



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

DOCUMENTO DE TRABAJO

PERFIL DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS

EN EL SISTEMA ISAPRE AÑO 2002

Departamento de Estudios

Marzo 2004

Este estudio descriptivo del perfil de las prestaciones médicas en el Sistema Isapre del año 2002, muestra la frecuencia de uso y el gasto asociado a las prestaciones (montos facturados y bonificados), distribuidas por sexo y tramos de edad, de acuerdo a las distintas modalidades de atención (ambulatoria-hospitalaria) y el tipo de prestador que las otorga, sea este público o privado.

1. Introducción

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

En términos generales, las prestaciones médicas constituyen, por una parte, los procedimientos diagnósticos y las acciones sanitarias, esencialmente curativas, demandadas por la población usuaria o beneficiaria para el diagnóstico oportuno de la enfermedad y la recuperación de la salud y, por otra parte, representa en función de los ingresos operacionales los principales costos operacionales de las Isapres, 67,8% y, con relación a la estructura de los costos, un 82% de los mismos.

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

2. Evaluación global de las prestaciones médicas (agrupadas)

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

La cantidad de beneficiarios promedio de 2002 alcanzó a 2.884.668 personas, correspondiendo un 51% a hombres y un 49% a mujeres. De acuerdo al total de beneficiarios y el monto total bonificado el año 2002, el gasto *per cápita* por prestaciones médicas asciende a la suma de \$164.238, lo que equivale, aproximadamente, a US\$ 234, representando un 68% del monto total facturado *per cápita* que fue \$ 239.379, equivalente, aproximadamente, a US\$ 341².

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

² Para estos efectos se utilizó un tipo de cambio de \$702 por dólar = valor a diciembre de 2002.

C1.- GASTO PER CÁPITA EN PRESTACIONES MEDICAS, AÑO 2002

	Isapres
Beneficiarios promedio	2.884.668
Monto bonificado	\$ 473.772.388.108
Gasto per cápita	\$164.238

2) Frecuencia de prestaciones, montos facturados y bonificados

Del total de prestaciones otorgadas a los beneficiarios durante el año 2002, que totalizan 39.635.383, 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 29% y 20%, respectivamente. Las intervenciones quirúrgicas representan sólo un 1% del total de las prestaciones. Lo anteriormente expuesto se muestra en el cuadro siguiente.

C2.- NUMERO DE PRESTACIONES MÉDICAS, MONTOS FACTURADOS Y PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN OTORGADOS A LOS BENEFICIARIOS EN EL AÑO 2002

Prestaciones	Nº	%	mill\$	%	% Bonificación
Atenciones médicas	11.450.551	29%	169.869	27%	67%
Exámenes de diagnóstico	15.548.570	39%	101.819	16%	73%
Procedimientos de apoyo clínico/terapéutico	7.783.051	20%	78.923	12%	58%
Intervenciones quirúrgicas	312.665	1%	98.636	15%	71%
Otras prestaciones	2.542.147	6%	135.354	21%	71%
Sin clasificar	1.998.399	5%	53.531	8%	64%
TOTAL	39.635.383	100%	638.132	100%	68%

Las atenciones médicas representan un 27% del monto total facturado. Éstas incluyen la consulta médica, visita médica domiciliaria y la atención médica hospitalaria. En segundo lugar, se encuentran los exámenes diagnósticos con un 16%, seguido de las intervenciones quirúrgicas con un 15% y, finalmente, los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico constituyen un 12%.

En cuanto al rango de bonificación de las prestaciones, éste fluctúa entre un 58% y 73%, correspondiendo a los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico el porcentaje más bajo y a los exámenes diagnósticos el porcentaje más alto.

El promedio de bonificación 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 co-pago.

El monto de las intervenciones quirúrgicas sólo destaca en términos de importancia relativa, tal como se observa en el cuadro N° 3, por cuanto, siendo aún 17 veces mayor que el valor promedio de todas las prestaciones, alcanza un tercer lugar en los montos totales facturados, después de las atenciones médicas y los exámenes diagnósticos, tal como se expuso anteriormente.

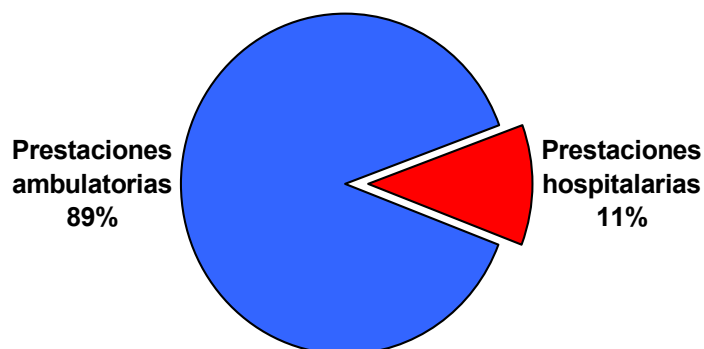
**C3.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PROMEDIOS
POR PRESTACIONES MÉDICAS
EN EL AÑO 2002**

PRESTACIONES	MONTO FACTURADO (\$)	MONTO BONIFICADO (\$)	CO-PAGO (\$)
Atenciones médicas	14.835	9.874	4.961
Exámenes de diagnóstico	6.548	4.755	1.794
Procedimientos de apoyo clínico/terapéuticos	10.140	5.919	4.221
Intervenciones quirúrgicas	315.470	223.801	91.668
Otras prestaciones	53.244	37.842	15.402

3) Prestaciones médicas y modalidades de atención

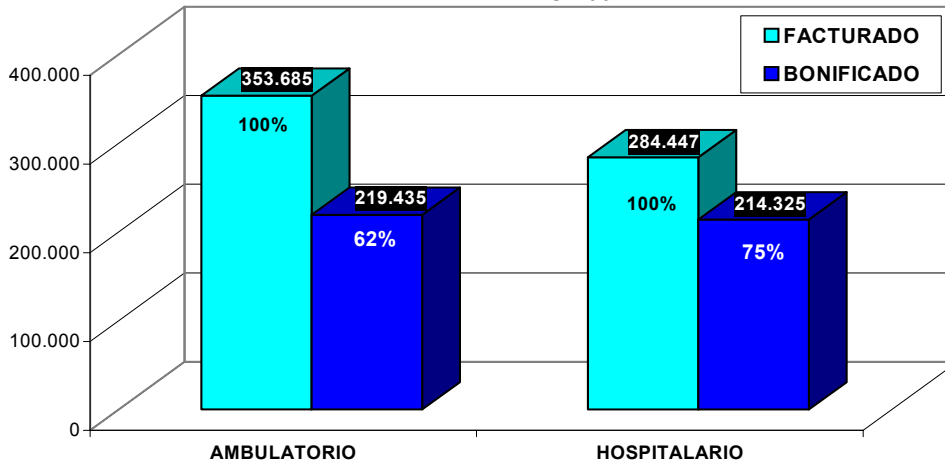
Las prestaciones médicas totalizan 39.635.383, de las cuales 35.106.256 se otorgan ambulatoriamente y 4.529.127 corresponden a atenciones hospitalarias, representando un 89% y 11%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

**G1.- MODALIDADES DE ATENCIÓN
DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS - 2002**



El monto total facturado ascendió a la suma de \$638.132 millones el año 2002, correspondiendo \$353.685 millones a prestaciones otorgadas según la modalidad de atención ambulatoria y \$ 284.447 millones a prestaciones hospitalarias, representando un 55% y un 45%, respectivamente. A su vez, las bonificaciones correspondientes, alcanzan a \$219.435 y \$214.325 millones, representando un 62% y 75%, respectivamente, lo que se representa en el gráfico siguiente.

