



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

## Documento de Trabajo

# Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género - Año 2016

Departamento de Estudios y Desarrollo

Fecha de Presentación: 01 de Agosto de 2017  
Fecha de Publicación: 30 de Noviembre de 2017



## 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 .....	20
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 2016 alcanza los 4,9 puntos porcentuales.*

*La incorporación de las GES no ha tenido gran impacto para las mujeres y esto, porque no se han agregado a este régimen, en su integralidad, 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 moderar 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 2017 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 de sus planes de salud, 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.

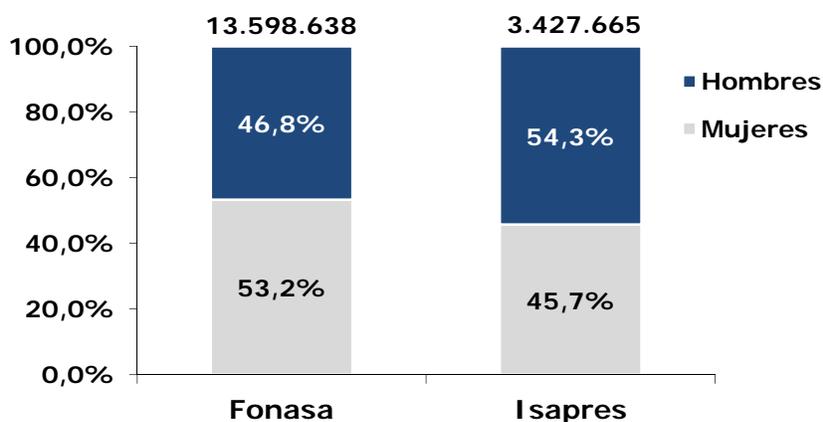
Del mismo modo, en relación con la tercera edad, el principal cuestionamiento al sistema radica en el hecho que la legislación vigente faculta a las isapres para adecuar anualmente los precios de los planes de salud, precios que, además, han sido establecidos de manera diferenciada según la edad. Esta 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 2016

En diciembre de 2016, existen 13.598.638 personas beneficiarias en el Fonasa y 3.427.665 en el Sistema Isapre, quienes representan un 74,8% y un 18,8% 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 (53,2%) que en Isapres (45,7%) con una diferencia que alcanza los 7,5 puntos porcentuales.

**Gráfico 1: Distribución de Beneficiarios por Subsistema de Salud según Sexo. Diciembre 2016**



Fuentes:

(1) Fonasa. Informe de Cuenta Pública 2016

(2) Superintendencia de Salud. Estadística de Cartera a diciembre de 2016.

A la misma fecha, las mujeres representan al 35,9% del total de cotizantes del Sistema Isapre y al 58,3% 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 2016**

Cartera	Mujeres	Sistema	Proporción
Cotizantes	695.622	1.935.515	35,9%
Cargas	870.440	1.492.150	58,3%
<b>Beneficiarias/os</b>	<b>1.566.062</b>	<b>3.427.665</b>	<b>45,7%</b>

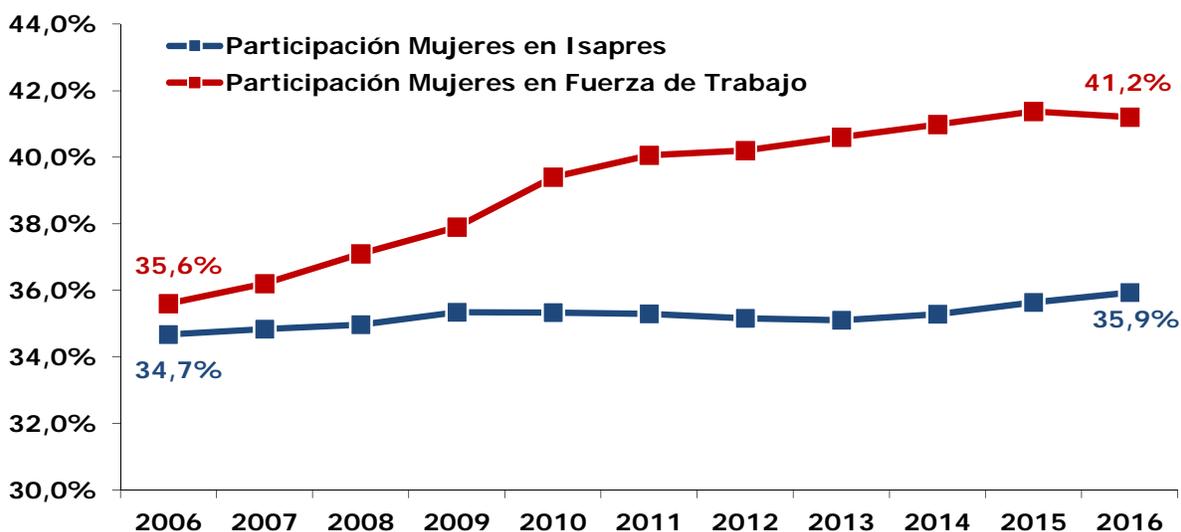
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Beneficiarios de Diciembre 2016

<sup>1</sup> El 6,4% de la población restante, correspondería a personas particulares y de F.F.A.A. no afiliadas a los Seguros Público y Privados antes indicados.

## 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 2006 y 2016. 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 2016 es de un 41,2%, 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

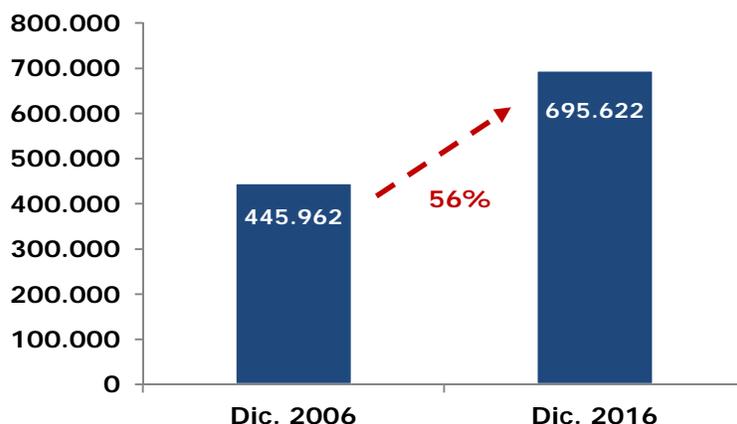
La variación de las cotizantes de sexo femenino en el Sistema Isapre, entre diciembre de 2006 y diciembre de 2016, es equivalente a un 56%, pasando de 445.962 a 695.622 afiliadas en 10 años, lo que en gran parte se atribuye a su mayor presencia en el plano laboral. Esta variación es mayor a la que experimentan los cotizantes de sexo masculino en el mismo período, la que asciende a un 47,6%.

**Cuadro 2: Variación de los Cotizantes Hombres y Mujeres Diciembre de 2006 vs Diciembre de 2016**

Cotizantes	Dic. 2006	Dic. 2016	Variación
Hombres	840.203	1.239.893	47,6%
Mujeres	445.962	695.622	56,0%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2006 y 2016

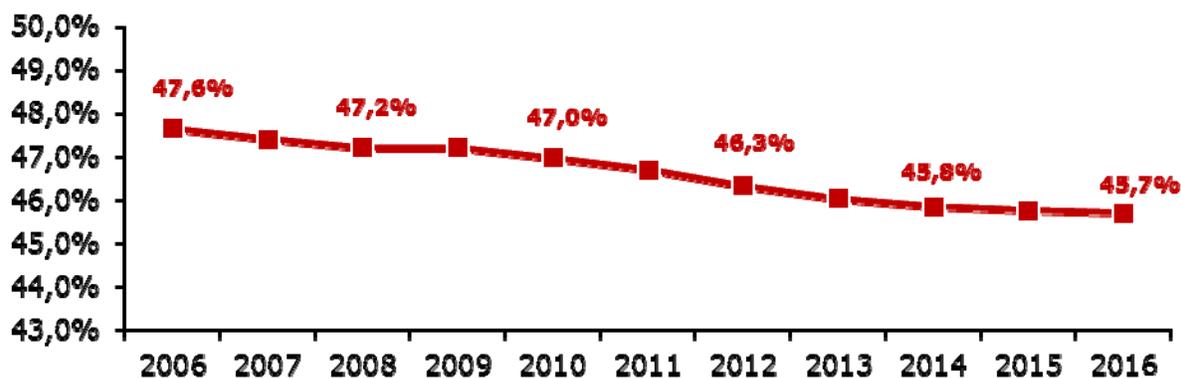
**Gráfico 3: Variación Cotizantes Mujeres del Sistema Isapre  
Diciembre 2006 vs Diciembre 2016**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2006 y 2016

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 1,9 puntos porcentuales en su participación, pasando de un 47,6% del total de personas beneficiarias en diciembre de 2006 a un 45,7% en diciembre de 2016.

**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 98,1%. En diciembre de 2016, las isapres que concentran el mayor número de cotizantes de sexo femenino son Cruz Blanca con un 21,8%, Colmena con un 21,3% y Masvida con un 18%.

