



Departamento de Estudios y
Desarrollo

Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género Año 2009

Diciembre de 2010

El presente documento ofrece un set de estadísticas clasificadas por sexo y edad, en distintas materias relacionadas con la operación del Sistema Isapre el año 2009. Tiene como propósito, contribuir al Diagnóstico de Género del Sector Salud, el cual se orienta a detectar brechas de comportamiento de hombres y mujeres y, espacios de mejoramiento, que permitan evitar prácticas discriminatorias en la entrega de los beneficios y programas de salud pública por parte de los seguros previsionales, en este caso, de las isapres.

I. 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 mejores clientes, es decir, los 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 los seguros privados, 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 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 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, situación que, si bien técnicamente es correcta, socialmente se interpreta como discriminatoria frente a estos grupos.

Con respecto a las mujeres, se argumenta que éstas tienen una difícil relación con las isapres, por cuanto, deben pagar más que los hombres para obtener los mismos beneficios y aún 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 de los beneficiarios. Esta condición, por una parte, limita el acceso al sistema de las personas de tercera edad, por cuanto, 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 en el sistema, en una etapa de la vida en que el riesgo de enfermar aumenta y simultáneamente, los ingresos disminuyen, determinando una inevitable migración hacia el Fonasa.

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

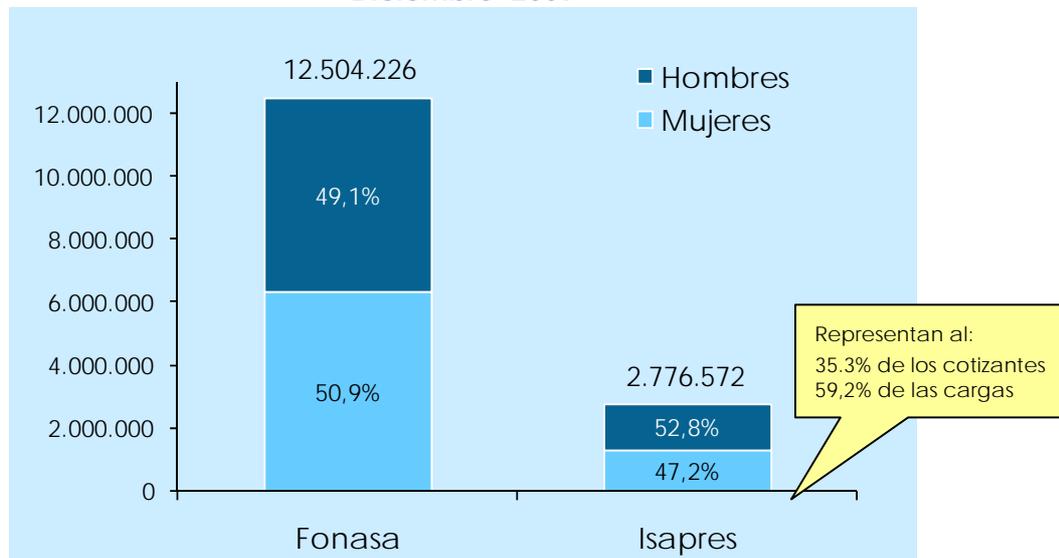
Este trabajo, tiene como propósito, contribuir al Diagnóstico de Género del Sector Salud que se orienta a detectar brechas en el comportamiento de hombres y mujeres y espacios de mejoramiento que permitan evitar prácticas discriminatorias en la entrega de los beneficios por parte de los seguros previsionales,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

II. Acceso y Evolución de la Cartera de Beneficiarios por Sexo

1. Cartera de beneficiarios a diciembre de 2009

En diciembre de 2009, existen 12.504.226 beneficiarios en el Fonasa y 2.776.572 en el Sistema Isapre, los que representan a un 73,5% y un 16,3% de la población del país, respectivamente¹. La distribución por sexo de los beneficiarios de ambos subsistemas muestra más de 3 puntos de diferencia en cuanto a la participación de las mujeres, siendo de 50,9% en el Fonasa y de 47,2% en Isapres.

**Gráfico 1: Distribución de los Beneficiarios por Sistema de Salud según Sexo
Diciembre 2009**



Fuentes:

(1) Fonasa. Estadísticas Demográficas. Tablas T1.16.6 y T1.17.6.

(2) Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico 2009.

El sexo femenino representa al 35,3% del total de cotizantes del Sistema Isapre y al 59,2% 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 2009**

	Mujeres	Sistema	Proporción
Cotizantes	493.446	1.396.035	35,3%
Cargas	817.154	1.380.537	59,2%
Beneficiarios	1.310.600	2.776.572	47,2%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Beneficiarios de Diciembre 2009

¹ El 10,2% de la población restante, considera a personas particulares y de F.F.A.A. no aseguradas en los Seguros Público y Privados antes indicados. Fuente: Fonasa, Estadísticas Demográficas a Diciembre de 2009.

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 leve incremento de sólo un punto porcentual desde el año 2000. La suscripción de cotizantes de sexo femenino sigue, en cierta forma, la tendencia de la participación de las mujeres en la Fuerza de Trabajo del país que, para el trimestre octubre-diciembre de 2009, alcanza un 38%, según las estadísticas del INE.

Gráfico 2: Evolución de las Cotizantes Mujeres en el Sistema Isapre
Mujeres como Proporción del Total de Cotizantes
(en diciembre de cada año)



Fuente: Superintendencia de Salud. Series Estadísticas del Sistema Isapre

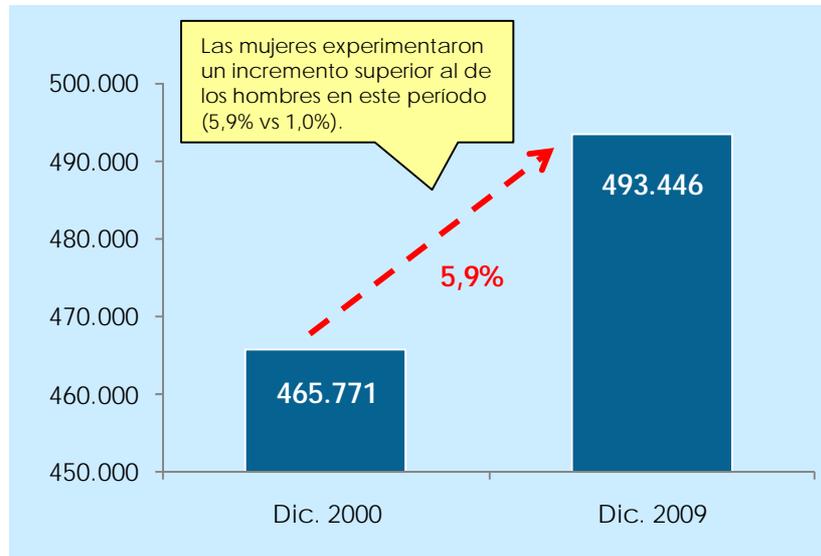
En efecto, la variación de las cotizantes de sexo femenino en el Sistema Isapre, entre diciembre de 2000 y diciembre de 2009, es equivalente a un 5,9%, pasando de 465.771 a 493.446 afiliadas, lo que en gran parte se atribuye a su mayor presencia en el plano laboral. Esta variación es sustantivamente mayor a la que experimentan los cotizantes de sexo masculino en el mismo período, la que asciende sólo a un 1%.

