

Documento de trabajo

**Evaluación de normativa del primer
trienio de seguimiento de Metas de
Cobertura del Examen de Medicina
Preventiva 2022-2024 en el sistema
privado de salud, con enfoque de género**

Departamento de Estudios y Desarrollo

Noviembre 2025

Siglas y abreviaturas

EMP	:	Examen de Medicina Preventiva
PO	:	Población Objetivo
PS	:	Problema de Salud
APS	:	Atención Primaria de Salud
AVISA	:	Años de Vida Saludables
CaCu	:	Cáncer Cervicouterino
DFL	:	Decreto con Fuerza de Ley
DIPRECE	:	División de Prevención y Control de Enfermedades
DM	:	Diabetes Mellitus
DS	:	Decreto Supremo
EMPA	:	Examen de Medicina Preventiva del Adulto
ENCAVI	:	Encuesta de Calidad de Vida y Salud
ENS	:	Encuesta Nacional de Salud
FA_Cotizante	:	Archivo Maestro de Cotizantes
FA_Carga	:	Archivo Maestro de Cargas
FONASA	:	Fondo Nacional de Salud
GES	:	Garantías Explícitas en Salud
HDL	:	Lipoproteína de Alta Densidad
HTA	:	Hipertensión Arterial
IAM	:	Infarto Agudo de Miocardio
IARC	:	International Agency for Research on Cancer
INE	:	Instituto Nacional de Estadísticas
INTA	:	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
ISAPRE	:	Institución de Salud Previsional
ITS	:	Infecciones de Transmisión Sexual
LDL	:	Lipoproteína de Baja Densidad
MINSAL	:	Ministerio de Salud
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
OPS	:	Organización Panamericana de la Salud
PAP	:	Papanicolaou
PB	:	Archivo de Prestaciones Bonificadas
PPI	:	Plan Preventivo de Isapres
SSP	:	Subsecretaría de Salud Pública
VIH/SIDA	:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
COVID	:	Coronavirus Disease 2019
OECD	:	Organisation for Economic Cooperation and Development
WHO	:	World Health Organization

Resumen

El informe presenta la evaluación del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en el sistema Isapre durante el periodo 2022–2024, primer trienio de medición regulatoria establecido por la Ley 21.350. Mediante un estudio descriptivo basado en los registros administrativos de cotizantes, cargas y prestaciones de salud bonificadas por las Isapres, se analizó la evolución de las poblaciones objetivo, la utilización de las prestaciones preventivas de salud por hombres y mujeres del sistema, y el cumplimiento de las metas de cobertura fijadas anualmente por la Superintendencia de Salud.

Durante el trienio, la población objetivo del EMP disminuyó en 15%, en línea con la reducción general de la cartera del sistema en este período. Los resultados muestran una caída sostenida del número total de tamizajes realizados para la mayoría de los problemas de salud, especialmente en los grupos de recién nacidos, lactantes y niñas y niños de cuatro años. La población de 15 años y más concentró el mayor número de tamizajes, destacando las pesquisas de diabetes mellitus, hipertensión arterial y sobrepeso y obesidad.

El enfoque de género evidencia diferencias consistentes en el comportamiento preventivo, aunque los hombres son mayoría en varias poblaciones objetivo, participan menos en los tamizajes para enfermedades crónicas y dislipidemia, reproduciendo patrones de riesgo asociados a normas de masculinidad. En contraste, las mujeres muestran mayores niveles de autocuidado, aunque persisten brechas normativas y de acceso en tamizajes como el Papanicolau y la mamografía.

Finalmente, se describe el cumplimiento de las metas de cobertura definidas por la autoridad sanitaria para cada población objetivo. La información presentada constituye la base para comprender el desempeño del EMP en el sistema privado durante su primer ciclo regulatorio, identificando tendencias, brechas y desafíos pendientes para fortalecer la prevención y la equidad en salud.

Contenido

1.	<i>Introducción</i>	5
2.	<i>Propósito y objetivos</i>	6
2.1	Objetivo general	6
2.2	Objetivos específicos	6
3.	<i>Antecedentes y marco conceptual</i>	7
3.1	Marco conceptual de referencia	7
3.2	Marco normativo	14
4.	<i>Metodología y datos</i>	16
5.	<i>Resultados</i>	23
5.1.	Caracterización de la población	23
5.2	Comportamiento preventivo de hombres y mujeres en el EMP	28
5.3	Las metas de cobertura 2022 al 2024	42
6.	<i>Discusión</i>	46
	<i>Referencias</i>	49

1. Introducción

El Examen de Medicina Preventiva (EMP) tiene su origen normativo en la Ley 18.469 de 1985, que estableció el derecho de las personas beneficiarias a acceder a un plan periódico de monitoreo y evaluación de salud a lo largo del ciclo vital. Posteriormente, con la creación del Régimen General de Garantías en Salud, el EMP fue incorporado formalmente en el artículo 34 del DFL N°1/2005 del Ministerio de Salud, consolidándose como una prestación garantizada exigible en los sistemas público y privado. En este marco, la Resolución Exenta N°1236 de 2010 definió el contenido operativo del EMP, estableciendo la lista de problemas de salud a pesquisar y la estructura de poblaciones objetivo, organizadas según curso de vida.

Este marco normativo se complementa con los estándares clínicos fijados en la Guía Clínica del EMP (MINSAL, 2013), que especifica los procedimientos de tamizaje, los criterios de aplicación, las pruebas diagnósticas a utilizar y las acciones posteriores a la pesquisa. Estos elementos permiten vincular las obligaciones legales con un estándar técnico uniforme. En paralelo, los procesos de medición y verificación administrativa se estructuran mediante el Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas del EMP (Superintendencia de Salud, 2025), que regula las prestaciones trazadoras, las reglas de cálculo, las ventanas de vigencia, los criterios de numerador y denominador, y la trazabilidad necesaria para la evaluación regulatoria.

A partir de la Ley 21.350, el cumplimiento de las metas de cobertura del EMP adquirió un rol central en la supervisión del sistema Isapre, al establecerse como condición para solicitar la adecuación del precio base de los planes de salud. Esto implicó la necesidad de desarrollar procedimientos estandarizados de registro, validación y reporte anual. El periodo 2022–2024 constituye el primer ciclo trianual completo en el que las Isapres aplicaron estas reglas bajo un mecanismo único de medición, basado en los archivos maestros de cotizantes, cargas y prestaciones bonificadas.

El presente informe describe este trienio de evaluación utilizando la estructura normativa, clínica y administrativa que define el EMP. Se examina el tamaño de las poblaciones objetivo en relación con la cartera del sistema Isapre, la distribución anual de los tamizajes preventivos, las variaciones del cumplimiento de metas observadas en cada problema de salud y la forma en que estas variaciones se alinean con las definiciones normativas aplicables. Asimismo, el análisis incorpora indicadores desagregados por sexo y edad, de acuerdo con la disponibilidad de los registros administrativos, con el fin de describir diferencias en la utilización de los tamizajes preventivos entre hombres y mujeres, que dan indicios de diferencias de género en la conducta preventiva. El informe reúne estos elementos para documentar el funcionamiento del EMP en el primer trienio de medición regulatoria en el sistema privado de salud.

2. Propósito y objetivos

La evaluación de la implementación de la normativa del EMP desde el año 2022 al 2024 aporta información sobre su evolución en el sistema de salud privado, de sus alcances y limitaciones. Este estudio propone una aproximación descriptiva, para generar la evidencia estadística inicial sobre la implementación de esta normativa.

2.1 Objetivo general

Describir la evolución del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en el sistema Isapre entre 2022 y 2024, con énfasis en las tendencias de cobertura, tamaño de las poblaciones objetivo, distribución territorial y diferencias por sexo, conforme a los registros administrativos disponibles y al marco regulatorio vigente.

2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a las poblaciones objetivo del EMP según edad, sexo y región, utilizando los registros administrativos de cotizantes y cargas del sistema Isapre.
2. Describir el tamaño y distribución de las prestaciones preventivas realizadas para cada problema de salud definido en la normativa del EMP, durante 2022–2024.
3. Examinar las diferencias por sexo observadas en la utilización de las prestaciones preventivas del EMP, mediante indicadores descriptivos contruidos a partir de los registros administrativos.
4. Describir la evolución del cumplimiento de las metas de cobertura del EMP en el sistema Isapre, considerando los cambios normativos y su efecto en la contabilización de prestaciones.

3. Antecedentes y marco conceptual

3.1 Marco conceptual de referencia

Alcances sobre el examen de medicina preventiva

El examen de medicina preventiva es una intervención sistemática dirigida a personas asintomáticas, con el objetivo de identificar factores de riesgo o enfermedades en fases tempranas, cuando la intervención puede modificar favorablemente su curso clínico y su impacto poblacional (Wilson & Jungner, 1968; Dobrow *et al.*, 2018). Su origen moderno se remonta a la primera mitad del siglo XX, con experiencias pioneras como la citología cervical de Papanicolaou para el cáncer cervicouterino (Papanicolaou & Traut, 1947), las campañas de radiografía masiva para tuberculosis, y el screening neonatal de fenilcetonuria mediante la prueba de Guthrie (Guthrie & Susi, 1963).

Desde entonces, la selección de condiciones a pesquisar se basa en criterios como la carga de enfermedad, la historia natural de la enfermedad, la existencia de tratamientos efectivos, el desempeño de la prueba diagnóstica y el balance entre beneficios y daños, evitando el sobrediagnóstico y las falsas alarmas (Wilson & Jungner, 1968; Raffle & Gray, 2007). La evolución reciente del *screening* enfatiza programas organizados y basados en riesgo, que incluyen invitación activa, registro poblacional, control de calidad y evaluación económica. Este enfoque complementa la evidencia clínica con gobernanza programática, buscando maximizar el valor sanitario y la equidad (Dobrow *et al.*, 2018; US Preventive Services Task Force, 2018).

A nivel mundial, los exámenes de medicina preventiva son objeto de intensas discusiones sobre su eficacia, obligatoriedad y financiamiento. En países como Japón, Suecia y Taiwán, estos exámenes están profundamente integrados en los sistemas de salud pública, con énfasis en la detección temprana y el cambio de hábitos. Por ejemplo, existen tensiones éticas y legales que surgen principalmente en torno a su carácter obligatorio (Takeuchi, 2023; Journath, 2020; Hsu, 2024). En contextos laborales, por ejemplo, la jurisprudencia española ha establecido que ciertos exámenes médicos son obligatorios cuando el tipo de trabajo implica riesgos para terceros (SESST, 2019). Sin embargo, esta obligatoriedad puede entrar en conflicto con principios éticos como la autonomía del paciente (Giannopoulos, 2023).

En cuanto al financiamiento, los países desarrollados tienden a cubrir estos servicios mediante fondos públicos o seguros obligatorios. La Organización Panamericana de la Salud recomienda eliminar el pago directo en el punto de atención para evitar barreras económicas (WHO, 2023). Modelos como el sueco y el japonés financian completamente los servicios preventivos a través del presupuesto nacional, promoviendo equidad y acceso universal (OECD, 2020). Países de ingresos altos como Taiwán, Corea del Sur, Japón, Suecia y Países Bajos, destacan por sus modelos de salud preventiva, donde han avanzado en inversión de tecnología, cobertura universal y políticas centradas en la prevención desde edades tempranas (Gmeinder, 2017).

El enfoque de género aplicado a la salud reconoce que hombres, mujeres y personas no binarias experimentan la salud y la enfermedad de maneras distintas (Patwardhan, *et al.*, 2024); el género en interacción con otros determinantes sociales de la salud (tanto estructurales, como intermedios)¹ genera un impacto en el proceso de salud-enfermedad de las personas, en los factores de riesgo y en su interacción con el sistema sanitario (Krieger, 2001; Griffith, 2024), explicando gran parte de las inequidades sanitarias (OMS, 2009; Torres-Roman *et al.*, 2022).

Cuando se habla de género, se alude a los “*roles, comportamientos, actividades, y atributos que una sociedad determinada en una época determinada considera apropiados para hombres y mujeres*” (UN Women & OSAGI, 2001). En este sentido, el género como estructura de poder determina qué se espera y qué se valora socialmente en hombres y mujeres y esto impacta todas las dimensiones de la vida de las personas, sus actividades, su acceso y control de los recursos, su autonomía en la toma de decisiones, su autonomía física, económica y sus oportunidades, entre otras dimensiones.

Desde la perspectiva de la salud, mujeres, hombres y personas no binarias tienen un perfil de morbilidad y necesidades distintas de atención y protección en salud. Algunas diferencias dependen de las características genéticas, anatómicas y fisiológicas de las personas, lo cual remite al sexo, tales como: cánceres ginecológicos, cáncer de próstata, cualquier evento relacionado con el embarazo, el parto y el puerperio, entre otras; mientras otras inequidades tienen su origen en los roles, estereotipos y diferencias en las relaciones de género (Patwardhan, *et al.*, 2024).

El sistema de relaciones de género tiene lugar dentro de estructuras sociales y de poder más amplias, que conducen a inequidades sistemáticas en la salud en el ciclo de vida. Miani *et al.* (2021), describen esta complejidad como relaciones estructurales, normas institucionales y prácticas culturales que interactúan con otros determinantes sociales, estableciendo el género como un “meta nivel” que influye en las inequidades sanitarias.

Los sesgos de género en salud se han evidenciado en ámbitos como los diagnósticos tardíos en mujeres para enfermedades como el cáncer y cardiovasculares (Din *et al.*, 2015; Mass & Appelman, 2010). A su vez, la sintomatología de las mujeres para eventos graves como el infarto agudo al miocardio (IAM), se ha etiquetado como “atípica” y para la definición de la presentación clínica se han empleado históricamente los síntomas predominantes en hombres (Gupta *et al.*, 2019). Los enfoques ciegos al género han impactado en las preguntas de investigación, los diseños, los métodos, las medidas, los análisis y la implementación, generando brechas de conocimiento que han perjudicado la investigación sobre los cuerpos de las mujeres y su salud y de otros grupos sistemáticamente excluidos, como personas con identidades de género diversas, grupos étnicos y racializados, entre otros (Greaves & Ritz, 2022).

¹ Determinantes estructurales: Son las condiciones macrosociales que definen la **posición social** de las personas (ingresos, educación, ocupación, género, etnia y contexto político-económico) y distribuyen recursos, poder y oportunidades, configurando desigualdades en salud. Determinantes intermedios: Son las condiciones **materiales, psicosociales y conductuales** a través de las cuales los determinantes estructurales impactan la salud, como vivienda, trabajo, acceso a servicios, entornos y niveles de estrés.

En este punto, cuando se habla de género no se trata exclusivamente de la situación de las mujeres, sino al sistema de relaciones y sus resultados en la salud de hombres y mujeres. De ahí que, es importante introducir el concepto de masculinidad, como un *conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se consideran esenciales a los hombres en un contexto determinado* (OPS, 2019). Esta masculinidad en su expresión hegemónica es la base para la subordinación de las mujeres, de otros hombres que se alejan de dicha expresión, así como de prácticas que amenazan la propia vida y salud de los hombres (Connell, 1995).

De este modo, las normas de masculinidad también generan conductas de riesgo en hombres y niños con resultados negativos en su salud (Barr *et al.*, 2023). La Organización Panamericana de la Salud (2019), en su informe *Masculinidades y Salud: en la Región de las Américas*, elaboró una propuesta de “Caja de la masculinidad” a partir de investigaciones, como un esquema para presentar distintos mandatos de la masculinidad hegemónica que tienen consecuencias en la salud de hombres, niños y mujeres, ver Figura 1.

Estos mandatos promueven una cultura del riesgo en los hombres, que se caracteriza por una menor disposición al autocuidado, una sobrevaloración de la fortaleza, por lo que se rechaza la búsqueda de ayuda y en consecuencia una menor disposición a tener un comportamiento preventivo en relación con la salud. Traduciéndose en diagnósticos tardíos, sobremortalidad masculina por causas evitables, como accidentes de tránsito, violencia autoinfligida, entre otras (OPS, 2019).

Figura 1

La caja de la masculinidad



Nota. Elaboración propia con base en OPS (2019).



Investigaciones recientes han explorado las diferencias entre hombres y mujeres, mostrando patrones de morbilidad y mortalidad distintos a lo largo de ciclo de vida. Por un lado, las mujeres tienen una mayor carga de morbilidad relacionada con condiciones de salud no mortales, pero crónicas, con alta prevalencia de trastornos musculoesqueléticos y de salud mental, tales como: dolor lumbar, trastornos depresivos, cefaleas, trastornos de ansiedad, así como demencia y VIH/SIDA; todas estas se encuentran entre las primeras 10 principales causas de carga de enfermedad en mujeres a nivel mundial en 2021 (Patwardhan *et al.*, 2024).