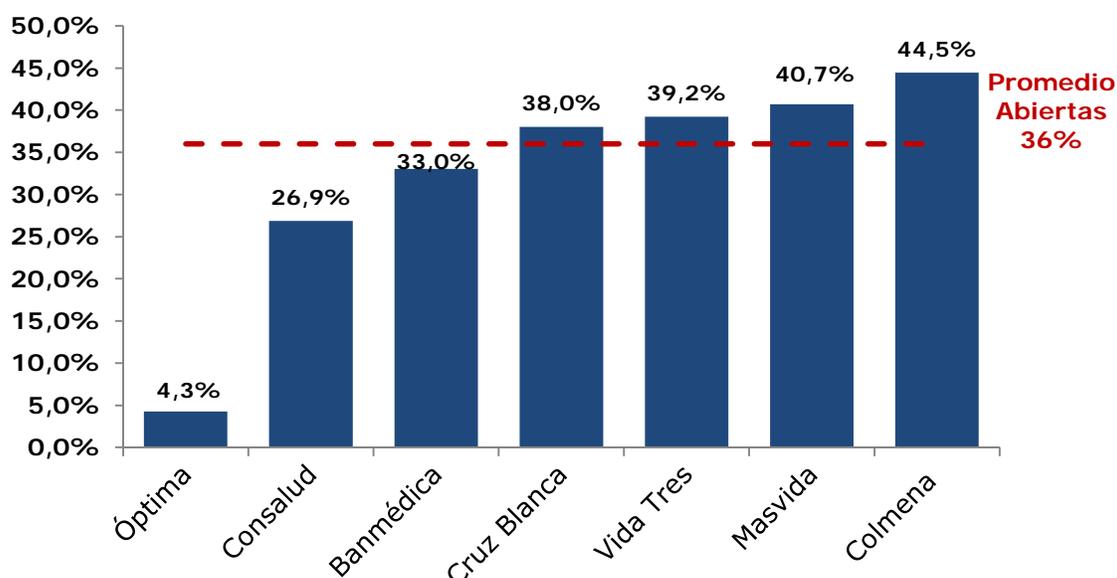
**Cuadro 3: Cotizantes Mujeres por Isapre en diciembre de 2016**

Isapres	Total Cotizantes	Cotizantes Mujeres	Porcentaje Mujeres	Porcentaje Concentración
Colmena	332.438	147.847	44,5%	21,3%
Cruz Blanca	399.730	151.912	38,0%	21,8%
Vida Tres	76.403	29.968	39,2%	4,3%
Óptima	19.523	836	4,3%	0,1%
Masvida	307.278	125.083	40,7%	18,0%
Banmédica	376.290	124.303	33,0%	17,9%
Consalud	381.143	102.385	26,9%	14,7%
<b>Isapres abiertas</b>	<b>1.892.805</b>	<b>682.334</b>	<b>36,0%</b>	<b>98,1%</b>
San Lorenzo	927	74	8,0%	0,0%
Fusat	11.721	2.638	22,5%	0,4%
Chuquicamata	11.951	2.237	18,7%	0,3%
Río Blanco	1.982	234	11,8%	0,0%
Fundación	15.372	7.989	52,0%	1,1%
Cruz del Norte	757	116	15,3%	0,0%
<b>Isapres cerradas</b>	<b>42.710</b>	<b>13.288</b>	<b>31,1%</b>	<b>1,9%</b>
<b>Total sistema</b>	<b>1.935.515</b>	<b>695.622</b>	<b>35,9%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2016.

A la misma fecha, las isapres abiertas que presentan un mayor porcentaje de mujeres en su cartera de cotizantes, son Colmena con un 44,5%, Masvida con un 40,7%, Vida Tres con un 39,2% y Cruz Blanca con 38%, 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 2016**



Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2016.

## 2.4. Características de los Cotizantes según Sexo

El cuadro siguiente muestra que, a diciembre de 2016, 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 2016)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Renta Imponible	\$ 1.063.763	1.070.711	1.067.237
Cotizacion Pactado	\$ 126.253	112.277	119.265
Cotizacion Adicional	\$ 38.262	37.850	38.056
Edad Cotizante	43	42	42
Numero Cargas	0,5	0,9	0,7

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2016

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 2016)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Dependiente	81,5%	83,8%	83,0%
Independiente	3,4%	3,4%	3,4%
Pensionado	8,0%	4,9%	6,0%
Voluntario	7,1%	7,9%	7,6%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2016

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, que los hombres.

**Cuadro 6: Distribución Cotizantes por Tipo de Plan según Sexo  
(En diciembre de 2016)**

	Femenino	Masculino	Sistema
Grupal	9,6%	10,6%	10,2%
Individual	70,9%	78,6%	75,8%
Individual compensado	19,6%	10,8%	14,0%

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2016

El cuadro siguiente, permite analizar el flujo de cotizantes entre diciembre de 2006 y diciembre de 2016, 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. 2006 vs dic. 2016). Pesos de dic. 2016**

Detalle	Sexo	Participación Cotizantes	Edad Promedio	Número de Cargas Promedio	Cotización pactada promedio	Renta Imponible Promedio
Sistema Isapre a Diciembre 2006	Masculino	65,3%	41	1,3	\$ 90.503	\$ 846.243
	Femenino	34,7%	42	0,7	\$ 83.954	\$ 815.368
	Total	1.286.165	41	1,0	\$ 87.229	\$ 830.806
Salen del Sistema Isapre	Masculino	66,2%	40	1,0	\$ 67.132	\$ 586.954
	Femenino	33,8%	42	0,6	\$ 70.201	\$ 632.126
	Total	418.898	41	0,8	\$ 68.667	\$ 609.540
Entran al Sistema Isapre	Masculino	63,4%	34	0,5	\$ 82.216	\$ 900.813
	Femenino	36,6%	36	0,4	\$ 112.087	\$ 964.660
	Total	1.068.248	35	0,5	\$ 97.152	\$ 932.736
Sistema Isapre a Diciembre 2016	Masculino	64,1%	42	0,9	\$ 112.277	\$ 1.070.711
	Femenino	35,9%	43	0,5	\$ 126.253	\$ 1.063.763
	Total	1.935.515	42	0,7	\$ 119.265	\$ 1.067.237

Nota: Moneda de diciembre de 2016

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de Diciembre 2006 y 2016.

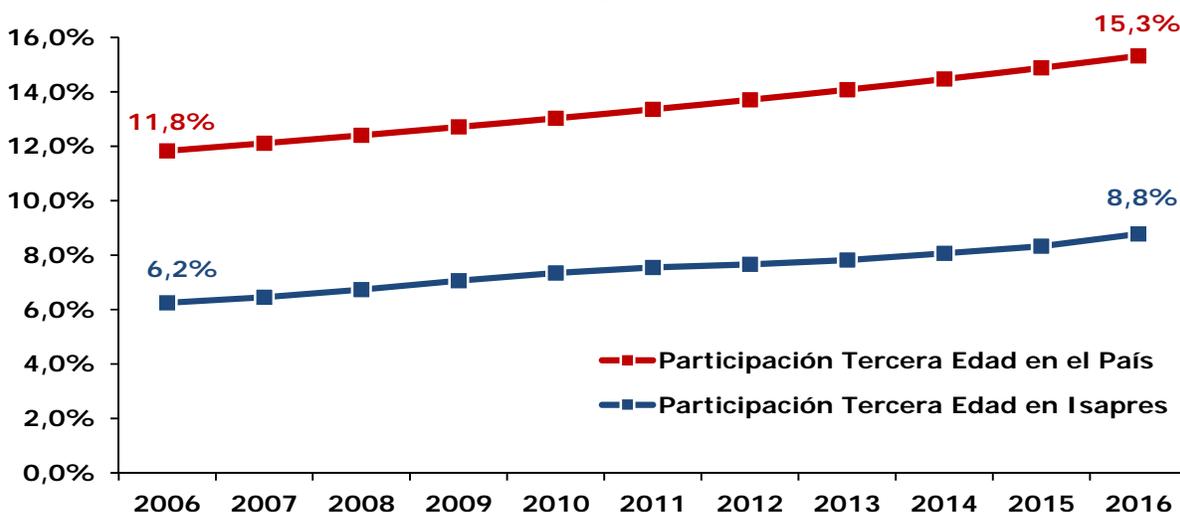
## 2.5. Evolución de Beneficiarios de Tercera Edad en Isapres

La presencia de beneficiarios de tercera edad<sup>2</sup> en el Sistema Isapre ha sido creciente en la última década, pasando de 6,2% del total de beneficiarios en 2006 a 8,8% en 2016, el incremento en 10 años es de 2,6 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 que en 2016 es de un 15,3%, 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:

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

## 2.6. Beneficiarios de Tercera Edad por Isapre

En diciembre de 2016, las isapres que concentran el mayor número de beneficiarios de tercera edad son Banmédica con un 22,1%, Consalud con un 20,91%, Cruz Blanca con un 18,2% y Colmena con un 17%.

