



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA ISAPRE

**Departamento de Estudios
Septiembre de 2000**

TABLA DE CONTENIDOS
DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA ISAPRE

PARTE I: “DIAGNÓSTICO”	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO NORMATIVO.....	5
2.1 El sistema de salud previsional.....	5
2.2 Incorporación a una Isapre.....	5
2.3 Primas individuales por sexo y edad.....	6
2.4 Adecuación anual de contratos.....	7
3. ANTECEDENTES CONCEPTUALES.....	8
3.1 Discriminación de precios: Definición.....	8
3.2 Fijación de primas: Isapres vs Fonasa.....	9
3.3 Primas de acuerdo al riesgo: Isapres.....	10
3.4 Tablas de Factores.....	11
4. MUJERES E ISAPRES.....	16
4.1 Principales críticas.....	16
4.2 Precios relativos.....	16
4.3 Estadísticas.....	18
5. TERCERA EDAD E ISAPRES.....	23
5.1 Principales críticas.....	23
5.2 Precios relativos.....	24
5.3 Estadísticas.....	24
6. EVIDENCIA DEL GASTO POR SEXO Y EDAD.....	29
6.1 Gasto en prestaciones médicas.....	29
6.2 Gasto en subsidios por incapacidad laboral.....	30
6.3 Costo isapre según sexo y edad.....	31
6.4 Relación entre factores de riesgo y factores de costos.....	32
7. CONCLUSIONES.....	34

PARTE II: “PROPUESTAS”

1. INTRODUCCIÓN.....	36
2. DISCRIMINACIÓN POR SEXO: Algunas propuestas de solución.....	38
2.1 Distribución de los costos asociados a la maternidad.....	38
2.2 Incentivar algunas buenas prácticas de las Isapres.....	38
2.3 Regular los mecanismos de valoración de las prestaciones.....	39
2.4 Establecer una tabla de factores uniforme para el sistema.....	39
3. DISCRIMINACIÓN POR EDAD: Algunas propuestas de solución.....	40
3.1 Creación de políticas complementarias.....	40
3.2 Generar cuentas de ahorro para la tercera edad.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41

DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA ISAPRE PARTE I: “DIAGNÓSTICO”

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

Esta característica particular de los seguros individuales de salud afecta principalmente a los grupos de mayor riesgo en salud, dentro de los que se encuentran las mujeres, especialmente en edad fértil y los adultos mayores, situación que socialmente se interpreta como discriminatoria frente a estos grupos.

En efecto, un estudio realizado por el Servicio Nacional de la Mujer en el año 1998 plantea abiertamente que en las isapres existe un trato desigual hacia las mujeres, situación que se traduce en barreras al ingreso, mayores costos y restricciones al uso de prestaciones. En el mencionado estudio, se arguye que la variable género opera contra la mujer, encareciendo su cobertura y adjudicándole exclusivamente el costo de la reproducción, cuestión que debiera ser de interés y responsabilidad social y no sólo de la madre.

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

establecidos de manera diferenciada según la edad de los beneficiarios. Esta condición, por una parte, limita el acceso al sistema de las personas de tercera edad, por cuanto, las primas que deben cancelar son bastante altas en relación con las de personas más jóvenes y, por otra, limita la permanencia de los beneficiarios en el sistema, en una etapa de la vida en que el riesgo por enfermedad aumenta y simultáneamente, los ingresos disminuyen, determinando una inevitable migración hacia el Fonasa.

En esta primera etapa del estudio, se presenta un diagnóstico legal y conceptual del Sistema Isapre para identificar las fuentes y principales aspectos que explican o fundamentan las diferencias que se producen en las primas cobradas y/o en las coberturas entregadas a los diferentes grupos de riesgo.

Lo anterior, con el objetivo de evaluar algunas medidas -reglamentarias o legales- destinadas a atenuar o eliminar los elementos que importan una discriminación al interior del sistema y, en particular, dar solución a los problemas que enfrentan los grupos de mayor riesgo, es decir, mujeres y tercera edad.

2. MARCO NORMATIVO

2.1 El sistema de salud previsional

Partiendo de la premisa que la salud representa una necesidad básica fundamental, la legislación chilena sobre previsión social, promueve la responsabilidad personal frente al cuidado y recuperación de la salud, exigiendo a los propios individuos la provisión de los recursos necesarios para estos fines. Junto con ello, la ley garantiza la responsabilidad social en el rol de un Estado regulador del Sistema de Salud y subsidiario en el financiamiento de bienes públicos de salud y de los gastos de atención, recuperación y rehabilitación de los sectores sociales más vulnerables que no pueden satisfacer estas necesidades por sí solos.

Como parte de la reforma previsional de 1981, se estableció que las cotizaciones obligatorias de salud, al igual que aquellas destinadas a financiar las pensiones, fuesen parte del patrimonio del trabajador, orientadas a este fin específico. En este sentido, el objetivo del Sistema Previsional de Salud es proteger la salud de los cotizantes y sus familiares beneficiarios con cargo a una cotización obligatoria que en la actualidad es equivalente al 7% de la renta imponible de los trabajadores.

Asimismo, la ley estableció que dicha cotización obligatoria podía ser integrada para su administración en el sistema estatal o en las isapres, creando así un mercado para los servicios otorgados por estas instituciones, posicionándolas como alternativas únicas al Fonasa.

2.2 Incorporación a una isapre

De esta forma, las personas que opten por un seguro privado de salud deben suscribir con la isapre que elijan, un contrato de salud individual, donde las partes - isapre y afiliado- acuerdan libremente los beneficios y las condiciones, tanto generales como específicas, para acceder a ellos.

Lo anterior, se desprende de lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°18.933, cuerpo legal que regula el funcionamiento del Sistema de Instituciones de Salud Previsional.

En consecuencia, la relación que vincula a cada afiliado con su respectiva isapre es de carácter estrictamente individual, y obliga al cotizante en forma personal -y no solidaria- a financiar el precio que fija la isapre para el plan de salud elegido.

2.3 Primas individuales por sexo y edad

La circunstancia que los planes de salud comercializados por las isapres tengan precios distintos según sexo y edad de los cotizantes y beneficiarios, constituye un acto legal, ya que, la misma ley permite a las Instituciones de Salud Previsional tal diferenciación.

En efecto, el artículo 38 de la Ley N°18.933¹, contempla una norma que reconoce la legitimidad de las diferenciaciones que se efectúan por sexo y edad en la fijación de precios de los planes de salud. Es así como la citada disposición regula la facultad que tienen las isapres para revisar anualmente el precio y los beneficios de los planes de salud de sus afiliados, señalando:

“...el nuevo valor que se cobre al momento de la renovación deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, con la lista de precios vigentes en la Institución para el plan en que actualmente se encuentre.”

Esta norma legal admite expresamente la posibilidad de plasmar en los contratos, a través de la incorporación de una tabla de precios o factores, las diferencias que puedan efectuarse en los precios de los planes de salud como resultado de la variación de la edad de los beneficiarios y del hecho de ser hombres o mujeres.

Por su parte, la Circular N° 25, de 1995, de esta Superintendencia, cuyo objetivo fue impartir instrucciones para que las isapres ajustaran sus contratos a las disposiciones de la Ley N°19.381, ha reconocido también esta facultad de diferenciación, señalando:

“En el contrato, específicamente en el plan de salud, se deberá estipular claramente la forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes por incorporación o retiro de beneficiarios del grupo familiar, de acuerdo a la tabla de precios, según sexo y edad por tipo de beneficiario.”

Adicionalmente, la Circular N°44, de 1998, de esta Superintendencia, complementa las citadas instrucciones estableciendo que el precio del plan de salud puede estar expresado en pesos (\$), unidades de fomento (UF), o en su equivalente al 7% de la renta imponible.

Así, cuando la prima se encuentra expresada en pesos o UF, ésta se determina sumando los valores asignados por sexo, edad y tipo de beneficiario -cotizante y carga- en la tabla de precios correspondiente al plan.

¹ Inciso quinto del artículo 38 de la Ley N°18.933, agregado por la Ley N°19.381 del 3 de mayo de 1995.

Del mismo modo, esta circular establece que los planes de salud pueden utilizar tablas de factores en lugar de tablas de precios y en estos casos la prima total para un grupo familiar se obtendrá sumando los factores asignados a cada uno de los beneficiarios del contrato y luego, multiplicando el resultado por el valor base del plan de salud. Este valor base se encuentra establecido para un cotizante tipo o pivote, definido en el hombre de 30 años.

Finalmente, la circular en comento señala, que en el caso de las cargas y con el objeto de reflejar las diferencias de gasto que pudiere presentar la carga cónyuge mujer en los distintos tramos de edad, las isapres podrán establecer un valor especial para dicha categoría de carga. Por tanto, con la agregación de este criterio opcional, las tablas de precios o factores podrán diferenciar sus valores considerando, a lo más, el sexo, edad y dentro del tipo de beneficiario, la calidad de cotizante, carga y carga cónyuge mujer.

2.4 Adecuación anual de contratos

Cabe señalar, que aun cuando los contratos de salud tienen vigencia indefinida, tanto la prima como los beneficios ofrecidos pueden ser revisados y modificados anualmente por las isapres, con la sola condición de que ello no represente discriminación entre los afiliados a un mismo plan. Asimismo, en dichas modificaciones se debe mantener la relación de precios por sexo y edad definida originalmente para cada plan de salud.

En efecto, lo anterior se desprende de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 38 de la ley N°18.933 que textualmente señala:

“Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan, pudiendo sólo adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y el monto de sus beneficios, a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan, excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan.”

3. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

3.1 Discriminación de precios: Definición²

“La discriminación de precios existe cuando la diferencia de precios cobrados por dos servicios similares es distinta de la diferencia en los costos de prestar esos servicios. A modo de ejemplo se citan los siguientes casos de discriminación de precios:

- Si la probabilidad de provocar gastos médicos es mayor para los fumadores que para los no fumadores y, si la prima es mayor para los fumadores justo en la cantidad necesaria para cubrir la diferencia de costos, entonces no hay discriminación de precios. Por el contrario, si se aplica una prima uniforme a los fumadores y no fumadores, habría discriminación y, en concreto, se estaría subsidiando a los fumadores.
- Si la probabilidad de provocar gastos médicos es menor para los que trabajan como profesores que para los conductores de locomoción colectiva, entonces, para no discriminar se debería cobrar primas mayores a estos últimos.
- Si la probabilidad de provocar gastos médicos fuera mayor para los ricos que para los pobres -lo cual podría ser efectivo, si es que los pobres no exigen ser tratados por los más eminentes médicos ni exigen repetir los exámenes médicos- entonces, se debería cobrar una prima mayor a los ricos que a los pobres, simplemente para no discriminar.