Por su parte los hombres, presentan una mayor carga de enfermedad en 13 de las 20 principales causas analizadas por Patwardhan *et al.* (2024), en su estudio a nivel global de las diferencias entre hombres y mujeres en las cargas de enfermedad. Entre las causas se encuentra las lesiones en accidentes de tráfico, enfermedad como el COVID, cáncer traqueal, bronquial y pulmonar, enfermedades respiratorias, cardiovasculares y hepáticas, así como lesiones autoinfligidas; resultados que reflejan formas hegemónicas de socialización del género masculino que valoran la adopción de comportamientos de riesgo, la baja búsqueda de atención en salud y la alta exposición a riesgos ocupacionales y violencia. Estos patrones se observan en todo el mundo, independiente del nivel socioeconómico y el sistema sanitario (Griffith, 2024).

Así, los mandatos de masculinidad hegemónica afectan el comportamiento de los hombres en salud y se sitúan como barreras para la prevención y el acceso a la salud. Griffith (2024), destaca que a raíz de estas normas sociales:

1. Los hombres tienen menos probabilidad de buscar atención médica preventiva y retrasan el acudir a los servicios de salud, hasta que las enfermedades se encuentran en etapa avanzada.
2. Tienen menor propensión a participar en programas de bienestar y promoción de la salud.
3. Presentan mayores tasas de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, como resultado de la adherencia a conductas de riesgo.
4. El desaliento a la expresión emocional conduce a mayores tasas de suicidio.

Pese a reconocer que el género como identidad, va más allá del sistema binario sexo-género, debido a limitaciones en la disponibilidad de datos, nuestro análisis se basa en datos desagregados por sexo, reflejando un marco binario (mujer u hombre).

El Examen de Medicina Preventiva en Chile

El Examen de Medicina Preventiva (EMP) constituye una política pública esencial del sistema de salud chileno, que busca fomentar la prevención secundaria mediante la detección precoz de factores de riesgo y enfermedades prevalentes (Rose, 1990). Su diseño responde a una lógica de intervención a lo largo del ciclo vital, permitiendo articular acciones preventivas oportunas y basadas en evidencia con impacto en la salud individual y colectiva.

En Chile, esta política se institucionalizó durante la discusión del Régimen General de Garantías en Salud (Ley N°19.966, art. 34) y tuvo una consolidación con roles y definiciones en el DFL N°1 de 2005, lo que da cuenta de un compromiso estatal con un enfoque médico centrado en la anticipación y contención de enfermedades crónicas y de alto costo. Esta perspectiva se refuerza con la



Resolución Exenta N°1236 de 2010, que define formalmente las poblaciones objetivo y los problemas de salud prioritarios para el Examen de Medicina Preventiva (EMP), y con los Decretos Supremos GES trianuales, que actualizan y fijan metas de cobertura preventiva según la evidencia epidemiológica y las prioridades sanitarias del país.

Según la normativa vigente (Resolución Exenta N°1236/2010) el Examen de Medicina Preventiva (EMP) aborda 28 problemas de salud, distribuidos en 9 poblaciones objetivo, que cubren distintos grupos etarios y condiciones a lo largo del ciclo vital. No obstante, para fines de evaluación normativa y seguimiento en el sistema privado, especialmente en el contexto de la Ley N°21.350, se consideran 19 problemas de salud en 8 poblaciones objetivo, dado que solo aquellas prestaciones con trazabilidad arancelaria son susceptibles de monitoreo administrativo en el sistema Isapre.

Entre los principales problemas incluidos se encuentran condiciones de alta carga epidemiológica, elevada prevalencia y relevancia en salud pública, tales como:

- Diabetes en el embarazo
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Cáncer cervicouterino y cáncer de mama
- Sobrepeso y obesidad (en distintas etapas del ciclo vital)
- Enfermedades congénitas (como hipotiroidismo o fenilcetonuria)
- Trastornos visuales en la infancia
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH en embarazadas

A su vez, otros problemas de salud definidos por la normativa, como el consumo problemático de alcohol, el tabaquismo, y la evaluación de autonomía funcional en adultos mayores, no son evaluados actualmente en el sistema privado debido a limitaciones de codificación y trazabilidad en los registros administrativos. Esto se debe a que muchas de estas acciones consisten en cuestionarios, entrevistas clínicas o actividades educativas sin codificación arancelaria, por lo que su seguimiento requiere de estrategias complementarias de monitoreo y registro.

Desde sus inicios existe una discusión sobre la incorporación de problemas de salud y los tipos de población objetivo, en general la selección de estos problemas responde a criterios epidemiológicos, costo-efectividad, y evidencia internacional sobre la eficacia del tamizaje en reducir morbilidad y mortalidad.

En Chile, condiciones como la hipertensión y la diabetes mellitus representan una proporción significativa de la carga de enfermedad, especialmente en adultos mayores, mientras que los cánceres ginecológicos continúan generando brechas de detección precoz. A su vez, el abordaje temprano de trastornos congénitos y visuales en niños (as) permite prevenir discapacidades de por vida. En Chile, la Resolución Exenta N° 1236 formaliza problemas y poblaciones objetivo a lo largo del curso de vida, en concordancia con el mandato legal del DFL N°1/2005 (art. 34), que incorpora el EMP como prestación garantizada del Régimen General de Garantías en Salud (MINSAL, 2010; DFL N°1/2005, art. 34; DIPRECE, 2013).

En la población adulta, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 concentran alta carga de enfermedad y AVISA, justificando su priorización para pesquisa y control. La ENS 2016-2017 estima una prevalencia de hipertensión cercana a 27–28% y de diabetes en 12,3%, con incremento sostenido respecto de encuestas previas, lo que refuerza la necesidad de diagnóstico precoz y seguimiento continuo desde la APS (Margozzini et al., 2018; Martorell et al., 2023; Barake et al., 2023).

En salud de la mujer, los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino (Papanicolaou trianual en 25–64 años) y cáncer de mama (mamografía bienal en 50–69 años) cuentan con evidencia de efectividad, pero mantienen brechas de cobertura. Especialmente en grupos con menor acceso estructural, que están, por debajo de niveles óptimos recomendados internacionalmente (Urrutia et al., 2018).

En etapas tempranas del ciclo vital, la pesquisa de trastornos de la visión, displasia de caderas e hipoacusia permite prevenir discapacidades evitables. Chile instauró tamizaje neonatal universal para hipotiroidismo congénito en los años 1990 y alcanzó cobertura nacional plena a fines de esa década; más recientemente, se han dado pasos para ampliar la pesquisa a otros errores innatos del metabolismo, reforzando la lógica preventiva del EMP (Grob et al., 2012; INTA-U. de Chile, 2022).

La priorización del EMP se apoya en una metodología seminal de tamizaje poblacional formulada por Wilson y Jungner (1968) y actualizada por la literatura contemporánea. Este marco propone seleccionar problemas de salud relevantes para la población, utilizar pruebas de pesquisa válidas y asegurar la existencia de tratamientos efectivos, de modo que el tamizaje produzca beneficios netos a nivel individual y poblacional. En Chile, esta lógica metodológica se operacionaliza como una prestación sin copago para personas afiliadas a FONASA e ISAPRE, con el objetivo explícito de reducir inequidades en el acceso preventivo y fortalecer la función poblacional de la APS, conforme al DFL N°1/2005 (art. 34) y a las orientaciones técnicas de DIPRECE (2013) (Wilson & Jungner, 1968; Dobrow et al., 2018; DFL N°1/2005, art. 34).

Figura 2

Marco analítico del EMP: normativa, estándar clínico y medición regulatoria-operativa



Nota. Elaboración propia con base en la Resolución Exenta N° 1236 (MINSAL, 2010), la Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva (MINSAL, 2013) y el Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas del EMP (Superintendencia de Salud, 2025).

3.2 Marco normativo

La legislación que da origen al EMP, data de 1985 y establece el derecho de las personas beneficiarias a recibir del Régimen de Garantías en Salud, entre otras cosas, el Examen de Medicina Preventiva:

“(…) constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbilidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias” (Ley N°18.469, Art. 8°).

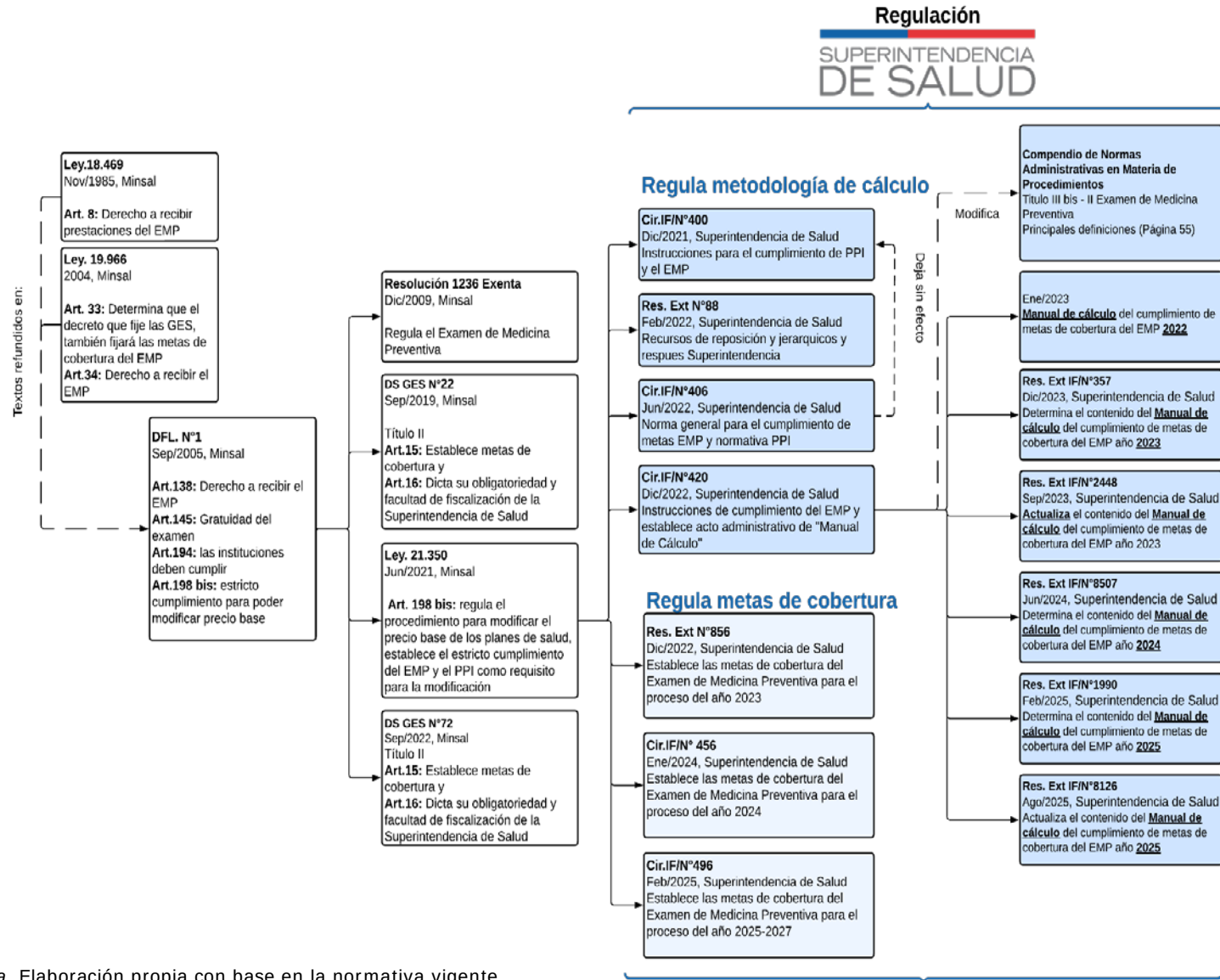
Como normativa, este plan periódico es exigible con carácter gratuito por las personas beneficiarias de los sistemas público y privado de salud (Art. 145, DFL N°1 de 2005). En el sistema público su implementación y seguimiento es llevado a cabo por la Atención Primaria de Salud (APS), mientras que en el sistema privado cada Isapre es responsable de impulsar las campañas preventivas y garantizar las redes de atención para que el plan periódico sea entregado a las personas beneficiarias sin copago. Con la promulgación de la Ley N° 21.350 del 9 de junio de 2021, que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud en el sistema Isapre, se da inicio a una evaluación periódica del estricto cumplimiento de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva (EMP) (Ley N° 21.350, Art. 198 bis).

La implementación de la Ley N° 21.350 del Ministerio de Salud, puso en marcha la generación de regulaciones para establecer la forma de evaluar el estricto cumplimiento del EMP. En la Figura 3, se puede apreciar la evolución de la normativa para la medición del cumplimiento de las metas de cobertura, lo que incluye, por un lado, las regulaciones que establecen las metas anuales, así como los instrumentos técnico-metodológicos sobre la forma de realizar la medición del cumplimiento, fuentes de información, conceptos, prestaciones trazadoras e indicadores.

La Resolución Exenta 1236 del 31 de diciembre de 2009 del Ministerio de Salud, describe exhaustivamente, el contenido del EMP en cuanto a los problemas de salud según grupos de población general, el examen o técnica para la detección del problema de salud, el objetivo, la intervención y el procedimiento. Este contenido es posteriormente incorporado en los sucesivos Decretos Supremos GES, señalando para cada problema de salud la meta de cobertura a cumplir.

Figura 3

Evolución normativa del Examen de Medicina Preventiva en el sistema Isapre entre 2022-2024.



Nota. Elaboración propia con base en la normativa vigente.

4. Metodología y datos

Se desarrolló un estudio descriptivo, basado en los registros administrativos del sistema privado de salud chileno. El periodo de análisis comprende los años 2022–2024, correspondiente al primer trienio de evaluación de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en el sistema Isapre, conforme a la Ley N°21.350 y las resoluciones técnicas del Ministerio de Salud.

Fuentes

El conjunto de datos analizados proviene de los archivos maestros de la Superintendencia de Salud. Estos registros son capturados por las Isapres y posteriormente reportados a la Superintendencia siguiendo la estructura de archivos maestros establecida por regulación². Este estudio utilizó particularmente:

- ✓ Archivo de Prestaciones Bonificadas (PB): contiene las prestaciones de salud bonificadas por las Isapres, con identificación de códigos de prestación, montos facturados, bonificados y copagos realizados por las personas beneficiarias.
- ✓ Archivo de Cotizantes y Cargas (FA_Cotizante y FA_Carga): permite caracterizar demográficamente a la población beneficiaria vigente y determinar las poblaciones objetivo de acuerdo con las definiciones normativas vigentes.
- ✓ Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos (2025): regula la estructura, variables y validaciones de los registros, garantizando trazabilidad y comparabilidad interanual.

Población de estudio, unidad de observación y población objetivo

La población de estudio corresponde a todas las personas beneficiarias del sistema Isapre que mantuvieron vigencia continua de beneficios durante al menos doce meses en cada uno de los años calendario (enero a diciembre) de 2022 a 2024.

La unidad de observación empleada en el análisis es la persona beneficiaria, independientemente del número de prestaciones bonificadas durante el período, de modo que, cada individuo es contabilizado una sola vez por problema de salud³, conforme a las orientaciones establecidas por la Superintendencia de Salud para la medición del Examen de Medicina Preventiva (EMP).

Las poblaciones objetivo (PO) fueron definidas de acuerdo con la Resolución Exenta N°1236/2010 del Ministerio de Salud, que organiza el EMP bajo un enfoque de curso de vida, y con los Manuales de Cálculo de Metas de Cobertura correspondientes al período 2022–2024. Estas definiciones permiten delimitar grupos poblacionales específicos según etapa vital, problema de salud y

² Ver *Compendio de normas administrativas en materia de archivos maestros*, 2025.

