



PRESTACIONES DE SALUD CURATIVAS EN EL SISTEMA ISAPRE AÑO 2007

Departamento de Estudios y Desarrollo
Septiembre 2008

Este estudio analiza el perfil de las prestaciones de salud en el sistema Isapre del año 2007, 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 agregan datos 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. Además, se incluye 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.

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 anterior. 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 67,7 % *versus* los 65,8% del año anterior y, con relación a la estructura de los costos, un 80,1% de los mismos, inferior al año 2006, que fue de un 81,3%.

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

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.

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 2007 alcanzó a 2.738.486 personas, correspondiendo un 53% a hombres y un 47% a mujeres, similar al año anterior. El año 2006, eran 2.656.873 beneficiarios, lo que representa un aumento de un 3%. De acuerdo al total de beneficiarios y el monto bonificado total de prestaciones el año 2007 (excluidas las prestaciones adicionales GES y drogas antineoplásicas e inmunosupresoras), el bonificado *per cápita* por prestaciones médicas asciende a la suma de \$242.671, un 66,3% del monto total facturado *per cápita* que fue \$365.969.

C1.- Gasto *Percápita* en Prestaciones de Salud, Años 2006-2007

	Isapres año 2006	Isapres año 2007
Beneficiarios promedio	2.656.873	2.738.486
Monto bonificado (\$ mill)	\$578.653*	\$665.948*
Bonificado <i>per cápita</i> (\$)	\$217.808*	\$242.671*
Facturado <i>per cápita</i> (\$)	\$333.905*	\$365.969*

* Valores expresados en moneda a diciembre de 2007

Al comparar el gasto en prestaciones entre los años 2006-2007, podemos observar un aumento en el monto bonificado absoluto de un 14,8% y un aumento en el bonificado *per cápita* y facturado *per cápita* de un 11,4% y 9,6%, respectivamente durante el año 2007, respecto del año 2006.

2) Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2007, (incluidas las GES, drogas antineoplásicas e inmunosupresoras), que totalizan 47.089.590, en primer lugar, se encuentran los exámenes diagnósticos que representan un 39%, seguido de las atenciones médicas y los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico, con un 23% y 22%, 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 de Salud, Montos Facturados y Porcentaje de Bonificación otorgados a los Beneficiarios Año 2007

Prestaciones	Nº	%	Mill\$	%	% Bonificación	% Bonificación
					Año 2007	Año 2006
Atenciones médicas	10.780.011	23%	182.245.300	18%	63%	63%
Exámenes de diagnóstico	18.353.436	39%	148.135.732	15%	69%	69%
Procedimientos de apoyo clínico / terapéuticos	10.246.453	22%	113.980.497	11%	53%	54%
Intervenciones quirúrgicas	308.566	1%	119.762.261	12%	67%	73%
Otras prestaciones	1.579.486	3%	200.571.900	20%	75%	70%

SUBTOTAL	41.267.952		764.695.689		66%	65%
Garantías Explícitas de Salud	1.594.338	3%	25.519.472	3%	96%	ND
Insumos y materiales clínicos	720.451	2%	59.083.690	6%	74%	ND
Medicamentos	289.767	1%	40.024.274	4%	79%	ND
Dental	958.885	2%	18.852.492	2%	42%	43%
Drogas Antineoplásicas	15.414	0%	10.663.191	1%	67%	ND
Drogas Inmunosupresoras	976	0%	353.513	0%	77%	ND
Sin clasificar	2.241.807	5%	80.445.810	8%	61%	55%
TOTAL GENERAL	47.089.590	100%	999.638.131	100%	67%	65%

ND = Información No Disponible

Las atenciones médicas representan un 18% 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 y con un 15% y 12%, respectivamente y, finalmente, los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico constituyen un 11%.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones principales, éste fluctúa entre un 53% y 69%, presentando los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico el porcentaje más bajo y las cirugías los porcentajes más altos, destacando una disminución porcentual de un 6% en las cirugías, respecto a lo observado el año 2006, lo que se explicaría porque existen cirugías incorporadas en las prestaciones adicionales GES, por lo que se trataría de una disminución en términos relativos.

El promedio de bonificación general fue de un 67% del monto total facturado, es decir, dos tercios del monto total facturado es bonificado por la Isapre y el tercio restante es de cargo del beneficiario, lo que corresponde al 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 19 veces mayor que el valor promedio de todas las prestaciones (\$21.228), 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 de Salud – Años 2006-2007

PRESTACIONES	Monto Facturado * (\$) por Prestación Años		Monto Bonificado *(\$) por Prestación Años		Co-pago *(\$) por Prestación Años	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Atenciones médicas	17.622	17.592	11.127	11.044	6.495	6.548
Exámenes diagnósticos	8.057	8.399	5.585	5.802	2.472	2.597
Procedimientos de apoyo	13.114	11.575	7.122	6.096	5.991	5.479
Intervenciones quirúrgicas	409.987	403.882	297.564	269.467	112.423	134.415
Otras prestaciones	63.742	132.141	44.330	98.798	19.412	33.342
Medicamentos e insumos	65.627	102.088	44.090	77.241	21.537	24.848

Valores expresados en moneda a diciembre de 2007

Como se puede observar en el cuadro N° 3, durante el año 2007 las cirugías muestran en los montos facturados una disminución de un 1%, una disminución de los montos bonificados de un 9% y un aumento de los copagos de un 20%. En el resto de las prestaciones no se aprecian variaciones significativas entre los años 2006 y 2007, con excepción de los medicamentos e insumos que presentaron aumentos porcentuales en los montos facturados, bonificados y copagos de un 56%, 75% y 15%, respectivamente.

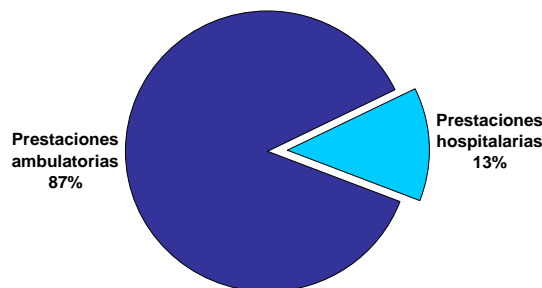
A su vez, la frecuencia de medicamentos e insumos el año 2007 fue de 1.010.218 prestaciones con un monto facturado total de Mill\$ 103.131.464 a diferencia del año 2006, en que la frecuencia fue de 1.454.670 prestaciones y el monto facturado total alcanzó a la suma de Mill\$ 95.465, ambos valores facturados expresados en moneda a diciembre de 2007.

Esta disminución de frecuencia observada el año 2007, podría ser relativa y explicarse por la nueva agrupación de las prestaciones de salud, que incluye en forma diferenciada al grupo de las Garantías Explícitas en Salud (GES), que contiene en esta agrupación a los medicamentos e insumos clínicos de las canastas de los 56 problemas de salud GES. Entre ellos destacan patologías de alta incidencia y prevalencia de manejo ambulatorio, que según datos acumulados al mes de diciembre del año 2007, eran la Hipertensión Arterial (28%), Depresión (15%), Diabetes Mellitus tipo 2 (14%) y la Infección Respiratoria Aguda Infantil (12%), representando un 69% del total, entre otros problemas de salud, que tienen garantizados medicamentos de uso ambulatorio.

3) Prestaciones de salud y modalidades de atención

Las prestaciones médicas principales alcanzan a 41.267.952 y las prestaciones adicionales suman 5.821.638, totalizando 47.089.590 prestaciones, de las cuales 40.905.244 se otorgaron ambulatoriamente y 6.184.346 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 87% y 13%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico N°1, siendo similar a lo observado durante el año 2006, que fue de un 89% y 11%, respectivamente.