**G2.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS (mill \$)
SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN
AÑO 2002**

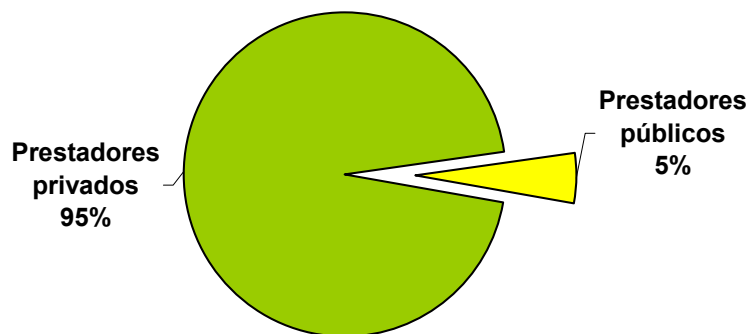


Cabe destacar el hecho que, aún cuando las atenciones de tipo hospitalario sólo representan el 11% del total de las prestaciones médicas otorgadas, éstas corresponden a un 45% del total de los montos facturados.

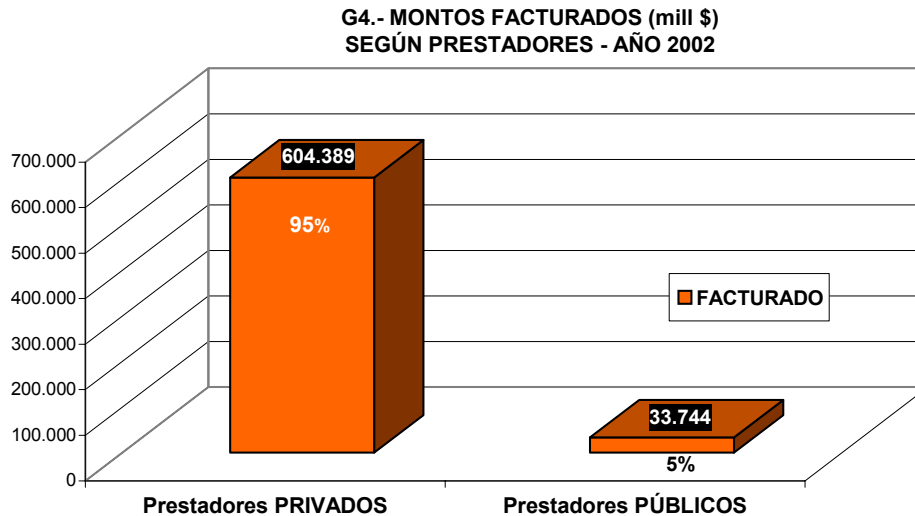
4) Prestaciones médicas y prestadores

Del total de prestaciones médicas, que alcanzan a 39.635.383, un 95% son otorgadas por prestadores privados y, el 5% restante, por prestadores públicos, tal como se representa en el siguiente gráfico.

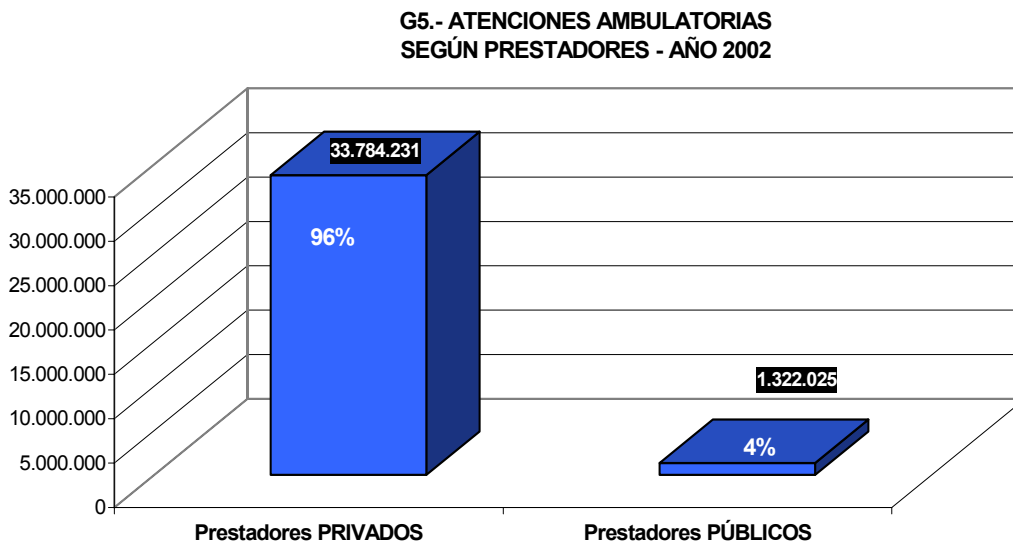
**G3.- PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS
SEGÚN PRESTADORES
AÑO 2002**



Del total de montos facturados por concepto de prestaciones médicas durante el año 2002, \$604.389 millones fueron cobrados por prestadores privados y \$33.744 millones por prestadores públicos, correspondientes a un 95% y 5%, respectivamente, lo que se observa en el gráfico siguiente.

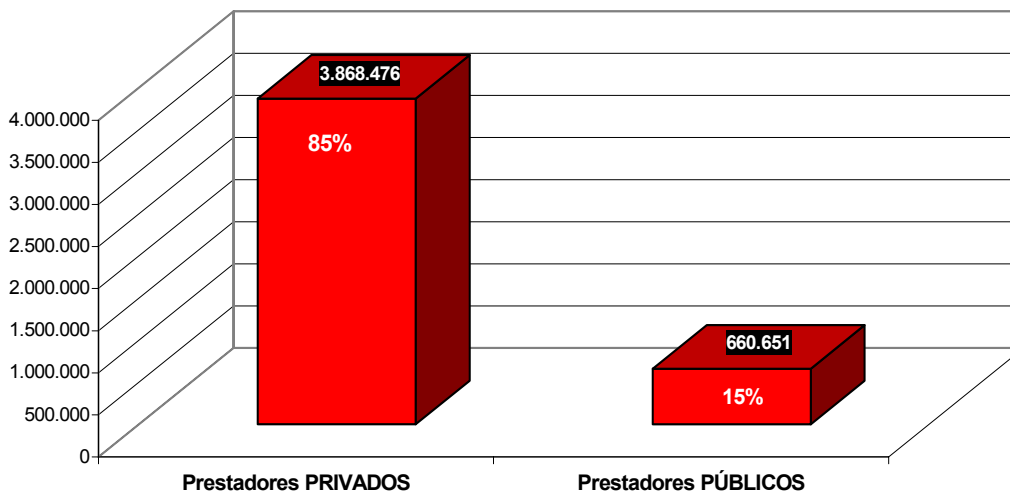


Por otra parte, de un total de 35.106.256 de atenciones ambulatorias 33.784.231 fueron otorgadas por prestadores privados y 1.322.025 se realizaron con prestadores públicos, representando un 96% y 4%, respectivamente, lo que se observa en el siguiente gráfico.