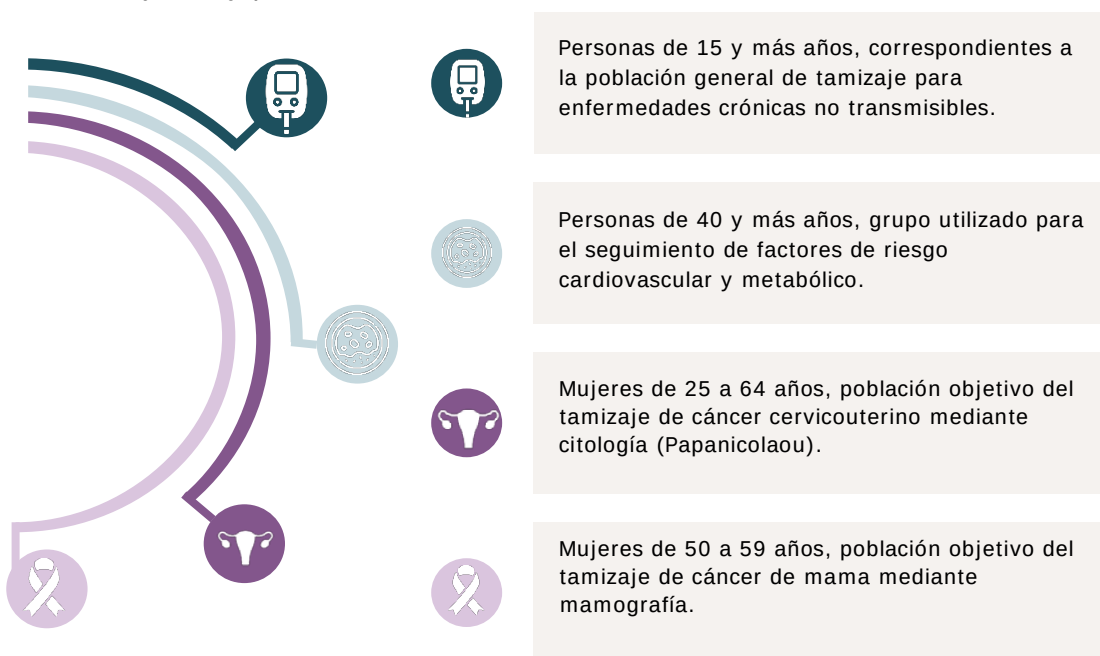
³ Por ejemplo, una beneficiaria se realizó dos veces el PAP en 2024, en este caso, se contabiliza una sola vez. Asimismo, si una beneficiaria se realizó varias prestaciones trazadoras para un mismo problema de salud del EMP, solo una de ellas contribuye al conteo de casos observados, por ejemplo, una beneficiaria se realizó los exámenes de glicemia en ayunas y glucosa en sangre, ambas pruebas tienen el mismo objetivo trazador, que es el tamizaje del problema de salud diabetes Mellitus, pero se considera para el conteo sólo una de las dos pruebas.

pertinencia normativa, asegurando la comparabilidad entre años y la consistencia con los procedimientos regulados de medición.

En este marco, se consideraron ocho poblaciones objetivo: mujeres embarazadas (PO1), recién nacidos (PO2), lactantes (PO3), niños y niñas de cuatro años (PO4), personas de quince y más años (PO5), mujeres de 25 a 64 años de edad (PO6), personas de 40 y más años de edad (PO7) y mujeres de 50 a 59 años de edad (PO8). Estas categorías corresponden a los grupos establecidos oficialmente para la evaluación de metas de cobertura del EMP en el sistema Isapre.⁴ Para los fines analíticos se priorizaron cuatro grupos de especial interés, definidos en función de su relevancia normativa, epidemiológica y de enfoque de género:

Figura 4

Poblaciones objetivo y problemas de salud



Variables

El análisis se estructura en función de tres tipos de variables —variables cualitativas, cuantitativas, e indicadores de género— que permiten operacionalizar los objetivos específicos del estudio. Estas variables fueron definidas con base en los lineamientos metodológicos de la Superintendencia de Salud, los Manuales de Cálculo de las Metas del Examen de Medicina Preventiva (EMP) 2022–2024 y las resoluciones normativas vigentes. Las variables cuantitativas se orientan al cumplimiento de los objetivos de la caracterización (de acuerdo con las variables cualitativas), y evaluación de cobertura del EMP.

⁴ Por dificultades de identificación de la población objetivo, se excluyó de este marco a las *Personas de 65 años y más*, para quienes se pesquisa la autonomía funcional a través del Cuestionario Estandarizado Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), que aplica a un subgrupo de adultos mayores entre 65 y más años (autovalentes y que a simple vista no presenten discapacidad). Al considerar su aplicación en un subgrupo de la población (de riesgo) y no a la población entera, no es posible deducir cuál es la población objetivo de esta prueba de sospecha diagnóstica, con base en los datos registrados en los archivos maestros.

Variables cualitativas

Las variables cualitativas permiten explorar la cobertura y comportamiento preventivo según características demográficas y estructurales de la población beneficiaria. Estas variables aseguran la comparabilidad entre grupos y la validez de los indicadores derivados, especialmente en los análisis por región, sexo y grupo etario.

Tabla 1

Variables cualitativas

Variable	Tipo	Descripción	Clasificación	Fuente	Observaciones
Sexo	Categórica	Identificación de la persona beneficiaria según sexo	Binaria (Hombres/Mujeres)	FA_Cotizante / FA_Carga	Permite la desagregación de resultados y análisis de brechas
Edad	Continua	Edad cumplida en años al momento del examen	Rangos: 15–24 / 25–39 / 40–59 / 60+	FA_Cotizante / FA_Carga	Recalculada anualmente según trienio de análisis
Macrozona	Categórica	Agrupación territorial funcional del sistema de salud según redes asistenciales	6 macrozonas (Norte, Centro Norte, Centro, Centro Sur, Sur, Extremo Sur)	FA_Cotizante	Derivada del documento Redes GES y No GES 2021 del MINSAL; reemplaza a la variable “Región”
Tipo Beneficiario	Categórica	Clasificación en relación con el contrato de salud	Cotizante/Carga	FA_Cotizante / FA_Carga	

Variables cuantitativas

El cumplimiento de metas de cobertura por problema de salud (PS) se mide como el porcentaje de personas tamizadas para el PS respecto a la población objetivo (definida por la normativa). En segundo lugar, el indicador de cumplimiento refleja el promedio equiponderado de cobertura alcanzado por cada población objetivo, según los problemas de salud que se pesquisan una y constituye el indicador central para evaluar el nivel de cumplimiento de la política preventiva.

Tabla 2

Variables cuantitativas

Variables	Definición operacional	Fuente de datos	Fórmula de cálculo	Observaciones
Casos observables	Personas que cumplen los requisitos establecidos para pertenecer a la PO y que les corresponde beneficiarse del EMP	Archivos Maestros de Prestaciones Bonificadas (PB) y Cotizantes y Cargas	N° de personas beneficiarias que pertenecen a la PO	Desagregado por año, región, sexo, edad y problema de salud
Casos observados	Personas de los casos observables que se realizaron el EMP (personas tamizadas)	Archivos Maestros de Prestaciones Bonificadas (PB) y Cotizantes y Cargas	N° personas de la PO tamizadas por problema de salud	Desagregado por año, región, sexo, edad y problema de salud
Cumplimiento de metas de Cobertura por problema de salud	Porcentaje de personas tamizadas respecto a la población objetivo	Archivos Maestros de Prestaciones Bonificadas (PB) y Cotizantes y Cargas	$(\text{Casos observados} / \text{Casos observables}) \times 100$	Desagregado por año, región y problema de salud
Cumplimiento de metas	Promedio equiponderado por población objetivo	Manual de Cálculo EMP (SISAL, 2022–2024)	$\sum(\omega_i \times \text{PS}_i)$	Desagregado por año y población objetivo

Indicadores de género

Los indicadores de género permiten abordar el objetivo de identificar las diferencias en el comportamiento preventivo entre hombres y mujeres en el contexto del EMP, complementando así el análisis de cobertura y permitiendo interpretar las brechas de acceso y la participación relativa por sexo dentro de cada población objetivo y problema de salud.

Tabla 3

Indicadores de género

Variable	Fórmula / Método	Descripción	Interpretación
Brecha de género en la cobertura EMP	$((\text{Cobertura mujeres} - \text{hombres}) / \text{hombres}) \times 100$	Estima la diferencia porcentual de acceso preventivo entre sexos	Valores positivos indican mayor cobertura femenina
Distribución porcentual de los Casos observado / observables, según sexo	$(\text{Casos observados} / \text{Total observados}) \times 100$	Mide la representación por sexo en la ejecución del EMP	Permite visualizar la sub o sobre presentación masculina o femenina
Razón de masculinidad de la población objetivo o de los casos observados (M / H)	$(\text{Hombres} / \text{Mujeres}) \times 100$	Describe cuántos hombres hay por cada 100 mujeres en cada segmento a analizar (población, casos observados) y cruce con otras variables de control	Valores >100 reflejan predominio masculino

El conjunto de variables constituye la base operativa del análisis estructurado e incide en los análisis de los indicadores de cobertura, equidad y desempeño asociados al Examen de Medicina Preventiva (EMP) en el sistema Isapre.

La articulación entre las variables y los indicadores de género permite garantizar la consistencia metodológica del estudio y la comparabilidad de los resultados entre años, regiones y poblaciones objetivo. A partir de estas definiciones estructurales, se procesaron los registros administrativos y se aplicaron los procedimientos estadísticos de cálculo de indicadores de cobertura y cumplimiento de metas, bajo criterios de trazabilidad, reproducibilidad y alineamiento con la normativa vigente.

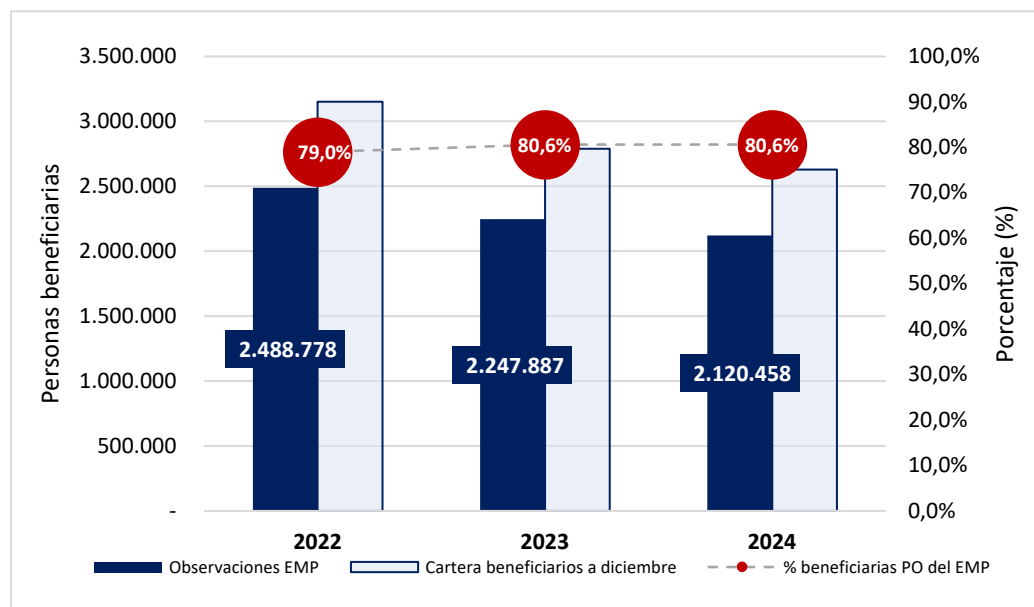
Tamaño de las poblaciones objetivo respecto de la cartera del sistema Isapre

Puesto que el análisis se realizó para el sistema privado, es importante reconocer la diferencia entre el tamaño de la población objetivo del EMP y la cartera del sistema Isapre: se obtiene como resultado que ésta equivale al 80% del total de personas beneficiarias en 2024, cifra que se mantiene en los años anteriores. La diferencia respecto a la cartera total de cada año radica en la movilidad de las personas en el sistema en cuanto a afiliaciones, desafiliaciones, salidas del sistema a lo largo del año de análisis, ya que quienes realicen alguna de estas acciones en relación con su contrato de salud, quedarían fuera de la condición de permanecer al menos 12 meses del año a evaluar en la misma aseguradora.



Figura 5

Personas beneficiarias del sistema Isapre a diciembre de cada año, población objetivo EMP y porcentaje



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.

La población objetivo del EMP ascendió a 2.120.458 en 2024, mostrando una disminución de 14,8% entre 2022 y 2024, tendencia que se observa no sólo en esta población sino en toda la cartera del sistema Isapre, ya que en este período las personas beneficiarias se vieron afectadas por los incrementos de precios de los contratos, lo que se correlaciona con un aumento de las desafiliaciones.

Limitaciones

El análisis que se propone en este estudio tiene algunas limitaciones que se deben considerar para el encuadre y alcance de los resultados. En primer lugar, hay un sesgo de selección respecto de las prestaciones elegibles para el análisis, que tiene su origen en las restricciones normativas, esto es, para que una prestación utilizada por la persona beneficiaria forme parte del EMP, esta debe haber sido gratuita, esto implica que otras prestaciones con copago son excluidas del análisis del cumplimiento de metas de cobertura y en consecuencia también fueron excluidas de las estadísticas de utilización de prestaciones preventivas de este documento.

Dado que el documento busca presentar descriptivamente los resultados de la regulación del EMP, el alcance está definido para la utilización de prestaciones que son elegibles, sin dejar de reconocer que, a nivel de sistema, los resultados pueden subestimar el uso efectivo de prestaciones, por cuenta de aquellas realizadas con copago por las personas beneficiarias, las que, por definición regulatoria, no formarían parte de la política pública de medicina preventiva.

Segundo, la utilización de prestaciones, para ser factible de capturar a partir de una metodología única para todas las aseguradoras, debe realizarse a partir de códigos arancelarios comunes, en

este caso hay dos conjuntos de códigos que son considerados: (1) aquellos definidos por regulación de la superintendencia de Salud mediante la Circular IF/N° 187 de 2013 y (2) códigos de la Modalidad de Libre Elección de Fonasa (MLE) que tienen el mismo objetivo trazador para los problemas de salud del EMP, esto significa que aquellos códigos propios de las aseguradoras para registrar prestaciones preventivas, no forman parte del conteo, pues no contribuyen a la generación de una metodología estándar para todo el sistema.

Tercero, la metodología se enmarca en el análisis descriptivo de los resultados de una implementación de regulación, más no constituye una evaluación de impacto de política pública, ya que hay limitaciones metodológicas para su desarrollo. Por un lado, no hay una línea de base de la implementación de la política en el sistema de salud privado; segundo, su implementación en el sistema público obedece a un modelo de atención primaria de salud, que no existe en el sistema privado, por lo que la evaluación integral de la política pública independiente del subsistema de salud, de realizarse, debe ser bajo supuestos y no corresponde al alcance las funciones regulatorias de esta Superintendencia.

Cuarto, aunque el estudio incorpora el enfoque de género, las limitaciones en la disponibilidad de datos sobre identidad de género, conducen a un análisis con base en datos desagregados por sexo, reflejando un marco binario (mujer u hombre). Finalmente, al ser un estudio explícitamente descriptivo, puede identificar tendencias, pero no puede establecer inferencias causales de estas variaciones. De ahí que, los hallazgos son presentados como indicios de diferencias de género.

5. Resultados

5.1. Caracterización de la población

Caracterización de las poblaciones objetivos por edad y sexo

En 2022 se registraron 2.488.791 personas beneficiarias, cifra que descendió a 2.247.895 en 2023 y continuó ajustándose hasta 2.120.461 en 2024. En los tres años se observa una mayor participación de hombres en todos los grupos de edad, destacando el de 30 a 44 años (Ver %F en Tabla 4), mientras que las mujeres en los tres años predominaron en el grupo de 60 años o más (51%).

A nivel de tramos etarios (Ver %C en Tabla 4), los grupos de mayor tamaño corresponden a las personas entre 30 y 44 años, que pasaron de 856.808 personas en 2022 a 702.268 en 2024, y a las personas entre 45 y 59 años, que disminuyeron de 607.900 a 543.635 en el mismo periodo, aunque en términos relativos todos los grupos mantienen un porcentaje similar respecto al total entre años. Por su parte, el grupo de 18 a 29 años muestra una reducción sostenida en el período, de 435.800 en 2022 a 323.166 en 2024 (18%, 16% y 15%, del total poblacional respectivamente). Finalmente, la población de personas de 60 años o más se mantuvo relativamente estable, con 421.230 personas beneficiarias en 2022 y 412.993 en 2024.

Tabla 4

Distribución de la población beneficiaria del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en el sistema de salud privado, según sexo y grupo de edad, entre 2022-2024

Edad	2022			2023			2024		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0 a 17	85.766	81.287	167.053	75.349	71.867	147.216	70.834	67.565	138.399
%F	51%	49%	100%	51%	49%	100%	51%	49%	100%
%C	6%	7%	7%	6%	7%	7%	6%	7%	7%
18 a 29	236.009	199.791	435.800	194.165	169.483	363.648	170.757	152.409	323.166
%F	54%	46%	100%	53%	47%	100%	53%	47%	100%
%C	18%	17%	18%	16%	16%	16%	15%	15%	15%
30 a 44	488.423	368.385	856.808	430.419	331.360	761.779	393.028	309.240	702.268
%F	57%	43%	100%	57%	43%	100%	56%	44%	100%
%C	36%	32%	34%	36%	32%	34%	35%	31%	33%
45 a 59	324.200	283.700	607.900	298.727	263.245	561.972	288.295	255.340	543.635
%F	53%	47%	100%	53%	47%	100%	53%	47%	100%
%C	24%	25%	24%	25%	25%	25%	26%	26%	26%
60 o más	205.358	215.872	421.230	200.995	212.285	413.280	201.112	211.881	412.993
%F	49%	51%	100%	49%	51%	100%	49%	51%	100%
%C	15%	19%	17%	17%	20%	18%	18%	21%	19%
Total	1.339.756	1.149.035	2.488.791	1.199.655	1.048.240	2.247.895	1.124.026	996.435	2.120.461
%F	54%	46%	100%	53%	47%	100%	53%	47%	100%
%C	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.
(%F = porcentaje fila / %C = porcentaje columna).