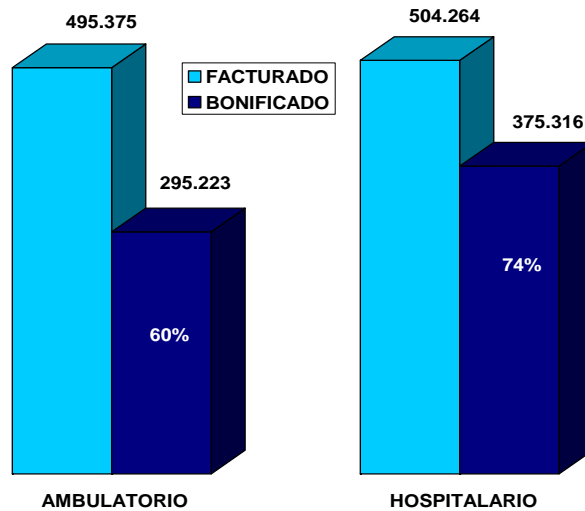
G1.- Modalidades de Atención de las Prestaciones de Salud - 2007



El monto total facturado ascendió a la suma de \$999.638.131 millones el año 2007, correspondiendo \$495.375 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$504.264 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 50% y un 50%, respectivamente. A su vez, las bonificaciones correspondientes, alcanzaron a \$295.223 y \$375.316 millones, representando un 60% y 74%, 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 - Año 2007



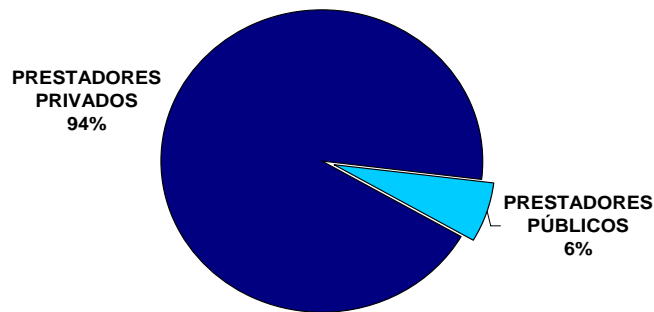
Los incrementos observados durante el año 2007 se explican, por una parte, en los montos facturados ambulatorios, por el mayor uso de exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos de apoyo clínico-terapéutico (destacando la psiquiatría y la psicología clínica) y las Garantías Explícitas de Salud (GES). Por otra parte, el aumento en los montos facturados hospitalarios se vincula con el mayor uso de insumos y materiales clínicos, de medicamentos y drogas antineoplásicas e inmunosupresoras hospitalarias de alto costo, días camas y derecho de pabellón.

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 50% del total de los montos facturados.

4) Prestaciones de salud y prestadores

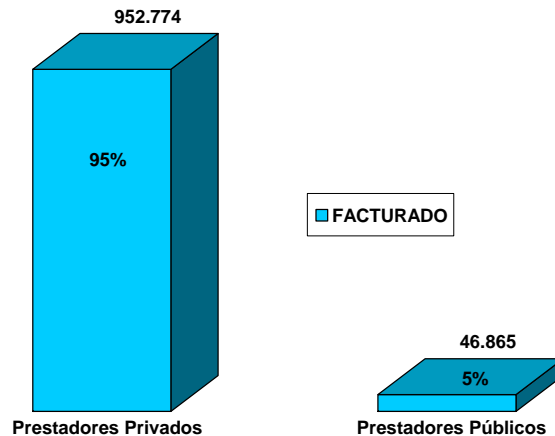
Del total de prestaciones médicas, que alcanzaron a 47.089.590, un 94% fueron otorgadas por prestadores privados y, el 6% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el gráfico siguiente. Esta distribución porcentual fue distinta a la observada durante el año 2006, que fue de 91% y 9%, respectivamente.

G3.- Prestaciones de Salud Otorgadas según Prestadores - Año 2007



Del total de montos facturados por concepto de prestaciones médicas durante el año 2007, \$952.774 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$46.865 millones por prestadores públicos, correspondientes a un 95% y 5%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

G4.- Montos Facturados (Mill \$) según Prestadores - Año 2007



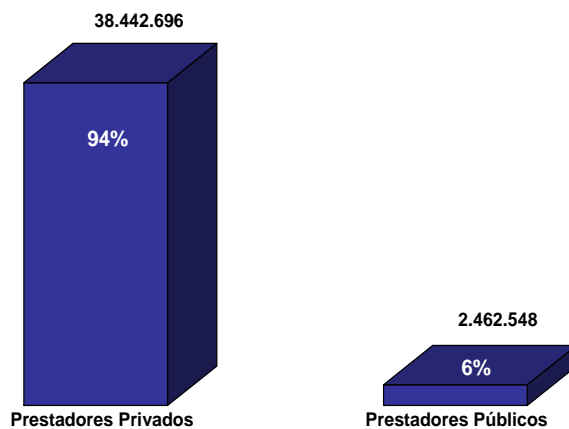
Al comparar estas cifras con las observadas durante el año 2006, con valores expresados en moneda a diciembre del año 2007, las mayores diferencias observadas se explican por la nueva base de datos del año 2007, tal como se expuso anteriormente. Es así como el aumento en los montos facturados en los prestadores privados fue de un 36% (991.837 millones del año 2007 *versus* 727.623 millones del año 2006) y en los prestadores públicos la disminución fue de un 31% (63.716 millones del año 2006 *versus* 48.786 millones del año 2007). En los prestadores privados el incremento obedeció a los rubros de consultas médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, medicina física- rehabilitación, psiquiatría y psicología clínica, días camas y pabellones, y las Garantías Explícitas de Salud (GES). En los prestadores públicos, las

disminuciones estuvieron principalmente determinadas por los ítems siguientes: las consultas médicas, los exámenes de laboratorio y la imagenología.

Respecto al uso de la infraestructura hospitalaria y ambulatoria pública de parte de los beneficiarios de las Isapres, derivado de la implementación del Plan AUGE o Garantías Explicitas en Salud (GES), con 40 problemas de salud garantizados a partir del 1° de julio del año 2006 y con 56 problemas de salud a partir del 1° de julio del año 2007, podemos señalar que durante el año 2007 de un total de 1.594.338 prestaciones GES vinculadas con las distintas Intervenciones Sanitarias, tales como Diagnóstico, Tratamiento o Seguimiento, un 1,6% (25.759), fueron otorgadas en prestadores públicos. Con relación a los montos facturados por GES que corresponden a Mill\$ 25.519.472, un 2,8% (Mill\$ 708.052) fueron facturados por prestadores públicos.

Por otra parte, de un total de 40.905.244 de atenciones ambulatorias, 38.442.696 fueron otorgadas por prestadores privados y 2.462.548 se realizaron en prestadores públicos, representando un 94% y 6%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente. Si se compara estas cifras con las observadas durante el año 2006, vemos que existe en las atenciones ambulatorias de los prestadores privados un aumento de un 14% (33.830.203 atenciones del año 2006 *versus* 38.442.696 atenciones del año 2007) y una disminución porcentual de un 28% en los prestadores públicos (3.158.567 atenciones del año 2006 *versus* 2.462.548 atenciones del año 2007).

G5.- Atenciones Ambulatorias (frecuencia) según Prestadores - Año 2007

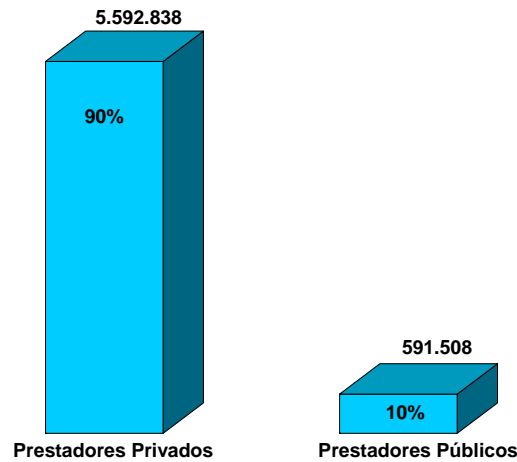


A su vez, de un total de 6.184.346 atenciones hospitalarias, 5.592.838 fueron otorgadas por prestadores privados y 591.508 se realizaron con prestadores públicos, representando un 90% y un 10%, respectivamente, tal como se aprecia en el gráfico N°6.

Al comparar estos datos con los observados durante el año 2006, podemos señalar que hubo un aumento de un 44% de las atenciones hospitalarias en prestadores privados (3.877.694 *versus* 5.592.838) y una disminución de un 13% de atenciones hospitalarias en prestadores públicos (668.773 *versus* 591.508). Esto obedece principalmente, a nivel privado, a un aumento de los exámenes de laboratorio, la medicina física-rehabilitación, las transfusiones y banco de sangre, las cirugías, los días cama y los derechos de pabellones. A nivel público, las

disminuciones obedecieron a una baja en las consultas médicas, las atenciones médicas hospitalarias, de los exámenes de laboratorio e imagenología, de las cirugías, los partos y las cesáreas. Esto determinó, en términos porcentuales, que en los prestadores privados las atenciones hospitalarias aumentaron de un 85% a un 90% y en los prestadores públicos las atenciones hospitalarias disminuyeron de un 15% a un 10%.