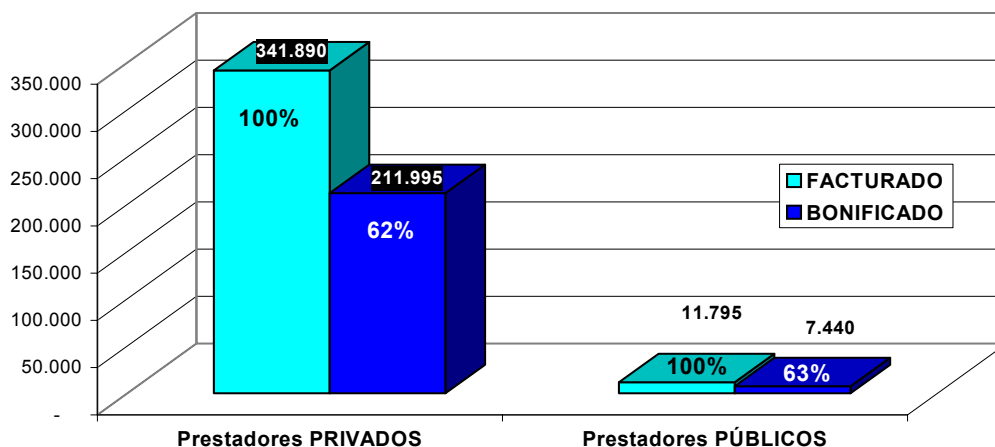
A su vez, de un total de 4.529.127 de atenciones hospitalarias, 3.868.476 fueron otorgadas por prestadores privados y 660.651 se realizaron con prestadores públicos, representando un 85% y un 15%, respectivamente, tal como se aprecia en gráfico siguiente.

G6.- ATENCIONES HOSPITALARIAS SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2002



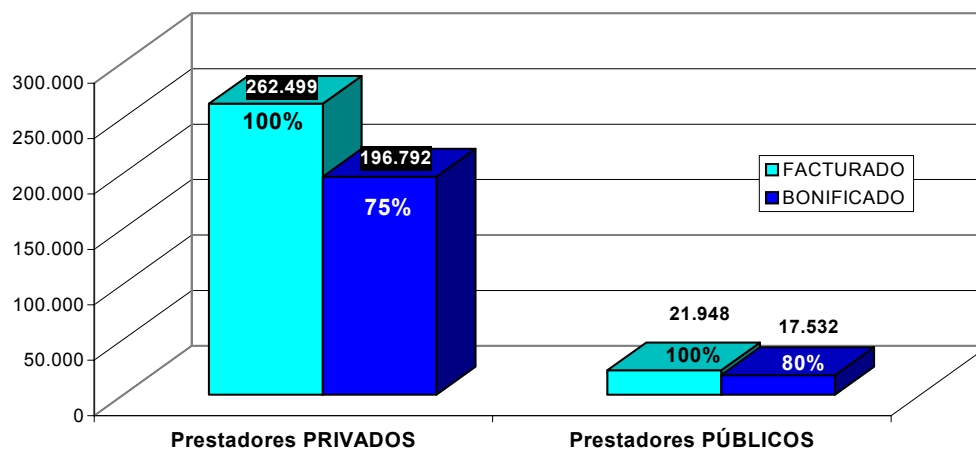
Por otra parte, de un total de \$ 341.890 millones facturados por concepto de atenciones ambulatorias realizadas en los prestadores privados, las Isapres bonificaron \$211.995 millones, representando un 62%. A su vez, en los prestadores públicos fueron bonificados \$7.440 millones de un monto total facturado de \$ 11.795 millones, equivalente a un 63%, esto es levemente superior con relación a lo observado en los prestadores privados, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

G7.- ATENCIONES AMBULATORIAS FACTURADAS Y BONIFICADAS (mill \$) SEGÚN PRESTADORES - AÑO 2002



Asimismo, de un total de \$262.499 millones facturados por concepto de atenciones hospitalarias realizadas por prestadores privados, las Isapres bonificaron \$196.792 millones, correspondiente a un 75%. A su vez, en los prestadores públicos fueron bonificados \$17.532 millones de un monto total facturado de \$21.948 millones, equivalente a un 80%, siendo la bonificación un 5% 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 2002**



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

3. Evaluación específica de las prestaciones médicas

1.a) Prestaciones médicas por sexo

El promedio de consultas médicas anuales por beneficiario fue de 4,0 y las mujeres tienen una frecuencia de consultas médicas 1,5 veces más que los hombres, por cuanto acuden más fácilmente a los servicios médicos y presentan una serie de afecciones y condiciones de salud distintas a los hombres, que se expondrán más adelante.

Con respecto a la cantidad de exámenes de laboratorio realizados, destaca el hecho que, tanto al hombre como a la mujer se les solicita, por lo menos, un examen de laboratorio por consulta médica, superando los de las mujeres a los hombres en un 15%. A su vez, la solicitud de exámenes de imagenología alcanza a un 24% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 18%, hechos que pueden estar relacionados con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y ginecológicos (tumores benignos y malignos).

Asimismo, las mujeres tienen 34% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil y ginecológicos (patología tumoral) y la elevada incidencia de patología vesicular (colecistitis) y cataratas que presentan. Lo anteriormente expuesto se representa en el cuadro siguiente.

**C4.- FRECUENCIA DE CONSULTAS MÉDICAS, EXÁMENES DE LABORATORIO,
IMAGENOLÓGÍA E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
POR BENEFICIARIO Y SEXO
AÑO 2002**

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
N° de consultas médicas anual por beneficiario	4.8	3.2	4.0
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	121	105	114
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	26	22	24
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	122	91	108

Por otra parte, al comparar diversos indicadores de uso de prestaciones, tales como el número de consultas por beneficiario, exámenes de laboratorio por 100 consultas, exámenes de imagenología por 100 consultas e intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios, entre el sistema privado y público de salud, podemos observar valores menores en todos los indicadores, con excepción de la razón de exámenes de laboratorio por 100 consultas, que es un 49% mayor en el sistema público (114 *versus* 170), tal como se muestra en el cuadro siguiente.

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

	ISAPRE	FONASA	Variación
			%
N° de consultas médicas anual por beneficiario	4.0	2.6	-35%
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	114	170	+49%
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	24	21	-13%
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	108	85	-21%

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

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

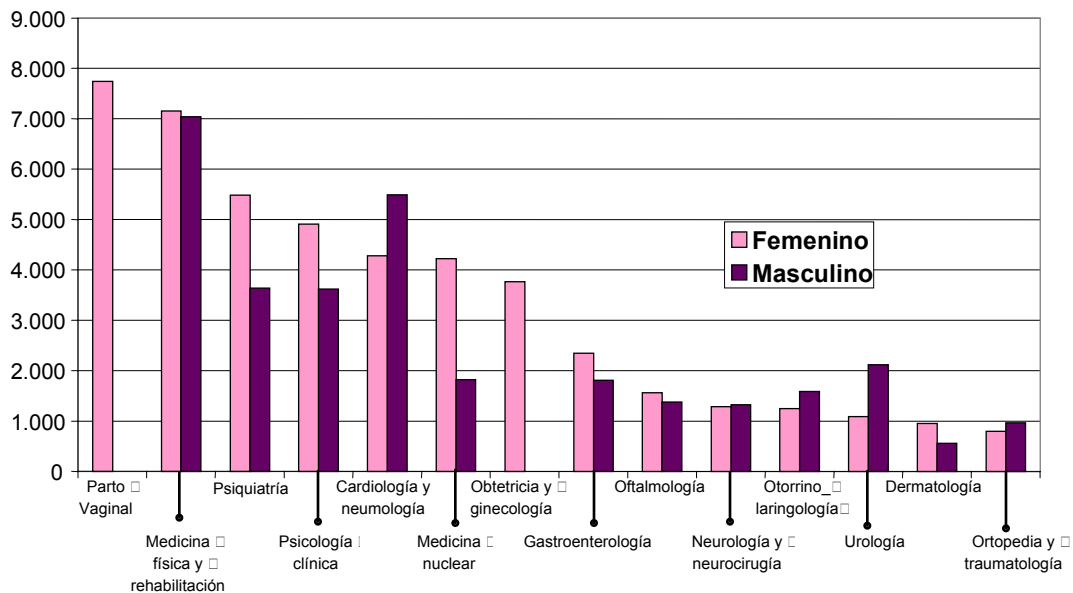
exámenes si el paciente fue atendido previamente, para estudio o control de alguna patología, en otro nivel de atención.