**Cuadro 8: Beneficiarios de Tercera Edad por Isapre en diciembre de 2016**

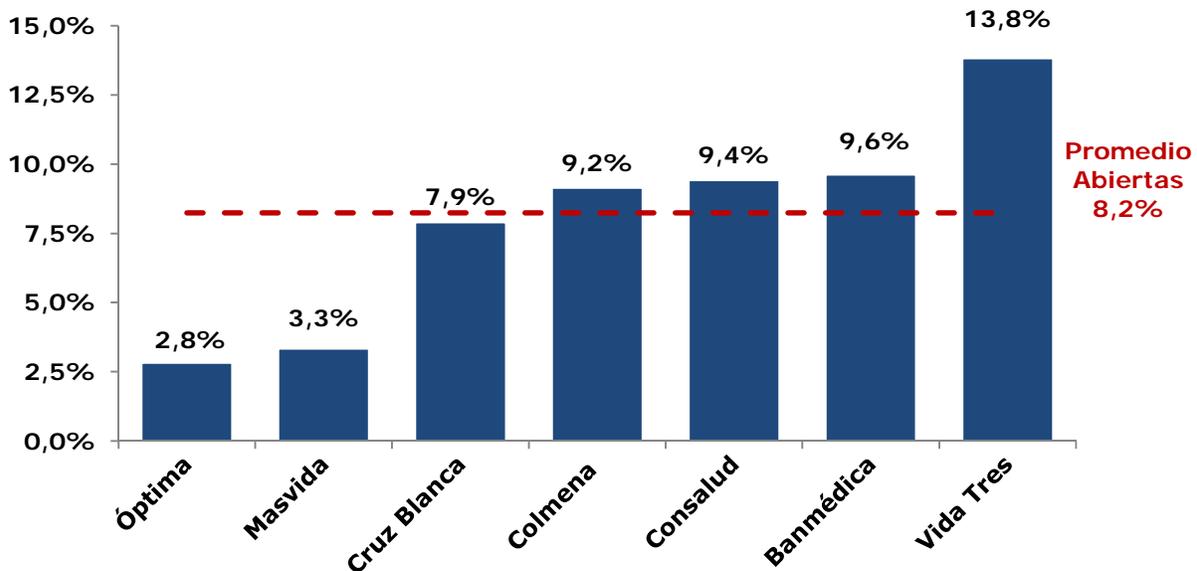
Isapres	Total Beneficiarios	Beneficiarios Tercera Edad	Porcentaje Tercera Edad	Porcentaje Concentración
Colmena	560.548	51.307	9,2%	17,0%
Cruz Blanca	694.122	54.843	7,9%	18,2%
Vida Tres	144.597	19.988	13,8%	6,6%
Óptima	21.381	605	2,8%	0,2%
Masvida	555.672	18.597	3,3%	6,2%
Banmédica	691.486	66.591	9,6%	22,1%
Consalud	666.344	62.786	9,4%	20,9%
Isapres abiertas	3.334.150	274.717	8,2%	91,3%
San Lorenzo	2.400	650	27,1%	0,2%
Fusat	25.388	9.873	38,9%	3,3%
Chuquicamata	30.680	6.475	21,1%	2,2%
Río Blanco	5.669	848	15,0%	0,3%
Fundación	27.019	8.237	30,5%	2,7%
Cruz del Norte	1.974	165	8,4%	0,1%
Isapres cerradas	93.130	26.248	28,2%	8,7%
<b>Total sistema</b>	<b>3.427.280</b>	<b>300.965</b>	<b>8,8%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2016.

Se observa además, que las carteras de beneficiarios de las isapres cerradas concentran una mayor proporción de adultos mayores, con un promedio de 28,2% versus un 8,2% de las isapres abiertas. Destacan con un porcentaje superior al promedio de las cerradas, las isapres Fusat y Fundación, con un 38,9% 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 13,8%, Banmédica con un 9,6%, Consalud con 9,4% y Colmena con un 9,2%, 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 2016**



Fuente: Superintendencia de Salud. Boletín Estadístico a Diciembre de 2016.

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

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

El gráfico siguiente, entrega una representación visual del gasto facturado en prestaciones de salud del año 2016 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 \$768.734, y las diferencias de gasto que se producen entre hombres y mujeres con el avance de la edad.

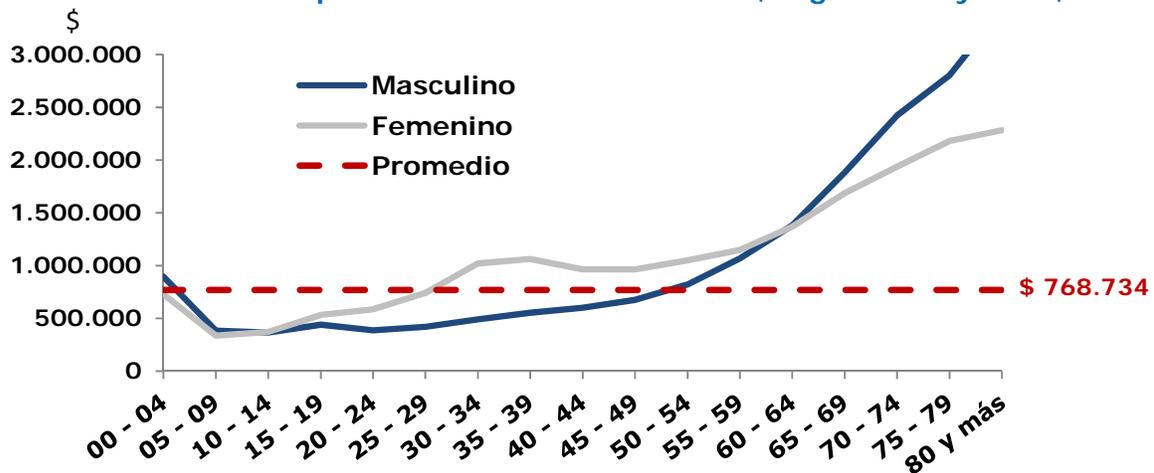
En este gráfico, destaca en primer lugar, el mayor gasto que presentan niños y niñas en el tramo de edad de 00-04 años, lo que se atribuye principalmente a los cuidados neonatales de recién nacidos prematuros y luego al predominio de las enfermedades infecciosas agudas digestivas y de las vías respiratorias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

A partir del tramo 25-29 años, las mujeres comienzan a gastar por sobre el promedio, lo que se acentúa entre los 30 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 la edad avanzada. A partir del tramo 50-54 años, el gasto de los hombres comienza a ser superior al promedio y con una pendiente 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, 2016.**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2016 y de Beneficiarios a diciembre de 2016.

### 3.2. Uso de Prestaciones de Salud según Sexo y Edad<sup>3</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.<sup>4</sup>

**Cuadro 9: Frecuencia de Uso de Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Imagenología e Intervenciones Quirúrgicas por Sexo. Año 2016**

Indicadores	Femenino	Masculino	Total
N° de consultas médicas anuales por beneficiario	5,3	3,4	4,3
Razón de exámenes de laboratorio x 100 consultas	190	177	184
Razón de exámenes de imagenología x 100 consultas	36	30	33
Intervenciones quirúrgicas por 100 beneficiarios	14	12	13

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2016.

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

<sup>4</sup> El análisis no incluye prestaciones GES, sólo aquellas que se financiaron bajo la modalidad del Plan Complementario.

La tasa de consultas médicas por beneficiario el año 2016 fue de 4,3. 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 54 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 (1,8), aunque el indicador promedio de las mujeres excede al de los hombres en un 7%. 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.

El 33% de las consultas dan origen a un examen de imagenología, y, en el caso de las mujeres, este porcentaje sube a un 36%, 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.

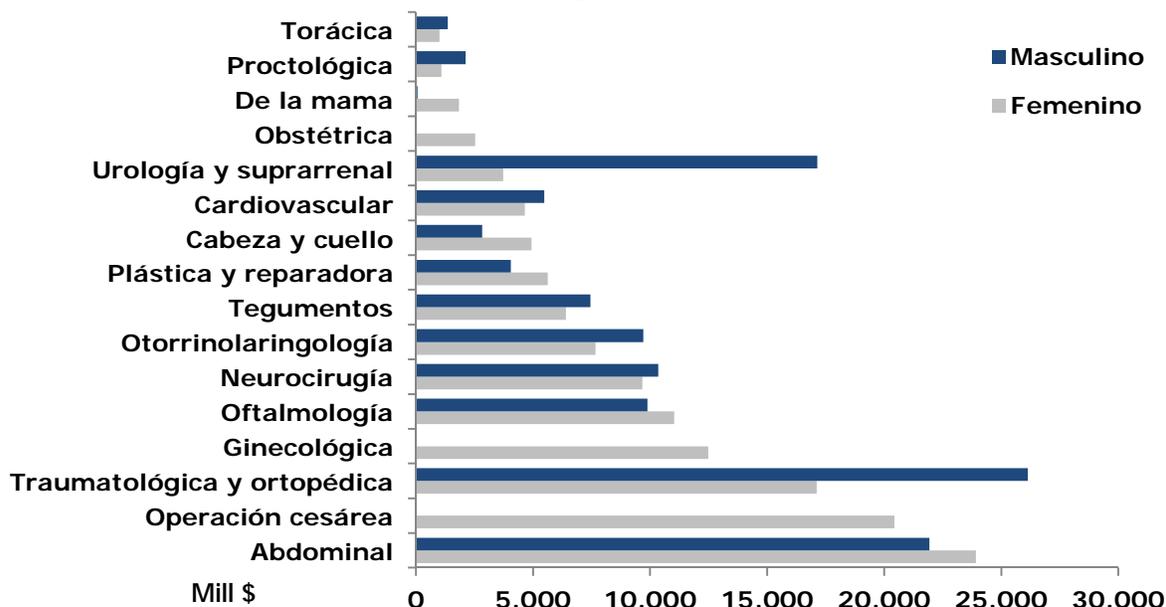
Las mujeres muestran un 22% más intervenciones quirúrgicas que los hombres, lo que puede estar vinculado con las prestaciones médicas asociadas a los fenómenos reproductivos (cesáreas) durante su etapa fértil, ginecológicos (patología tumoral), a la mayor incidencia de la patología vesicular (colecistitis) y de cataratas. No obstante lo anterior, en los niños hasta los 19 años de edad existe un predominio de 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), a partir de los 70 años, también producen más cirugías en los hombres.

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 neurocirugías, oftalmológicas y las otorrinolaringológicas.