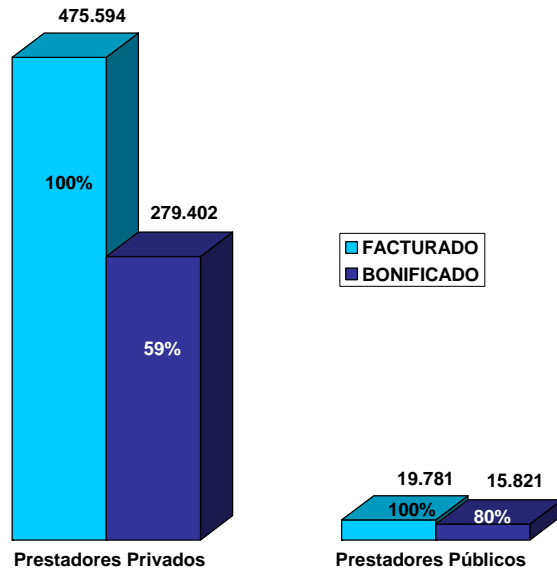
G6.- Atenciones Hospitalarias según Prestadores (frecuencia) Año 2007



Por otra parte, de un total de \$475.594 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$279.402 millones, representando un 59% de bonificación. En cambio, en los prestadores públicos fueron bonificados \$15.821 millones de un monto total facturado de \$19.781, representando un 80% de bonificación, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

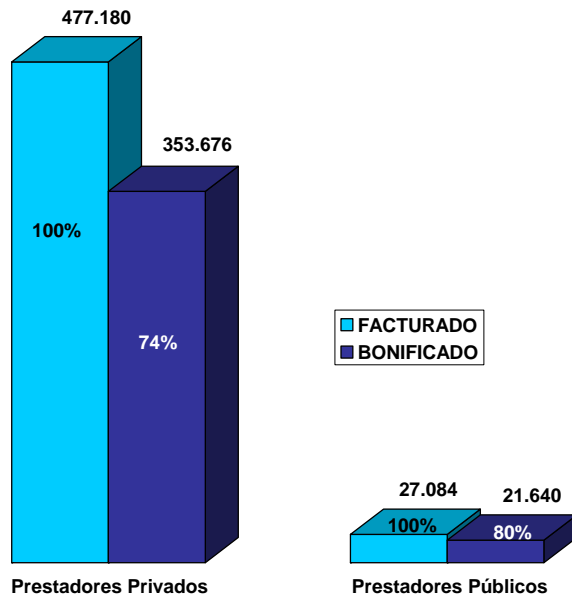
La mayor bonificación a nivel de prestadores públicos, puede estar determinado por el menor valor facturado de las prestaciones ambulatorias, lo que asociado al monto de los topes de las prestaciones establecidos en los planes de salud de las Isapres, se traduce en un porcentaje de bonificación mayor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

**G7.- Atenciones Ambulatorias Facturadas y Bonificadas (Mill \$)
según Prestadores - Año 2007**



Asimismo, de un total \$477.180 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$353.676 millones, correspondiente a un 74%, igual al porcentaje de bonificación del año 2006. En los prestadores públicos fueron bonificados \$21.640 millones de un monto total facturado de \$27.084 millones, correspondiente a un 80% de bonificación, siendo un 6% superior con relación a lo observado en los prestadores privados, lo que se representa en el gráfico siguiente.

**G8.- Atenciones Hospitalarias Facturadas y Bonificadas (Mill \$)
según Prestadores - Año 2007**



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.

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 3,7 y las mujeres tienen una frecuencia de 1,5 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 consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 14%. A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a un 29% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 23%, hechos que pueden estar relacionados con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y 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 2006-2007, permite evidenciar una disminución en la tasa de consultas médicas (4,0 *versus* 3,7). En términos generales, el número de atenciones médicas durante el año 2007 fue de 10.780.011, a diferencia del año 2006, que fue de 11.253.315, con una disminución de 473.304 atenciones, equivalente a una disminución de un 4,2%, que es relativa, por cuanto no se incluyen en este cálculo las atenciones médicas contenidas en las canastas de prestaciones de los protocolos de las GES y según lo indicado en el Cuadro N° 2, la frecuencia de atenciones GES fue de 1.594.338. Por consiguiente, al no considerar en el cálculo de la tasa de consultas médicas por beneficiario del año 2007 las consultas médicas de las GES, el número observado de 3,7 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 15%, 12% y 3%, respectivamente, siendo el incremento mayor en los hombres respecto de las mujeres en todas ellas.

Lo anteriormente expuesto se representa en el cuadro siguiente.

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.

C4.- Frecuencia de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario y Sexo Años 2006-2007

VARIABLES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Tasa anual de consultas médicas por beneficiario	4,9	4,5	3,3	3,0	4,0	3,7
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	136	154	116	135	127	146
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	29	32	23	26	26	29
Tasa de Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	128	128	94	99	110	113

Por otra parte, al comparar diversos indicadores de uso de prestaciones, tales como el número de consultas por beneficiario, exámenes de laboratorio por 100 consultas, exámenes de imagenología por 100 consultas e intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios, entre el sistema 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 44% (5,3 versus 3,7). 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, porque estos 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%, 62% y 17%, respectivamente, lo que se muestra en el cuadro siguiente.

C5.- Frecuencia de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario en Fonasa* (Año 2006) e Isapre (Año 2007)

	FONASA*	ISAPRE	Variación %
Nº de consultas médicas anual por beneficiario	5,3	3,7	144%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	100	146	68%

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

Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	11	29	38%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	93	113	83%

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

** Este resultado no considera las atenciones de salud 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 56 problemas de salud a partir del 1° de julio del año 2007, al usar protocolos de atención, que obligan a racionalizar el uso de diferentes tipos de exámenes.

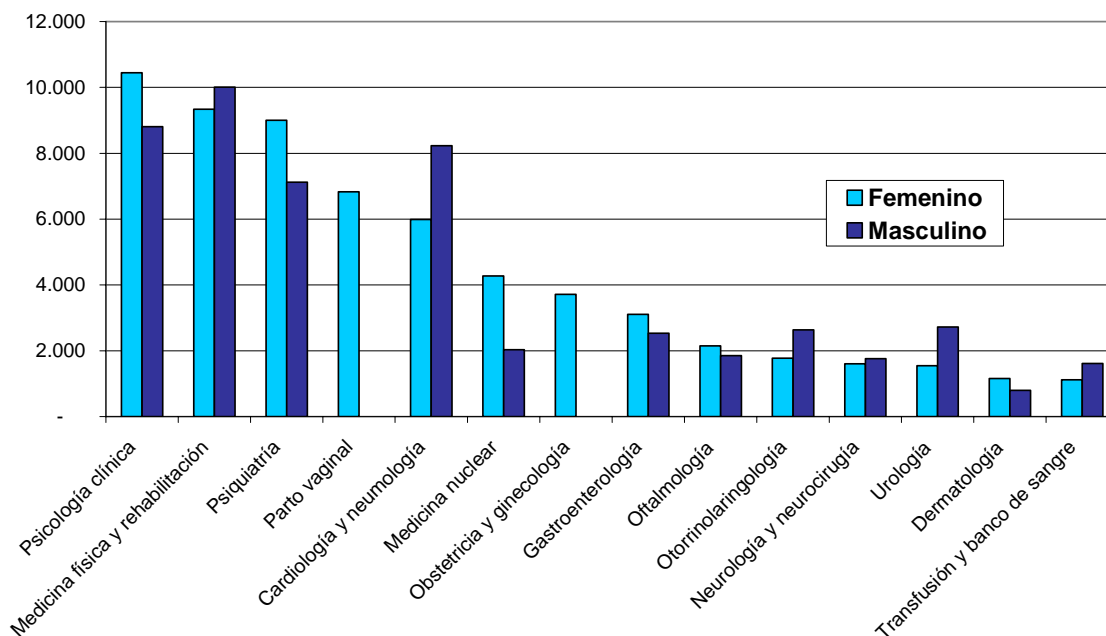
A su vez, la diferencia existente entre el Sistema Isapre y el Fonasa, en cuanto al número de exámenes de imagenología, alrededor de un 62% menos en el Fonasa, podría explicarse, entre otras variables, por una oferta insuficiente de recursos -en grados variables- en infraestructura, equipamiento y a 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 un 17%, entre el Sistema Isapre y el Fonasa, podemos señalar que esto obedece a una menor realización de cirugías en el Fonasa, por diversas razones, y a un incremento en las tasas de las cirugías en las Isapres de un 3% y a incrementos menores en la cantidad de intervenciones quirúrgicas en el Fonasa, 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, de medicina nuclear, tal como se aprecia en el gráfico siguiente, cobrando mayor relevancia la psicología clínica y la psiquiatría, si se compara con lo observado durante el año 2006.

