



DISCRIMINACIÓN, EQUIDAD DE GÉNERO Y REFORMA DE SALUD EN EL SISTEMA ISAPRE

*Departamento de Estudios y Desarrollo
Diciembre 2008*

Chile ocupó el lugar 65 en el último informe del Foro Económico Mundial, que mide la brecha de género en el mundo entre 130 países evaluados. Si bien avanzó 21 lugares en sólo un año, los expertos dicen que aún el camino es lento. Mujeres con más educación que los hombres, pero sueldos muy inferiores, y con muy poca presencia en cargos políticos son algunos de los desafíos pendientes. Artículo publicado el día 25 de noviembre de 2008 en el Diario “El Mercurio”, bajo el título: “Radiografía de la Brecha de Género”.

En el citado artículo se señala que el último elemento de inequidad está en los planes de salud de las Isapres, que penalizan a las mujeres en edad fértil, subiendo el precio para ese tramo y que suponen que sólo el género femenino debe hacerse cargo de los costos asociados al embarazo y el parto, considerada ésta una tarea pendiente, según la ministra del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Sra. Laura Albornoz Pollmann.

Ya el año 1998 en un estudio realizado por el SERNAM, se planteaba abiertamente que en las Isapres existe un trato desigual hacia las mujeres, situación que se traduce en barreras al ingreso, mayores costos y restricciones al uso de prestaciones. En el mencionado estudio, se arguye que la variable género opera contra la mujer, encareciendo su plan de salud y adjudicándole exclusivamente el costo de la reproducción, cuestión que debiera ser de interés y responsabilidad social y no sólo de la madre, cuestión que será abordada en el presente documento de análisis.

1. Marco Normativo y Conceptual

La legislación en Chile sobre previsión social de salud reformada el año 1981, promueve la responsabilidad personal frente al cuidado y la recuperación de la salud, exigiendo a los propios individuos la provisión de los recursos necesarios para estos fines. Junto con ello, la ley garantiza la responsabilidad social en el rol de un Estado regulador del Sistema de Salud y subsidiario en el financiamiento de bienes públicos de salud y de los gastos de atención, recuperación y rehabilitación de los sectores sociales más vulnerables, que no pueden satisfacer estas necesidades por sí solos.

El objetivo del Sistema Previsional de Salud es proteger la salud de los cotizantes y sus familiares beneficiarios con cargo a una cotización obligatoria que en la actualidad es

equivalente al 7% de la renta imponible de las trabajadoras y trabajadores, la que puede ser integrada para su administración en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o en las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), de carácter privado.

En el caso que las personas opten por una Isapre, se suscribe un **Contrato de Salud** individual, donde las partes -Isapre y afiliada/afiliado- acuerdan libremente los beneficios y las condiciones, donde la relación que los vincula es de carácter estrictamente individual, y obliga a quien cotiza, en forma personal -y no solidaria- a financiar el precio que fija la Isapre para el plan de salud elegido, que corresponde a la denominada **Prima**.

La circunstancia que los planes de salud comercializados por las Isapres tengan precios distintos según sexo y edad de las personas cotizantes y beneficiarias, que corresponden a las **primas individuales por sexo y edad**, constituye un acto legal, ya que la ley permite a las Isapres tal diferenciación, facultándolas, además, para revisar anualmente el precio y los beneficios de los planes de salud de su población afiliada.

Además, la norma legal admite expresamente la posibilidad de plasmar en los contratos, a través de la incorporación de una tabla de precios o factores, las diferencias que puedan efectuarse en los precios de los planes de salud como resultado de la variación de la edad de la población beneficiaria y del hecho de ser hombres o mujeres. Del mismo modo, se establece que los planes de salud pueden utilizar **Tablas de Factores**, en lugar de tablas de precios y en estos casos la prima total para un grupo familiar se obtendrá sumando los factores asignados a cada uno de los beneficiarios y beneficiarias del contrato y luego, multiplicando el resultado por el valor base del plan de salud.

Por tal motivo, las primas de los diferentes planes de salud son fijadas a partir de una tabla de factores, que muestra la estructura de valores relativos para los diferentes beneficiarios y beneficiarias en función de su edad, sexo y relación familiar con la persona cotizante, que son las variables permitidas por la ley para establecer primas diferentes entre los beneficiarios y beneficiarias. Dichas tablas de factores, reflejan el costo asociado a cada individuo con respecto a un pivote -cotizante tipo- definido en el hombre de 30 años, que toma el valor uno, ponderando por encima o por debajo de este factor los costos correspondientes al resto de los beneficiarios y beneficiarias, según las diferentes combinaciones de sexo y edad.