A su vez, las diferencias existentes entre el Sistema Isapre y el Fonasa, en cuanto al número de consultas médicas anuales por beneficiario, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, alrededor de un 40% menos en el Fonasa, podrían explicarse, entre otras variables, por una oferta insuficiente de recursos -en grados variables- en infraestructura, equipamiento y determinados grupos de profesionales médicos especialistas, en los distintos niveles de atención. A esto podría agregarse la existencia de capacidad hospitalaria ociosa y la falta de disponibilidad horaria permanente, problemas de accesibilidad y limitaciones financieras de los beneficiarios para el co-pago de las prestaciones, ya que el Fonasa tiene los beneficiarios con la menor capacidad financiera.

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

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

G9.-MONTOS FACTURADOS POR PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLÍNICO TERAPÉUTICO POR SEXO - AÑO 2002 (mill \$)



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

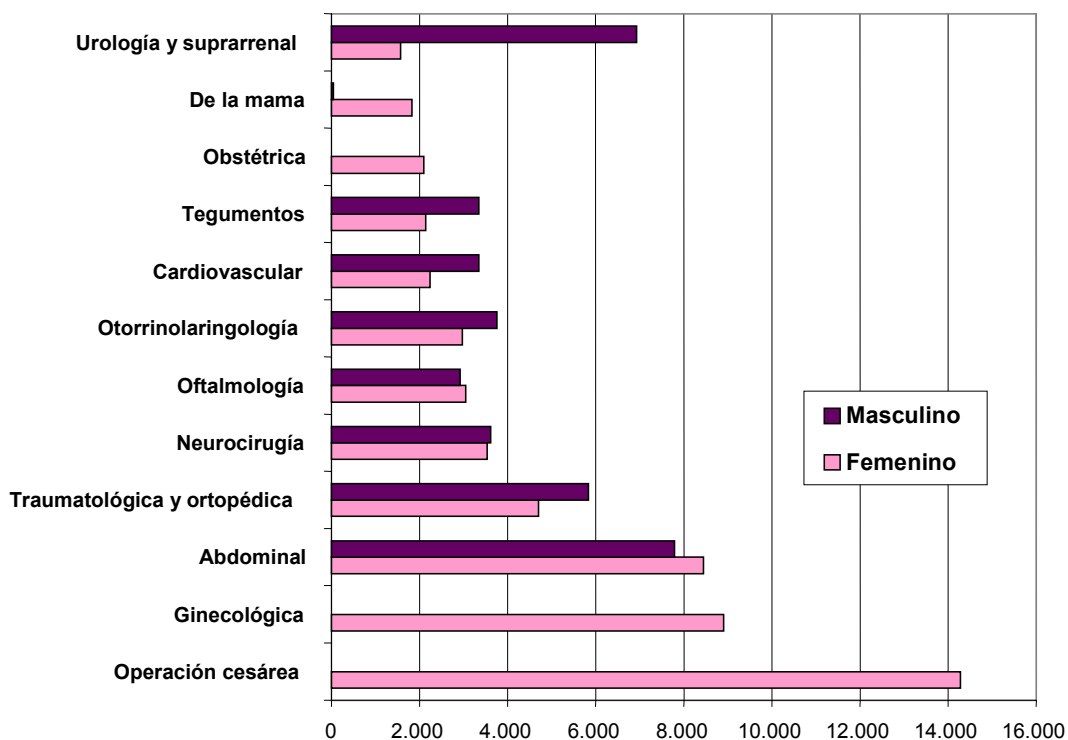
A su vez, las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres que las mujeres, corresponden a atenciones de cardiología y neumología, urología, otorrinolaringología, neurología y neurocirugía y, finalmente, ortopedia y traumatología.

Cabe precisar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente son los siguientes: parto (78%), medicina física y rehabilitación (59%), atenciones psiquiátricas (33%) y de psicología clínica (36%), cardiología y neumología (68%), medicina nuclear (62%) y urológicas (74%).

1.c) Intervenciones quirúrgicas

Con respecto a las principales intervenciones quirúrgicas que representan los mayores montos facturados en la mujer, se encuentran, en orden de importancia decreciente, la operación cesárea, la cirugía ginecológica (tumores benignos y malignos), abdominal (apendicitis, hernias y patología vesicular), traumatológica y ortopédica, neuroquirúrgica y oftalmológica, como se observa en el gráfico siguiente.

G10.-MONTOS FACTURADOS POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN SEXO, AÑO 2002 (mill \$)



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

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

A su vez, cabe destacar, que los montos bonificados para cada una de las prestaciones son diferentes y porcentualmente son los siguientes: operación cesárea (75%), cirugía ginecológica (74%), abdominal (75%), traumatológica y ortopédica (66%), neuroquirúrgica (63%), oftalmológica (72%), urológica y suprarrenal (76%), otorrinolaringológica (67%) y, finalmente, las operaciones cardiovasculares (71%).

Por otra parte, entre los mayores montos facturados, tanto por concepto de prestaciones de procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico como de intervenciones quirúrgicas, en primer lugar, se ubican el parto vaginal y la operación cesárea, respectivamente. Por este motivo, a continuación, se detallan estas prestaciones y se compara con lo observado en el Fonasa el año 2001.

