



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

## Documento de Trabajo

# Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género

**Departamento de Estudios y Desarrollo**

**Fecha de Presentación: 29 de Noviembre de 2016**

**Fecha de Publicación: 19 de Diciembre de 2016**



## Tabla de Contenidos

Resumen Ejecutivo.....	5
1. Antecedentes .....	7
2. Acceso y Evolución de la Cartera de Beneficiarios por Sexo.....	8
2.1. Beneficiarios según Subsistema de Salud en Diciembre de 2014 .....	8
2.2. Evolución de Cotizantes y Cargas de Sexo Femenino en Isapres .....	9
2.3. Cotizantes de Sexo Femenino por Isapre .....	10
2.4. Características de los Cotizantes según Sexo .....	12
2.5. Evolución de Beneficiarios de Tercera Edad en Isapres .....	13
2.6. Beneficiarios de Tercera Edad por Isapre.....	14
3. Comportamiento de Hombres y Mujeres en el Uso del Sistema.....	15
3.1. Gasto en Prestaciones de Salud de Hombres y Mujeres .....	15
3.2. Uso de Prestaciones de Salud según Sexo y Edad.....	16
3.3. Tasa de Uso de Prestaciones de Salud en la Tercera Edad.....	19
3.4. Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral de Hombres y Mujeres en Isapres ...	20
3.5. Tasa de Uso de Licencias Curativas en Isapres según Sexo .....	21
3.6. Evolución del Gasto en Subsidios por Licencias Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año .....	21
3.7. Uso de Licencias por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año según Sexo ...	23
4. Cobertura de los Planes y Alzas de Precios .....	24
4.1. Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Sexo.....	24
4.2. Cotizantes por Sexo según Situación Comercial del Plan.....	25
4.3. Cotizantes por Sexo según Tipo de Plan .....	26
4.4. Cotizantes por Sexo según Amplitud de la Cobertura del Plan.....	26
4.5. Cotizantes por Sexo según Modalidad de Atención del Plan .....	27
4.6. Cotizantes por Sexo según Coberturas del Plan de Salud .....	28
5. Sistema Tarifario en Isapres y Alzas de Precios.....	29
5.1. Estructura y Financiamiento del Plan de Salud en Isapres .....	29
5.2. Ajuste de Riesgos por GES, Modelos Comparados.....	29
5.3. Cotizaciones según Sexo y Edad .....	31
5.4. Cotizantes según Tramos de Variación del Precio Base del Plan de Salud.....	32
6. Principales Conclusiones .....	35
7. Referencias .....	38



## 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 cerca 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 2015 alcanza a 4,6 puntos porcentuales.*

*La incorporación de las GES no ha tenido gran impacto para las mujeres y esto, porque aún no se han incorporado a este régimen, las prestaciones de salud más relevantes en el gasto femenino, como son el parto y la cesárea.*

*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 inició en julio 2016 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 alcanzado por 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 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 tienen 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 lo anterior, 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, dentro de los que se encuentran las mujeres, especialmente en edad fértil, y los adultos mayores, situación que, si bien técnicamente es habitual en un contexto de seguros, socialmente se interpreta como discriminatoria frente a estos grupos, bajo una perspectiva de seguridad social.

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 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.

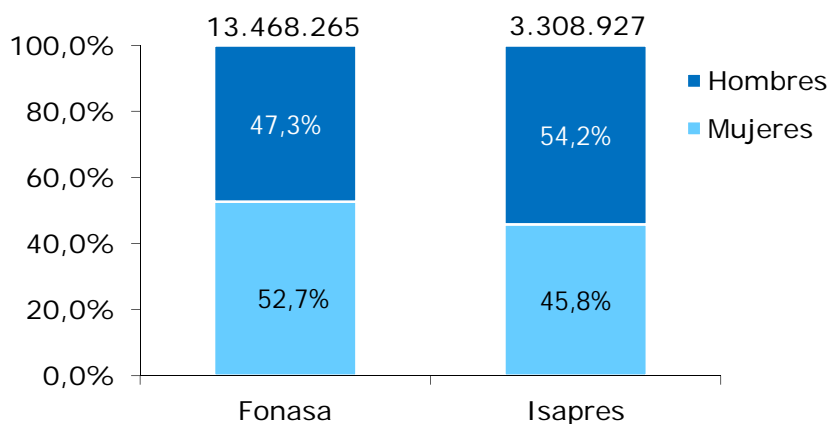
Del mismo modo, en relación con la tercera edad, el principal cuestionamiento al sistema radica en el hecho que la legislación vigente faculta a las isapres para adecuar anualmente los precios de los planes de salud, precios que además, han sido establecidos de manera diferenciada según la edad. Esta condición, por una parte, limita el acceso al Sistema de las personas mayores porque las primas que deben solventar son bastante altas en relación con las de personas más jóvenes y, por otra, limita su permanencia 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 por Sexo

### 2.1. Beneficiarios según Subsistema de Salud en Diciembre de 2014

En diciembre de 2014, existen 13.468.265 personas beneficiarias en el Fonasa y 3.308.927 en el Sistema Isapre, quienes representan un 75,2% y un 18,5% de la población del país, respectivamente<sup>1</sup>. El gráfico siguiente, muestra la distribución por sexo de la población de ambos subsistemas a la misma fecha, y permite observar que las mujeres tienen una mayor participación relativa en Fonasa (52,7%) que en Isapres (45,8%) con una diferencia que alcanza los 6,9 puntos porcentuales.

**Gráfico 1: Distribución de Beneficiarios por Subsistema de Salud según Sexo. Diciembre 2014**



Fuentes:

- (1) Fonasa. Estadísticas Demográficas. Tablas T1.16.8 y T1.17.8.
- (2) Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico 2014.

A la misma fecha, las mujeres representan al 35,3% del total de cotizantes del Sistema Isapre y al 58,7% de las cargas familiares, lo que indica que en este subsistema las mujeres tienen mayor presencia como cargas que como cotizantes, según se desprende del cuadro siguiente.

**Cuadro 1: Mujeres en el Sistema Isapre Diciembre de 2014**

Cartera	Mujeres	Sistema	Proporción
Cotizantes	640.975	1.816.276	35,3%
Cargas	875.912	1.492.651	58,7%
<b>Beneficiarias/os</b>	<b>1.516.887</b>	<b>3.308.927</b>	<b>45,8%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Beneficiarios de Diciembre 2014

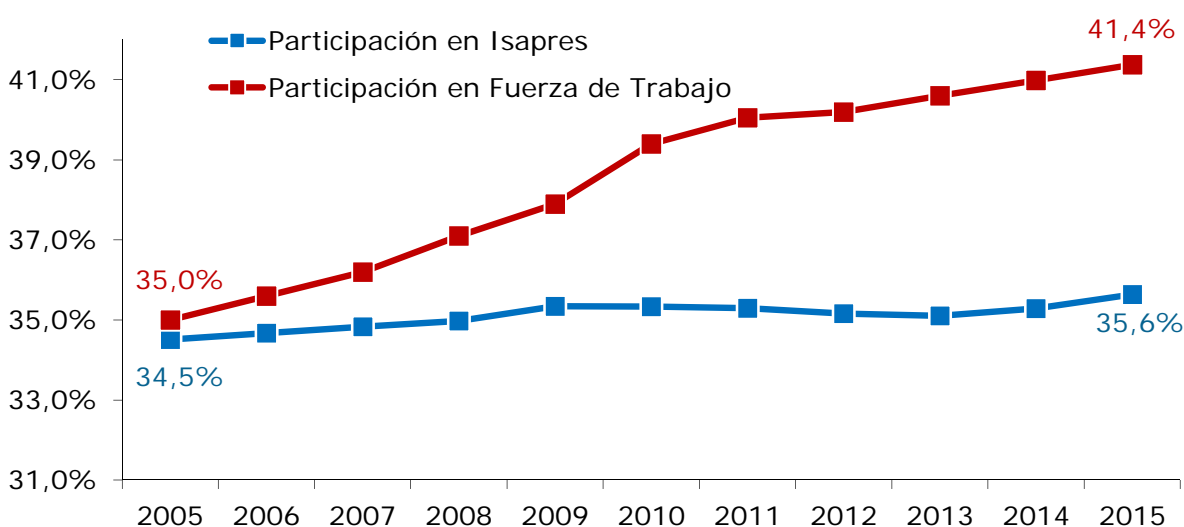
<sup>1</sup> El 6,3% de la población restante, considera a personas particulares y de F.F.A.A. no afiliadas a los Seguros Público y Privados antes indicados. Fuente: Fonasa, Estadísticas Demográficas a Diciembre de 2014.



## 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 y en torno al 35%, mostrando un incremento de poco más de un punto porcentual entre los años 2005 y 2015. No obstante, el gráfico siguiente, permite observar que la evolución de la participación de las mujeres en la cartera de cotizantes del Sistema Isapre (línea azul) se encuentra por debajo y cada vez más distante de la tendencia de la participación de éstas en la Fuerza de Trabajo ocupada del país (línea roja), la que para el trimestre octubre-diciembre de 2015 es de un 41,4%, 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

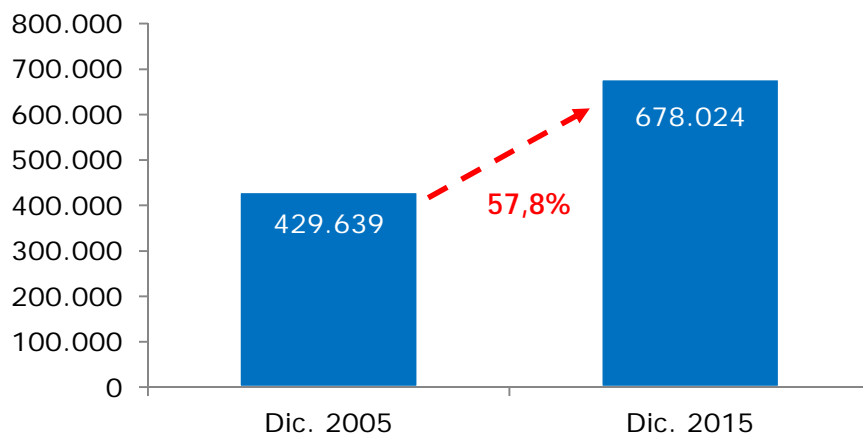
La variación de las cotizantes de sexo femenino en el Sistema Isapre, entre diciembre de 2005 y diciembre de 2015, es equivalente a un 57,8%, pasando de 429.639 a 678.024 afiliadas en el período, lo que en gran parte se atribuye a su mayor presencia en el plano laboral. Esta variación es mayor a la que experimentan los cotizantes de sexo masculino en el mismo período, la que asciende a un 50,2%.

**Cuadro 2: Variación de los Cotizantes Hombres y Mujeres Diciembre de 2005 vs Diciembre de 2015**

Cotizantes	Dic. 2005	Dic. 2015	Variación
Hombres	815.220	1.224.424	50,2%
Mujeres	429.639	678.024	57,8%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2005 y 2015

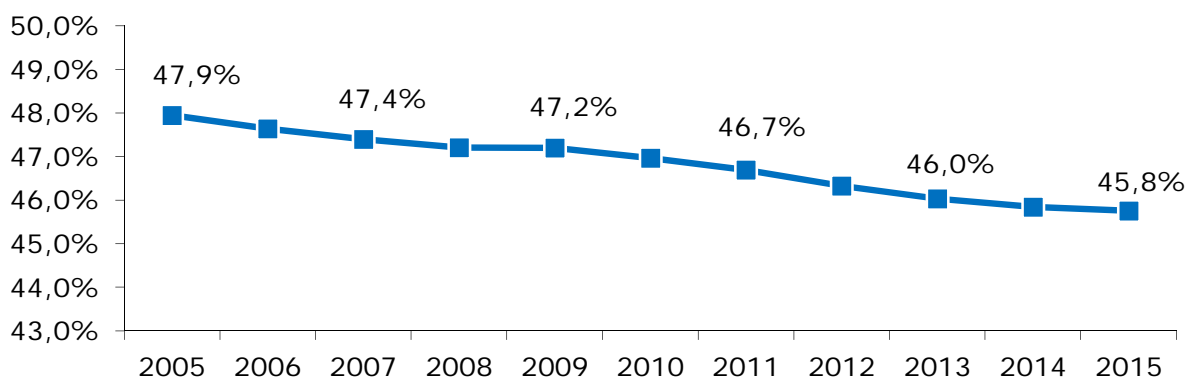
**Gráfico 3: Variación Cotizantes Mujeres del Sistema Isapre  
Diciembre 2005 vs Diciembre 2015**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2005 y 2015

No obstante lo anterior, el gráfico que se presenta a continuación permite observar que, en términos globales, esto es, considerando cotizantes y cargas en conjunto, las mujeres muestran una tendencia decreciente en la última década, que se traduce en una disminución de 2,1 puntos porcentuales en su participación, pasando de un 47,9% del total de personas beneficiarias en diciembre de 2005 a un 45,8% en diciembre de 2015.

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



Fuente: Superintendencia de Salud. Series Estadísticas del Sistema Isapre

### 2.3. Cotizantes de Sexo Femenino por Isapre

En general, las mujeres cotizantes se concentran en el subsistema de isapres abiertas, donde participan en un 98%. En diciembre de 2015, las isapres que concentran el mayor número de cotizantes de sexo femenino son Cruz Blanca con un 22,4%, Colmena con un 20,2% y Masvida con un 19%.

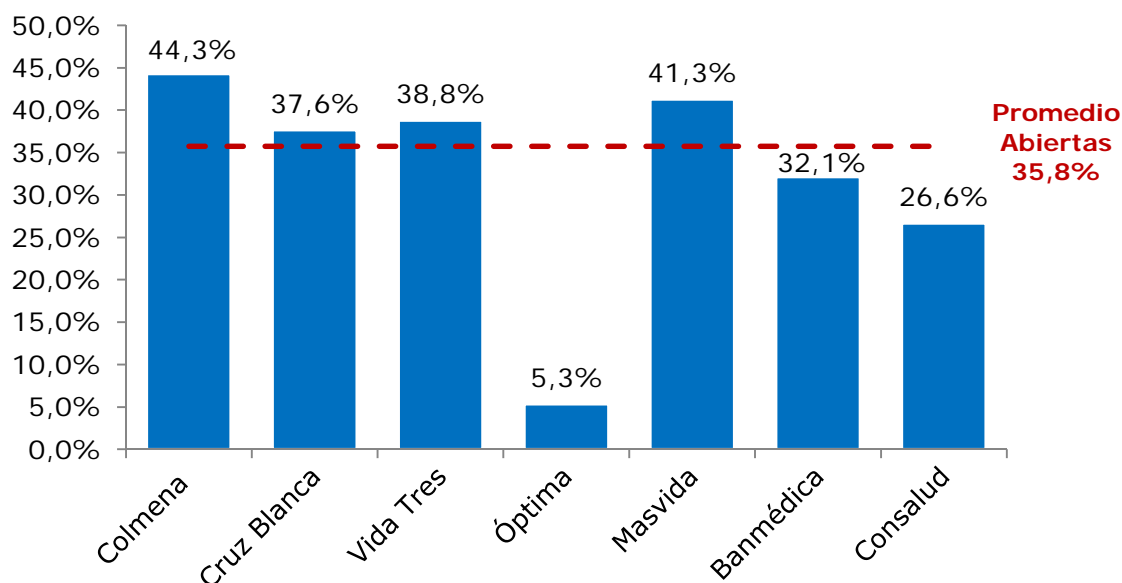
**Cuadro 3: Cotizantes Mujeres por Isapre en diciembre de 2015**

Isapres	Total Cotizantes	Cotizantes Mujeres	Porcentaje Mujeres	Porcentaje Concentración
Colmena	309.052	136.823	44,3%	20,2%
Cruz Blanca	403.927	151.983	37,6%	22,4%
Vida Tres	73.914	28.653	38,8%	4,2%
Óptima	19.235	1.023	5,3%	0,2%
Masvida	312.663	129.050	41,3%	19,0%
Banmédica	367.581	117.974	32,1%	17,4%
Consalud	372.745	99.263	26,6%	14,6%
<b>Isapres abiertas</b>	<b>1.859.117</b>	<b>664.769</b>	<b>35,8%</b>	<b>98,0%</b>
San Lorenzo	1.053	91	8,6%	0,0%
Fusar	11.957	2.671	22,3%	0,4%
Chuquicamata	11.874	2.202	18,5%	0,3%
Río Blanco	2.015	243	12,1%	0,0%
Fundación	15.365	7.937	51,7%	1,2%
Cruz del Norte	1.067	111	10,4%	0,0%
<b>Isapres cerradas</b>	<b>43.331</b>	<b>13.255</b>	<b>30,6%</b>	<b>2,0%</b>
<b>Total sistema</b>	<b>1.902.448</b>	<b>678.024</b>	<b>35,6%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2015.

A la misma fecha, las isapres abiertas que presentan un mayor porcentaje de mujeres en su cartera de cotizantes, son Colmena con un 44,3%, Masvida con un 41,3%, Vida Tres con un 38,8% y Cruz Blanca con 37,6%, todas por sobre el promedio que exhibe el subgrupo de isapres abiertas, lo se aprecia claramente en el grafico 5 siguiente.

**Gráfico 5: Participación Mujeres en la Cartera Total de Cotizantes de cada Isapre Isapres Abiertas, Diciembre 2015**



Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2015.

## 2.4. Características de los Cotizantes según Sexo

El cuadro siguiente muestra que, a diciembre de 2015, las mujeres que cotizan en el Sistema Isapre tienen una renta imponible promedio similar a la de los hombres; sin embargo, se encuentran cotizando montos superiores, pese a tener más o menos la misma edad promedio y un menor número de cargas familiares. Lo anterior, puede explicarse por el mayor contacto que tienen las mujeres con el sistema de salud a lo largo de su vida y especialmente, durante la edad fértil, condición que las hace enfrentar mayores gastos que se traducen en mayores primas para ellas respecto del mismo conjunto de beneficios.

**Cuadro 4: Características Cotizantes según Sexo  
(En diciembre de 2015)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Renta Imponible	\$ 1.023.776	1.033.300	1.028.538
Cotizacion Pactado	\$ 116.245	102.803	109.524
Cotizacion Adicional	\$ 33.081	33.014	33.048
Edad Cotizante	43	42	42
Numero Cargas	0,5	0,9	0,7

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2015

Por otra parte, el cuadro 5 indica que, con respecto al tipo de trabajo, las mujeres presentan una distribución similar a la cartera global; sin embargo, destaca su mayor participación dentro del total de pensionados/as, lo que podría atribuirse a su mayor longevidad relativa.

**Cuadro 5: Distribución Cotizantes por Tipo de Trabajador según Sexo  
(En diciembre de 2015)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Dependiente	82,3%	84,7%	83,9%
Independiente	3,1%	3,0%	3,0%
Pensionado	7,8%	4,8%	5,9%
Voluntario	6,8%	7,5%	7,2%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2015

Con respecto al tipo de plan, se puede observar que, en términos generales, la cartera de cotizantes se concentra en planes de tipo individual; sin embargo, el cuadro siguiente indica, que las mujeres tienen mayor presencia en planes compensados (financiados con otro) y menor presencia en planes colectivos.

**Cuadro 6: Distribución Cotizantes por Tipo de Plan según Sexo  
(En diciembre de 2015)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Grupal	9,7%	10,8%	10,4%
Individual	70,1%	78,2%	75,3%
Individual compensado	20,2%	11,0%	14,3%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2015

El cuadro siguiente, permite analizar el flujo de cotizantes entre diciembre de 2005 y diciembre de 2015 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 se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque, en relación con estas últimas, las diferencias en cuanto a los montos de las cotizaciones, son particularmente notorias. En la práctica, el recambio se produce desde familias consolidadas más pobres hacia cotizantes jóvenes con mayor poder adquisitivo y 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 7: Características de Cotizantes que Entraron y Salieron del Sistema según Sexo (dic. 2005 vs dic. 2015)**

Detalle	Sexo	Participación Cotizantes	Edad Promedio	Cotización pactada promedio	Renta Imponible Promedio	Número de Cargas Promedio
Sistema Isapre a Diciembre 2005	Masculino	65,5%	41	61.817	584.441	1,4
	Femenino	34,5%	42	56.937	583.903	0,7
	<b>Total</b>	<b>1.244.859</b>	<b>41</b>	<b>59.377</b>	<b>584.172</b>	<b>1,0</b>
Salen del Sistema Isapre	Masculino	66,3%	41	45.524	407.206	1,1
	Femenino	33,7%	43	47.531	462.635	0,6
	<b>Total</b>	<b>407.143</b>	<b>42</b>	<b>46.528</b>	<b>434.921</b>	<b>0,9</b>
Entran al Sistema Isapre	Masculino	63,8%	34	75.172	871.222	0,6
	Femenino	36,2%	36	103.530	932.365	0,4
	<b>Total</b>	<b>1.064.732</b>	<b>35</b>	<b>89.351</b>	<b>901.794</b>	<b>0,5</b>
Sistema Isapre a Diciembre 2015	Masculino	64,4%	42	102.803	1.033.300	0,9
	Femenino	35,6%	43	116.245	1.023.776	0,5
	<b>Total</b>	<b>1.902.448</b>	<b>42</b>	<b>109.524</b>	<b>1.028.538</b>	<b>0,7</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2005 y 2015.

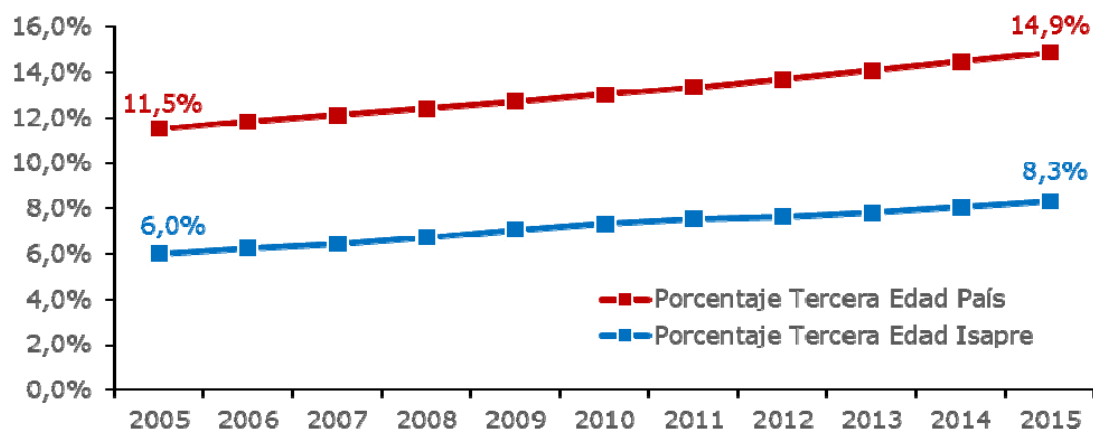
## 2.5. Evolución de Beneficiarios de Tercera Edad en Isapres

La presencia de beneficiarios de tercera edad<sup>2</sup> en el Sistema Isapre ha sido creciente en la última década, pasando de 6% del total de beneficiarios en 2005 a 8,3% en 2015, el incremento en 10 años es de 2,3 puntos porcentuales.

No obstante lo anterior, el gráfico siguiente permite observar que la evolución de la participación de la tercera edad en la cartera de cotizantes del Sistema Isapre, se encuentra por debajo de la tendencia de la participación de los adultos mayores en la población global del país, la que a diciembre de 2015 es de un 14,9%, según las estadísticas demográficas del INE.

<sup>2</sup> En el marco de este informe la tercera edad comprende a los adultos hombres y mujeres de 60 y más años de edad. Para referirse a este mismo grupo también se utiliza en este documento la expresión adulto mayor.

**Gráfico 6: Evolución de la Participación de Beneficiarios de la Tercera Edad en el Sistema Isapre y en el País**



Fuentes:

3) Superintendencia de Salud. Series Estadísticas del Sistema Isapre

4) INE. Estadísticas Demográficas y Vitales. Población por Sexo según Edad Simple.2002-2020.

## 2.6. Beneficiarios de Tercera Edad por Isapre

En diciembre de 2015, las isapres que concentran el mayor número de beneficiarios de tercera edad son Banmédica con un 22%, Consalud con un 21%, Cruz Blanca con un 18,2% y Colmena con un 17%.

**Cuadro 8: Beneficiarios de Tercera Edad por Isapre en diciembre de 2015**

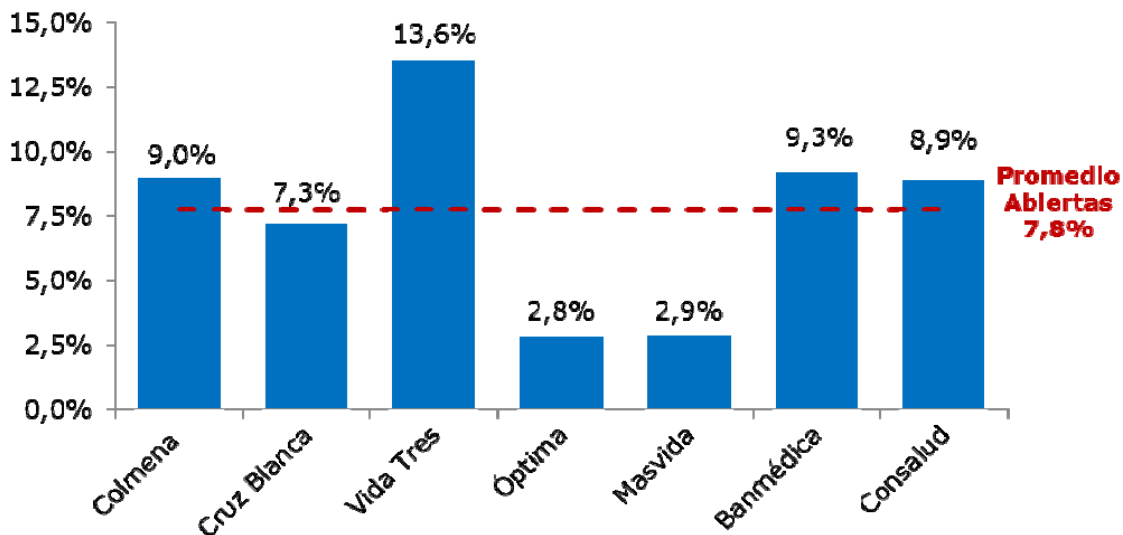
Isapres	Total Beneficiarios	Beneficiarios Tercera Edad	Porcentaje Tercera Edad	Porcentaje Concentración
Colmena	535.306	48.300	9,0%	17,0%
Cruz Blanca	708.834	51.556	7,3%	18,2%
Vida Tres	138.553	18.853	13,6%	6,6%
Óptima	21.632	616	2,8%	0,2%
Masvida	570.113	16.458	2,9%	5,8%
Banmédica	673.143	62.515	9,3%	22,0%
Consalud	666.359	59.611	8,9%	21,0%
<b>Isapres abiertas</b>	<b>3.313.940</b>	<b>257.909</b>	<b>7,8%</b>	<b>90,9%</b>
San Lorenzo	2.740	705	25,7%	0,2%
Fusat	26.230	9.608	36,6%	3,4%
Chuquicamata	31.279	6.184	19,8%	2,2%
Río Blanco	5.801	910	15,7%	0,3%
Fundación	27.236	8.317	30,5%	2,9%
Cruz del Norte	2.774	240	8,7%	0,1%
<b>Isapres cerradas</b>	<b>96.060</b>	<b>25.964</b>	<b>27,0%</b>	<b>9,1%</b>
<b>Total sistema</b>	<b>3.410.000</b>	<b>283.873</b>	<b>8,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2015.

Se observa además, que las carteras de beneficiarios de las isapres cerradas concentran una mayor proporción de adultos mayores, con un promedio de 27% versus un 7,8% de las isapres abiertas. Destacan con un porcentaje superior al promedio de las cerradas, las isapres Fusat y Fundación, con un 36,6% y 30,5% del total de sus beneficiarios en la tercera edad, respectivamente.

A la misma fecha, las isapres abiertas que concentran un mayor porcentaje de adultos mayores en sus respectivas carteras de beneficiarios, son Vida Tres con un 13,6%, Banmédica con un 9,3%, Colmena con un 9% y Consalud con 8,9%, todas por sobre el promedio que exhibe el subgrupo de isapres abiertas, lo que se aprecia claramente en el gráfico siguiente.

**Gráfico 7: Participación Tercera Edad en la Cartera Total de Beneficiarios de cada Isapre Abierta, Diciembre 2015**



Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2015.

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

#### 3.1. Gasto en Prestaciones de Salud de Hombres y Mujeres<sup>3</sup>

El gráfico siguiente, entrega una representación visual del gasto facturado en prestaciones de salud del año 2015 por tramos de edad de las personas beneficiarias de isapres, según sexo. A partir de este gráfico, se pueden identificar los grupos que presentan un gasto per cápita superior e inferior al promedio, equivalente a \$722.258, y las diferencias de gasto que se producen entre hombres y mujeres con el avance de la edad.

En este gráfico, destaca en primer lugar, el mayor gasto que presentan niños y niñas en el tramo de edad de 00-04 años, lo que se atribuye principalmente a los cuidados neonatales de recién nacidos prematuros y luego al 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.

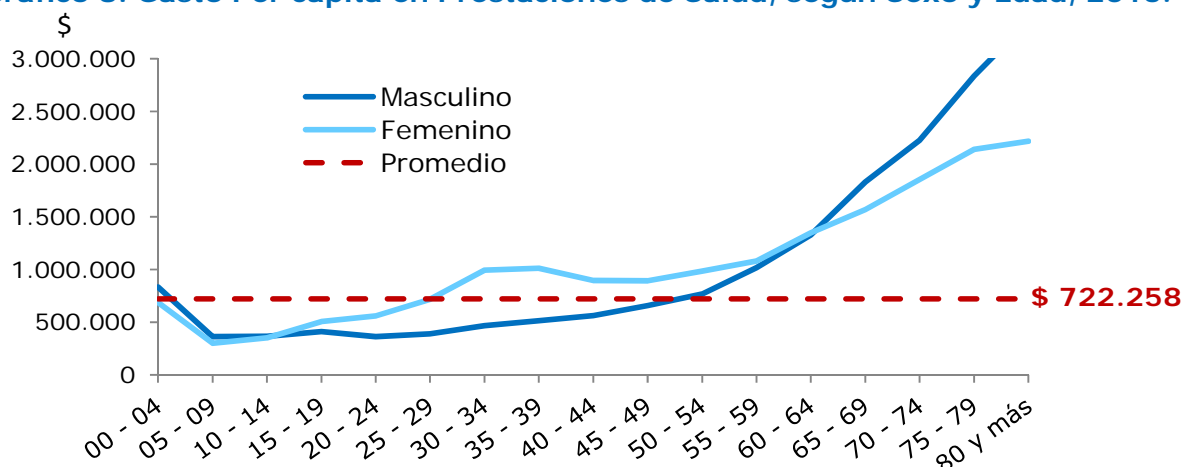
Desde el tramo 05-09 años y hasta el tramo 25-29 años, las mujeres presentan un comportamiento de gasto creciente superior al de los hombres aunque inferior al promedio.

<sup>3</sup> Ver informe de Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema Isapre del año 2010, Dr. R. Tegmeier.

A partir del tramo 25-29 años, las mujeres comienzan a gastar por sobre el promedio, lo que se acentúa entre los 25 y 39 años. En esta etapa, el gasto de la mujer se atribuye a la mayor frecuencia de prestaciones obstétricas (embarazo, aborto, parto) y posteriormente al puerperio hasta los 50 años, luego a tumores ginecológicos (mama, útero y ovario) y a la mayor incidencia de la patología vesicular (colelitiasis).

Por su parte, los hombres entre los tramos 05-09 y 30-34, muestran un nivel de gasto más o menos constante, en torno a la mitad del promedio, el que luego comienza a crecer de manera paulatina hasta el tramo de 50-54 años. A partir del tramo 50-54 años, el gasto de los hombres comienza a ser superior al promedio y con una tendencia marcadamente creciente, que desde el tramo 60-65 años pasa a ser superior al de las mujeres. El gasto masculino a partir de los 50 años, se atribuye principalmente a una mayor incidencia de patologías de carácter digestivo (tumores malignos de colon), urológico (tumores prostáticos: adenoma y cáncer prostático), cardiovasculares (patología coronaria y accidentes vasculares encefálicos) y cataratas.

**Gráfico 8: Gasto Per cápita en Prestaciones de Salud, según Sexo y Edad, 2015.**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2015 y de Beneficiarios a diciembre de 2015.

### 3.2. Uso de Prestaciones de Salud según Sexo y Edad<sup>4</sup>

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 de la mayor importancia que le asignan a su situación médica.

**Cuadro 9: Frecuencia de Uso de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Sexo. Año 2015**

Indicadores	Femenino	Masculino	Total
Nº de consultas médicas anuales por beneficiario	5,1	3,3	4,1
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	188	175	183
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	35	30	32
Intervenciones quirúrgicas por 100 beneficiarios	14	12	13

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2015.

<sup>4</sup> Ver informe de Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema Isapre del año 2010, Dr. R. Tegtmeyer.



La tasa de consultas médicas por beneficiario el año 2015 fue de 4,1. Las mujeres muestran una frecuencia de 1,9 consultas médicas más que los hombres en promedio, aunque las mayores brechas se producen entre los 20 y 49 años, etapa en la cual existe un predominio de consultas médicas femeninas por sobre las masculinas (entre 2,1 y 3,5 consultas adicionales al año), lo que está vinculado principalmente 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 7,4%. La mayor brecha en la cantidad de exámenes de laboratorio por consulta se presenta entre los 15 y 39 años, plena edad fértil de la mujer, por lo que se atribuye fundamentalmente a situaciones reproductivas 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 y a una tasa creciente, situación que podría ser consecuencia del predominio de patologías crónicas, como la Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemias, afecciones cardiovasculares y urológicas en estos últimos.

Los exámenes de imagenología se vinculan al 30% de las consultas, superando las mujeres a los hombres en un 18% hecho que puede estar relacionado con los estudios de diagnóstico y controles que las mujeres se realizan durante su edad 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 entre los 15 y 29 años de edad donde los hombres presentan una mayor tasa de uso, la que puede estar asociada a una mayor incidencia de afecciones traumatológicas, como consecuencia de actividades deportivas, traumatismos y accidentes.

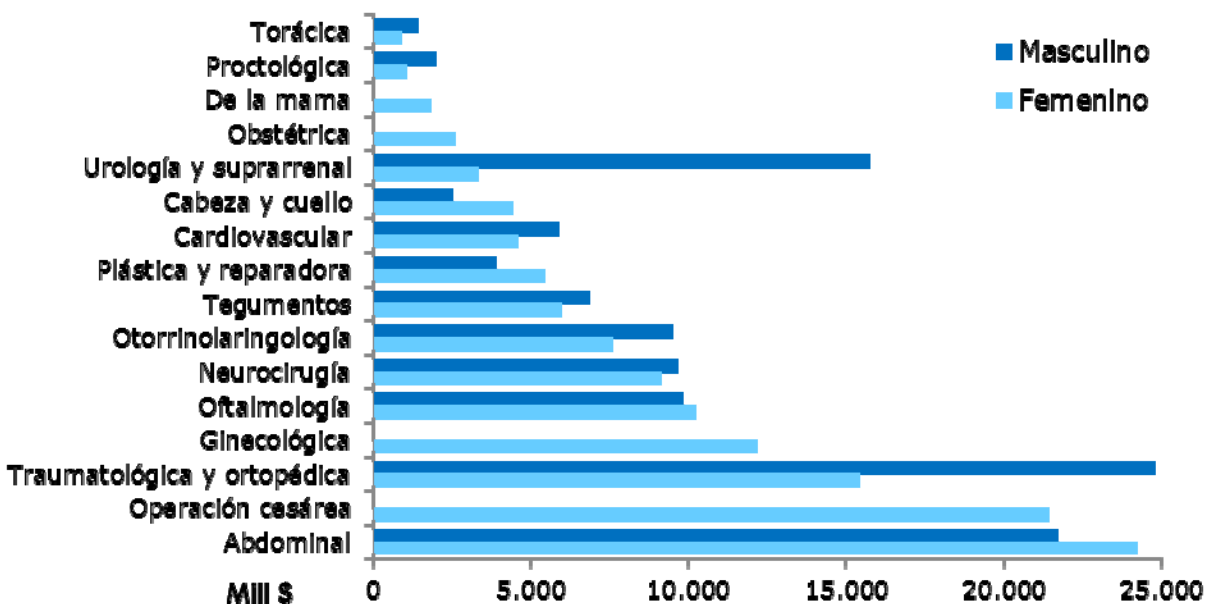
Asimismo, las mujeres muestran un 24% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que puede estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil, ginecológicos (patología tumoral), a la mayor incidencia de la patología vesicular (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.

En el caso de los hombres, destacan las cirugías traumatológicas y ortopédicas; abdominales (por causas similares a las de la mujer) y; urológicas y suprarrenales (litiasis urinaria y patología prostática). Le siguen las cirugías oftalmológicas, las neurocirugías, y las otorrinolaringológicas.

Las cirugías que representan un gasto facturado superior en los hombres, corresponden a urología, traumatología y ortopedia, otorrinolaringología y cardiovasculares, entre las más importantes.

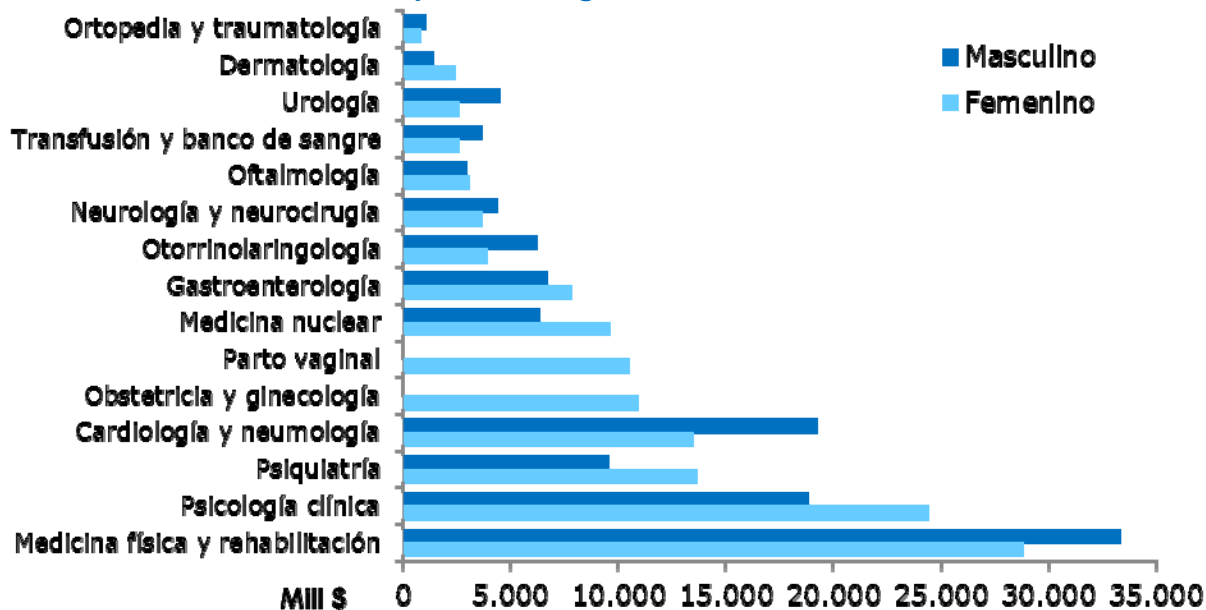
**Gráfico 9: Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas según Sexo. Año 2015**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2015.

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 medicina física y rehabilitación; psicología clínica; psiquiátricas; cardiológicas y neumológicas; seguidas de procedimientos de obstetricia, ginecología y partos.

**Gráfico 10: Montos Facturados por Procedimientos de Apoyo Clínico y/o Terapéutico, según Sexo. Año 2015**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2015.

En el caso del hombre destacan los procedimientos de medicina física y rehabilitación; las atenciones de cardiología y neumología; psicología clínica; 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.

### 3.3. Tasa de Uso de Prestaciones de Salud en la Tercera Edad

El cuadro siguiente muestra las tasas de uso de prestaciones de salud por beneficiario según grupos de prestaciones, en el año 2015, distinguiendo entre los beneficiarios menores de 60 años y los beneficiarios de 60 años y más (Tercera Edad).

**Cuadro 10: Tasas de uso de Prestaciones por Beneficiario según Grupo de Prestaciones y Grupo de Edad. Año 2015**

Grupos de Prestaciones Médicas	Menores de 60 años	De 60 años y más	Totales
Atenciones médicas	4,2	5,9	4,3
Exámenes de diagnóstico	8,0	20,8	9,1
Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	4,8	11,3	5,3
Intervenciones quirúrgicas	0,1	0,2	0,1
Otras prestaciones	0,6	1,6	0,7
Prestaciones Adicionales	3,3	19,0	4,6
Sin clasificar	0,4	0,7	0,4
<b>Totales</b>	<b>21,3</b>	<b>59,7</b>	<b>24,5</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones del año 2015.

Se observa claramente que los adultos mayores hacen un mayor uso del sistema de salud que los menores de 60 años, presentando una tasa general de uso de prestaciones equivalente a 59,7 prestaciones por beneficiario al año, superior en casi 3 veces a la tasa que muestran los beneficiarios menores de 60 años.

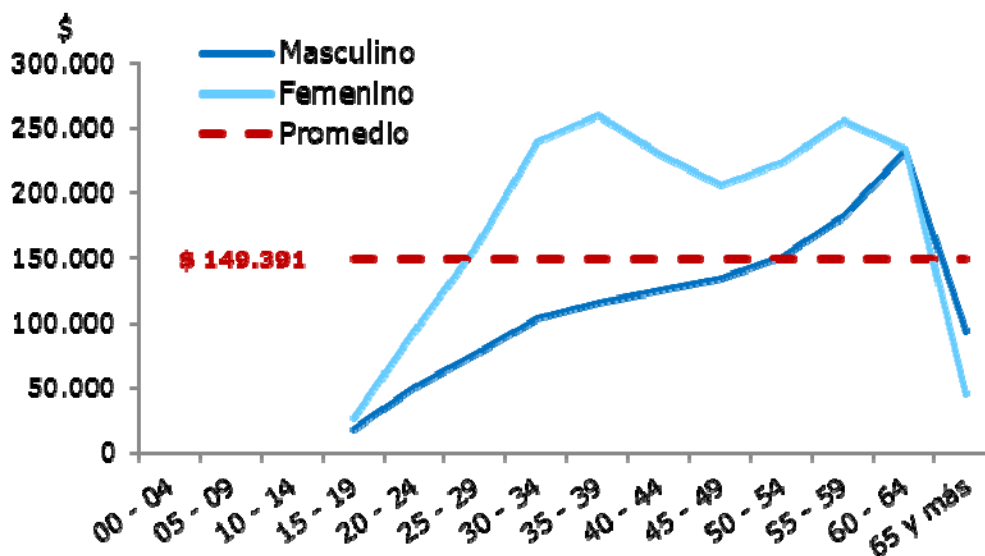
La mayor utilización de los servicios médicos por parte de los adultos mayores se refleja en todos los grupos de prestaciones. No obstante, la mayor frecuencia se observa en los exámenes de diagnóstico, prestaciones adicionales y procedimientos de apoyo clínico y terapéutico, con tasas de 20,8; 19,0 y 11,3 prestaciones por beneficiario, respectivamente.

Cabe hacer presente, que en el ítem de prestaciones adicionales se produce la brecha de uso más significativa entre los beneficiarios de 60 años y más y los beneficiarios menores de 60 años, con una tasa casi 6 veces superior. En este ítem se reúnen los medicamentos, los insumos y materiales clínicos, las atenciones dentales y las prestaciones otorgadas bajo la modalidad GES, entre las más relevantes.

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

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 2015, según el sexo y tramos de edad del cotizante<sup>5</sup>.

**Gráfico 11: Gasto Promedio en Subsidios por Incapacidad Laboral de cargo Isapre, según Sexo y Edad. Año 2015**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Licencias Médicas, año 2015.

El gráfico anterior, muestra que durante el año 2015, las mujeres gastaron en promedio 1,7 veces lo que gastaron los hombres por concepto de subsidios por incapacidad laboral originados en licencias médicas de cargo isapre. La diferencia positiva exhibida por las mujeres se produce a lo largo de toda la vida laboral activa de la mujer (entre los 18 y los 60 años) con un punto máximo de 2,3 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 la menor población de mujeres activas y el mayor gasto en prestaciones de salud que presentan los hombres a esa edad.

Además, las mujeres experimentan un gasto superior al promedio del Sistema entre los 25 y 64 años de edad mientras que los hombres lo hacen sólo a partir de los 50 años de edad y también hasta los 64 años. El gasto promedio en SIL del Sistema Isapre en el año 2015 asciende a \$149.391.

<sup>5</sup> No incluye el gasto en subsidios por incapacidad laboral asociado a las licencias reclamadas, reconsideradas y reliquidadas por las isapres durante el año 2015, cuyo monto equivale a un 32,3% del gasto total en licencias de cargo isapre.

### 3.5. Tasa de Uso de Licencias Curativas en Isapres según Sexo

En el cuadro siguiente, se observa que la tasa de uso de licencias médicas de cargo isapre (curativas y por patologías del embarazo) es mayor en las mujeres que en los hombres (132,1 versus 62,2 por cada 100 cotizantes en el año 2015). También se observa, que el crecimiento de la tasa de uso de estas licencias ha sido levemente superior para los hombres en la última década (21,3% versus 19,7%).

**Cuadro 11: Tasa de Uso de Licencias Curativas según Sexo por cada 100 Cotizantes<sup>6</sup>**

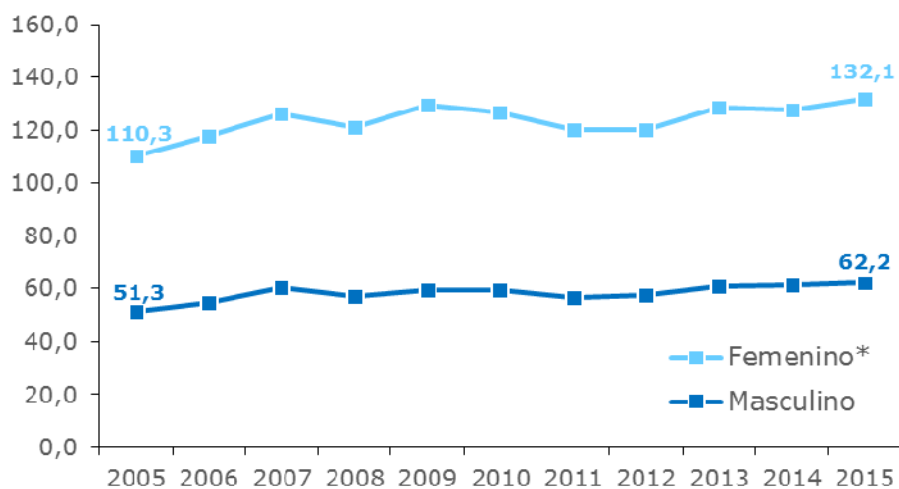
Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variación porcentual 2005 - 2015
Femenino*	110,3	117,6	126,2	121,0	129,5	126,6	120,0	120,2	128,4	127,7	132,1	19,7%
Masculino	51,3	54,8	60,5	57,2	59,4	59,6	56,8	57,7	60,9	61,5	62,2	21,3%

(\*) Incluye licencias por Patologías del Embarazo

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Licencias Médicas Años 2005 a 2015.

No obstante lo anterior, el gráfico siguiente permite observar que la brecha en el uso de licencias de cargo isapre entre ambos géneros se ha mantenido relativamente constante en los últimos 10 años.

**Gráfico 12: Evolución Tasa de Uso de Licencias Médicas de cargo Isapre Cada 100 Cotizantes, según Sexo**



(\*) Incluye licencias por Patologías del Embarazo

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Licencias Médicas Años 2005 a 2015.

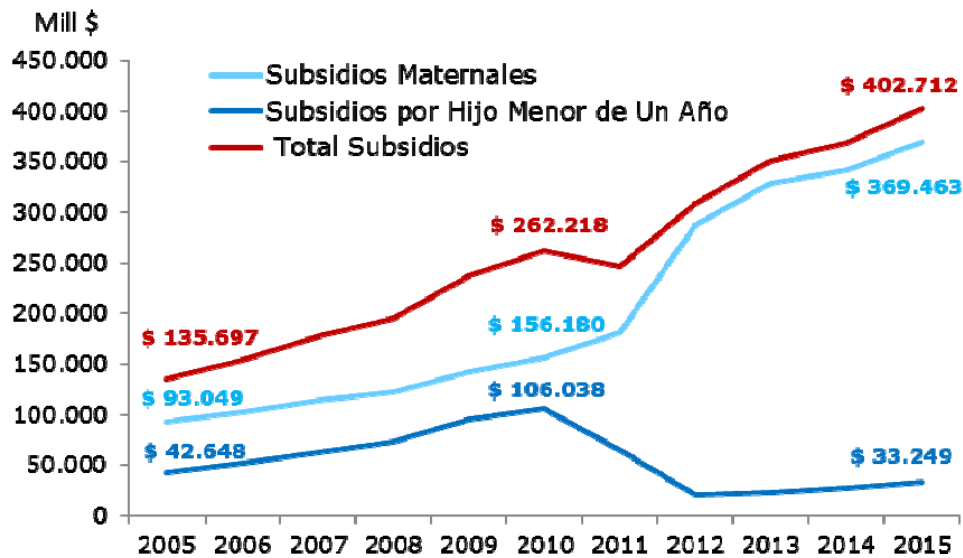
### 3.6. Evolución del Gasto en Subsidios por Licencias Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año

Durante el año 2015, el país gastó \$402.712 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 2005 de un 196,8%, con un crecimiento promedio anual de 11,5% real.

<sup>6</sup> La tasa de uso de Licencias Médicas corresponde a la división entre las licencias tramitadas del año 2015 y el número de cotizantes dependientes e independientes de 15 años y más promedio del año 2015 por 100.

No obstante lo anterior, en el gráfico siguiente se puede observar que el crecimiento del gasto en este tipo de licencias, durante la última década, experimenta un quiebre entre los años 2011 y 2012, el cual se atribuye a 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.

**Gráfico 13: Gasto País en Subsidios Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año. Cifras en Millones de Pesos de 2015.**



Fuente: Superintendencia de Salud y SUSES.O.

En efecto, al analizar separadamente las cifras correspondientes a ambos tipos de licencias, se observa que la tendencia creciente del subsidio originado en licencias maternales se hace más acelerada a partir del año 2011, lo que es consistente con el período en que entra en vigencia del descanso post natal extendido. Por su parte, el gasto en subsidios derivado de licencias por enfermedad grave del menor de un año, experimenta una brusca caída entre los años 2010 y 2012, que rompe con la tendencia creciente vista desde el año 2005, lo que se atribuye al efecto de sustitución que se produce entre el primer y segundo tipo de licencias médicas. A partir del año 2012, el subsidio por enfermedad grave del de hijo menor muestra una evolución relativamente estable con leve pendiente al alza, mientras el subsidio maternal sigue una tendencia de crecimiento acelerado desde entonces, haciendo que la brecha de gasto entre ambos tipos de licencias se profundice con el tiempo.

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 la disminución relacionada con las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, son más relevantes entre los afiliados del Fonasa.

En efecto, el cuadro siguiente permite observar que la variación del subsidio correspondiente a las licencias maternales entre 2005 y 2015 es de 329,3% real en el seguro público mientras que en las Isapres es de 267,5% real. Asimismo, la caída neta del gasto en SIL derivado de las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, es de -30,7% real en el Fonasa y de -13,5% real en las Isapres, en igual período.

**Cuadro 12: Gasto País en Subsidios Maternales y por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año. Cifras de diciembre de 2015.**

Año	Subsidios Maternales			Subsidios por Hijo Menor de Un Año			Total Subsidios
	Fonasa	Isapres	Total	Fonasa	Isapres	Total	
2005	44.495	48.554	93.049	21.138	21.510	42.648	135.697
2006	49.124	53.427	102.551	26.756	24.786	51.542	154.092
2007	54.463	60.035	114.498	30.537	32.079	62.616	177.114
2008	59.341	62.747	122.088	34.692	38.254	72.946	195.033
2009	72.805	69.036	141.842	45.684	50.089	95.773	237.615
2010	74.208	81.972	156.180	44.509	61.529	106.038	262.218
2011	87.371	93.712	181.083	26.696	38.485	65.181	246.265
2012	144.792	143.255	288.047	10.238	10.109	20.346	308.393
2013	163.682	164.714	328.396	9.641	13.050	22.690	351.086
2014	179.727	161.825	341.552	12.086	14.810	26.896	368.448
2015	191.033	178.430	369.463	14.653	18.596	33.249	402.712
Variación 2005 - 2015	329,3%	267,5%	297,1%	-30,7%	-13,5%	-22,0%	196,8%

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

En el año 2005, el 52,2% 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 2015 este porcentaje disminuye a 48,3% lo que se atribuye, fundamentalmente, al mayor número de días pagados por este concepto en el Fonasa.

### 3.7. 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:

- Derecho a permiso y subsidio cuando la madre fallece en el parto o posterior a éste.
- Derecho a permiso y a subsidio cuando el hijo menor de un año tiene una enfermedad grave que requiere atención en el hogar.
- 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 prácticamente sin variación siendo la mujer la que ejerce este derecho en más de un 99% de los casos.

**Cuadro 13: Uso de Licencias por Enfermedad Grave del Hijo Menor de Un Año**

Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Femenino	92.190	99.116	118.201	135.669	156.074	159.824	119.104	43.301	50.487	56.589	69.861
Masculino	63	92	107	101	186	146	143	170	197	222	294
Total	92.253	99.208	118.308	135.770	156.260	159.970	119.247	43.471	50.684	56.811	70.155
% mujer	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,6%	99,6%	99,6%	99,6%

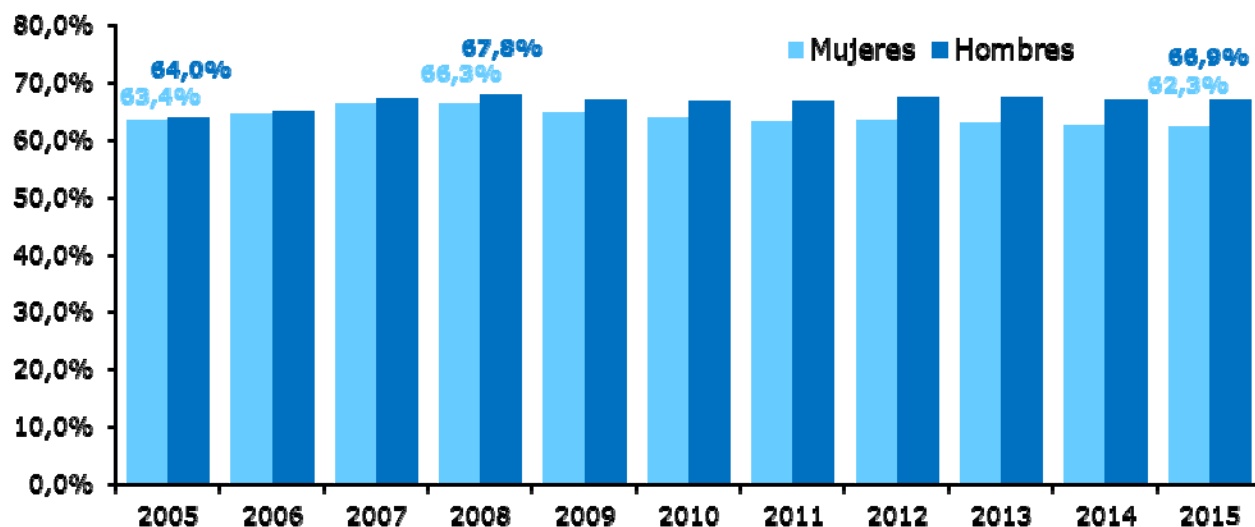
Fuente: Superintendencia de Salud (Isapres) y SUSESO (Fonasa).

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

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

El gráfico siguiente, muestra la evolución de la cobertura efectiva promedio otorgada por las isapres abiertas del Sistema para hombres y mujeres, en los últimos 10 años<sup>7</sup>.

**Gráfico 14: Evolución de la Cobertura Efectiva Promedio según Sexo**  
Cobertura expresada como porcentaje del Valor Facturado en Isapres Abiertas



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2005 a 2015

Los niveles de bonificación se mantienen relativamente estables, pero evolucionando en desmedro de las mujeres que, hasta el año 2007, mostraban coberturas similares a las de los hombres, esto es, no inferiores a 1 punto porcentual. En efecto, la evolución de la cobertura efectiva por género, muestra un incremento sostenido de la brecha en contra de las mujeres la que supera los 4 puntos porcentuales a partir del año 2012, llegando a 4,6 puntos, el año 2015.

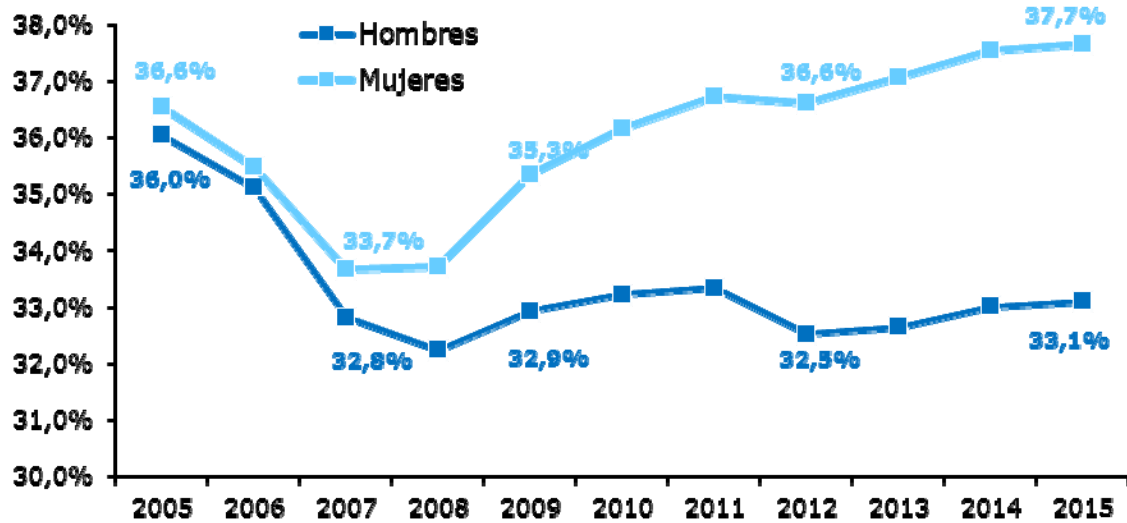
El repunte general observado en las coberturas efectivas entre los años 2005 y 2008 (post reforma) fue más lento para las mujeres, quienes, frente al encarecimiento del Sistema y al mayor costo que ellas representan en este subsector, se vieron forzadas a contratar planes con coberturas inferiores para poder acceder o permanecer en el Sistema Isapre. A partir de entonces, el porcentaje de bonificación para los hombres ha permanecido relativamente estable y solo con leves fluctuaciones, mientras que para las mujeres ha experimentado una caída sostenida, lo que ha contribuido a acrecentar la brecha de cobertura promedio entre hombres y mujeres del Sistema.

En términos de copagos, el incremento de las brechas de cobertura se traduce en copagos cada vez mayores para las mujeres, la brecha asciende a 4,6 puntos porcentuales en el año 2015, lo que se visualiza claramente en el siguiente gráfico construido a una escala más estrecha.

<sup>7</sup> La cobertura efectiva corresponde al porcentaje del valor facturado de la prestación que es bonificado por la isapre. El resto del valor facturado es financiado por el beneficiario en la forma de copago. Incluye prestaciones financiadas por el Plan Complementario de Salud, GES y CAEC.



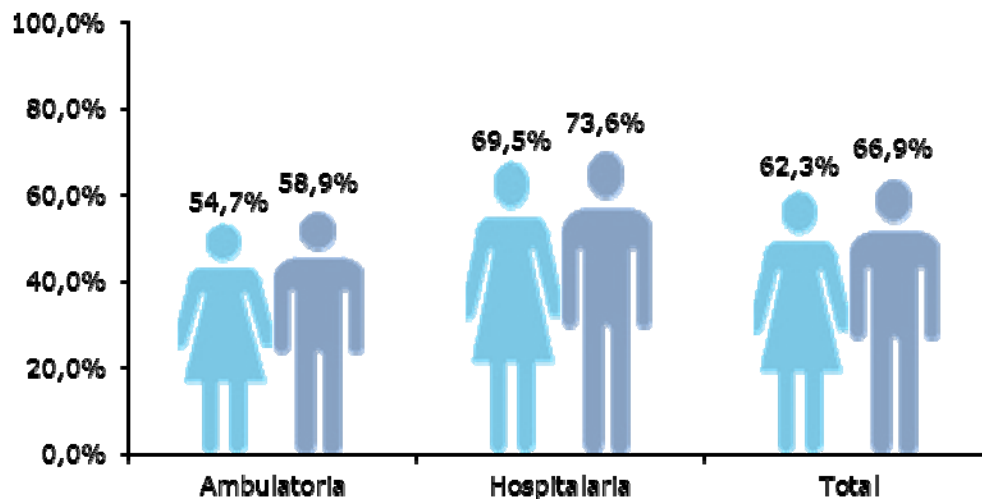
**Gráfico 15: Evolución de los Copagos según Sexo en Isapres Abiertas**  
**Copagos expresados como porcentaje del Valor Facturado**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2005 a 2015.

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 4,1 puntos porcentuales tanto en prestaciones de tipo ambulatorio como hospitalario.

**Gráfico 16: Cobertura por Tipo de Atención según Sexo en Isapres Abiertas**  
**Coberturas expresadas como porcentaje del Valor Facturado. Año 2015**

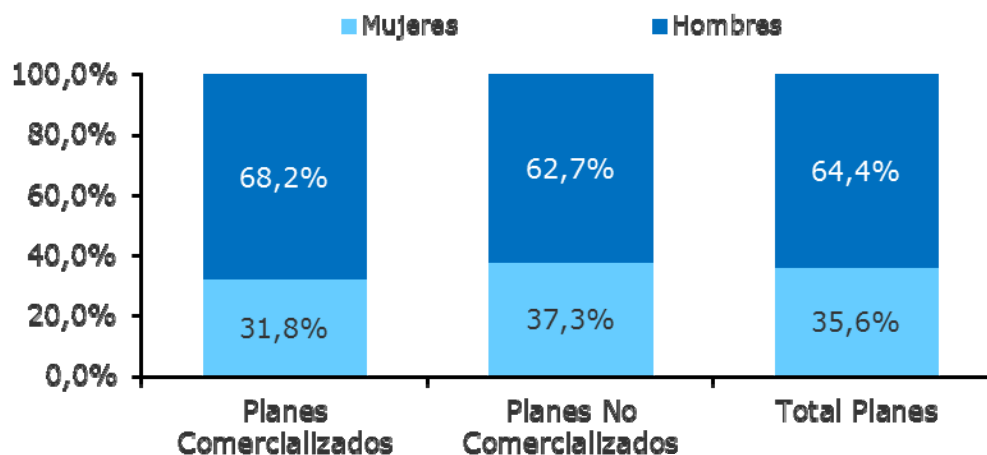


Fuente: Superintendencia de salud. Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Año 2015.

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

En enero de 2016, las mujeres muestran mayor participación relativa en los planes antiguos (37,3%). 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 relación con los mayores precios que deben enfrentar.

**Gráfico 17: Distribución de los Cotizantes por Sexo según Situación Comercial del Plan**

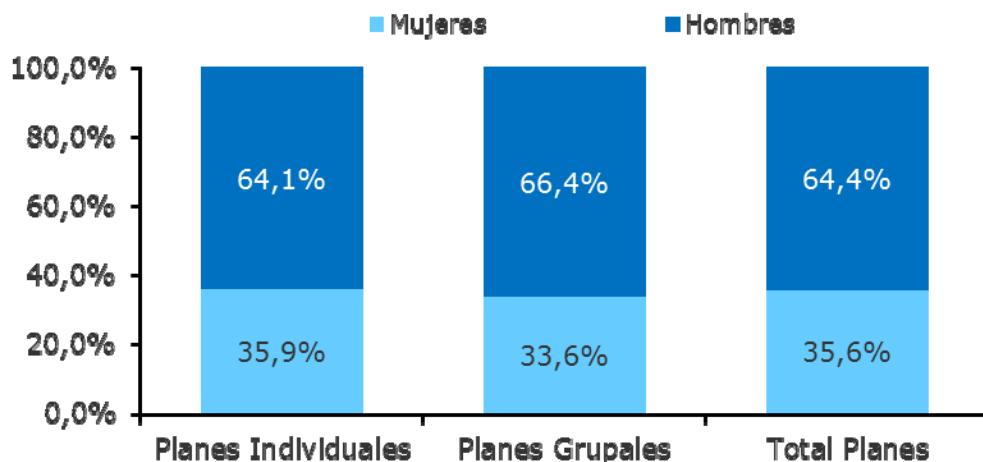


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2016.

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

En enero de 2016, las mujeres muestran una mayor participación relativa en los planes individuales del mercado (35,9%). 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. Además, estos planes son más frecuentes entre las isapres cerradas del mercado, en las cuales las mujeres tienen menor presencia.

**Gráfico 18: Distribución de los Cotizantes por Sexo según Tipo de Plan**



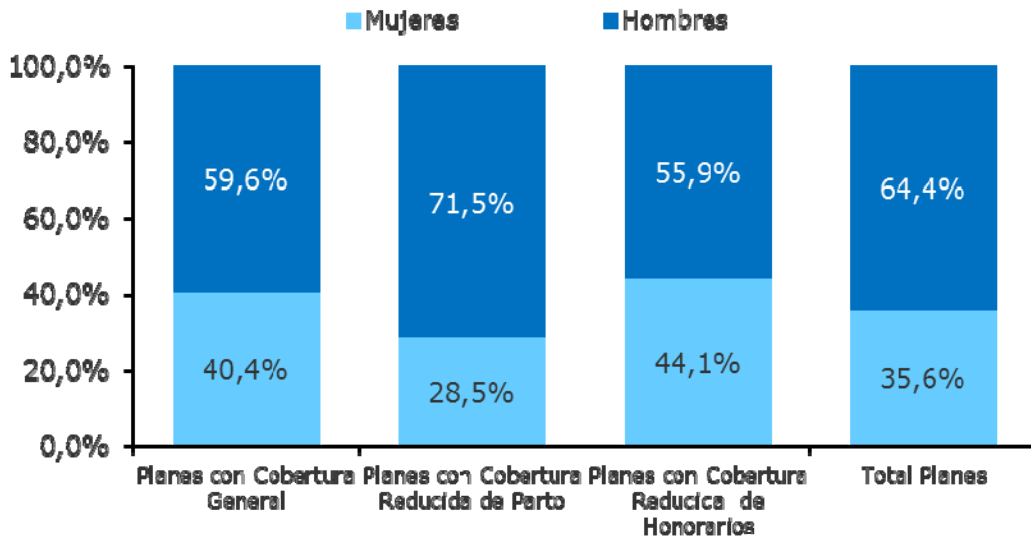
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2016.

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

En enero de 2016, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes con coberturas reducidas de honorarios médicos (44,1%) y en planes con cobertura general (40,4%). 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 (28,5%), esta situación puede deberse a que tales planes son más cotizados por los hombres jóvenes y familias consolidadas que no presentan riesgo de embarazo.

**Grafico 19: Distribución de los Cotizantes por Sexo según Amplitud de la Cobertura**

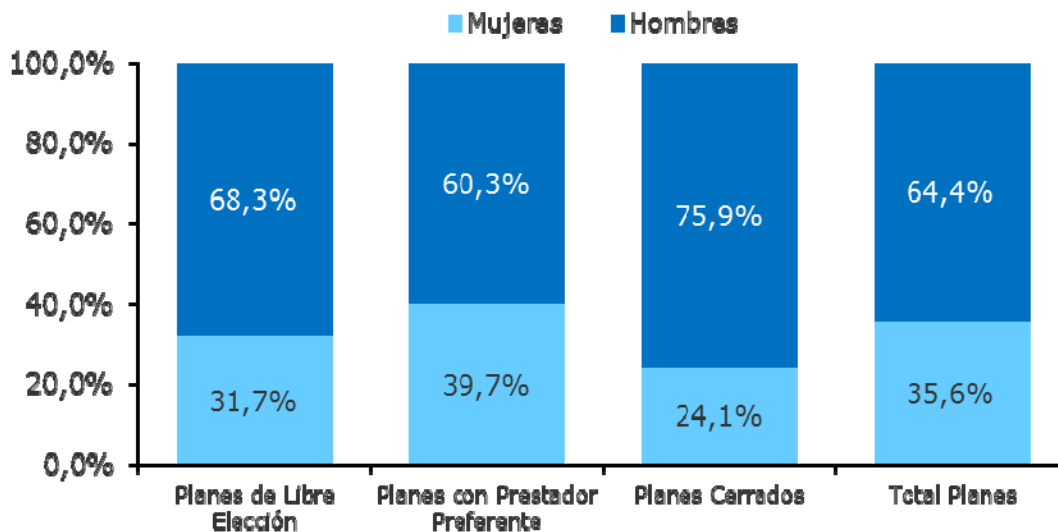


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2016.

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

En enero de 2016, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes con prestadores preferentes (39,7%) los que frente al encarecimiento del sistema se muestran como la mejor alternativa en términos de precio y cobertura. La escasa participación relativa de las mujeres en planes cerrados (24,1%) puede deberse a la mayor fidelidad que éstas tienen con sus médicos tratantes lo que las obliga a disponer de algún grado de cobertura de libre elección. En todo caso, estos últimos planes son escasos en el mercado.

**Gráfico 20: 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 2016.

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

En enero de 2016, tanto hombres como mujeres se concentran en planes con coberturas de carátula superiores o iguales al 70% (94,8% de los hombres y 93,1% de las mujeres). No obstante lo anterior, en los cuadros siguientes se puede observar que la concentración de mujeres es notoriamente menor a la de los hombres en los 3 tramos superiores de cobertura (80%, 90% y 100%), particularmente, en atenciones de tipo ambulatorio, en los cuales alcanzan sólo un 42,6% de participación versus un 62,4% de los hombres.

En cuanto a la atención hospitalaria, la menor participación de las mujeres se presenta en el tramo de 100% donde alcanzan una concentración de 39,8% versus un 58,3% de los hombres.

Esta situación es consecuencia de la mayor tasa de uso de prestaciones que ellas presentan a lo largo de la vida y que deriva en precios superiores para las mujeres en los mismos planes, con diferencias que pueden ir más allá de 2,5 veces (en la edad fértil), lo que las obliga a pactar planes más económicos y por ende con coberturas inferiores.

**Cuadro 14: Distribución de las Cotizantes Mujeres según Coberturas de Carátula Enero de 2016**

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90%	80%	70%	60%	< a 60%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%
	90%	3,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	4,6%
	80%	<b>33,3%</b>	4,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	38,0%	42,6%
	70%	1,7%	<b>41,9%</b>	6,0%	1,1%	0,1%	0,2%	0,1%	51,1%	93,7%
	60%	0,1%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	94,5%
	< a 60%	0,1%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%	0,0%	1,0%	95,5%
	s/i	0,4%	2,8%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	4,5%	100,0%
<b>Total</b>	39,8%	49,4%	6,8%	1,9%	0,2%	0,5%	1,4%	100,0%		
<b>Acumulado</b>	39,8%	89,2%	96,0%	97,9%	98,1%	98,6%	100,0%			

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2016.

**Cuadro 15: Distribución de las Cotizantes Hombres según Coberturas de Carátula Enero de 2016**

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90%	80%	70%	60%	< a 60%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	6,7%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,2%	7,2%
	90%	<b>20,9%</b>	0,9%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	22,1%	29,3%
	80%	<b>28,3%</b>	3,9%	0,7%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	33,1%	62,4%
	70%	1,4%	<b>27,2%</b>	3,5%	0,8%	0,1%	0,1%	0,1%	33,1%	95,6%
	60%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	96,4%
	< a 60%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,6%	97,0%
	s/i	0,9%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	3,0%	100,0%
<b>Total</b>	58,3%	33,3%	4,8%	1,4%	0,2%	0,2%	1,7%	100,0%		
<b>Acumulado</b>	58,3%	91,6%	96,5%	97,9%	98,0%	98,3%	100,0%			

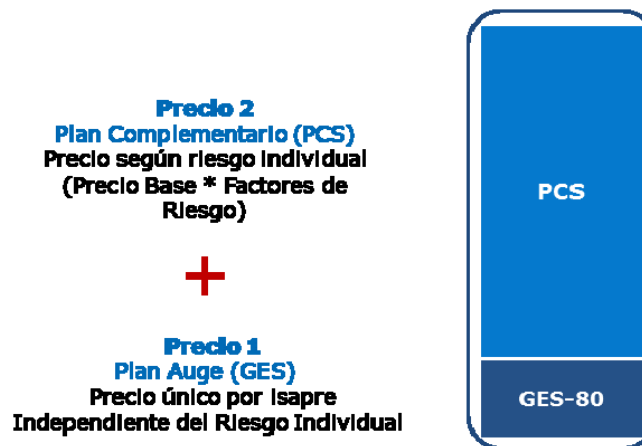
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2016.

## 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 2005, se compone de dos partes principales<sup>8</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 de Libre Elección (MLE) y cuyo precio se determina para cada beneficiario en función de su riesgo individual de salud. Este último, es el componente más relevante y su prima representa alrededor del 85% del precio total del plan de salud.

**Figura 1: Estructura de Precios de los Planes de Salud en 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.

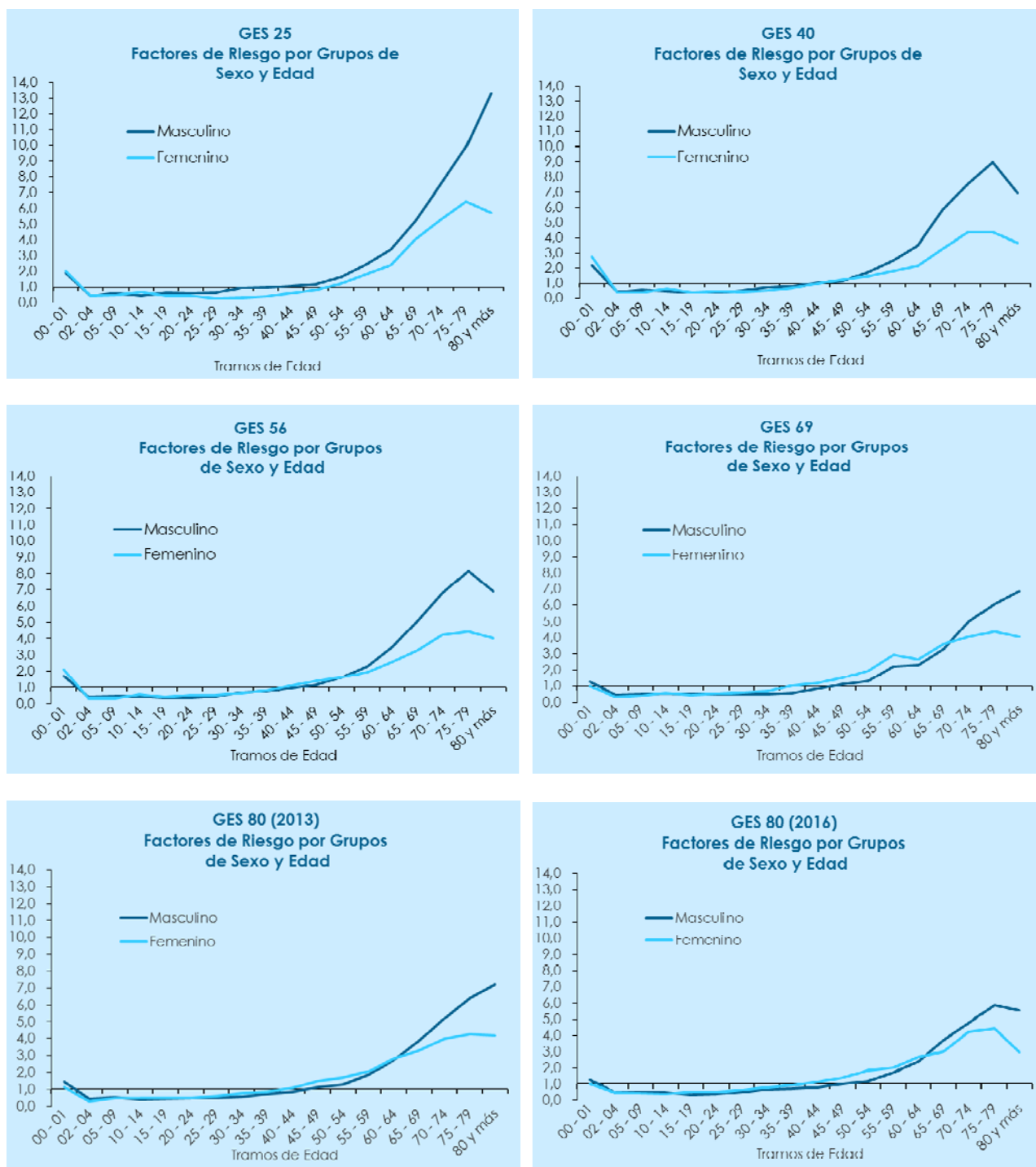
### 5.2. Ajuste de Riesgos por GES, Modelos Comparados

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 favorable para las mujeres, aunque, los mayores beneficiados son los adultos mayores.

Los gráficos siguientes constituyen una representación visual de los modelos de ajustes riesgo definidos para las GES conforme a su evolución. En estos gráficos, los valores bajo el 1 aportan recursos al Fondo de Compensación y sobre el 1 reciben recursos desde el Fondo. En la medida que se han ido incorporando a las GES más patologías vinculadas a los estados de salud de la mujer, los modelos tienden a beneficiar cada vez a mujeres de menor edad y por montos más significativos.

<sup>8</sup> Otro componente del plan de salud lo conforman los Beneficios Adicionales. Este componente se ha excluido del análisis, por cuanto, su contratación es voluntaria y sólo representa un 0,4% del total del costo isapre, en 2015.

**Gráfico 21: Modelos de Ajuste de Riesgos para las GES**



En este aspecto, un salto cuantitativo en favor de las mujeres se produciría si el parto y la cesárea formaran parte de las GES, por cuanto, con ello se generarían mejores incentivos a las isapres para incorporar y/o mantener a las mujeres en el Sistema.

### 5.3. Cotizaciones según Sexo y Edad

En el Sistema Isapre, el precio de la gran mayoría de los planes complementarios de salud, se fija en consideración del gasto esperado de cada beneficiario<sup>9</sup>, que se determina en función del sexo, edad y condición de cotizante o carga, que son las variables permitidas por la ley para establecer precios diferentes entre los beneficiarios de un mismo plan, diferencias que, en la práctica, se ven reflejadas en las tablas de factores.

Siendo así, el precio de un plan específico se obtiene a partir de un precio base, definido para un cotizante tipo o pivote (cotizante hombre entre 30 y 34 años) y la tabla de factores que se encuentre vinculada al plan respectivo y que, como ya se dijo, refleja las diferencias de precio establecidas para cada beneficiario según su sexo, edad y condición de cotizante o carga, con respecto al cotizante de 30 a 34 años, quien asume el factor unitario<sup>10</sup>.

Al utilizar la cotización pactada promedio mensual de los cotizantes sin cargas, afiliados a planes individuales en las isapres abiertas del Sistema, como una aproximación al precio que pagan por sus planes de salud<sup>11</sup>, se obtienen las siguientes diferencias en los pagos promedios según edad y sexo. La información corresponde al mes de diciembre de 2015.

**Cuadro 16: Cotización Pactada Promedio Cotizantes Sin Cargas por Sexo y Edad Planes Individuales de Isapres Abiertas en Diciembre de 2015**

Edad Cotizante	Cotización Promedio Hombres	Cotización Promedio Mujeres	Cotización Promedio General
25 años	45.130	67.090	\$ 52.567
30 años	56.741	87.128	\$ 68.080
35 años	61.273	102.106	\$ 75.472
40 años	63.575	99.101	\$ 76.688
45 años	67.717	92.261	\$ 77.817
50 años	71.083	94.635	\$ 81.828
55 años	79.839	100.231	\$ 90.188
60 años	93.470	108.808	\$ 102.166
65 años	116.012	116.314	\$ 116.174
70 años	140.514	130.166	\$ 134.690
75 años	160.210	144.982	\$ 150.981
80 años	177.372	150.039	\$ 160.461

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de diciembre 2015.

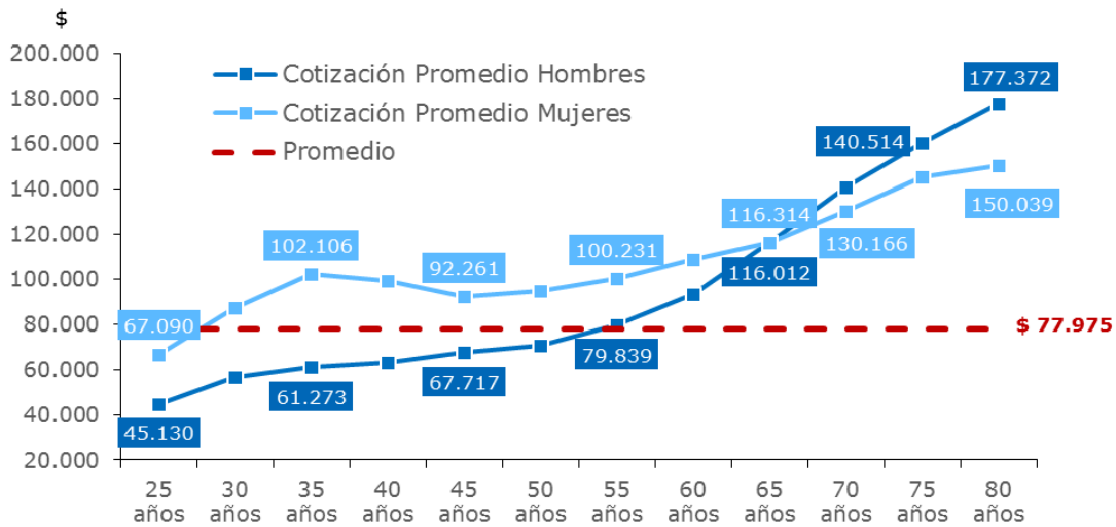
El gráfico siguiente constituye una representación visual de la información anterior y en él se pueden observar con mayor claridad las diferencias en la cotización promedio mensual de los cotizantes hombres y mujeres según su edad, todas consistentes con el uso de tablas de factores en la fijación de precios diferenciados por sexo y edad.

<sup>9</sup> Existen algunos planes cuyos precios se encuentran expresados al 7% de la renta imponible (no discriminan por sexo y edad). Estos planes representan un 3,2% del total de planes vigentes en enero de 2016, son de tipo grupal y en su mayoría corresponden a las isapres cerradas del Sistema, los cuales se han excluido de este análisis.

<sup>10</sup> Cabe hacer presente, que a partir del año 2010 y en virtud del Fallo del Tribunal Constitucional que declara inconstitucionales los N° 1 a 4 del inciso 3° del artículo 38 ter de la Ley 18933, actual 199 del DFL 1/2005, las tablas de factores sólo se utilizan para fijar el precio de entrada de cada beneficiario a un plan de salud y no para su actualización en el tiempo como resultado del avance en la edad de los beneficiarios (cambios en el tramo de edad).

<sup>11</sup> La Cotización Pactada incluye el precio del plan complementario y el precio de las GES.

**Gráfico 22: Cotización Pactada Promedio según Sexo y Edad  
Diciembre de 2015**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de diciembre 2015.

En el gráfico anterior, se aprecia que tanto para hombres como para mujeres, la cotización pactada promedio se incrementa con la edad, que las mujeres experimentan precios más altos que los hombres hasta los 65 años y particularmente durante la edad fértil y que los hombres comienzan a enfrentar variaciones crecientes de precios a partir de los 50 años presentando tarifas superiores a las mujeres a partir de los 65 años.

En el gráfico, la línea roja representa la cotización pactada promedio de todos los cotizantes adscritos a planes individuales en las isapres abiertas (\$77.975 pesos en diciembre de 2015). Se observa, que las mujeres a partir de los 30 años enfrentan tarifas superiores al promedio con diferencias de 1,3 veces en la edad fértil y de 1,9 veces a partir de los 75 años. Los hombres por su parte, presentan tarifas inferiores al promedio hasta los 50 años y, posteriormente, comienzan una escalada progresiva de precios que determinan diferencias de más de 2,3 veces el promedio hacia los 80 años.

#### 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 para modificar el precio base de sus planes de salud 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 en curso, que comprende entre los meses de julio 2016 y junio 2017, las isapres que optaron por aplicar alzas son Colmena, Cruz Blanca, Consalud y Fusat. Las alzas fluctuarán entre un 3,9% y un 12,5% real con un promedio ponderado de un 4,4% real.

En este proceso de adecuación de contratos, las isapres Colmena y Fusat reajustarán los precios base de manera uniforme, es decir, aplicarán la misma variación a todos sus planes y, por tanto, a todos los beneficiarios adscritos a ellos, sin discriminar por sexo y edad. No obstante, las isapres Cruz Blanca y Consalud, sí utilizarán banda y, por tanto, las alzas de precios no afectarán de la misma manera a los beneficiarios según su sexo y edad, aunque la magnitud de las diferencias observadas es poco significativa.



El siguiente cuadro, muestra que, en promedio, las mujeres experimentarán alzas similares e incluso inferiores a las de los hombres en algunos tramos de edad. En la práctica, es posible distinguir sutiles diferencias para algunos grupos, como por ejemplo, en los tramos de 5 a 19 años y de 50 a 59 años, las mujeres experimentarán alzas mayores que los hombres, mientras que en los tramos de 20 a 39 y de 60 años y más, las mujeres experimentarán alzas menores que los hombres.

**Cuadro 17: Promedio Variaciones de Precios Reales según Sexo y Edad**

Tramos de Edad	Promedio de las Variaciones de Precios Base			
	Mujeres	Hombres	Promedio	Total
00 - 04 años	4,2%	4,2%	4,4%	4,2%
05 - 19 años	4,1%	4,0%	4,4%	4,1%
20 - 29 años	4,7%	4,8%	4,4%	4,7%
30 - 39 años	4,3%	4,4%	4,4%	4,3%
40 - 49 años	4,2%	4,2%	4,4%	4,2%
50 - 59 años	4,6%	4,5%	4,4%	4,5%
60 y más	4,8%	4,9%	4,4%	4,8%
Totales	4,3%	4,4%	4,4%	4,4%

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

Asimismo, 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.

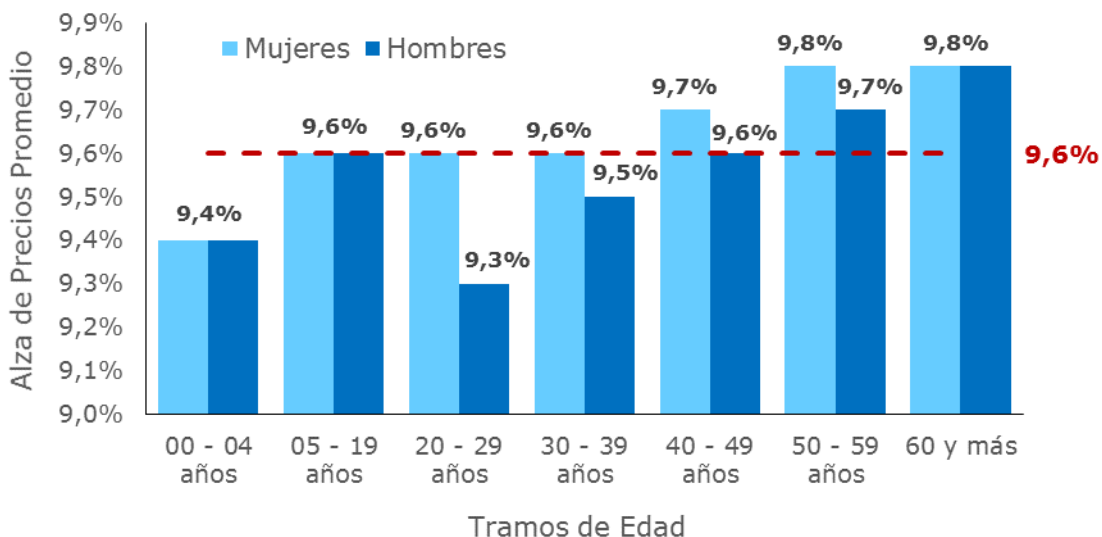
**Cuadro 18: Mujeres Cotizantes según Tramos de Variación de Precios. Proceso de Adecuación julio de 2016 a junio de 2017**

Variación	Total Cotizantes	%	Cotizantes Mujeres	%
0,0%	938.493	49,1%	336.867	49,4%
0,1% - 2,0%	0	0,0%	0	0,0%
2,1% - 3,0%	0	0,0%	0	0,0%
3,1% - 4,0%	1.944	0,1%	835	0,1%
4,1% - 5,0%	0	0,0%	0	0,0%
5,1% - 6,0%	255.614	13,4%	112.206	16,5%
6,1% - 8,0%	371.858	19,4%	105.178	15,4%
8,1% - 12,0%	265.381	13,9%	94.135	13,8%
12,1% y +	78.755	4,1%	32.275	4,7%
Totales	1.912.045	100%	681.496	100%

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

El gráfico siguiente, construido a partir de una escala más estrecha, permite observar que en Cruz Blanca, las alzas de precios alcanzan promedios superiores en los grupos que concentran a mujeres mayores de 40 años y hombres mayores de 50 años y, dentro de estos grupos, las mujeres mayores de 50 años y los adultos mayores de 60 años, tanto hombres como mujeres, alcanzan los promedios más altos, equivalentes a 9,8% real, en promedio.

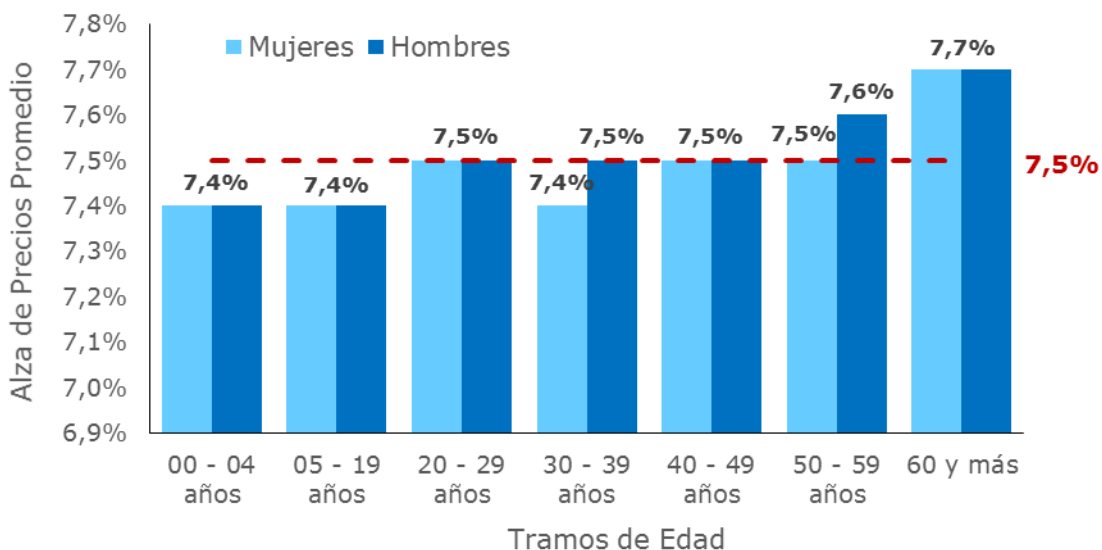
**Gráfico 23: Variaciones de Precios Reales según Sexo y Edad Isapre Cruz Blanca**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2016

En Consalud, por su parte, las alzas de precios alcanzan los promedios más altos en los grupos que concentran a hombres entre 50 y 59 años con alzas de 7,6% y a hombres y mujeres mayores de 60 años, para los cuales, el alza de precios se eleva a 7,7% real, en promedio.

**Gráfico 24: Variaciones de Precios Reales según Sexo y Edad Isapre Consalud**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2016

## 6. Principales Conclusiones

### En cuanto al acceso al Sistema Isapre:

- ✓ En diciembre de 2015, las mujeres representan un 45,8% de la cartera de beneficiarios del Sistema Isapre. Su participación relativa en el Sistema ha disminuido en 2,1 puntos porcentuales desde el año 2005, pero, esto ocurre solo a nivel de las cargas, porque las cotizantes han aumentado su participación en 0,9 puntos porcentuales desde ese año.
- ✓ En efecto, durante la última década, las cotizantes de sexo femenino han aumentado en un 57,8% en el Sistema Isapre, tasa que es superior a la que exhiben los hombres en 7,6 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, 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 Masvida, 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 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 la última década, la presencia de beneficiarios de tercera edad en el Sistema Isapre ha sido creciente, pasando de 6% del total de beneficiarios, en 2005 a 8,3%, en 2015, el incremento en 10 años es de 2,3 puntos porcentuales.
- ✓ En diciembre de 2015, las isapres que concentran el mayor número de beneficiarios de tercera edad son Banmédica, Consalud, Cruz Blanca y Colmena con cifras que fluctúan entre un 22% y un 17%. A la misma fecha, las isapres abiertas que presentan un mayor porcentaje de adultos mayores en sus respectivas carteras de beneficiarios, son Vida Tres con un 13,6%, Banmédica con un 9,3%, Colmena con un 9% y Consalud con 8,9%, todas por sobre el promedio que exhibe el subgrupo de isapres abiertas.

### 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.

- ✓ Los adultos mayores, por su parte, hacen un mayor uso del sistema de salud que los menores de 60 años, presentando una tasa general de uso de prestaciones equivalente a 59,7 prestaciones por beneficiario al año, superior en casi 3 veces a la tasa que muestran los beneficiarios menores de 60 años.
- ✓ La mayor utilización de los servicios médicos por parte de los adultos mayores se refleja en todos los grupos de prestaciones. No obstante, la mayor frecuencia se observa en los exámenes de diagnóstico, prestaciones adicionales y procedimientos de apoyo clínico y terapéutico, con tasas de 20,8; 19 y 11,3 prestaciones por beneficiario, respectivamente.
- ✓ En relación con el uso de licencias médicas, destaca el hecho que las mujeres gastan cerca del 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 99,6% de las licencias por este concepto el año 2015.

#### **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 experimentó una recuperación paulatina hasta el año 2008. A partir de entonces, el porcentaje de bonificación para los hombres se ha mantenido relativamente estable, mientras que para las mujeres ha experimentado una caída sostenida, lo que ha contribuido a incrementar la brecha de cobertura entre ambos sexos, la que alcanza a 4,1 puntos porcentuales el año 2015, tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario.
- ✓ El incremento en la brecha de cobertura se traduce en copagos cada vez mayores para las mujeres, que, en el año 2015, alcanzan una diferencia de 4,6 puntos porcentuales en promedio. Esta brecha se explica, principalmente, porque ellas 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, se ha logrado estandarizar un poco más los planes de salud de las isapres, introduciéndoles, además, algo de solidaridad en cuanto a precios. No obstante lo anterior, el impacto de esta medida no ha sido relevante para las mujeres. En este sentido, la incorporación de más atenciones específicas, relacionadas con la condición de salud femenina en las GES, como el parto y la cesárea, produciría un cambio cuantitativo para ellas en su acceso al Sistema Isapre.

### 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 en curso, las mujeres experimentan alzas similares a las de los hombres en la mayoría de los tramos etarios.

## 7. Referencias

- M. Sánchez, 2000. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Discriminación en el Sistema Isapre. 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. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-4008.html>
- M. Sánchez, 2008. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Discriminación, Equidad de Género y Reforma de Salud en el Sistema Isapre. 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. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-4992.html>
- R. Tegtmeier, 2009. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Discriminación y Equidad de Género Pre y Post Reforma de Salud. 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. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-5794.html>
- Departamento de Estudios y Desarrollo, 2010. Mujer, Trabajo y Maternidad. Presentación realizada por el Superintendente de Salud, Dr. Vitto Sciaraffia Merino, ante la Comisión Presidencial Mujer, Trabajo y Maternidad, en mayo de 2010. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-5887.html>
- M. Sánchez, 2010. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2009. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7036.html>
- M. Sánchez, 2012. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2010. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7633.html>
- M. Sánchez, 2013. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2011. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-8203.html>