Cabe hacer presente, que estas tablas de factores pueden diferir en su estructura dependiendo del comportamiento de gasto observado en la cartera de beneficiarios y beneficiarias del plan y/o de la Isapre respectiva. Cada plan de salud lleva asociada una tabla de factores relativa y, por consiguiente, cada Isapre podría definir tantas tablas de factores como planes diferentes comercialice. En la práctica, la estructura de factores establecida por las Isapres para los diferentes tipos de personas beneficiarias en dichas tablas, responde a vincular las primas a los gastos esperados

en prestaciones de salud y Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) de cada beneficiario o beneficiaria, según sus propias características. Es decir, que cada beneficiario o beneficiaria pague de acuerdo con su propio nivel de riesgo y se espera que las primas individuales calculadas por las distintas Isapres en función de los gastos esperados, en la práctica, se aproximen lo más posible a los gastos efectivos por prestaciones de salud y Subsidios por Incapacidad Laboral.

Al construir una tabla de factores, en este caso, según el gasto efectivo de prestaciones de salud en el Sistema Isapre, 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.

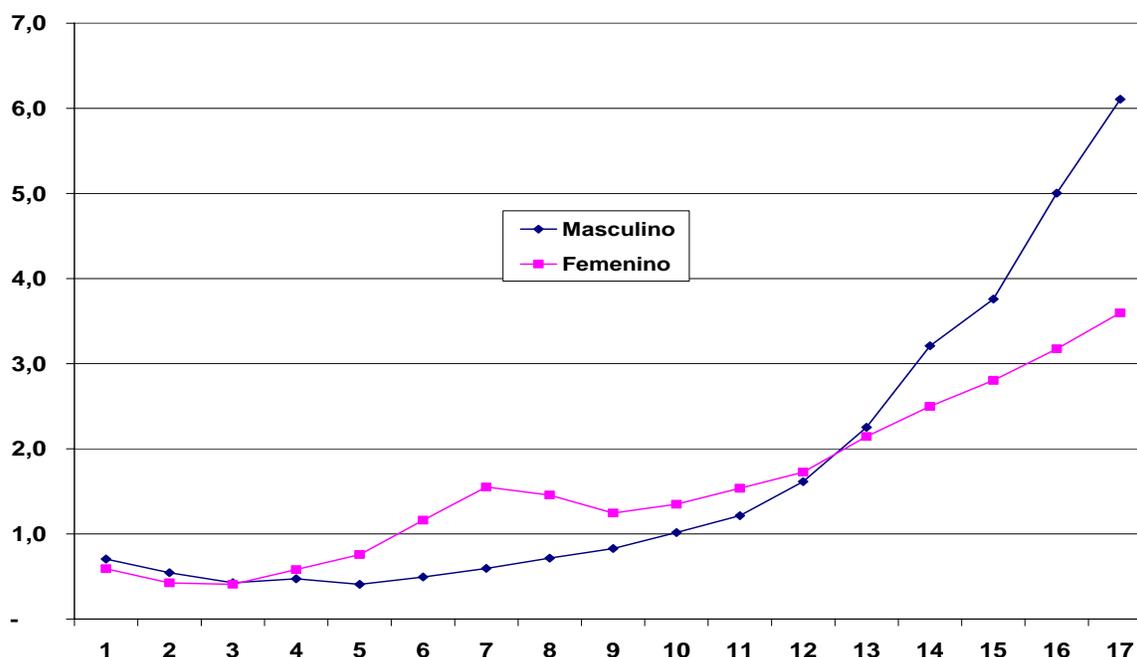
**C1.- Tabla de Factores del Gasto Efectivo
Prestaciones de Salud por Sexo y Tramos de Edad
Sistema Isapre
Año 2007 (Promedio = 1)**

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

Cabe hacer presente, que en el caso de las cargas y con el objeto de reflejar las diferencias de gasto que pudiera presentar la carga cónyuge mujer en los distintos tramos de edad, las Isapres pueden establecer un valor especial para dicha categoría de carga. Por lo tanto, con la agregación de este criterio opcional, las tablas de factores pueden diferenciar sus valores considerando, a lo más, el sexo, la edad y dentro del tipo de beneficiario o beneficiaria, la calidad de la persona cotizante, la carga y la carga cónyuge mujer.

