



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

[supersalud.gob.cl](http://supersalud.gob.cl)

# Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género

Año 2011

**Departamento de Estudios y Desarrollo**

**Marzo de 2013**



## Tabla de Contenidos

Resumen Ejecutivo.....	3
1. Antecedentes .....	4
2. Acceso y Evolución de la Cartera de Beneficiarios/as por Sexo .....	5
2.1. Beneficiarios/as a Diciembre de 2011 .....	5
2.2. Evolución de Cotizantes y Cargas de Sexo Femenino en Isapres .....	6
2.3. Cotizantes de Sexo Femenino por Isapre .....	7
2.4. Características de Cotizantes según Sexo .....	9
3. Comportamiento de Hombres y Mujeres en el Uso del Sistema.....	10
3.1. Gasto en Prestaciones de Salud de Hombres y Mujeres .....	10
3.2. Uso de Prestaciones de Salud .....	11
3.3. Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral de Hombres y Mujeres .....	14
3.4. Tasa de Uso de Licencias Curativas según Sexo.....	14
3.5. Evolución del Gasto en Subsidios por Licencias Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año .....	15
3.6. Uso de Licencias por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año según Sexo... ..	16
4. Cobertura de los Planes y Alzas de Precios .....	17
4.1. Evolución de la Cobertura Promedio según Sexo.....	17
4.2. Cotizantes por Sexo según Situación Comercial del Plan .....	20
4.3. Cotizantes por Sexo según Tipo de Plan .....	20
4.4. Cotizantes por Sexo según Amplitud de la Cobertura del Plan.....	21
4.5. Cotizantes por Sexo según Modalidad de Atención del Plan .....	21
4.6. Cotizantes por Sexo según Coberturas del Plan de Salud .....	22
5. Sistema Tarifario en Isapres y Alzas de Precios .....	23
5.1. Estructura y Financiamiento del Plan de Salud en Isapres .....	23
5.2. Incorporación de las GES al Plan de Salud de Isapres.....	23
5.3. Ajuste de Riesgos por GES, Modelos Comparados .....	24
5.4. Cotizantes según Tramos de Variación del Precio Base del Plan de Salud.....	25
6. Principales Conclusiones .....	26
7. Referencias .....	28

## Resumen Ejecutivo

*Este documento, tiene como propósito contribuir al Diagnóstico de Género del Sector Salud, el cual se orienta a detectar brechas en el comportamiento de hombres y mujeres y espacios de mejoramiento que permitan evitar prácticas discriminatorias en la entrega de los beneficios por parte de los seguros previsionales de salud, en este caso, las isapres.*

*Con este fin, el presente informe ofrece un set de estadísticas clasificadas por sexo y edad, para distintas materias relacionadas con la operación del Sistema Isapre, como son, la composición de la cartera, el gasto en prestaciones de salud y subsidios por incapacidad laboral, el nivel de bonificaciones otorgado por los planes de salud y los precios asociados. En algunos aspectos, esta información ha sido integrada con estadísticas disponibles para el subsistema del Fonasa, buscando completar la visión del sector salud en su conjunto.*

*Es sabido que el sistema previsional de salud chileno adolece de imperfecciones que se derivan principalmente de su estructura público/privada, en la cual conviven dos subsistemas que operan con lógicas de financiamiento y provisión de beneficios muy distintas. En este contexto, se argumenta que las mujeres tienen una difícil relación con las isapres, por cuanto deben pagar más que los hombres para obtener los mismos beneficios, lo que tendría origen en factores que encarecen el costo de la atención femenina, como son: un mayor grado de utilización del sistema de salud, una vejez más prolongada y la maternidad.*

*En cuanto al acceso al Sistema Isapre, se ha podido constatar que las mujeres han perdido relevancia dentro de la cartera global de las isapres, pero esto ocurre a nivel de las cargas familiares, ya que las cotizantes se han incrementado incluso a una tasa mayor que la de los hombres, aunque por debajo de la tasa de incorporación de las mujeres a la fuerza laboral.*

*En lo que se refiere al uso del Sistema de Salud, las mujeres presentan las mayores tasas de utilización tanto en prestaciones de salud como en subsidios por incapacidad laboral, ítem este último, en el cual llegan a gastar más del doble que los hombres y esto, sin considerar las licencias maternales y por enfermedad grave del hijo menor de un año. El mayor gasto de las mujeres se atribuye al contacto más estrecho que experimentan con el sistema de salud, particularmente durante la edad fértil.*

*Con respecto a la cobertura de los planes de salud, se han observado ciclos de recuperación y caída en los últimos 10 años que han afectado tanto a hombres como a mujeres, aunque con mayor impacto sobre estas últimas, lo que ha generado un incremento paulatino de la brecha entre ambos sexos que para el año 2011 alcanza a 3,6 puntos porcentuales.*

*La incorporación de las GES no ha tenido todavía gran impacto para las mujeres y esto porque aún no se han incorporado a este régimen las patologías de carácter femenino más relevantes en el gasto, como son el parto y la cesárea, cuya incorporación se está evaluando para un próximo decreto.*

*Finalmente, en cuanto a los precios de los planes de salud, se puede verificar que las tablas de factores reguladas a partir de 2005 han permitido dosificar los incrementos de precios por cambios en la edad, lo que ha favorecido especialmente a las mujeres, aun cuando su utilización se encuentra cuestionada constitucionalmente. En relación con la banda de precios, se verifica que su vigencia logra solidarizar y acotar un poco más las alzas de precios. Es así como, en el proceso de adecuación que se inicia en julio próximo se observa que las mujeres experimentarán variaciones de precios similares a las de los hombres en la mayoría de los tramos de edad.*

## 1. Antecedentes

No obstante, el desarrollo que ha alcanzado el Sistema Isapre y sus evidentes ventajas para determinados sectores de la población, es un hecho objetivo que en el mercado de la salud privada subsisten algunas imperfecciones que impiden alcanzar el óptimo de eficiencia y bienestar social.

Es así como, una crítica frecuente al sistema tiene que ver con la posibilidad que presentan las isapres para descremar el mercado y quedarse con los individuos más ricos y más saludables, dejando el resto al Fonasa.

Por su parte, el sistema sostiene que esta situación no constituye un comportamiento activo y premeditado de las isapres sino que responde a problemas estructurales del sistema de salud en su conjunto al permitir la coexistencia de un subsistema público y otro privado con claras diferencias para determinar sus primas lo que genera incentivos para que las personas de menores ingresos relativos y mayor riesgo en salud opten por el Fonasa.

No obstante, es un hecho cierto que la metodología utilizada por las isapres para fijar las primas promueve una tendencia a la segmentación, es decir, a diferenciar a los individuos conforme a sus propias características que los hacen más o menos propensos a sufrir un daño o deterioro en su salud que deba ser financiado total o parcialmente por la isapre, asignándoles a cada uno de ellos una prima diferente según su nivel de riesgo.

Esta característica particular de los seguros privados 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, situación que, si bien técnicamente es correcta, socialmente se interpreta como discriminatoria frente a estos grupos.

Con respecto a las mujeres, se argumenta que tienen una difícil relación con las isapres por cuanto deben pagar más que los hombres para obtener los mismos beneficios y aun así encuentran barreras en el acceso y restricciones para el uso de determinadas prestaciones. También se postula, que esta situación tendría su origen en factores que encarecen el costo de la atención femenina como son: un mayor grado de utilización del sistema de salud, una vejez más prolongada y la maternidad, todos los cuales estarían afectándolas tanto en su calidad de cotizantes como de cargas (R. Tegtmeier, 2010).

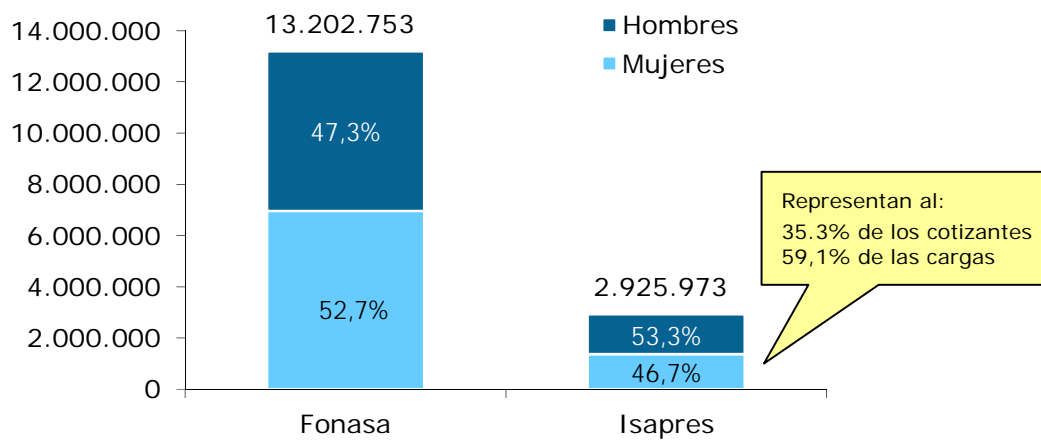
Del mismo modo, en relación con la tercera edad, el principal cuestionamiento al sistema radica en el hecho que la legislación vigente faculta a las isapres para adecuar anualmente los precios de los planes de salud, precios que además, han sido establecidos de manera diferenciada según la edad. Esta condición, por una parte, limita el acceso al sistema de las personas de tercera edad porque las primas que deben enfrentar son bastante altas en relación con las de personas más jóvenes y, por otra, limita la permanencia de los beneficiarios y beneficiarias en el sistema en una etapa de la vida en que el riesgo de enfermar aumenta y simultáneamente, los ingresos disminuyen, lo que determina una inevitable migración hacia el Fonasa.

## 2. Acceso y Evolución de la Cartera de Beneficiarios/as por Sexo

### 2.1. Beneficiarios/as a Diciembre de 2011

En diciembre de 2011, existen 13.202.753 beneficiarios/as en el Fonasa y 2.925.973 en el Sistema Isapre, quienes representan a un 76,2% y un 16,9% de la población del país, respectivamente<sup>1</sup>. La distribución por sexo de la población de ambos subsistemas muestra 6 puntos de diferencia en cuanto a la participación de las mujeres, siendo de 52,7% en el Fonasa y de 46,7% en isapres.

**Gráfico 1: Distribución de Beneficiarios/as por Subsistema de Salud según Sexo. Diciembre 2011**



Fuentes:

- (1) Fonasa. Estadísticas Demográficas. Tablas T1.16.8 y T1.17.8.
- (2) Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico 2011.

El sexo femenino representa al 35,3% del total de cotizantes del Sistema Isapre y al 59,1% de las cargas familiares, lo que indica que en este subsistema existe una mayor proporción de cargas mujeres que de cotizantes mujeres.