Cuadro 2: Variación de los Cotizantes Hombres y Mujeres
Diciembre de 2000 vs Diciembre de 2009

Cotizantes	Dic. 2000	Dic. 2009	Variación
Hombres	893.955	902.589	1,0%
Mujeres	465.771	493.446	5,9%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2000 y 2009

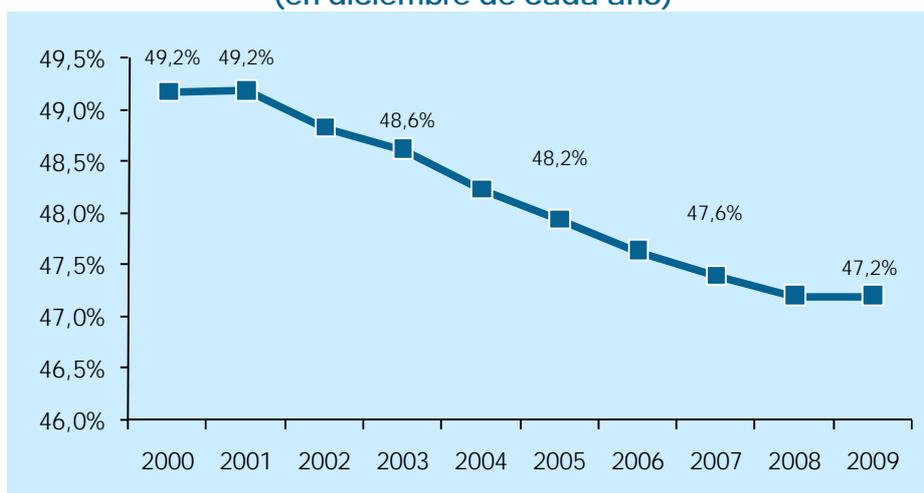
**Gráfico 3: Variación Cotizantes Mujeres del Sistema Isapre
Diciembre 2000 vs Diciembre 2009**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2000 y 2009

No obstante lo anterior, en términos de beneficiarios –cotizantes y cargas- las mujeres muestran una caída importante en la última década que se traduce en una disminución en su participación de 2 puntos porcentuales desde diciembre de 2000 a diciembre de 2009.

**Gráfico 4: Evolución Beneficiarias Mujeres 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

3. Cotizantes de sexo femenino por isapre

En diciembre de 2009, las isapres que concentran el mayor número de cotizantes de sexo femenino son Cruz Blanca con un 21,5%, Banmédica con un 20,6% y Colmena con un 19,6%. En general, las mujeres cotizantes se concentran en el subsistema de isapres abiertas, donde participan en un 97,4%.

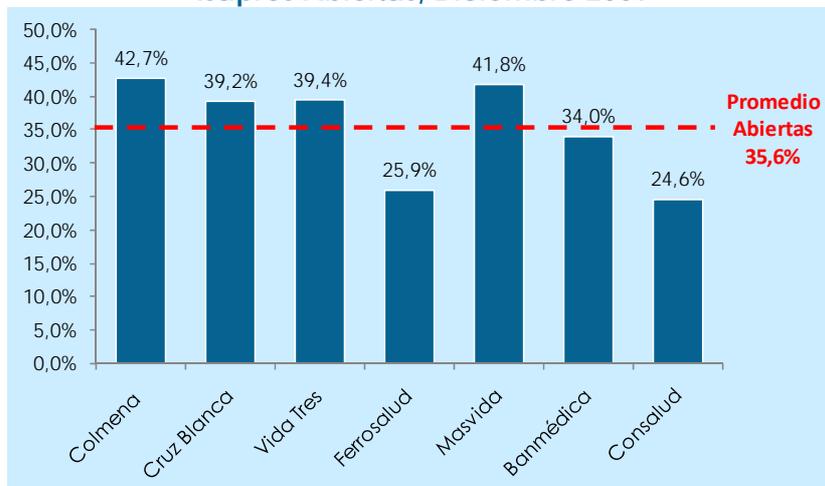
Cuadro 3: Cotizantes Mujeres por Isapre en diciembre de 2009

Isapres	Total Cotizantes	Cotizantes Mujeres	Porcentaje Mujeres	Porcentaje Concentración
Colmena	226.218	96.619	42,7%	19,6%
Cruz Blanca	270.399	106.030	39,2%	21,5%
Vida Tres	68.736	27.074	39,4%	5,5%
Ferrosalud	12.065	3.123	25,9%	0,6%
Masvida	173.134	72.398	41,8%	14,7%
Banmédica	298.611	101.521	34,0%	20,6%
Consalud	301.060	73.965	24,6%	15,0%
Isapres abiertas	1.350.223	480.730	35,6%	97,4%
San Lorenzo	1.570	165	10,5%	0,0%
Fusat	14.039	3.257	23,2%	0,7%
Chuquicamata	12.525	2.165	17,3%	0,4%
Río Blanco	2.159	274	12,7%	0,1%
Fundación	14.148	6.747	47,7%	1,4%
Cruz del Norte	1.371	108	7,9%	0,0%
Isapres cerradas	45.812	12.716	27,8%	2,6%
Total sistema	1.396.035	493.446	35,3%	100,0%

Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2009.

A esta misma fecha, las isapres abiertas que presentan un mayor porcentaje de mujeres en su cartera de cotizantes, son Colmena con un 42,7%, Masvida con un 41,8%, Vida Tres con un 39,4% y Cruz Blanca con 39,2%, todas por sobre el promedio.

Gráfico 5: Participación Mujeres en la Cartera Total de Cotizantes de cada Isapre Isapres Abiertas, Diciembre 2009



Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2009.

4. Características de los cotizantes de isapres según sexo

Las cotizantes de sexo femenino declaran una renta imponible más baja que los hombres y cotizan, en promedio, montos inferiores; sin embargo, también exhiben una edad promedio superior en un año y un número promedio de cargas equivalente a la mitad del de los hombres.

**Cuadro 3: Características de los Cotizantes según Sexo
(en diciembre de 2009)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Renta Imponible \$	707.290	723.432	715.361
Cotización Pactado \$	74.216	79.073	76.644
Cotización Adicional \$	20.194	22.695	21.445
Edad Cotizante	42	41	42
Numero Cargas	0,6	1,2	0,9

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2009

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

**Cuadro 4: Distribución de los Cotización por Tipo de Trabajador según Sexo
(en diciembre de 2009)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Dependiente	83,6%	85,0%	84,5%
Independiente	3,2%	3,5%	3,4%
Pensionado	8,4%	5,8%	6,7%
Voluntario	4,8%	5,7%	5,4%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2009

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

**Cuadro 5: Distribución de los Cotizantes por Tipo de Plan según Sexo
(en diciembre de 2009)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Grupal-Colectivo	11,9%	14,2%	13,4%
Grupal-Matrimonial	16,7%	9,0%	11,7%
Individual	71,5%	76,7%	74,9%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2009

Al analizar el flujo de cotizantes entre diciembre de 2004 y diciembre de 2009 de acuerdo con 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 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, se atribuye al encarecimiento sostenido del Sistema Isapre que hace inviable para las familias más pobres su permanencia a largo plazo.