Aún cuando, en general, la discriminación por precios no es lo ideal, existen casos importantes en materia de seguros, en los que la discriminación no genera inequidades. Este es el caso de los seguros colectivos, en los cuales, se ofrecen coberturas similares a cambio de primas similares, no obstante, que la probabilidad de ocurrencia de los siniestros son distintas entre las personas que integran el plan colectivo. También ocurre en estos planes que las primas de los de menor ingreso se reducen en más de lo que se reducen los gastos que ellos originan.

No hay inequidad en estos casos porque cada miembro del plan colectivo acepta voluntariamente tal discriminación al permanecer en él, pues, posee el derecho de renunciar y contratar un seguro independiente e individual. Dicha opción, no es ejercida por diversas razones; algunos no lo hacen por solidaridad con aquellos que están recibiendo un subsidio, otros no lo hacen porque el plan colectivo tiene algunas ventajas, como por ejemplo, economías de escala y la capacidad para negociar mejores precios con las aseguradoras. Se ve que normalmente el plan colectivo es más conveniente para todos, mientras el grado de discriminación que exhiba sea moderado.

² Extracto de “El Aporte de los Seguros de Salud”, Salvador Valdés P. Noviembre de 1996.

Otro caso en el que existe discriminación, es el de los planes estatales obligatorios. En estos casos, el Estado genera un monopolio, es decir, el asegurador está protegido por ley de la competencia de otros aseguradores que pueden ofrecer servicios similares a los mismos clientes. En este caso, el plan estatal obligatorio puede discriminar en las primas, cobrando precios similares a personas que presentan siniestralidades diferentes, o por el contrario, cobrar primas diferentes a personas con siniestralidades similares. A diferencia del caso anterior, en estos planes obligatorios muchos miembros pueden no desear su participación, pero están ahí por imposición de la ley. En estos casos no existe un límite natural al grado de discriminación del seguro.”

3.2 Fijación de primas: Isapres vs Fonasa

Una de las principales críticas que enfrenta el Sistema Isapre se relaciona con su posibilidad de descremar el mercado quedándose con los usuarios más rentables. No obstante, en opinión de expertos esta situación se genera por las diferentes formas de fijar las primas en los sectores público y privado del sistema de salud chileno y, en consecuencia, no representaría un comportamiento activo de parte de las isapres.

En efecto, del marco normativo establecido para el Sistema Isapre se desprende que la naturaleza jurídica del contrato de salud privado corresponde a la de un contrato de seguro, en el que la determinación de las primas a pagar se configuran en función del riesgo individual de los beneficiarios de la convención.

Estos seguros previsionales de salud, se materializan en múltiples planes que contemplan el financiamiento de una parte del gasto asociado a las prestaciones de salud. El nivel de cobertura y beneficios de cada plan varía según el monto de la cotización pactada, el tamaño del grupo familiar y el nivel de riesgo asociado a cada tipo de beneficiario acorde con su sexo y edad.

La existencia de un precio proporcional al monto de beneficios y al riesgo individual, representa una diferencia fundamental del Sistema Isapre con respecto al subsistema estatal del Fonasa, el cual se basa en un sistema de reparto, con beneficios iguales para todos los afiliados con independencia del monto de su cotización, número de cargas y nivel de riesgo.

Esta situación genera los incentivos necesarios para que las isapres atraigan a la población de mayores ingresos y para que las personas de mayor riesgo prefieran el sistema público. Un estudio reciente (Aedo y Sapelli 1998)³, explica este fenómeno a partir de las siguientes consideraciones:

³ El Sistema de Salud en Chile: Readecuar el Mandato y Reformar el Sistema de Seguros. Cristián Aedo y Claudio Sapelli. Noviembre de 1998.

- A medida que crece el ingreso de un individuo, la prima a pagar en Fonasa aumenta y, a la vez, el copago por las atenciones recibidas también aumenta -esto porque se pasa a un grupo de ingreso mayor- (modalidad institucional), lo cual es percibido por el individuo como una disminución en el beneficio esperado del seguro. En el Sistema Isapre, en cambio, al aumentar el ingreso aumenta tanto la prima como el beneficio esperado del seguro.
- A medida que empeora el estado de salud de un individuo, tanto la prima a pagar en Fonasa como el copago asociado a las atenciones de salud recibidas permanecen constantes y, a la vez, el beneficio esperado del seguro aumenta ya que el gasto esperado es más alto. En el Sistema Isapre, en cambio, las primas se fijan considerando el riesgo del individuo y, en consecuencia, al aumentar el gasto esperado, o aumenta la prima en forma correspondiente o disminuye la cobertura del plan de salud.

De lo anterior se concluye que el precio del seguro público en relación con el del seguro privado es menor para la población más riesgosa y para la de menores ingresos. Por lo tanto, las personas actúan de acuerdo a su conveniencia, eligiendo en una instancia al Fonasa y en otra, a una isapre.

RENTA IMPONIBLE PROMEDIO ISAPRE VS FONASA Diciembre 1999

FONASA	ISAPRE
\$ 101.892 (*)	\$ 391.986 (**)

(*) Calculado en base a 3.194.706 cotizantes.

(**) Calculado en base a 1.518.553 cotizantes.

Fuentes:

Balance Presupuestario devengado del FONASA 1999.

Módulo de Afiliación Fonasa.

Boletín Estadístico del Sistema Isapre. Período Enero – Diciembre de 1999.

3.3 Primas de acuerdo al riesgo: Isapres

Se dijo que el producto ofrecido por las Instituciones de Salud Previsional -plan de salud- constituye un seguro a través del cual los individuos transfieren al agente asegurador -la isapre- todo o parte del riesgo financiero asociado a una eventual pérdida y posterior recuperación de su estado de salud.

Desde este punto de vista, resulta razonable que las isapres intenten incorporar a la prima del seguro, el riesgo financiero que cada plan de salud les reporta, es decir, el gasto esperado por concepto de eventos médicos.

La metodología utilizada por las Instituciones de Salud Previsional para este fin se apoya -en mayor o menor medida- en un criterio matemático actuarial que considera el nivel de cobertura del plan de salud y el comportamiento histórico del gasto de una población con similares características de sexo y edad.

La determinación de la prima lleva implícita, entonces, la necesidad de asociar a cada persona o grupo de ellas, ciertos "factores de riesgo" determinados en función de sus características particulares, reconocidas como causantes de una mayor o menor probabilidad de uso de prestaciones médicas o de subsidios por incapacidad laboral. En definitiva, la metodología consiste en identificar a los diversos grupos de individuos para asignarles a cada uno de ellos una prima diferente según su nivel de riesgo.

En consecuencia, la prima del seguro de salud privado es de carácter individual, por cuanto, no sólo considera el costo del servicio asociado al seguro, vale decir, gastos de administración, impuestos y utilidad, sino también, el costo esperado de los eventos médicos que se realicen -prestaciones de salud y subsidios por incapacidad laboral- a los distintos beneficiarios de acuerdo con sus propias características.

Finalmente, cabe mencionar que en condiciones ideales de competencia perfecta, los precios de equilibrio son determinados libremente por el mercado en función de la oferta y la demanda. Sin embargo, los sistemas de seguros, en general, no presentan esta característica fundamental, por cuanto, su complejidad y poca transparencia contribuyen a que los diferentes actores tomen decisiones con información insuficiente, provocando desajustes, cuyos costos, normalmente son asumidos por los asegurados.

3.4 Tablas de factores

Como se mencionó anteriormente, las primas de los diferentes planes de salud son fijadas a partir de una tabla, que muestra la estructura de valores relativos para los diferentes beneficiarios en función de su edad, sexo y relación familiar con el cotizante, que son las variables permitidas por la ley para establecer primas diferentes entre los beneficiarios. Dichas tablas, reflejan el costo asociado a cada individuo con respecto a un pivote -cotizante tipo- que toma el valor uno, ponderando por encima o por debajo de este factor los costos correspondientes al resto de los beneficiarios según las diferentes combinaciones de sexo y edad.

Es importante destacar, que estas tablas pueden diferir en su estructura dependiendo del comportamiento de gasto observado en la cartera de beneficiarios del plan y/o de la isapre respectiva.

Cada plan de salud lleva asociada una tabla de factores relativos y, en consecuencia, cada isapre podría definir tantas tablas como planes diferentes comercialice. En la práctica, la estructura de factores establecida por las isapres para los diferentes tipos de beneficiarios en dichas tablas, responde a los siguientes objetivos:

- Vincular las primas a los gastos esperados en prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral de cada beneficiario según sus propias características. Es decir, que cada beneficiario pague de acuerdo con su propio nivel de riesgo.

A modo de ejemplo, se presentan las siguientes tablas de factores asociadas a planes comercializados en el año 2000, con orientación hacia la familia, correspondientes a 2 isapres representativas del mercado.