G9.-Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico por Sexo - Año 2007 (Mill \$)



En el caso del hombre, destacan la medicina física y rehabilitación, psicología clínica y psiquiátricas, las atenciones de cardiología y neumología, similar a lo observado en el caso de la mujer. Le siguen las atenciones urológicas y, finalmente, las prestaciones de otorrinolaringología, similar a lo observado el año 2006.

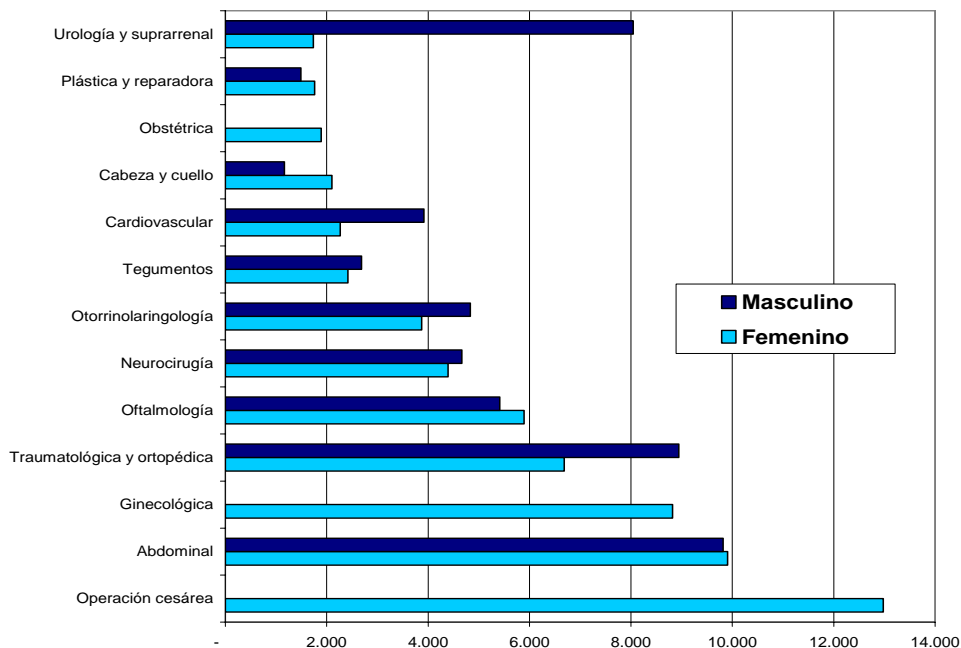
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a medicina física y rehabilitación, cardiología y neumología, urología y, finalmente, otorrinolaringología.

Cabe precisar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente, respecto del año anterior, son los siguientes: parto, disminuyó de 82% a 76%; medicina física y rehabilitación, se mantuvo en 53%; atenciones psiquiátricas, aumentó de 30% a 31%; psicología clínica se mantuvo en 34%; cardiología y neumología, disminuyó de 66% a 65%; otorrinolaringología se mantuvo en 38%, y las urológicas aumentaron de 73% a 78%.

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 2006.

G10.-Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas según Sexo, Año 2007 (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) del año 2006, oftalmológica, otorrinolaringológica, neuroquirúrgica y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, similar a lo observado el año 2006.

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, disminuyó de 79% a 74%; cirugía ginecológica, disminuyó de 73% a 67%; cirugía abdominal disminuyó de 76% a 70%; traumatológica y ortopédica, disminuyó de 69% a 63%; neuroquirúrgica disminuyó de 65% a 60%; oftalmológica, disminuyó de 81% a 77%; urológica y suprarrenal, disminuyó de 77% a 72%; otorrinolaringológica, disminuyó de 68% a 60% y, finalmente, las operaciones cardiovasculares, disminuyeron de 74% a 70%.

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 cuarto 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, por no disponer aún de información validada del año 2007.

C6.- Partos Vaginales y Operaciones Cesáreas en el Sistema Isapre (Año 2007) y Fonasa MAI – MLE (Año 2006)

	ISAPRE	FONASA
Parto vaginal	13.176	95.581
Cesárea	22.598	39.481
****PAD en Modalidad de Libre Elección (MLE)		50.066
Parto vaginal en MLE		270
Cesárea en MLE		623
Beneficiarios	2.738.486	11.479.384**
Tasa de natalidad *	13.1	16.2
Razón parto/cesárea	0.6	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.

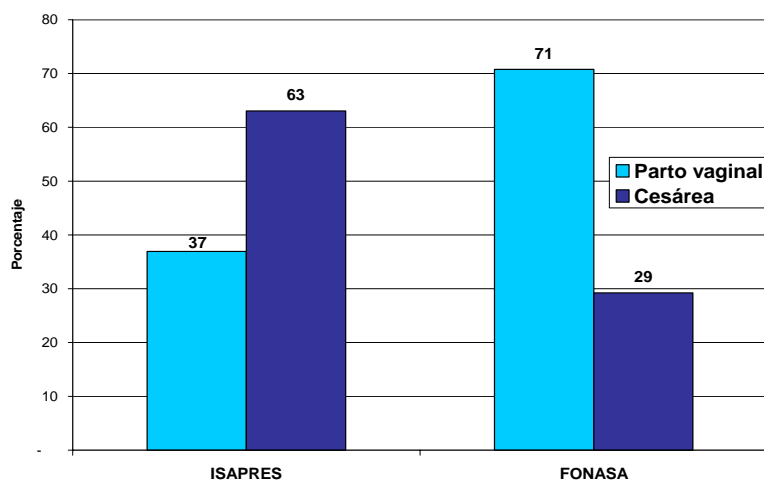
**Población Beneficiaria del FONASA a diciembre 2006.

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

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

Destaca el hecho que, en el sistema privado, las operaciones cesáreas representan el 63% 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 N°11, 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.

G11.-Porcentaje de Partos Vaginales *versus* Cesáreas en Isapres (Año 2007) 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. Sin embargo, al observar lo que sucede en el Fonasa MLE, de un total de 893 atenciones de parto, 270 corresponden a

partos vaginales y 623 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 2006 se atendieron 50.066 partos según el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) o “Cuenta Conocida” de la Modalidad Libre Elección (MLE), siendo un 15% 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 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 \$195.760 para la atención de parto, equivalente a un 25% del monto del PAD (\$783.040) del arancel Fonasa MLE del año 2007, 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 técnico-médico, 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.