Cuadro 6: Características de los Cotizantes que Entraron y Salieron del Sistema según Sexo (dic. 2004 vs dic. 2009)

Detalle	Sexo	Participación Cotizantes	Edad Promedio	Cotización pactada promedio	Renta Imponible Promedio	Número de Cargas Promedio	
Sistema Isapre a Diciembre 2004	Femenino	424.523	34,5%	42	52.455	518.784	0,7
	Masculino	804.267	65,5%	41	56.978	550.478	1,4
	Total	1.228.790	1.232.092	42	54.717	534.631	1,1
Salen del Sistema Isapre	Femenino	110.553	32,7%	40	41.916	362.899	0,6
	Masculino	227.360	67,3%	39	38.156	336.616	1,1
	Total	337.913	338.316	40	40.036	349.758	0,9
Entran al Sistema Isapre	Femenino	178.846	35,5%	34	60.498	590.676	0,4
	Masculino	324.413	64,5%	32	50.496	528.306	0,6
	Total	503.259	502.259	33	55.497	559.491	0,5
Sistema Isapre a Diciembre 2009	Femenino	493.085	35,4%	42	74.216	707.290	0,6
	Masculino	901.053	64,6%	41	79.073	723.432	1,2
	Total	1.394.138	1.396.035	42	76.645	715.361	0,9

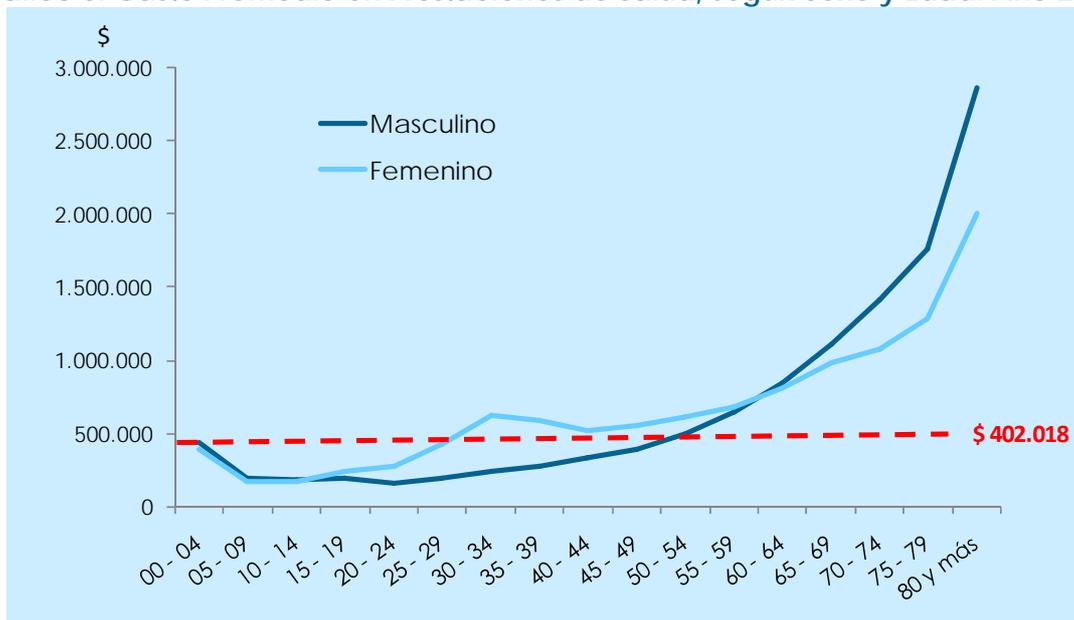
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2004 y 2009.

III. Comportamiento de hombres y mujeres en el uso del Sistema

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 2009, por beneficiario 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 gasto promedio por beneficiario equivalente a \$402.018, y las diferencias de gasto que se producen entre hombres y mujeres con el avance de la edad.

Gráfico 6: Gasto Promedio en Prestaciones de Salud, según Sexo y Edad. Año 2009



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2009 y Archivo Maestro de Beneficiarios año 2009

Como se observa en el gráfico anterior, los niños hasta los 14 años tanto hombres como mujeres presentan un comportamiento de gasto similar e inferior al promedio. Dentro de estos grupos 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 15-19 años y hasta el grupo 55-59 años, las mujeres tienen un gasto promedio superior al de los hombres, debido a los mayores gastos derivados de prestaciones obstétricas (embarazo, aborto, parto y puerperio hasta los 50 años), tumores ginecológicos (mama, útero y ovario) 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 la patología tumoral

digestiva (tumor maligno de colon), urológica (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), enfermedades cardiovasculares (patología coronaria y accidentes vasculares encefálicos) y cataratas².

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, esto da cuenta del mayor contacto que éstas tienen con los servicios de salud y mayor importancia que le asignan a su situación médica (R. Tegtmeier, 2010).

Cuadro 7: Frecuencia de uso de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Beneficiario y Sexo. Año 2009

Indicadores	Femenino	Masculino	Total
N° de consultas médicas anuales por beneficiario	5	3,3	4,1
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	157	139	149
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	32	25	29
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	144	111	127

Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de Prestaciones de Salud Curativas. Año 2009

La tasa de consultas médicas anuales por beneficiario durante el año 2009 fue de 4,1. Las mujeres muestran una frecuencia de 1,7 consultas médicas más que los hombres, situación que se produce, particularmente, entre los 15 y 74 años, etapa en la cual existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 3 y 6 consultas médicas anuales), lo que pudiera estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos (tumores benignos y malignos)

Tanto hombres como mujeres exhiben más de un examen de laboratorio por consulta, aunque el indicador de las mujeres excede al de los hombres en un 13%. La mayor cantidad de exámenes de laboratorio en mujeres se presenta entre los 15 y 49 años, en plena edad fértil, por lo que se atribuye, fundamentalmente, a fenómenos reproductivos y de la esfera ginecológica. No obstante lo anterior, después de los 50 años se advierte un aumento de los exámenes de laboratorio en los hombres por sobre las mujeres, 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 a un 28% de los beneficiarios consultantes, superando las mujeres a los hombres en un 26%, hechos que pueden estar relacionados con estudios de diagnóstico y control de las mujeres durante su vida fértil, por causas obstétricas (embarazo y partos) y 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, la que puede estar asociada a una mayor

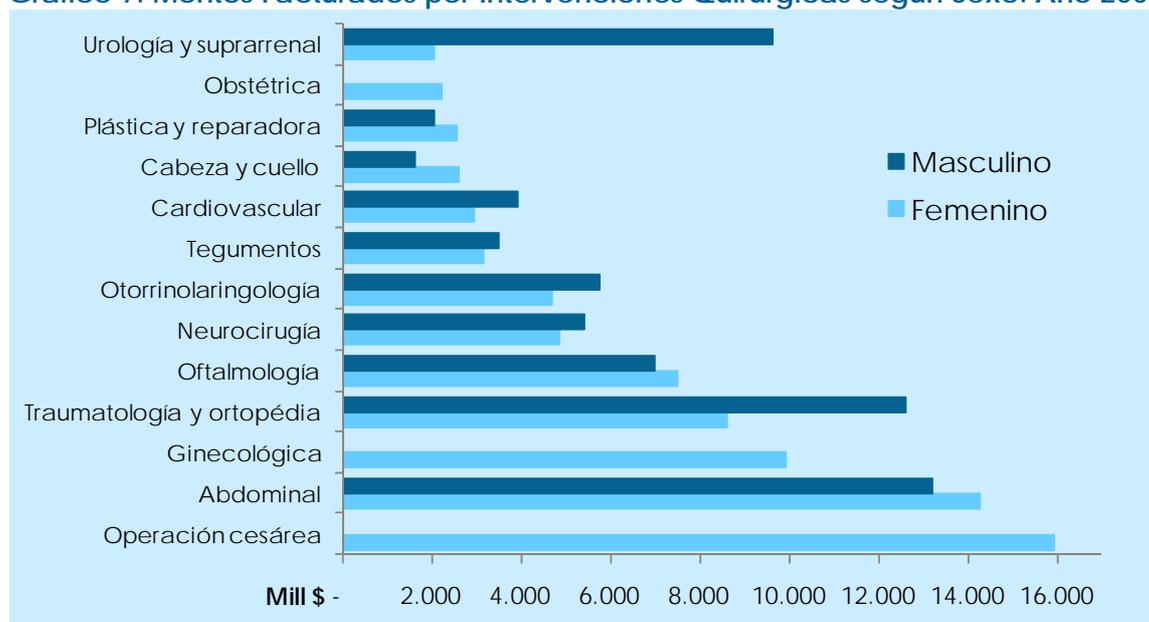
² Ver informe de Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema Isapre del año 2009.

incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos y accidentes.