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

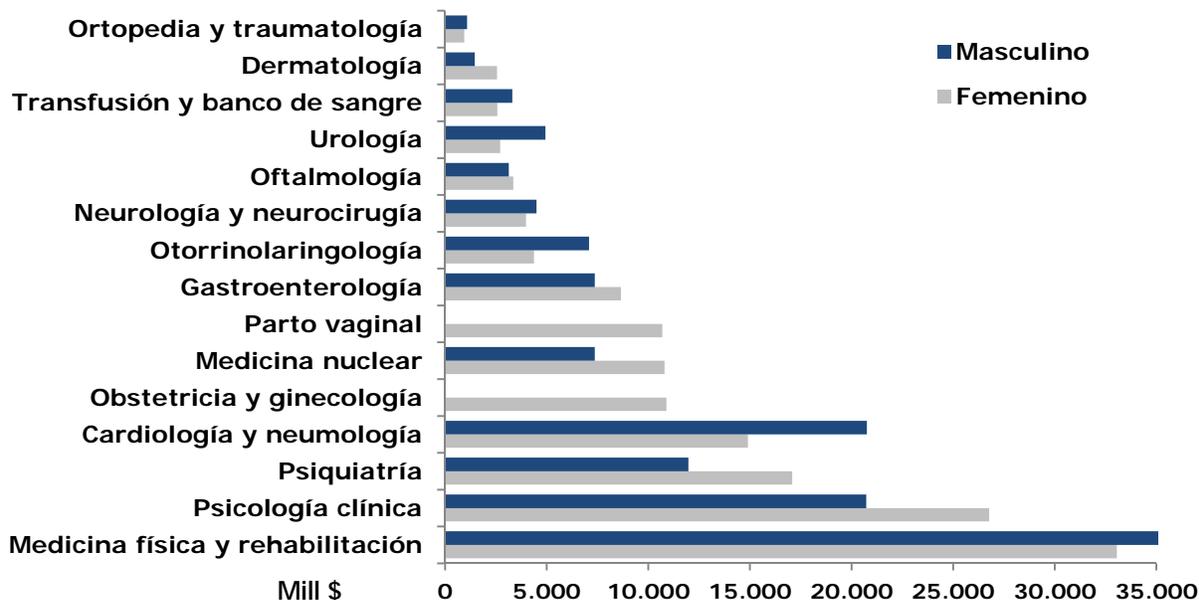
**Gráfico 9: Montos Facturados por Intervenciones Quirúrgicas según Sexo. Año 2016**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2016.

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 2016**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones año 2016.

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; medicina física y rehabilitación; otorrinolaringología y urología, 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 2016, 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 2016**

Grupos de Prestaciones Médicas	Menores 60 años	60 años y más	Totales
Atenciones Médicas	4,3	6,6	4,5
Exámenes de Diagnóstico	8,4	21,7	9,5
Procedimientos Apoyo Clínico y/o Terapéutico	5,0	11,6	5,6
Intervenciones Quirúrgicas	0,1	0,2	0,1
Otras Prestaciones	0,6	1,6	0,7
Prestaciones Adicionales	3,5	19,6	5,0
Sin clasificar	0,4	1,1	0,4
<b>Totales</b>	<b>22,3</b>	<b>62,4</b>	<b>25,8</b>

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestaciones del año 2016.

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 equivalente a 62,4 prestaciones por beneficiario al año, superior en 2,8 veces a la tasa que muestran los beneficiarios menores de 60 años.

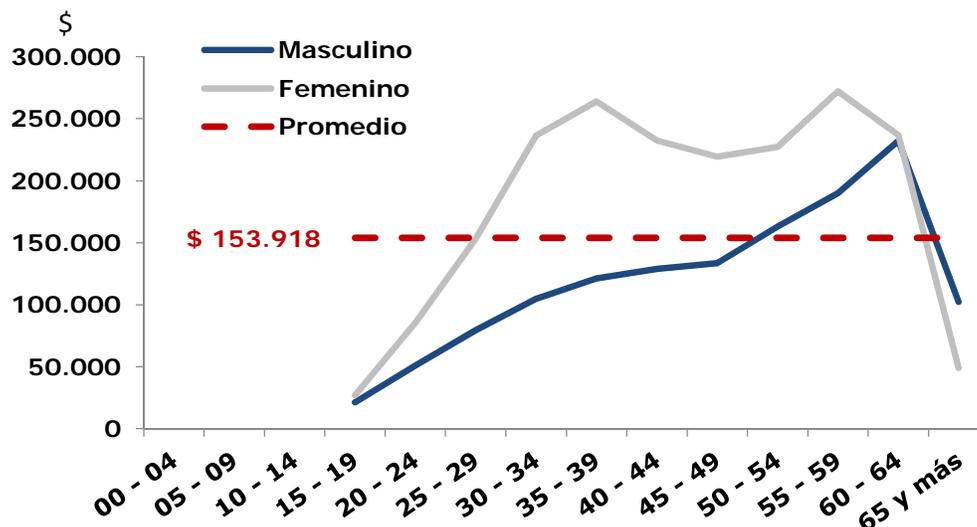
La mayor utilización de los servicios médicos por parte de los adultos mayores se ve reflejada en todos los grupos de prestaciones. No obstante, la mayor frecuencia se observa en los exámenes de diagnóstico, prestaciones adicionales y procedimientos de apoyo clínico y terapéutico, con tasas de 21,7; 19,6 y 11,6 prestaciones por beneficiario al año, 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 5,5 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 2016, 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 2016**



Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Licencias Médicas, año 2016.

El gráfico anterior, muestra que las mujeres efectúan un gasto significativamente superior al de los hombres por concepto de subsidios por incapacidad laboral originados en licencias médicas de cargo isapre y que este mayor gasto se presenta a lo largo de toda la vida laboral activa de la mujer. En 2016, el gasto promedio en SIL de las mujeres es 1,7 veces superior al de los hombres 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 a partir de los 25 años de edad mientras que los hombres lo hacen sólo a partir de los 50 años de edad. En el año 2016, el gasto promedio en SIL del Sistema Isapre asciende a \$153.918 por cotizante siendo de \$208.406 en las mujeres y de \$123.348 en los hombres.

### 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 (133 versus 63 por cada 100 cotizantes en el año 2016). 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 (15,7% versus 12,8%).

<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 2016, cuyo monto equivale a un 33,1% del gasto total en licencias de cargo isapre.

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

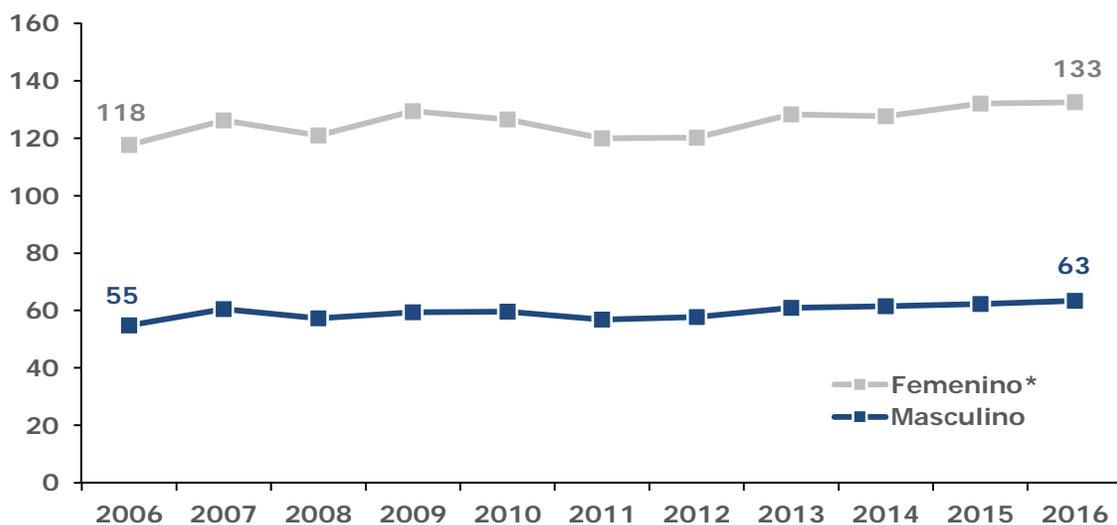
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variación porcentual 2006 - 2016
Femenino*	118	126	121	130	127	120	120	128	128	132	133	12,8%
Masculino	55	61	57	59	60	57	58	61	61	62	63	15,7%

(\*) Incluye licencias por Patologías del Embarazo

Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Licencias Médicas Años 2005 a 2016.

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, en torno a las 65 licencias adicionales por cada 100 cotizantes de sexo femenino.

**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 2006 a 2016.

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

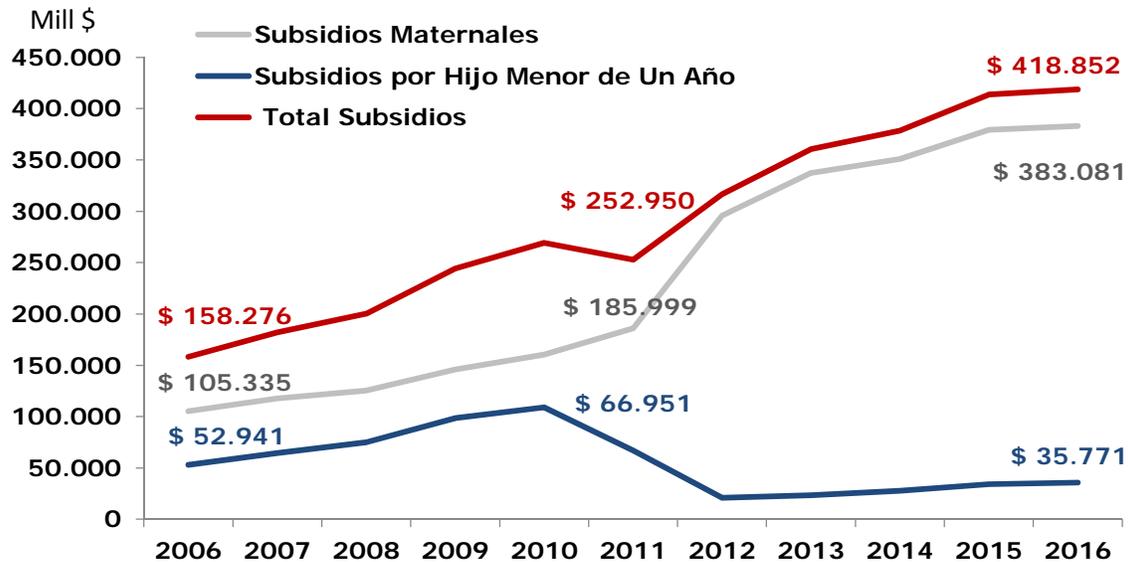
Durante el año 2016, el país gastó \$418.852 millones por concepto de subsidios asociados a licencias maternales y licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, lo que representa un incremento real respecto del año 2006 de un 164,6%, con un crecimiento promedio anual de 10,6% real.