A su vez, en el gráfico N° 1 es posible observar la representación visual de la tabla de factores del gasto efectivo de las prestaciones de salud del cuadro N°1, según los grupos de edad y sexo, en el Sistema Isapre, correspondiente al año 2007.

**G1.- Gráfico de la Tabla de Factores del Gasto Efectivo
Prestaciones de Salud por Sexo y Grupos de Edad – Sistema Isapre
Año 2007**



Este gráfico de la Tabla de Factores 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. Tal como se muestra en el gráfico N° 1, desde el grupo de edad 5 (15-19 años) y hasta el grupo 13 (55-59 años), las mujeres tienen un gasto efectivo superior al de los hombres, lo que corresponde básicamente a la edad fértil de la mujer, con una curva positiva entre los 25 y 44 años (grupos 7 a 10), en plena etapa reproductiva.

A su vez, con respecto a la fijación de la prima (precio del plan de salud) por parte del seguro, del marco normativo establecido para el Sistema Isapre se desprende que la naturaleza jurídica del contrato de salud privado corresponde a la de un contrato de seguro, en el que la determinación de las primas a pagar se configuran en función del riesgo individual de las personas beneficiarias de la convención. En función de lo expuesto, las Isapres, al determinar el precio de la prima individual, por sexo y tramos de edad, al estar el valor de la prima asociada al gasto esperado por beneficiario o beneficiaria conforme a su riesgo individual, en el caso de la mujer, en los tramos de edad correspondiente a la edad reproductiva, el monto de la prima será superior a la del hombre. Esta diferencia en el valor de la prima entre ambos sexos

en esos tramos de edad, corresponde a una diferenciación por precio entre ambos, que es legítima, por cuanto se basa en la normativa vigente y a las características propias de un contrato de seguro de carácter privado y de tipo individual. Por este motivo, esta situación no corresponde a una discriminación de precios entre mujeres y hombres, ya que las diferencias en los precios están basados en las diferencias de los gastos esperados entre ambos sexos, como se expondrá más adelante.

La determinación de la prima lleva implícita, entonces, la necesidad de asociar a cada persona o grupo de ellas, ciertos "factores de riesgo" determinados en función de sus características particulares, reconocidas como causantes de una mayor o menor probabilidad de uso de prestaciones de salud o de Subsidios por Incapacidad Laboral. En definitiva, la metodología de cálculo de la prima consiste en identificar a los diversos grupos de personas para asignarles a cada uno de ellas una prima diferente según su nivel de riesgo. Por tal motivo, estos seguros, se materializan en múltiples planes de salud que contemplan el financiamiento de una parte del gasto asociado a las prestaciones de salud. El nivel de cobertura y los beneficios de cada plan varía según el monto de la cotización pactada, el tamaño del grupo familiar y el nivel de riesgo asociado a cada tipo de persona beneficiaria acorde con su sexo y edad.

En consecuencia, la prima del seguro de salud privado es de carácter individual, por cuanto, no sólo considera el costo del servicio asociado al seguro, vale decir, gastos de administración, impuestos y utilidad, sino también, el costo esperado de los eventos médicos que se realicen -prestaciones de salud y Subsidios por Incapacidad Laboral- a las distintas personas beneficiarias de acuerdo con sus propias características. No obstante lo anteriormente expuesto, es posible que en la fijación de las primas se produzcan situaciones que podemos calificar de discriminatorias y/o que atentan contra la equidad de género, las que se describen a continuación.

Discriminación de precios: Definición¹

“La discriminación de precios existe cuando la diferencia de precios cobrados por dos servicios similares es distinta de la diferencia en los costos de prestar esos servicios. A modo de ejemplo se cita el siguiente caso de discriminación de precios:

Si la probabilidad de provocar gastos médicos es mayor para los fumadores que para los no fumadores y, si la prima es mayor para los fumadores justo en la cantidad necesaria para cubrir la diferencia de costos, entonces no hay discriminación de precios. Por el contrario, si se aplica una prima uniforme a los fumadores y no fumadores, habría discriminación y, en concreto, se estaría subsidiando a los fumadores.

