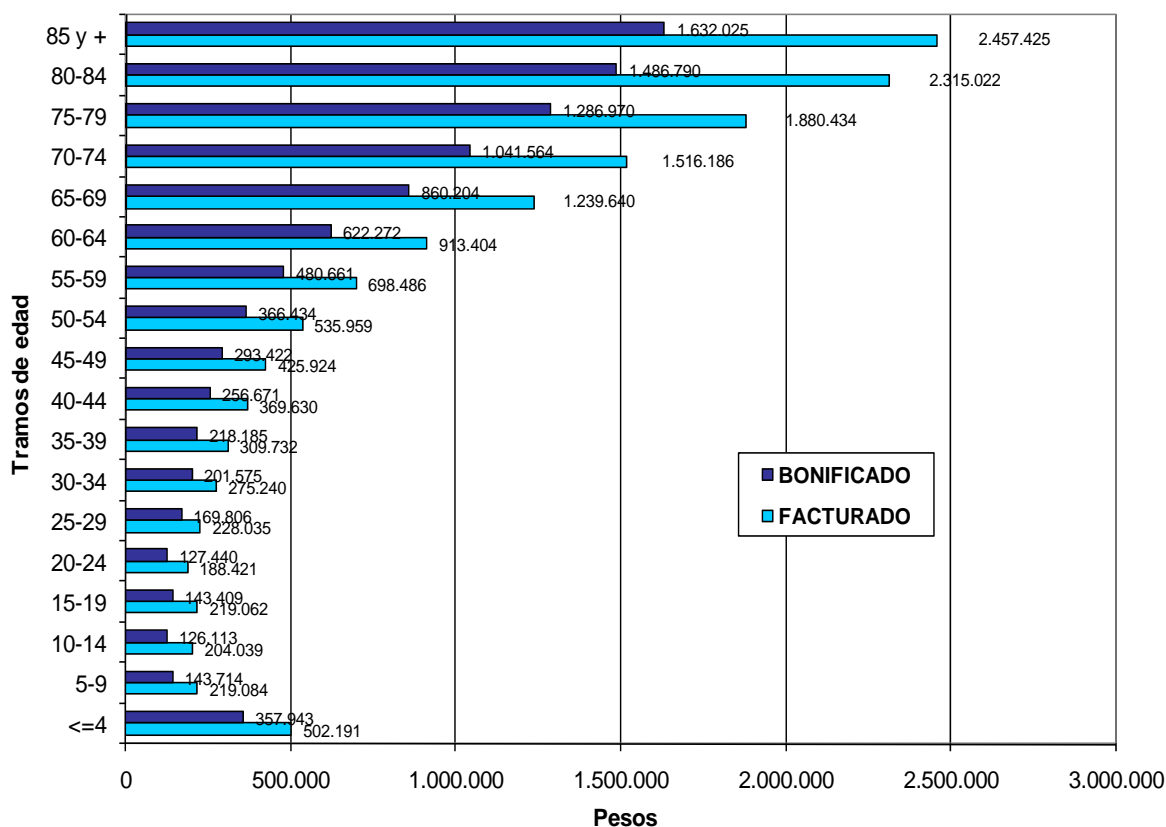
(esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia coronaria y enfermedades cerebrovasculares), patología respiratoria (Influenza y Neumonía), Cataratas y, a una mayor frecuencia de traumatismos y afecciones traumatológicas. Por otra parte, se explicaría por el mayor costo que implican los tratamientos médico-quirúrgicos de alta complejidad y por la mayor permanencia hospitalaria de los pacientes de la tercera edad, debido a una recuperación más lenta y al manejo de patologías crónicas comúnmente asociadas, tales como la Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial (HTA).

G16.a.- Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Mujeres por Edad - Año 2009 (\$)



A su vez, en los hombres, el porcentaje general de bonificación alcanza a un promedio de 69,0%, similar al de las mujeres, destacando una bonificación de un 74% en el tramo de edad 25-29 años. Posteriormente, es posible observar una disminución de la bonificación a un 66% y que a los 80 – 84 años llega a un 64%, para aumentar nuevamente a un 66% en las personas de 85 años y más.

G16.b.- Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Hombres por Edad - Año 2009 (\$)



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.