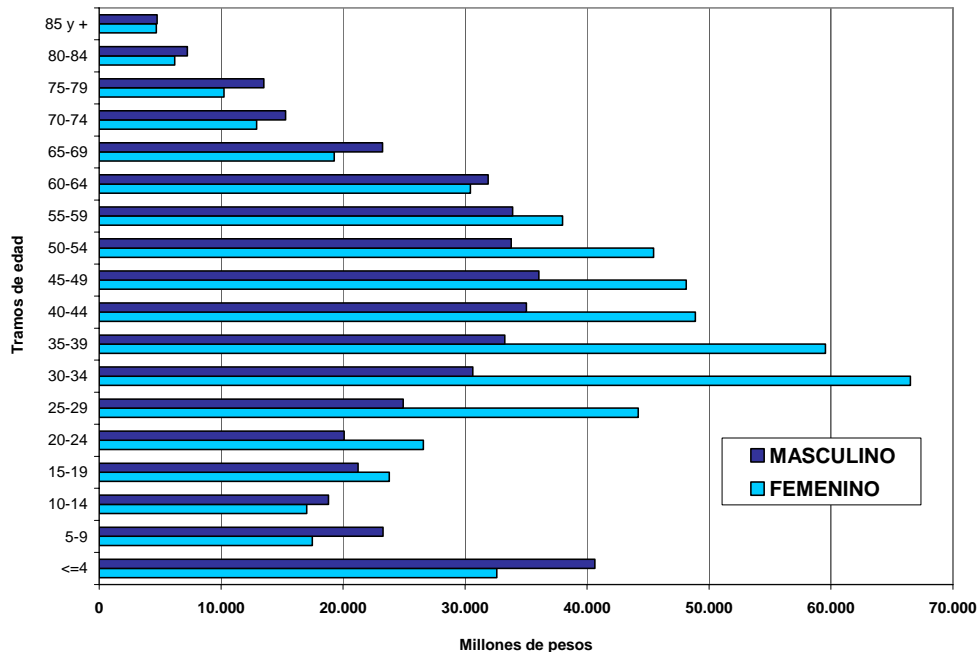
Por otra parte, en el sistema Isapre, los copagos expresados en moneda a diciembre de 2007 por concepto de la prestación atención de parto (honorarios profesionales e insumos corrientes) de los años 2006 y 2007, fueron de \$105.116 y \$127.252, respectivamente, representando un aumento porcentual de un 21%. En el caso de la prestación operación cesárea (honorarios médico-quirúrgicos e insumos corrientes) para esos mismos años, los copagos fueron de \$133.992 y \$156.128, respectivamente, evidenciando un aumento porcentual de un 17%.

Finalmente, cabe destacar, que la tasa de natalidad estimada (“R.N. estimados” x 1.000 beneficiarios) en el sistema Isapre es un 23% inferior a la del Fonasa (13.1 *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%).

G12.- Montos Facturados en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2007



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 63% con relación a los hombres.

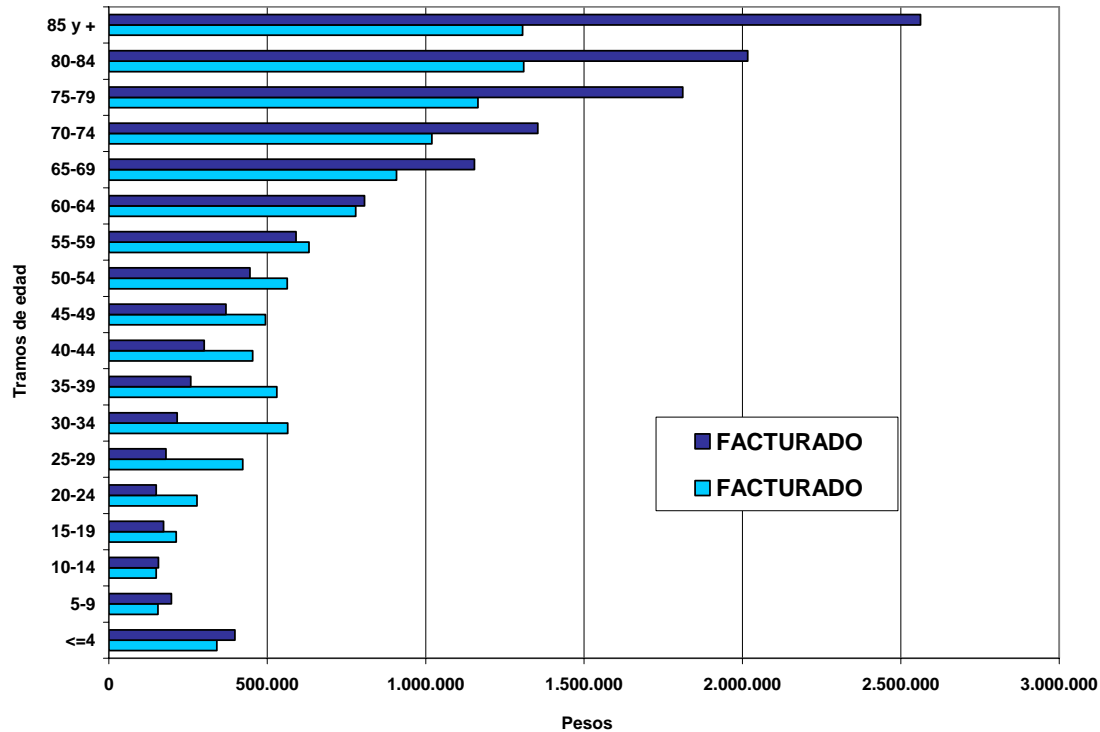
Lo anterior es el resultado del mayor uso de prestaciones médicas por parte de la mujer en edad fértil, entre las que se incluyen las consultas médicas, exámenes de laboratorio, estudios imagenológicos y las intervenciones quirúrgicas, particularmente frecuentes a partir de los 25 años de edad, principalmente 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 7% del total, lo que pudiera estar vinculado con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas digestivas y de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonías y, a la mayor incidencia de traumatismos, quemaduras y envenenamientos accidentales, que ocurren a esas edades.

Tal como se aprecia en el gráfico N°13, 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 (colecistitis) 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.

G13.- Montos Facturados Per Cápita en Prestaciones de Salud según Sexo y Edad - Año 2007



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 \$565.379, el que se duplica en el tramo de edad 75-79 años, con un monto facturado promedio de \$1.171.509.

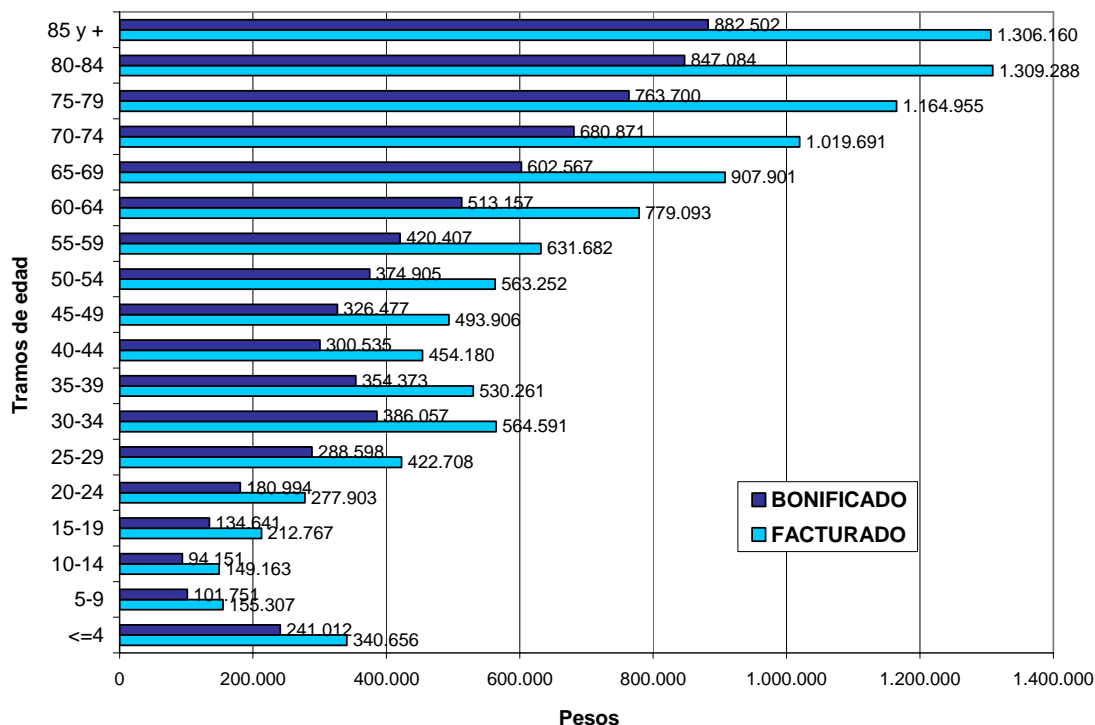
En el caso del hombre, en el tramo de edad 30-34 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$215.986, equivalente a un tercio del gasto de la mujer a esa misma edad y, en el tramo de edad 75-79 años, es 8 veces mayor, con un monto de \$1.813.785, siendo superior en \$642.276, con respecto a la mujer, representando un 55% 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 66.9%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sólo en el tramo de edad de 80 - 84 años es de un 65% y a los 85 y más años de edad alcanza al 68%.