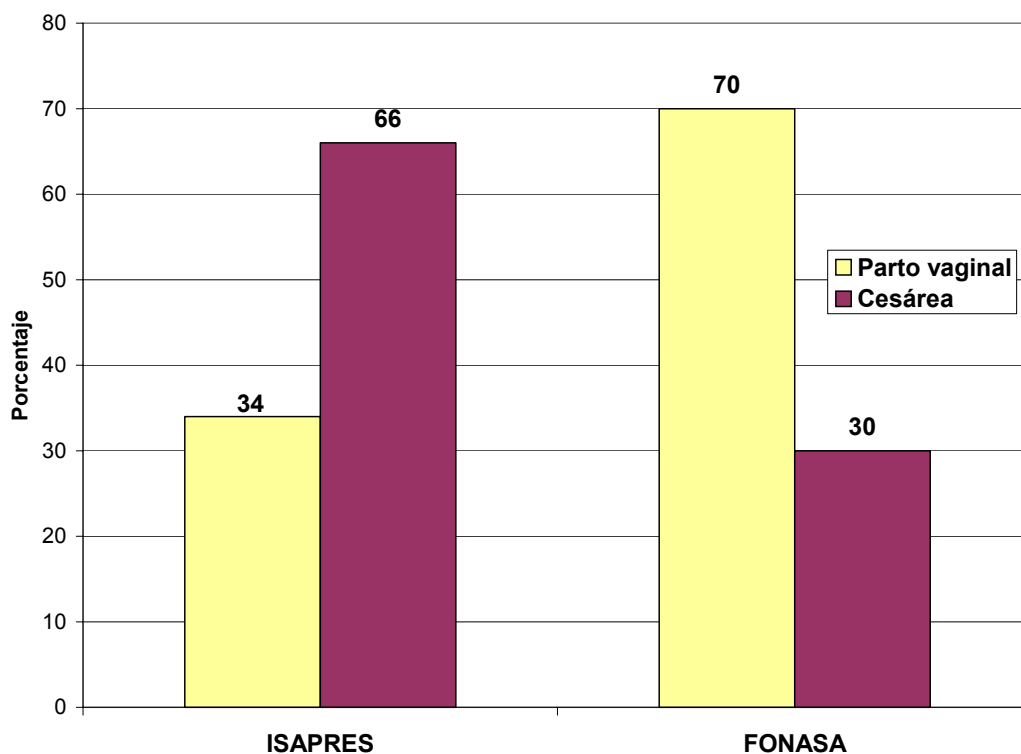
C6.- PARTOS VAGINALES Y OPERACIONES CESÁREAS EN EL SISTEMA ISAPRE y FONASA (Año 2002)

	ISAPRE	FONASA
Parto vaginal	15.905	117.673
Cesárea	30.992	51.477
Beneficiarios	2.884.668	10.327.218**
Tasa de natalidad *	16.3	16.4
Razón parto/cesárea	0.5	2.3

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

Destaca el hecho que, en el sistema privado, las operaciones cesáreas representan el 66% del total de los partos en comparación al porcentaje observado en el Fonasa de un 30%. Además, según lo muestra el gráfico N° 11, llama la atención que la proporción de partos vaginales *versus* las operaciones cesáreas en el sistema privado de salud sea inversa a la observada en el sistema público.

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



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

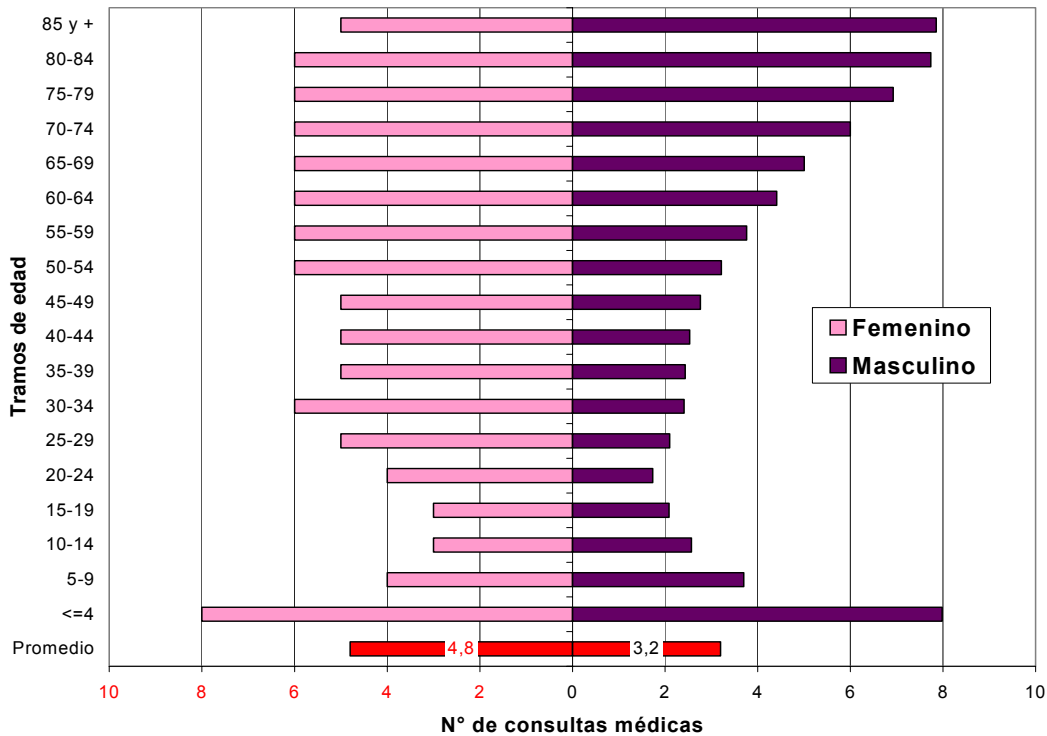
Finalmente, cabe precisar, que las tasas de natalidad (“R.N. estimados” x 1.000 beneficiarios) en el Sistema Isapre y en el Fonasa son similares (16.3 *versus* 16.4).

2) Prestaciones médicas por sexo y edad

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

En términos generales, la mujer consulta 1,5 veces más que el hombre, lo que equivale a 1,6 consultas médicas anuales más (4.8 *versus* 3.2).

**G12.-N° DE CONSULTAS MÉDICAS POR BENEFICIARIO
SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2002**



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 de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonías y, a la mayor incidencia de traumatismos, quemaduras y envenenamientos accidentales que ocurren a esas edades.

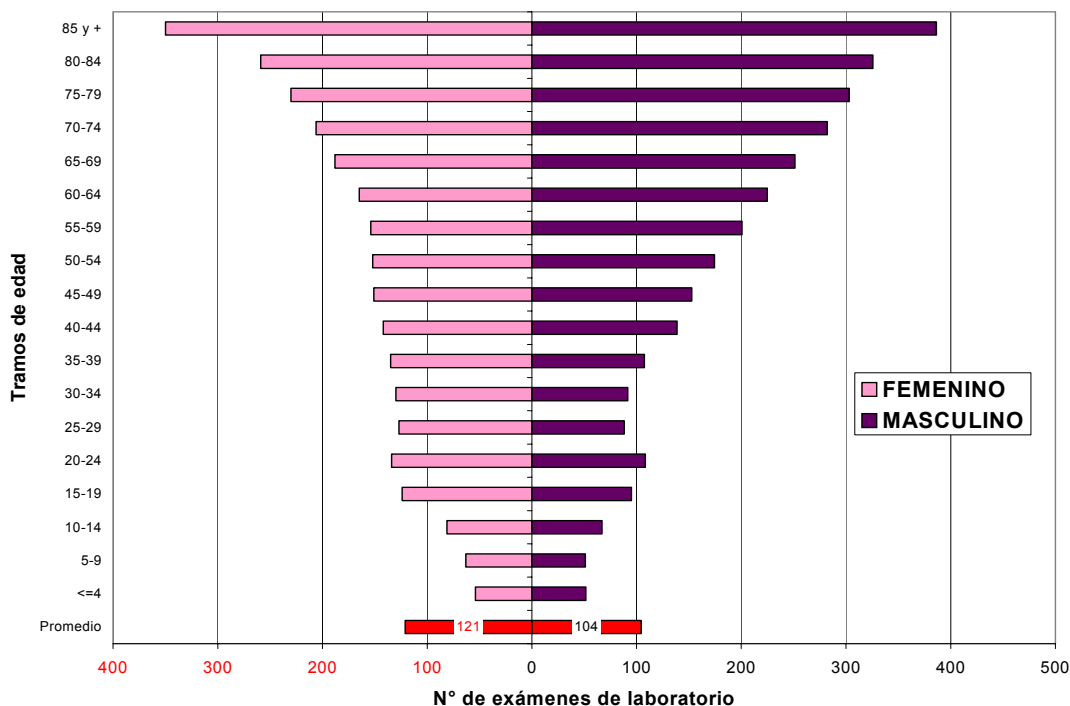
Entre los 5 y 14 años hay un leve aumento de las consultas médicas en los hombres por sobre las mujeres, debido a traumatismos y otras consecuencias de causas externas y, a partir de los 15 años hasta los 70 años, existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 3 y 6 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y, porque, además, las mujeres acuden más fácilmente a los servicios médicos que los hombres.