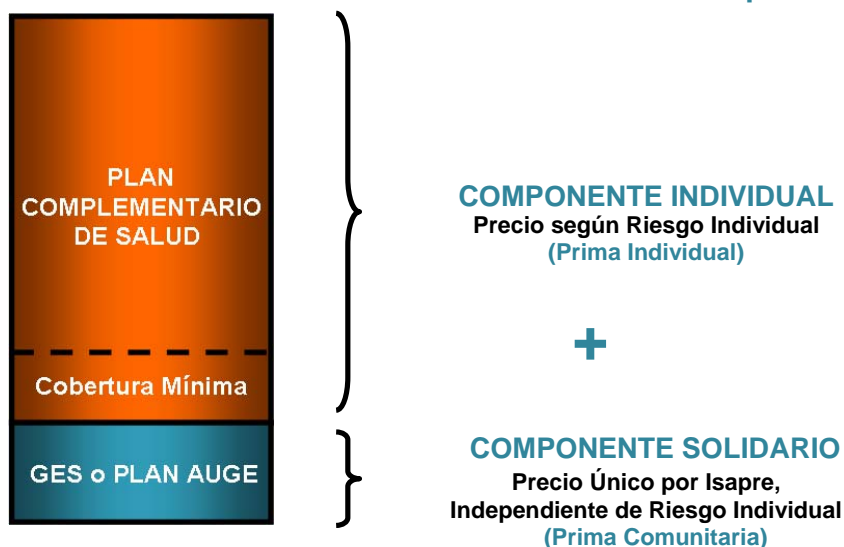
No obstante lo anterior y, en forma similar a lo observado en el caso de la mujer, las diferencias por concepto de copagos en el hombre son significativas, por cuanto si a los 30 años de edad el copago de las prestaciones por parte del beneficiario asciende a \$73.666, a los 60 años de edad alcanza a \$291.132 y a los 75 años es de \$593.464, es decir, el copago es 8 veces mayor a los 75 años de edad. A su vez, a los 75 años de edad, el copago del hombre es \$133.681 superior al de la mujer, lo que representa un 29% más de gasto.

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

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

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

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



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

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

Para determinar la evolución de algunos de los principales determinantes del valor de las primas de los planes de salud, a través del cálculo de diferentes indicadores, cuya metodología de cálculo se detalla en el documento denominado "Alza Máxima de Precios de los Planes para los Cotizantes Cautivos, Variación - Años 2008-2009" de fecha abril de 2010, es posible determinar índices de precio, bonificación y cantidad. La estimación de sus valores resulta relevante para apreciar si el aumento de las primas refleja ajustes ante aumentos en el gasto esperado asociado a cada plan de salud o, por el contrario, aumentos en los precios de los seguros de salud⁴.

⁴ Por precio del seguro entendemos la diferencia entre la prima del seguro y el gasto esperado asociado a él.

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

Para el cálculo de estos indicadores se considera el cambio en el costo de las prestaciones de salud, el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas y el cambio en el gasto derivado del uso del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Para su cálculo, se utilizaron datos de los años 2008 y 2009.

Los resultados de la evolución de las prestaciones (modalidad ambulatoria y hospitalaria) para la variación entre el año 2008 y el año 2009, de los índices respectivos son los siguientes:

- El índice de precio de las prestaciones aumentó un 9,7% nominal.
- El índice de monto bonificado aumentó un 9,1% nominal.
- El índice de cantidad de prestaciones por beneficiario aumentó un 3,8%.
- El cambio en la cobertura disminuyó un 0,5%.
- El cambio en el gasto total en prestaciones aumentó un 13,9% nominal.
- El cambio en el gasto Isapre (bonificado) en prestaciones aumentó un 13,3% nominal.

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

El cambio porcentual en el costo operacional de las Isapres entre los años 2008 y 2009 fue de un 12,8% real.

El gasto total en prestaciones aumentó un 13,9% nominal. Las causas de este aumento se explican por el alza experimentada en el índice de precios de las prestaciones en un 9,7% nominal y de un aumento en el índice de la cantidad de prestaciones de un 3,8%.

El gasto total ambulatorio se incrementó en un 14,5% nominal, debido a un aumento en el índice de precio de un 7,5% nominal y de un 6,5% en el índice de la cantidad de prestaciones por beneficiario.

El gasto total hospitalario se incrementó en un 13,2% nominal, como consecuencia de un aumento en el índice de precio de un 12,0% nominal y de un 1,1% en el índice de la cantidad de prestaciones por beneficiario.