Asimismo, las mujeres muestran un 29% 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) y 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, las 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 operaciones cesáreas y abdominales (apendicitis, hernias y patología vesicular); las cirugías ginecológicas (tumores benignos y malignos); las cirugías traumatológicas y ortopédicas; y las oftalmológicas, entre las más importantes.

Gráfico 7: Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas según Sexo. Año 2009



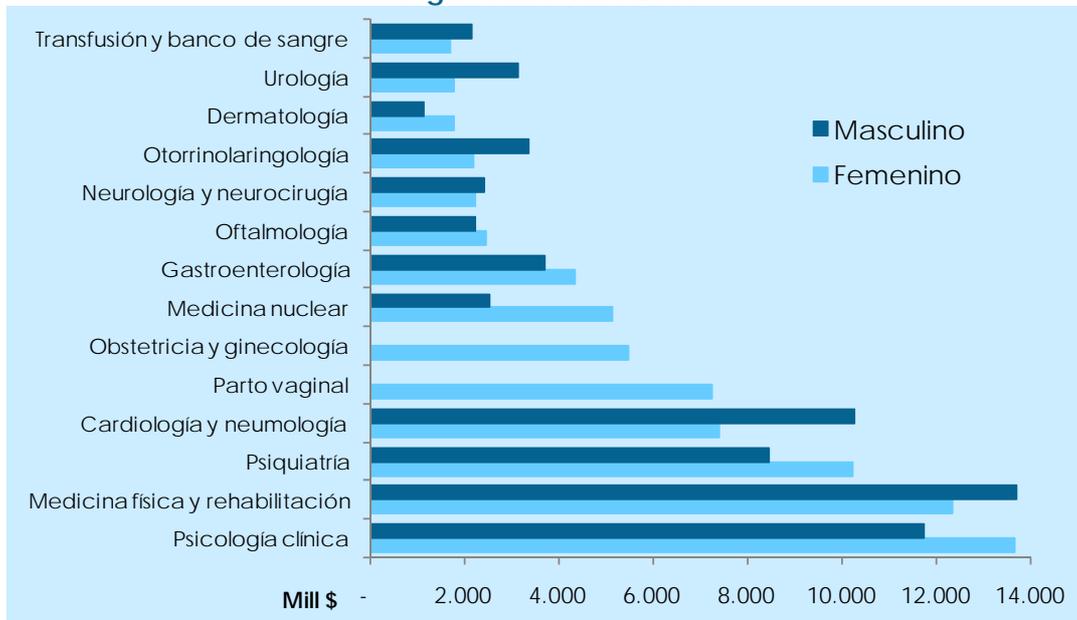
Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de prestaciones de Salud Curativas, año 2009.

En el caso de los hombres, destacan las cirugías abdominales (por causas similares a las de la mujer); traumatológicas y ortopédicas y; las 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 traumatología y ortopedia, urología, otorrinolaringología y neurocirugía, 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 la atención de parto.

Gráfico 8: Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico, según Sexo. Año 2009



Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de prestaciones de Salud Curativas, año 2009.

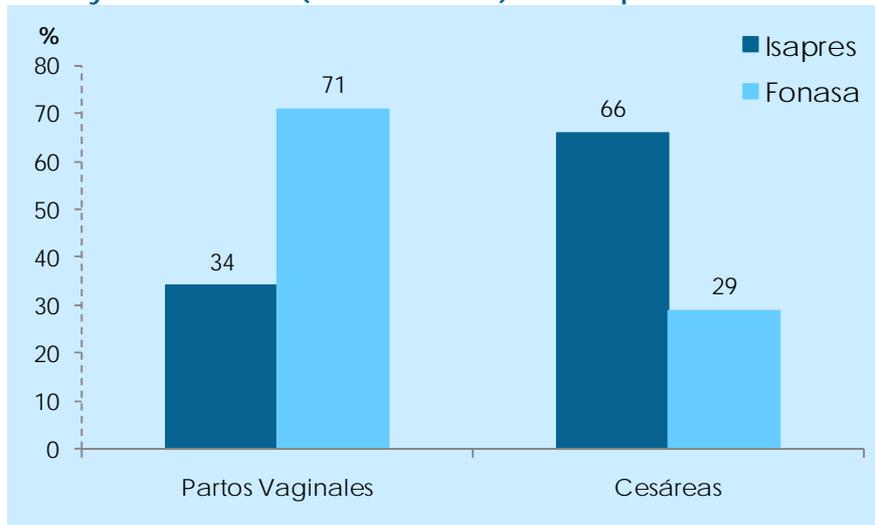
En el caso del hombre destacan, los procedimientos de medicina física y rehabilitación; psicología clínica; las atenciones de cardiología y neumología; y también, las atenciones psiquiátricas. Las prestaciones cuyos montos facturados son mayores en los hombres corresponden a medicina física y rehabilitación; cardiología y neumología; otorrinolaringología y urología, 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 el 66% del total de partos mientras que en el sector público representan sólo un 29% (MAI 2006)³.

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 2008, indican que el 31% de las atenciones de parto, corresponden a partos vaginales y un 69% a cesáreas, cifras muy similares a las que se dan en el sistema Isapre.

³ 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 del sector público.

Gráfico 9: Partos Vaginales versus Cesáreas en Isapres (año 2009) y en el Fonasa (MAI año 2006). Cifras porcentuales.

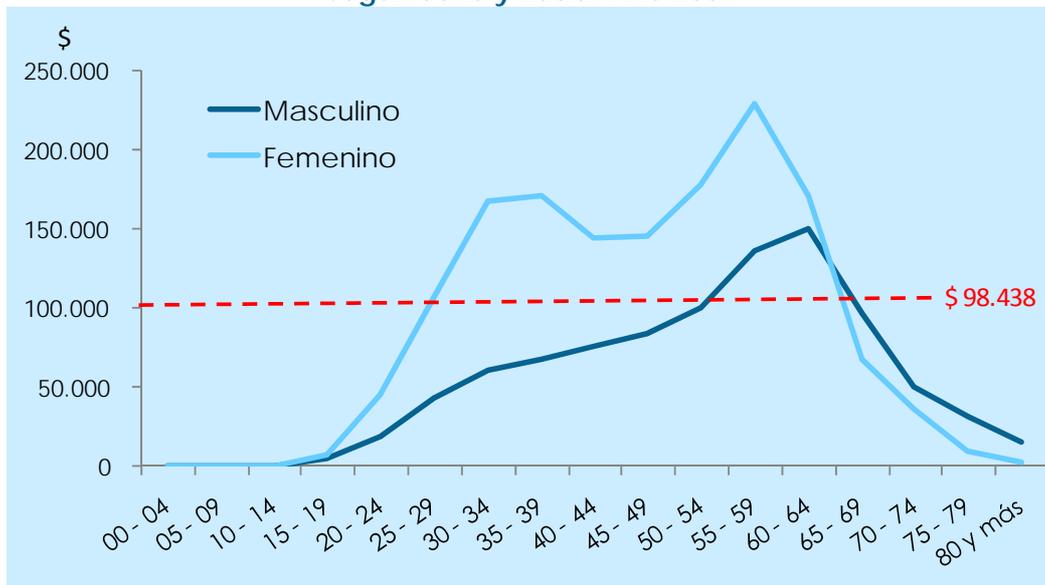


Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de Prestaciones de salud Curativas, año 2009.