**Cuadro 1: Mujeres en el Sistema Isapre Diciembre de 2011**

	Mujeres	Sistema	Proporción
Cotizantes	538.342	1.525.299	35,3%
Cargas	827.906	1.400.674	59,1%
<b>Beneficiarios</b>	<b>1.366.248</b>	<b>2.925.973</b>	<b>46,7%</b>

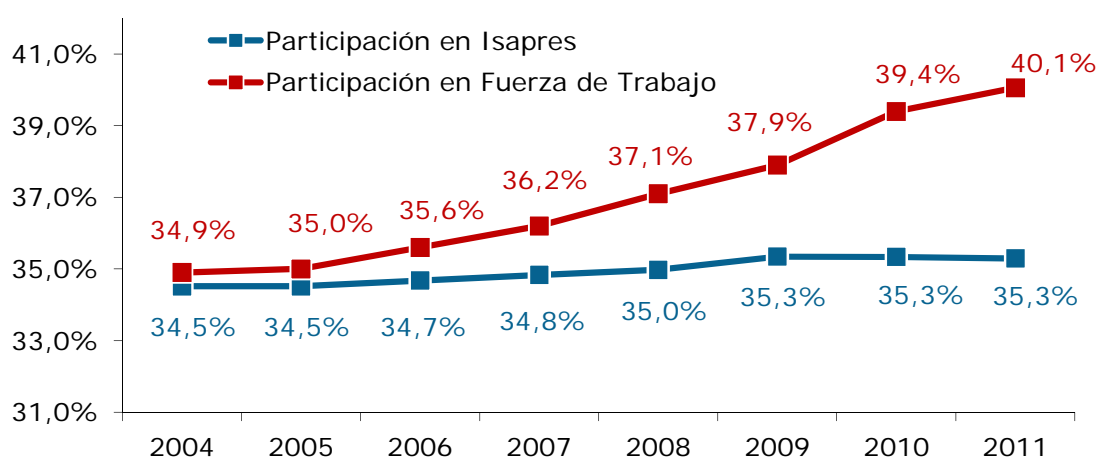
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Beneficiarios de Diciembre 2011

<sup>1</sup> El 6,9% de la población restante, considera a personas particulares y de F.F.A.A. no afiliadas a los Seguros Público y Privados antes indicados. Fuente: Fonasa, Estadísticas Demográficas a Diciembre de 2011.

## 2.2. Evolución de Cotizantes y Cargas de Sexo Femenino en Isapres

La presencia de cotizantes de sexo femenino en el Sistema Isapre ha sido relativamente estable en la última década, mostrando un incremento inferior a un punto porcentual desde el año 2004. La evolución de la participación de las mujeres dentro de la cartera de cotizantes del Sistema Isapre se observa por debajo y cada vez más distante de la tendencia de la participación de éstas en la Fuerza de Trabajo del país que, para el trimestre octubre-diciembre de 2011, alcanza un 40,1%, según las estadísticas de empleo del INE.

**Gráfico 2: Evolución de la Participación de Mujeres en Isapres vs Fuerza Laboral Mujeres como Proporción del Total de Cotizantes y Total Fuerza Laboral Ocupada (En diciembre de cada año)**



Fuentes:

- 1) Superintendencia de Salud. Series Estadísticas del Sistema Isapre
- 2) INE. Estadísticas de Empleo, Fuerza Laboral Ocupada, Trimestre Oct-Dic. de cada año

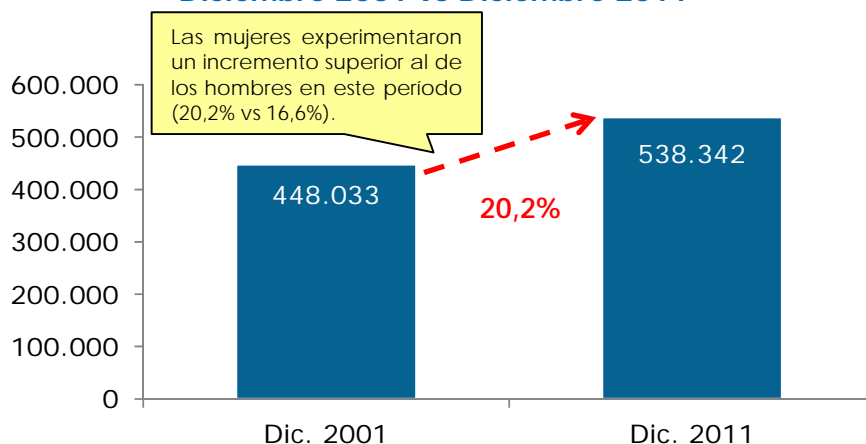
La variación de las cotizantes de sexo femenino en el Sistema Isapre, entre diciembre de 2001 y diciembre de 2011, es equivalente a un 20,2%, pasando de 448.033 a 538.342 afiliadas, lo que en gran parte se atribuye a su mayor presencia en el plano laboral. Esta variación es mayor a la que experimentan los cotizantes de sexo masculino en el mismo período, la que asciende sólo a un 16,6%.

**Cuadro 2: Variación de los Cotizantes Hombres y Mujeres Diciembre de 2001 vs Diciembre de 2011**

Cotizantes	Dic. 2001	Dic. 2011	Variación
Hombres	846.430	986.957	16,6%
Mujeres	448.033	538.342	20,2%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2001 y 2011

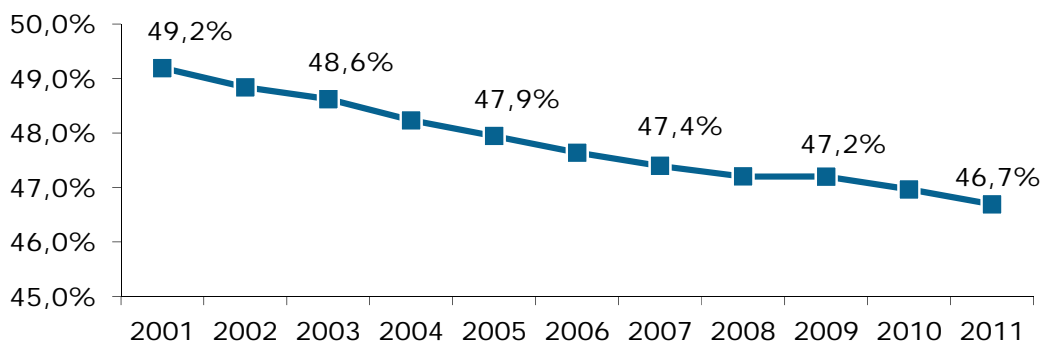
**Gráfico 3: Variación Cotizantes Mujeres del Sistema Isapre  
Diciembre 2001 vs Diciembre 2011**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2001 y 2011

No obstante lo anterior, en términos de beneficiarias -cotizantes y cargas- las mujeres muestran una caída importante en la última década que se traduce en una disminución en su participación de 2,5 puntos porcentuales desde diciembre de 2001 a diciembre de 2011.

**Gráfico 4: Evolución Beneficiarias en el Sistema Isapre  
Mujeres como Proporción del Total de Beneficiarios  
(en diciembre de cada año)**



Fuente: Superintendencia de Salud. Series Estadísticas del Sistema Isapre

### 2.3. Cotizantes de Sexo Femenino por Isapre

En diciembre de 2011, las isapres que concentran el mayor número de cotizantes de sexo femenino son Cruz Blanca con un 21,8%, Colmena con un 19,9% y Banmédica con un 19,2%. En general, las mujeres cotizantes se concentran en el subsistema de isapres abiertas, donde participan en un 97,6%.

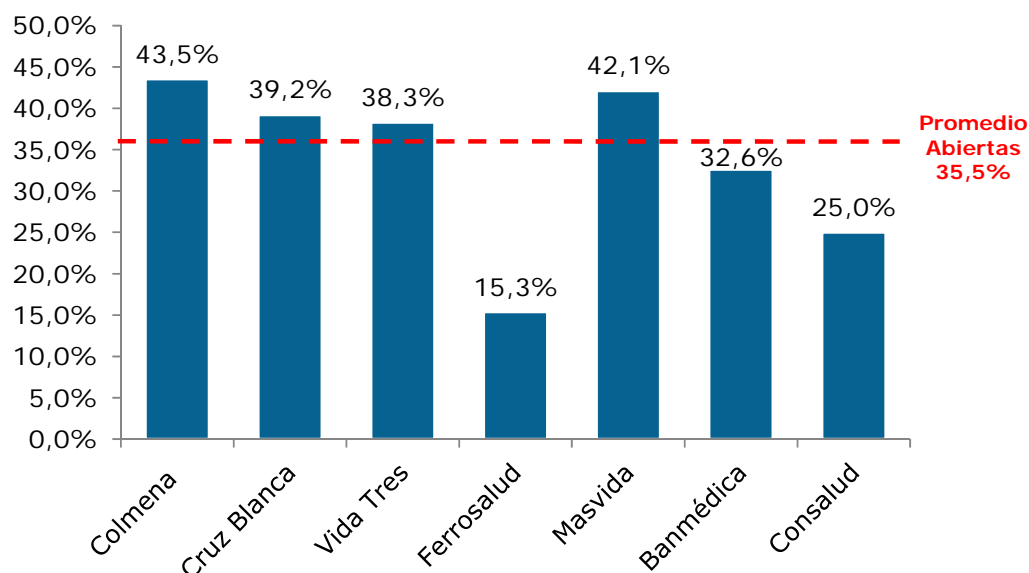
**Cuadro 3: Cotizantes Mujeres por Isapre en diciembre de 2011**

Isapres	Total Cotizantes	Cotizantes Mujeres	Porcentaje Mujeres	Porcentaje Concentración
Colmena	245.744	106.942	43,5%	19,9%
Cruz Blanca	299.396	117.391	39,2%	21,8%
Vida Tres	71.901	27.520	38,3%	5,1%
Ferrosalud	12.014	1.843	15,3%	0,3%
Masvida	204.115	85.954	42,1%	16,0%
Banmédica	316.285	103.101	32,6%	19,2%
Consalud	330.845	82.699	25,0%	15,4%
<b>Isapres abiertas</b>	<b>1.480.300</b>	<b>525.450</b>	<b>35,5%</b>	<b>97,6%</b>
San Lorenzo	1.415	140	9,9%	0,0%
Fusat	12.982	2.913	22,4%	0,5%
Chuquicamata	12.503	2.234	17,9%	0,4%
Río Blanco	2.148	260	12,1%	0,0%
Fundación	14.778	7.254	49,1%	1,3%
Cruz del Norte	1.173	91	7,8%	0,0%
<b>Isapres cerradas</b>	<b>44.999</b>	<b>12.892</b>	<b>28,6%</b>	<b>2,4%</b>
<b>Total sistema</b>	<b>1.525.299</b>	<b>538.342</b>	<b>35,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2011.

A esta misma fecha, las isapres abiertas que presentan un mayor porcentaje de mujeres en su cartera de cotizantes, son Colmena con un 43,5%, Masvida con un 42,1%, Cruz Blanca con 39,2% y Vida Tres con un 38,3%, todas por sobre el promedio.

**Gráfico 5: Participación Mujeres en la Cartera Total de Cotizantes de cada Isapre Isapres Abiertas, Diciembre 2011**



Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2011.