El incremento del gasto por concepto de Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) por cotizante, fue de un 9,1%.

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

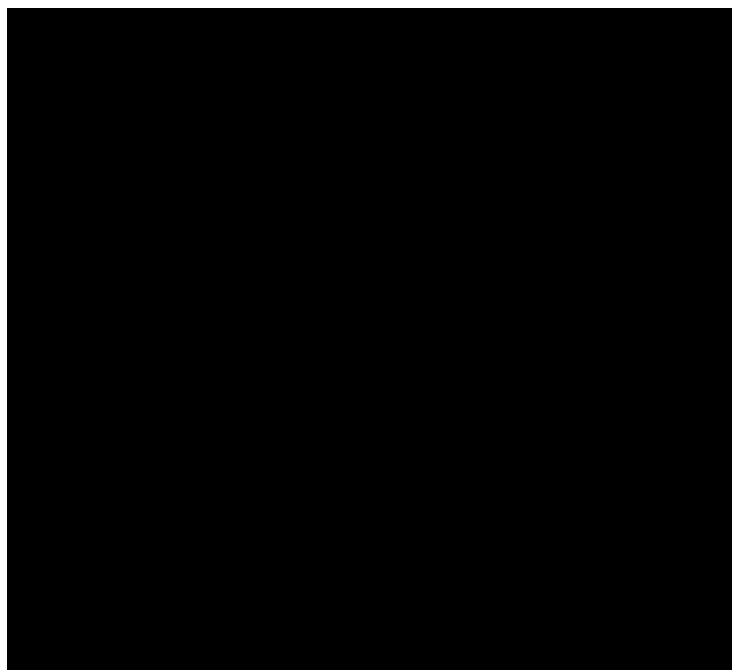
En el cuadro siguiente, se muestra la Tabla de Factores del gasto efectivo (montos facturados) de las prestaciones de salud por 17 grupos de edad, definidos por tramos de edad, según sexo, correspondiente al año 2009, donde el valor del monto facturado total *per cápita* promedio anual, equivale al valor promedio de 1.

Con respecto al monto facturado *per cápita* anual que tiene un valor de \$446.552 (valor promedio referencial), éste se obtiene del monto total facturado anual que alcanza a los Mill\$ 1.237.275 por la cantidad de beneficiarios promedio del año 2009, que fue de 2.770.731

personas. Con este valor referencial se calcula el factor correspondiente a cada uno de los grupos de edad (1 a 17) y por sexo. Por ejemplo: un factor de 0,46 para el grupo de edad 3, correspondiente al tramo de edad 10 a 14 años en el sexo masculino, significa que en este grupo de edad el gasto efectivo *per cápita* representa menos de la mitad del valor promedio referencial, lo que traducido en términos monetarios alcanza a los \$204.039.

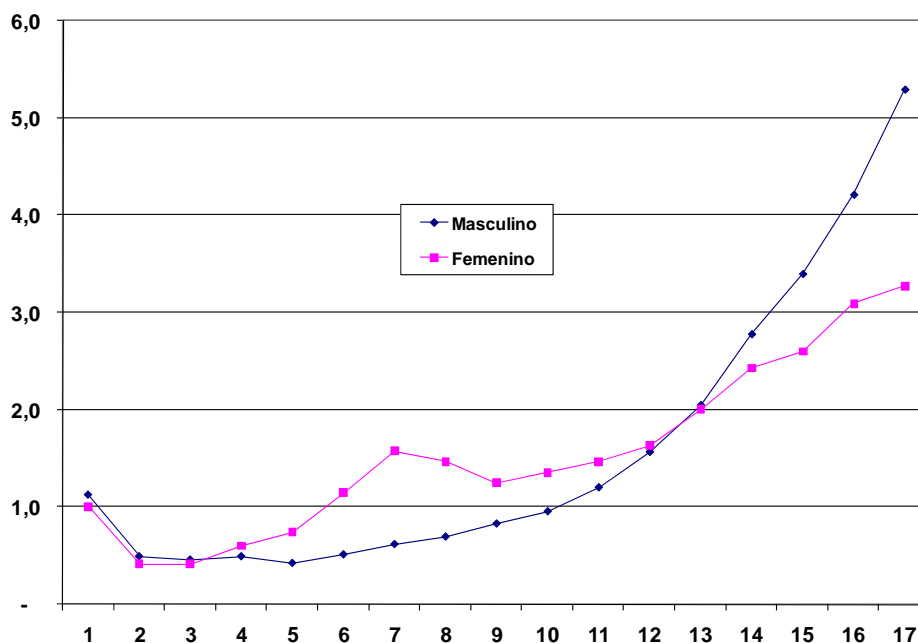
De esta manera, al construir la Tabla de Factores, podemos comparar en forma simple el nivel de gasto efectivo *per cápita* por tramos de edad entre sexo y al interior de cada sexo, usando el valor promedio de 1. Por ejemplo, el tramo de edad 45-49 años (grupo 10) y de sexo masculino, con un factor 0,95, lo podemos comparar con el tramo de edad 75-79 años, que tiene un factor de 4,21. Esto significa que este grupo de edad 6, tiene 4,4 veces más gasto efectivo *per cápita* promedio anual que el grupo 10 y si lo comparamos con el sexo femenino, esta diferencia alcanza a 3,2 veces.