TABLA DE FACTORES ISAPRE 1

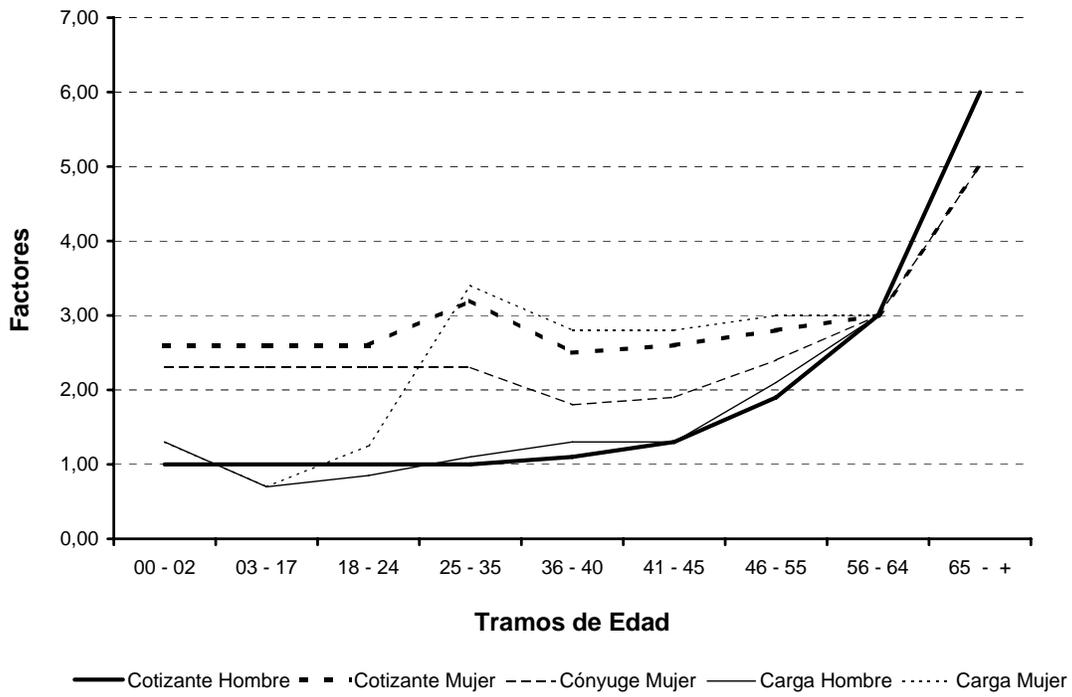
TRAMOS EDAD	COTIZANTE HOMBRE	COTIZANTE MUJER	CONYUGE MUJER	CARGA HOMBRE	CARGA MUJER
00 - 02	1,00	2,60	2,30	1,30	1,30
03 - 17	1,00	2,60	2,30	0,70	0,70
18 - 24	1,00	2,60	2,30	0,85	1,25
25 - 35	1,00	3,20	2,30	1,10	3,40
36 - 40	1,10	2,50	1,80	1,30	2,80
41 - 45	1,30	2,60	1,90	1,30	2,80
46 - 55	1,90	2,80	2,40	2,10	3,00
56 - 64	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
65 - más	6,00	5,00	5,00	6,00	6,00

TABLA DE FACTORES ISAPRE 2

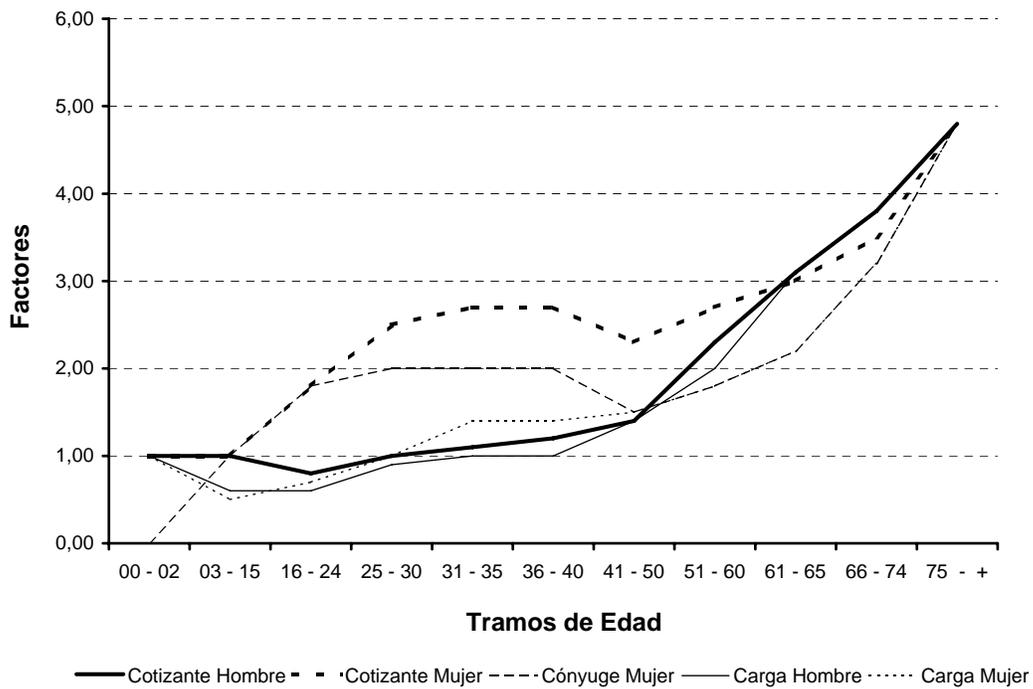
TRAMOS EDAD	COTIZANTE HOMBRE	COTIZANTE MUJER	CONYUGE MUJER	CARGA HOMBRE	CARGA MUJER
00 - 02	1,00	1,00	-	1,00	1,00
03 - 15	1,00	1,00	1,00	0,60	0,50
16 - 24	0,80	1,80	1,80	0,60	0,70
25 - 30	1,00	2,50	2,00	0,90	1,00
31 - 35	1,10	2,70	2,00	1,00	1,40
36 - 40	1,20	2,70	2,00	1,00	1,40
41 - 50	1,40	2,30	1,50	1,40	1,50
51 - 60	2,30	2,70	1,80	2,00	1,80
61 - 65	3,10	3,00	2,20	3,10	2,20
66 - 74	3,80	3,50	3,20	3,80	3,20
75 - más	4,80	4,80	4,80	4,80	4,80

Cabe observar, las notables diferencias que se producen entre las isapres al definir los factores de riesgo correspondientes a cada beneficiario según su tipo -cotizante o carga-, edad y sexo.

ISAPRE 1
Gráfico de Factores por Sexo y Edad



ISAPRE 2
Gráfico de Factores por Sexo y Edad



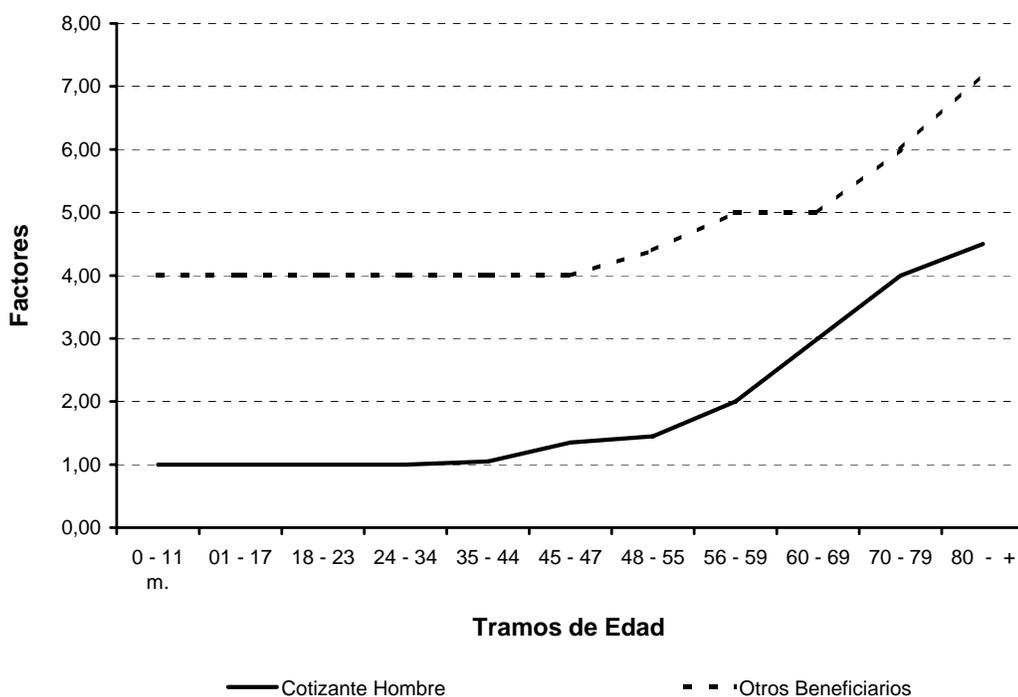
- Adecuar las primas de acuerdo con el mercado objetivo u orientación definida para el plan específico. Es decir, establecer primas más elevadas para los beneficiarios que no pertenecen al segmento de la población que se pretende captar.

A modo de ejemplo, se presenta la tabla de factores asociada a una línea de planes de salud con orientación hacia cotizantes de sexo masculino y sin cargas. La tabla corresponde a una isapre representativa del mercado.

TABLA DE FACTORES ISAPRE 3 (plan orientado a solteros)

TRAMOS EDAD	COTIZANTE HOMBRE	COTIZANTE MUJER	CONYUGE MUJER	CARGA HOMBRE	CARGA MUJER
0	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00
01 - 17	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00
18 - 23	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00
24 - 34	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00
35 - 44	1,05	4,00	4,00	4,00	4,00
45 - 47	1,35	4,00	4,00	4,00	4,00
48 - 55	1,45	4,40	4,40	4,40	4,40
56 - 59	2,00	5,00	5,00	5,00	5,00
60 - 69	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00
70 - 79	4,00	6,00	6,00	6,00	6,00
80 - más	4,50	7,20	7,20	7,20	7,20

ISAPRE 3
Gráfico de Factores por Sexo y Edad



Como se puede observar, tanto las cotizantes de sexo femenino como las cargas, presentan factores de riesgo bastante altos en relación con el cotizante hombre, lo que desincentiva su ingreso a este tipo de planes.

4. MUJERES E ISAPRES

4.1 Principales críticas

Se argumenta que las mujeres tienen una difícil relación con las isapres, por cuanto, deben pagar más que los hombres para obtener el mismo servicio y aún así encuentran barreras en el acceso y restricciones en el uso de algunas prestaciones.

También se postula, que esta situación tendría su origen en factores que encarecen el costo de la atención femenina: un mayor grado de morbilidad, una vejez más prolongada y la maternidad y estaría afectándolas tanto en su calidad de cotizantes como de cargas.