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 2010 y 2012, el cual se atribuye a la entrada en vigencia de la ley N°20.545, publicada

<sup>6</sup> La tasa de uso de Licencias Médicas corresponde a la división entre las licencias tramitadas del año 2016 y el número de cotizantes dependientes e independientes de 15 años y más, promedio del año 2016 por 100.

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 2016.**



Fuente: Superintendencia de Salud y SUSESO.

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 el 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 2006, 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, 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 2006 y 2016 es de 285,3% real en el seguro público mientras que en las Isapres es de 243,8% real. Asimismo, la caída neta del gasto en SIL derivado de las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, es de -41,9% real en el Fonasa y de -22,2% 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	
2006	50.457	54.878	105.335	27.483	25.459	52.941	158.276
2007	55.942	61.665	117.607	31.366	32.950	64.316	181.922
2008	60.952	64.450	125.402	35.633	39.293	74.926	200.328
2009	74.782	70.911	145.692	46.925	51.449	98.373	244.066
2010	76.223	84.197	160.420	45.717	63.200	108.917	269.337
2011	89.743	96.256	185.999	27.421	39.530	66.951	252.950
2012	148.723	147.144	295.867	10.515	10.383	20.899	316.766
2013	168.126	169.186	337.312	9.902	13.404	23.306	360.618
2014	184.606	166.218	350.825	12.414	15.212	27.626	378.451
2015	196.219	183.274	379.493	15.051	19.100	34.151	413.645
2016	194.431	188.650	383.081	15.962	19.809	35.771	418.852
Variación 2006 - 2016	285,3%	243,8%	263,7%	-41,9%	-22,2%	-32,4%	164,6%

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

En el año 2006, el 52,1% del gasto en subsidios maternales y por enfermedad grave del hijo menor de un año correspondía a cotizantes de isapres, pese a tener un número significativamente menor de cotizantes. Lo anterior, puede estar explicado por las mayores rentas que estas cotizantes presentan. Esta cifra disminuye levemente en el año 2016 a un 49,8%.

### 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 2006. 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	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Femenino	99.116	118.201	135.669	156.074	159.824	119.104	43.301	50.487	56.589	69.861	72.323
Masculino	92	107	101	186	146	143	170	197	222	294	294
Total	99.208	118.308	135.770	156.260	159.970	119.247	43.471	50.684	56.811	70.155	72.617
% mujer	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,6%	99,6%	99,6%	99,6%	99,6%

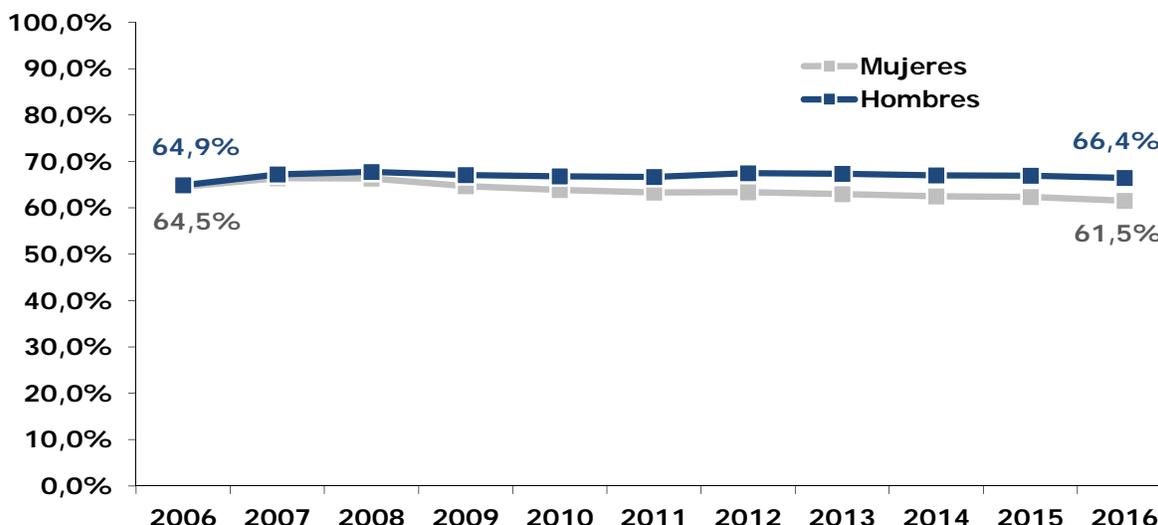
Fuente: Superintendencia de Salud (Isapres) y SUSESO (Fonasa).

## 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 –vista como porcentaje del valor facturado- otorgada por las isapres abiertas del Sistema a 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 2006 a 2016

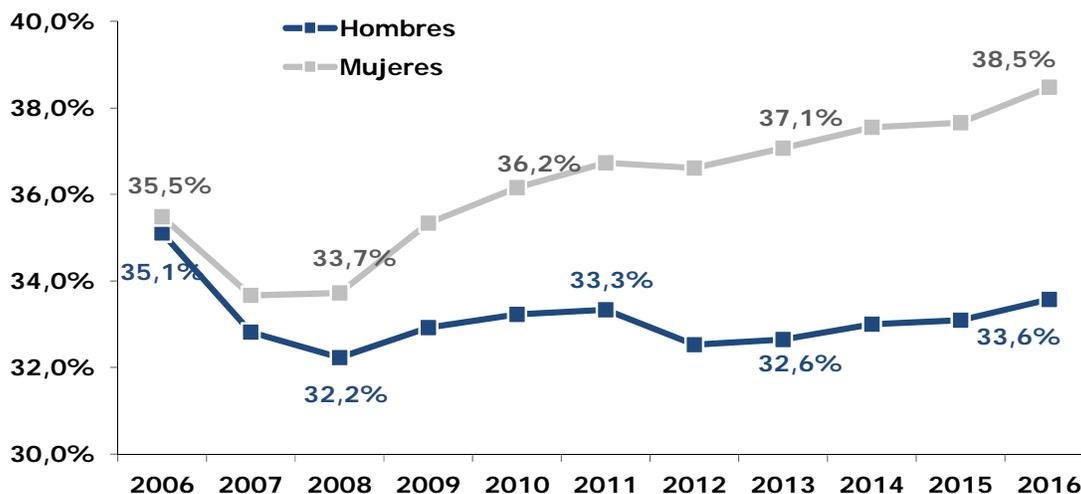
Se observa, que los niveles de cobertura efectiva se mantienen relativamente estables tanto para hombres como para mujeres, pero evolucionando en desmedro de estas últimas que, hasta el año 2007, mostraban coberturas similares a las de los hombres, esto es, con diferencias inferiores a 1 punto porcentual. Desde entonces, la evolución de la cobertura por género, muestra un incremento sostenido de la brecha en contra de las mujeres, que supera los 4 puntos porcentuales a partir del año 2012, llegando a 4,9 puntos, el año 2016.

En efecto, el repunte general observado en las coberturas efectivas entre los años 2006 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 menores beneficios para poder acceder o permanecer en el Sistema Isapre. A partir de esa fecha, 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 distancia entre las coberturas promedio de hombres y mujeres del Sistema.

El incremento de las brechas de cobertura se traduce en copagos cada vez mayores para las mujeres, la diferencia entre ambos asciende a 4,6 puntos porcentuales en el año 2016, lo que se puede visualizar claramente en el siguiente gráfico, construido con 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.

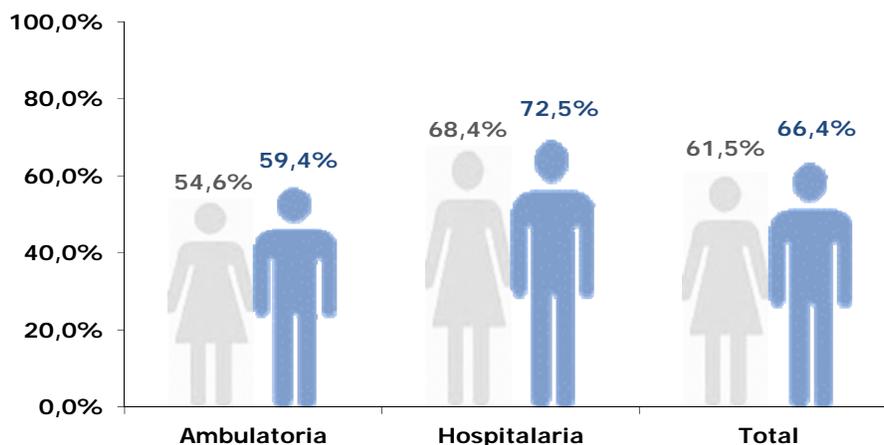
**Gráfico 15: Evolución de los Copagos según Sexo en Isapres Abiertas**  
**Copagos expresados como porcentaje del Valor Facturado**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 2006 a 2016.

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 4,8 puntos porcentuales en prestaciones ambulatorias y a 4,1 puntos porcentuales en prestaciones de tipo hospitalario.