¹ Extracto de “El Aporte de los Seguros de Salud”, Salvador Valdés P. Noviembre de 1996.

La Equidad de Género

La equidad de género, significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre los hombres y las mujeres. En el ámbito de la salud, se pretende que hombres y mujeres se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de sus resultados.

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

2. Características del Mercado de la Salud

La existencia de un precio proporcional al grado de beneficios y al riesgo individual, representa una diferencia fundamental del Sistema Isapre con respecto al Fonasa, el cual se basa en un sistema de reparto, con beneficios iguales para todos los afiliados con independencia del monto de su cotización, número de cargas y nivel de riesgo.

Esta situación genera los incentivos necesarios para que las Isapres atraigan a la población de mayores ingresos y para que las personas de mayor riesgo opten por el sistema público.

Cabe hacer presente, que en condiciones ideales de competencia perfecta, los precios de equilibrio son determinados libremente por el mercado en función de la oferta y la demanda. Sin embargo, los sistemas de seguros, en general, no presentan esta característica fundamental, lo que los hace imperfectos, por cuanto, su complejidad y poca transparencia contribuyen a que los diferentes actores tomen decisiones con información insuficiente, reflejo de la asimetría de información existente entre los seguros y las personas aseguradas, provocando desajustes, cuyos costos, normalmente son asumidos por estas últimas, generalmente mujeres y adultos mayores.

Imperfecciones en el cálculo de la Prima y sus efectos

La metodología utilizada por las Isapres para fijar las primas individuales promueve una tendencia a la segmentación, es decir, a diferenciar a las personas conforme a sus propias características que las hacen más o menos propensas a sufrir un daño o deterioro en su salud que deba ser financiado total o parcialmente por la Isapre, asignándoles a cada uno de ellas una prima diferente según su nivel de riesgo. Esta característica particular de los seguros individuales de salud afecta, principalmente, a los grupos de mayor riesgo en salud, dentro de los que se encuentran las mujeres,

especialmente en edad fértil y los adultos mayores, motivo por el cual las Isapres establecen tarifas más altas en atención al costo más elevado que estos grupos representan. Sin embargo, esta situación genera en las Isapres incentivos para aplicar variaciones de precios desmesuradas en los planes de salud donde existe una mayor concentración de mujeres, generándose una discriminación en el precio de los planes de salud de las mujeres, por cuanto los gastos esperados de ellas son sobrevalorados por las Isapres.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, se generan en las Isapres múltiples tablas de factores, en que el grado de ajuste de los precios con respecto a los gastos esperados para cada grupo de beneficiarios según sus características de sexo y edad, es imperfecto, mostrando en la mayoría de los casos, un -sobreprecio- por parte de las Isapres, cuestión que puede interpretarse como una forma de compensar la selección adversa (selección de personas más riesgosas) propia de este sistema de seguros, la que se genera por la existencia de asimetría de información, que impide muchas veces al seguro conocer el riesgo “real” de las personas que se incorporan a éste.

También este efecto discriminatorio de precios en las mujeres es posible y se acentúa por la inexistencia de bandas de precios que limiten estos cobros desmesurados por parte de las Isapres.

Por lo anteriormente expuesto, la existencia de múltiples tablas de factores así como la inexistencia de bandas de precios en los planes de salud, fueron abordados en la Reforma de Salud para ser resueltos, como se expondrá más adelante.

Imperfecciones en la renovación de los Contratos de Salud y sus efectos

Aún cuando los contratos de salud tienen vigencia indefinida, tanto la prima como los beneficios ofrecidos pueden ser revisados y modificados anualmente por las Isapres, con la sola condición de que ello no represente discriminación entre los afiliados y afiliadas a un mismo plan.

Sin embargo, esta condición, por una parte, limita el acceso al sistema de las personas de tercera edad, por cuanto, las primas que deben cancelar son mayores en relación con las de personas más jóvenes y, por otra parte, limita la permanencia de las personas beneficiarias en el sistema, en una etapa de la vida en que el riesgo por enfermedad aumenta y, simultáneamente, los ingresos disminuyen, determinando una migración hacia el Fonasa.

A su vez, las Isapres pueden exigir una nueva declaración de salud para cambiar la condición de una persona beneficiaria de carga a cotizante, instrumento que permite “descremar” a los afiliados y afiliadas, es decir, quedarse con los mejores clientes, al poder conocer el mayor riesgo sanitario, particularmente de las mujeres, tema que fue también abordado en la Reforma de Salud y que se expondrá a continuación.