Así, mientras en el Sistema Isapre se sostiene que esta situación responde únicamente a consideraciones de carácter estructural y económico, persiste en el ambiente la duda de si no implicará también prácticas discriminatorias.

Un estudio reciente, realizado por el Servicio Nacional de la Mujer (Sernam)⁴, concluye, por ejemplo, que la principal razón para este trato desigual es la función reproductiva de la mujer, haciendo que no sólo las mujeres embarazadas sean discriminadas, sino las mujeres en general, sea cual sea la etapa de su ciclo vital:

“La variable género opera aquí, evidentemente, contra la mujer; se encarece directamente su cobertura previsional, adjudicándole exclusivamente el costo de la reproducción, en razón a que ello es de interés y responsabilidad social y no sólo de la madre”.

En este mismo documento se plantea, además, que los mayores costos asociados a la salud femenina son también relativos, ya que existen varios subsidios públicos que las isapres reciben y que buscan aliviar esos mayores costos. Se cita por ejemplo, la Ley N°18.418, de 1995, que traspassa al Estado el financiamiento de los subsidios por reposo maternal y los permisos por enfermedad grave del hijo menor de un año.

4.2 Precios relativos

En general, las isapres establecen tarifas más altas para las mujeres en atención al costo más alto que éstas representan a lo largo de su vida. Sin embargo, del cuadro siguiente se desprende que no todas las isapres aplican los mismos criterios para definir los precios de las mujeres en relación con el de los hombres.

⁴ Documento de Trabajo N°61: “Salud Previsional y Cobertura Femenina”. 1998.

En efecto, si mantenemos la edad como una constante, la muestra de factores relativos comparados por sexo es bastante disímil entre las isapres, mostrando, por ejemplo, que en la tercera edad y en el primer año de vida, las tarifas se equiparan e incluso son inferiores para las mujeres, situación que se revierte, considerablemente, en la etapa de la maternidad, siendo en el extremo hasta 3,3 veces superior a la de los hombres.

PLANES CON COBERTURA INTEGRAL DE PARTO FACTORES COMPARADOS

ISAPRE	COTIZANTE 30 AÑOS		CONYUGE 30 AÑOS	CARGA 1 AÑO		CARGA 65 AÑOS	
	HOMBRE	MUJER	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ISAPRE 1	1,00	3,05	1,27	0,94	0,88	3,50	2,03
ISAPRE 2	1,00	3,20	2,30	1,30	1,30	6,00	6,00
ISAPRE 3	1,00	2,50	2,00	1,00	1,00	3,10	2,20
ISAPRE 4	1,00	2,60	1,85	1,20	1,20	3,00	4,00
ISAPRE 5	1,00	2,62	1,74	1,26	1,26	2,56	2,69
ISAPRE 6	1,00	3,30	2,60	2,50	2,50	3,00	3,00

NOTA: La información corresponde a una tabla representativa de cada isapre, asociada a planes de salud familiares, con libre elección de prestadores, comercializados en el año 2000.

Como una forma de aminorar el impacto que representa la cobertura maternal sobre el precio de las mujeres en edad fértil, las isapres han diseñado planes que restringen los beneficios de prestaciones médicas relacionadas con el parto. Estos planes están dirigidos a mujeres que, estando en un período fértil, estiman que no harán uso de este tipo de prestaciones o están dispuestas a asumir en forma particular el riesgo que les representaría un estado de embarazo.

El cuadro siguiente muestra los factores relativos asociados a este tipo de planes en diferentes isapres. Se puede observar que, aun cuando el peso relativo de las mujeres -especialmente cotizantes- es menor en estos planes, todavía se presentan diferencias importantes en relación con los hombres.

PLANES CON COBERTURA PARCIAL DE PARTO FACTORES COMPARADOS

ISAPRE	COTIZANTE 30 AÑOS		CONYUGE 30 AÑOS	CARGA 1 AÑO		CARGA 65 AÑOS	
	HOMBRE	MUJER	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ISAPRE 1	1,00	2,50	2,00	3,10	3,00	3,10	2,20
ISAPRE 2	1,00	1,80	1,40	1,20	1,20	3,00	3,00
ISAPRE 3	1,00	1,67	1,12	1,26	1,26	2,56	2,69
ISAPRE 4	1,00	2,31	1,82	2,50	2,50	3,00	3,00

NOTA: La información corresponde a una tabla representativa de cada isapre, asociada a planes de salud familiares, con libre elección de prestadores, comercializados en el año 2000.

En el mercado también existen planes de salud orientados exclusivamente a cotizantes de sexo femenino, jóvenes y sin cargas. Estos planes se presentan sin cobertura maternal o con cobertura parcial de parto y sus tarifas son significativamente menores para la mujer joven y soltera, desincentivando el ingreso de hombres cotizantes y de cargas familiares al plan.

**PLANES CON COBERTURA PARCIAL DE PARTO
ORIENTACIÓN MUJERES SIN CARGAS
FACTORES COMPARADOS**

ISAPRE	COTIZANTE 30 AÑOS		CONYUGE 30 AÑOS	CARGA 1 AÑO		CARGA 65 AÑOS	
	HOMBRE	MUJER	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ISAPRE 1	2,50	1,00	5,00	5,00	5,00	7,70	5,50
ISAPRE 2	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
ISAPRE 3	5,23	1,00	3,49	2,51	2,51	5,13	5,38

NOTA: La información corresponde a una tabla representativa de cada isapre, asociada a planes de salud con orientación a mujeres sin cargas, con libre elección de prestadores, comercializados en el año 2000.

Por otra parte, la tendencia de los últimos años en el Sistema Isapre apunta a desarrollar nuevos planes de salud basados en mecanismos de control de costos más eficientes que los aplicados en el pasado. Fundamentalmente, los nuevos planes aparecidos en el mercado, a partir del año 1995, se insertan dentro del concepto “*salud administrada*”, con el cual se persigue controlar el costo y la calidad de la atención de salud mediante la administración y/o coordinación de los servicios médicos.

Estos planes son, por lo general, más económicos que los tradicionales e implican para el Sistema Isapre una forma de absorber a los segmentos de menores ingresos de la población, sin embargo, las relaciones de precios que muestran estos planes, según el sexo y la edad de los beneficiarios, se mantienen respecto de los planes ya vistos y, por lo tanto, también se mantienen las brechas de cobertura entre hombres y mujeres.

4.3 Estadísticas

En junio del año 2000, las mujeres representan al 34% de los cotizantes del Sistema Isapre y al 61% de las cargas, es decir, en el sistema existe una mayor proporción de cargas mujeres que de cotizantes mujeres. Sin embargo, cabe hacer notar que el porcentaje de mujeres cotizantes es similar a la distribución por sexo de la fuerza de trabajo nacional.

En suma, las mujeres representan el 49% de la cartera de beneficiarios del Sistema Isapre, dando muestra del equilibrio existente entre hombres y mujeres en este sistema.

**MUJERES EN EL SISTEMA ISAPRE
(en junio de 2000)**

	Total	Mujeres	Proporción
Número de Cotizantes	1.417.347	481.670	34%
Número de Cargas	1.807.016	1.103.604	61%
Número de Beneficiarios	3.224.363	1.585.274	49%

La presencia de cotizantes de sexo femenino en el Sistema Isapre ha sido relativamente estable en la década de los noventa, mostrando un leve incremento en los últimos 3 años, cuya participación se ha visto incrementada desde un 31,5% en diciembre de 1996 a un 33,7% en diciembre de 1999.

**EVOLUCIÓN COTIZANTES SEXO FEMENINO
(en diciembre de cada año)**

Período	Cotizantes Sistema	Cotizantes Mujeres	Proporción
1991	1.070.813	337.157	31,5%
1992	1.264.148	392.273	31,0%
1993	1.474.711	452.141	30,7%
1994	1.592.751	493.014	31,0%
1995	1.649.225	513.664	31,1%
1996	1.686.530	531.388	31,5%
1997	1.725.646	550.455	31,9%
1998	1.621.018	523.730	32,3%
1999	1.462.007	492.766	33,7%

En términos de beneficiarios -cotizantes y cargas- las mujeres muestran una participación constante en la década, cercana al 49%.

EVOLUCIÓN BENEFICIARIOS SEXO FEMENINO (en diciembre de cada año)

Período	Beneficiarios Sistema	Beneficiarios Mujeres	Proporción
1991	2.566.144	1.265.474	49,3%
1992	3.000.063	1.471.615	49,1%
1993	3.431.543	1.669.790	48,7%
1994	3.669.874	1.786.096	48,7%
1995	3.763.649	1.829.677	48,6%
1996	3.813.384	1.850.168	48,5%
1997	3.882.572	1.881.277	48,5%
1998	3.679.835	1.791.702	48,7%
1999	3.323.373	1.626.451	48,9%

En junio 2000, las isapres que concentran el mayor número de mujeres cotizantes del sistema son Cruz Blanca con el 19,25%, Banmédica con el 17,77% y Consalud con el 15,65%. En general, las mujeres cotizantes se concentran en el sistema de isapres abiertas, donde participan en un 96,52%, a junio de 2000.

A esa misma fecha, las isapres que presentan un mayor porcentaje de mujeres en su cartera de cotizantes son Isamédica con un 43,45% de cotizantes mujeres, Banco del Estado con un 42,72% y Cruz Blanca con un 40,37%.

COTIZANTES SEXO FEMENINO POR ISAPRE (En junio de 2000)

Isapres	Total Cotizantes	Cotizantes Mujeres	Porcentaje Mujeres	Porcentaje concentración
Cruz Blanca	229.664	92.710	40,37%	19,25%
Banmédica	258.484	85.569	33,10%	17,77%
Consalud S.A.	295.236	75.382	25,53%	15,65%
Isamédica	11.903	5.172	43,45%	1,07%
Isapres Abiertas	1.357.807	464.892	34,24%	96,52%
Banco del Estado	13.760	5.878	42,72%	1,22%
Isapres Cerradas	59.540	16.778	28,18%	3,48%
Total Sistema	1.417.347	481.670	33,98%	100%

La distribución por edad de los beneficiarios de sexo femenino en el Sistema Isapre muestra una concentración en los tramos comprendidos entre los 0 y 49 años. Las mujeres cotizantes tienen mayor presencia entre los 20 y 49 años, mientras que las cargas de sexo femenino son, principalmente, menores de 20 años.