## 2.4. Características de Cotizantes según Sexo

Las cotizantes de sexo femenino declaran una renta imponible más baja que los hombres y cotizan, en promedio, montos inferiores. Sin embargo, exhiben una edad promedio superior a la de los hombres en dos años y un número promedio de cargas bastante inferior.

**Cuadro 3: Características de Cotizantes según Sexo  
(En diciembre de 2011)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Renta Imponible	\$ 801.151	832.807	816.979
Cotizacion Pactado	\$ 85.590	90.501	88.045
Cotizacion Adicional	\$ 24.307	26.891	25.599
Edad Cotizante	43	41	42
Numero Cargas	0,6	1,1	0,8

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2011

Según el tipo de trabajo, las mujeres siguen la tendencia del total de la cartera global; sin embargo, destaca su mayor participación dentro del total de cotizantes pensionados, lo que se atribuye a una mayor longevidad relativa.

**Cuadro 4: Distribución de Cotización por Tipo de Trabajador según Sexo  
(En diciembre de 2011)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Dependiente	83,4%	85,3%	84,6%
Independiente	3,2%	3,5%	3,4%
Pensionado	8,3%	5,5%	6,5%
Voluntario	5,1%	5,7%	5,5%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2011

Con respecto al tipo de plan, se puede observar que, en general, la cartera de cotizantes se concentra en planes de tipo individual; sin embargo, las mujeres tienen menor presencia en planes colectivos y mayor presencia en planes de tipo matrimonial.

**Cuadro 5: Distribución de Cotizantes por Tipo de Plan según Sexo  
(En diciembre de 2011)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Grupal-Colectivo	11,4%	13,4%	12,7%
Grupal-Matrimonial	17,1%	9,2%	12,0%
Individual	71,5%	77,4%	75,4%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2011

Al analizar el flujo de cotizantes entre diciembre de 2001 y diciembre de 2011 de acuerdo con sus características, se retiran del sistema personas de menor renta, mayor edad y mayor número de cargas que aquellas que ingresan, esta situación afecta tanto a los hombres como a las mujeres cotizantes del sistema. En la práctica el recambio se produce desde familias consolidadas más pobres hacia cotizantes jóvenes más ricos y con pocas cargas.

Lo anterior, podría atribuirse al encarecimiento sostenido del Sistema Isapre que hace inviable para las familias más pobres y numerosas su permanencia en el largo plazo.

**Cuadro 6: Características de Cotizantes que Entraron y Salieron del Sistema según Sexo (dic. 2001 vs dic. 2011)**

Detalle	Sexo	Participación Cotizantes	Edad Promedio	Cotización pactada promedio	Renta Imponible Promedio	Número de Cargas Promedio
Sistema Isapre a Diciembre 2001	Femenino	34,6%	40	42.015	437.817	0,7
	Masculino	65,4%	40	47.428	484.789	1,6
	Total	1.294.463	40	44.722	461303	1,2
Salen del Sistema Isapre	Femenino	34,4%	40	33.788	324.721	0,7
	Masculino	65,6%	40	34.740	338.527	1,4
	Total	544.558	40	34.264	331.624	1,1
Entran al Sistema Isapre	Femenino	35,7%	35	75.893	728.951	0,5
	Masculino	64,3%	33	64.799	687.044	0,6
	Total	775.394	34	70.346	707.998	0,6
Sistema Isapre a Diciembre 2011	Femenino	35,3%	43	85.590	801.151	0,6
	Masculino	64,7%	41	90.501	832.807	1,1
	Total	1.525.299	42	88.046	816.979	0,9

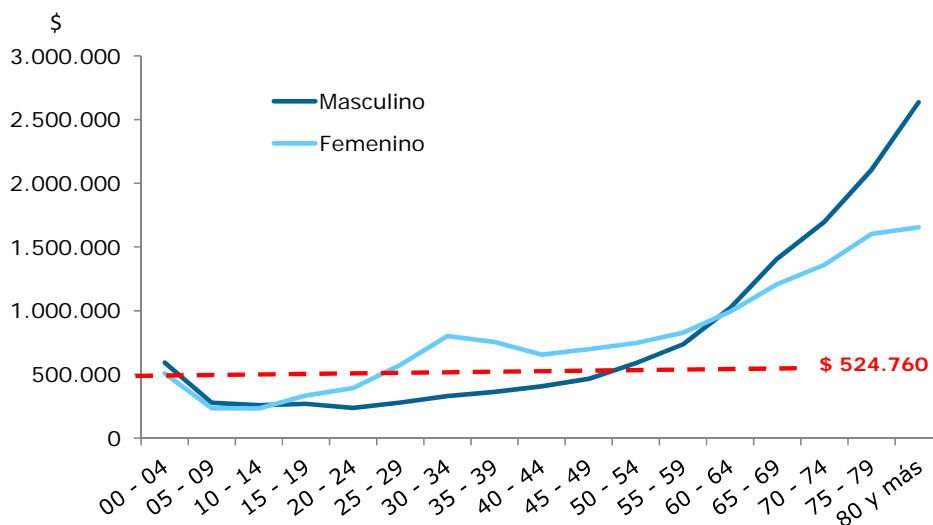
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2001 y 2011.

### 3. Comportamiento de Hombres y Mujeres en el Uso del Sistema

#### 3.1. Gasto en Prestaciones de Salud de Hombres y Mujeres

El gráfico siguiente, muestra la representación visual del gasto facturado en prestaciones de salud del año 2011 de personas beneficiarias del Sistema Isapre según grupos de edad y sexo. En este gráfico, se pueden identificar los grupos que presentan un gasto per cápita superior e inferior al promedio equivalente a \$524.760, y las diferencias de gasto que se producen entre hombres y mujeres con el avance de la edad.

**Gráfico 6: Gasto Promedio Per cápita en Prestaciones de Salud, según Sexo y Edad. Año 2011**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2011 y de Beneficiarios a diciembre de 2011.

Como se observa en el gráfico anterior, los individuos entre 5 y 24 años tanto hombres como mujeres presentan un comportamiento de gasto menor al promedio. Para los hombres de estos grupos de edad el nivel de gasto es en torno a la mitad del promedio hasta los 24 años, mientras que para las mujeres se observa un incremento a partir de los 15 años. También, se destaca el mayor gasto de los menores de 4 años, lo que puede estar vinculado con el predominio de las enfermedades infecciosas agudas digestivas y de las vías respiratorias altas, Influenza y Neumonía y a la mayor incidencia de traumatismos, quemaduras y envenenamientos accidentales, que ocurren a esa edad.

Desde el grupo de edad 25-29 años y hasta el grupo 55-59 años, las mujeres tienen un gasto promedio superior al de los hombres debido a la mayor frecuencia de prestaciones obstétricas (embarazo, aborto, parto y puerperio hasta los 50 años), tumores ginecológicos (mama, útero y ovario) y a la mayor incidencia de la patología vesicular (colecistitis).

A partir de los 60 años, los hombres presentan un gasto per cápita mayor que las mujeres, posiblemente atribuido a una mayor incidencia de patologías de carácter digestivas (tumor maligno de colon), urológica (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), cardiovasculares (patología coronaria y accidentes vasculares encefálicos) y cataratas<sup>2</sup>.

### 3.2. Uso de Prestaciones de Salud

Del cuadro siguiente se desprende que, en general, las mujeres hacen un mayor uso de prestaciones de salud que los hombres lo que da cuenta del mayor contacto que éstas tienen con los servicios de salud y mayor importancia que le asignan a su situación médica (R. Tegmeier, 2010).

**Cuadro 7: Frecuencia de Uso de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Sexo. Año 2011**

Indicadores	Femenino	Masculino	Total
N° de consultas médicas anuales por beneficiario	5,0	3,3	4,1
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	170	156	164
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	33	27	30
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	157	132	144

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2011.

La tasa de consultas médicas anuales por beneficiario durante el año 2011 fue de 4,1. Las mujeres muestran una frecuencia de 1,7 consultas médicas más que los hombres en promedio, aunque las mayores brechas se producen entre los 20 y 59 años, etapa en la cual existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 1,8 y 3,3 consultas médicas adicionales al año), lo que puede estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos).

Tanto hombres como mujeres exhiben más de un examen de laboratorio por consulta, aunque el indicador promedio de las mujeres excede al de los hombres en un 9%. La mayor brecha en la cantidad de exámenes de laboratorio por consulta se presenta en las mujeres entre 15 y 39 años, en plena edad fértil, por lo que se atribuye fundamentalmente a

<sup>2</sup> Ver informe de Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema Isapre del año 2010, Dr. R. Tegmeier.

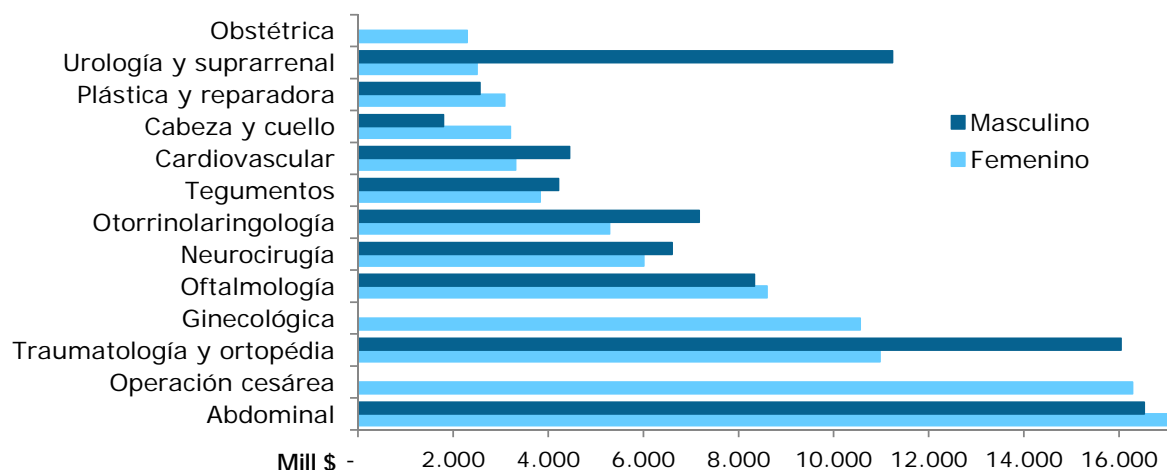
fenómenos reproductivos y de la esfera ginecológica. No obstante lo anterior, después de los 50 años la tasa de exámenes por consulta se hace mayor en los hombres situación que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemias, afecciones cardiovasculares y urológicas en los hombres.

Los exámenes de imagenología se vinculan al 30% de las consultas, superando las mujeres a los hombres en un 22% hecho que puede estar relacionado con los estudios de diagnóstico y control que las mujeres se realizan durante su vida fértil sea por causas obstétricas (embarazo y partos) como ginecológicas (tumores benignos y malignos). La mayor frecuencia de exámenes imagenológicos en las mujeres se da a lo largo de la vida, salvo en el tramo entre los 15 y 24 años de edad donde los hombres presentan una mayor tasa de uso que puede estar asociada a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos y accidentes.