**C9.- Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado)
Prestaciones de Salud por Sexo y Tramos de Edad
Año 2009 (Promedio = 1)**



A su vez, en el gráfico N° 18 es posible visualizar la representación de la Tabla de Factores del gasto efectivo (monto facturado) de las prestaciones de salud por 17 grupos de edad y según sexo, correspondiente al año 2009.

G18.- Gráfico de la Tabla de Factores del Gasto Efectivo (Monto Facturado) Prestaciones de Salud por Sexo y Grupos de Edad - Año 2009



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

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

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

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

Por lo anteriormente expuesto, se ha determinado realizar un diagnóstico en las prestaciones de salud para determinar si existen o no diferencias evitables e injustas entre mujeres y

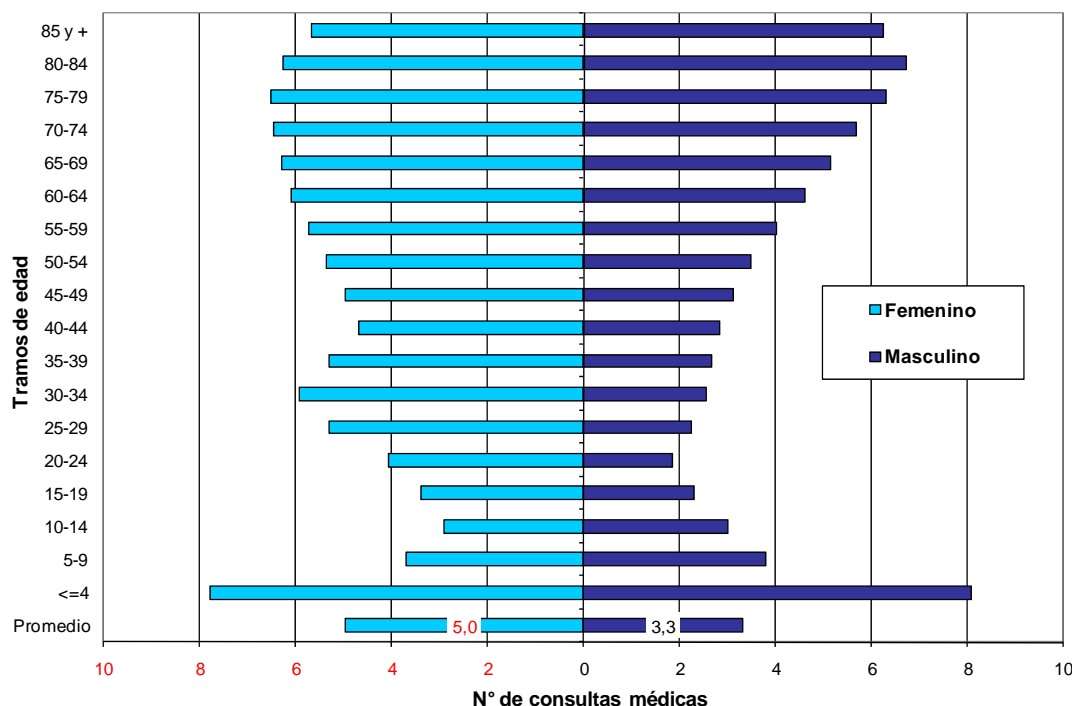
hombres (inequidad de género), tanto en el uso de las prestaciones como en la contribución financiera de los beneficiarios de las mismas o si los hallazgos obedecen a diferencias determinadas por características propias del sexo, que no son injustas. Posteriormente, de existir inequidades de género, se pretende cuantificar las brechas y sugerir propuestas de intervención para eliminarlas, si es posible, o bien, disminuirlas al mínimo.