BENEFICIARIOS SEXO FEMENINO POR EDAD
(En junio de 2000)

Rangos de edad	Cotizantes	Distribución	Cargas	Distribución	Beneficiarios	Distribución
< 20 años	2.420	0,5%	571.130	51,8%	573.550	36,2%
20 - 29 años	119.442	24,8%	152.797	13,8%	272.239	17,2%
30 - 39 años	155.277	32,2%	150.515	13,6%	305.792	19,3%
40 - 49 años	110.202	22,9%	115.597	10,5%	225.799	14,2%
50 - 54 años	36.513	7,6%	40.712	3,7%	77.225	4,9%
55 - 59 años	25.182	5,2%	29.819	2,7%	55.001	3,5%
60 - 69 años	22.915	4,8%	27.238	2,5%	50.153	3,2%
70 - 79 años	7.377	1,5%	10.433	0,9%	17.810	1,1%
80 - 84 años	1.260	0,3%	2.118	0,2%	3.378	0,2%
> 84 años	1.082	0,2%	3.245	0,3%	4.327	0,3%
Total	481.670	100%	1.103.604	100%	1.585.275	100%

En el cuadro siguiente se puede observar que las mujeres declaran una renta promedio más baja que los hombres, cotizan en promedio montos inferiores, presentan la misma edad promedio y tienen un menor número de cargas incorporadas a sus planes de salud.

ESTADÍSTICAS COMPARADAS POR SEXO DEL COTIZANTE
(en junio de 2000)

	Hombres	Mujeres	Promedio Sistema
Remuneración Imponible \$	420.966	380.251	407.130
Cotización Pactada \$	40.378	36.095	38.923
Cotización Voluntaria \$	7.005	5.927	6.639
Edad	39	39	39
Cargas por Cotizante	1,58	0,69	0,99

Según el tipo de trabajo, las mujeres cotizantes del Sistema Isapre siguen la tendencia del total de la cartera, por cuanto, la mayoría de ellas son dependientes.

**COTIZANTES SEXO FEMENINO
SEGÚN TIPO DE TRABAJO
(en junio de 2000)**

	Cotizantes Mujeres	Total Sistema
Dependiente	90,6%	90,8%
Independiente	2,4%	2,7%
Pensionado	4,9%	4,3%
Voluntario	2,1%	2,2%

Con respecto al tipo de plan, se puede observar que, en general, los cotizantes del Sistema Isapre se concentran en planes individuales, sin embargo, las mujeres tienen menor presencia en planes colectivos y mayor presencia en planes matrimoniales que los hombres.

**COTIZANTES SEXO FEMENINO
SEGÚN TIPO DE PLAN
(en junio de 2000)**

	Cotizantes Mujeres	Total Sistema
Individual	66,0%	64,8%
Colectivo	27,2%	30,5%
Matrimonial	6,0%	4,0%
Otro	0,8%	0,7%

5. TERCERA EDAD E ISAPRES

5.1 Principales críticas

De acuerdo con la ley, el seguro de salud de las isapres es de carácter indefinido. Sin embargo, la misma ley permite a las isapres la adecuación anual del precio y/o beneficios del plan de salud y a los afiliados la desafiliación anual voluntaria, facultades que frustran la intencionalidad del legislador de asegurar estabilidad en el régimen de salud. En efecto, aun cuando un seguro de plazo indefinido debiera cubrir el riesgo de salud presente y futuro, la posibilidad de adecuación anual lo transforma en un seguro anual que no toma en consideración el riesgo y la necesidades de salud a largo plazo.

Esta falta de proyección de costos en un contexto de largo plazo, origina una acentuada inestabilidad para el usuario, quien desconoce cuanto tiempo podrá permanecer en el sistema. Mayor incertidumbre se produce respecto de la tercera edad, por cuanto, en la etapa pasiva los ingresos disminuyen y simultáneamente, los gastos en salud aumentan.

Actualmente, la captación y mantención de personas en la tercera edad presenta importantes desafíos para el Sistema Isapre, por cuanto, las primas que los adultos mayores deben solventar, en consideración de su mayor riesgo por enfermedad, pueden traducirse en un porcentaje significativo de sus ingresos, lo que, en muchos casos, determina una barrera al ingreso de estas personas al sistema o una migración hacia el sector público⁵.

En la práctica, el problema del financiamiento de la tercera edad trasciende al Sistema Isapre, constituyéndose en un problema nacional, sin embargo, al interior de este sistema cobra relevancia al considerarse injusto que las personas habiendo cotizado toda su vida activa en una isapre deban migrar al Fonasa cuando más requieren de sus beneficios.

En el Sistema Isapre la disyuntiva sobre la tercera edad puede graficarse como sigue:

- Primas elevadas -ajustadas al riesgo- restringen el acceso y la permanencia de estas personas en las isapres.
- Primas menores, compensadas internamente por subsidios cruzados provenientes de afiliados más jóvenes, encarecen la prima de éstos últimos, desincentivando su ingreso al sistema, afectando negativamente la rentabilidad de las isapres, y

⁵ Ver "Edad Avanzada y Costos Catastróficos: Algunos Aspectos del Aseguramiento de la Salud en Chile". Informe N°19940. Banco Mundial. Grupo de Desarrollo Humano y Social. Julio del 2000.

- Primas modestas -inferiores al costo actuarial de la atención prometida en el contrato a estas personas- también inciden negativamente sobre la rentabilidad pudiendo ser financieramente no viables para las isapres.

En definitiva el problema de la tercera edad en el Sistema Isapre requiere del diseño de nuevas alternativas para el financiamiento de una cobertura en salud que se considere adecuada a su perfil de gastos, por ejemplo, por la vía de establecer un sistema de ahorro en los períodos de vida activa.

5.2 Precios relativos

Conforme a la facultad legal establecida, las isapres determinan primas diferenciadas por edad de los beneficiarios, llegando las personas en edad avanzada a cotizar 6,41 veces lo que cotiza un joven de 30 años.

El cuadro siguiente muestra las diferencias que se producen entre las isapres para fijar los factores relativos según la edad de los beneficiarios.

**PRESENTACIÓN COMPARATIVA DE FACTORES RELATIVOS
POR TIPO DE BENEFICIARIO, EDAD Y SEXO**

ISAPRE	COTIZANTE 30 AÑOS		COTIZANTE 65 AÑOS		CARGA 65 AÑOS		CARGA 75 AÑOS	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ISAPRE 1	1,00	3,05	4,27	3,96	3,50	2,03	3,50	2,03
ISAPRE 2	1,00	3,20	6,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00
ISAPRE 3	1,00	2,50	3,10	3,00	3,10	2,20	4,80	4,80
ISAPRE 4	1,00	2,60	3,00	4,00	3,00	4,00	6,00	6,00
ISAPRE 5	1,00	2,62	2,82	2,69	2,56	2,69	5,38	6,41
ISAPRE 6	1,00	3,30	3,50	3,50	3,00	3,00	4,00	3,50

NOTA: La información corresponde a una tabla representativa de cada isapre, asociada a planes de salud familiares, con libre elección de prestadores, comercializados en el año 2000.

5.3 Estadísticas

A junio del año 2000, el Sistema Isapre presenta un 3,5% de sus beneficiarios en edad avanzada⁶, de los cuales, el 4,7% son cotizantes y sólo el 2,6% son cargas.

⁶ Para efectos de este estudio el concepto de Tercera Edad o Edad Avanzada incluye mujeres de 60 años y más, y hombres de 65 años y más.

TERCERA EDAD EN EL SISTEMA ISAPRE
(en junio de 2000)

	Totales	Tercera Edad	Proporción
Número de Cotizantes	1.417.347	66.382	4,7%
Número de Cargas	1.815.159	47.153	2,6%
Número de Beneficiarios	3.232.506	113.535	3,5%

En junio 2000, las mujeres representan al 66,6% de los beneficiarios de tercera edad en el sistema, al 49,2% de los cotizantes y al 91,3% de las cargas con este perfil de edad.

COTIZANTES DE TERCERA EDAD SEGÚN SEXO
(en junio de 2000)

	Hombres >= 65 años	Mujeres >= 60 años	Total Tercera Edad	Proporción Mujeres
Cotizantes	33.748	32.634	66.382	49,2%
Cargas	4.119	43.034	47.153	91,3%
Beneficiarios	37.867	75.668	113.535	66,6%

La presencia de cotizantes de tercera edad, ha evolucionado positivamente en el Sistema Isapre, pasando desde un 2,5% en diciembre de 1991 a un 4,4% en diciembre de 1999.

EVOLUCIÓN COTIZANTES DE TERCERA EDAD
(en diciembre de cada año)

Período	Cotizantes Sistema	Cotizantes Tercera Edad	Proporción
1991	1.070.813	26.330	2,5%
1992	1.264.148	31.159	2,5%
1993	1.474.711	39.474	2,7%
1994	1.592.751	43.708	2,7%
1995	1.649.225	47.345	2,9%
1996	1.686.530	54.991	3,3%
1997	1.725.646	60.429	3,5%
1998	1.621.018	62.245	3,8%
1999	1.462.007	64.700	4,4%

En términos de beneficiarios, el crecimiento de la cartera de edad avanzada experimentó una caída hacia el segundo año de la década de los noventa, estabilizándose los dos años siguientes, luego de los cuales, ha presentado un incremento sostenido, pasando desde un 2,3% en diciembre de 1993 a un 3,3% en diciembre de 1999.

Con respecto a la población nacional de tercera edad, el Sistema Isapre ha visto incrementada su cobertura en los últimos 9 años, abarcando a un 8,4% de la población mayor, en diciembre de 1999.

EVOLUCIÓN BENEFICIARIOS DE TERCERA EDAD
(en diciembre de cada año)

Período	Beneficiarios Sistema	Beneficiarios Tercera Edad	Proporción Sistema	Población Tercera Edad*	Proporción País
1991	2.566.144	64.974	2,5%	1.038.490	6,3%
1992	3.000.063	69.725	2,3%	1.070.908	6,5%
1993	3.431.543	80.272	2,3%	1.103.465	7,3%
1994	3.669.874	86.761	2,4%	1.135.581	7,6%
1995	3.763.649	92.417	2,5%	1.166.684	7,9%
1996	3.813.384	100.594	2,6%	1.201.719	8,4%
1997	3.882.572	107.346	2,8%	1.235.925	8,7%
1998	3.679.835	109.201	3,0%	1.269.437	8,6%
1999	3.323.373	109.066	3,3%	1.302.400	8,4%

(*) Corresponde a estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050 realizadas por el I.N.E.