Asimismo, las mujeres muestran un 19% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que puede estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil, ginecológicos (patología tumoral), a la mayor incidencia de la patología vesicular (colelitiasis) y de cataratas. No obstante lo anterior, hasta los 19 años de edad existe un predominio de las cirugías en los hombres que se asocian a la patología apendicular (apendicitis aguda), enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides, fimosis y afecciones traumatológicas (fracturas).

Las intervenciones quirúrgicas que representan el mayor gasto en mujeres, por orden de importancia, son: las abdominales (apendicitis, hernias y patología vesicular); las operaciones cesáreas; las cirugías traumatológicas y ortopédicas; las cirugías ginecológicas (tumores benignos y malignos) y las oftalmológicas, entre las más importantes.

**Gráfico 7: Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas según Sexo. Año 2011**

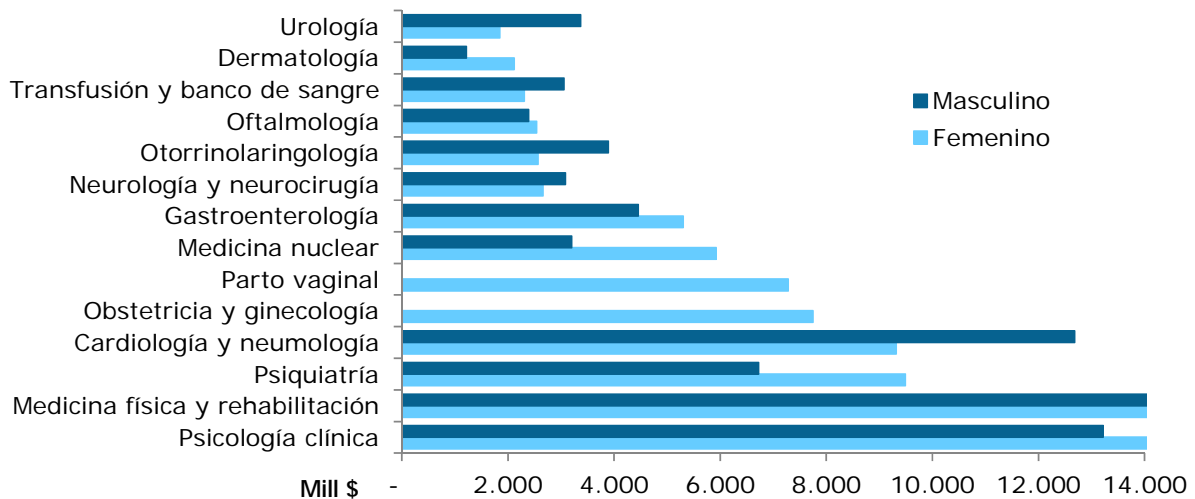


Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2011.

En el caso de los hombres, destacan las cirugías abdominales (por causas similares a las de la mujer); traumatológicas y ortopédicas y; urológicas y suprarrenales (litiasis urinaria y patología prostática). Le siguen las cirugías oftalmológicas, otorrinolaringológicas, neurocirugías y las operaciones cardiovasculares. Las cirugías que representan un gasto facturado superior en los hombres, corresponden a urología, traumatología y ortopedia, otorrinolaringología y cardiovasculares, entre las más importantes.

Por otra parte, entre los procedimientos de apoyo clínico y/o terapéutico que representan los mayores montos facturados en la mujer se encuentran las prestaciones de psicología clínica; medicina física y rehabilitación; psiquiátricas; cardiológicas y neumológicas; seguidas de procedimientos de obstetricia, ginecología y partos.

**Gráfico 8: Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico, según Sexo. Año 2011**

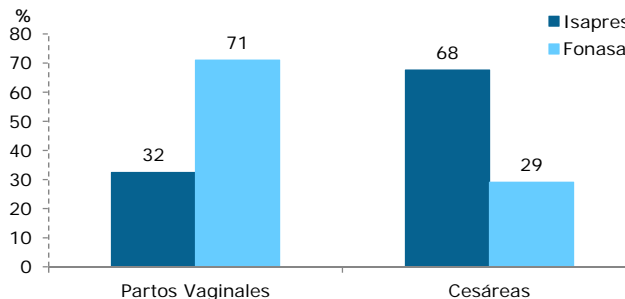


Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2011.

En el caso del hombre destacan los procedimientos de medicina física y rehabilitación; psicología clínica; las atenciones de cardiología y neumología; y también, las atenciones psiquiátricas. Las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres corresponden a cardiología y neumología; urología y otorrinolaringología, entre las más importantes.

En relación con el parto que representa uno de las mayores gastos asociados a la mujer tanto en intervenciones quirúrgicas como procedimientos, es destacable el hecho que en el sector privado las cesáreas representan un 67% del total de partos mientras que en el sector público representan sólo un 29% (MAI 2006)<sup>3</sup>.

**Gráfico 9: Partos Vaginales versus Cesáreas en Isapres (año 2011) y en el Fonasa (MAI año 2006). Cifras porcentuales.**



Fuente: Fonasa 2006 y Superintendencia de Salud 2011.

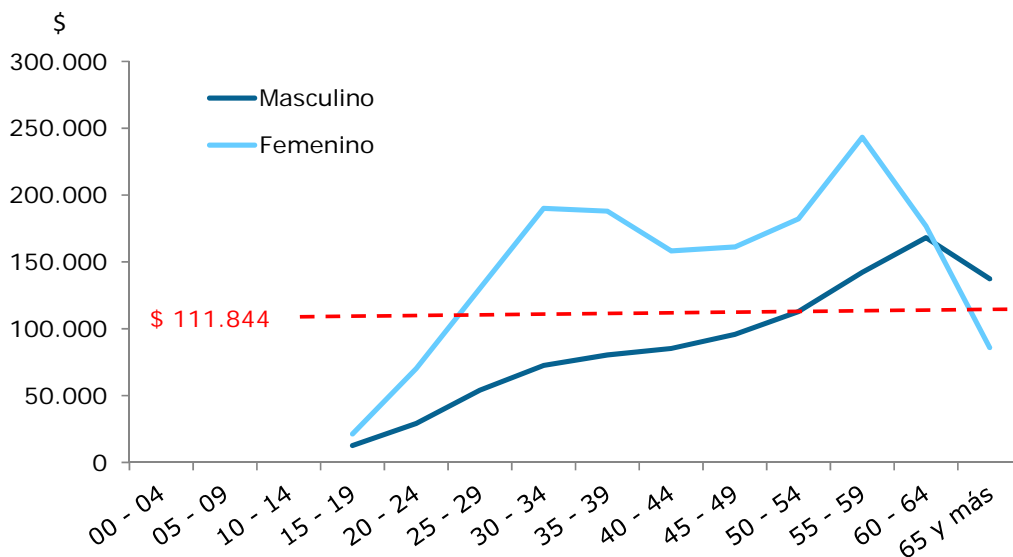
<sup>3</sup> A partir del año 2007, Fonasa no gestiona los datos de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) ni de la Atención Primaria de Salud (APS), razón por la cual, no se dispone de información más actualizada de este sector.

La mayor incidencia de cesáreas observada en el Sistema Isapre puede estar vinculada a la "comodidad" que representa, tanto para la madre como para el médico el poder planificar el día y hora de la atención del parto. En este mismo sentido, las cifras del Fonasa MLE del año 2011, indican que solo el 5,2% de las atenciones de parto corresponden a partos vaginales y un 94,8% a cesáreas.

### 3.3. Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral de Hombres y Mujeres

El gráfico siguiente muestra el gasto en subsidios por incapacidad laboral asociado a las licencias médicas curativas y patologías del embarazo, tramitadas en el Sistema Isapre durante el año 2011, según el sexo y edad del cotizante<sup>4</sup>.

**Gráfico 7: Gasto Promedio en Subsidios por Incapacidad Laboral de cargo Isapre, según Sexo y Edad. Año 2011**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Licencias Médicas, año 2011.

El gráfico anterior, muestra que durante el año 2011, las mujeres gastaron en promedio el doble que los hombres por concepto de subsidios por incapacidad laboral originado en licencias médicas curativas, esta diferencia positiva se produce entre los 18 y 64 años de edad con un punto máximo de 2,6 veces en el tramo de edad entre los 30 y 34 años, en plena edad fértil de la mujer y que posiblemente se vincula a patologías del embarazo. A partir de los 65 años de edad los hombres comienzan a gastar más que las mujeres lo que resulta consistente con el mayor gasto en prestaciones de salud a esa edad.

Mientras las mujeres experimentan un gasto superior al promedio (\$111.844) entre los 25 y 64 años, los hombres lo hacen sólo a partir de los 50 años de edad.

### 3.4. Tasa de Uso de Licencias Curativas según Sexo

En el cuadro siguiente, se observa que la tasa de uso de licencias médicas curativas es mayor en las mujeres que en los hombres (120 versus 56,8 por cada 100 cotizantes en el

<sup>4</sup> No incluye el gasto en subsidios por incapacidad laboral asociado a las licencias reclamadas, reconsideradas y reliquidadas por las isapres durante el año 2011, cuyo monto equivale a un 30,7% del gasto total en licencias de cargo isapre.

año 2011). Asimismo, se observa que el crecimiento de la tasa de uso de licencias curativas entre 2006 y 2011, también es superior en las mujeres (12% versus 3,6%).

**Cuadro 8: Tasa de Uso de Licencias Curativas según Sexo por cada 100 Cotizantes<sup>5</sup>**

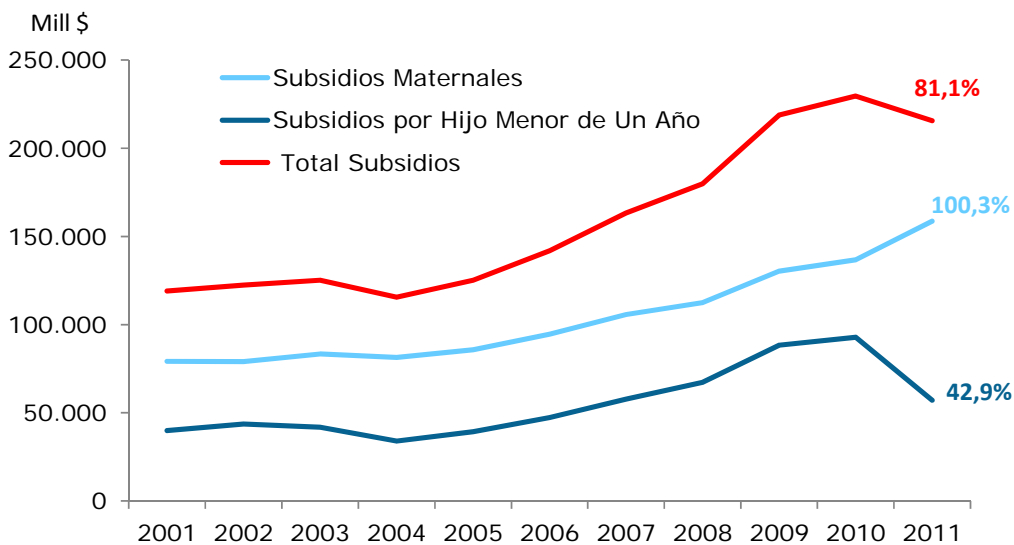
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variación porcentual 2006 - 2011
Femenino	107,1	115,6	121,0	129,5	126,6	120,0	12,0%
Masculino	54,8	60,5	57,2	59,4	59,6	56,8	3,6%

Fuente: Superintendencia de Salud. Serie de Estadísticas de Licencias Médicas.