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

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

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

**G13.-EXÁMENES DE LABORATORIO X 100 CONSULTAS MÉDICAS
POR SEXO Y EDAD - AÑO 2002**

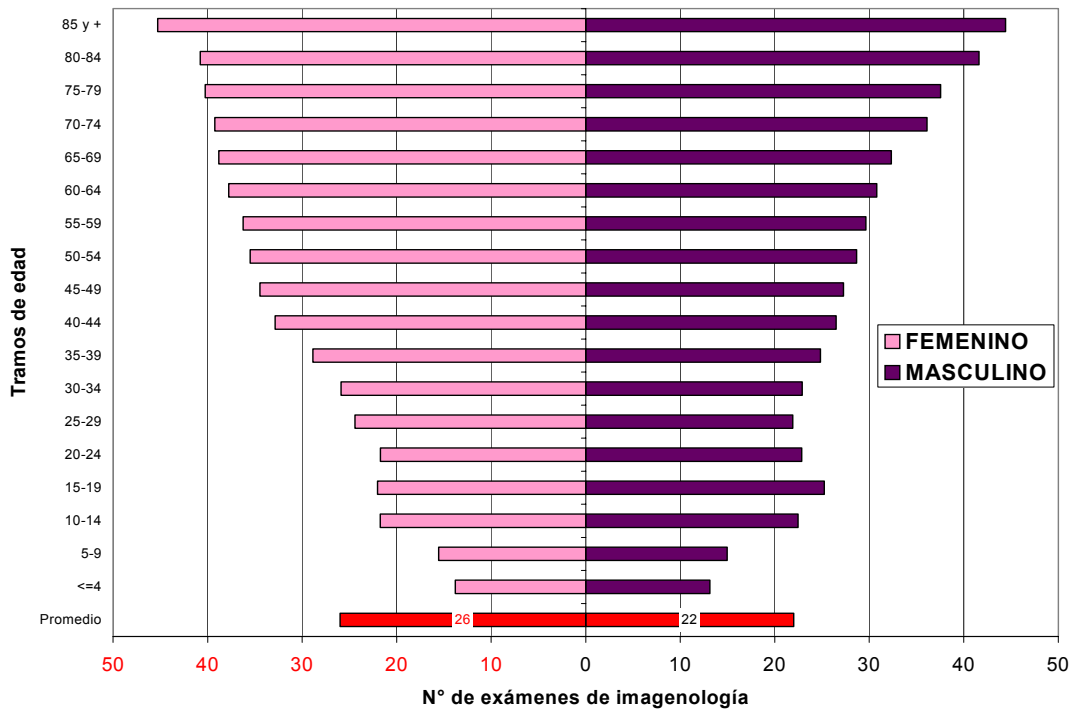


Por otra parte, entre los 45 y 49 años, hombres y mujeres tienen una magnitud de exámenes similares. Después de los 50 años hay un aumento de los exámenes de laboratorio de los hombres por sobre los de las mujeres, lo que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes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

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

Con respecto a la frecuencia de exámenes de imagenología por cada 100 consultas médicas, es posible señalar que éstos son superiores en las mujeres en un 18% (26 versus 22), hecho que puede estar relacionado con estudios diagnósticos y control de las mujeres durante su vida reproductiva, a partir de los 15 años, por causas obstétricas (embarazos) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) y patología vesicular.

**G14.-EXÁMENES DE IMAGENOLÓGÍA X 100 CONSULTAS MÉDICAS
SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2002**

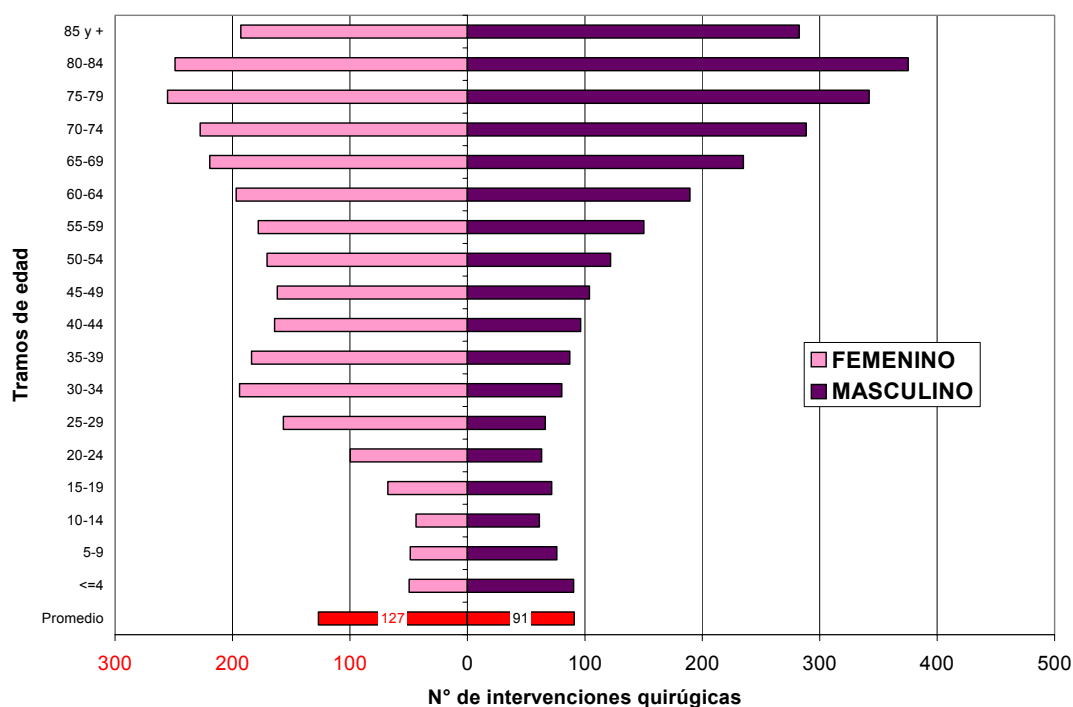


En los diferentes grupos etarios las mujeres tienen una mayor frecuencia de exámenes imagenológicos, con excepción de los hombres entre los 10 y 24 años de edad, los que pudieran estar asociados a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos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

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

En términos generales, las mujeres tienen 1,3 veces más intervenciones quirúrgicas que los hombres. Hasta los 19 años existe un predominio de las cirugías de los hombres por sobre las mujeres, las que pudieran vincularse con patología apendicular (Apendicitis Aguda), enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides, fimosis y afecciones traumatológicas (fracturas).