Distribución territorial según población objetivo del EMP

Entre 2022 y 2024 se observa una disminución de las poblaciones objetivo del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en todas las macrozonas del país⁵, en línea con lo observado en el apartado anterior por grupos de edad. El total nacional pasó de 2.489.323 exámenes en 2022 a 2.120.804 en 2024, equivalente a una reducción de 14,8%. En todos los años, la macrozona Centro concentró la mayor proporción de población objetivo (Ver %C en Tabla 5), seguida por las macrozonas Sur y Centro Norte, mientras que las zonas Centro Sur y Extremo Sur registraron los valores más bajos. En términos de su distribución según sexo (Ver %F en Tabla 5), en todas las regiones hay más hombres que mujeres en la población objetivo.

Tabla 5

Distribución territorial de exámenes EMPA según macrozona, sexo y total nacional, 2022-2024

2022						
Macrozona	Población objetivo			Exámenes realizados		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Norte	118.250	88.823	207.073	49.224	53.806	103.030
%F	57%	43%	100%	48%	52%	100%
%C	9%	8%	8%	9%	8%	8%
Centro norte	140.446	115.161	255.607	58.505	68.874	127.379
%F	55%	45%	100%	46%	54%	100%
%C	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Centro	774.689	700.944	1.475.633	323.484	432.950	756.434
%F	52%	48%	100%	43%	57%	100%
%C	58%	61%	59%	58%	61%	60%
Centro sur	92.001	73.232	165.233	40.087	46.454	86.541
%F	56%	44%	100%	46%	54%	100%
%C	7%	6%	7%	7%	7%	7%
Sur	132.163	107.721	239.884	55.209	65.627	120.836
%F	55%	45%	100%	46%	54%	100%
%C	10%	9%	10%	10%	9%	10%
Extremo Sur	82.481	63.412	145.893	35.027	39.401	74.428
%F	57%	43%	100%	47%	53%	100%
%C	6%	6%	6%	6%	6%	6%
Total	1.340.030	1.149.293	2.489.323	561.536	707.112	1.268.648
%F	54%	46%	100%	44%	56%	100%

⁵ Para este análisis se utilizó la división del país en macrozonas en lugar de regiones administrativas, siguiendo la clasificación del documento Redes GES y No GES 2021 del Ministerio de Salud de Chile (<https://leyricartesoto.minsal.cl/laravel-filemanager/files/1/GES/Redes%20Ges%20y%20No%20Ges%202021%20-.pdf>). Esta metodología permite una representación más coherente con la organización funcional de las redes asistenciales y reduce la dispersión estadística entre regiones de baja población, favoreciendo un análisis territorial más estable de la cobertura EMPA.

a Macrozona Norte incluye los Servicios de Salud Arica, Iquique, Antofagasta y Atacama. La Macrozona Centro Norte agrupa los Servicios de Salud Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar-Quillota y Aconcagua. La Macrozona Centro corresponde a los Servicios de Salud Metropolitanos Norte, Sur, Central, Occidente, Oriente y Sur Oriente. La Macrozona Centro Sur incorpora los Servicios de Salud O'Higgins y Maule. La Macrozona Sur reúne los Servicios de Salud Ñuble, Concepción, Talcahuano, Arauco, Bío Bío y Araucanía Norte. Finalmente, la Macrozona Extremo Sur comprende los Servicios de Salud Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aysén y Magallanes.

2022

Macrozona	Población objetivo			Exámenes realizados		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
%C	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2023

macrozona	Población objetivo			Exámenes realizados		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Norte	103.505	77.334	180.839	29.862	35.131	64.993
%F	57%	43%	100%	48%	52%	100%
%C	9%	7%	8%	9%	8%	8%
Centro norte	126.804	105.009	231.813	38.763	47.339	86.102
%F	55%	45%	100%	46%	54%	100%
%C	11%	10%	10%	11%	10%	11%
Centro	699.672	649.196	1.348.868	190.608	274.421	465.029
%F	52%	48%	100%	43%	57%	100%
%C	58%	62%	60%	55%	60%	58%
Centro sur	81.440	65.275	146.715	26.819	31.346	58.165
%F	56%	44%	100%	46%	54%	100%
%C	7%	6%	7%	8%	7%	7%
Sur	115.744	95.142	210.886	38.175	46.626	84.801
%F	55%	45%	100%	46%	54%	100%
%C	10%	9%	9%	11%	10%	11%
Extremo Sur	72.713	56.492	129.205	22.062	25.108	47.170
%F	56%	44%	100%	47%	53%	100%
%C	6%	5%	6%	6%	5%	6%
Total	1.199.878	1.048.448	2.248.326	346.289	459.971	806.260
%F	53%	47%	100%	44%	56%	100%
%C	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2024

Macrozona	Población objetivo			Exámenes realizados		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Norte	95.691	71.769	167.460	24.921	31.400	56.321
%F	57%	43%	100%	44%	56%	100%
%C	9%	7%	8%	8%	7%	7%
Centro norte	118.312	99.094	217.406	33.608	43.891	77.499
%F	54%	46%	100%	43%	57%	100%
%C	11%	10%	10%	10%	10%	10%
Centro	660.631	623.467	1.284.098	184.698	277.536	462.234
%F	51%	49%	100%	40%	60%	100%
%C	59%	63%	61%	58%	62%	60%
Centro sur	76.278	61.952	138.230	24.574	30.380	54.954

2024

Macrozona	Población objetivo			Exámenes realizados		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
%F	55%	45%	100%	45%	55%	100%
%C	7%	6%	7%	8%	7%	7%
Sur	106.884	88.672	195.556	34.531	44.310	78.841
%F	55%	45%	100%	44%	56%	100%
%C	10%	9%	9%	11%	10%	10%
Extremo Sur	66.406	51.648	118.054	18.055	22.348	40.403
%F	56%	44%	100%	45%	55%	100%
%C	6%	5%	6%	6%	5%	5%
Total	1.124.202	996.602	2.120.804	320.387	449.865	770.252
%F	53%	47%	100%	42%	58%	100%
%C	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.
(%F = porcentaje fila / %C = porcentaje columna).

Distribución territorial⁶ por exámenes realizados según población total EMP

Se realizaron 1.268.648 exámenes en 2022 y 770.252 en 2024. En todos los años analizados, las mujeres representaron una proporción mayor que los hombres; entre 2022 y 2024, la participación de las mujeres alcanzó 56% a 58% del total de exámenes observados. La distribución territorial muestra una alta concentración de exámenes en la zona Centro, que agrupa el 60% del total nacional, mientras las macrozonas Norte y Extremo Sur, en conjunto, no superan el 15%, reflejando diferencias territoriales estables en la cobertura del EMP, esto se explica porque la cobertura del sistema Isapre se concentra en las áreas más pobladas del país. Aunque la cobertura total disminuyó en todas las macrozonas entre 2022 y 2024, la proporción relativa entre zonas se mantuvo estable.

Descripción de los problemas de salud pesquisados por población objetivos

Como se observa en la Tabla 6, las mujeres embarazadas (PO1) presentan seis problemas pesquisados con frecuencias similares, que en 2022 se sitúan entre 10.747 y 13.393 tamizajes. En 2023 y 2024 se observa una disminución en todos los problemas de este grupo, alcanzando rangos entre 7.540 y 9.725 en 2023 y entre 5.444 y 7.256 en 2024, con participaciones relativas cercanas al 0,4%–0,6% respecto al total anual de prestaciones. En los recién nacidos (PO2), las pesquisas de fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y displasia de caderas alcanzan entre 15.682 y 20.403 casos en 2022, descendiendo a cifras cercanas a 10.000 en 2024. El total anual tamizado no corresponde a individuos únicos, dado que una misma persona puede pertenecer a más de una población objetivo durante el periodo evaluado.

⁶ Los totales según macrozona pueden diferir en bajas magnitudes respecto de los totales generales, debido al subregistro del campo "Región" en los archivos maestros.



Tabla 6*Número de tamizajes por tipo de problema de salud y población objetivo del EMP, 2022-2024*

PO	Población Objetivo	Problema Salud	2022	2023	2024
PO1	Mujeres embarazadas	Diabetes en el embarazo	12.912	9.725	7.256
		Infección por VIH	10.747	7.540	5.444
		Sífilis	12.909	8.774	6.565
		Infección urinaria	12.139	7.866	5.821
		Sobrepeso y obesidad	13.393	8.014	5.655
		Hipertensión arterial	13.393	8.014	5.655
PO2	Recién nacidos	Fenilcetonuria	15.813	14.183	10.460
		Hipotiroidismo congénito	15.682	13.868	10.078
		Displasia del desarrollo de caderas (RN)	20.403	13.787	10.141
PO3	Lactantes	Displasia del desarrollo de caderas (lactantes 3 meses)	19.140	12.502	9.706
PO4	Niños y niñas de 4 años	Sobrepeso y obesidad (niños 4 años)	36.554	19.460	15.905
		Ambliopía, estrabismo y defectos visuales	38.673	19.970	16.563
PO5	Personas de 15 y más años	Sobrepeso y obesidad	681.922	285.118	256.866
		Diabetes mellitus	796.313	538.174	520.494
		Hipertensión arterial (15+ años)	672.278	283.094	255.236
PO6	Mujeres de 25 a 64 años de edad	Cáncer cervicouterino	167.956	104.279	119.877
PO7	Personas de 40 y más años de edad	Dislipidemia (40+ años)	502.621	252.849	258.958
PO8	Mujeres de 50 a 59 años de edad	Cáncer de mama (mujeres 50-59 años)	48.796	23.662	20.875
	Total		3.091.644	1.630.879	1.541.555

Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.

En los lactantes (PO3), la displasia de caderas registra 19.140 tamizajes en 2022 y desciende a 9.706 en 2024, mientras que en los niños y niñas de 4 años (PO4) las pesquisas nutricionales y visuales suman aproximadamente 75.000 tamizajes en 2022 y disminuyen a valores en torno a 32.000 en 2024. Las personas de 15 y más años (PO5) concentran la mayor cantidad de pesquisas del Examen de Medicina Preventiva. En 2022, la diabetes mellitus registra 796.313 tamizajes, seguida por sobrepeso y obesidad con 681.922 e hipertensión arterial con 672.278, cifras que disminuyen a valores entre 255.236 y 520.494 en 2024.

En las mujeres de 25 a 64 años (PO6), el tamizaje de cáncer cervicouterino alcanza 167.956 tamizajes en 2022 y se sitúa en 119.877 en 2024. En las personas de 40 y más años (PO7), la dislipidemia registra 502.621 tamizajes en 2022 y cerca de 259.000 en 2024. Finalmente, en las mujeres de 50 a 59 años (PO8), la pesquisa de cáncer de mama disminuye de 48.796 tamizajes en 2022 a 20.875 en 2024.

5.2 Comportamiento preventivo de hombres y mujeres en el EMP

Desde la perspectiva de género, las diferencias entre hombres y mujeres en la salud se manifiestan, en parte, en una dicotomía de las conductas preventivas. La socialización masculina, impulsada por normas de autosuficiencia y fortaleza, conduce a una cultura del riesgo y a la reticencia a buscar ayuda, resultando en mayor morbilidad y mortalidad prematura en los hombres (OPS, 2019; INE, 2020; Patwardhan *et al.*, 2024). En contraste, las mujeres adoptan un rol de mayor autocuidado e interacción frecuente con el sistema sanitario, sin que esto se traduzca en un acceso más equitativo para ellas, pues las desigualdades de género persisten en la respuesta del sistema de salud, el cual a menudo presenta un sesgo en el diagnóstico, en el esfuerzo terapéutico y la investigación médica.

En este apartado se exploran indicadores de género para identificar las conductas de hombres y mujeres en torno a la prevención, con énfasis en cuatro poblaciones objetivo priorizadas en función de su relevancia normativa, epidemiológica y de enfoque de género; dado que el comportamiento preventivo es la base de lo que se busca explorar en este apartado, el análisis descriptivo se enfoca en los casos observados, es decir, en las personas de la población objetivo que tomaron la acción preventiva de realizarse los tamizajes para los problemas de salud. A saber:

1. Personas de 15 años y más para los problemas de salud:
 - ✓ Sobrepeso y obesidad
 - ✓ Diabetes Mellitus
 - ✓ Hipertensión arterial
2. Personas de 40 años y más para el problema de salud Dislipidemia
3. Mujeres de 25 a 64 años para el problema de salud Cáncer cervicouterino
4. Mujeres de 50 a 59 años para el problema de salud Cáncer de mama

5.2.1 Comportamiento preventivo en personas de 15 años y más

Contexto epidemiológico

De acuerdo con la reciente Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2023-2024, entre las enfermedades crónicas, la más prevalente en las personas informantes de la encuesta (15 años y más) fue la Hipertensión Arterial (HTA), con un indicador de 25,4%; mostrando además una mayor prevalencia en mujeres (27,6%) que en hombres (23,2%). La misma encuesta releva que la Diabetes Mellitus (DM) se encuentra en el quinto lugar de enfermedades crónicas no transmisibles en Chile con una prevalencia de 13,9%, la DM es mayor en mujeres (16,0%) que en hombres (11,7%) (SSP, 2025).

Respecto al sobrepeso y la obesidad, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, releva en que Chile tenía una alta prevalencia en este problema de salud, con 39,8% de personas con sobrepeso, 31,2% personas obesas y 3,2% con obesidad mórbida. Según sexo, los hombres



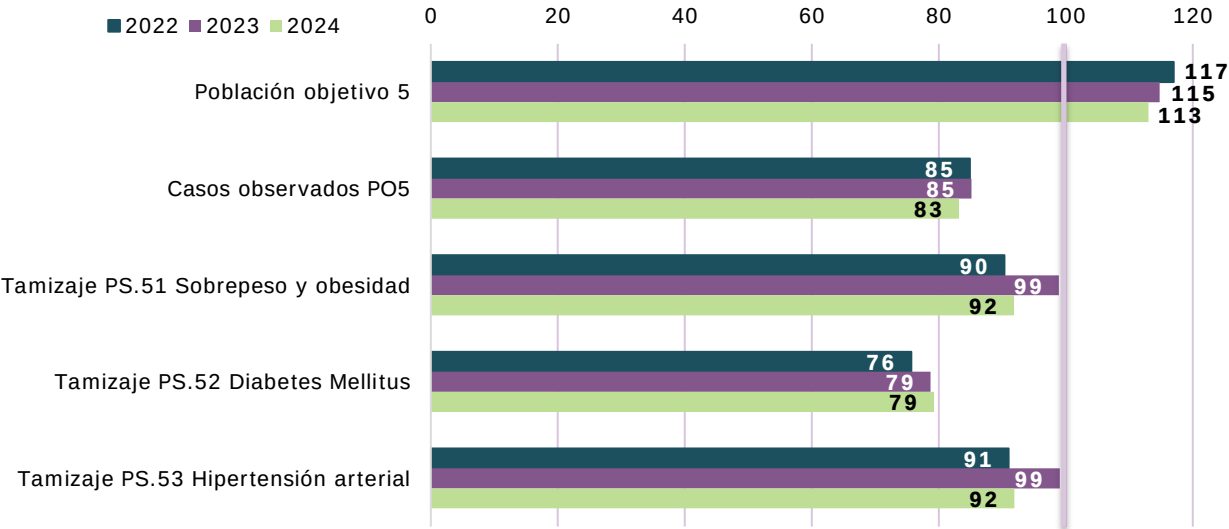
tuvieron una mayor prevalencia de sobrepeso que las mujeres (43,3% y 36,4% respectivamente). Mientras las mujeres están sobrerrepresentadas en la prevalencia de obesidad y obesidad mórbida (ENS, 2017).

Diferencias por sexo en la utilización de las prestaciones preventivas del EMP por personas de 15 años y más (PO5)

La población de 15 años y más, en términos de su composición según sexo, tiene un predominio de hombres, por cada 100 mujeres hay 113 hombres (2024); en la Figura 6 se aprecia que la razón de masculinidad de la población objetivo 5 (PO5), entre 2022 y 2024, ha disminuido progresivamente, pasando de 117 en 2022 a 113 en 2024. Esta reducción es consistente con el descenso de la población del sistema privado, tanto en mujeres, como en hombres, aunque en estos últimos en una mayor proporción.

Por su parte, en los casos observados, es decir quienes se realizaron alguno de los tamizajes preventivos de enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión y obesidad, hay una subrepresentación de hombres, de ahí que, por cada 100 mujeres que se realizaron un tamizaje preventivo de enfermedades crónicas, hay entre 83 a 85 hombres que lo hicieron entre 2022 y 2024. Entonces, en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles que se tamizan en el EMP, se puede destacar que, si bien en la población objetivo de 15 años y más, hay más hombres que mujeres, ellos se realizan menos controles preventivos que las mujeres.