### 3.5. Evolución del Gasto en Subsidios por Licencias Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año

Durante el año 2011, el país gastó \$215.656 millones por concepto de subsidios asociados a licencias maternales y licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, lo que representa un incremento real respecto del año 2001 de un 81,1% y un crecimiento promedio anual de 6,1% real.

**Gráfico 8: Gasto País en Subsidios Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año. Cifras en Millones de Pesos de 2011.**



Fuente: Superintendencia de Salud y SUSESO.

Al analizar separadamente las cifras, se observa que la tendencia creciente del subsidio originado en licencias maternales es de un 100,3% real y el de las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año es de un 42,9% real. El crecimiento de este último es más acelerado especialmente entre los años 2004 y 2009. No obstante lo anterior, cabe hacer notar que en el año 2011 se produce una caída del gasto en SIL que rompe con la tendencia vista desde el año 2004. Esta caída es equivalente a un 6,1% en relación con el año anterior y se explica principalmente por una disminución de 38,5% en el subsidio de licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año que no alcanza a ser compensada con el

<sup>5</sup> La tasa de uso de Licencias Médicas corresponde a la división entre las licencias tramitadas del año 2011 y el número de cotizantes dependientes e independientes de 15 años y más promedio del año 2011 por 100.

incremento de 15,9% en las licencias de tipo maternal. La disminución del gasto en subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año es consecuente con la entrada en vigencia de la ley N°20.545, publicada en el Diario Oficial el 17 de octubre de 2011 que entre otros asuntos dispone la extensión del reposo postnatal y su utilización por parte de los padres

Al estudiar la evolución del gasto en SIL de acuerdo con el seguro previsional al cual pertenece el cotizante (Fonasa o Isapres), es posible advertir que el incremento del costo asociado a las licencias maternales así como aquel relacionado con las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, son más relevantes entre los afiliados del Fonasa. En efecto, la variación del subsidio correspondiente a las licencias maternales entre 2001 y 2011 es de 180,9% real en el seguro público mientras que en las Isapres es de 58,1% real. Asimismo, el aumento del gasto en SIL derivado de las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, es de 86,4% real en el Fonasa y de 23% real en las Isapres, en igual período.

**Cuadro 9: Gasto País en Subsidios Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año. Cifras de diciembre de 2011.**

Año	Subsidios Maternales			Subsidios por Hijo Menor de Un Año			Total Subsidios
	Fonasa	Isapres	Total	Fonasa	Isapres	Total	
2001	27.240	51.918	79.158	12.539	27.395	39.934	119.092
2002	29.459	49.487	78.946	15.002	28.550	43.552	122.498
2003	33.056	50.272	83.328	15.747	26.041	41.787	125.116
2004	35.714	45.787	81.501	14.784	19.198	33.982	115.482
2005	38.964	46.868	85.833	18.511	20.763	39.274	125.107
2006	43.018	51.572	94.590	23.431	23.925	47.356	141.945
2007	47.694	57.950	105.644	26.742	30.965	57.706	163.351
2008	51.966	60.568	112.533	30.380	36.926	67.305	179.839
2009	63.756	66.639	130.395	40.006	48.350	88.356	218.751
2010	64.985	71.790	136.775	38.977	53.886	92.863	229.638
2011	76.512	82.064	158.576	23.378	33.702	57.080	215.656
Variación 2001 - 2011	180,9%	58,1%	100,3%	86,4%	23,0%	42,9%	81,1%

Fuente: Superintendencia de Salud (Isapres) y SUSESO (Fonasa).

En el año 2001, el 68,6% del gasto en subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año correspondía a cotizantes de isapres, lo que puede estar explicado por las mayores rentas que estas cotizantes presentan. Sin embargo, durante el año 2011 este porcentaje disminuye a 59% lo que puede atribuirse al mejoramiento de los salarios de las cotizantes del Fonasa, pero, fundamentalmente al mayor número de días pagados por este concepto en este subsector.

### 3.6. Uso de Licencias por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año según Sexo

En rigor, el código del trabajo faculta a la madre para ejercer el derecho a gozar del permiso postnatal y para hacer uso de una licencia por enfermedad grave del hijo menor de un año, con el propósito de cuidar al niño. No obstante lo anterior, la ley otorga al hombre ciertos derechos que implican oportunidades para ellos y para las mujeres, en el sentido de compartir el ejercicio de la paternidad, a saber:



- a) Derecho a permiso y a subsidio cuando la madre fallece en el parto o posteriormente a éste.
- b) Derecho a permiso y a subsidio cuando el hijo menor de un año tiene una enfermedad grave que requiere atención en el hogar.
- c) Derecho a permiso y a subsidio cuando, por resolución judicial, tiene a su cuidado por tuición o cuidado personal a un niño menor de un año y éste presenta una enfermedad grave que requiere atención en el hogar.

El cuadro siguiente, muestra la evolución en el uso de licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año por parte de hombres y mujeres desde el año 2005. Se observa que el uso permanece sin variación siendo la mujer la que ejerce este derecho en un 99,9%.

**Cuadro 10: Uso de Licencias por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año**

Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Femenino	92.190	99.116	118.201	135.669	156.074	159.824	119.104
Masculino	63	92	107	101	186	146	143
Total	92.253	99.208	118.308	135.770	156.260	159.970	119.247
% mujer	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%

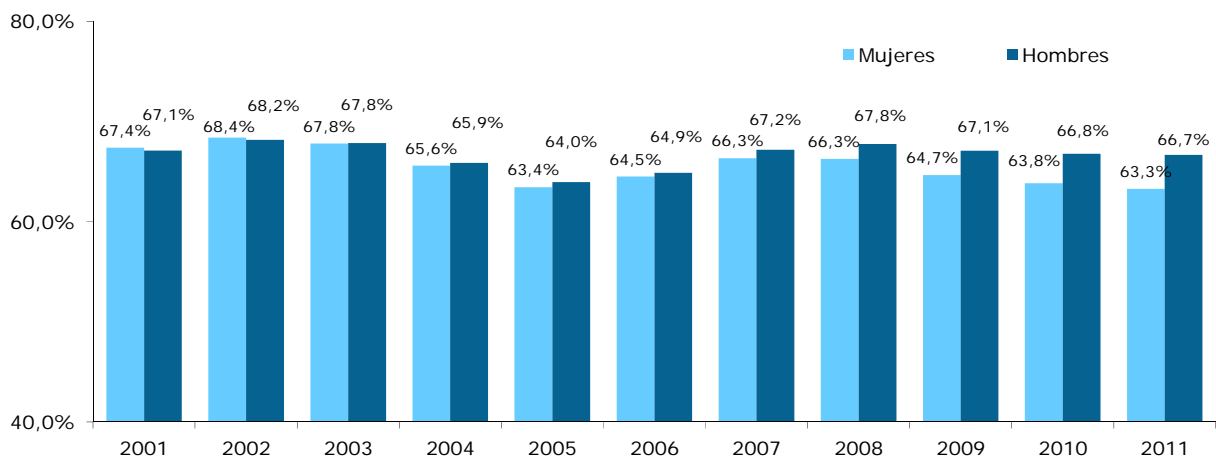
Fuente: Superintendencia de Salud y SUSESO

## 4. Cobertura de los Planes y Alzas de Precios

### 4.1. Evolución de la Cobertura Promedio según Sexo

El gráfico siguiente, muestra la evolución de la cobertura promedio en las Isapres Abiertas del Sistema para hombres y mujeres durante los últimos 10 años.

**Gráfico 9: Evolución de la Cobertura Promedio según Sexo en Isapres Abiertas**  
Cobertura expresada como porcentaje del Valor Facturado

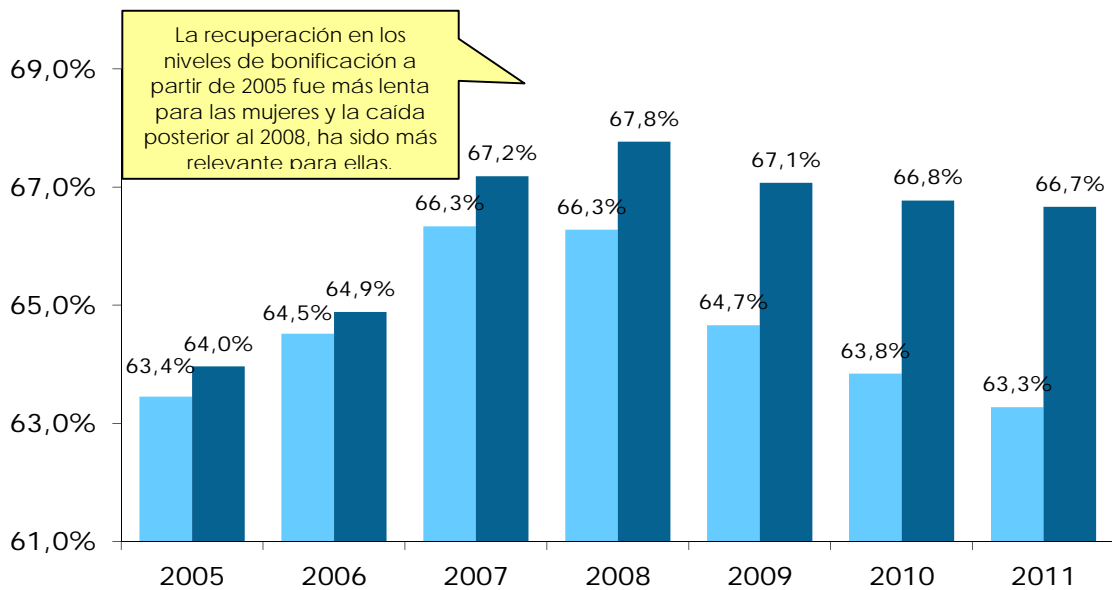


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Prestaciones 2001 a 2006 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2007 a 2011

Los niveles de bonificación se mantienen relativamente estables, pero evolucionando en desmedro de las mujeres que hasta el año 2004 mostraban coberturas similares a las de los hombres llegando incluso a ser superiores en los años 2001 y 2002. En efecto, la evolución de la cobertura muestra un incremento sostenido de la brecha a partir del año 2004 en contra de las mujeres la que se acrecienta durante los últimos 3 años llegando a 3,4 puntos porcentuales de diferencia el año 2011.