3. Discriminación, Equidad de Género y Reforma de Salud

Una serie de efectos derivados de la implementación de los seguros individuales de salud de las Isapres, y que repercute, principalmente, en los grupos de mayor riesgo, como se expuso anteriormente, dentro de los que se encuentran las mujeres, especialmente en edad fértil y los adultos mayores, que se interpretó socialmente como una situación discriminatoria frente a estos grupos, influyó para realizar modificaciones legales a la normativa vigente que regula a los seguros, las que formaron parte de la Reforma de la Salud, materializada en cinco leyes promulgadas entre los años 2003 y 2005².

La Ley N° 19.895, de 2003, conocida como la “Ley Corta de Isapres”, que entre otras materias, instruye sobre las normas de solvencia que deben cumplir las Instituciones de Salud Previsional y sobre las transferencias de cartera que pueden ocurrir entre éstas. La Ley N° 19.966, de 2004, conocida como la “Ley del AUGE”, la que en lo principal, establece un plan de salud obligatorio para el Fonasa y las Isapres (El Régimen General de Garantías en Salud o Plan AUGE), que define garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad, a un conjunto priorizado de problemas de salud. La Ley N° 20.015, de 2005, conocida como la “Ley Larga de Isapres”, que entre otras materias relativas al funcionamiento del Sistema Isapre, regula el proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario (FCS) para las Garantías Explícitas en Salud (GES) o Plan AUGE, entre las Isapres.

A modo ilustrativo, en el cuadro siguiente, se muestran los principales componentes antes y después de la Reforma de Salud y sus efectos en los beneficiarios y beneficiarias del Sistema Isapre y lo que ocurre en cuanto a la discriminación de precios y la inequidad de género.

ANTES DE LA REFORMA DE SALUD - AÑO 2004

Componentes	Condición Actual	Efecto	Discriminación de Precios	Inequidad de Género
Banda de Precios aplicados a los Planes de Salud	Inexistente	Mayor Precio a Mujeres	SI, por sobreprecio	SI. Inequidad de Acceso
Tablas de Factores de los Planes de Salud	Múltiples Tablas de Factores	Mayor Precio a Mujeres	SI, por sobreprecio	SI. Inequidad de Acceso
Declaración de Salud obligatoria para cargas que pasan a ser cotizantes	Se aplica	Restringe Acceso de la Mujer	NO	SI. Inequidad de Acceso
Cobertura Mínima del Plan de Salud Complementario	Inexistente	Planes sin Cobertura Maternal	NO	SI. Inequidad de Beneficios
Plan AUGE ó GES con Prima Comunitaria y Fondo de Compensación entre Isapres	Inexistente	N.A.	N.A.	N.A.

N.A. = No Aplica

² Ley 19.966, Ley 19.937, Ley 19.888, Ley 19.895, Ley 20.015

DESPUÉS DE LA REFORMA DE SALUD - AÑO 2005

Componentes	Condición Actual	Efecto	Discriminación de Precios	Inequidad de Género
Banda de Precios aplicados a los Planes de Salud	Existente	Disminuye Precio a Mujeres	NO	NO
Tablas de Factores de los Planes de Salud	Dos Tablas de Factores	Disminuye Precio a Mujeres	NO	NO
Declaración de Salud obligatoria para cargas que pasan a ser cotizantes	No se aplica	Facilita Acceso de la Mujer	NO	NO
Cobertura Mínima del Plan de Salud Complementario	Existente	Cobertura mínima en caso de embarazo no esperado	NO	NO
Plan AUGE ó GES con Prima Comunitaria y Fondo de Compensación entre Isapres	Existente	Riesgo de Salud Colectivo	NO. Prima igual para Mujeres y Hombres	NO. Solidariza Riesgos en Salud entre Mujeres y Hombres

N.A. = No Aplica

Banda de Precios aplicados a los Planes de Salud

Antes de la Reforma de Salud, las Isapres podían aplicar variaciones de precios desmesuradas a los planes de salud donde existía una mayor concentración de ellas, generando una discriminación de precios y la consecuente inequidad de género en el acceso a los seguros privados de salud. Actualmente, con la instauración de la banda de precios, no existen los incentivos económicos para que estas prácticas se continúen realizando. Es así como, en el proceso de adecuación durante el año 2007, la proporción de mujeres con alzas mayores es equivalente al de mujeres sin alzas o con alzas menores, denotando una política de alzas de precios más pareja entre todas ellas y entre éstas y el total de la cartera de cotizantes.