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

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

En términos generales, la mujer consulta alrededor de un 50% más que el hombre, lo que equivale a 1,7 consultas médicas anuales más (5.0 versus 3.3).

G19.- N° de Consultas Médicas por Beneficiario según Sexo y Edad - Año 2009



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

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

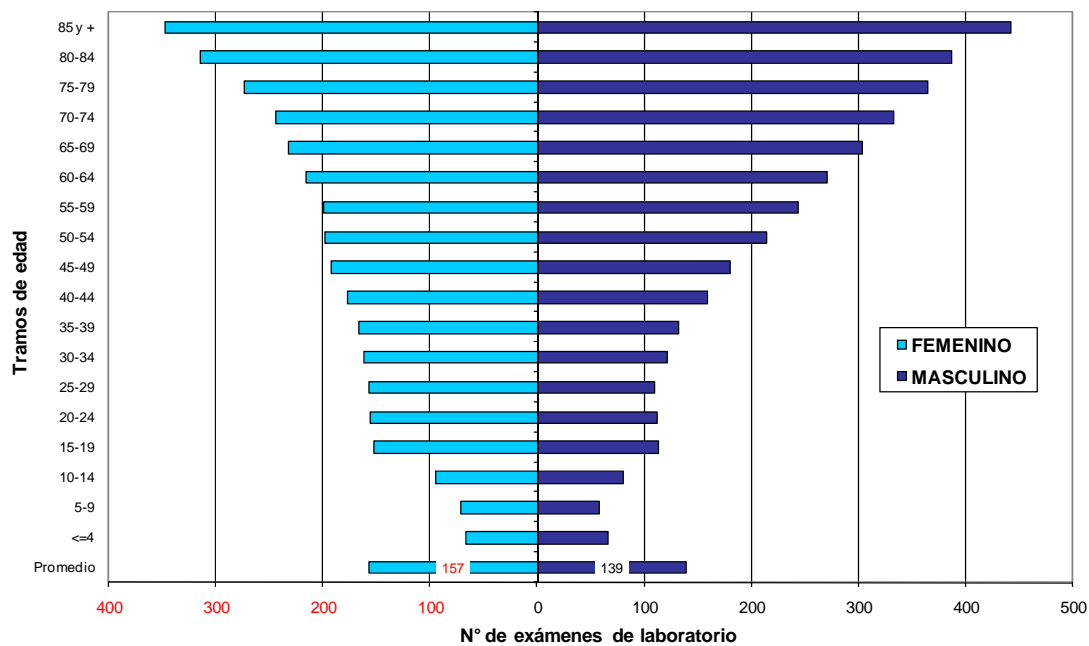
estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y, porque, además, las mujeres acuden más fácilmente a los servicios médicos que los hombres.

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

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

Con respecto a los exámenes de laboratorio, las mujeres se realizan un 13% más exámenes por cada 100 consultas médicas que los hombres, concentrándose la mayor cantidad de exámenes de laboratorio entre los 15 y 49 años, en plena edad fértil, por lo que dicho incremento podría estar asociado, fundamentalmente, a fenómenos reproductivos y de la esfera ginecológica en las mujeres.

G20.-Exámenes de Laboratorio por cada 100 Consultas Médicas por Sexo y Edad - Año 2009

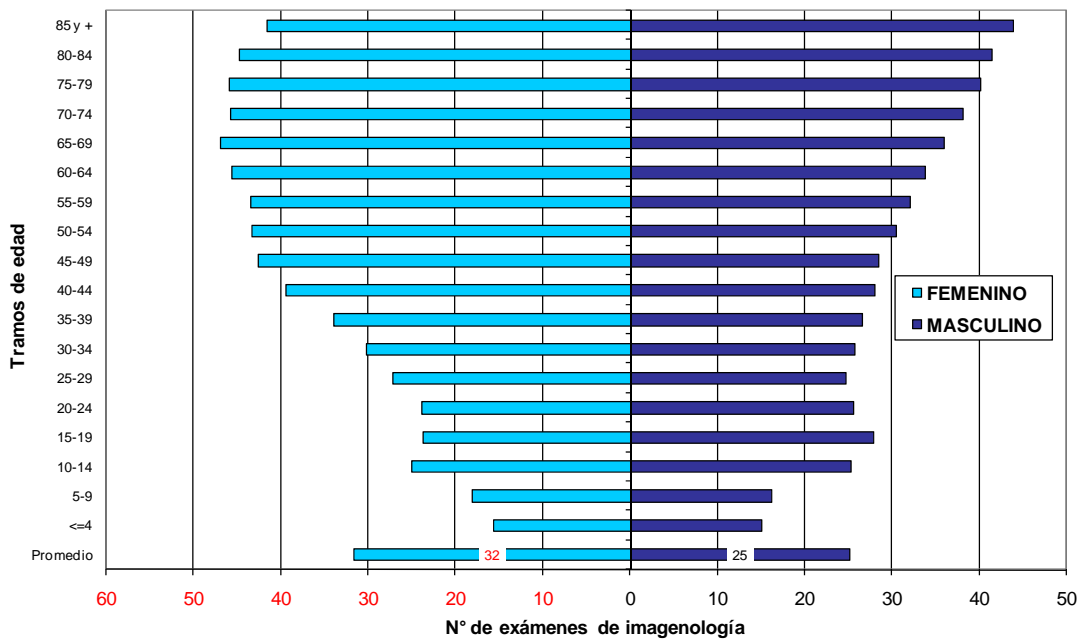


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similar. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes Mellitus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

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

Con respecto a la razón de exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas, es posible señalar que éstos son superiores en las mujeres en un 26% (32 versus 25), hecho que puede estar relacionado con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida reproductiva, a partir de los 15 años, por causas obstétricas (embarazos) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y patología vesicular (colecistitis).

G21.-Exámenes de Imagenología por cada 100 Consultas Médicas según Sexo y Edad - Año 2009

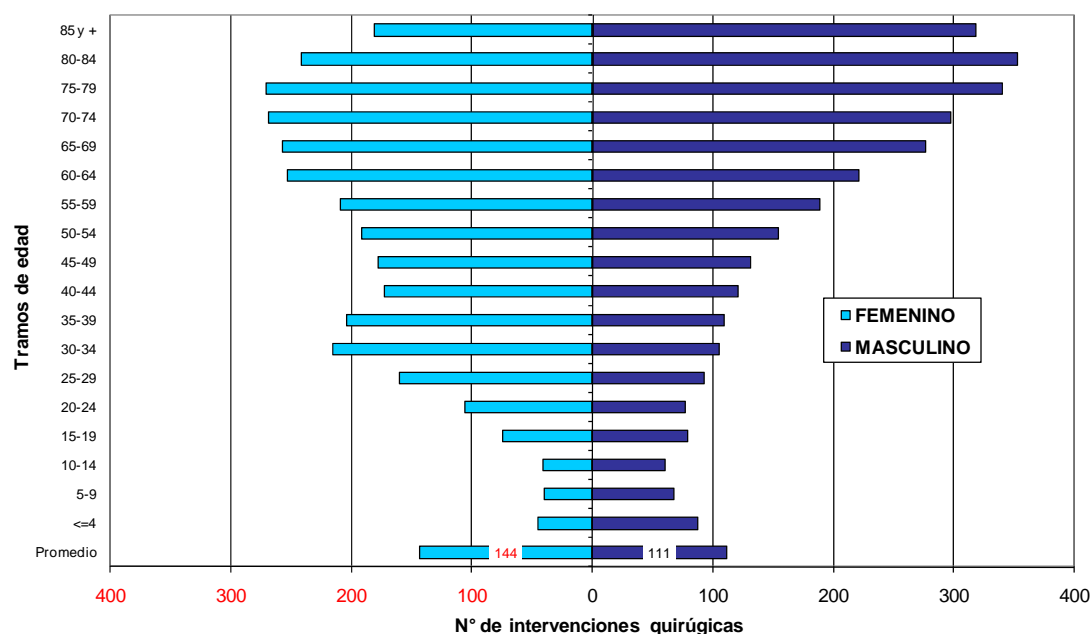


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción de los hombres entre los 15 y 24 años de edad, los que pudieran estar asociados a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos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

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

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

G22.-Intervenciones Quirúrgicas por cada 1.000 Beneficiarios según Sexo y Edad - Año 2009



A partir de los 20 años de edad, las mujeres aumentan la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y, a contar de los 30 años, tienen una tasa relativamente estable, manteniéndose alrededor de las 200 cirugías por cada 1.000 beneficiarios, con una leve disminución entre los 40 y 49 años y un pick cercano a las 270 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, similar a lo observado el año 2008.

En el caso de los hombres, a partir de los 35 años de edad, comienzan a aumentar desde más de 100 hasta llegar a cerca de 350 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios hasta los 80 años de edad, para decrecer posteriormente un poco. Las causas de las cirugías pudieran estar vinculadas con patología vesicular (Colelitiasis) y cirugía cardiovascular (by-pass coronarios) en mayores de 45 años, tumoral urológica (tumores prostáticos: Adenoma y Cáncer Prostático), tumoral digestiva (tumor maligno de colon), cirugías por Cataratas, diferentes Hernias de la cavidad abdominal, especialmente en mayores de 65 años. Esta progresión de las patologías de resolución quirúrgica a partir de los 35 años permite explicar la curva progresiva observada en el gráfico N° 22.

En este análisis general sobre el uso de las principales prestaciones de salud por parte de las mujeres y los hombres, podemos observar diferencias entre ambos sexos, como se expuso anteriormente. En todas ellas las mujeres hacen un mayor uso de las distintas prestaciones de salud con respecto a los hombres, tales como las consultas médicas por beneficiario (5,0 versus 3,3), exámenes de laboratorio por cada 100 consultas médicas (157 versus 139), exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas (32 versus 25), e intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios (144 versus 111).

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

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

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

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

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

salud, lo que podría determinar una restricción en el acceso al seguro de estos grupos de personas.

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

Sin embargo, esta condición de salud, que fue estudiada y costeadada por la Autoridad Sanitaria (Ministerio de Salud) el año 2008 como uno de los nuevos problemas de salud a ser incorporados en la GES, finalmente fue desestimada, optándose por priorizar otros 10 nuevos problemas de salud, para completar 69 GES vigentes a partir del 1° de julio del año 2010.

Finalmente, la inequidad de género en la Atención del Parto, podría resolverse mediante un cambio legal de los seguros privados de salud que modifique la Tabla de Factores de Riesgo usada para el cálculo de los precios de los planes de salud, que en su estructura actual considera dos variables de riesgo individual en su cálculo, como son la edad y el sexo. La eliminación de la variable sexo, determinaría que el riesgo individual entre hombres y mujeres sólo se calcularía por tramos de edad, de manera que los hombres pagarían un mayor precio por el plan de salud para compensar el mayor gasto que tienen las mujeres. En este caso, el precio del plan de salud sería igual para hombres y mujeres, al introducirse un componente solidario en el financiamiento del riesgo.

6.B) ⁵Enfoque de Equidad de Género en el Aporte Financiero de los Beneficiarios (copago)

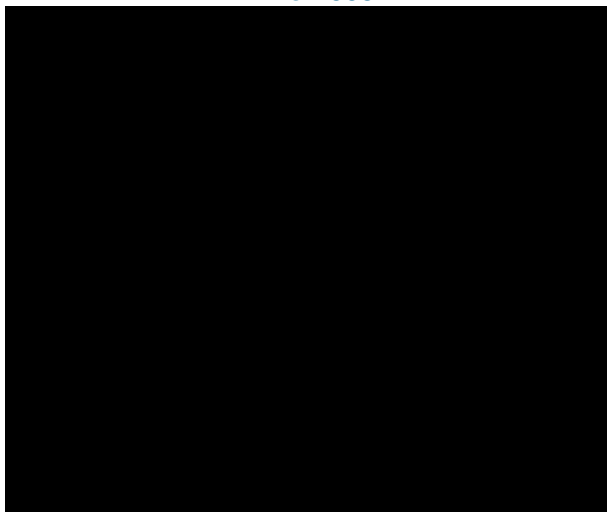
Una forma de determinar si existen diferencias entre mujeres y hombres en el aporte financiero de los beneficiarios (copago), es establecer las diferencias expresadas en términos porcentuales entre los valores de las Tablas de Factores de los montos facturados y los copagos, lo que se aprecia en el cuadro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

Por ejemplo, en el caso del hombre, en el tramo de 25-29 años, la diferencia porcentual es negativa de un 20%, es decir, el factor del copago es inferior al factor del monto facturado y, en el caso de la mujer, es de -1%, lo que traduce una condición de menor copago, pero ésta es menor a la del hombre con una diferencia de 19 puntos porcentuales.