A partir del año 2002 y hasta el 2005, la cobertura promedio muestra un descenso de alrededor de 4 puntos porcentuales para luego experimentar un repunte hasta el año 2008 y una nueva caída en los tres últimos años. El repunte observado a partir de 2005 fue más lento para las mujeres, quienes, frente al encarecimiento del sistema de salud y al mayor costo que representan, se vieron obligadas a contratar planes con menos beneficios para poder permanecer o acceder al Sistema Isapre. Asimismo, la caída observada a partir de 2009, ha sido más relevante para las mujeres lo que ha contribuido a acrecentar la brecha de cobertura promedio entre hombres y mujeres. Lo anterior, se observa más claramente en el siguiente gráfico construido a otra escala.

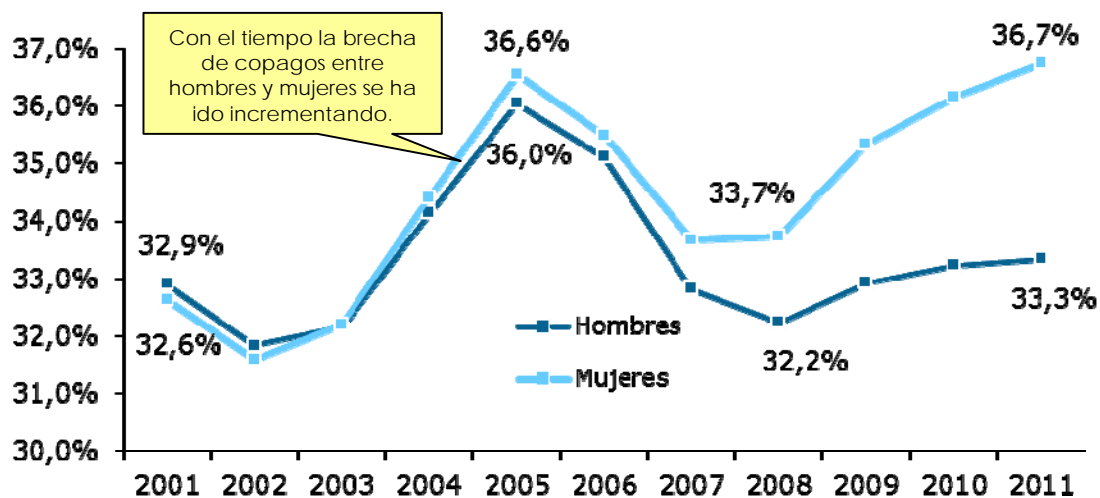
**Gráfico 10: Evolución de la Cobertura Promedio Post Reforma según Sexo en Isapres Abiertas. Cobertura expresada como porcentaje del Valor Facturado**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Prestaciones 2005 a 2006 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2007 a 2011

En términos de copagos, el incremento de las brechas de cobertura se traduce en copagos cada vez mayores para las mujeres, lo que se visualiza claramente en el siguiente gráfico.

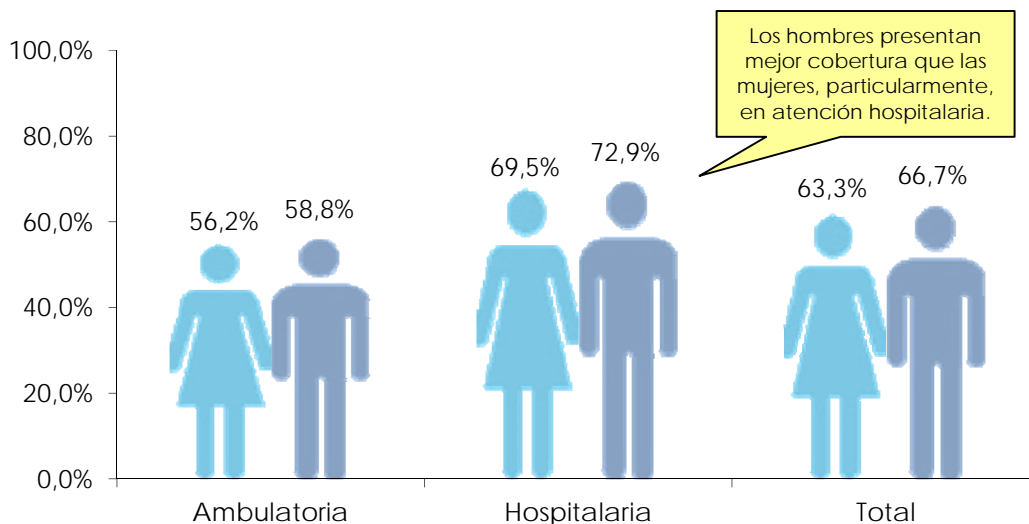
**Gráfico 11: Evolución de los Copagos según Sexo en Isapres Abiertas**  
**Copagos expresados como porcentaje del Valor Facturado**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Prestaciones 2005 a 2006 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2007 a 2011

El gráfico siguiente indica que las coberturas por prestaciones de tipo hospitalario son superiores a las coberturas ambulatorias tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, se producen brechas a favor de los hombres, que ascienden a 2,7 puntos porcentuales en prestaciones de tipo ambulatorio y a 3,4 puntos en la atención hospitalaria.

**Gráfico 12: Cobertura por Tipo de Atención según Sexo en Isapres Abiertas**  
**Coberturas expresadas como porcentaje del Valor Facturado. Año 2011**

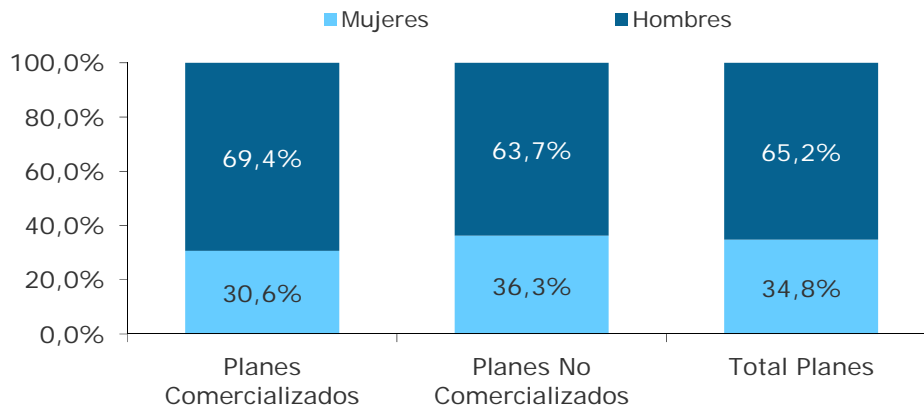


Fuente: Superintendencia de salud. Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Año 2011.

#### 4.2. Cotizantes por Sexo según Situación Comercial del Plan

En enero de 2012, las mujeres muestran una mayor participación relativa en los planes antiguos (36,3%). Lo anterior, puede ser indicativo de las complicaciones que están experimentando las mujeres para acceder al sistema isapre o para cambiarse a planes nuevos, las que básicamente tienen que ver con los mayores precios que deben enfrentar.

**Gráfico 13: Distribución de los Cotizantes por Sexo según Situación Comercial del Plan**

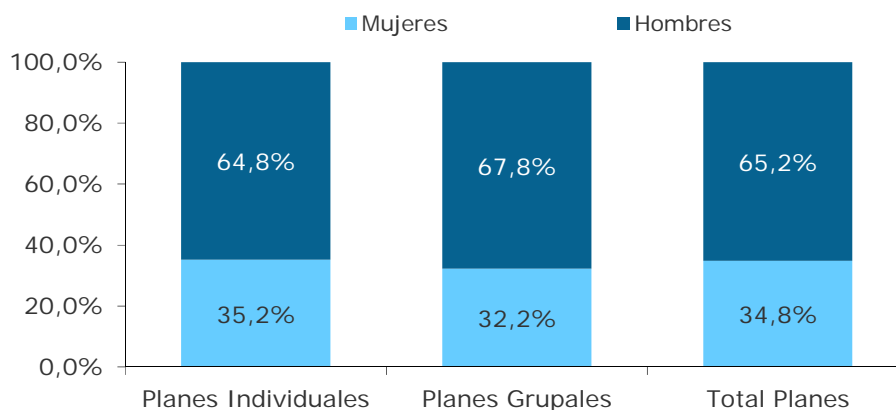


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2012.

#### 4.3. Cotizantes por Sexo según Tipo de Plan

En enero de 2012, las mujeres muestran una mayor participación relativa en los planes individuales del mercado (35,2%). Lo anterior, puede atribuirse al menor acceso que presentan las mujeres a planes colectivos, los que por lo general tienen una mejor relación costo beneficio y en su diseño llevan implícita una mayor solidaridad en el financiamiento.

**Gráfico 14: Distribución de los Cotizantes por Sexo según Tipo de Plan**

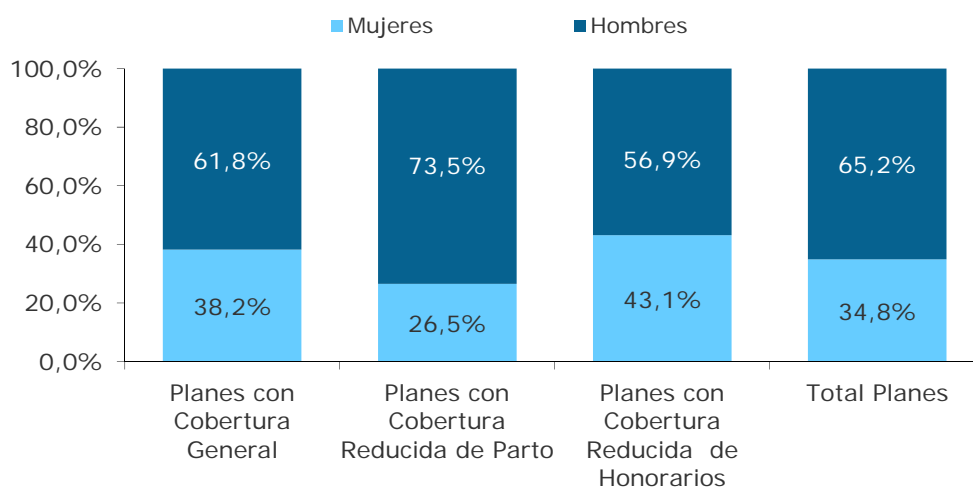


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2012.

#### 4.4. Cotizantes por Sexo según Amplitud de la Cobertura del Plan

En enero de 2012, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes con coberturas reducidas de honorarios médicos (43,1%) y cobertura general (38,2%). Su participación en los primeros, está vinculada a la profesión que ejercen porque están diseñados para médicos y/o profesionales del área de la salud, en todo caso, estos planes tienen muy baja representatividad en el mercado. Se destaca una baja participación relativa de las mujeres en planes con cobertura reducida de parto (26,5%), esta situación puede deberse a que tales planes son más cotizados por los hombres para sus cargas femeninas, en su mayoría estudiantes o cónyuges en familias consolidadas.