Tablas de Factores de los Planes de Salud

Antes de la Reforma de la Salud, las Isapres podían establecer para las mujeres tablas factores de riesgo muy por sobre su gasto efectivo y con cambios bruscos entre los distintos tramos de edad, llegando a valores insostenibles en la tercera edad, generando una discriminación de precios y la consecuente inequidad de género en el acceso a los seguros privados de salud. Actualmente, con la regulación de sólo dos tablas de factores en comercialización con relaciones máximas entre los factores de riesgo por sexo, como herramienta para dosificar los cambios de precios por avance de la edad y ajustar mejor los factores de riesgo al perfil de gasto real de cada tipo de beneficiario y beneficiaria, según su sexo y edad, los cambios de

precios por efecto del aumento de la edad son más atenuados y mucho más ajustados al gasto efectivo, lo que ha favorecido particularmente a las mujeres.

Declaración de Salud obligatoria para Cargas que pasan a ser Cotizantes

Antes de la Reforma de Salud, las Isapres podían exigir una nueva Declaración de Salud para cambiar la condición de un beneficiario de carga a cotizante, instrumento que permitía descremar a los afiliados que presentaran un mayor riesgo sanitario, particularmente a las mujeres, generando inequidad de género en la permanencia en el seguro privado de salud (acceso). Actualmente, esta práctica ya no es posible y las personas pueden mantenerse en la misma Isapre si así lo desean, sin la necesidad de suscribir una nueva Declaración de Salud.

Cobertura Mínima del Plan de Salud Complementario

Con respecto a la situación de las mujeres en el Sistema Isapre, como una forma de aminorar el impacto que representa la cobertura maternal sobre el precio de las mujeres en edad fértil, antes de la Reforma de Salud, las Isapres podían comercializar planes sin cobertura para el parto y demás prestaciones asociadas al mismo, como una forma de abaratar los precios a mujeres que no deseaban tener hijos o que ya no podían tenerlos. Sin embargo, dichos planes normalmente eran suscritos sin toda la información disponible y dejaban totalmente indefensas a las mujeres frente a un embarazo inesperado, generando con ello una inequidad de género en los beneficios de salud. Actualmente, con la cobertura mínima legal, este tipo de planes ya no podrán comercializarse y las mujeres adscritas a planes de este tipo podrán contar, al menos, con la bonificación que otorga el Fonasa a tales prestaciones de salud.

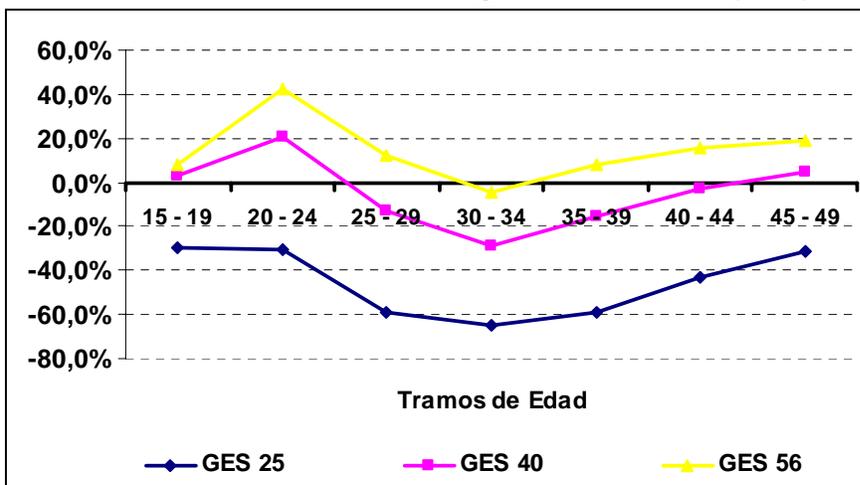
Plan AUGÉ ó GES con Prima Comunitaria y Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre Isapres

La incorporación en la Reforma de Salud de las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGÉ) al plan de salud de las Isapres con una prima igual o pareja para todos los beneficiarios y beneficiarias de una misma Isapre, constituye un real aporte, al introducir en los seguros privados de salud de carácter individual, por una parte, la solidaridad en los aportes financieros y, por otra parte, la solidaridad de los riesgos en salud entre mujeres y hombres con la instauración del Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre Isapres. Éste se encuentra asociados a los problemas de salud que conforman el Plan AUGÉ a partir del año 2005, con 25 problemas de salud a partir de ese año, 40 problemas de salud el año 2006 y 56 problemas de salud el año 2007.