Por otra parte, las estadísticas de renta imponible indican que los cotizantes de tercera edad declaran en promedio, rentas más altas que el promedio del sistema. Además, presentan una cotización pactada promedio superior a la del sistema, siendo en el caso de los hombres más marcada esta diferencia. Lo habitual es que este tipo de cotizantes requieran completar el precio de los planes contratados con cotizaciones adicionales voluntarias, las que también, presentan notables diferencias en relación con el promedio del sistema.

La edad promedio de los cotizantes de tercera edad a junio del 2000, es de 71 años para los hombres y de 67 años en el caso de las mujeres.

Finalmente, el promedio de cargas que presentan los cotizantes de tercera edad es inferior al promedio del sistema.

ESTADÍSTICAS COMPARADAS POR EDAD DEL COTIZANTE
(en junio de 2000)

	Hombres >= 65 años	Mujeres >= 60 años	Promedio Tercera Edad	Promedio Sistema
Remuneración Imponible	483.536	381.973	433.607	407.130
Cotización Pactada	65.646	45.399	55.693	38.923
Cotización Voluntaria	23.631	14.201	18.995	6.639
Edad	71	67	69	39
Cargas por Cotizante	0,82	0,14	0,49	0,99

La distribución por tipo de plan de los cotizantes en edad avanzada indica que éstos, se concentran, mayoritariamente, en planes de salud individuales.

COTIZANTES DE TERCERA EDAD SEGÚN TIPO DE PLAN
(en junio de 2000)

	Hombres >= 65 años	Mujeres >= 60 años	Total Tercera Edad	Total Sistema
Individual	76,8%	78,8%	77,8%	64,8%
Colectivo	18,9%	16,0%	17,5%	30,5%
Matrimonial	2,1%	3,0%	2,5%	4,0%
Otro	2,2%	2,2%	2,2%	0,7%

Con respecto al tipo de trabajo y como es razonable esperar, los cotizantes de la tercera edad son mayoritariamente pensionados -50,7%-, sin embargo, una parte importante de ellos -39,3%- se mantienen en un trabajo activo en calidad de dependientes, esto último, se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres, donde el porcentaje alcanza un 40.3%.

COTIZANTES DE TERCERA EDAD SEGÚN TIPO DE TRABAJO
(en junio de 2000)

	Hombres >= 65 años	Mujeres >= 60 años	Total Tercera Edad	Total Sistema
Dependiente	38,3%	40,3%	39,3%	90,8%
Independiente	4,9%	4,8%	4,9%	2,7%
Pensionado	53,1%	48,3%	50,7%	4,3%
Voluntario	3,8%	6,6%	5,1%	2,2%

Finalmente, el cuadro siguiente permite observar que las isapres que concentran el mayor porcentaje de los cotizantes de tercera edad son: Consalud con el 21,05%; Banmédica con el 17,50%; Cruz Blanca con el 13,39%, y; Colmena Golden Cross con el 12,86%. Asimismo, se observa que el 89,01% de los cotizantes en edad avanzada se encuentran en el sistema de isapres abiertas. Sin embargo, cabe hacer notar que, dentro del subsistema de isapres cerradas, la institución con mayor cantidad de cotizantes de tercera edad es la Isapre del Banco del Estado con una participación del 7,08% de esta cartera.

Por otra parte, a esa misma fecha, las isapres que concentran un mayor porcentaje de personas de la tercera edad en su cartera de cotizantes son: Banco del Estado con un 34,16% de sus cotizantes en edad avanzada; Linksalud con un 17,19%, y; CTC – Istel con un 14,67%.

**COTIZANTES DE TERCERA EDAD POR ISAPRE
(En junio de 2000)**

Isapres	Total Cotizantes	Cotizantes T. Edad	Porcentaje T.Edad	Porcentaje concentración
Consalud S.A.	295.236	13.974	4,73%	21,05%
Banmédica	258.484	11.614	4,49%	17,50%
Cruz Blanca	229.664	8.891	3,87%	13,39%
Colmena	140.448	8.540	6,08%	12,86%
Linksalud	1.844	317	17,19%	0,48%
Isapres Abiertas	1.357.807	59.088	4,35%	89,01%
Banco del Estado	13.760	4.700	34,16%	7,08%
CTC - Istel	9.242	1.356	14,67%	2,04%
Isapres Cerradas	59.540	7.294	12,25%	10,99%
Total sistema	1.417.347	66.382	4,68%	100%

6. EVIDENCIA DEL GASTO POR SEXO Y EDAD

La evidencia indica que el comportamiento del gasto en salud que registran hombres y mujeres a lo largo de su vida es distinto, lo que, en el sistema isapre se traduce en primas distintas para los beneficiarios dependiendo de su sexo y edad.

Diversos estudios encargados por la Superintendencia de Isapres a prestigiosas universidades chilenas evidencian estas diferencias en el comportamiento del gasto en salud tanto a nivel de prestaciones médicas como de subsidios por incapacidad laboral.

6.1 Gasto en prestaciones médicas

En efecto, un estudio realizado el año 1995, en conjunto con investigadores del Centro de Economía Aplicada del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile⁷, cuyo objetivo apuntaba a generar alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema isapre, permite visualizar mediante el siguiente cuadro estadístico las diferencias del gasto en salud per cápita anual de hombres y mujeres, según tramo de edad. La información corresponde al cuadro 2.6 del citado estudio, cuyas cifras se presentan ajustadas a pesos de junio 2000.

GASTO PER CÁPITA FACTURADO ANUAL EN PRESTACIONES DE SALUD DE HOMBRES Y MUJERES SEGÚN TRAMO DE EDAD (en pesos de junio 2000)

GASTO	0 - 1	2 - 17	18 - 44	45 - 59	60 y más	Total
Hombre	137.995	46.759	60.218	120.119	304.175	72.376
Mujer	117.585	48.088	131.064	185.138	344.112	114.671
Total	128.284	47.408	94.729	152.755	324.183	93.065
Razón Mujer/Hombre	0,85	1,03	2,18	1,54	1,13	1,58
Razón vs tramo 18 - 44						
Hombre	2,29	0,78	1,00	1,99	5,05	-
Mujer	0,90	0,37	1,00	1,41	2,63	-
Total	1,35	0,50	1,00	1,61	3,42	-

Estos antecedentes permiten concluir que, en general, las mujeres presentan un gasto más alto en salud que los hombres. Sólo en el tramo 0 – 1 año los hombres son relativamente más caros, situación que se revierte a partir del tramo siguiente

⁷ Fischer, Mizala y Romaguera (1995), "Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema Isapre", *capítulo 2*.

cuando las mujeres comienzan a experimentar un nivel de gasto consistentemente más elevado. El mayor diferencial de gasto se presenta en la etapa de la maternidad (tramo 18 – 44) cuando el gasto de la mujer es 2,18 veces el gasto del hombre.

Esta información permite concluir además, que el gasto en salud aumenta con la edad. Sin embargo, el impacto del aumento en el gasto en la tercera edad es significativamente mayor en los hombres, ya que, su gasto en el tramo 60 años y más es 5,05 veces el gasto en el tramo 18 – 44 años, en tanto, para las mujeres esta proporción alcanza a 2,63 veces. Es decir, las mujeres presentan un perfil de gasto en salud más parejo a lo largo de su vida.

6.2 Gasto en subsidios por incapacidad laboral

Respecto de los Subsidios por Incapacidad Laboral, cabe precisar que el Sistema Isapre sólo se hace cargo de aquéllos que se derivan de licencias por enfermedad común o curativa, incluyendo las licencias prenatales suplementarias que reciben este mismo tratamiento. Son financiados por el Fondo Único de Prestaciones Familiares (FUPF) los subsidios que se originan en descansos maternales o por enfermedad grave del hijo menor de un año.

Un estudio realizado por el Departamento de Estudios de la Superintendencia de Isapres, en junio de 1995⁸, deja de manifiesto el mayor gasto efectuado por las mujeres por este concepto, aun cuando se excluyan las licencias prenatales suplementarias, que afectan sólo a las mujeres y que son tramitadas por las isapres como si fueran licencias curativas.

Cabe mencionar además, que si los subsidios por incapacidad laboral correspondientes a licencias maternales y por enfermedad grave del hijo menor de un año, no fueran financiados por el Estado, el gasto de las mujeres cotizantes en este ítem sería considerablemente mayor y en consecuencia, las primas cobradas a las mujeres en edad fértil en el sistema isapre serían también mayores.

El cuadro siguiente permite visualizar las diferencias en la tasa de uso de licencias curativas tramitadas por sexo. La información corresponde al cuadro N°5 del citado estudio y al cuadro N°4 del anexo 1 del mismo documento.

⁸ Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Departamento de Estudios, (1995), Serie de Estudios Técnicos, "Comportamiento de las Licencias por Enfermedad Común o Curativa en el Sistema de Isapres Abiertas", pág. 14.

**TASA DE USO DE LICENCIAS TRAMITADAS SEGÚN SEXO
POR CADA 100 COTIZANTES**

SEXO DEL COTIZANTE	1993	1994
Hombre	44,01	43,08
Mujer	88,23	89,59
Mujer (1)	78,13	78,55

(1) Excluye las licencias prenatales suplementarias tramitadas como curativas y que son de cargo de las isapres.

De esta información se desprende que la tasa de uso de licencias médicas en las mujeres es el doble de la que presentan los hombres. En efecto, en el caso de los hombres, alrededor del 43% toma licencia en el curso de un año, mientras que en el caso de las mujeres esta tasa alcanza un 89%

Al comparar estas tasas, se puede deducir que si bien las licencias prenatales suplementarias tienen un fuerte impacto en la tasa de uso de las mujeres, aún persisten grandes diferencias en las tasas de uso de licencias por enfermedad curativa entre ambos sexos.