**Gráfico 16: Cobertura por Tipo de Atención según Sexo en Isapres Abiertas**  
**Coberturas expresadas como porcentaje del Valor Facturado. Año 2016**

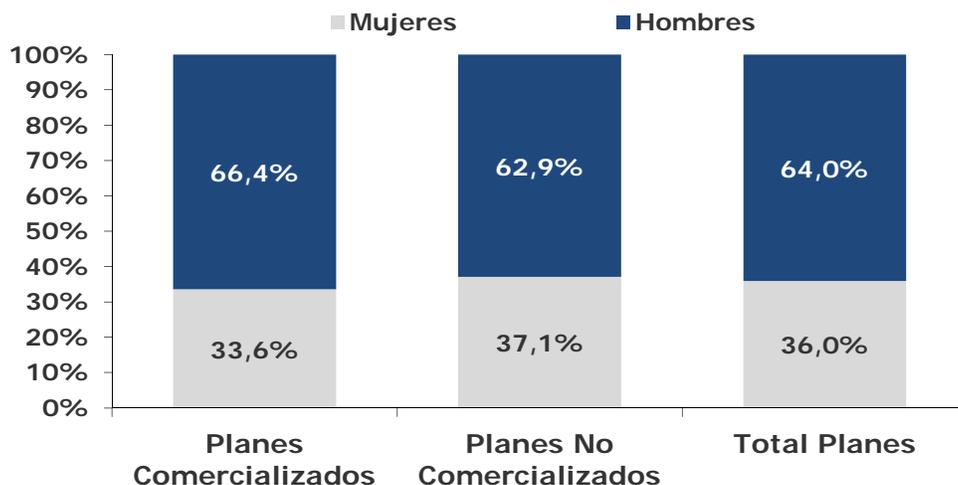


Fuente: Superintendencia de salud. Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Año 2016.

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

En enero de 2017, las mujeres muestran mayor participación relativa en los planes antiguos (37,1%). Lo anterior, podría tener relación con las dificultades que ellas enfrentan para acceder al Sistema o cambiarse a planes nuevos, y que básicamente tienen que ver con los mayores precios que deben enfrentar. Otras razones pueden ser que se encuentran cautivas en sus planes o acostumbradas a los prestadores asociados a estos planes.

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

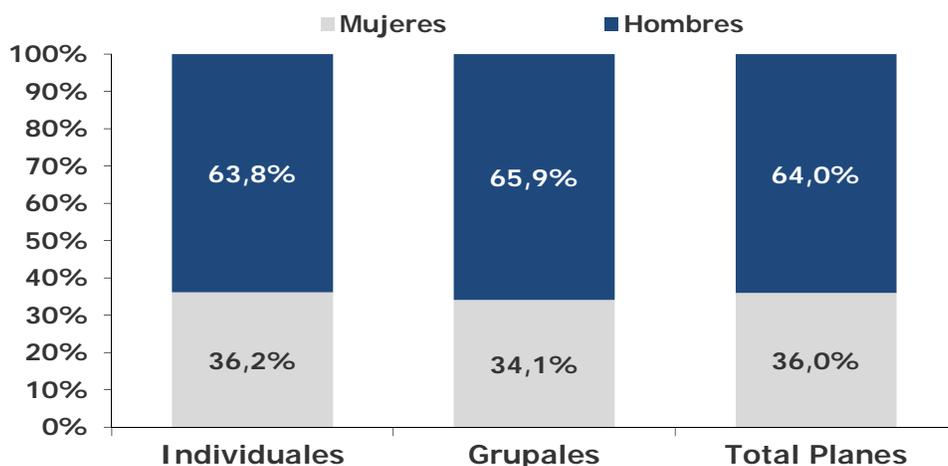


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2017.

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

En enero de 2017, las mujeres muestran una mayor participación relativa en los planes individuales del mercado (36,2%). Lo anterior, puede atribuirse al menor acceso que presentan las mujeres a planes colectivos, los que por lo general tienen una mejor relación costo beneficio y en su diseño llevan implícita una mayor solidaridad en el financiamiento. Además, estos planes son más frecuentes entre las isapres cerradas del mercado, en las cuales las mujeres tienen menor participación.

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



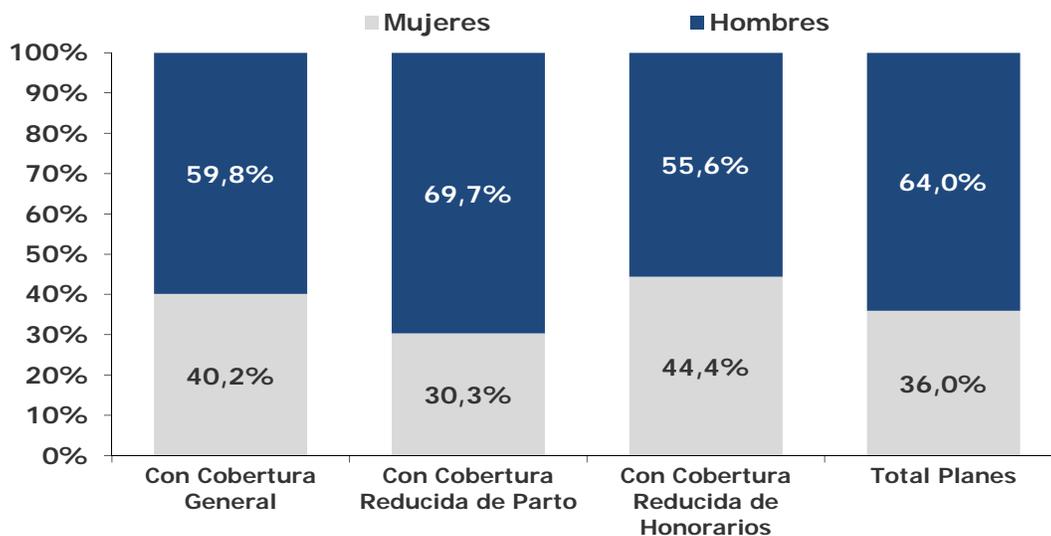
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2017.

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

En enero de 2017, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes con coberturas reducidas de honorarios médicos (44,4%) y en planes con cobertura general (40,2%). Su participación en los primeros, está vinculada a la profesión que ejercen porque están diseñados para médicos y/o profesionales del área de la salud, en todo caso, estos

planes tienen muy baja representatividad en el mercado. Se destaca una baja participación relativa de las mujeres en planes con cobertura reducida de parto (30,3%), esta situación puede deberse a que tales planes son más cotizados por los hombres jóvenes y familias consolidadas que no tienen posibilidades de embarazo.

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

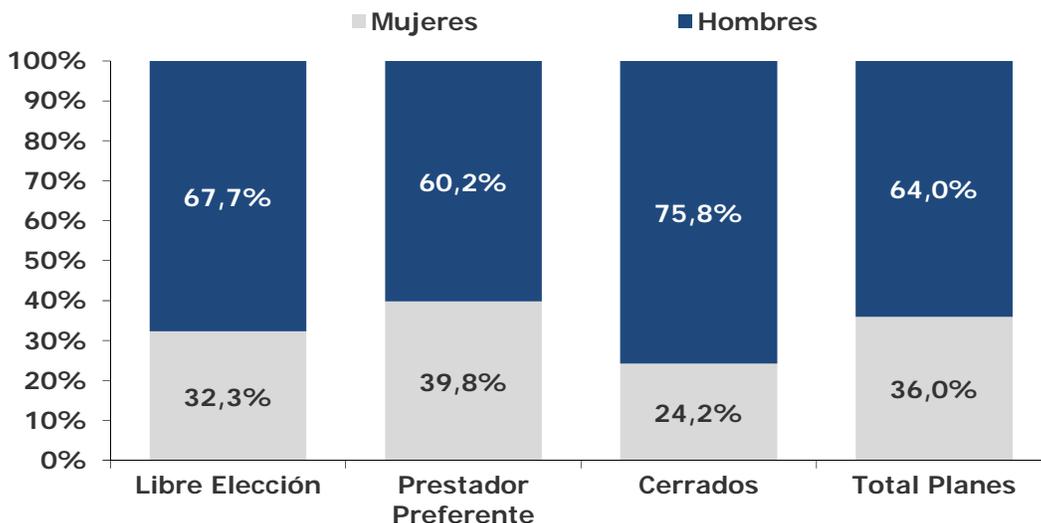


Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2017.

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

En enero de 2017, las mujeres muestran una mayor participación relativa en planes con prestadores preferentes (39,8%) 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 (24,2%) 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 2017.

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

En enero de 2017, tanto hombres como mujeres se concentran en planes con coberturas de carátula superiores o iguales al 70% (94,4% de los hombres y 92,4% 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 43,7% de participación versus un 62,2% 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% versus un 55,7% 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 2017**

		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%	1,2%	1,2%
	90%	3,2%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	5,0%
	80%	<b>31,8%</b>	6,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	38,7%	43,7%
	70%	2,2%	<b>39,6%</b>	6,0%	1,2%	0,1%	0,2%	0,1%	49,5%	93,1%
	60%	0,2%	0,2%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	1,2%	94,4%
	< a 60%	0,1%	0,0%	0,0%	0,5%	0,1%	0,4%	0,0%	1,1%	95,4%
	s/i	0,3%	2,9%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	4,6%	100,0%
<b>Total</b>		39,0%	49,3%	7,4%	2,1%	0,3%	0,8%	1,3%	100,0%	
<b>Acumulado</b>		39,0%	88,2%	95,6%	97,7%	97,9%	98,7%	100,0%		

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2017.

**Cuadro 15: Distribución de las Cotizantes Hombres según Coberturas de Carátula Enero de 2017**

		Cobertura Hospitalaria							Total	Acumulado
		100%	90%	80%	70%	60%	< a 60%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	5,6%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%
	90%	<b>19,5%</b>	1,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	21,4%	27,4%
	80%	<b>27,4%</b>	6,2%	0,9%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	34,8%	62,2%
	70%	2,0%	<b>25,7%</b>	4,0%	0,9%	0,1%	0,1%	0,1%	33,0%	95,2%
	60%	0,2%	0,1%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	1,1%	96,3%
	< a 60%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%	0,7%	97,0%
	s/i	0,9%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	3,0%	100,0%
<b>Total</b>		55,7%	34,8%	5,8%	1,6%	0,2%	0,4%	1,6%	100,0%	
<b>Acumulado</b>		55,7%	90,4%	96,2%	97,8%	98,0%	98,4%	100,0%		

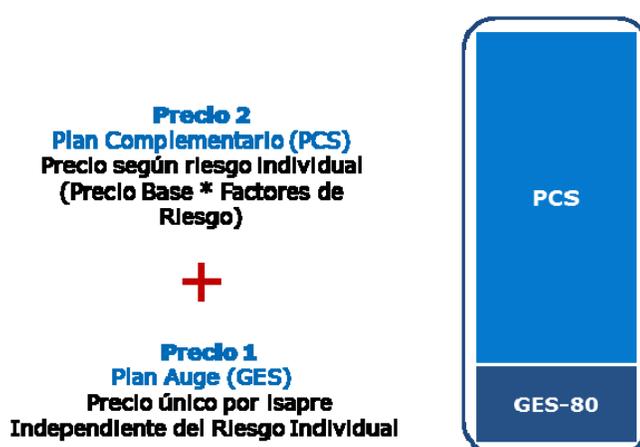
Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2017.