Cabe hacer presente, que en la medida que se han ido garantizando nuevos problemas de salud (de 25 el año 2005 a 56 el año 2007, la solidaridad de los hombres hacia las mujeres ha ido mejorando paulatinamente, por cuanto, las

brechas de riesgo se han invertido, particularmente, en favor de las mujeres en edad fértil, que pasan a ser positivas, esto es, receptoras de subsidio por parte de los hombres, como se observa en el siguiente gráfico.

Evolución de las Brechas de Riesgo entre Hombres y Mujeres



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

A su vez, la existencia de un Fondo de Compensación Solidario entre las Isapres ha generado incentivos para que éstas mejoren el acceso, tanto a las mujeres como a los adultos mayores, con el propósito de equilibrar el riesgo de sus carteras de beneficiarios y beneficiarias y no constituirse en instituciones aportantes de recursos en el Fondo de Compensación Solidario entre las Isapres.

4. Inequidad de Género en la Atención del Parto

La Reforma de Salud, tal como se expuso anteriormente, mediante diversos instrumentos de regulación, logró corregir gran parte de las imperfecciones del mercado de los seguros privados de salud, evitando la discriminación de precios y la inequidad de género, que afectaba, principalmente, a las mujeres y adultos mayores, cuyos efectos restringían su acceso a los seguros privados y al uso de prestaciones de salud.

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

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

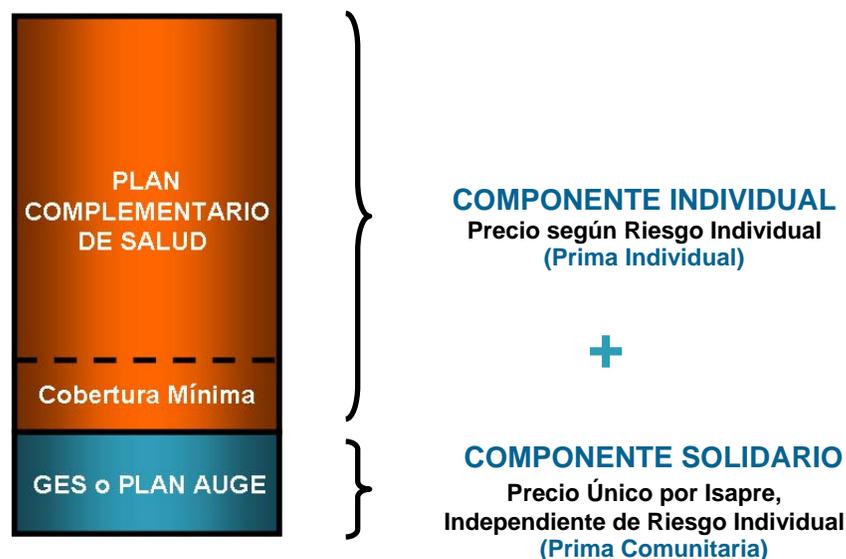
1. Cabe hacer presente, que la inequidad de género en la atención del parto es consecuencia del diseño estructural del seguro privado de salud, el que está basado en la determinación de primas por riesgo individual, lo que obliga a las Isapres a definir el precio final del plan de salud en función del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

Si bien la lógica de funcionamiento del seguro privado de salud de carácter individual no es posible transformarlo en un seguro de tipo solidario, existen instrumentos de regulación que podrían corregir la inequidad de género en la Atención del Parto, como podría ser la incorporación de esta condición de salud en las Garantías Explícitas de Salud (GES o Plan AUGE), que constituye un plan de salud de carácter solidario y obligatorio para las Isapres. Esto es posible gracias a la solidaridad en los aportes financieros al existir una prima pareja del AUGE para todas las personas beneficiarias y, por otra parte, por la solidaridad de los riesgos en salud entre mujeres y hombres. Como se expuso anteriormente, a medida que se han ido

incorporando nuevos problemas de salud a las GES, la solidaridad de los hombres hacia las mujeres ha ido mejorando paulatinamente, al disminuir las brechas de riesgo entre hombres y mujeres, las que se han invertido, particularmente, en favor de las mujeres en edad fértil.