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 2009, según el sexo y edad del cotizante⁴.

Gráfico 7: Gasto Promedio en Subsidios por Incapacidad Laboral de cargo Isapre, según Sexo y Edad. Año 2009



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Licencias Médicas, año 2009.

⁴ No incluye el gasto en subsidios por incapacidad laboral asociado a las licencias reclamadas, reconsideradas y reliquidadas por las isapres durante el año 2009, cuyo monto equivale a un 29,2% del gasto total en licencias de cargo isapre.

El gráfico anterior, muestra que durante el año 2009, 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 2,8 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 su mayor gasto en prestaciones de salud.

Mientras las mujeres experimentan un gasto superior al promedio (\$98.438) entre los 25 y 64 años los hombres lo hacen sólo en el tramo entre los 52 y 66 años de edad.

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 (112,1 versus 59,4 por cada 100 cotizantes en el año 2009). No obstante lo anterior, se observa también, que el crecimiento de la tasa de uso de licencias curativas entre 2006 y 2009, es superior en los hombres que en las mujeres (8,4% versus 6,4%).

Cuadro 8: Tasa de Uso de Licencias Curativas según Sexo por cada 100 Cotizantes

Sexo	2006	2007	2008	2009	Variación porcentual 2006 - 2009
Femenino	105,4	115,7	108,7	112,1	6,4%
Masculino	54,8	60,5	57,2	59,4	8,4%

Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral. Año 2009

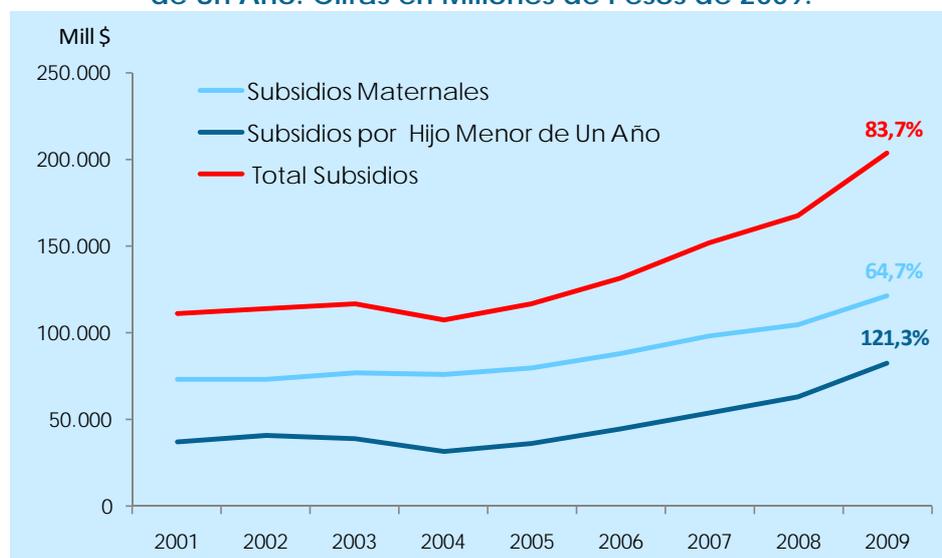
5. Evolución del gasto en subsidios por licencias maternas y por enfermedad grave del hijo menor de un año.

Durante el año 2009, el país gastó \$203.400 millones por concepto de subsidios asociados a licencias maternas y licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, lo que representa un incremento real respecto del año 2001 de un 83,7% y un crecimiento promedio anual de 7,9%⁵ (M. Pezoa,2010).

Al analizar separadamente las cifras, se observa que el incremento del subsidio asociado a licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año es superior al del subsidio por licencias maternas (121,3% versus 64,7% entre 2001 y 2009). El crecimiento más acelerado del subsidio asociado a licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año se muestra más acentuado desde el año 2004, por cuanto, a ese año el gasto experimentó una caída, lo cual se observa claramente en el gráfico siguiente.

⁵ Ver Informe de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral. Año 2009.

Gráfico 8: Gasto País en Subsidios Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año. Cifras en Millones de Pesos de 2009.



Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral del año 2009.

En el cuadro siguiente, se observa que el crecimiento del gasto en subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año en cotizantes del Fonasa es notoriamente mayor al de los cotizantes de isapres (219,1% versus 76,5% entre 2001 y 2009) lo mismo ocurre respecto del subsidio maternal. Este efecto estaría explicado, fundamentalmente, por el número de días pagados que crecen en un 159,8% en Fonasa mientras que en Isapre lo hacen sólo en un 17,6%. Además, en este punto, es importante señalar que durante el periodo indicado también se produce un aumento en la cartera de mujeres cotizantes del Fonasa equivalente a un 20,3%.

Cuadro 9: Gasto País en Subsidio Maternal y Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año. Cifras en Millones de Pesos de Diciembre de 2009

Año	Subsidios Maternales			Subsidios por Hijo Menor de Un Año			Total Subsidios
	Fonasa	Isapres	Total	Fonasa	Isapres	Total	
2001	25.329	48.275	73.604	11.659	25.473	37.132	110.736
2002	27.392	46.014	73.406	13.949	26.547	40.496	113.902
2003	30.737	46.744	77.481	14.642	24.213	38.855	116.336
2004	33.207	42.574	75.781	13.747	17.850	31.597	107.378
2005	36.230	43.579	79.809	17.212	19.306	36.518	116.327
2006	39.755	47.953	87.708	21.784	22.246	44.030	131.738
2007	44.347	53.884	98.231	24.865	28.792	53.657	151.888
2008	48.319	56.318	104.637	28.248	34.334	62.582	167.219
2009	59.282	61.963	121.245	37.199	44.957	82.156	203.401
Variación 2001 - 2009	134,0%	28,4%	64,7%	219,1%	76,5%	121,3%	83,7%

Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral del año 2009

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 2009 este porcentaje disminuye a 54,7% 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.

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 casi 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
Femenino	92.191	99.116	118.206	132.565	156.070
Masculino	63	92	107	95	190
Total	92.254	99.208	118.313	132.660	156.260
% mujer	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%

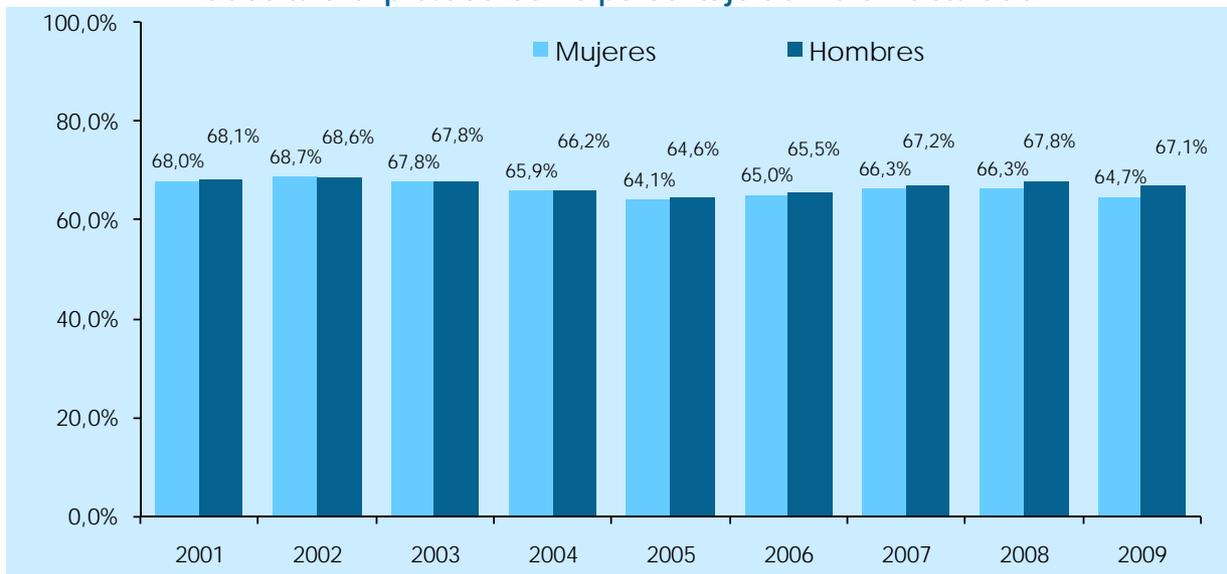
Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral del año 2009