Para que exista una contribución financiera justa o equitativa entre hombres y mujeres, considerando el gasto efectivo de cada uno de los grupos de edad por sexo, no deberían existir diferencias entre ambos, lo que se observa (parcialmente) en el tramo de edad de 50-54 años, con diferencias porcentuales de -1% y +1% (diferencia de 2 puntos porcentuales). En el caso ideal debería ser +1% y +1% ó -1% y -1%, es decir, sin diferencias entre ambos porcentajes.

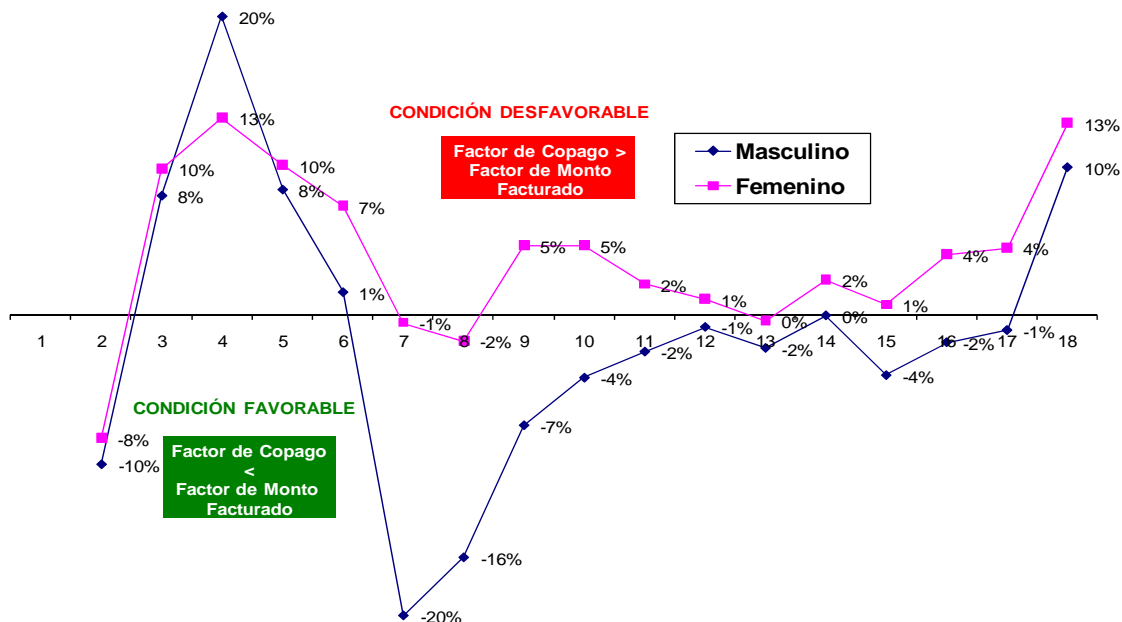
⁵ Análisis efectuado con la colaboración del Economista, Sr. Camilo Cid, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

C10.- Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado versus del Copago, por Sexo y Tramos de Edad Año 2009



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

G23.- Gráfico de Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado versus del Copago, por Sexo y Grupos de Edad Año 2009



Tal como se muestra en el Cuadro N° 10 y en el Gráfico N°23, en el grupo 1, tramo de edad < 4 años, (punto 2), tanto el hombre como la mujer presentan una condición favorable (-10% y -8%), sin embargo, el hombre presenta una condición mejor que la mujer. A su vez, en el grupo 2 (punto 3), tramo de edad 05-09 años, tanto el hombre como la mujer presentan una condición desfavorable (8% y 10%). A partir del grupo de edad 6 (punto 7), tramo de edad 25-29 años, hasta el grupo de edad 7 (punto 8), tramo de edad 30-34 años, la mujer presenta condiciones favorables, pero menores que la de los hombres para esos tramos de edad. A partir del tramo de edad 35-39 años, grupo 8 (punto 9), la mujer tiene una situación desfavorable que se mantiene hasta los 80 años y más. En cambio, el hombre, entre los 25 años y los 79 años, presenta condiciones favorables, la que se torna desfavorable desde los 80 años en adelante.

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

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