**G15.-INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS X 1.000 BENEFICIARIOS
SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2002**



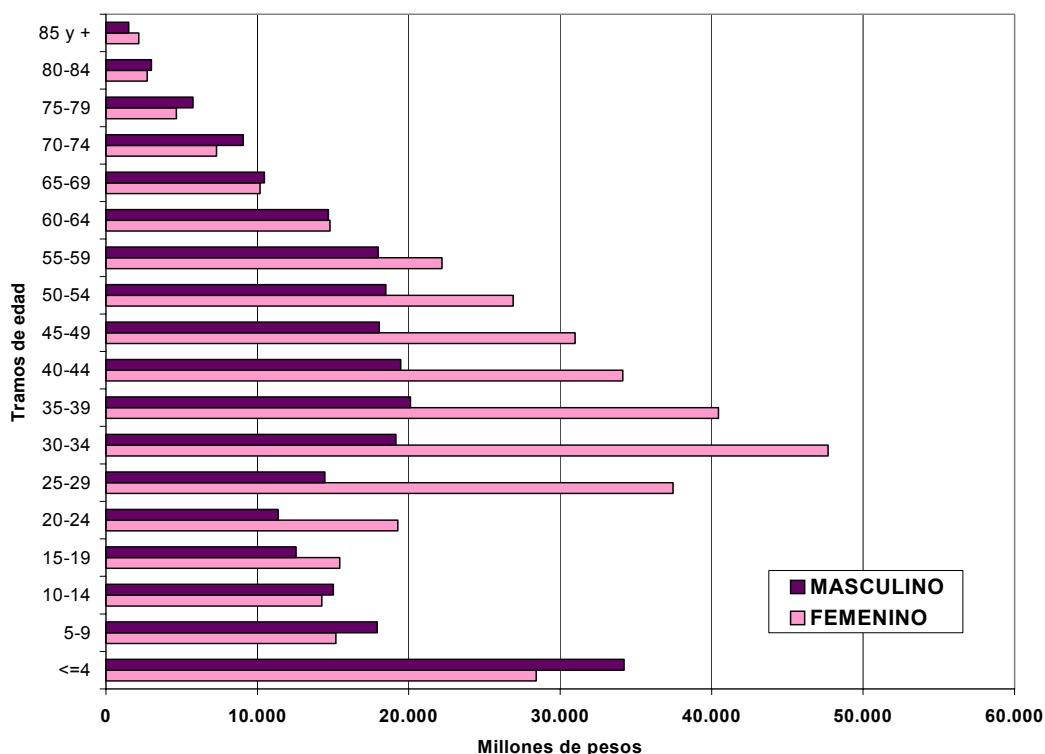
A partir de los 20 años de edad, las mujeres aumentan la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y, a contar de los 30 años, tienen una tasa relativamente estable, manteniéndose alrededor de las 200 cirugías por cada 1.000 beneficiarios, las que pudieran estar relacionadas con operaciones cesáreas, extirpación de tumores, esencialmente de origen ginecológico (mama, útero y ovarios), colecistectomías por colelitiasis y cirugías por cataratas.

En el caso de los hombres, a partir de los 45 años de edad, comienzan a aumentar desde 100 hasta llegar a cerca de 400 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios hasta los 80 años de edad, para decrecer posteriormente. Las causas de las cirugías pudieran estar vinculadas con patología tumoral urológica (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), cirugías por cataratas, diferentes hernias de la cavidad abdominal y cirugía cardiovascular (by-pass coronarios).

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

Con respecto al monto total facturado en prestaciones médicas, éste es significativamente mayor en la mujer (59%) en relación a los hombres (41%).

**G16.- MONTOS FACTURADOS EN PRESTACIONES MÉDICAS
SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2002**



Si bien la proporción del monto total facturado atribuible a la mujer es de un 59%, entre los 25 y 49 años de edad, este porcentaje aumenta a un 68%.

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

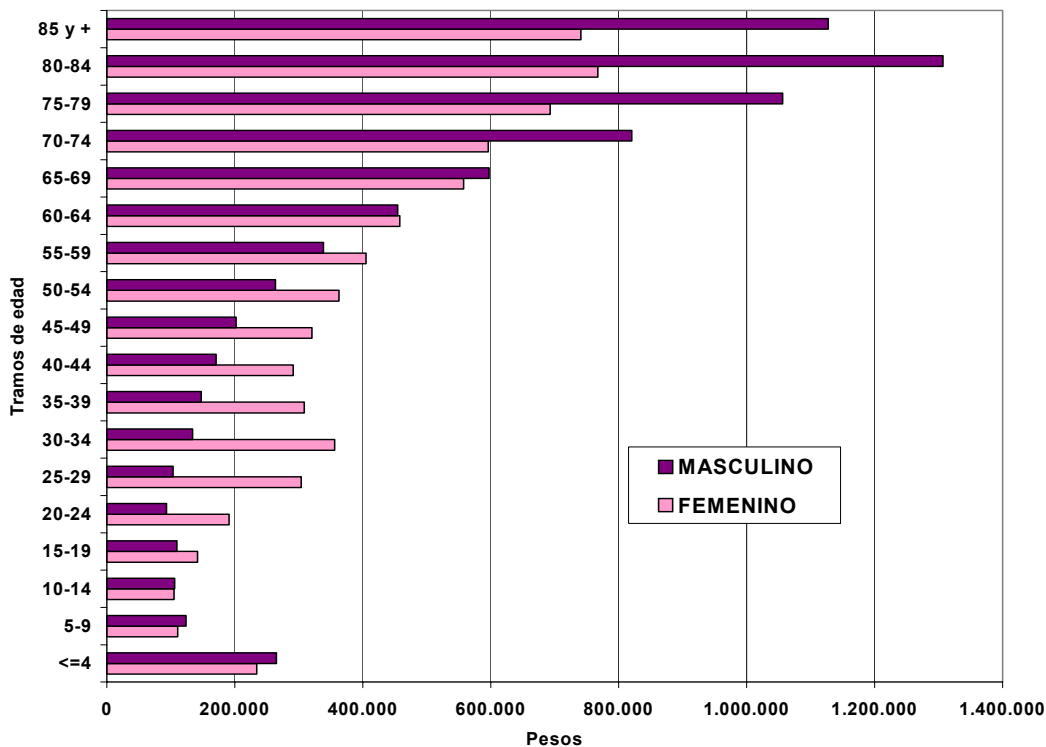
En los menores de 4 años de edad, que incluye tanto a hombres como a mujeres, el porcentaje de los montos facturados alcanza a un 10% del total, lo que pudiera estar vinculado con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonías y, a la mayor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

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

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

(tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático) y de enfermedades cardiovasculares (patología coronaria y Accidentes Vasculares Encefálicos).

G17.- MONTOS FACTURADOS *PER CÁPITA* EN PRESTACIONES MÉDICAS SEGÚN SEXO Y EDAD - AÑO 2002



Al tomar como referencia la edad de 30 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 \$356.163, el que recién se duplica a los 80 años de edad, con un monto facturado promedio de \$767.527.