IV. Cobertura de los Planes Complementarios y Alzas de Precios

1. Evolución de la Cobertura Promedio según sexo

El gráfico siguiente, muestra la evolución de la cobertura promedio del Sistema Isapre para hombres y mujeres durante los últimos 9 años. Se observa que los niveles de bonificación han evolucionado en desmedro de las mujeres que, hasta el año 2003, mostraban coberturas similares a las de los hombres llegando incluso en el año 2002 a ser superiores en 0,1 puntos porcentuales. En efecto, la evolución de la cobertura muestra un incremento negativo y sostenido de la brecha a partir del año 2004 en contra de las mujeres, la que se acrecienta durante los 2 últimos años llegando a 2,4 puntos porcentuales de diferencia el año 2009.

Gráfico 9: Evolución de la Cobertura Promedio según Sexo
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 2009

Si bien, la cobertura promedio muestra un repunte paulatino tanto para hombres como para mujeres a partir del año 2005, luego de la entrada en vigencia de una serie de medidas introducidas con la reforma, dicho repunte ha sido más lento para las mujeres que frente al encarecimiento del sistema de salud y al mayor costo que éstas representan, se han visto obligadas a migrar y a contratar planes con menos beneficios para poder permanecer en las isapres. Lo anterior, se observa más claramente en el siguiente gráfico construido a otra escala.

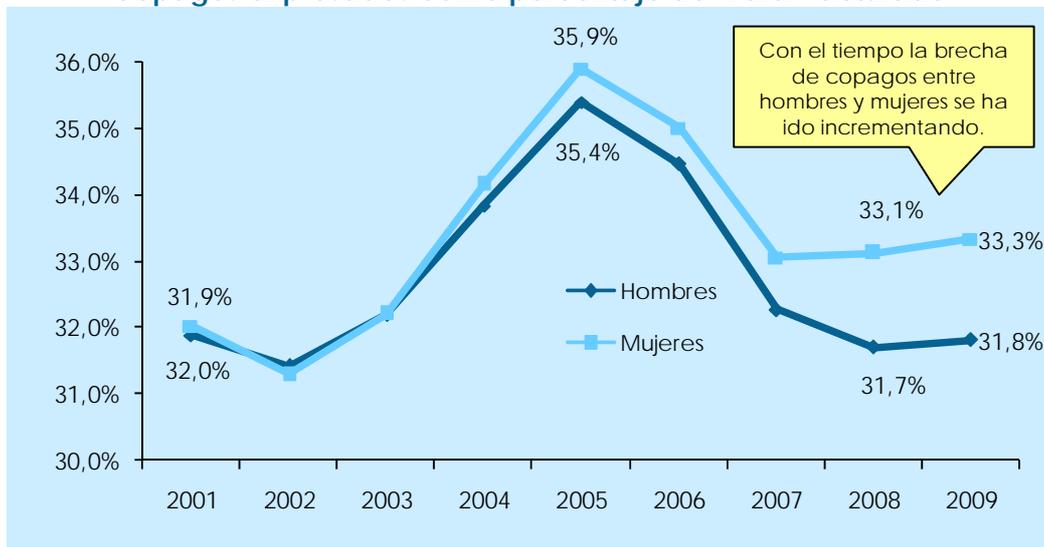
Gráfico 10: Evolución de la Cobertura Promedio Post Reforma según Sexo
Cobertura expresada como porcentaje del Valor Facturado



Fuente: Superintendencia de salud. Archivo Maestro de Prestaciones 2005 a 2006 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2007 a 2009

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.

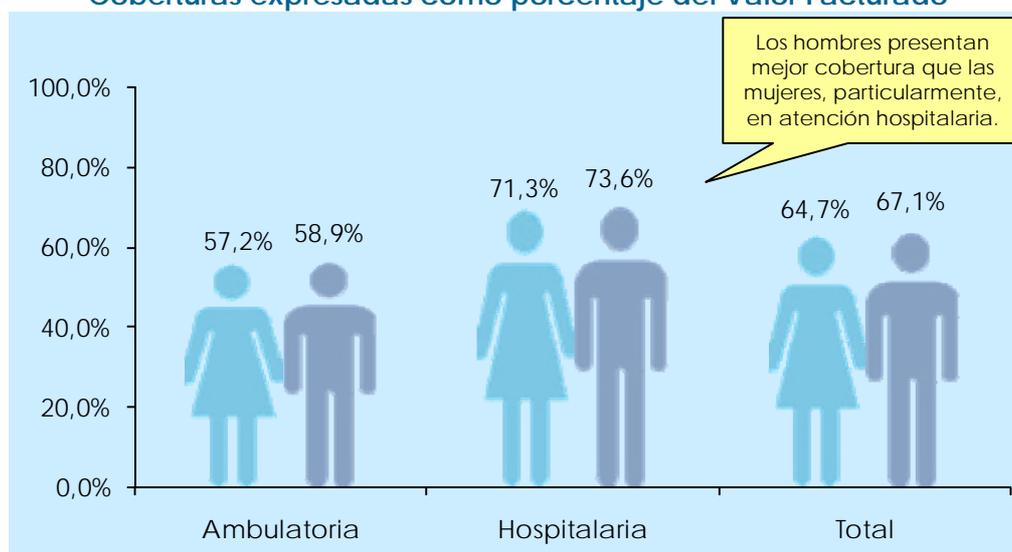
Gráfico 11: Evolución de los Copagos según Sexo
Copagos expresados como porcentaje del Valor Facturado



Fuente: Superintendencia de salud. Archivo Maestro de Prestaciones 2005 a 2006 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2007 a 2009

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, respecto de las coberturas hospitalarias se dan las mayores brechas entre hombres y mujeres, las cuales alcanzan 2,3 puntos porcentuales en el año 2009.

Gráfico 12: Cobertura por Tipo de Atención según Sexo
Coberturas expresadas como porcentaje del Valor Facturado

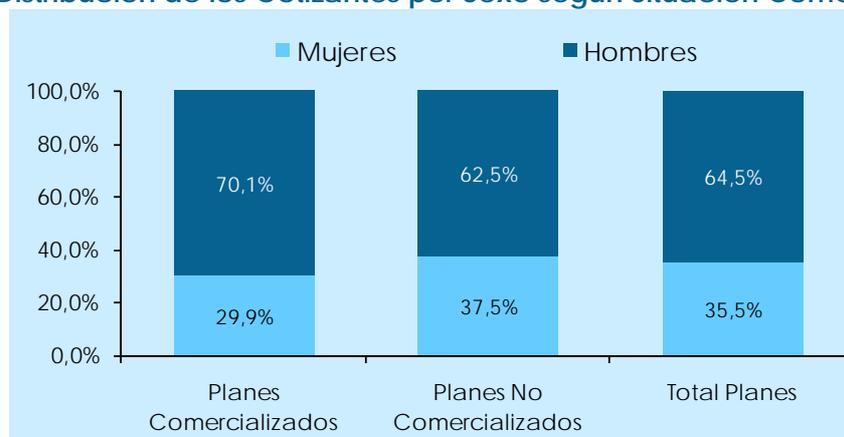


Fuente: Superintendencia de salud. Archivo Maestro de Prestaciones 2005 a 2006 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2007 a 2009

2. Cotizantes por sexo según situación comercial del plan

En enero de 2010, las mujeres muestran una mayor participación relativa en los planes no comercializados (37,5%). Lo anterior, puede estar indicando que las políticas comerciales establecidas por las isapres para el acceso de mujeres cotizantes al sistema, están siendo cada vez más restrictivas, particularmente, en cuanto a precios.