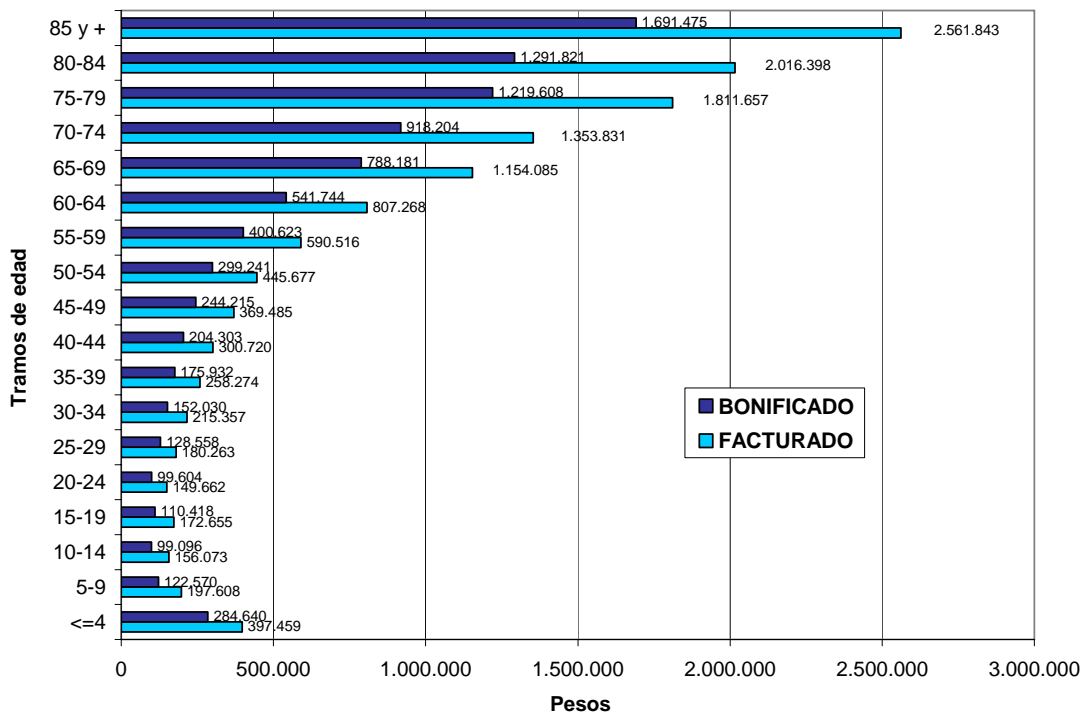
No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades son similares, en términos de copagos en pesos (\$) promedios las diferencias son significativas. Si a los 30 años de edad el copago promedio de las prestaciones asciende a \$178.588, a los 60 años de edad alcanza a \$266.391 y a los 75 años a \$401.509, es decir, el copago promedio en la mujer 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 tipo 2 e Hipertensión Arterial (HTA).

G14.a.- Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Mujeres por Edad - Año 2007 (\$)



A su vez, el porcentaje general de bonificación en los hombres alcanza a un promedio de 67,7%, similar al de las mujeres, destacando una bonificación de un 71% en el tramo de edad 30-34 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 los mayores de 85 años y más.

G14.b.- Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones Médicas Otorgadas a Hombres por Edad - Año 2007 (\$)



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 \$63.364, a los 60 años de edad alcanza a \$265.970 y a los 75 años es de \$592.319 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 \$190.809 superior al de la mujer, lo que representa un 48% 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. Tabla de Factores del Gasto Efectivo de las Prestaciones de Salud

En el cuadro N° 7, se muestra la Tabla de Factores del gasto efectivo (montos facturados) de las Prestaciones de Salud por 18 grupos de edad, definidos por tramos de edad, según sexo, correspondiente al año 2007, 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 \$ 378.363 (valor promedio referencial), éste se obtiene del monto total facturado anual que alcanza a los Mill\$ 1.005.079 por la cantidad de beneficiarios promedio del año 2007, que fue de 2.738.485 personas. Con este valor referencial se calcula el factor correspondiente a cada uno de los grupos de edad (1 a 18) y por sexo. Por ejemplo: un factor de 0,54 para el grupo de edad 3, correspondiente al tramo de edad 5 a 9 años en el sexo masculino, significa que en este grupo de edad el gasto efectivo *per cápita* representa alrededor de la mitad del valor promedio referencial, lo que traducido en términos monetarios alcanza a los \$200.532.

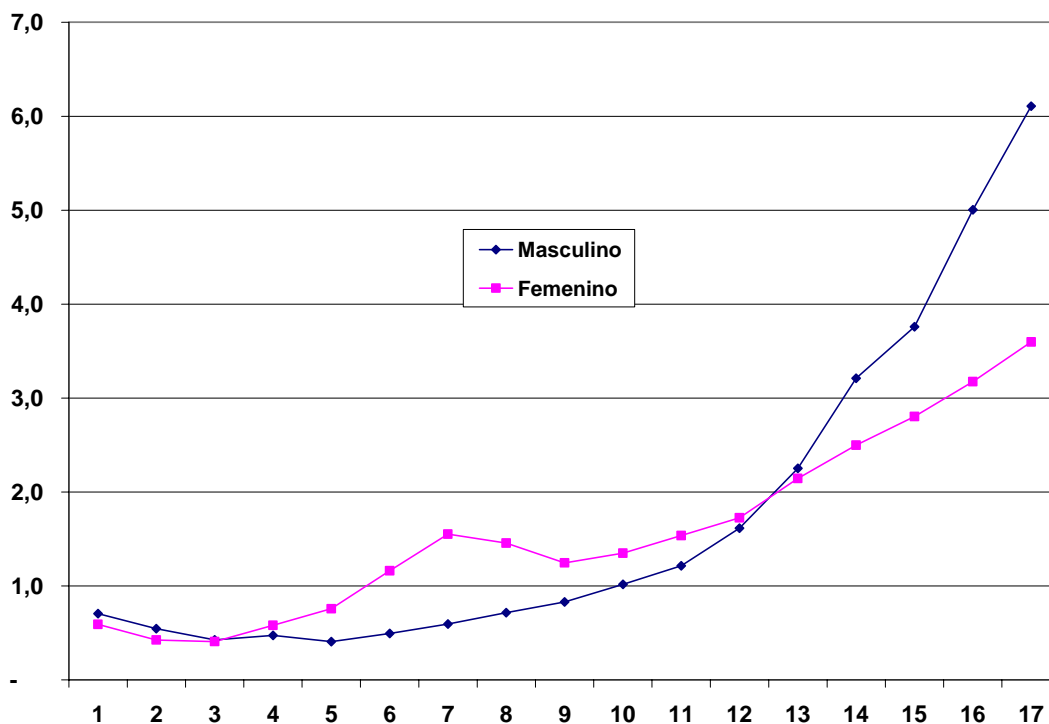
De esta manera, al construir la Tabla de Factores, podemos comparar en forma simple el nivel de gasto efectivo *per cápita* por tramos de edad entre sexo y al interior de cada sexo, usando el valor promedio de 1. Por ejemplo, el tramo de edad 45-49 años (grupo 11) y de sexo masculino, con un factor 1,02, lo podemos comparar con el tramo de edad 75-79 años, que tiene un factor de 5,01. Esto significa que este grupo de edad 17, tiene 4,9 veces más gasto efectivo *per cápita* promedio anual que el grupo 11 y si lo comparamos con el sexo femenino, esta diferencia alcanza a 3,1 veces.

**C7.- Tabla de Factores del Gasto Efectivo
Prestaciones de Salud por Sexo y Tramos de Edad
Año 2007 (Promedio = 1)**

Grupos de Edad	Tramos de Edad	Masculino	Femenino
1	00-01	1,75	1,53
2	02-04	0,71	0,59
3	05-09	0,54	0,43
4	10-14	0,43	0,41
5	15-19	0,47	0,58
6	20-24	0,41	0,76
7	25-29	0,49	1,16
8	30-34	0,60	1,55
9	35-39	0,72	1,46
10	40-44	0,83	1,25
11	45-49	1,02	1,35
12	50-54	1,21	1,54
13	55-59	1,62	1,73
14	60-64	2,25	2,14
15	65-69	3,21	2,50
16	70-74	3,76	2,80
17	75-79	5,01	3,18
18	80 y más	6,11	3,60

A su vez, en el gráfico N° 15 es posible visualizar la representación de la Tabla de Factores del gasto efectivo de las Prestaciones de Salud por 18 grupos de edad y según sexo, correspondiente al año 2007.