Figura 6
Razones de masculinidad en PO, Casos observados PO5 y Casos observados según PS en personas de 15 años y más, según año

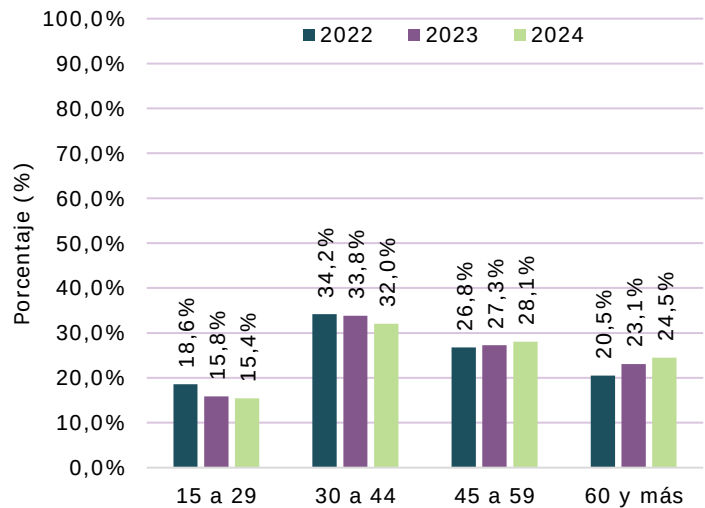


Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

En los casos observados según problema de salud, hay diferencias en cuanto a conductas preventivas entre hombres y mujeres, en el tamizaje de diabetes Mellitus, donde por cada 100 mujeres que se practican los exámenes, hay entre 76 y 79 hombres que lo hacen entre 2022 y 2024. Respecto al sobrepeso y obesidad y la hipertensión arterial, la conducta de los hombres es similar y cercana a la de las mujeres, siendo el año 2023 aquel en que la razón masculinidad estuvo más próxima a la igualdad, con 99 hombres tamizados por cada 100 mujeres.

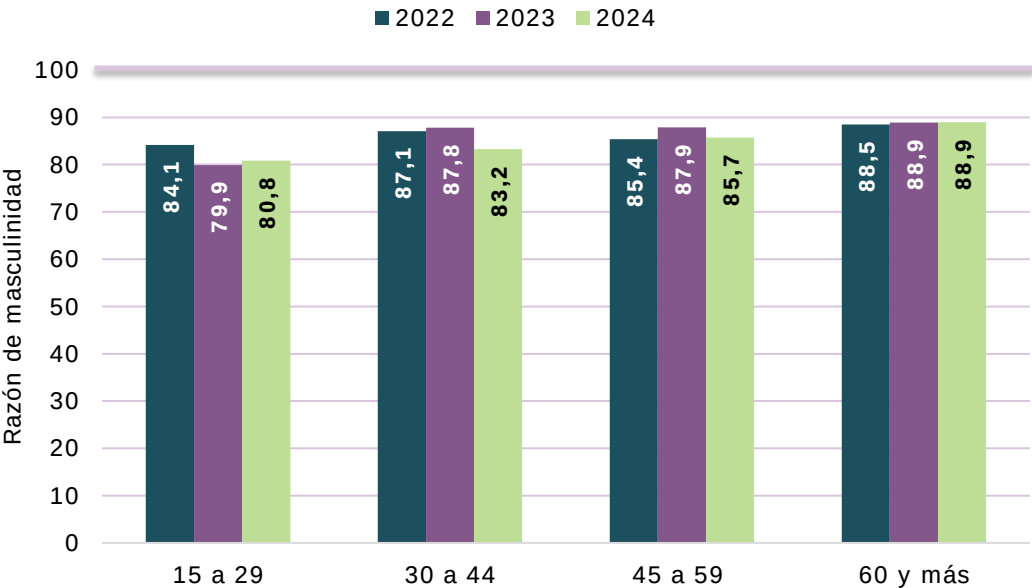
En relación con la edad de quienes se realizan los tamizajes, se observa que están concentrados principalmente en los grupos etarios de 30 a 44 años y 45 a 59 años, que en todos los años representaron aproximadamente el 60% de los casos observados (Ver Figura 7). Mientras el grupo de 15 a 29 años ha tendido a estabilizarse en torno a 15% en los últimos dos años.

Figura 7
Distribución de los casos observados según grupo etario y año



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

Figura 8
Razón de masculinidad de los Casos observados PO5, según grupos etarios y año



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

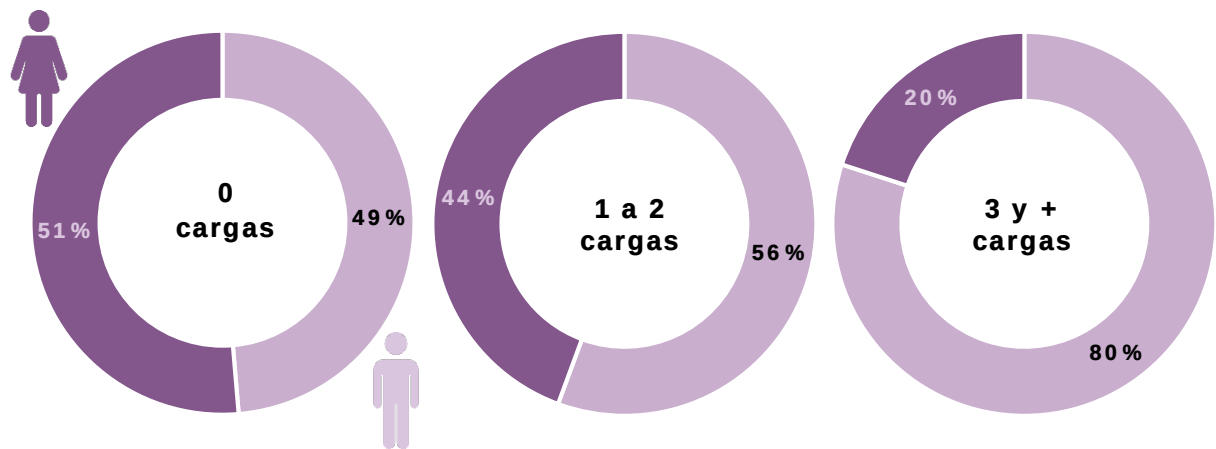
En todos los grupos de edad se observa que las mujeres se realizan más controles preventivos para los PS de la PO5, ya que la razón de masculinidad se encuentra en todos los casos por debajo de 100, señalando que por cada 100 mujeres en el grupo de edad que se realizaron los tamizajes, hay menos de 100 hombres que lo hicieron (Ver Figura 8). El grupo donde es más marcado esto, es el de las personas de 15 a 29 años. Si bien la conducta preventiva no es igual entre hombres y mujeres en los distintos grupos de edad, la distancia para que la relación sea 1 a 1 no es tan amplia, por ejemplo, por cada 100 mujeres de 60 y más años que se realizan un tamizaje, hay 89 hombres que lo hacen.

En relación con el contrato de salud las personas beneficiarias del sistema Isapre se clasifican como cotizantes o cargas; la mayoría de quienes se realizan los tamizajes de enfermedades crónicas son cotizantes con un 76% en el último año (2024) y porcentajes similares en 2022 (75%) y 20223 (77%), lo que sitúa a las cargas entre 23 y 25% de quienes se realizan los tamizajes. Las mujeres por su parte están sobre representadas entre quienes se clasifican como cargas, 8 de cada 10 son mujeres, mientras en el caso de las personas cotizantes, entre 2022 y 2024, su participación fluctuó entre 47% y 48%, siendo este último en 2024 y en el caso de los hombres la participación entre quienes se clasifican como cotizantes, fluctuó entre 53% (2022 y 2023) y 52% (2024).



De acuerdo con la cantidad de cargas beneficiarias, el perfilamiento de las personas cotizantes que se realizan los tamizajes reveló que en 2024 la mayoría no tenía cargas (62%), mientras el 33% de las personas cotizantes tuvieron entre 1 y 2 cargas y el 5%, 3 y más cargas. Los porcentajes no presentan variaciones de más de un punto porcentual entre los años evaluados. Si se observan en la Figura 9 las categorías de cargas según sexo, se aprecia que entre quienes se realizaron los tamizajes, son los hombres los que registran un mayor porcentaje de cargas en sus planes de salud, especialmente cuando se trata de 3 y más cargas. Situación que más que una variable del comportamiento preventivo, revela una característica del sistema Isapre en relación con las cargas beneficiarias (Sánchez, 2024).

Figura 9
Distribución porcentual de la cantidad de cargas según sexo



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.

Finalmente, la mayor parte de las personas tamizadas se encuentra en la macrozona centro con un 59%, seguida por Sur con 11% y Centro norte con 10% y estás tres macrozonas también son aquellas donde la razón de masculinidad es más baja, señalando que por cada 100 mujeres que se realizan los tamizajes menos de 100 hombres lo hacen, en este caso 79, 88 y 88, respectivamente, como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7
Distribución porcentual de las personas tamizadas, según región y año

Macrozona	Porcentaje	Razón de masculinidad
Norte	8%	92
Centro norte	10%	88
Centro	59%	79
Centro sur	8%	90
Sur	11%	88
Extremo Sur	5%	94

Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

5.2.2 Comportamiento preventivo en personas de 40 años y más

Contexto epidemiológico

En este apartado se analizan los resultados de comportamiento preventivo para el problema de salud dislipidemia, que refiere a cualquier situación clínica en la que existan concentraciones anormales de lípidos circulantes, esto es, colesterol total, colesterol de alta (HDL) o baja densidad (LDL) (Resolución exenta 1236 de 2010). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un 27,8% de las personas de 20 años y más reporta niveles de Colesterol Total sobre los 200 mg/dL, y un 6,6% sobre 240 mg/dL. En el caso del colesterol HDL bajo, hay un 45,8% de personas de 20 años y más. Finalmente, un 35,8% de personas de 20 años y más se encuentra con niveles de Triglicéridos sobre los 150 mg/dl, con diferencias significativas entre hombres (41,5%) y mujeres (30,2%).

Comportamiento preventivo de hombres y mujeres de 40 años y más

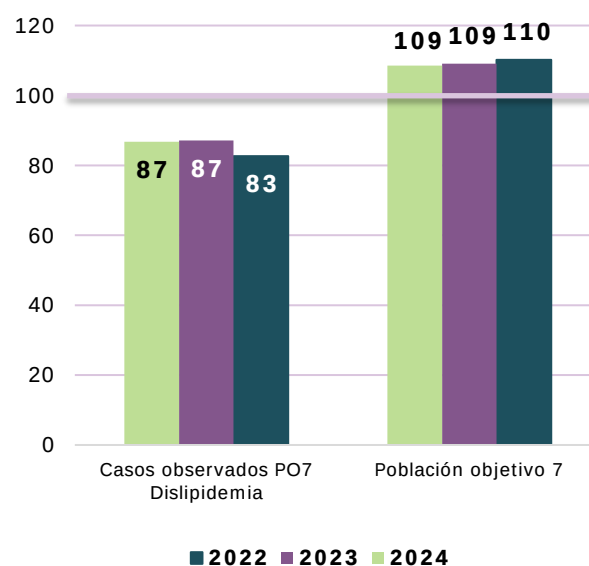
En la población de 40 años por cada 100 mujeres hay 109 hombres (2024); en la Figura 10, se aprecia que la razón de masculinidad de esta población objetivo, entre 2022 y 2024, se ha mantenido en 109 y 110. Por su parte, los casos observados, es decir, quienes se realizaron el tamizaje preventivo de dislipidemia, tienen una subrepresentación de hombres, de ahí que, por cada 100 mujeres que se realizaron un tamizaje, hay entre 83 (2022) a 87 (2023 y 2024) hombres que lo hicieron. Entonces, en relación con la dislipidemia, se puede destacar que, si bien en la población objetivo de 40 años y más, hay más hombres que mujeres, ellos se realizan menos controles preventivos que las mujeres, conducta consistente con lo identificado en población de 15 años y más.

En relación con la edad de quienes se realizan los tamizajes, se observa que están concentrados en el tramo etario de 45 a 59 años, que en todos los años representaron aproximadamente el 47% (2024) de los casos observados (Ver Figura 11).

Seguido por las personas de 60 años y más con un 33% (2024) y finalmente el grupo de 40 a 44 años que tuvieron una participación del 20% de los tamizajes realizados para esta población. Las participaciones anuales según tramos de edad se mantuvieron estables a lo largo de los tres años, con variaciones que no superaron un punto porcentual.

Figura 10

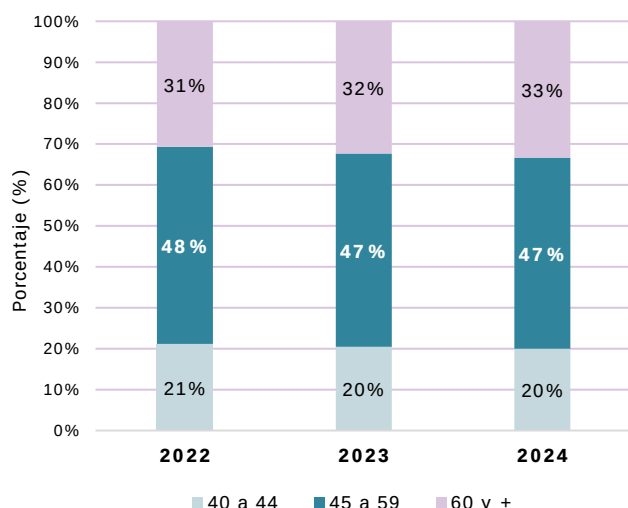
Razones de masculinidad en PO, Casos observados PO5, según año



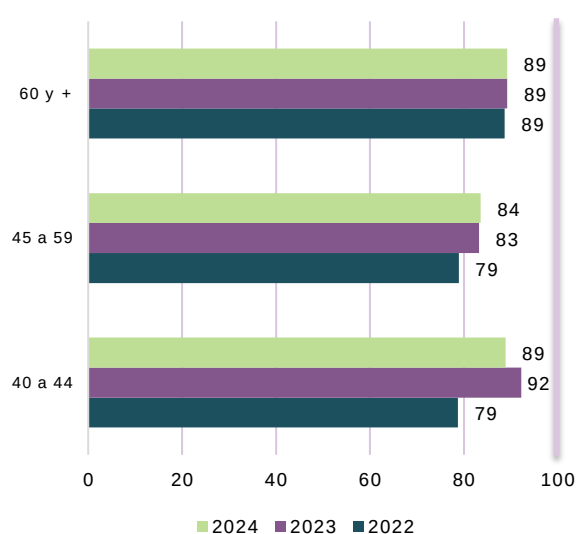
Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

Figura 11

Distribución de los casos observados según grupo etario y año

**Figura 12**

Razón de masculinidad de los Casos observados PO5, según grupos etarios y año



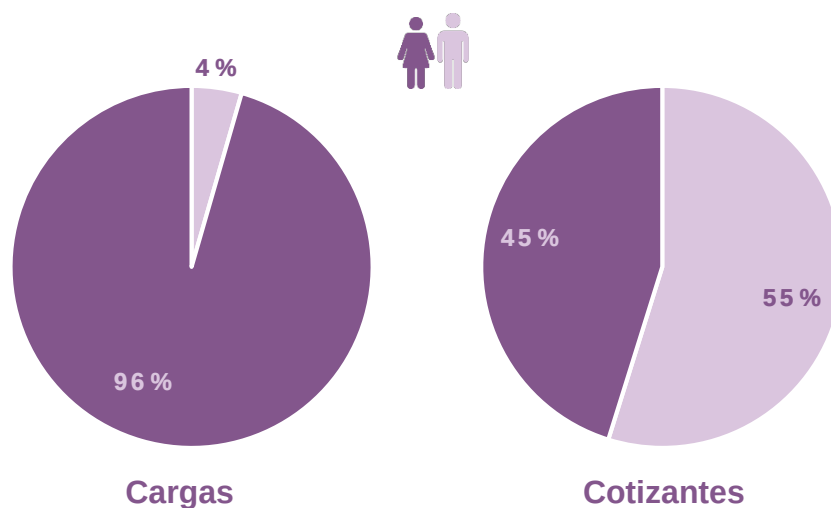
Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

En todos los grupos de edad se observa que las mujeres se realizan más controles preventivos para el PS dislipidemia, ya que la razón de masculinidad se encuentra en todos los casos por debajo de 100, señalando que por cada 100 mujeres que se realizaron el tamizaje, hay menos de 100 hombres que lo hicieron (Ver Figura 12). Si bien la conducta preventiva no es igual entre hombres y mujeres en los distintos grupos de edad, la distancia para que la relación sea 1 a 1 es pequeña, por ejemplo, por cada 100 mujeres de 60 y más años que se realizan un tamizaje de dislipidemia, hay 89 hombres que lo hicieron.

Como se puede observar en la Figura 13, de acuerdo a su relación con el contrato de salud; la mayoría de quienes fueron tamizados son cotizantes con un 83% en el último año (2024) y 82% en los dos años anteriores (2022 y 2023), lo que sitúa a las cargas entre 17% y 18%. Las mujeres por su parte están sobre representadas entre quienes se clasifican como cargas, 96% son mujeres, porcentajes que se mantuvieron estables entre 2022 y 2024. Mientras en el caso de las personas cotizantes, entre 2022 y 2024, su participación fluctuó entre 45% (2022 y 2024) y 44% (2023) y en el caso de los hombres la participación entre quienes se clasifican como cotizantes, fluctuó entre 55% (2022 y 2024) y 56% (2023).