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

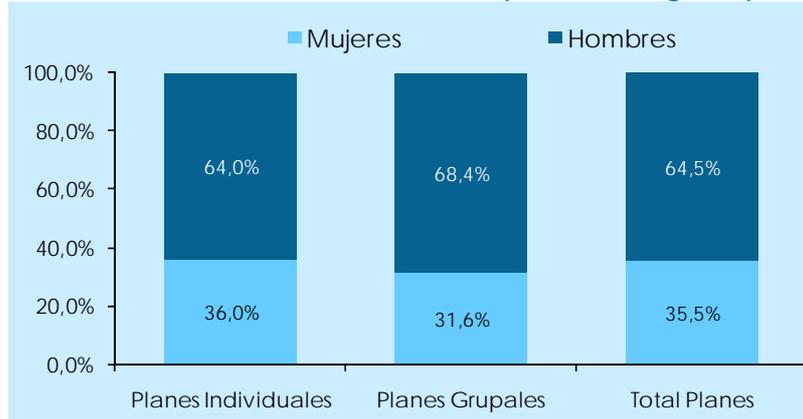


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2010.

3. Cotizantes por sexo según el tipo de plan

En enero de 2010, las mujeres muestran una mayor participación relativa en los planes individuales del mercado. Lo anterior, puede atribuirse al menor acceso que presentan las mujeres a planes colectivos que por lo general presentan una mejor relación costo beneficio y en su diseño está 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 2010.

4. Cotizantes por sexo según amplitud de la cobertura del plan

En enero de 2010, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes con coberturas reducidas de honorarios médicos (41,9%) y cobertura general (37,9%). 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 (28,4%), esta situación puede deberse a que tales planes son mejor cotizados por las cargas, en su mayoría estudiantes o cónyuges con 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 2010.

5. Cotizantes por sexo según la modalidad de atención del plan

En enero de 2010, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes de libre elección (36,5%), lo que puede ser reflejo de la mayor fidelidad que éstas presentan en relación a sus médicos, y en planes con prestadores preferentes (36,1%) que frente al encarecimiento del sistema se muestran como la segunda mejor alternativa. Con este mismo fundamento se puede explicar la escasa participación relativa de las mujeres en planes cerrados (17,5%), los que, en todo caso, 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 2010.

6. Cotizantes según coberturas del plan de salud por sexo

En enero de 2010, las mujeres se encuentran vinculadas a planes cuyas coberturas de carátula son levemente inferiores a las de los hombres. Un 94,8% 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 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 las 2,5 veces, lo que las obliga a pactar planes más económicos.

Cuadro 11: Distribución de las Cotizantes Mujeres según Coberturas de Carátula Enero de 2010

		Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	4,2%
	90% - 99%	1,7%	1,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	7,0%
	80% - 89%	21,5%	0,4%	5,5%	0,4%	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	28,8%	35,8%
	70% - 79%	0,9%	42,5%	0,3%	16,1%	0,6%	1,0%	0,3%	0,0%	61,7%	97,5%
	60% - 69%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	98,2%
	50% - 59%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,5%	98,6%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	98,6%
	s/i	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	1,4%	100,0%
	Total	28,5%	44,2%	5,9%	16,9%	1,5%	1,3%	0,3%	1,4%	100,0%	
	Acumulado	28,5%	72,7%	78,6%	95,4%	97,0%	98,3%	98,6%	100,0%		

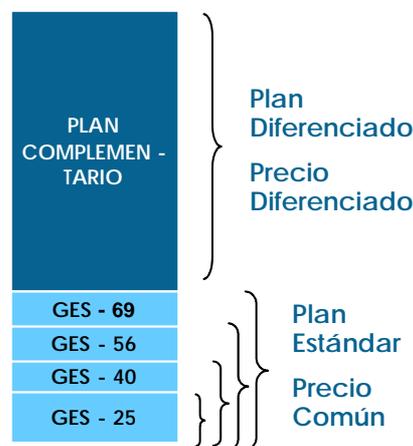
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2010.

V. Sistema Tarifario en Isapres y Alzas de Precios

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 principales⁶. El primer componente, son las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGÉ), cuyo precio es único por isapre y es 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 de 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 (66 + 3) comenzó a regir en julio de 2010 y se mantendrá inalterable mientras no se modifique el decreto supremo que instaura las GES

El precio del plan complementario de salud, se calcula con el precio base del plan de salud, que es 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 plan⁷. 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.

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.

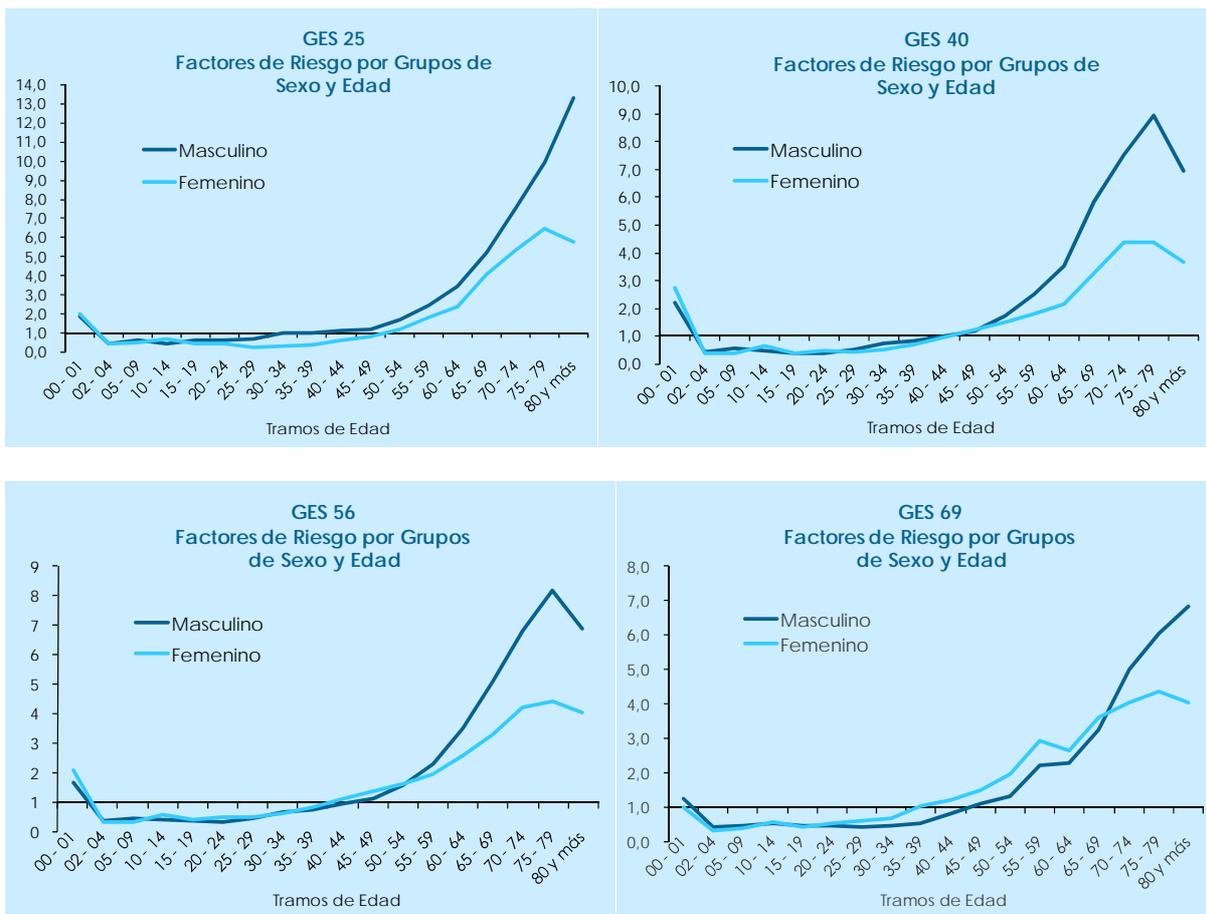
⁶ Otros componentes del plan de salud de isapre son la CAEC (incluida dentro del precio del plan complementario en la mayoría de las isapres) y los Beneficios Adicionales, cuya contratación es voluntaria.