6.3 Costo isapre según sexo y edad

Un tercer estudio desarrollado en 1998, con investigadores del Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile⁹ permite corroborar las conclusiones antes obtenidas con respecto a la estructura del gasto en salud por sexo y edad de la población beneficiaria del sistema isapre. Lo anterior, se visualiza en la siguiente tabla que indica el costo isapre promedio en prestaciones de salud y subsidios, por tipo de beneficiario según sexo y edad. La información corresponde al cuadro 28 del citado estudio cuyas cifras se presentan ajustadas a pesos de junio 2000.

**COSTOS MEDIOS SISTEMA ISAPRE SEGÚN SEXO Y EDAD
PRESTACIONES Y SUBSIDIOS
(en junio 2000)**

EDAD	COTIZANTE HOMBRE	COTIZANTE MUJER	CONYUGE MUJER	EDAD	CARGAS
0 - 40	118.753	260.911	358.958	0	0
41 - 55	129.039	194.673	161.877	0 - 24	101.297
56 - 65	164.154	220.290	215.763	25 - 30	73.566
66 y más	237.805	316.427	322.585	OTRAS	115.517

⁹ Torche, A. y Williamson, C. (1998), "Estructura del Mercado de Seguros de Salud Previsional en Chile: Análisis sobre Aspectos de Competitividad y Eficiencia", págs. 50 a 52.

Del cuadro anterior se colige que la estimación del costo esperado crece con la edad. En los hombres, el crecimiento es leve entre los tramos 0 – 40 años y 41 – 55 años y más acelerado en los años de vida posteriores. En la mujer –cotizante o carga- el costo decae inicialmente producto de la incidencia que tiene el gasto en maternidad en los años de edad fértil, para luego elevarse nuevamente en los períodos siguientes y por efecto de la edad. Finalmente, el costo esperado de las cargas es inferior al de los cotizantes en todos los tramos etáreos y tiende a elevarse en el conjunto “otros” donde se agrupan las cargas médicas, generalmente, personas mayores como, por ejemplo, los padres del cotizante.

Lo anterior, se visualiza mejor en el siguiente cuadro, que muestra las relaciones de costo esperado para los diferentes grupos de beneficiarios, con el del pivote - cotizante hombre de 30 años- contenido en el tramo 0 – 40 años el cual asume el valor unitario.

FACTORES RELATIVOS DE COSTO TOTAL PRESTACIONES Y SUBSIDIOS

EDAD	COTIZANTE HOMBRE	COTIZANTE MUJER	CONYUGE MUJER	EDAD	CARGAS
0 - 40	1,00	2,20	3,02		
41- 55	1,09	1,64	1,36	0 - 24	0,85
56- 65	1,38	1,86	1,82	25 - 30	0,62
66 y más	2,00	2,66	2,72	OTRAS	0,97

6.4 Relación entre factores de riesgo y factores de costos

Al comparar los factores de riesgo incorporados por las isapres en sus tablas con los factores relativos de costos esperados del cuadro anterior, se pueden obtener algunas conclusiones con respecto al grado de ajuste que existe entre los precios de los planes y la provisión de los mismos.

Para tal efecto, se presentan algunos factores de riesgo asociados a diferentes beneficiarios según sexo y edad. Estos factores corresponden a la tabla de precios de una isapre representativa del mercado.

**FACTORES DE RIESGO PARA FIJACIÓN DE PRIMAS
ISAPRE REPRESENTATIVA**

EDAD	COTIZANTE		CONYUGE MUJER	EDAD	CARGA	
	HOMBRE	MUJER			HOMBRE	MUJER
30 años	1,00	3,20	2,30			
50 años	1,90	2,80	2,40	18 años	0,85	1,25
60 años	3,00	3,00	3,00	26 años	1,10	3,40
70 años	6,00	5,00	5,00	60 años	3,00	3,00

Al comparar ambas tablas, es posible concluir que los factores de riesgo definidos por la isapre son, en general, superiores al gasto esperado para cada beneficiario según sus características de sexo y edad. Sólo la carga cónyuge en edad fértil presenta un factor de riesgo inferior al gasto esperado promedio para su grupo. Esto último puede interpretarse como un subsidio por parte del resto de los beneficiarios.

Asimismo, es posible observar que los factores de riesgo aumentan con la edad, pero, lo hacen a una tasa mayor que los gastos esperados. En efecto, respecto de los hombres, los cotizantes mayores de 66 años deben cotizar 6 veces lo que el pivote, en circunstancias, que su gasto esperado sólo alcanza a 2 veces. En el caso de las mujeres el aumento de precios es más parejo a lo largo de su vida pero igualmente desmedido con respecto a sus gastos esperados.

Sólo la cotizante de sexo femenino experimenta una caída en su factor de riesgo al abandonar la edad fértil, sin embargo, la carga cónyuge experimenta un leve incremento en su factor al dejar esta etapa, situación que como ya se mencionó, puede deberse al desajuste que presenta este factor con respecto al gasto esperado.

En relación con las cargas, los factores de riesgo muestran un comportamiento bastante imperfecto con respecto al gasto. En primer lugar, la isapre fija factores de riesgo diferentes según el sexo de las mismas. Sólo en el tramo de mayor edad estos factores tienden a igualarse, pero, en valores elevados respecto del gasto esperado. Tanto para los hombres como para las mujeres los factores de riesgo aumentan con la edad, en circunstancias, que el gasto esperado conjunto disminuye en el tramo 25 – 30 años. La mayor diferencia con respecto al gasto la experimentan las cargas de sexo femenino dentro de este tramo, el cual coincide con la edad fértil.

En definitiva, la comparación de ambas tablas nos permite concluir que el grado de ajuste de los precios con respecto a los gastos esperados para cada grupo de beneficiarios según sus características de sexo y edad, es bastante imperfecto, mostrando en la mayoría de los casos, un mark up -sobre precio- importante por parte de la isapre, cuestión que puede interpretarse como una forma de compensar la selección adversa propia de este sistema de seguros.

7. CONCLUSIONES

- La discriminación de precios existe cuando la diferencia de precios cobrados por dos servicios similares es distinta de la diferencia en los costos de prestar esos servicios. En consecuencia, las diferencias de primas establecidas por las isapres no son necesariamente discriminatorias si ellas se fundamentan en las diferencias de costos que cada beneficiario les reporta.
- Varias de las críticas que enfrenta el Sistema Isapre en relación con las características de su cartera de beneficiarios -los más rentables- no son consecuencia necesaria de un comportamiento activo o premeditado por parte de las isapres, sino que se deben al Marco Institucional que regula el mercado de los seguros de salud. El problema del descrome, en particular, responde en buena parte a la operatoria conjunta de dos sistemas incompatibles. En este caso, las personas perciben que el precio del seguro público en relación con el del seguro privado es menor para la población más riesgosa y para los de menores ingresos y en consecuencia, les resulta más conveniente incorporarse al Fonasa.
- Las diferencias en las primas del seguro privado de salud obedecen al componente de costo esperado para cada beneficiario según su riesgo, el que a su vez, se sustenta en la evidencia empírica respecto del diverso comportamiento que demuestran los cotizantes en cuanto al gasto en salud. En efecto, la diferenciación de precios establecida en los planes de salud, se fundamenta no en la cualidad de los cotizantes de ser hombres o mujeres, jóvenes o viejos, sino en el diverso riesgo financiero que ellos llevan implícito al contratar con una isapre.
- La racionalidad de ajustar adecuadamente los precios de los planes de salud al gasto esperado de cada beneficiario, surge también, como una forma para evitar la selección por riesgo. En efecto, cuando las primas que cancelan los beneficiarios no guardan relación con sus costos esperados, las instituciones toman iniciativas para evitar la incorporación de determinados individuos o grupos -los más costosos- o bien, destinan recursos de manera improductiva para captar a los individuos de menor riesgo. Por el contrario, primas corregidas en función de los riesgos potenciales, minimizan la selección por riesgo, y permiten una asignación de recursos más eficiente en el mercado.
- En definitiva, es el diseño o estructura del sistema lo que establece que la prima del seguro de salud sea de carácter individual y en consecuencia diferenciada con respecto al riesgo de cada beneficiario, característica que en ningún caso corresponde a una discriminación antojadiza de parte del sistema isapre.
- No obstante lo anterior, la evidencia de gasto presentada por los diversos grupos de riesgo, no se reflejan estrictamente en las relaciones de precios fijadas por las isapres en sus planes salud. En efecto, la comparación de los factores de precios

con los factores de costo esperado para diferentes tipos de beneficiarios, permitió concluir que los precios fijados por las isapres implican un sobre precio importante, en la mayoría de los casos. Es decir, las tablas de precios asociadas a los planes comercializados hoy en día por el Sistema Isapre, no reflejan estrictamente las relaciones de los costos esperados.

- Con respecto a la situación de las mujeres en el Sistema Isapre, es importante señalar, que aún cuando ética o socialmente pudiera considerarse deseable que la sociedad compartiera el gasto que concretamente significa la maternidad, por ejemplo, a través de algún mecanismo de distribución de este mayor costo entre los cotizantes, lo cierto es que el diseño estructural del seguro privado de salud está basado en la determinación de primas por riesgo individual, lo que obliga a las isapres a definir el precio final del seguro en función del mayor gasto esperado que presentan las mujeres en esa etapa de la vida.
- Cabe mencionar además, que alrededor del 34% de la cartera de cotizantes del Sistema Isapre, son mujeres, cifra que no es otra cosa que el reflejo de la realidad laboral del país y que en definitiva deja de manifiesto que no existen en el sistema privado de salud barreras a la entrada para este sector de la población activa.

DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA ISAPRE PARTE II: “PROPUESTAS”

1. INTRODUCCION

El diagnóstico efectuado en la primera parte de este documento, nos entrega información relacionada con el funcionamiento del Sistema Isapre y sus particulares características que inciden o generan inequidades en el acceso y/o mantención de ciertos grupos de usuarios, particularmente aquéllos, que resultan más riesgosos para las isapres por presentar un costo relativo más alto en su demanda por atención de salud.