**Grafico 15: Distribución de los Cotizantes por Sexo según Amplitud de la Cobertura**

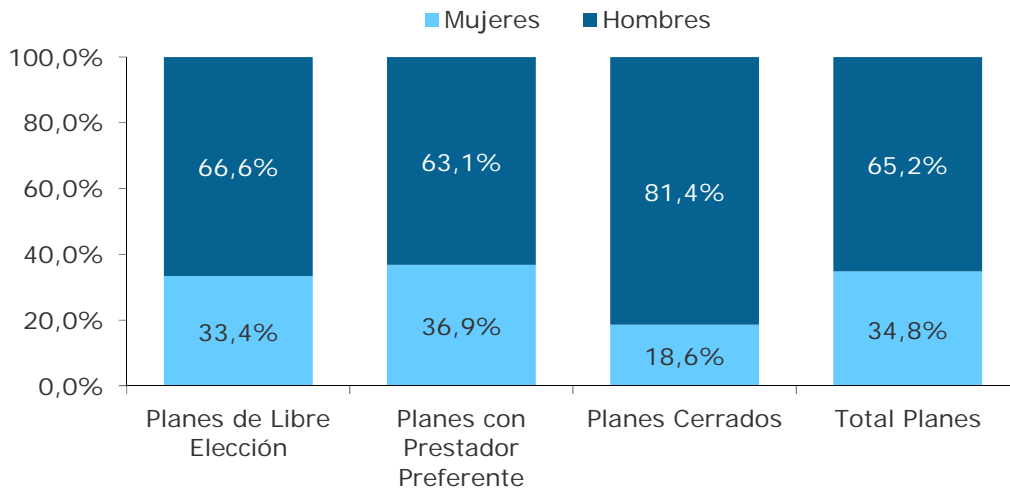


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2012.

#### 4.5. Cotizantes por Sexo según Modalidad de Atención del Plan

En enero de 2012, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes con prestadores preferentes (36,9%) los que frente al encarecimiento del sistema se muestran para las mujeres como la mejor alternativa en términos de precio y cobertura. La escasa participación relativa de las mujeres en planes cerrados (18,6%) puede deberse a la mayor fidelidad que éstas tienen con sus médicos tratantes lo que las obliga a disponer de algún grado de cobertura por libre elección. En todo caso, estos últimos planes tienen muy baja representatividad en el mercado.

**Gráfico 16: Distribución de los Cotizantes por Sexo según Modalidad de Atención**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2012.

#### 4.6. Cotizantes por Sexo según Coberturas del Plan de Salud

En enero de 2012, las mujeres se encuentran vinculadas a planes cuyas coberturas de carátula son muy similares a las de los hombres. Un 95,7% de ellas tiene coberturas combinadas superiores al 70%, pero, su concentración relativa es mayor en tramos de cobertura más cercanos a este valor particularmente en lo que se refiere a la atención ambulatoria. Su concentración es menor a la de los hombres en el tramo 100% de cobertura hospitalaria. Esta situación, es razonable debido a que las mujeres enfrentan precios superiores a los hombres en los mismos planes, con diferencias que pueden ir más allá de 2,5 veces, lo que las obliga a pactar planes más económicos y por ende con coberturas menores.

**Cuadro 11: Distribución de las Cotizantes Mujeres según Coberturas de Carátula Enero de 2012**

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%		
Cobertura Ambulatoria	100%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	2,2%
	90% - 99%	2,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	4,9%
	80% - 89%	<b>29,8%</b>	1,8%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	32,0%	36,9%
	70% - 79%	2,5%	<b>53,4%</b>	2,2%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	58,9%	95,8%
	60% - 69%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,7%	96,4%
	50% - 59%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	97,0%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	97,0%
	<b>Total</b>	37,0%	56,0%	2,6%	1,2%	0,2%	0,0%	0,0%	100,0%	
	<b>Acumulado</b>	37,0%	93,0%	95,6%	96,8%	96,9%	97,0%	97,0%		

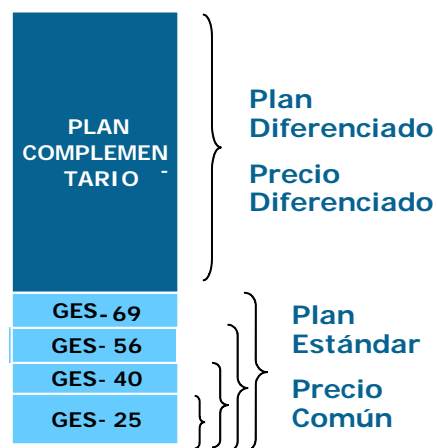
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2012.

## 5. Sistema Tarifario en Isapres y Alzas de Precios

### 5.1. Estructura y Financiamiento del Plan de Salud en Isapres

La estructura actual del plan de salud de las isapres post Reforma de Salud se compone de dos partes principales<sup>6</sup>. El primer componente, son las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE), cuyo precio es único por isapre e independiente del riesgo individual (precio comunitario), 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 Libre Elección (MLE) y cuyo precio se determina para cada beneficiario en función de su edad, sexo y condición de cotizante o carga (precio individual).

Gráfico 17: Estructura de Precios de los Planes de Salud en Isapres



El precio de las GES 69 comenzó a regir en julio de 2010 y se mantendrá hasta que entren en operación las GES 80 en julio de 2013 conforme a lo que establece el D.S. N°4 del 5 de febrero de 2013.

El precio del plan complementario de salud, se calcula con el precio base del plan de salud, igual para todos los beneficiarios de un mismo plan, por la sumatoria de los factores de riesgo por edad y sexo que corresponden a cada uno de los beneficiarios del contrato, según la tabla de factores asociada al plan<sup>7</sup>. El precio base del plan puede ser adecuado por las isapres una vez al año sujetándose a la banda de precios introducida con la reforma de 2005.

### 5.2. Incorporación de las GES al Plan de Salud de Isapres

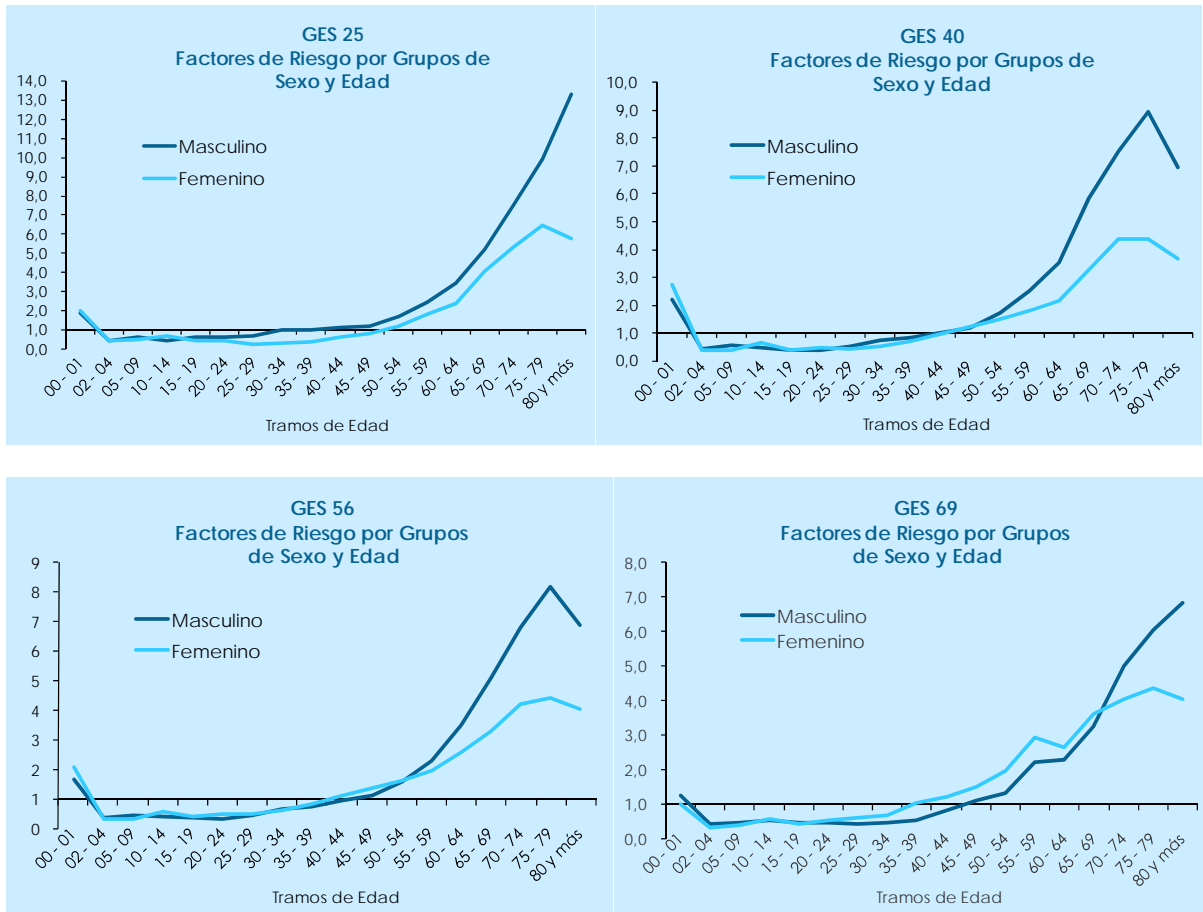
Las GES como componente básico de todos los planes de salud, produce una mayor estandarización de los mismos y deja menos espacio para la diferenciación de precios. Así, en la medida que las GES van teniendo mayor relevancia en el plan de salud (hoy representa alrededor de un 12% del gasto total), el efecto hacia la estandarización será mayor produciendo mayor solidaridad en cuanto a precios.

<sup>6</sup> Otros componentes del plan de salud de isapre son la CAEC (incluida dentro del precio del plan complementario en la mayoría de las isapres) y los Beneficios Adicionales, cuya contratación es voluntaria.

<sup>7</sup> La aplicación de las tablas de factores ha sido materia de debate el último tiempo, debido a que el TC ha declarado inconstitucional su aplicación. Se estudia nueva reforma al Sistema Isapre, en esta materia.

### 5.3. Ajuste de Riesgos por GES, Modelos Comparados

En la medida que se han ido incorporando nuevas patologías a las GES, el modelo de ajuste de riesgos definido para la operación del fondo de compensación ha sido gradualmente más beneficioso para las mujeres.



Bajo el valor 1 aportan recursos al fondo de compensación y sobre el 1 reciben recursos desde el fondo de compensación. En la medida que se han ido incorporando a las GES más patologías vinculadas a los estados de salud de las mujeres, los modelos tienden a beneficiar cada vez a mujeres de menor edad y por montos más significativos para las isapres, lo cual contribuye a generar los incentivos necesarios para su mejor acceso al sistema.

Un salto cuantitativo en favor de las mujeres se producirá cuando el parto forme parte de las GES.



#### 5.4. Cotizantes según Tramos de Variación del Precio Base del Plan de Salud

Con las modificaciones introducidas a la ley de isapres el año 2005, las Instituciones de Salud Previsional tienen la facultad de modificar el precio base de sus planes pero en forma controlada, es decir, sujetándose a una banda de precios y demás reglas establecidas en el artículo 198 del DS 1, de 2005, de Salud.

Para el proceso de adecuación de precios vigente, las mujeres muestran una distribución similar a la de los hombres en relación con la variación de precios que experimentarán sus planes de salud, notándose incluso una mayor concentración de mujeres en el tramo que no experimentará alzas durante el período.

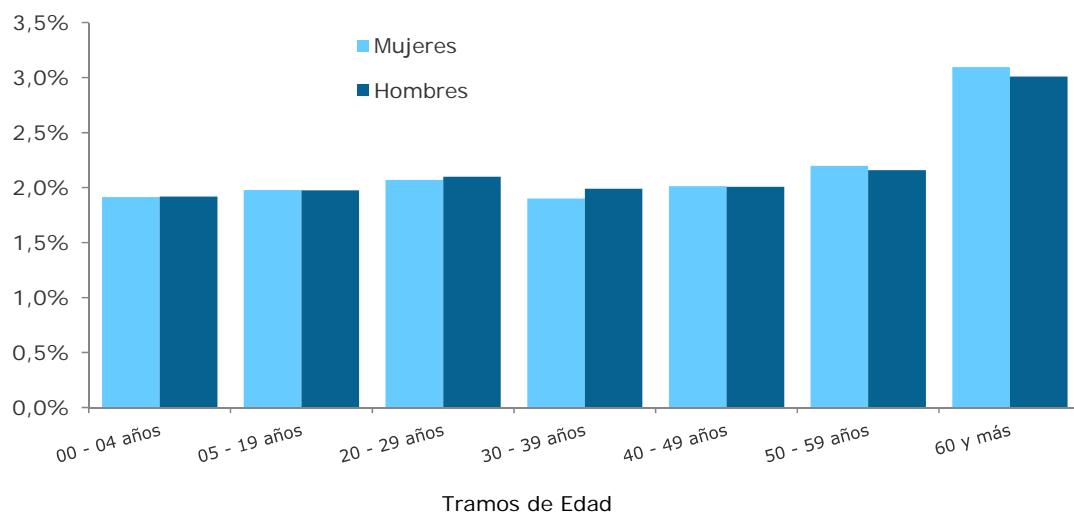
**Cuadro 12: Mujeres Cotizantes según Tramos de Variación de Precios. Proceso de Adecuación julio de 2012 a junio de 2013**

Variación	Cotizantes Mujeres	%	Total Cotizantes	%
0,0%	143.577	26,9%	386.102	25,2%
0,1% - 5,0%	389.092	72,9%	1.144.082	74,6%
5,1% - 10,0%	0	0,0%	0	0,0%
10,1% - 15,0%	590	0,1%	1.277	0,1%
15,0% y +	640	0,1%	1.650	0,1%
<b>Totales</b>	<b>533.899</b>	<b>100%</b>	<b>1.533.111</b>	<b>100%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2012.

El gráfico siguiente permite observar que las mujeres experimentarán alzas equivalentes a las de los hombres en la mayoría de los tramos de edad, salvo leves diferencias en el cuarto tramo (plena edad fértil de la mujer) y en el último (tercera edad). Así, mientras en el cuarto tramo las mujeres experimentarán alzas por debajo del promedio de los hombres, en el último, dichas alzas se presentan por sobre el promedio de los hombres.

**Gráfico 18: Alzas Promedio de Precios Base según Tramos de Edad y Sexo**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y Cotizantes a enero de 2012

## 6. Principales Conclusiones

### En cuanto al acceso al Sistema Isapre:

- ✓ En diciembre de 2011, las mujeres representan un 46,7% de la cartera de beneficiarios del Sistema Isapre. Su participación relativa en el sistema ha disminuido en 2,5 puntos porcentuales desde el año 2001, pero, esto ocurre a nivel de las cargas, por cuanto las cotizantes han aumentado su participación en 0,7 puntos porcentual desde ese año.
- ✓ En efecto, durante la última década, las cotizantes de sexo femenino han aumentado a una tasa de 20,2% en el Sistema Isapre, tasa que es superior a la que exhiben los hombres en 3,6 puntos porcentuales. Entre las principales causas de este crecimiento se encuentran la mayor participación de la mujer en la fuerza laboral; los mejores índices de remuneraciones y las modificaciones a la ley de isapres que han favorecido la permanencia de las mujeres en el Sistema Isapre, como son la incorporación de las GES con precio único y la banda de precios.
- ✓ Las isapres que concentran el mayor número de mujeres cotizantes son: Cruz Blanca, Colmena y Banmédica, en proporciones en torno al 20% y, las isapres abiertas que presentan una mayor proporción de mujeres en su cartera de cotizantes son: Colmena, Masvida, Cruz Blanca y Vida Tres, en las que representan en torno al 40% de la cartera total de cotizantes.
- ✓ Al analizar el flujo de cotizantes de la última década conforme a sus características, se observa que se retiran del sistema personas de menor renta, mayor edad y mayor número de cargas que aquellas que ingresan, esta situación afecta tanto a hombres como a mujeres. En la práctica, el recambio se produce desde familias consolidadas más pobres hacia cotizantes jóvenes, más ricos y con pocas cargas. Lo anterior, podría atribuirse al encarecimiento sostenido del Sistema Isapre que hace inviable para las familias más pobres y numerosas su permanencia en el largo plazo.

### En cuanto al Uso del Sistema de Salud:

- ✓ Las mujeres hacen un mayor uso que los hombres de las distintas prestaciones de salud. Esto, puede explicarse por dos razones principales: a) por aspectos culturales del rol de "cuidadora" de la mujer, lo que determina que acudan más fácilmente a los servicios de atención de salud y, b) debido a que las mujeres presentan una serie de afecciones y condiciones de salud particulares, vinculadas con fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos) que las obligan a mantener un contacto más frecuente con el sistema de salud.
- ✓ En relación con el uso de licencias médicas, destaca el hecho que las mujeres gastan el doble que los hombres por concepto de subsidios por incapacidad laboral, esto sin considerar las licencias de tipo maternal y por enfermedad grave del hijo menor de un año, lo que se atribuye al mayor contacto que experimentan las mujeres con el sistema de salud, particularmente en períodos de edad fértil.
- ✓ Si bien, la ley faculta también a los hombres para acceder a licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año, en la práctica, la responsabilidad frente al cuidado de los menores sigue estando en manos de las mujeres quienes presentan el 99,9% de las licencias por este concepto.

### En cuanto a la cobertura de los planes de salud:

- ✓ Con la entrada en vigencia de la reforma el año 2005, la cobertura promedio asociada a los planes de salud de isapres presenta una recuperación paulatina hasta el año 2008 y una nueva caída a partir del año 2009. Estos ciclos han afectado tanto a hombres como a mujeres. No obstante, la recuperación en los niveles de bonificación a partir de 2005 fue más lenta para las mujeres y la caída posterior al 2008, también ha sido más relevante para ellas, lo que ha contribuido a incrementar la brecha de cobertura entre ambos, particularmente en el ámbito hospitalario donde alcanza a 3,4 puntos porcentuales el año 2011.
- ✓ El incremento en la brecha de cobertura se traduce en copagos cada vez mayores para las mujeres que, al año 2011, alcanzan una diferencia de 3,4 puntos porcentuales en promedio. Esta brecha se atribuye, principalmente, a que las mujeres contratan planes más bajos al enfrentar precios más altos en el sistema.
- ✓ Con la incorporación de una cobertura mínima para los planes de salud en la reforma de 2005 se logró erradicar los planes especiales sin cobertura de parto (planes sin útero). Sin embargo, las mujeres privilegian los planes con cobertura general, así como también la libre elección, condiciones que también se vinculan a menores bonificaciones.
- ✓ Con la incorporación de las GES al plan de isapre se ha logrado estandarizar un poco más los planes e introducir mayor solidaridad en cuanto a precios. Se espera que en la medida que se vayan incorporando más patologías de carácter femenino a las GES el beneficio para ellas en su acceso al sistema sea mayor, por cuanto el modelo de ajuste de riesgos contemplará los incentivos necesarios para la afiliación de mujeres por parte de las isapres. En este sentido, la incorporación del parto a las GES produciría un cambio cuantitativo.

### En cuanto a las alzas de precios:

- ✓ En el Sistema Isapre los precios de los planes se fijan en función del riesgo, condición que afecta particularmente a las mujeres en edad fértil y, a hombres y mujeres de la tercera edad.
- ✓ Las nuevas tablas de factores que se comercializan permiten dosificar en el tiempo el alza por aumento de la edad y ajustar mejor los factores de riesgo al gasto real, lo que ha favorecido a las mujeres que hoy enfrentan factores más bajos. Pese a ello, la aplicación de las tablas de factores ha sido considerada inconstitucional, lo que ha obligado al ejecutivo a evaluar un nuevo modelo de plan y de financiamiento para el Sistema Isapre, el cual se plasma en el proyecto de ley en trámite.
- ✓ Por otra parte, la existencia de una banda para las variaciones de precios ha permitido solidarizar las alzas entre los cotizantes y dosificarlas. Es así como para el proceso de adecuación que se inicia en julio próximo, las mujeres experimentarán alzas similares a las de los hombres en la mayoría de los tramos etarios.

## 7. Referencias

- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2000. Discriminación en el Sistema Isapre, 2000. Presenta un diagnóstico legal y conceptual del Sistema Isapre para identificar las fuentes y principales aspectos que explican o fundamentan las diferencias que se producen en las primas cobradas y/o en las coberturas entregadas a los diferentes grupos de riesgo.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2000. Presentación Discriminación en el Sistema Isapre, 2000.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2004. Presentación Reforma de Salud y Equidad de Género, 2004.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, R. Tegtmeier, 2008. Discriminación, Equidad de Género y Reforma de Salud en el Sistema Isapre, 2008: muestra los principales componentes de precios y coberturas de la Ley de Isapres, antes y después de la Reforma de Salud, y sus efectos en los beneficiarios/as del Sistema Isapre, particularmente, en lo que se refiere a la discriminación de precios y la inequidad de género.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2008. Presentación Salud de las Mujeres en Isapres, 2008.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, R. Tegtmeier, 2009. Discriminación y Equidad de Género Pre y Post Reforma de Salud, 2009: expone antecedentes de la situación de los adultos mayores y de las mujeres en edad fértil antes y después de la Reforma de Salud, y analiza la factibilidad de aplicar medidas correctivas en caso de comprobar discriminación y/o inequidad de género aún existente.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, R. Tegtmeier, 2011. Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema Isapre. Año 2010. Junio de 2011.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2010. Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2009. Diciembre de 2010.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Sánchez, 2012. Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2010. Abril de 2012.