Figura 13

Distribución porcentual de cargas y cotizantes, según sexo

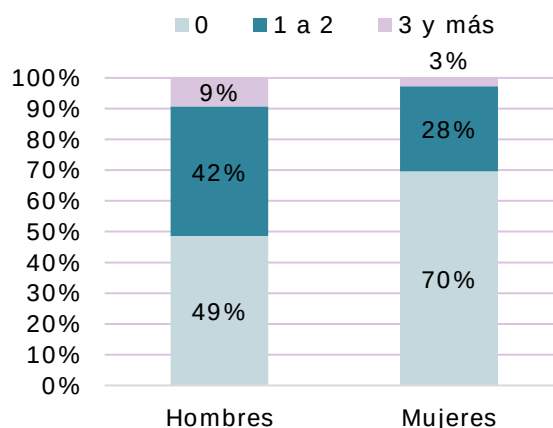


Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

En relación con la cantidad de cargas (Ver Figura 14), el perfil de las personas cotizantes que se realizaron los tamizajes reveló que en 2024 la mayoría no tenía cargas (58%), mientras el 36% de las personas cotizantes tuvieron entre 1 y 2 cargas y el 6%, 3 y más cargas. Los porcentajes no presentan variaciones de más de un punto porcentual entre los años evaluados. Si se observan las categorías de cargas según sexo, se aprecia que entre quienes se realizaron los tamizajes, son los hombres los que registran un mayor porcentaje de cargas en sus planes de salud, especialmente cuando se trata de 1 a 2 cargas. A su vez, llama la atención que entre las mujeres cotizantes de 40 años y más que se realizaron el tamizaje de dislipidemia, un 70% no tiene cargas beneficiarias en su plan de salud.

Figura 14

Distribución porcentual de la cantidad de cargas según sexo



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.

5.2.3 Comportamiento preventivo en mujeres de 25 a 64 años de edad

Contexto epidemiológico

En este apartado se analizan los resultados de comportamiento preventivo para el problema de salud cáncer cervicouterino (CaCu). En Chile al año 2022, según las estimaciones de la *International Agency for Research on Cancer* (IARC) de la Organización Mundial de la Salud, el CaCu representó el 5,8% de todos los casos nuevos de cáncer, constituyendo el cuarto tipo más frecuente en mujeres. La estimación de las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad fue de 11,3 y 5,2 por cada 100.000 mujeres, respectivamente. Al año 2022, se reportaron 825 defunciones por esta enfermedad.

Comportamiento preventivo de mujeres de 25 a 64 años de edad

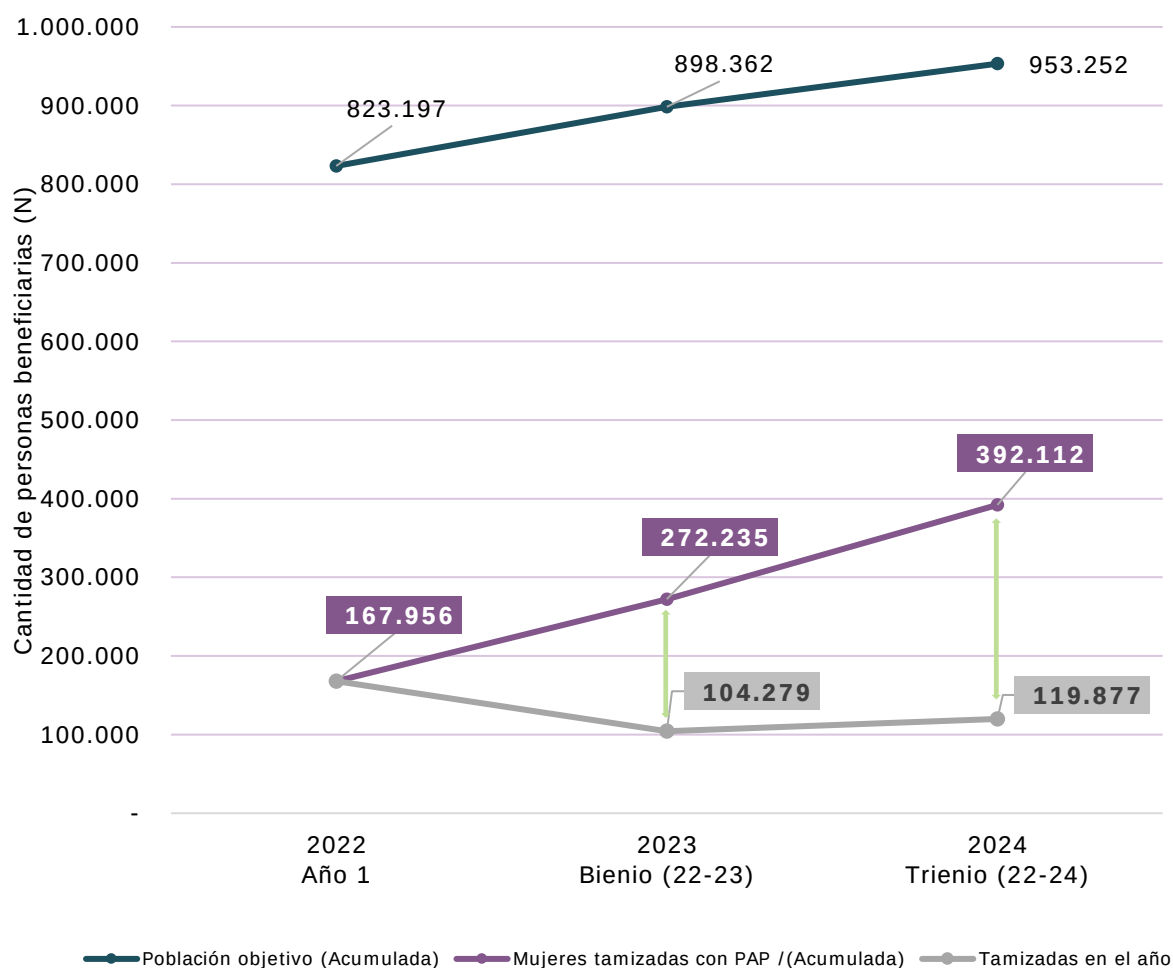
La población de mujeres de 25 a 64 años fue analizada como población en control, es decir, población que se encuentra vigente cada año, dada la vigencia del tamizaje del PAP (cada 3 años), siendo el primer año de medición el 2022. De ahí que, como se puede observar en la Figura 15, año a año la población controlada el año t-1 se suma a la población tamizada en el año t, esto es, en el año 2022, en el sistema Isapre 823.197 mujeres formaban parte de la población objetivo (25 a 64 años), a quienes por criterio de edad les corresponde realizarse el PAP. Ese mismo año, 167.956 beneficiarias se realizaron el tamizaje; el siguiente año, la PO pudo haber variado por distintas razones: (1) Ingreso de mujeres al sistema; (2) beneficiarias que cumplen la edad que las hace parte de la PO (25 años); (3) Movilidad de las beneficiarias entre Isapres; (4) afiliadas del año t-1 que no estuvieron 12 meses consecutivos ese año, y que pasan en el año t a cumplir el criterio de vigencia de 12 meses.

En consecuencia, en el segundo año de la medición se construye el bienio 2022-2023, con una PO de 898.362 beneficiarias, así mismo como se acumulan las beneficiarias en la población objetivo, también se acumulan las mujeres tamizadas en 2022 y 2023, siendo estas 272.235 beneficiarias. No obstante, la cantidad de beneficiarias de la PO efectivamente tamizadas en 2023, fue de 104.279. Por su parte, en el tercer año, se acumula el trienio 2022-2024 con un total de 953.252 beneficiarias, de las cuales 392.112 están en control, es decir, tienen su tamizaje al día, de quienes las tamizadas el año 2024 fueron 119.877.

Si bien, la población en control va aumentando progresivamente en el trienio, es visible también que la cantidad de beneficiarias tamizadas fue mayor el primer año, disminuyó en el segundo año y aumentó en el tercer año. Esta variación tiene, en parte, sustento en la regulación respecto a las metas de cobertura; ya que año a año, el sistema tiende a situarse en el límite de cumplimiento fijado por la Superintendencia de Salud. Además, algunas beneficiarias se realizan el PAP realizando un copago y, en consecuencia, no son parte del conteo, ya que regulatoriamente sólo forman parte del EMP quienes hayan utilizado prestaciones sin copago.

Figura 15

Población objetivo y mujeres tamizadas con Papanicolau (Casos observados), según año



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.

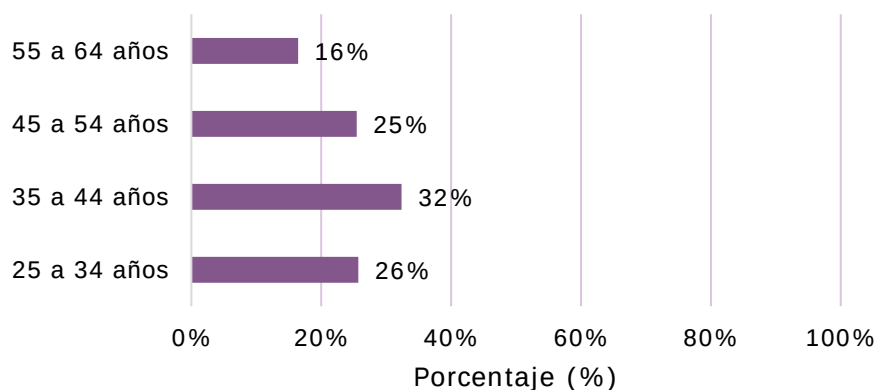
A nivel de sistema de salud privado, en el trienio 2022-2024, 4 de cada 10 mujeres de la población objetivo del EMP se realizaron el tamizaje del PAP. En términos de grupos de edad, el 32% de las mujeres que acuden a realizarse el PAP en el trienio tienen entre 35 y 44 años; seguidas por el grupo de 25 a 34 años con 26%. El grupo de edad que tiene la más baja participación entre quienes se realizaron el PAP, es el de las mujeres de 55 a 64 años con 16% (Ver Figura 16).

4 de cada 10 mujeres de la PO se realizó el PAP entre 2022 y 2024



Figura 16

Distribución de los casos observados según grupo etario, 2022-2024



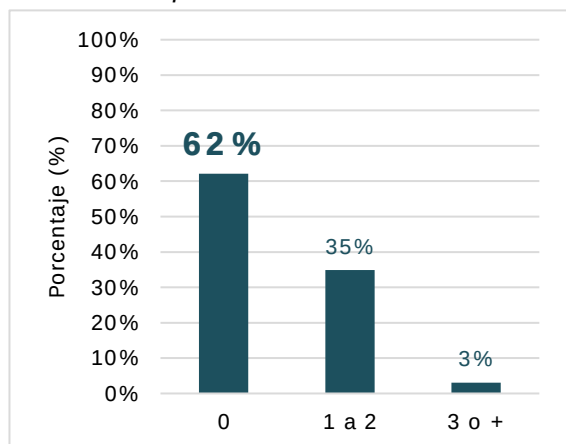
Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.



En cuanto a la relación de las mujeres con su contrato de salud en el trienio 2022-2024, 8 de cada 10 mujeres que se realizaron el PAP, eran cotizantes. La mayoría de ellas no tenían cargas beneficiarias asociadas a su contrato (62%), seguida por 35% de quienes tenían 1 a 2 cargas beneficiarias y sólo un 3% con 3 y más cargas (Ver Figura 17).

Figura 17

Distribución porcentual de la cantidad de cargas según sexo



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas.

5.2.4 Comportamiento preventivo en mujeres de 50 a 59 años de edad

Contexto epidemiológico

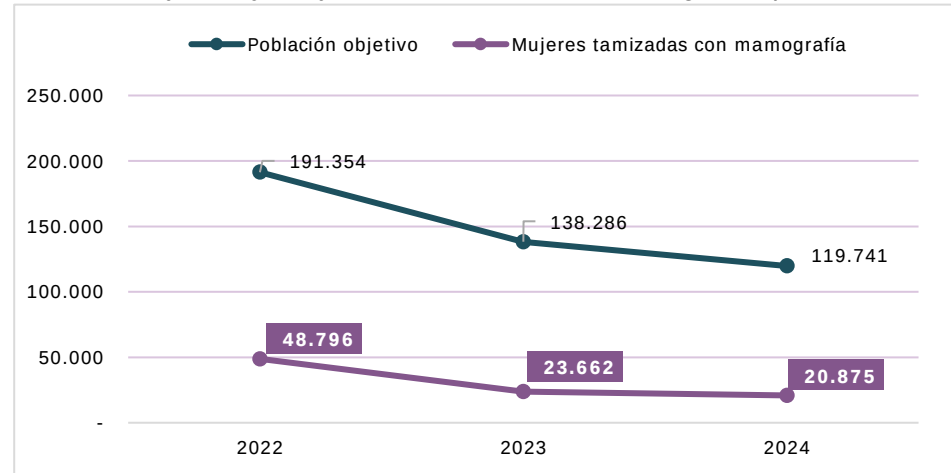
En este apartado se analizan los resultados de comportamiento preventivo para el problema de salud cáncer de mama. En Chile al año 2022, según las estimaciones de la *International Agency for Research on Cancer* (IARC) de la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de mama representó el 20,8% de todos los casos nuevos de cáncer en mujeres, constituyendo el tipo más frecuente y ocupando el primer lugar con 5.640 casos. La estimación de tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad fue de 38,2 y 10,3 por cada 100.000 mujeres, respectivamente. Al año 2022, se reportaron 1,775 defunciones por esta enfermedad.

Comportamiento preventivo de mujeres de 50 a 59 años de edad

La población de mujeres de 50 a 59 años, muestra un descenso entre 2022 y 2024, que es consistente con la metodología de cálculo de la misma, ya que año a año se retira de la población objetivo a las mujeres que cuentan con mamografía vigente; esta reducción puede tener influencia también por la reducción generalizada de la cartera del sistema Isapre y la movilidad de las personas entre Isapres, en los años que se están evaluando, ya que la mera sustracción de los casos observados no explica totalmente el descenso (Ver Figura 18).

Figura 18

Población objetivo y mujeres tamizadas con mamografía (Casos observados), según año



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

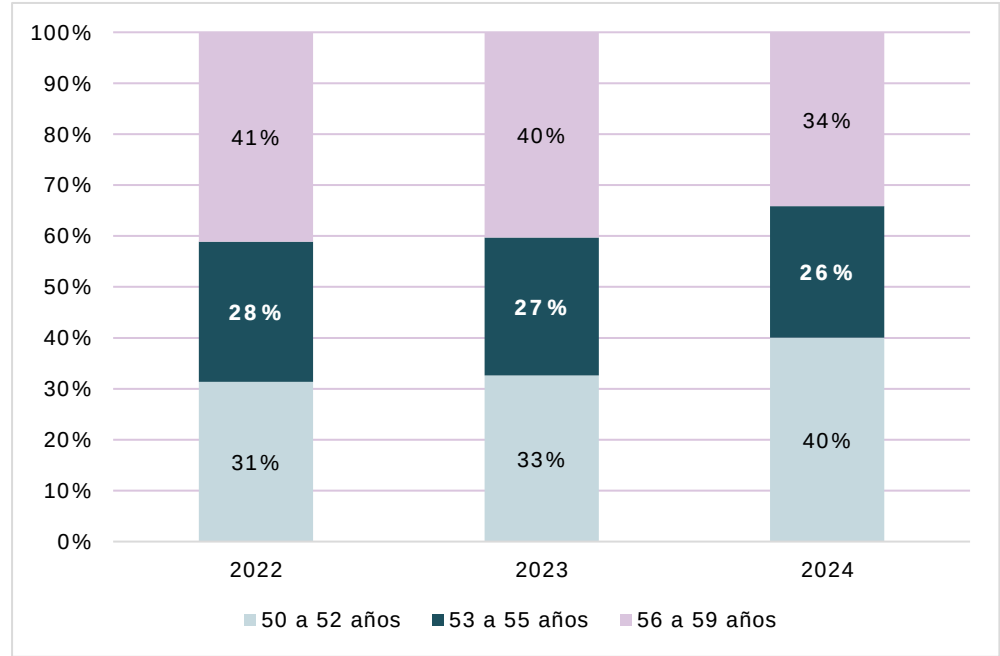
Al margen de la razón del descenso, si se analizan los resultados puntuales de cada año, se pudo apreciar que, para la población objetivo de mujeres de 50 a 59 años, 2 de cada 10 mujeres se realizan la mamografía del EMP. Eventualmente, es posible que otras mujeres se realicen el tamizaje, pero deban pagar para ello, es decir, las Isapres no

**2 de cada 10 mujeres de la PO
se realiza la mamografía**



financian todas las prestaciones de mamografía al 100% y, por tanto, no forman parte de los casos del EMP para los cuales es exigible que sea entregados a las beneficiarias con copago \$0.