En este mismo diagnóstico, se puede concluir que básicamente, es el diseño o estructura del Sistema Isapre lo que origina las diferencias de trato respecto de estos grupos, por cuanto, la propia ley establece que la prima del seguro privado de salud sea de carácter individual y en consecuencia diferenciada de acuerdo con las expectativas de gasto en salud que se tengan de cada persona, según su sexo y edad.

De esta forma, la discriminación alegada no constituiría un comportamiento activo ni premeditado de parte de las isapres para garantizarse una mayor rentabilidad, sino más bien, una condición para su operatoria y viabilidad.

En definitiva, el sistema no prevé norma alguna ni mecanismos que permitan una redistribución de los riesgos al interior de las isapres, para generar un equilibrio entre todos los afiliados.

Bajo esta perspectiva, parece ser unánime la opinión de que resulta poco probable o, al menos, de muy largo aliento, introducir modificaciones radicales sobre la estructura de funcionamiento de las isapres, ya que ello requiere, en principio, de la convicción ciudadana y de los acuerdos políticos necesarios para hacerlo.

No obstante lo anterior, es posible visualizar algunas alternativas de solución para estos casos, por la vía de reparar los vacíos, dificultades o irregularidades que el sistema presenta dentro del marco normativo actual.

Sin embargo, habrá que tener presente que cualquier iniciativa en este sentido, generará costos para las isapres, los que, probablemente, redundarán en nuevas barreras de ingreso, ya sea por la vía de un incremento en las primas de los planes de salud o por la disminución proporcional de los beneficios que estos otorgan. En consecuencia, será pertinente evaluar, previamente, el impacto que cada iniciativa tendrá sobre el funcionamiento global del sistema.

En esta parte del estudio, se abordan someramente las principales propuestas que diversas agrupaciones de profesionales han generado para dar solución, al menos en parte, al problema de la “discriminación” en el Sistema Isapre.

2. DISCRIMINACIÓN POR SEXO: Algunas propuestas de solución

2.1 Distribución de los costos vinculados a la maternidad

Un estudio realizado por el Sernam en 1998¹⁰, postula la necesidad de distribuir los costos por cobertura de las prestaciones vinculadas a la maternidad, a efectos de que toda la sociedad se haga cargo de la reproducción, ya sea, constituyendo un fondo separado con aportes de todos los afiliados al sistema o estableciendo un porcentaje adicional de cotización para todos ellos.

Dicho estudio plantea que es posible concebir este fondo, siguiendo la premisa de soportar solidariamente los costos de la reproducción entre todos los afiliados, haciendo que las distancias entre cobertura femenina y masculina en el sistema privado disminuyan.

No obstante, habrá que tener presente, que la distribución del costo vinculado a la maternidad entre hombres y mujeres puede generar incentivos al interior del sistema que podrían dañar la asignación eficiente de los recursos. En efecto, por cuando, un aporte adicional de los hombres para este cometido genera desincentivos a su afiliación, especialmente, de los jóvenes y solteros y, por otra parte, las instituciones generarán incentivos para seleccionar por riesgo a su cartera de beneficiarios, evitando la incorporación de las mujeres, para quienes el sistema se hará más atractivo.

2.2 Incentivar algunas prácticas de las isapres

En concreto, se propone dar mayor difusión a determinados planes de las isapres que, de alguna manera, promueven la distribución de los costos de la maternidad a través del financiamiento compartido de los mismos. Tal es el caso de los llamados “planes matrimoniales” que, si bien, no disminuyen el costo adicional de la cobertura femenina, por lo menos, lo distribuyen más equitativamente en el ingreso familiar.

También se encuentran planes de salud que no incluyen o restringen de manera importante la cobertura de parto, diseñados para las mujeres que, estando en edad fértil, estiman que no harán uso de estas prestaciones ya sea porque no desean tener más hijos o porque se programan para postergar la maternidad. En esos casos, se disminuye el costo de la cobertura femenina por la vía de restringir los beneficios de las prestaciones vinculadas al parto.

Estas iniciativas de las isapres pueden considerarse un avance en favor de las mujeres, sin embargo, son insuficientes para mejorar un sistema estructuralmente

¹⁰ Documento de Trabajo N°61: “Salud Previsional y Cobertura Femenina”, diciembre 1998, págs. 26 a 28.

pensado para la diferenciación según los costos asociados a la maternidad, por cuanto, el parto sigue considerándose un factor que encarece exclusivamente la cobertura femenina.

2.3 Regular los mecanismos de valoración de las prestaciones

Esta iniciativa apunta a establecer que la cobertura o beneficios del plan de salud se determine como un porcentaje del valor real de las prestaciones. Esta alternativa se hace posible considerando la tendencia que muestra el Sistema Isapre hacia la atención cerrada en salud, la que les permite contener costos por la vía de dirigir la demanda hacia prestadores únicos o preferentes cuyas tarifas son conocidas. De esta forma, la cobertura contratada puede ser expresada como un porcentaje del valor facturado de las atenciones recibidas, -previamente conocido- y no respecto a un promedio de los valores de las atenciones en el mercado, generando, de paso, un ahorro para el sistema que se traduce en primas más económicas para todos sus afiliados.

Esta alternativa, si bien, no mejora en forma exclusiva la calidad de la cobertura femenina, apunta a generar una disminución de los costos de todos los usuarios del sistema y, a su vez, otorga mayor transparencia a los beneficios contratados.

2.4 Establecer una tabla de factores uniforme para el sistema

La propuesta consiste en establecer una tabla de factores única para el sistema, aplicable a todos los planes de salud, definida en función de los costos medios esperados para cada grupo de beneficiarios según su tipo -cotizante o carga- edad y sexo.

Esta alternativa no elimina las diferencias de precios que se presentan para cada grupo de beneficiarios según su riesgo, pero, permite un nivel de ajuste mayor y más objetivo de los precios de los planes con respecto al gasto específico que cada grupo representa. Además, junto con eliminar las distorsiones que se producen en las primas como resultado de los intentos de las isapres por segmentar el mercado, esta propuesta otorga mayor transparencia al proceso de comparación de planes, dada una determinada estructura de renta y composición del grupo familiar.

3. DISCRIMINACION POR EDAD: Algunas propuestas de solución

3.1 Creación de pólizas complementarias

La idea consiste en generar seguros de salud complementarios que permitan aumentar la cobertura de las prestaciones en la tercera edad. Esta alternativa podría ser atractiva para los cotizantes que hayan cumplido los cuarenta o cincuenta años de edad y representaría para las isapres la obtención de importantes contribuciones. No obstante, podría ser necesario regular los copagos y las pólizas para impedir la reducción de la cobertura y la fijación de copagos extremadamente elevados.

Hay evidencia de que las isapres están avanzando en este sentido, por ejemplo, una isapre líder del sistema dispone en la actualidad de un beneficio adicional para sus afiliados, el cual consiste en ayudarlos a financiar un “plan especial o básico para la tercera edad” cuando éstos no estén en condiciones de hacerlo. Este beneficio opera bajo ciertos requisitos de permanencia en la isapre, pero sienta un precedente que a corto o mediano plazo podrá ser imitado por el resto del sistema.

3.2 Generar cuentas de ahorro para la tercera edad

Las cuentas de ahorro se conciben como un instrumento que lleva a los beneficiarios a permanecer en el sistema privado durante la edad avanzada sin convertirse en una carga para el Fonasa, o bien, si deciden migrar hacia el sector público, llevan consigo los ahorros que hubieran acumulado. En consecuencia, la cuenta se define como una “mochila” que el beneficiario llena durante su vida activa para utilizar en su vida pasiva.

Sobre la configuración de este ahorro habra que evaluar las siguientes alternativas:

- i) Si el ahorro se realiza fuera del actual sistema de contribuciones, es decir, con una cotización adicional al 7%, lo que representaría un incremento neto al financiamiento de la salud.
- ii) Si el ahorro se realiza dentro del actual sistema de contribuciones, esto es, asignando una parte del 7% a este propósito, lo que representaría una disminución neta del financiamiento de la salud, al menos durante la juventud.
- iii) Si el ahorro es colectivo, es decir, un fondo orientado a las personas de tercera edad, constituido con los aportes de toda la población joven y activa.

BIBLIOGRAFÍA

Aedo, Cristián y Sapelli, Claudio. “El Sistema de Salud en Chile: Readecuar el Mandato y Reformar el Sistema de Seguros”. Noviembre de 1998.

Asociación de Isapres A.G. y CIEDESS. “Las Isapres: Hacia la Modernidad en Salud - Realidades, perspectivas y desafíos del sistema – capítulo III. Noviembre de 1996.

Banco Mundial. Grupo de Desarrollo Humano y Social. Informe N°19949 “Edad Avanzada y Costos Catastróficos: Algunos Aspectos del Aseguramiento de la Salud en Chile”. Julio de 2000.

Bitrán, R. y Almarza, F. X. “Las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo Naciones Unidas. Julio de 1997.

Fischer, R., Mizala, A. y Romaguera, P. “Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema Isapre”. Diciembre de 1995.

Instituto de Economía, PUC. “Cobertura Catastrófica para los Cotizantes del Sistema Isapre”. Diciembre de 1995

SERNAM. “Análisis del Régimen de Isapres desde el Punto de los Requisitos y Servicios a las Mujeres”. Abril de 1995

SERNAM. Documento de Trabajo N°61. “Salud Previsional y Cobertura Femenina”. Diciembre de 1998.

Superintendencia de Isapres. “Texto Actualizado de la Ley N°18.933, de 1990, sobre Instituciones de Salud Previsional”. Septiembre de 1995.

Superintendencia de Isapres. “Series Estadísticas Sistema Isapre 1981 – 1999”

Superintendencia de Isapres. “Boletín Estadístico Períodos Enero – Diciembre 1999 y Enero – Junio 2000”.

Superintendencia de Isapres. Serie de Estudios Técnicos. “Comportamiento de las Licencias Médicas por Enfermedad Común o Curativa en el Sistema de Isapres Abiertas”. Junio de 1995.

Torche, A. y Williamson, C. “Estructura del Mercado de Seguros de Salud Previsional en Chile: Análisis sobre Aspectos de Competitividad y Eficiencia”. Diciembre de 1998.