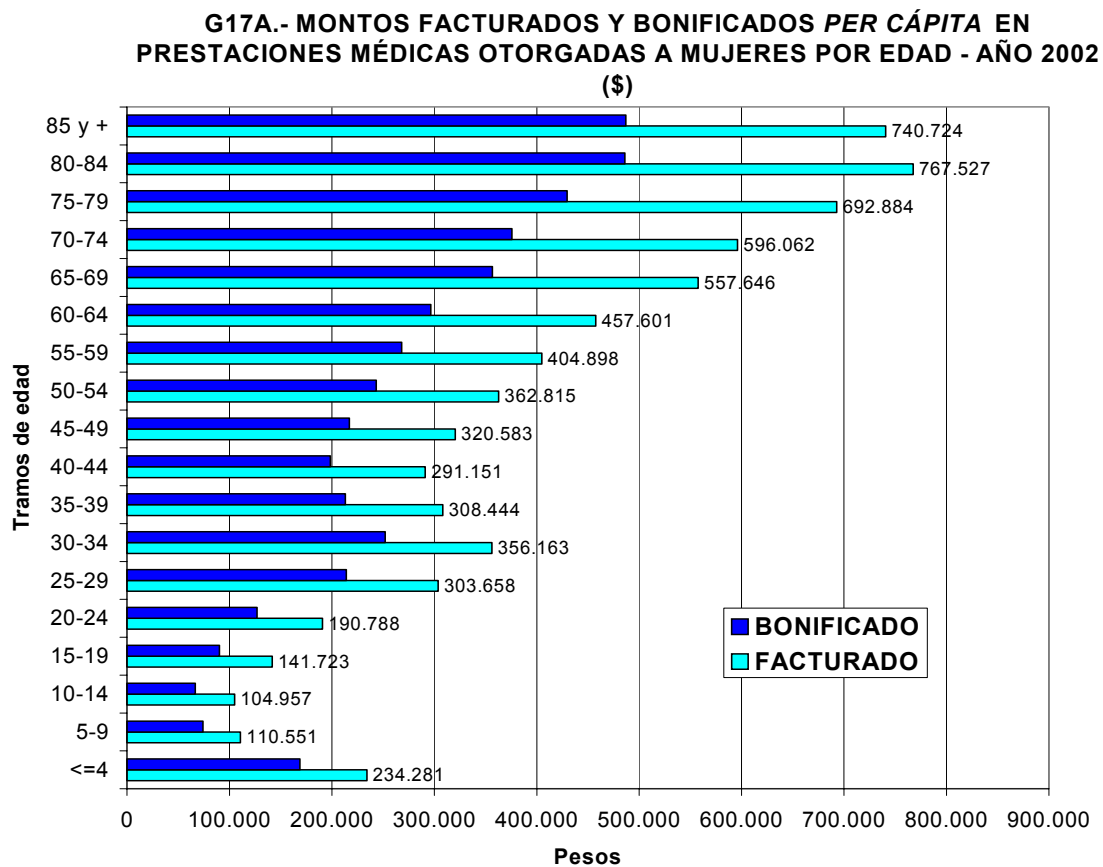
En el caso del hombre, a los 30 años de edad, el monto facturado *per cápita* es de \$133.868, equivalente a un tercio del gasto en la mujer a esa misma edad y, a los 80 años, es 9 veces mayor, con un monto de \$1.306.866, siendo superior en \$539.339, con respecto a la mujer, lo que representa un 70% de mayor gasto en el hombre.

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

Con respecto al porcentaje general de bonificación en las mujeres, éste alcanza a un promedio de 68%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sólo a partir de los 60 años se produce una disminución gradual de la bonificación a un 65% y que, a los 80 años, llega a un 63%.

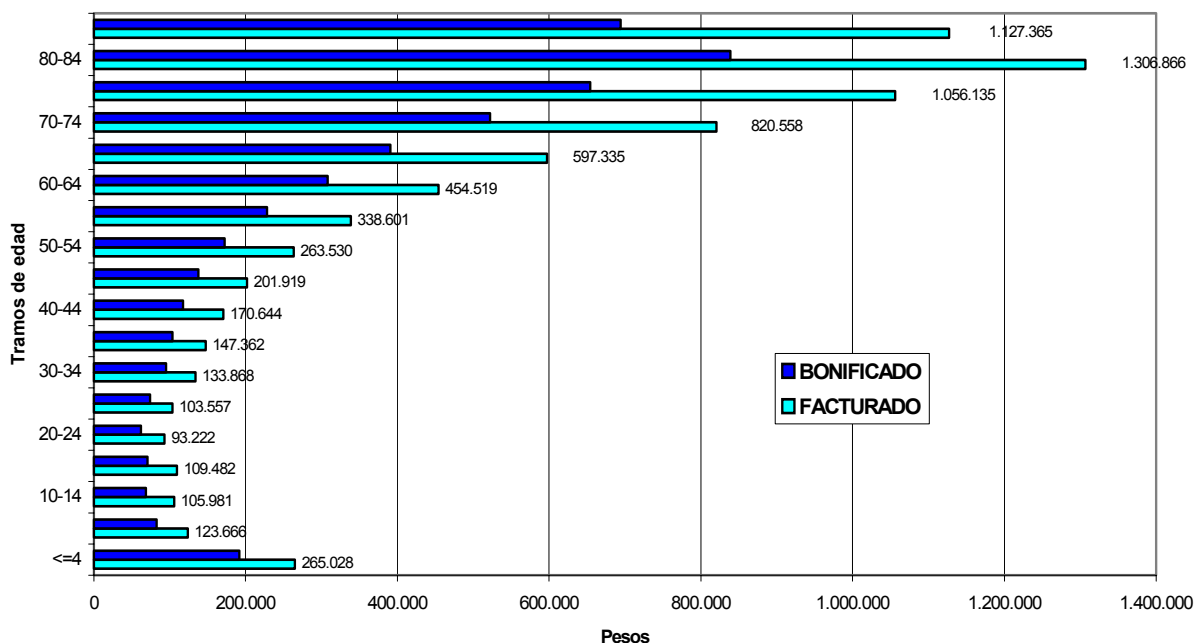
No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de bonificación en las distintas edades son menores, en términos de co-pagos las diferencias son importantes. Si a los 30 años de edad el co-pago de las prestaciones asciende a \$104.114, a los 60 años de edad alcanza a \$161.012 y a los 80 años a \$281.488, es decir, el co-pago casi se triplica entre los 30 y 80 años

de edad. Esto obedece a que los montos facturados, a partir de los 60 años, son mayores, debido, por una parte, al aumento de la frecuencia de uso de las prestaciones, referidas a consultas médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna (esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia coronaria y enfermedades cerebrales vasculares), patología respiratoria (Influenza y Neumonía) 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.



El porcentaje general de bonificación en los hombres alcanza a un promedio de 68%, similar al de las mujeres, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Sin embargo, es posible observar una disminución gradual de la bonificación a un 65%, a partir de los 65 años y que, a los 85 años, llega a un 62%.

**G17B.- MONTOS FACTURADOS Y BONIFICADOS PER CÁPITA EN PRESTACIONES
MÉDICAS OTORGADAS A HOMBRES POR EDAD - AÑO 2002 (\$)**



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

No obstante lo anterior y, en forma similar a lo observado en el caso de la mujer, las diferencias por concepto de co-pagos son importantes, por cuanto si a los 30 años de edad el co-pago de las prestaciones por parte del beneficiario asciende a \$38.770, a los 65 años de edad alcanza a \$206.501 y a los 80 años es de \$468.048, es decir, el co-pago es 12 veces mayor a los 80 años de edad. A su vez, a los 80 años de edad, el co-pago del hombre es \$186.560 superior al de la mujer, lo que representa un 66% 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 urológicas (próstata: adenoma y cáncer prostático), hernias de la cavidad abdominal y patologías cardiovasculares (insuficiencia coronaria).