Figura 19
Distribución de los casos observados según grupo etario y año



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

Los grupos de edad que acuden a realizarse la mamografía, muestran cambios en el período observado, en particular, el grupo de mujeres de 50 a 52 años inició el trienio con participaciones de 31% (2022) y 33% (2023) y finalizó en el 2024 con un 40%. Esto se ve reflejado en una disminución de la participación del grupo de mujeres de 56 a 59 años, que iniciaron con 41% de las mujeres tamizadas en 2022 y finalizaron en 2024 con 34%. El grupo de 53 a 55 años se mantuvo estable con variaciones entre años que no superan un punto porcentual (Ver Figura 19).



más cargas (Ver Figura 20).

En cuanto a la relación de las mujeres con su contrato de salud, 7 de cada 10 mujeres tamizadas con mamografía, eran cotizantes, razón que se mantuvo en los tres años. La mayoría de las mujeres observadas no tenían cargas beneficiarias asociadas a su contrato (61%), seguida por 35% de quienes tenían 1 a 2 cargas beneficiarias y sólo un 3% con 3 y

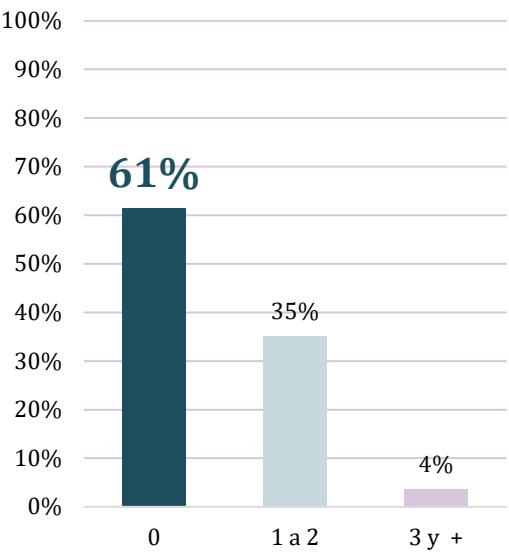
En términos de la distribución de las mujeres tamizadas en el territorio nacional, la mayoría de ellas se encuentra en la macrozona Centro con 63%, seguida por Centro norte y Sur, ambos con 9% (Ver Tabla 8).

Tabla 8
Distribución porcentual de las personas tamizadas, según región y año

Macrozona	2022	2023	2024
Norte	7%	7%	5%
Centro norte	9%	11%	10%
Centro	63%	63%	66%
Centro sur	7%	5%	6%
Sur	9%	9%	10%
Extremo Sur	5%	5%	4%
Total	100%	100%	100%

Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.

Figura 20
Distribución porcentual de la cantidad de cargas según sexo



5.3 Las metas de cobertura 2022 al 2024

La medición de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva en el sistema Isapre, contabiliza aquellas personas que pertenecen a los grupos de población objetivo definidos en el EMP y que a través de su Isapre acceden a las prestaciones trazadoras sin copago (gratuitas), de acuerdo con lo establecido en el artículo 145 del DFL N°1/ de 2005 del Minsal. Cada meta de cobertura a nivel de población objetivo, alcanzada por las aseguradoras es contrastada con aquella establecida por la Superintendencia de Salud para cada año de evaluación, permitiendo determinar el estado del cumplimiento.

En el trienio 2022 al 2024, en virtud de la facultad del Superintendente de Salud de “(...) *establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo*” (Ley N° 21.350, Art. 198 bis), se fijó anualmente el cumplimiento de al menos 50% de las metas establecidas en el artículo 198 bis del D.F.L N°1, de 2005, de salud. Quedando las metas como resume la Tabla 9:

Tabla 9

Metas de cobertura del EMP establecidas por la Superintendencia de Salud 2022-2024

Población		Meta Superintendencia de Salud 2022-2024	Meta DS GES N°72
PO1	Mujeres embarazadas	50%	100%
PO2	Recién nacidos	50%	100%
PO3	Lactantes	30%	60%
PO4	Niñas y niños de 4 años	30%	60%
PO5	Personas de 15 años y más	13%	25%
PO6	Mujeres de 25 a 64 años	13,3%; 26,6%; 40%	80%
PO7	Personas de 40 años y más	7,0%	15%
PO8	Mujeres de 50 a 59 años	12,5%	25%

Nota. 2022: Res. Ext N°856 de diciembre 2022; Cir. IF/N° 456 de enero 2024; Cir. IF/N° 496 de febrero 2025.

La meta de la población objetivo 6 de mujeres de 25 a 64 años, fue establecida para cumplimiento parciales anuales, que al cabo de tres años pudieran reflejar la población en control de un examen con vigencia de tres años (PAP), considerando que la regulación entró en vigor en 2022, no pudo considerar resultados retrospectivos. El primer año, las Isapres debían cumplir un 13,3% de cobertura, el 2023 la meta ascendió a 26,6% y finalizó el trienio en 2024 con 40%. Dada la construcción de esta meta, como se puede observar en la Figura 21, esta tiene un comportamiento distinto a las demás metas por su construcción incremental.

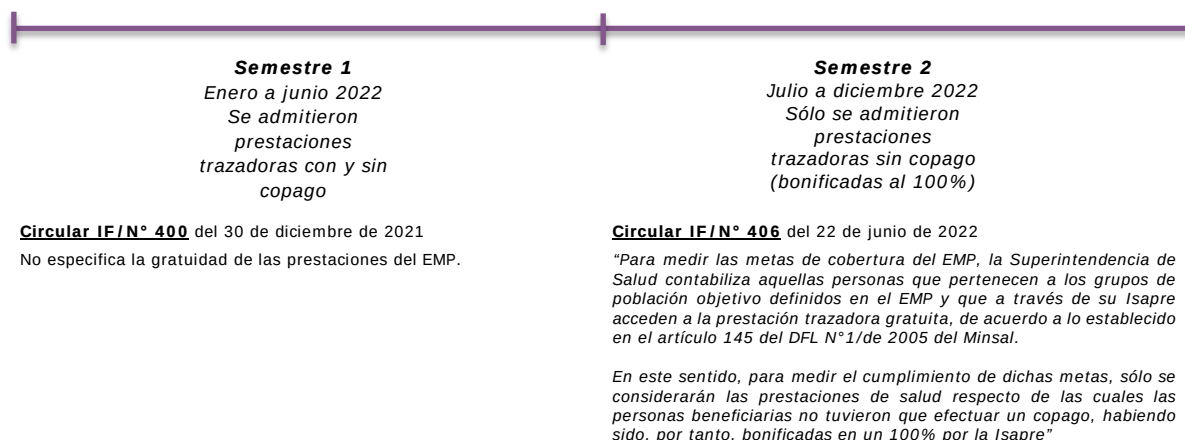
Entre 2022 y 2024, la meta de cobertura del sistema de salud privado tuvo un comportamiento decreciente en 7 de las 8 poblaciones objetivo del EMP. Algunas de estas poblaciones en 2022 tuvieron metas superiores o cercanas a la meta establecida en el Decreto Supremo GES N°72, esto es, la PO4 de niñas y niños de 4 años con 61,7% de cobertura, seguido de las personas de 15 años y más (PO5) con el 29,9%; la PO7 de personas de 40 años y más con un 39,9% y finalmente la PO8 de mujeres de 50 a 59 años con un 25,5% de cobertura.



En los siguientes años 2023 y 2024, se aprecia en la Figura 22, un ajuste progresivo del sistema a las metas mínimas exigidas por la Superintendencia de Salud. En el caso del año 2022, el nivel de cumplimiento estuvo impulsado por cambios en el marco regulatorio, donde el primer semestre se aplicó la regulación de la Cir. IF/N°400 y el segundo semestre la Cir. IF/N°406; en la primera se admitieron prestaciones trazadoras independiente del copago, lo que impulso el cumplimiento al alza, mientras desde el segundo semestre de 2022 se admitieron solo prestaciones sin copago, como lo establece el artículo 145 del DFL N°1.

Figura 21

Cambios regulatorios en el EMP en 2022



Nota. Elaboración propia con base en la normativa Circular IF/N° 400 y Circular IF/N° 406.

Lo anterior, explica la diferencia de entre años en la cantidad de pesquisas, especialmente en contraste con el año 2022. Otro hallazgo del comportamiento de las metas de cobertura del sustenta Isapre en el trienio 2022-2024, es que la meta se situó en todos los años por sobre la establecida por el DS GES N°72.

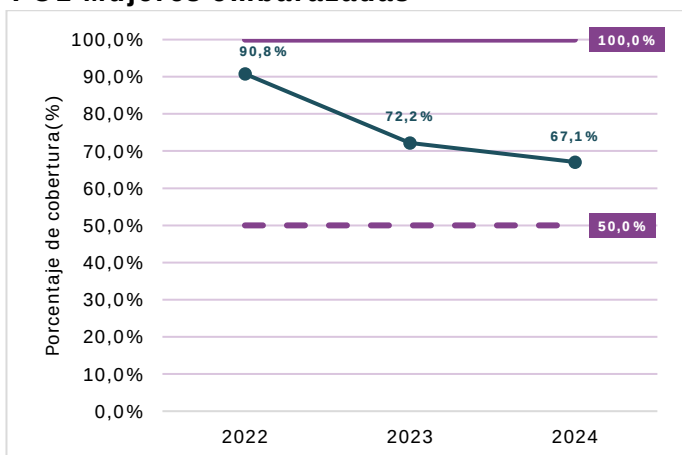
Figura 22

Metas de cobertura del sistema Isapre, según Población objetivo y año

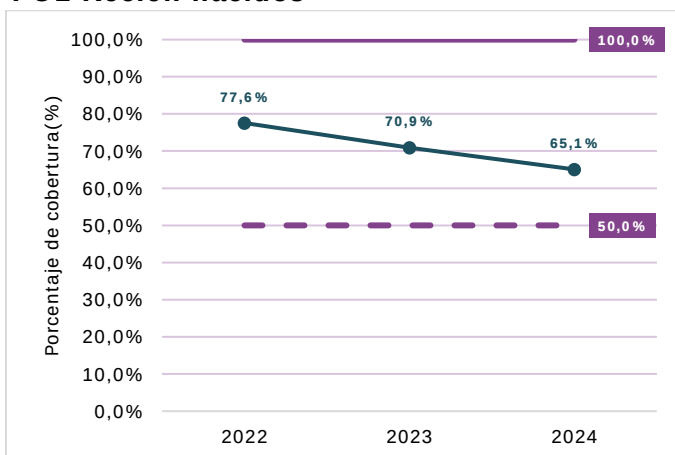
Meta Superintendencia de Salud
Meta DS. GES N° 72



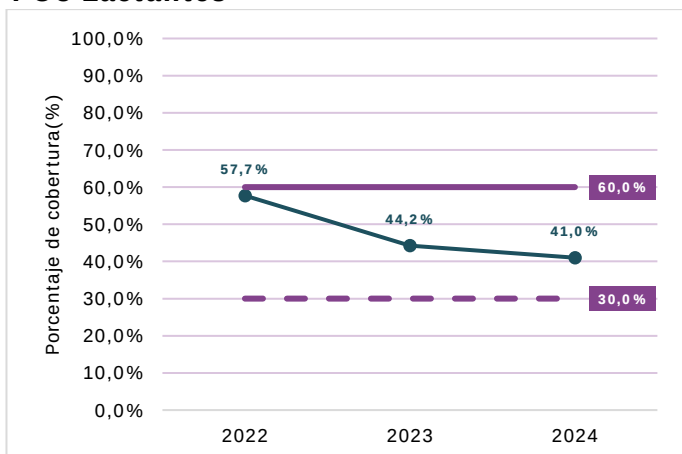
PO1 Mujeres embarazadas



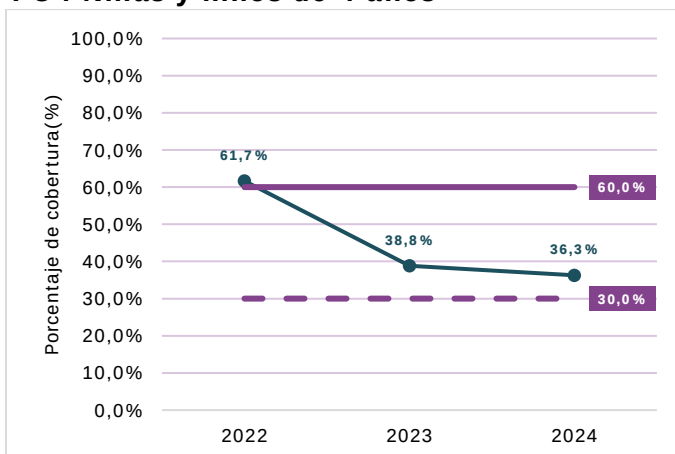
PO2 Recién nacidos



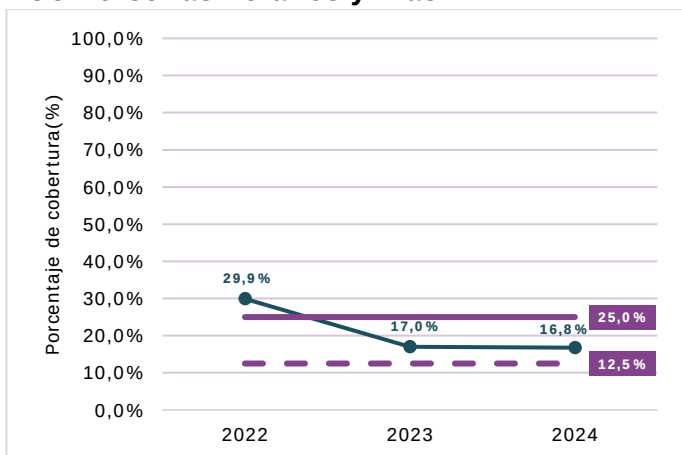
PO3 Lactantes



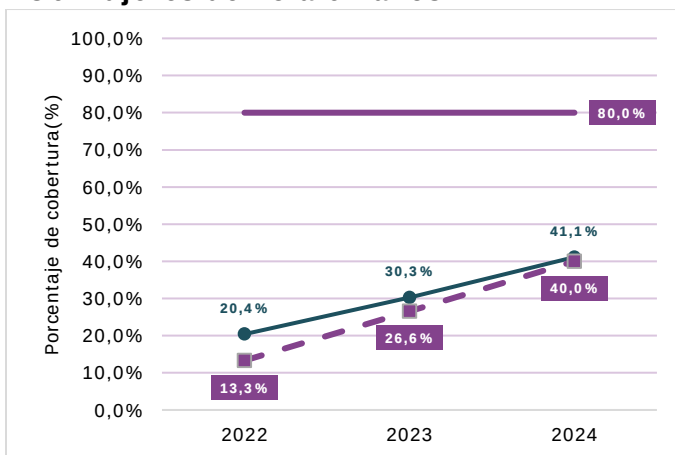
PO4 Niñas y niños de 4 años



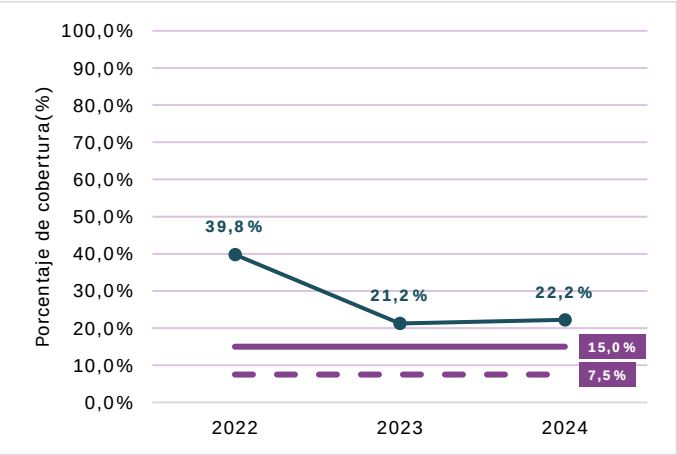
PO5 Personas 15 años y más



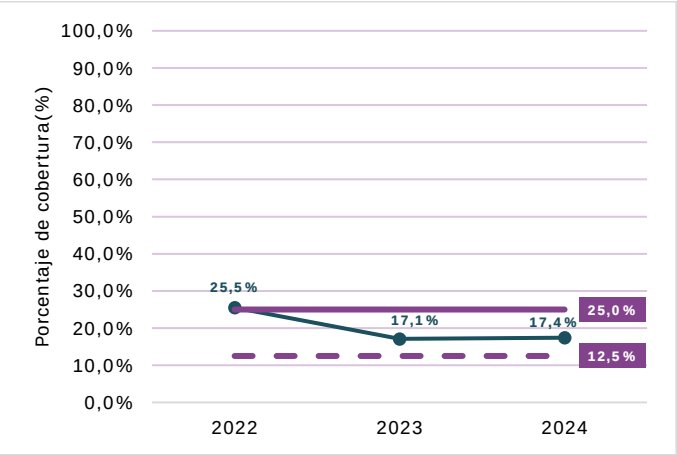
PO6 Mujeres de 25 a 64 años



PO7 Personas de 40 años y más



PO8 Mujeres de 50 a 59 años



Nota. Elaboración propia con base en Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas y Prestaciones Bonificadas.