## 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, 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 81% del precio total del plan de salud en enero de 2017.

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



Las GES como componente básico de todos los planes de salud, ha producido una mayor estandarización de los mismos, dejando menos espacio para la diferenciación de precios. Si continúa la tendencia creciente de las GES, ésta cobraría mayor relevancia en el plan de salud (hoy representa alrededor de un 12% del gasto total), y en consecuencia, el efecto hacia la estandarización sería superior produciéndose al mismo tiempo una 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 isapres que mantienen más mujeres en sus carteras, aunque, los mayores beneficios se encuentran asociados a los adultos mayores (hombres y mujeres).

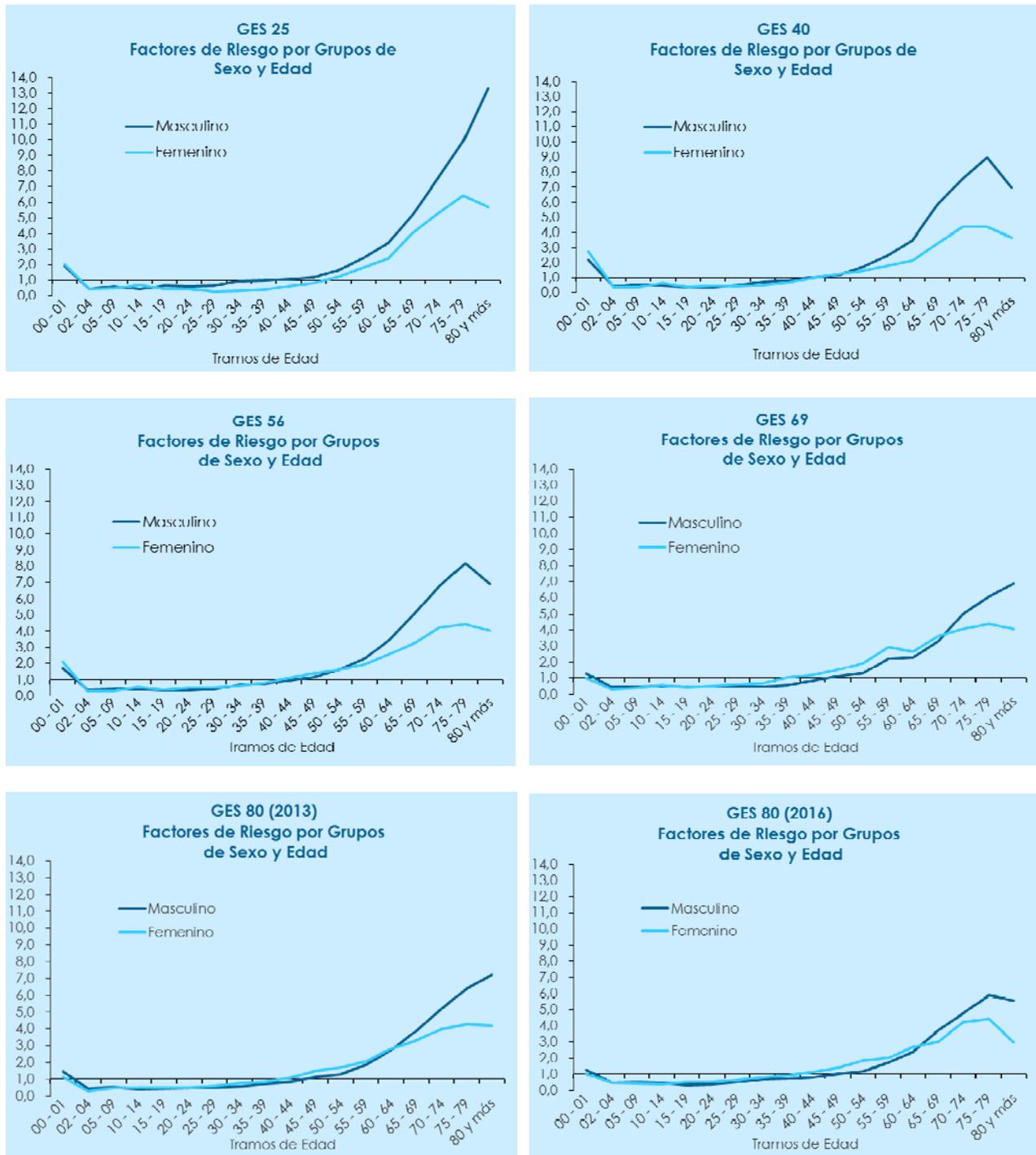
Los gráficos siguientes constituyen una representación visual de los modelos de ajuste riesgo definidos para las GES conforme a su evolución. En estos gráficos, los valores bajo el 1 aportan recursos al Fondo de Compensación y sobre el 1 reciben recursos desde el Fondo.

Se observa que, 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 más, a las carteras que concentran más mujeres 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 2016.

En este sentido, 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.

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



Fuente: Regulación de la Superintendencia de Salud. Modelos de Ajuste de Riesgos definidos para cada Decreto GES.

### 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 2016.

**Cuadro 16: Cotización Pactada Promedio Cotizantes Sin Cargas por Sexo y Edad Planes Individuales de Isapres Abiertas en Diciembre de 2016**

Edad Cotizante	Cotización Promedio Hombres	Cotización Promedio Mujeres	Cotización Promedio General
25 años	49.412	71.637	\$ 56.867
30 años	60.662	91.518	\$ 72.208
35 años	65.587	106.072	\$ 79.802
40 años	69.127	108.670	\$ 83.585
45 años	72.196	102.908	\$ 84.812
50 años	76.427	101.743	\$ 87.920
55 años	82.320	105.953	\$ 94.343
60 años	95.671	115.080	\$ 106.620
65 años	114.100	120.859	\$ 117.740
70 años	135.050	134.421	\$ 134.690
75 años	158.577	151.659	\$ 154.504
80 años	178.890	153.398	\$ 163.034
85 años	189.422	156.952	\$ 168.775

Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de diciembre 2016.

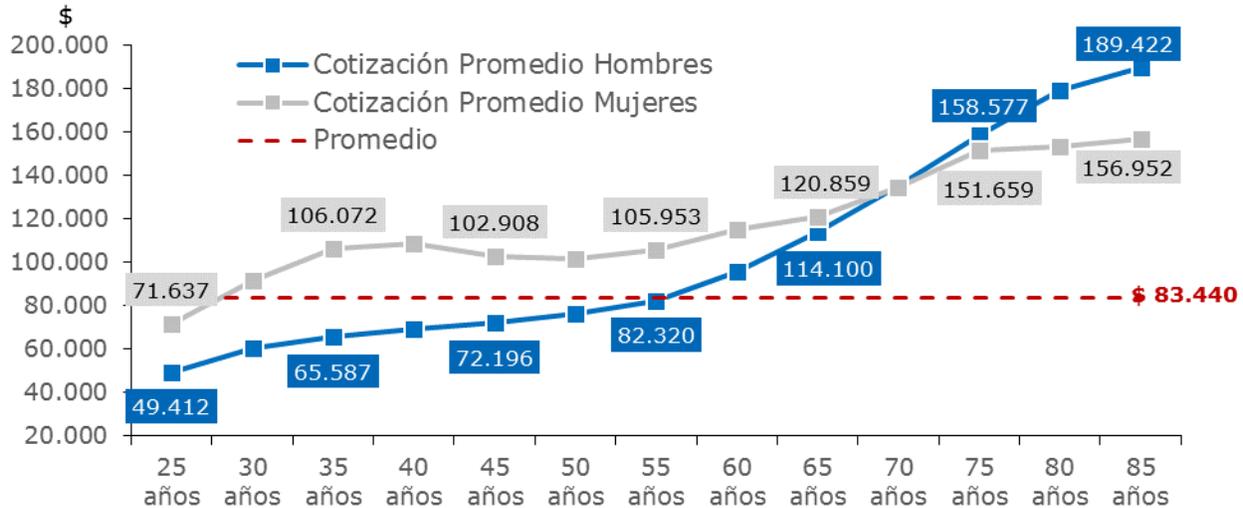
El gráfico siguiente constituye una representación visual de la información anterior y en él se pueden observar con mayor claridad las diferencias en la cotización promedio mensual de los cotizantes hombres y mujeres según su edad, todas consistentes con el uso de tablas de factores en la fijación de 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 3,1% del total de planes vigentes en enero de 2017, 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 2016**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivo Maestro de Cotizantes de diciembre 2016.

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 con mayor pendiente 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 (\$83.440 pesos en diciembre de 2016). 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 1,8 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 de manera 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 2017 y junio 2018, las isapres que optaron por aplicar alzas son Colmena, Cruz Blanca, Consalud y Fusat. Las alzas fluctuarán entre un 4% y un 9,9% real con un promedio ponderado de un 3,8% 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 20 a 39 años, plena edad fértil de la mujer, estas 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	3,7%	3,7%	3,8%	3,7%
05 - 19 años	3,4%	3,4%	3,8%	3,4%
20 - 29 años	4,1%	4,2%	3,8%	4,1%
30 - 39 años	3,8%	3,9%	3,8%	3,9%
40 - 49 años	3,5%	3,5%	3,8%	3,5%
50 - 59 años	3,7%	3,7%	3,8%	3,7%
60 y más	4,0%	4,0%	3,8%	4,0%
Totales	3,7%	3,8%	3,8%	3,8%

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, con menor presencia en el tramo 5,1%- 6,0%, pero con mayor concentración en los tramos de mayores alzas (6,1% a 9,9%).