⁷ 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. Está en evaluación un nuevo sistema tarifario para el sistema isapre que introduzca mayor solidaridad en su financiamiento.

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.

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 1,0 aportan recursos al fondo de compensación, bajo el 1,0 reciben recursos desde el fondo de compensación. En la medida que se han ido incorporando nuevas patologías a las GES mayormente vinculadas a los estados de salud de las mujeres, los modelos tienden a beneficiar cada vez a mujeres de menor edad en el sistema y por montos más significativos para las isapres, lo cual contribuye a generar los incentivos necesarios para su mejor acceso a las isapres.

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

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 la 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, aunque, con una mayor concentración en los tramos de variación más altos. Particularmente, se advierte una mayor concentración de mujeres en el tramo entre 3,1 y 4% y en el tramo superior a 6%.

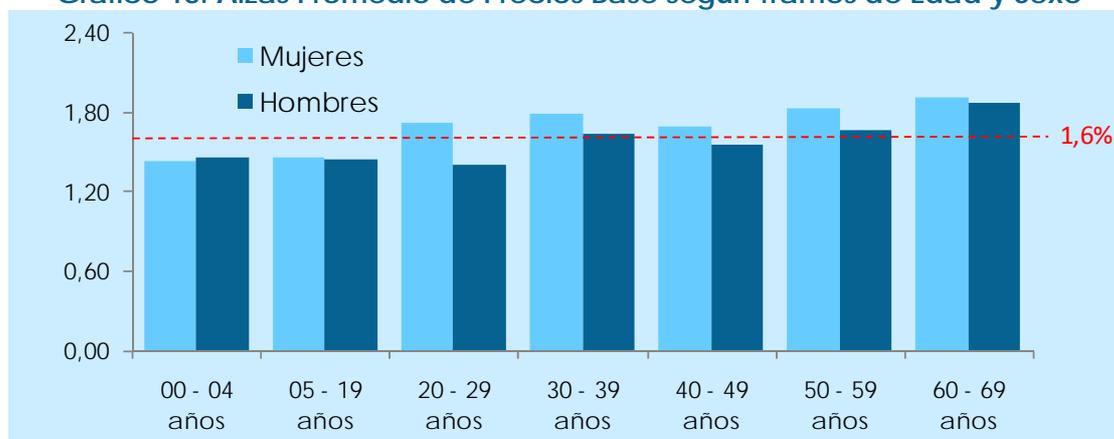
Cuadro 12: Mujeres Cotizantes según Tramos de Variación de Precios. Proceso de Adecuación julio de 2010 a junio de 2011

Variación	Cotizantes Mujeres	%	Total Cotizantes	%
0,0%	322.042	64,9%	971.919	69,5%
0,0% - 2,0%	8	0,0%	39	0,0%
2,1% - 3,0%	0	0,0%	0	0,0%
3,1% - 4,0%	107.549	21,7%	262.380	18,8%
4,1% - 5,0%	34.972	7,0%	98.838	7,1%
5,1% - 6,0%	2.569	0,5%	6.086	0,4%
6,0% y +	29.010	5,8%	60.081	4,3%
Totales	496.150	100%	1.399.343	100%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2010.

En el gráfico siguiente, se puede observar que las mujeres experimentarán alzas de precios superiores a las de los hombres en todos los tramos de edad salvo en la primera infancia. Las mayores brechas se producen en la edad fértil y puerperio femenino, etapas en las cuales, las alzas para mujeres se encuentran todas sobre el alza promedio del sistema, equivalente a 1,6%.

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 2010

VI. Principales conclusiones

En cuanto al acceso al Sistema Isapre:

- ✓ Las mujeres representan un 47,2% de la cartera de beneficiarios del Sistema Isapre. Su participación relativa en el sistema ha disminuido, pero esto ocurre a nivel de las cargas, por cuanto, las cotizantes han aumentado su participación en un punto porcentual desde el año 2000.
- ✓ Durante la última década, las cotizantes de sexo femenino han aumentado a una tasa de 5,9% en el Sistema Isapre, tasa que es superior a la que exhiben los hombres en 4,9 puntos porcentuales. 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, Banmédica y Colmena, 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, Vida Tres y Cruz Blanca, en las cuales, las mujeres representan en torno al 40% de la cartera total de cotizantes.
- ✓ Desde la entrada en vigencia de la reforma, han entrado al Sistema, mujeres más ricas, más jóvenes y con menos cargas. Esto indica que el encarecimiento del sistema de salud impide la permanencia de familias numerosas y de adultos mayores en las isapres.

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) porque 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 al 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. Esto se atribuye al mayor contacto que experimentan las mujeres con el sistema de salud, particularmente, en períodos de edad fértil y puerperio.
- ✓ 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, la cobertura promedio asociada a los planes de salud de isapres se ha ido recuperando tanto para los hombres como para las mujeres. Sin embargo, la recuperación ha sido más lenta para las mujeres, quienes exhiben coberturas inferiores a las de los hombres en 2,4 puntos porcentuales en promedio el año 2009, la mayor brecha se produce respecto de las prestaciones de tipo hospitalario.
- ✓ Como consecuencia de lo anterior, los copagos han ido disminuyendo, pero, la brecha entre hombres y mujeres se ha incrementado, particularmente, desde el año 2005. Las brechas de cobertura entre hombres y mujeres 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, 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, condición que también se vincula a menores bonificaciones.
- ✓ Con la incorporación de las GES al plan de isapre se ha logrado estandarizar un poco más los planes de isapres 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 las mujeres en su acceso al sistema, será mayor, por cuanto, el modelo de ajuste de riesgos contemplará los incentivos necesarios para la contratación de mujeres por parte de las isapres. En este sentido, la incorporación del parto a las GES producirá un salto 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 obliga a evaluar nuevas formas de tarificación y financiamiento para las isapres y el sistema de salud en su conjunto.
- ✓ La existencia de la banda permite solidarizar las alzas entre los cotizantes y dosificarlas. No obstante, el proceso de adecuación de precios vigente muestra para las mujeres, alzas superiores al promedio del sistema en todos los tramos de edad, especialmente, en etapas de fertilidad y puerperio.

VII. 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, 2010. Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema Isapre. Año 2009. Junio de 2010.
- Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, M. Pezoa, 2010. Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral. Año 2009. Mayo de 2010.