6. Discusión

El estudio empleó un análisis descriptivo para caracterizar las poblaciones objetivo del EMP en el sistema Isapre y examinar las diferencias entre mujeres y hombres respecto de la utilización de prestaciones preventivas del EMP entre 2022 y 2024, como un indicio de potenciales diferencias en sus conductas preventivas. El análisis de los resultados, revela patrones de utilización de prestaciones preventivas con diferencias notables influenciadas por el sexo, la edad y el tipo de contrato de salud.

El estudio destaca los siguientes hallazgos:

- Se observó subrepresentación de los hombres en los controles preventivos de enfermedades crónicas, a pesar de que ellos constituyen una proporción mayor de la población objetivo (PO). En 2024, hubo 113 hombres por cada 100 mujeres en la PO, pero por cada 100 mujeres que se realizaron un tamizaje, solo hubo entre 83 a 85 hombres que lo hicieron entre 2022 y 2024. Esta tendencia se observa en los tres años y podría sugerir una menor conducta preventiva masculina.
- La brecha de género en la utilización de prestaciones preventivas del EMP es más evidente en el tamizaje de Diabetes Mellitus, donde la razón de masculinidad es más baja (entre 76 y 79 hombres por cada 100 mujeres). En contraste, en el tamizaje de sobrepeso/obesidad e hipertensión arterial, la conducta de los hombres es más cercana a la de las mujeres, alcanzando casi la paridad en 2023 (99 hombres por cada 100 mujeres).
- En la población de 40 años y más para el problema de salud dislipidemia se observa un patrón similar, donde la población objetivo también tiene un predominio masculino (109 hombres por cada 100 mujeres en 2024), pero la razón de masculinidad en los casos observados es menor (83 a 87 hombres por cada 100 mujeres).
- Los tamizajes para enfermedades crónicas (PO de 15 años y más) se concentran principalmente en los grupos etarios de 30 a 44 años y 45 a 59 años, representando cerca del 60% de los casos observados en el período de análisis. El grupo más joven (15 a 29 años) tiene una participación estable en torno al 15%. Al analizar la razón de masculinidad por edad, se confirma que las mujeres se realizan más controles preventivos en todos los grupos de edad. El grupo de 15 a 29 años es donde esta diferencia es más marcada.

Tamizajes específicos de las mujeres:

- Cáncer Cervicouterino (PAP): 4 de cada 10 mujeres de la PO se realizó el PAP entre 2022 y 2024, entre quienes la utilización del tamizaje preventivo se concentró en los grupos de 35 a 44 años (32%) y 25 a 34 años (26%). La participación más baja se da en el grupo de 55 a 64 años (16%).
- Cáncer de Mama (Mamografía): 2 de cada 10 mujeres de la PO se realiza la mamografía entre 2022 y 2024. En esta población, se observó un cambio de tendencia en la utilización

de prestaciones preventivas según edad, con un aumento en la participación del grupo de 50 a 52 años (del 31% en 2022 al 40% en 2024), mientras el grupo de 56 a 59 años mostró una disminución (del 41% en 2022 al 34% en 2024).

Por otro lado, en relación con la condición de cotizantes o cargas beneficiarias en el contrato de salud:

- Entre quienes se realizaron tamizajes en el período 2022 al 2024, predominan las personas clasificadas como cotizantes en relación con su contrato de salud. En el caso de las enfermedades crónicas (DM, HTA y sobrepeso y obesidad) en 2024, el 76% de las personas que accedieron a estos exámenes correspondió a cotizantes, cifra que se mantuvo similar a la registrada en 2022 (75%) y 2023 (77%). Del mismo modo, entre quienes fueron tamizados para el problema de salud dislipidemia, el porcentaje de cotizantes fue de 83% en 2024 y 82% en 2022 y 2023.
- Respecto de la población femenina, los resultados muestran que ocho de cada diez mujeres que se realizaron el Papanicolaou (PAP) entre 2022 y 2024 eran cotizantes. En el caso de la mamografía, siete de cada diez mujeres tamizadas mantuvieron esta condición en los tres años considerados.
- Mujeres como cargas beneficiarias: Las mujeres están sobre representadas entre las cargas beneficiarias en ambos grupos de población. En la población general de 15 años y más, 8 de cada 10 cargas beneficiarias son mujeres. Esta proporción se pronuncia en el grupo de 40 años y más, donde el 96% de las cargas tamizadas eran mujeres.
- Hombres cotizantes tienen más cargas beneficiarias: A pesar de que la mayoría de los cotizantes tamizados no tienen cargas (62% en 15 años y más; 58% en 40 años y más), los hombres cotizantes tienen un mayor porcentaje de cargas en sus planes. Esto es especialmente notable en la categoría de “3 y más cargas” (80% para hombres frente al 20% para mujeres). Este patrón, más que un indicio de comportamiento preventivo, es una característica intrínseca del sistema Isapre en relación con las cargas beneficiarias.

En relación con los problemas de salud pesquisados, todas las poblaciones objetivo presentaron descensos en los tamizajes año a año, llamando la atención la reducción en las pesquisas de diabetes mellitus, hipertensión y sobrepeso y obesidad en personas de 15 años y más, que es la población de mayor magnitud, así como la reducción en los exámenes preventivos para cáncer cervicouterino. La población adulta constituye el grupo con mayor carga de tamizajes, pero también el que muestra mayores brechas por sexo, aun cuando existe una mayor cantidad de hombres en la población elegible (PO), las mujeres participan de manera más activa en la utilización de prestaciones preventivas, evidenciando potenciales diferencias de género en las conductas preventivas en salud.

El seguimiento de las metas de cobertura del EMP muestra un ajuste progresivo hacia los mínimos regulatorios exigidos por la Superintendencia de Salud, con descensos en la cobertura del sistema en siete de las ocho poblaciones objetivo. Las variaciones observadas están estrechamente vinculadas a modificaciones normativas en la contabilización de prestaciones con y sin copago

(primer semestre 2022 vs segundo semestre a la actualidad), lo que refuerza la necesidad de revisar los incentivos para fortalecer la prevención en salud. Los resultados evidencian desafíos para sostener las coberturas preventivas, resaltando la necesidad de estrategias que promuevan una mayor adhesión de la población masculina.

Referencias

- Barake, F. (s.f.). Chile's public healthcare sector hypertension control rates before and during the pandemic and HEARTS implementation. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.126>.
- Barr, E., Popkin, R., Roodzant, E., Jaworski, B., & Temkin, S. (2024). Gender as a social and structural variable: research perspectives from the National Institutes of Health (NIH). *Translational Behavioral Medicine*(14), 13-22.
- CEDINTA. (2022). Laboratorio de Enfermedades Metabólicas. Obtenido de <https://cedinta.cl/laboratorio/enfermedades-metabolicas/>
- Congreso Nacional de Chile. (14 de Nov de 1985). Ley N° 18.469. *Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un regimen de prestaciones de salud*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=29872>
- Congreso Nacional de Chile. (25 de Ago de 2004). Ley N° 19.966. *Establece un regimen de garantías en salud*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
- Congreso Nacional de Chile. (9 de Jun de 2021). Ley N° 21.350. *Regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1161024>
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. Londres: Polity Press.
- Din, N., Ukoumunne, O., Rubin, G., Hamilton, W., Carter, B., Stapley, S., & Neal, R. (2015). Age and Gender Variations in Cancer Diagnostic Intervals in 15 Cancers: Analysis of Data from the UK Clinical Practice Research Datalink. *PLoS ONE*, 10(5), 1-15.
- Dobrow, M., Hagens, V., Chafe, R., Sullivan, T., & Rabeneck, L. (2018). Confronting the limitations of evidence-based medicine: A critical reflection on the screening evidence and recommendations for colorectal cancer screening. *Frontiers in Public Health*, 6(240).
- Giannopoulos, G. (2023). The ethics of healthcare: Balancing patient autonomy and public health. *International Journal of Public Health & Safety*, 8(3).
- Gmeinder, M., Morgan, D., & Mueller, M. (s.f.). How much do OECD countries spend on prevention? *OECD Health Working Papers*(101).
- Greaves, L., & Ritz, S. (2022). Sex, Gender and Health: Mapping the Landscape of Research and Policy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*(19), 1-13.
- Griffith, D. (2024). Gender health equity: The case for including men's health. *Social Science & Medicine*(351), 1-10.
- Gupta, G., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y., . . . Darmstadt, G. (2019). Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. *The Lancet*(393), 2367–77.
- Guthrie, R., & Susi, A. (1963). A simple phenylalanine method for detecting phenylketonuria in large populations of newborn infants. *Pediatrics*, 32(3), 338–343.

- Hsu, H., Lo, K.-Y., Yeh, Y.-P., Chen, T.-H., & Luh, D.-L. (2024). Do abnormal screening results for chronic diseases motivate inactive people to start exercising? A community-based prospective cohort study in Changhua, Taiwan. *Preventive Medicine*(180).
- INE. (2020). *Masculinidad hegemónica en Chile: un acercamiento en cifras*. Santiago de Chile.
- Journath, G., Hammar, N., Vikström, M., Linnarsjö, A., Walldius, G., Krakau, I., . . . de Faire, U. (2020). A Swedish primary healthcare prevention programme focusing on promotion of physical activity and a healthy lifestyle reduced cardiovascular events and mortality: 22-year follow-up of 5761 study participants and a reference group. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), 1294–1300.
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*, 55, 693–700.
- Maas, A., & Appelman, Y. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 18(12), 598-603.
- Margozzini, P., & Passi, Á. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016–2017: Un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(1).
- Martorell, M., Opazo, M., Ramírez-Alarcón, K., Labraña, A., Nazar, G., Villagrán, M., . . . Petermann-Rocha, F. (2024). Prevalencia de prediabetes y diabetes. Análisis de datos de la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016-17. *Revista médica de Chile*, 152(2), 178-186. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872024000200178>
- Miani, C., Wandschneider, L., Niemann, J., Batram-Zantvoort, & Razum, O. (2021). Measurement of gender as a social determinant of health in epidemiology—A scoping review. *PLoS ONE*, 16(11), 1-21.
- Ministerio de Salud. (23 de Sep de 2005). DFL N° 1. *Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177>
- Ministerio de Salud. (31 de Dic de 2009). Resolución Exenta N° 1236. *Regula Examen de Medicina Preventiva*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011662>
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE Examen Medicina Preventiva*. Serie de Guías Clínicas MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica del Examen de Medicina Preventiva*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud. (7 de Sep de 2019). DS GES N°22. *Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud*. Obtenido de <https://auge.minsal.cl/website/doc/decreto.pdf>
- Ministerio de Salud. (8 de sep de 2022). DS GES N°72. *Aprueba Garantía Explícitas en Salud del Régimen General de Garatías en salud*. Obtenido de <https://auge.minsal.cl/storage/e1Ng5cQh3v1Ge4ckFfJrXAZOrIUkUvQlk1zSWnYM.pdf>
- OECD. (2023). *Health at a glance 2020: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades de una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Argentina: Ediciones Journal S.A.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C: OPS.
- Organization, W. H. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- OSAGI. (2001). *Gender Mainstreaming: an Overview*. New York.
- Papanicolau, G., & Traut, H. (1943). *Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear*. New York: The Commonwealth Fund.
- Patwardhan, V., Gil, G., Arrieta, A., Cagney, J., DeGraw, E., Herbert, M., . . . Flor, L. (2024). Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*, 9, e282–94.
- Raffle, A., & Gray, J. (2007). *Screening: Evidence and practice*. Oxford University Press.
- Rose, G. (1990). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press.
- Sanchez, M. (2024). Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Perspectiva de Género Año 2023. *Documento de Trabajo Superintendencia de Salud*. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/11/analisis-de-isapre-con-perspectiva-de-genero-ano-2023.pdf>
- Sentencia del Tribunal Supremo de España (Sala de lo Social), 257/2019 (27 de marzo de 2019). Obtenido de <https://www.iberley.es/jurisprudencia/sentencia-social-n-257-2019-ts-sala-social-sec-1-rec-2966-2017-47989589>
- SSP. (2018). *Documento segunda entrega de resultados: Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 20216-2017*. Santiago de Chile.
- Subsecretaría de Salud Pública (SSP). (2025). *Informe de principales resultados: cuarta versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2023-2024*. Santiago de Chile.
- Superintendencia de Salud. (30 de dic de 2021). Circular IF/N°400. *Imparte instrucciones para el cumplimiento del Plan Preventivo de Isapres y las metas de cobertura para el Examen de Medicina Preventiva*. Obtenido de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2021/12/articles-20839_recurso_2.pdf
- Superintendencia de Salud. (29 de jun de 2022). Circular IF/N°406. *Imparte intrucciones sobre el cumplimiento de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva y de la normativa sobre el Plan Preventivo de Isapres*. Obtenido de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/06/articles-21083_recurso_2.pdf
- Superintendencia de Salud. (30 de dic de 2022). Circular IF/N°420. *Modifica instrucciones sobre el cumplimiento de las metas de cobertura del examen de medicina preventiva y reconoce su manual de cálculo*. Obtenido de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/12/articles-22018_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Salud. (21 de feb de 2022). Resolución Exenta IF/N° 88. Obtenido de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/02/articles-20795_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Salud. (30 de dic de 2022). Resolución Exenta N°856. *Establecer que, al término del año 2023, las Isapre deberán presentar un cumplimiento de al menos 50% de*

las metas establecidas en el artículo 198 bis, del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud. Obtenido de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/12/articles-22016_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud. (23 de ene de 2023). Medición del Cumplimiento de las Metas de Cobertura para el Examen de Medicina Preventiva (EMP) 2022 (ENERO 2023). Obtenido de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2023/01/articles-20792_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud. (20 de sep de 2023). Resolución Exenta IF/N° 2448. *Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del EMP. Año 2023 (SEPTIEMBRE 2023)*. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/medicion-del-cumplimiento-de-las-metas-de-cobertura-para-el-examen-de-medicina-preventiva-emp-2023/>

Superintendencia de Salud. (13 de jul de 2023). Resolución Exenta IF/N° 357. *Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del EMP. Año 2023 (JULIO 2023)*. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/medicion-del-cumplimiento-de-las-metas-de-cobertura-para-el-examen-de-medicina-preventiva-emp-2023-2/>

Superintendencia de Salud. (5 de ene de 2024). Circular IF/N°456. *Imparte Instrucción Sobre Porcentaje de Cumplimiento de las Metas para el Examen de Medicina Preventiva, Establecidas en el Artículo 198 Bis, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, para el año 2024*. Obtenido de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/01/articles-26329_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud. (6 de jun de 2024). Resolución Exenta IF/N°8507. *Manual de Cálculo de Metas de cobertura del EMP 2024*. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/06/re-ifn8507-2024-manual-de-calculo-de-metas-de-cobertura-del-emp-2024.pdf>

Superintendencia de Salud. (27 de feb de 2025). Circular IF/N°496. *Imparte instrucciones sobre porcentaje de cumplimiento de las metas del examen de medicina preventiva, establecidas en el artículo 198 bis, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, para los años 2025, 2026 y 2027*. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2025/03/circular-if-n496-2025-1.pdf>

Superintendencia de Salud. (6 de nov de 2025). Compendio de normas administrativas de la Superintendencia de Salud en materia de Procedimientos. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/10/compendio-procedimientos-ultima-version-06-11-25.pdf>

Superintendencia de Salud. (28 de feb de 2025). Resolución Exenta IF/N°1990. *Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva año 2025*. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2025/03/res-exenta-if-n1990-2025-emp-manual-2025.pdf>

Superintendencia de Salud. (1 de ago de 2025). Resolución Exenta IF/N°8126. *Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva 2025", versión agosto 2025*. Obtenido de <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2025/08/res-exenta-if-n8126-2025.pdf>

Takeuchi, M., Shinozaki, T., & Kawakami, K. (2023). Effectiveness of specific health check-ups in Japan for the primary prevention of obesity-related diseases: A protocol for a target trial emulation. *BMJ Open*, 13(7).

- Torres-Roman, J., Ronceros-Cardenas, L., Valcarcel , B., Bazalar-Palacios, J., Ybaseta-Medina, J., Carioli, G., . . . Alvarez, C. (2022). Cervical cancer mortality among young women in Latin America and the Caribbean: trend analysis from 1997 to 2030. *BMC Public Health*, 22(113), 2-10.
- Urrutia, M. (2015). Cáncer cérvicouterino en Chile: análisis de un nuevo paradigma preventivo. *Serie N.º 78*. Obtenido de <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/45708>
- US Preventive Services Task Force. (2018). Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, 320(7), 674–686.
- WHO. (2023). *Universal health coverage global monitoring report 2023*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, J., & Junger, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Switzerland: World Health Organization.