De esta manera, mediante este instrumento de regulación, se podría contribuir a corregir la inequidad de género de la Atención del Parto en los seguros privados de salud, al incorporar esta condición de salud en el componente solidario (GES o Plan AUGE) del plan de salud de las Isapres, que podríamos calificar de “mixto”, debido a que éste contiene componentes tanto de carácter individual como de tipo solidario, conforme a la ley vigente³. La estructura del plan de salud de las Isapres se compone de dos partes principales. El primer componente, son las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE), cuyo precio es único por Isapre y es independiente del riesgo individual (prima comunitaria) y, el segundo componente, es el Plan Complementario de Salud, cuyos beneficios no pueden ser inferiores a los que otorga el Fonasa para todas las prestaciones incluidas en su arancel Modalidad de Libre Elección (MLE) y cuyo precio se determina para cada beneficiario en función de su edad, sexo y condición de cotizante o carga (prima individual). Lo anteriormente expuesto se muestra en el gráfico siguiente.

Estructura del Plan de Salud en el Sistema Isapre



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

³ Artículos 189 y 190 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud

Sin embargo, para poder concretar e implementar esta iniciativa, son indispensables que se cumplan condiciones o requisitos técnicos, presupuestarios, políticos y legales, según la opciones que a continuación se exponen:

a) Incorporación de la Atención de Parto en las 56 GES Año 2009

En primer lugar, es técnicamente indispensable contar con un Estudio de la Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Problema de Salud Atención del Parto, que el Ministerio de Salud ya realizó durante el año 2007. En segundo lugar, que dichos costos esperados asociados a la Atención del Parto y los 56 problemas de salud garantizados, conjuntamente, no sobrepasen el valor de la Prima Comunitaria del Plan AUGE de 3,06 UF por persona anual, definida por el Ministerio de Hacienda. En tercer lugar, que exista la decisión política del Ministerio de Salud y del Consejo Consultivo del AUGE, de incorporar en el problema de salud Analgesia del Parto, actualmente vigente, la Intervención Sanitaria de la Atención del Parto en las GES del año 2009.

b) Incorporación de la Atención de Parto entre 24 nuevos problemas de salud GES Año 2010 (GES 80)

En primer lugar, es técnicamente necesario contar con un Estudio de Costo-Efectividad de las nuevas Intervenciones de Salud (IS) de un conjunto de nuevos problemas de salud que permitan apoyar el proceso de priorización de 24 nuevos problemas de salud a ser incorporados en las Garantías Explícitas de Salud, para completar 80, entre las cuales pudiera incluirse la Atención del Parto (Este estudio actualmente se encuentra en su etapa final). En segundo lugar, que exista la disponibilidad presupuestaria para poder financiar los 24 nuevos problemas de salud GES por parte del Ministerio de Hacienda para su implementación el año 2010. En tercer lugar, que exista la decisión política de parte del Ministerio de Salud y del Consejo Consultivo del AUGE para aumentar las GES 56 a 80, ya que actualmente también se está considerando la opción de continuar con los 56 problemas de salud GES, pero mejorando sus garantías explícitas.

Cabe hacer presente, que cualquiera de las opciones elegidas, desde un punto de vista legal, sólo requiere de la modificación de un Decreto Supremo y no de una Ley, lo que permite un trámite más fácil y expedito.

Por consiguiente, en función de lo anteriormente expuesto, corresponde a la Autoridad Sanitaria, representada por el Ministerio de Salud y el Consejo Consultivo del AUGE, tomar la mejor decisión sobre esta materia, considerando las diversas variables, su interrelación y la complejidad de las mismas. La implementación adecuada de las Leyes de la Reforma de Salud, así como la incorporación de nuevos instrumentos de regulación, para conciliar tanto los seguros y la provisión de salud pública y privada, constituye un desafío país para lograr mayor eficiencia económica global, efectividad sanitaria, equidad social y de género, satisfacción de los usuarios

y usuarias, tanto del sistema público como privado de salud, con el propósito de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas en su conjunto. Las medidas que se han adoptado y los pasos que se siguen dando, apuntan en esta dirección.