G15.- Gráfico de la Tabla de Factores del Gasto Efectivo Prestaciones de Salud por Sexo y Grupos de Edad - Año 2007



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 entre el gasto efectivo de mujeres y hombres.

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

La Superintendencia de Salud es parte activa de las políticas públicas destinadas a promover la equidad de género, que significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre los hombres y las mujeres. Por ello se ha comprometido institucionalmente a aplicar el enfoque de equidad de género al ejercicio de todas sus competencias y en todos sus productos. 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 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

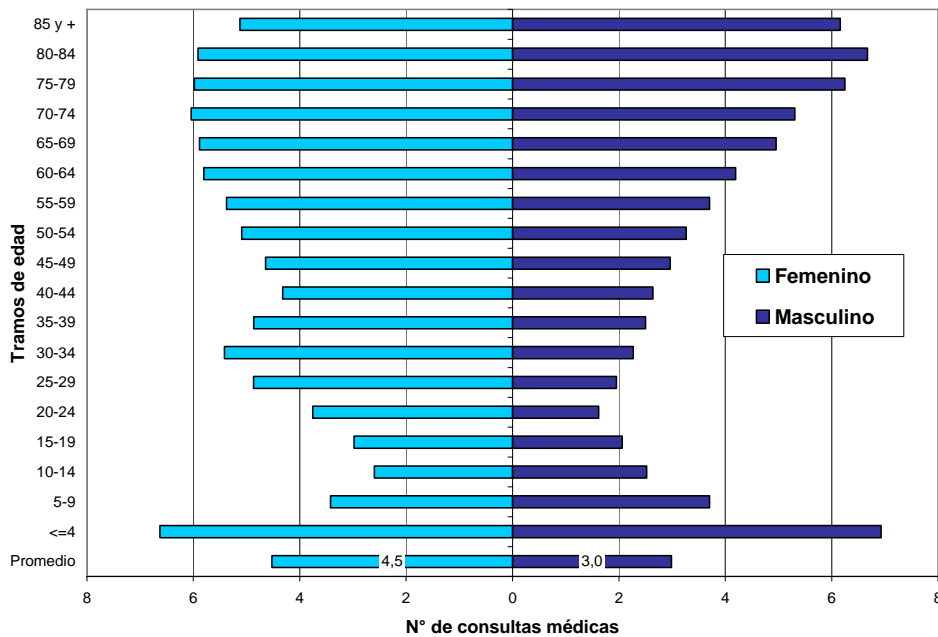
hombres (inequidad de género), tanto en el uso de las prestaciones como en la contribución financiera de los beneficiarios de las mismas o si los hallazgos obedecen a diferencias determinadas por características propias del sexo, que no son injustas. Posteriormente, de existir inequidades de género,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

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

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

En términos generales, la mujer consulta 50% veces más que el hombre, lo que equivale a 1,5 consultas médicas anuales más (4.5 versus 3.0).

G16.- N° de Consultas Médicas por Beneficiario según Sexo y Edad - Año 2007



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.

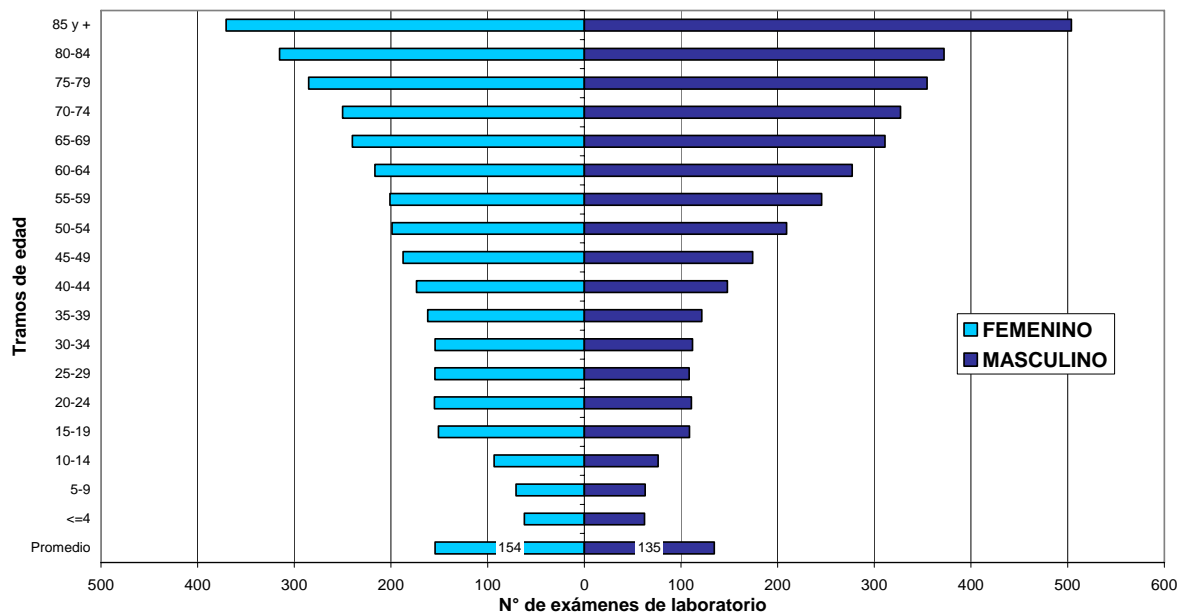
Entre los 5 y 14 años no se observan diferencias entre hombres y mujeres en las consultas médicas. A partir de los 15 años hasta los 74 años, existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 3 y 6 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones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

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.

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

Con respecto a los exámenes de laboratorio, las mujeres se realizan un 14% 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.

G17.-Exámenes de Laboratorio por cada 100 Consultas Médicas por Sexo y Edad - Año 2007

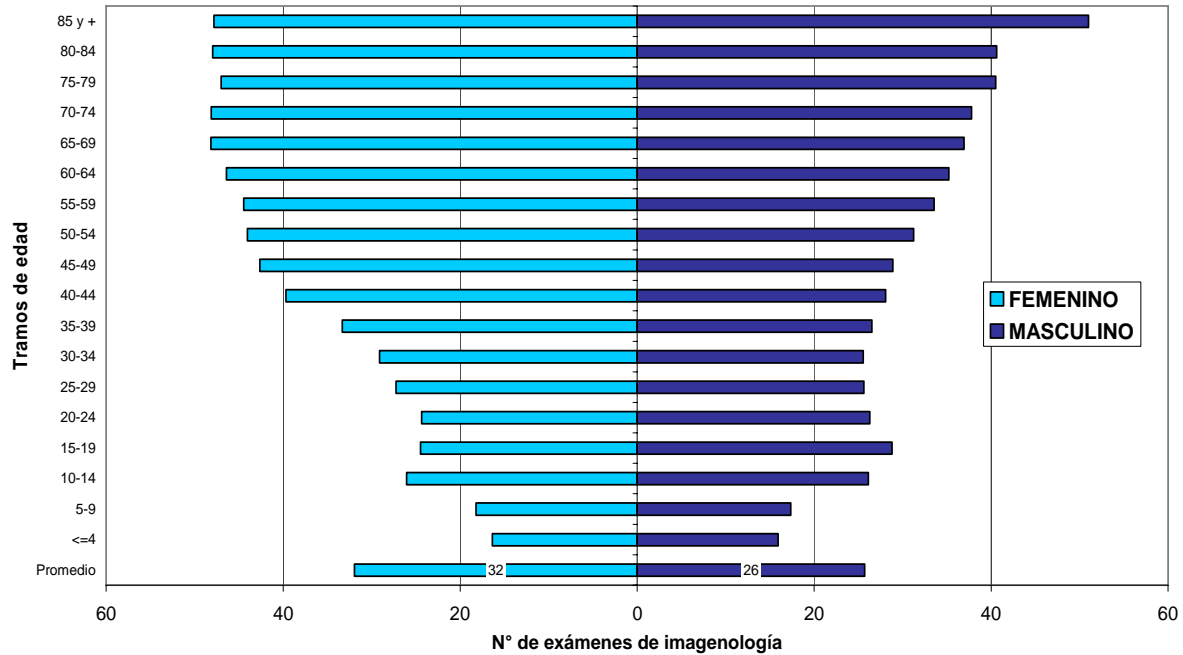


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similares. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes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

5.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 23% (32 versus 26), 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).

G18.-Exámenes de Imagenología por cada 100 Consultas Médicas según Sexo y Edad - Año 2007

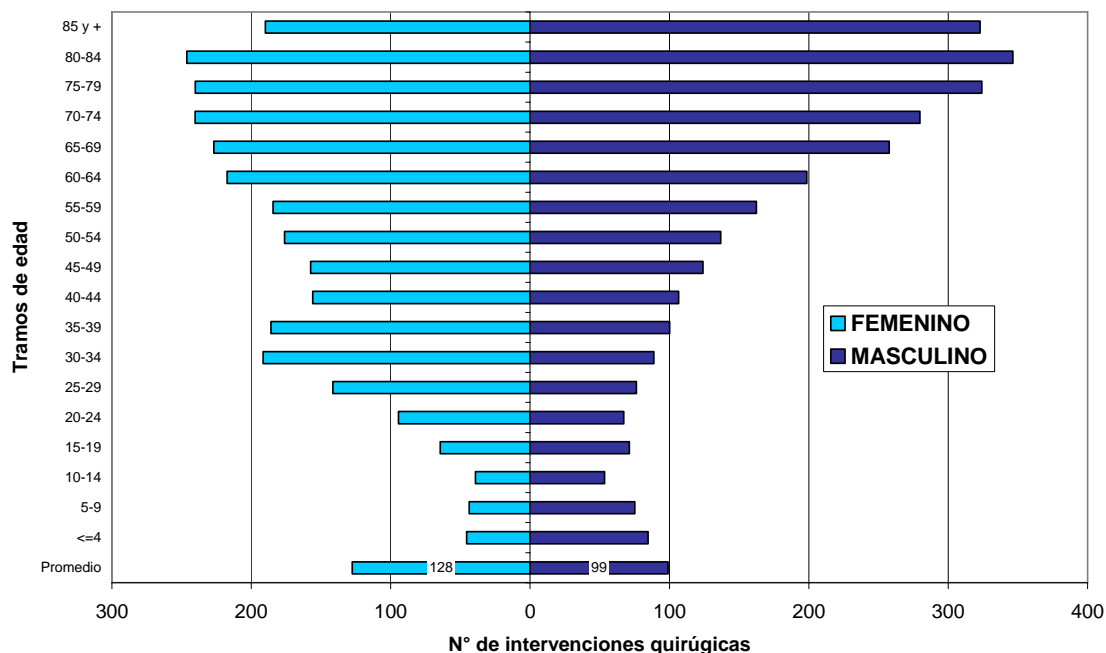


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción de los hombres entre los 10 y 24 años de edad, los que pudieran estar asociados a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos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

5.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).

G19.-Intervenciones Quirúrgicas por cada 1.000 Beneficiarios según Sexo y Edad - Año 2007



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 40 y 49 años y un pick 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 coledoclitiasis en mayores de 50 años y cirugías por cataratas en personas mayores de 65 años, similar a lo observado el año 2006.

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 (coledoclitiasis) 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°19.

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 (4,5 *versus* 3,0), exámenes de laboratorio por cada 100 consultas médicas (154 *versus* 135), exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas (32 *versus* 26), e intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios (128 *versus* 99).

El mayor uso de las prestaciones de salud por parte de las mujeres se explican 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 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.

5.B) ⁴Enfoque 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° 8. Cuando no existen diferencias entre los valores de ambas tablas, el valor es igual a 0, lo que ocurre en el caso de los hombres en el tramo de edad 55-59 años. 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 5-9 años, la diferencia porcentual es positiva de un 15%, es decir, el factor del copago es superior al factor del monto facturado y, en el caso de la mujer, es de un 4%, lo que traduce una condición de mayor copago, pero ésta es inferior a la del hombre con una diferencia de 11 puntos porcentuales. Para que existe una contribución financiera justa entre hombres y mujeres, considerando el gasto efectivo de cada uno de los grupos de edad por sexo, no deberían existir diferencias entre ambos, lo que se observa en el tramo de edad de 10-14 años, con diferencias porcentuales positivas de 11 y 12%.

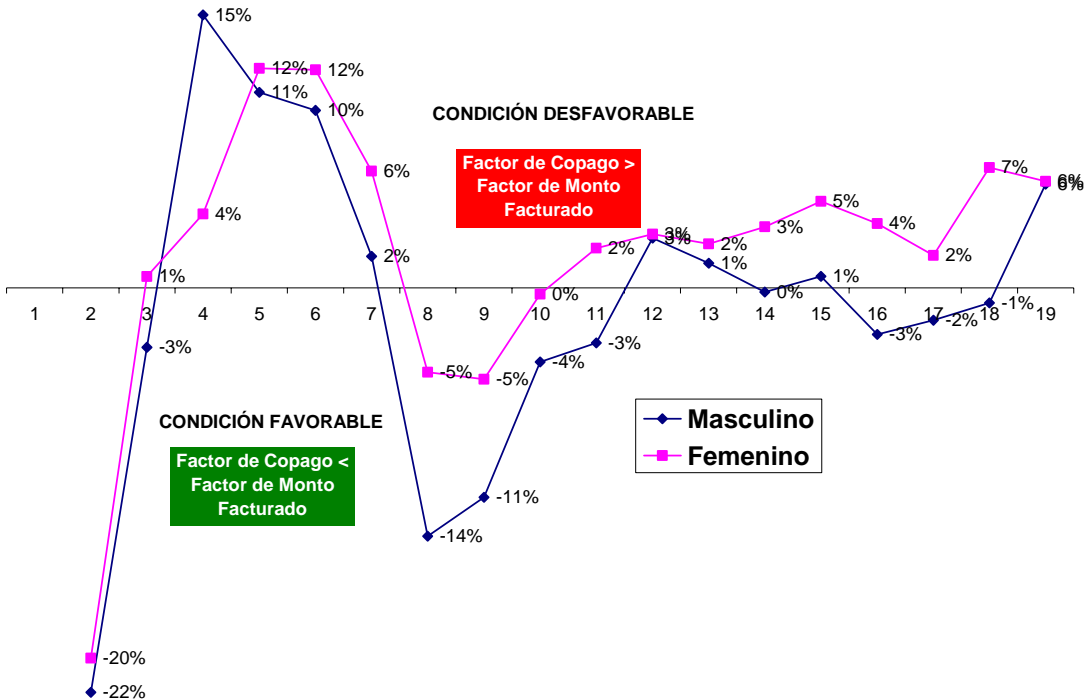
C8.- Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado versus del Copago, por Sexo y Tramos de Edad Año 2007

Grupos de Edad	Tramos de Edad	Masculino	Femenino
1	00-01	-22%	-20%
2	02-04	-3%	1%
3	05-09	15%	4%
4	10-14	11%	12%
5	15-19	10%	12%
6	20-24	2%	6%
7	25-29	-14%	-5%
8	30-34	-11%	-5%
9	35-39	-4%	0%
10	40-44	-3%	2%
11	45-49	3%	3%
12	50-54	1%	2%
13	55-59	0%	3%
14	60-64	1%	5%
15	65-69	-3%	4%
16	70-74	-2%	2%
17	75-79	-1%	7%
18	80 y más	6%	6%

⁴ Análisis efectuado con la colaboración del Economista, Sr. Camilo Cid, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

En el gráfico N° 20 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.

G20.- Gráfico de Diferencias Porcentuales entre las Tablas de Factores del Monto Facturado *versus* del Copago, por Sexo y Grupos de Edad Año 2007



Tal como se muestra en el Cuadro N° 8 y en el Gráfico N°20, en el grupo 1, tramo de edad 00-01 años, (punto 3), tanto la mujer como el hombre presentan una condición favorable (-20% y -22%), sin embargo, este último presenta una condición mejor que la mujer. A su vez, en el grupo 3 (punto 5), tramo de edad 05-09 años, tanto la mujer como el hombre presentan una condición desfavorable (11% y 12%), pero el hombre tiene una ventaja por sobre la mujer. A partir del grupo de edad 7 (punto 9), tramo de edad 25-29 años, hasta el grupo de edad 9, tramo de edad 35-39 años, la mujer presenta condiciones favorables, pero menores que la de los hombres para esos tramos de edad. A partir del tramo de edad 40-44 años, grupo 10 (punto 13), la mujer tiene una situación desfavorable que se mantiene hasta los 80 años y más. En cambio, el hombre, entre los 65 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 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.