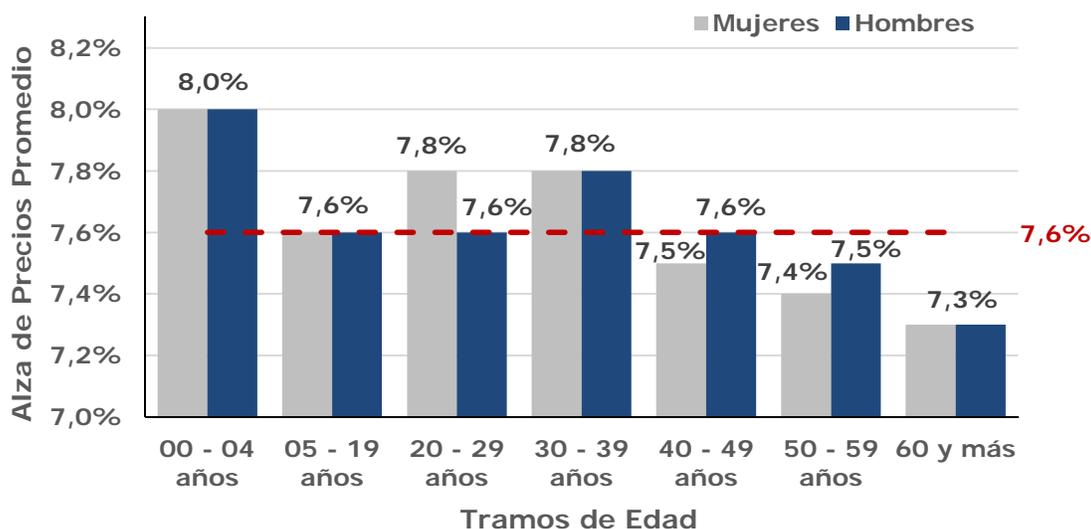
**Cuadro 18: Mujeres Cotizantes según Tramos de Variación de Precios. Proceso de Adecuación julio de 2017 a junio de 2018**

Variación	Total Cotizantes*	%	Cotizantes Mujeres	%
0,0%	741.549	48,4%	272.060	48,7%
0,1% - 2,0%	0	0,0%	0	0,0%
2,1% - 3,0%	0	0,0%	0	0,0%
3,1% - 4,0%	1.781	0,1%	768	0,1%
4,1% - 5,0%	580	0,0%	335	0,0%
5,1% - 6,0%	379.147	19,6%	112.474	16,1%
6,1% - 8,0%	480.281	24,8%	192.182	27,6%
8,1% - 9,9%	137.010	7,1%	51.612	7,4%
Totales	1.740.348	100%	629.431	100%

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

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 hombres y mujeres menores de 5 años (8,0%) y los pertenecientes al tramo entre 30 y 39 años (7,8%). Las mayores alzas en esta isapre, afectan también a las mujeres entre 20 y 29 años (7,8%). No obstante lo anterior, destaca en el proceso de adecuación actual de Cruz Blanca, el hecho de que las mujeres a partir de los 40 años, los hombres a partir de los 50 años y, particularmente, los adultos mayores (hombres y mujeres de 60 años y más), experimenten alzas inferiores al promedio, llegando en este último grupo, a 7,3%.

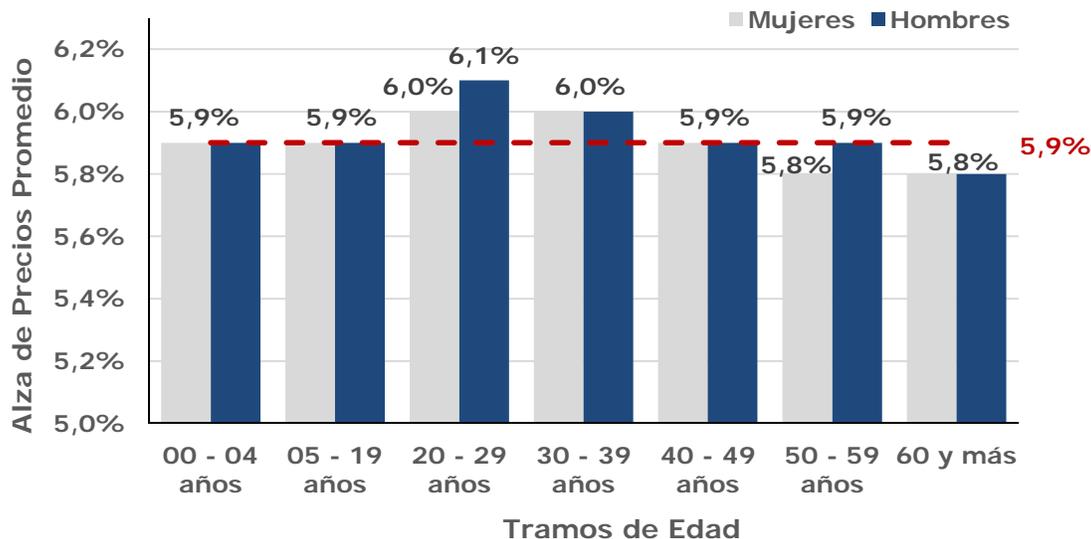
**Gráfico 23: Variaciones de Precios Reales según Sexo y Edad Isapre Cruz Blanca**



Fuente: Superintendencia de Salud. Archivos Maestros de Planes de Salud y de Cotizantes a enero de 2017

En Consalud, por su parte, las alzas de precios son un poco más equilibradas, alcanzando promedios levemente más altos en los grupos que concentran a hombres y mujeres entre 20 y 39 años con alzas de 6% y 6,1% en el tramo de hombres entre 20 y 29 años. En Consalud, al igual que en la isapre anterior, destaca el hecho de que las mujeres mayores de 50 años y los hombres de 60 años y más, experimenten alzas inferiores al promedio de la isapre (5,8%).

**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 2017

## 6. Principales Conclusiones

### En cuanto al acceso al Sistema Isapre

- ✓ En diciembre de 2016, las mujeres representan un 45,7% de la cartera de beneficiarios del Sistema Isapre. Su participación relativa en el Sistema ha disminuido en 1,9 puntos porcentuales desde el año 2006, pero, esto ocurre solo a nivel de las cargas, porque las cotizantes han aumentado su participación en 1,9 puntos porcentuales desde ese año.
- ✓ En efecto, durante la última década, las cotizantes de sexo femenino han aumentado su participación en el Sistema Isapre en un 56%, cifra que es superior a la que exhiben los hombres en 8,4 puntos porcentuales. Las causas de este mayor incremento podrían atribuirse a la mayor participación de la mujer en la fuerza laboral; mejores índices de remuneraciones y también a 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, tablas de factores más ajustadas al gasto real 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 individual 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, ingresen y permanezcan en el Sistema a largo plazo.
- ✓ En la última década, la presencia de beneficiarios de tercera edad en el Sistema Isapre ha sido creciente, pasando de 6,2% del total de beneficiarios, en 2006 a 8,8%, en 2016, el incremento en 10 años es de 2,6 puntos porcentuales.
- ✓ En diciembre de 2016, 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 13,8%, Banmédica con un 9,6%, Consalud con 9,4% y Colmena con un 9,2%, todas estas por sobre el promedio que exhibe el subgrupo de isapres abiertas (8,2%).

### En cuanto al Uso del Sistema de Salud

- ✓ Las mujeres hacen mayor uso de las distintas prestaciones de salud que los hombres. 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 mayor uso del sistema de salud que los menores de 60 años, presentando una tasa general de uso de prestaciones equivalente a 62,4 prestaciones por beneficiario en el año 2016, 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 21,7; 19,6 y 11,6 prestaciones por beneficiario en 2016, 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 ellas experimentan 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 2016.

#### **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. En 2016, las diferencias de cobertura alcanzan a 4,8 puntos porcentuales en el ámbito ambulatorio y 4,1 puntos porcentuales en prestaciones de tipo hospitalario.
- ✓ El incremento en la brecha de cobertura se traduce en copagos cada vez mayores para las mujeres, que en el año 2016 alcanzan una diferencia de 4,9 puntos porcentuales en promedio. Esta brecha se explica, principalmente, porque las mujeres contratan planes más económicos 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 aún 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 y permanencia en el 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 tablas de factores que se comercializan a partir del año 2006 (post reforma 2005) permiten moderar en el tiempo el alza por aumento de la edad y ajustar mejor los factores de riesgo al gasto real de cada tipo de beneficiario, 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

- Sánchez, M. (2000). "Discriminación en el Sistema Isapre". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-4008.html>
- Sánchez, M., Tegtmeier, R. y Cid, C. (2008). "Discriminación, Equidad de Género y Reforma de Salud en el Sistema Isapre". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-4992.html>
- Tegtmeier, R., Cid, C. y Sánchez, M., (2009). "Discriminación y Equidad de Género Pre y Post Reforma de Salud". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. 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>
- Sánchez, M. (2010). "Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2009". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7036.html>
- Tegtmeier, R. (2011). "Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema Isapre Año 2010". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-7245.html>
- Sánchez, M. (2012). "Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2010". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7633.html>
- Sánchez, M. (2013). "Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2011". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-8203.html>
- Sánchez, M. (2016). "Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género. Año 2015". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-14689.html>
- Sánchez, M. (2017). "Análisis de la Banda de Precios. Proceso de Adecuación de Contratos Julio 2017 - Junio 2018". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-15989.html>
- Sánchez, M. (2017). "Análisis de los Planes de Salud del Sistema isapre a Enero de 2017". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo.