



*DISCRIMINACIÓN Y EQUIDAD DE GÉNERO  
PRE Y POST REFORMA DE SALUD  
AÑO 2009*

*Departamento de Estudios y Desarrollo*

*Diciembre 2009*

En forma recurrente se plantea que en el Sistema Isapre persiste la discriminación y/o inequidad de género en los adultos mayores (60 años y más) y mujeres en edad fértil (mujeres entre 15 y 49 años), situación que se traduciría en barreras al ingreso, mayores precios y restricciones al uso de prestaciones.

Con la finalidad de establecer la existencia de discriminación y/o inequidad actual hacia los adultos mayores y mujeres, se analiza -entre otras variables- el precio del plan de salud, el gasto de bolsillo o copago por prestaciones de salud y la siniestralidad, es decir, la diferencia entre el gasto observado con respecto al precio. Además, se exponen antecedentes de la situación de los adultos mayores y de las mujeres en edad fértil antes y después de la Reforma de Salud, y se analiza la factibilidad de aplicar medidas correctivas en caso de comprobar discriminación y/o inequidad de género aún existente.

## 1. Marco Normativo y Conceptual

En Chile, la legislación sobre previsión social de salud, promueve la responsabilidad personal frente al cuidado y la 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.

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 las trabajadoras y trabajadores, la que puede ser integrada para su administración en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o en las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), de carácter privado.

En el caso que las personas opten por una Isapre, se suscribe un **Contrato de Salud** individual, donde las partes -Isapre y afiliada/afiliado- acuerdan libremente los beneficios y las condiciones, donde la relación que los vincula es de carácter estrictamente individual, y obliga a quien cotiza, en forma personal -y no solidaria- a financiar el precio que fija la Isapre para el plan de salud elegido, entre otras obligaciones.

El precio que finalmente pagan los cotizantes a la Isapre, está conformado por el precio base del plan de salud (prima) que es igual para todos los beneficiarios de dicho plan y por el factor de riesgo por edad y sexo de la tabla de factores asociada al plan. En este contexto, los

afiliados a los planes pagan valores distintos según sexo y edad de las personas beneficiarias. Esto constituye un acto legal, ya que la ley permite a las Isapres expresamente tal diferenciación, facultándolas además, para revisar anualmente el **precio base** de todos los planes individuales con cartera vigente en enero de cada año.

En efecto, la ley admite la posibilidad de plasmar en los contratos, a través de la incorporación de una tabla de factores, las diferencias que puedan efectuarse en los precios de los planes de salud como resultado de la edad y el sexo de la población beneficiaria. En estos casos, el precio del plan se obtiene sumando los factores asignados a cada beneficiario/a del contrato y luego, multiplicando el resultado por el precio base establecido para el plan de salud respectivo.

En este sentido, la tabla de factores asociada a cada plan de salud, muestra la estructura de valores relativos para diferentes beneficiarios/as en función de su edad, sexo y condición de cotizante o carga, que son las variables permitidas por la ley para establecer precios diferentes entre las personas beneficiarias. Asimismo, cada tabla de factores, debe reflejar el costo asociado a cada individuo con respecto a un pivote o cotizante tipo el cual ha sido fijado por la Superintendencia de Salud<sup>1</sup> en el cotizante masculino del grupo de edad comprendido entre los 30 y 34 años, el cual asume el valor uno, ponderando por encima o por debajo de este factor los costos correspondientes al resto de los beneficiarios/as, según las diferentes combinaciones de sexo y edad. Además, en cada tabla, la relación máxima que debe existir entre el factor más bajo y el más alto será de hasta 9 veces en el caso de las mujeres y de hasta 14 veces en el caso de los hombres para el período comprendido entre el 1 de julio de 2005 y el 1 de julio de 2015 y en cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una Tabla de Factores y las Isapres no podrán definir más de dos tablas para la totalidad de los planes que se encuentren en comercialización. No obstante lo anterior, las Isapres podrán establecer nuevas tablas cada cinco años contados desde las últimas informadas a la Superintendencia de Salud, manteniendo vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

La tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios/as mientras se encuentren adscritos/as al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requiere de la autorización previa de la Superintendencia de Salud, debiendo aplicarse a la totalidad de planes que la utilicen.

Asimismo, las Isapres están obligadas a aplicar desde el mes en que se cumpla la anualidad del contrato y de acuerdo con la respectiva tabla, el aumento o disminución del factor que corresponda a un beneficiario/a en razón de su edad y a informar a éste/a mediante carta certificada expedida con a lo menos tres meses de anticipación al vencimiento de la anualidad respectiva.

De acuerdo con la regulación establecida por la Superintendencia de Salud en junio de 2005, la estructura de las tablas de factores debe corresponder a la que se consigna en el cuadro N°1 siguiente.

---

<sup>1</sup> Circular IF/N°6, del 2 de junio de 2005, de esta Superintendencia.

**Cuadro 1. Estructura para las Tablas de Factores del Plan Complementario**

Tramos de Edad	Cotizante Masculino	Cotizante Femenino	Carga Masculino	Carga Femenino
0 a menos de 2 años				
2 a menos de 4 años				
4 a menos de 10 años				
10 a menos de 15 años				
15 a menos de 20 años				
20 a menos de 25 años				
25 a menos de 30 años				
30 a menos de 35 años	1,00			
35 a menos de 40 años				
40 a menos de 45 años				
45 a menos de 50 años				
50 a menos de 55 años				
55 a menos de 60 años				
60 a menos de 65 años				
65 a menos de 70 años				
70 a menos de 75 años				
75 a menos de 80 años				
80 años y más				

En la práctica, la estructura de factores establecida por las Isapres para los diferentes tipos de beneficiarios/as en cada tabla, busca vincular los precios a los gastos esperados en prestaciones de salud y subsidios por incapacidad laboral (SIL) de cada individuo según sus propias características. Es decir, que cada cual pague de acuerdo con su propio nivel de riesgo. En este contexto, se espera que los precios individuales calculados por las Isapres en función de los gastos esperados, en la práctica, se aproximen lo más posible a los gastos efectivos por concepto de prestaciones de salud y SIL.

Al construir una tabla de factores, en este caso, según el gasto observado de prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) en el Sistema Isapre del año 2008 (cuadro N° 2), podemos comparar en forma simple el nivel de gasto observado *per cápita* por tramos de edad entre sexo y al interior de cada sexo, usando el valor promedio de 1. Por ejemplo, el tramo de edad 45-49 años y de sexo masculino, con un factor 1,07, lo podemos comparar con el tramo de edad 75-79 años, que tiene un factor de 4,29. Esto significa que este grupo de edad tiene 4,0 veces más gasto observado *per cápita* promedio anual que el grupo 45-49 años y, si lo comparamos con el sexo femenino, esta diferencia alcanza a 2,7 veces.

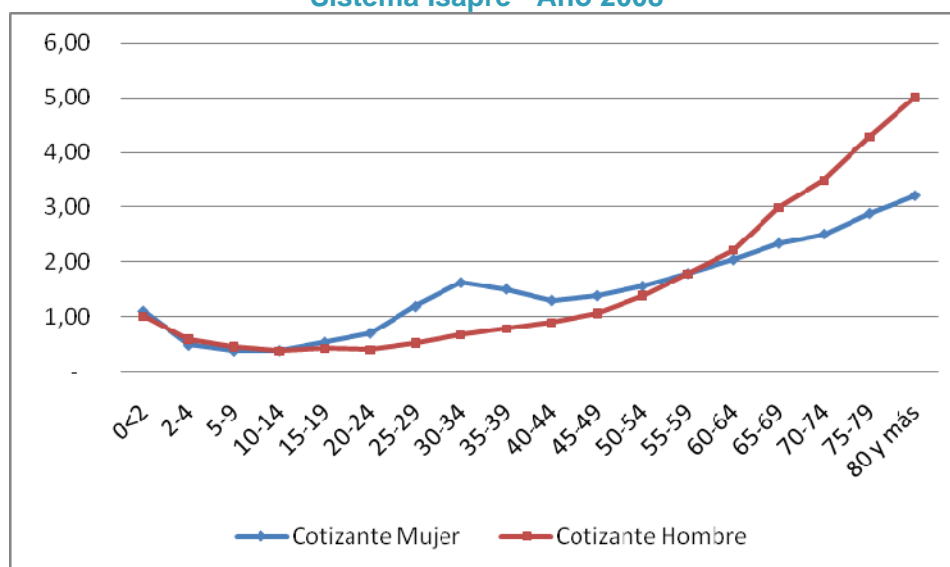
**Cuadro 2: Tabla de Factores del Gasto observado  
Prestaciones de Salud y SIL por Sexo y Tramos de Edad  
Sistema Isapre  
Año 2008 (Promedio = 1)**

Grupos de edad	Tramos de edad	Cotizante	
		Mujer	Hombre
1	0 < 2	1,10	1,01
2	2 a 4	0,48	0,59
3	5 a 9	0,37	0,45
4	10 a 14	0,38	0,38
5	15 a 19	0,53	0,42
6	20 a 24	0,70	0,40
7	25 a 29	1,19	0,52
8	30 a 34	1,62	0,67
9	35 a 39	1,50	0,79
10	40 a 44	1,30	0,90
11	45 a 49	1,38	1,07
12	50 a 54	1,56	1,39
13	55 a 59	1,79	1,79
14	60 a 64	2,04	2,21
15	65 a 69	2,34	2,99
16	70 a 74	2,51	3,49
17	75 a 79	2,89	4,29
18	80 y más	3,21	5,00

Cabe hacer presente, que las tablas de factores pueden diferenciar sus valores considerando, a lo más, el sexo, la edad y dentro del tipo de beneficiario o beneficiaria, la calidad de la persona cotizante y la carga.

A su vez, en el gráfico N°1 es posible observar la representación visual de la tabla de factores del gasto observado de las prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) del cuadro N°2, según los grupos de edad y sexo, en el Sistema Isapre, correspondiente al año 2008.

**Gráfico 1: Gráfico de la Tabla de Factores del Gasto Observado de Prestaciones de Salud y SIL por Sexo y Grupos de Edad Sistema Isapre - Año 2008**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo

Este gráfico de la tabla de factores nos permite ver el comportamiento del gasto observado *per cápita* por grupos de edad y sexo, en qué grupos de edad es inferior al promedio de 1 y en qué grupos de edad es superior a dicho valor, su progresión con el avance de la edad y las diferencias entre el gasto observado de mujeres y hombres.

Tal como se muestra en el gráfico N° 1, desde el grupo de edad 15-19 años y hasta el grupo 50-54 años, las mujeres tienen un gasto observado superior al de los hombres, lo que corresponde básicamente a la edad fértil de la mujer, con una curva positiva entre los 25 y 44 años, en plena etapa reproductiva. A partir de los 60 años, los gastos en las mujeres se incrementan, pero en forma menor que los hombres adultos mayores, como consecuencia del aumento de la frecuencia de uso de prestaciones, tales como consultas médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, derivados de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna (esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (Insuficiencia Coronaria y Enfermedades Cerebrovasculares), patología respiratoria (Influenza y Neumonía), Cataratas y, a una mayor frecuencia de traumatismos y afecciones traumatológicas.

A partir del tramo de edad 60-64 años, los hombres presentan un mayor gasto observado de prestaciones de salud con respecto a las mujeres, que es notorio en el adulto mayor a partir de los 60 años, derivado de una mayor incidencia de cirugías como consecuencia de afecciones tumorales digestivas (tumor maligno de colon) y urológicas (próstata: Adenoma y Cáncer Prostático), Hernias de la cavidad abdominal y patologías cardiovasculares (Insuficiencia Coronaria: Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y Angina) y Enfermedades Cerebrovasculares (Accidente Vascular Encefálico (AVE)).

Los mayores gastos de prestaciones en ambos sexos, se explicarían también por el mayor costo que implican los tratamientos médico-quirúrgicos de alta complejidad y por la mayor permanencia hospitalaria de los pacientes adultos mayores, debido a una recuperación más lenta y al manejo de patologías crónicas comúnmente asociadas, tales como la Diabetes

Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial (HTA). Sin embargo, las mujeres tienen una tasa de egresos hospitalarios un 45% mayor que la observada en los hombres. Esto obedece a dos razones fundamentales: por un lado, alrededor de un tercio de los egresos hospitalarios realizados por mujeres están referidos a procesos reproductivos y, por otra parte, las mujeres acuden más fácilmente a los servicios médicos que los hombres. A diferencia de la mujer, los hombres concentran sus ingresos hospitalarios en los extremos de la vida, esto es, en los menores de 4 años y en los mayores de 65 años. En el primer grupo, son por enfermedades agudas, especialmente, infecciosas y, en el segundo grupo, obedecen a enfermedades principalmente crónicas, entre las que son relevantes los tumores malignos, la Insuficiencia Renal, las Hernias de la Cavidad Abdominal y las Enfermedades Cerebrovasculares.

Lo anteriormente expuesto, que está vinculado con la morbilidad y el uso de prestaciones de salud por esas causas diferenciadas por sexo, tiene correlación con las causas de mortalidad por sexos y éstas con la esperanza de vida al nacer, que corresponde al número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio. En Chile, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del año 2004, para el período 2005-2010, la mujer tiene una esperanza de vida al nacer de 81,5 años y el hombre de 75,5 años, derivado de una mayor tasa de mortalidad de los hombres, como se expondrá más adelante. En el Sistema Isapre, el año 2008, de un total de 2.784.719 usuarios y usuarias, 183.409 corresponden a personas de 60 años y más, representando un 6,6% del total. De éstos, 94.451 son mujeres y 88.958 son hombres, representando un 51% y 49%, respectivamente.

Con respecto a la fijación del precio del plan de salud por parte del seguro, 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 los precios a pagar se configuran en función del riesgo individual de las personas beneficiarias de la convención. En función de lo expuesto, las Isapres, al determinar el precio individual, por sexo y tramos de edad, al estar el valor del precio asociado al gasto esperado por beneficiario o beneficiaria conforme a su riesgo individual, en el caso de la mujer, en los tramos de edad correspondiente a la edad reproductiva, el monto de precio será superior al del hombre y, asimismo, los precios de los adultos mayores tanto de mujeres y hombres, serán superiores a los de los tramos de edades inferiores a 60 años. Esta diferencia en el valor del precio entre ambos sexos en esos tramos de edad, corresponde a una diferenciación por precio entre ambos, que es legítima, por cuanto se basa en la normativa vigente y en las características propias de un contrato de seguro de carácter privado y de tipo individual, no solidario.

Por este motivo, esta situación corresponde a una diferenciación de precios aceptada legalmente entre mujeres y hombres, ya que las diferencias en los precios están basadas en las diferencias de los gastos esperados entre ambos sexos.

La determinación del precio del plan de salud 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 de salud o de Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL).

En este sentido, la metodología de cálculo del precio consiste en identificar a los diversos grupos de personas para asignarles a cada uno de ellas un valor diferente según su nivel de riesgo. Por tal motivo, estos seguros, se materializan en múltiples planes de salud que contemplan el financiamiento de una parte del gasto asociado a las prestaciones de salud. El nivel de cobertura y los 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 persona beneficiaria acorde con su sexo y edad.

En síntesis, el precio 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 (SIL)- a las distintas personas beneficiarias de acuerdo con sus propias características. No obstante lo anteriormente expuesto, es posible que en la **fijación de los precios** se produzcan situaciones que podemos calificar de excesivas, discriminatorias y/o que atentan contra la equidad de género, las que se describen a continuación.

### **Discriminación de precios: Definición<sup>2</sup>**

“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 cita el siguiente caso de discriminación de precios:

Si la probabilidad de provocar gastos médicos por uso de prestaciones y Subsidios por Incapacidad Laboral (Licencias Médicas) es mayor para los fumadores que para los no fumadores y, si el precio 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 un precio uniforme a los fumadores y no fumadores, habría discriminación y, en concreto, se estaría subsidiando a los fumadores.

### **La Equidad de Género**

La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre los hombres y las mujeres. En el ámbito de la salud, se pretende que hombres y mujeres se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de sus resultados.

El enfoque de equidad de género, como estrategia, en el ámbito de la salud, pretende identificar y reconocer las diferencias evitables e injustas (inequidad) que existen entre mujeres y hombres en la atención de salud (acceso y uso), financiamiento (contribución financiera) y participación en el trabajo de la salud, en razón de los roles sociales diferenciados que históricamente se les han asignado en razón de su sexo, en la que se establece una asignación desigual de poder.

## **2. Discriminación e Inequidad de Género antes de la Reforma de Salud (2004)**

A continuación se presenta y analiza la situación del sector de salud privado antes de la Reforma de Salud.

### **Características del Mercado de la Salud**

La existencia de un precio proporcional al grado de beneficios y al riesgo individual, representa una diferencia fundamental del Sistema Isapre con respecto al Fonasa, el cual se basa en un

---

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

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 que las personas de mayor riesgo opten por el sistema público.

Cabe hacer presente, 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, lo que los hace imperfectos, por cuanto, su complejidad y poca transparencia contribuyen a que los diferentes actores tomen decisiones con información insuficiente, reflejo de la asimetría de información existente entre los seguros y las personas aseguradas, provocando desajustes, cuyos costos, normalmente son asumidos por estas últimas, generalmente adultos mayores y mujeres en edad fértil.

### **Imperfecciones en el cálculo del Precio y sus efectos**

La metodología utilizada por las Isapres para fijar los precios individuales promueve una tendencia a la segmentación, es decir, a diferenciar a las personas conforme a sus propias características que las hacen más o menos propensas a sufrir un daño o deterioro en su salud que deba ser financiado total o parcialmente por la Isapre, asignándoles a cada una de ellos un precio 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, motivo por el cual las Isapres establecen tarifas más altas en atención al costo más elevado que estos grupos representan. Sin embargo, esta situación genera en las Isapres incentivos para aplicar variaciones de precios desmesuradas en los planes de salud donde existe una mayor concentración de mujeres y adultos mayores.

Como consecuencia de lo anterior, antes de la Reforma de Salud se generaban en las Isapres múltiples tablas de factores, en 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, era imperfecto, mostrando en la mayoría de los casos, un -sobreprecio- por parte de las Isapres, cuestión que puede interpretarse como una forma de compensar la selección de riesgos (selección de personas más riesgosas) propia de este sistema de seguros, la que se genera por la existencia de asimetría de información, que impide muchas veces al seguro conocer el riesgo "real" de las personas que se incorporan a éste, lo que deriva en una discriminación de precios en los planes de salud de los grupos más riesgosos, como son las mujeres en edad fértil y los adultos mayores, situación que se expondrá más adelante.

También, este efecto discriminatorio se acentuaba por la inexistencia de bandas de precios que limitaran los cobros desmesurados por parte de las Isapres.

Lo anteriormente expuesto, derivado de la existencia de múltiples tablas de factores así como la inexistencia de bandas de precios en los planes de salud, fueron abordados en la Reforma de Salud para ser resueltos, como se expondrá más adelante.



### Imperfecciones en la renovación de los Contratos de Salud y sus efectos

Aún cuando los contratos de salud tienen vigencia indefinida, los precios base de los planes de salud pueden ser revisados y modificados anualmente por las Isapres, con la sola condición de que ello no represente discriminación entre los afiliados y afiliadas a un mismo plan.

Sin embargo, esta condición, por una parte, limita el acceso al sistema de las personas de tercera edad, por cuanto, los precios que deben cancelar son mayores en relación con los de personas más jóvenes y, por otra parte, limita la permanencia de las personas en el sistema en una etapa de la vida en que el riesgo por enfermedad aumenta y, simultáneamente, los ingresos disminuyen, determinando una migración hacia el Fonasa.

A su vez, las Isapres antes de la Reforma de Salud podían exigir una nueva declaración de salud para cambiar la condición de una persona beneficiaria de carga a cotizante, instrumento que permitía “descremar” a los afiliados y afiliadas, es decir, quedarse con los mejores clientes, al poder conocer el mayor riesgo sanitario, particularmente de las mujeres, tema que fue también abordado en la Reforma de Salud para su solución y que se expondrá a continuación.

### 3. La Reforma de Salud y sus efectos sobre la Discriminación y la Equidad de Género

Una serie de efectos derivados de la implementación de los seguros individuales de salud de las Isapres y que repercute, principalmente, en los grupos de mayor riesgo, como se expuso anteriormente, dentro de los que se encuentran las mujeres, especialmente en edad fértil y los adultos mayores, que se interpretó socialmente como una situación discriminatoria frente a estos grupos, influyó para realizar modificaciones legales a la normativa vigente que regula a los seguros, las que formaron parte de la Reforma de la Salud, materializada en cinco leyes promulgadas entre los años 2003 y 2005<sup>3</sup>.



<sup>3</sup> Ley 19.966, Ley 19.937, Ley 19.888, Ley 19.895, Ley 20.015

La Ley N° 19.895 de 2003, conocida como la “Ley Corta de Isapres”, que entre otras materias, instruye sobre las normas de solvencia que deben cumplir las Instituciones de Salud Previsional y sobre las transferencias de cartera que pueden ocurrir entre éstas. La Ley N° 19.966, de 2004, conocida como la “Ley del AUGE”, la que en lo principal, establece un plan de salud obligatorio para el Fonasa y las Isapres (El Régimen General de Garantías en Salud o Plan AUGE), que define garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad, a un conjunto priorizado de problemas de salud. La Ley N° 20.015, de 2005, conocida como la “Ley Larga de Isapres”, que entre otras materias relativas al funcionamiento del Sistema Isapre, regula el proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario (FCS) para las Garantías Explícitas en Salud (GES) o Plan AUGE, entre las Isapres.

A modo ilustrativo, en el cuadro siguiente, se muestran los principales componentes antes y después de la Reforma de Salud y sus efectos en los beneficiarios y beneficiarias del Sistema Isapre y lo que ocurre en cuanto a la discriminación de precios y la inequidad de género.

**Cuadro 3: Antes de la Reforma de Salud - Año 2004**

Componentes	Condición	Efecto	Discriminación de Precios	Inequidad de Género
Banda de Precios aplicados a los Planes de Salud	Inexistente	Mayor Precio a Mujeres y Adultos Mayores	SI, por sobreprecio	SI. Inequidad de Acceso
Tablas de Factores de los Planes de Salud	Múltiples Tablas de Factores	Mayor Precio a Mujeres y Adultos Mayores	SI, por sobreprecio	SI. Inequidad de Acceso
Declaración de Salud obligatoria para cargas que pasan a ser cotizantes	Se aplica	Restringe Acceso de la Mujer y Adultos Mayores	NO	SI. Inequidad de Acceso
Cobertura Mínima del Plan de salud Complementario	Inexistente	Planes sin Cobertura Maternal	NO	SI. Inequidad de Beneficios
Plan AUGE ó GES con Precio Comunitario y Fondo de Compensación entre Isapres	Inexistente	N.A.	N.A.	N.A.

Fuente: Elaboración propia. N.A. = No Aplica

**Cuadro 4: Después de la Reforma de Salud - Año 2005**

Componentes	Condición Actual	Efecto	Discriminación de Precios	Inequidad de Género
Banda de Precios aplicados a los Planes de Salud	Se aplica	Disminuye Precio a Mujeres y Adultos Mayores	Disminuye	Disminuye
Tablas de Factores de los Planes de Salud	Dos Tablas de Factores	Disminuye Precio a Mujeres y Adultos Mayores	Disminuye	Disminuye
Declaración de Salud obligatoria para cargas que pasan a ser cotizantes	No se aplica actualmente	Facilita Acceso de la Mujer y Adultos Mayores	NO	NO
Cobertura Mínima del Plan de salud Complementario	Se aplica	Cobertura mínima en caso de embarazo no esperado	NO	NO
Plan AUGE ó GES con Precio Comunitaria y Fondo de Compensación entre Isapres	Se aplica	Riesgo de Salud Colectivo	NO. Precio igual para Mujeres y Hombres	NO. Solidariza Riesgos en Salud entre Mujeres y Hombres

Fuente: Elaboración propia. N.A. = No Aplica

### **Banda de Precios aplicada a los Planes de Salud**

Antes de Reforma de Salud, las Isapres podían aplicar variaciones de precios desmesuradas a los planes de salud donde existía una mayor concentración de mujeres, generando una discriminación de precios e inequidad de género en el acceso a los seguros privados de salud. Actualmente, con la instauración de la banda de precios, no existen los incentivos económicos para que estas prácticas se continúen realizando. Se reguló la variación de los precios base del plan complementario, fijando un máximo y un mínimo de 30% respecto al promedio ponderado de las variaciones porcentuales informadas por cada Isapre. Esta regla tiene por objetivo vincular el porcentaje de variación del precio de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación con el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos en un mismo período, buscando delimitar la dispersión de las alzas que puede existir al interior de una misma Isapre y con ello, mejorar el nivel de solidaridad entre sus beneficiarios. Es así como, en el proceso de adecuación durante el año 2008, la proporción de mujeres con alzas mayores (entre 10% y 20%) es equivalente al de mujeres sin alzas o con alzas menores, denotando una política de alzas de precios más pareja entre todas ellas y entre éstas y el total de la cartera de cotizantes. La misma situación se produce en relación con la cartera de adultos mayores.

## **Tablas de Factores de los Planes de Salud**

Antes de la Reforma de la Salud, las Isapres podían establecer tablas de factores de riesgo en sus planes de salud con valores muy por sobre el gasto observado por prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) y con cambios bruscos entre los distintos tramos de edad, llegando a valores insostenibles en los adultos mayores, generando una discriminación de precios y la consecuente inequidad de género en el acceso a los seguros privados de salud.

Actualmente, la regulación establece sólo dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud en comercialización, con un formato único para todas las Isapres, con relaciones máximas entre los factores de riesgo por sexo, como herramienta para atenuar los cambios de precios por avance de la edad y ajustar mejor los factores de riesgo al perfil de gasto real de cada tipo de beneficiario y beneficiaria, según su sexo y edad.

Esta discriminación de precios de las mujeres y adultos mayores fue regulada gracias a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud sobre la estructura de las tablas de factores de los planes de salud complementarios contenidas en la Circular IF/N° 6 del 02 de junio del año 2005. En el punto 2.2, se establece que las Instituciones de Salud Previsional son libres para determinar los factores de cada tabla que empleen y que el grupo de referencia que deberá asumir el valor igual 1,0 es el cotizante masculino para el grupo de edad comprendido entre los 30 y 34 años. Asimismo, establece que la relación máxima entre el valor más bajo y el más alto de cada tabla será de hasta 9 veces, en el caso de la mujer, y de hasta 14 veces, en el caso de los hombres, para el período comprendido entre el 1° de julio de 2005 y el 1 de julio de 2015. Además, en cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

Este ajuste en las tablas de factores persigue que los cambios de precios por efecto del aumento de la edad sean más atenuados y mucho más ajustados al gasto observado por prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), favoreciendo particularmente a las mujeres. Durante el año 2008 esta relación máxima se encuentra dentro de estos rangos, debido a que en la mujer es de 8,8 veces y de 13,7 veces en el hombre.

## **Eliminación de Declaración de Salud obligatoria para Cargas que pasan a ser Cotizantes**

Antes de la Reforma de Salud, las Isapres podían exigir una nueva Declaración de Salud para cambiar la condición de un beneficiario de carga a cotizante, instrumento que permitía “descremar” a los afiliados que presentaran un mayor riesgo sanitario, particularmente a las mujeres y adultos mayores, generando inequidad en la permanencia en el seguro privado de salud (acceso). Actualmente, esta práctica ya no es posible y las personas pueden mantenerse en la misma Isapre si así lo desean, sin la necesidad de suscribir una nueva declaración de salud.

## **Cobertura Mínima del Plan de Salud Complementario**

Antes de la Reforma de Salud y como una forma de aminorar el impacto que representa la cobertura maternal sobre el precio de las mujeres en edad fértil, las Isapres podían comercializar planes sin cobertura para el parto y demás prestaciones asociadas al mismo, como una forma de abaratar los precios a mujeres que no deseaban tener hijos o que ya no podían tenerlos. Sin embargo, dichos planes normalmente eran suscritos sin toda la información disponible y dejaban totalmente indefensas a las mujeres frente a un embarazo inesperado, generando con ello una inequidad de género en los beneficios de salud. Actualmente, con la

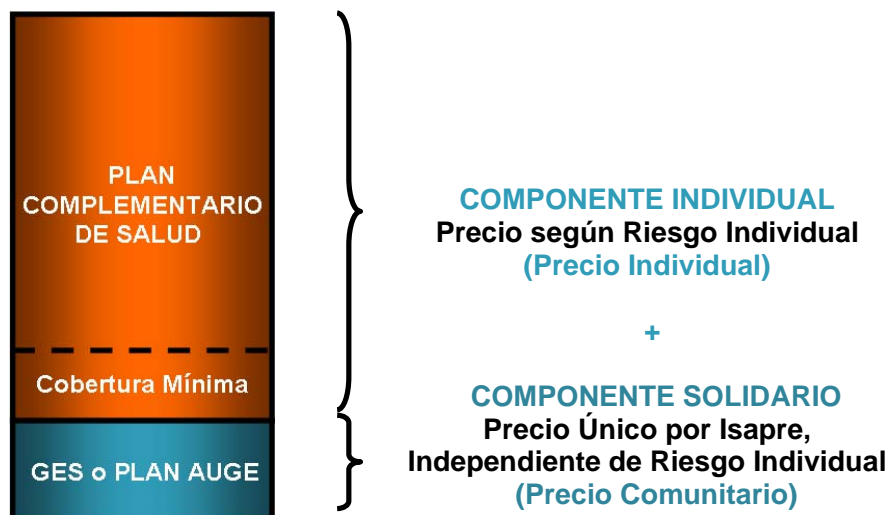
cobertura mínima legal, este tipo de planes ya no pueden comercializarse y las mujeres adscritas a planes de este tipo podrán contar, al menos, con la bonificación que otorga el Fonasa a tales prestaciones de salud.

### **Plan AUGE ó GES con Precio Comunitario y Fondo de Compensación Solidario Interisapres (FCSI)**

La incorporación de las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE) al plan de salud de las Isapres con una precio igual o parejo para todos los beneficiarios y beneficiarias de una misma Isapre, constituye un real aporte, al introducir en los seguros privados de salud de carácter individual, por una parte, la solidaridad en los aportes financieros (precio único por Isapre, independiente del riesgo individual, que equivale a una precio comunitario de carácter solidario, con subsidio de hombres hacia mujeres y de jóvenes hacia adultos), y, por otra parte, la solidaridad de los riesgos en salud entre hombres y mujeres con la instauración del Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre Isapres. Éste se encuentra asociado a los problemas de salud que conforman el Plan AUGE a partir del año 2005, con 25 problemas de salud a partir de este año, 40 problemas de salud el año 2006 y 56 problemas de salud el año 2007.

La incorporación en la Reforma de Salud de este instrumento de regulación sanitaria en los seguros privados de salud, incorporó componentes para tender hacia seguros de tipo “mixto”, debido a que éstos contienen elementos, tanto de carácter individual como de tipo solidario, conforme a la ley vigente<sup>4</sup>. Por este motivo, la estructura actual del plan de salud de las Isapres post Reforma de Salud se compone de dos partes principales. El primer componente, son las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE), cuyo precio es único por Isapre y es independiente del riesgo individual (precio comunitario) y, el segundo componente, es el Plan Complementario de Salud, cuyos beneficios no pueden ser inferiores a los que otorga el Fonasa para todas las prestaciones incluidas en su arancel Modalidad de Libre Elección (MLE) y cuyo precio se determina para cada beneficiario en función de su edad, sexo y condición de cotizante o carga (precio individual). Lo anteriormente expuesto se muestra en el gráfico siguiente.

#### **Estructura del Plan de Salud en el Sistema Isapre post Reforma de Salud**

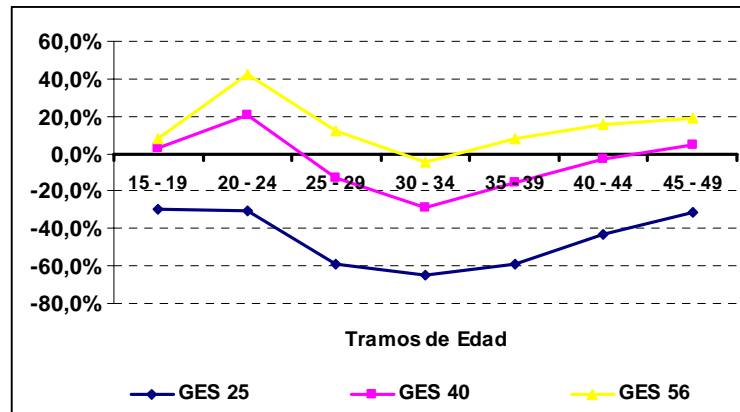


Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

<sup>4</sup> Artículos 189 y 190 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud

Cabe hacer presente, que en la medida que se han ido garantizando nuevos problemas de salud GES (de 25 el año 2005 a 56 el año 2007), la solidaridad de los hombres hacia las mujeres ha ido mejorando paulatinamente, por cuanto, las brechas de riesgo se han invertido, particularmente, en favor de las mujeres en edad fértil, que pasan a ser positivas, esto es, receptoras de subsidio por parte de los hombres, como se observa en el gráfico siguiente.

**Gráfico 2: Evolución de las Brechas de Riesgo entre Hombres y Mujeres**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

A su vez, la existencia de un Fondo de Compensación Solidario entre las Isapres ha generado incentivos para que éstas mejoren el acceso, tanto de las mujeres como de los adultos mayores, con el propósito de equilibrar el riesgo de sus carteras de beneficiarios y beneficiarias y constituirse en instituciones receptoras de recursos del Fondo de Compensación Solidario entre las Isapres y no en aportantes de dichos fondos. Sin embargo, estudios de la Superintendencia de Salud y también estudios externos, verificaron que el FCS contribuye a homogenizar la cartera de personas beneficiarias en cuanto a su edad, pero con efectos menores en la variable del sexo. A su vez, el FCS al estar limitado al uso GES y no a la condición GES, a que las prestaciones de salud estén valoradas a precios del Decreto Supremo GES y no a precios reales privados y, limitado a las variables de sexo y edad, hacen que el impacto del FCS sea acotado (Superintendencia de Salud 2007, Ibern et al 2008).

#### 4. Situación Actual de los Adultos Mayores y Mujeres

La Reforma de Salud, tal como se expuso anteriormente, mediante diversos instrumentos de regulación sanitaria, logró corregir gran parte de las imperfecciones del mercado de los seguros privados de salud, tendientes a disminuir la discriminación de precios y la inequidad de género, que afectaba, principalmente, a las mujeres en edad fértil y a los adultos mayores, cuyos efectos restringían su acceso a los seguros privados y el uso de prestaciones de salud.

Por este motivo, a continuación, se analizará la situación actual de los adultos mayores, con la finalidad de establecer si persiste algún grado de discriminación, cuya evaluación incluye los siguientes aspectos:

1. Las tablas de factores de riesgo y de gasto de los planes de salud.
2. El precio (cotización pactada) y la renta Imponible de los adultos mayores y personas de 35 años.

3. Los copagos de las prestaciones de salud:
  - a) El copago o gasto de bolsillo por prestaciones de salud de los adultos mayores en el Sistema Isapre: Años 2001 – 2008.
  - b) El copago de prestaciones de salud respecto de la renta imponible de cotizantes adultos mayores y en menores de 60 años.
4. La distribución de uso (%) del GES-AUGE y la distribución etárea (%) de las personas usuarias y por tramos de edad en las Isapres.
5. La siniestralidad de los adultos mayores y en menores de 60 años, es decir, el gasto observado por prestaciones de salud y subsidios por incapacidad laboral (monto bonificado por las Isapres) respecto del valor del precio del plan de salud.
6. Los adultos mayores y su participación en el Sistema Isapre 2004 – 2008.

## 1. Las Tablas de Factores de Riesgo y de Gasto de los Planes de Salud

Al calcular las diferencias actuales de la tabla de factores del gasto observado de prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) por sexo y tramos de edad en el Sistema Isapre del año 2008 (Ver Cuadro 2) entre los valores mínimos y máximos de los factores en la mujer y en los hombres podemos observar lo siguiente. En el caso de la mujer el valor mínimo es de 0,37 y el valor máximo alcanza a 3,21, lo que arroja una diferencia de 8,7 veces. Es decir, el valor diferencial es muy cercano a las 9 veces establecidas como máximo para el período comprendido entre el 1° de julio de 2005 y el 1 de julio de 2015 para la mujer. En el caso del hombre el valor mínimo es de 0,38 y el valor máximo alcanza a 5,00, lo que da como resultado una diferencia de 13,2 veces, la cual es muy cercana a las 14 veces establecidas como máximo para el mismo período en los hombres.

Lo anteriormente expuesto permite evidenciar que la regulación del ajuste en las tablas de factores ha determinado que los cambios de precios por efecto del aumento de la edad sean más atenuados y más ajustados al gasto observado, ya que las tablas de factores de riesgo para la comercialización de los planes de salud por parte de las Isapres y las tablas de factores del gasto observado por prestaciones de salud y SIL, no superan las diferencias máximas de 9 y 14 veces para las mujeres y hombres, respectivamente. Esto ha favorecido particularmente a las mujeres.

Si bien la regulación en las diferencias máximas establecidas para la elaboración de tablas de factores de riesgo para comercializar los planes de salud en las Isapres, por sexo y tramos de edad, ha sido un avance, la situación de los adultos mayores merece un análisis particular, para determinar sus efectos reales en este grupo etéreo.

A su vez, cabe hacer presente, que en el Sistema Isapre existen cotizantes que debido a características propias o de alguna de sus cargas, están impedidos para cambiarse de Isapre, ya que no habría institución dispuesta a recibir a este grupo familiar. Estos son los denominados cotizantes “cautivos”, siendo las principales causales de cautividad la edad (60 años y más) y la existencia de alguna enfermedad que impida cambiarse de Isapre.

A partir de abril del año 2003 la Superintendencia de Salud aplica una metodología que determina un índice único para todas las Isapres, donde el alza máxima para el precio del plan de los cotizantes cautivos es igual al cambio en los costos operacionales de las Isapres y es aplicado en el caso de controversias por alza de precio de cotizantes cautivos.



Este índice permite seguir la evolución de los principales determinantes del valor de los precios, para identificar si el aumento en éstas refleja ajustes ante aumentos en el gasto esperado asociado a los planes de salud, referido a gastos en prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), o, por el contrario, aumentos en los precios de los seguros de salud.<sup>5</sup> Específicamente, el alza máxima permitida para el precio del plan de los cotizantes cautivos será el cambio porcentual en los costos operacionales originados por estos planes.

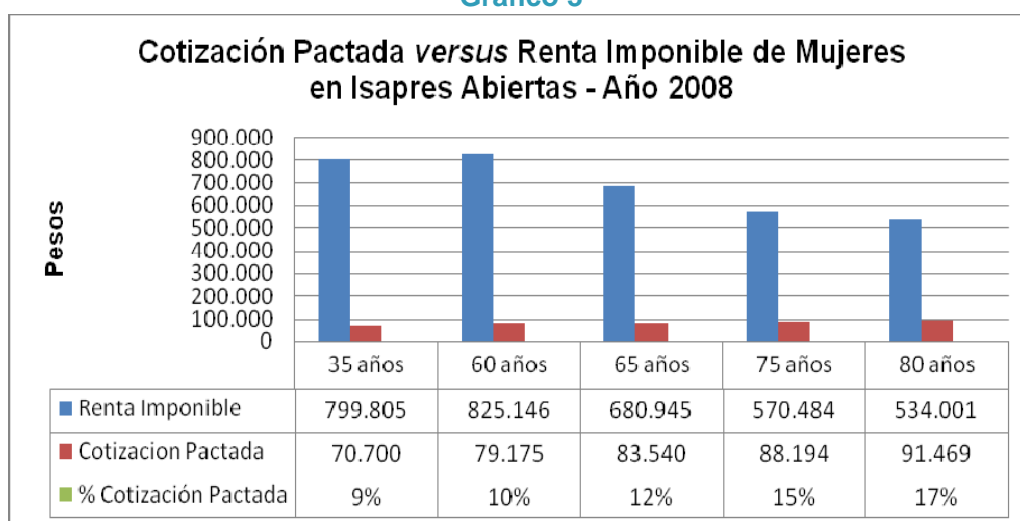
Para el cálculo de este indicador se considera el cambio en el costo de las prestaciones de salud, el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas y el cambio en el gasto derivado del uso del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Para su estimación, se utilizan datos del período comprendido entre el año 2007 y el año 2008. El alza máxima permitida por adecuaciones de los planes de cotizantes cautivos, entre Julio de 2008 y Junio 2009, fue de un 4,9% real.

Como se expuso previamente, este instrumento es aplicado por la Superintendencia de Salud en el caso de reclamos presentados por esta causa. El año 2007 se presentaron 271 reclamos en la Superintendencia de Salud por esta causa, representando esta cifra un 0,06% del total de personas cotizantes cautivas. Sin embargo, esta cantidad de reclamos por esta materia subió a 776 casos el año 2008, representando un incremento de un 186%. Durante el año 2007 la cantidad estimada de contratos bajo condición de cautividad corresponde a unos 457.116 (Superintendencia de Salud 2009).

## 2. El Precio (Cotización Pactada) y Renta Imponible de los Adultos Mayores y Personas de 35 años

Al efectuar un análisis de la cotización pactada en salud (cotización legal del 7% y la cotización adicional) respecto de la Renta Imponible<sup>6</sup> de adultos mayores de ambos sexos en las Isapres Abiertas del Sistema Isapre, comparada con la de personas de 35 años, podemos señalar lo siguiente.

Gráfico 3



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

<sup>5</sup> Por precio del seguro entendemos la diferencia entre el precio del seguro y el gasto esperado asociado a él.

<sup>6</sup> Los valores de la Renta Imponible se obtuvieron de la renta de los empleados dependientes y la de los pensionados, usándose un promedio ponderado de ambas rentas del año 2008.

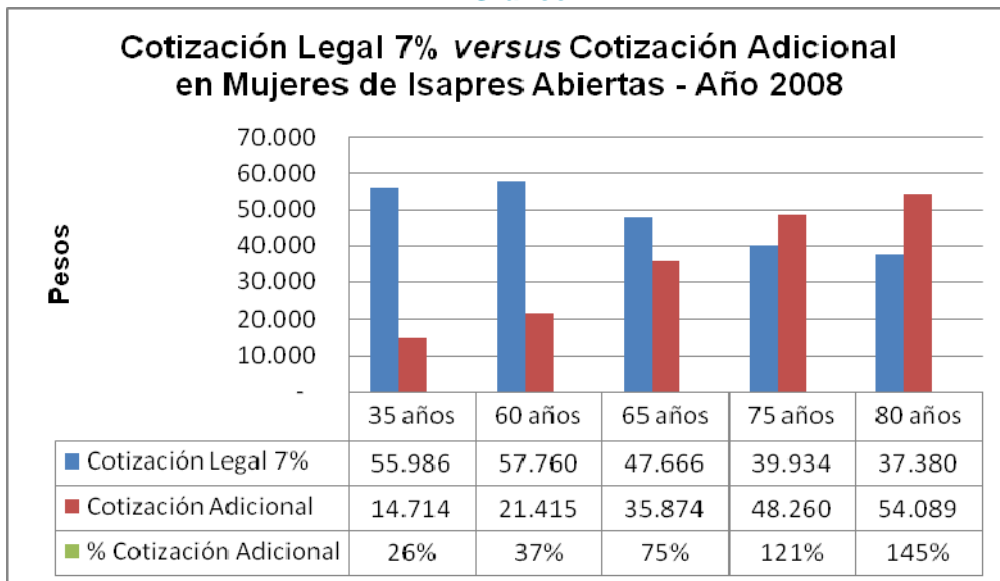


En el caso de las mujeres podemos observar que a los 60 años, éstas presentan la mayor Renta Imponible con un monto promedio ponderado de \$825.146 y una cotización pactada de \$79.175, equivalente a un 10% de la misma. A partir de esta edad y hasta los 80 años, se produce una disminución gradual de los ingresos con un monto de \$534.001 a los 80 años, representando un 35% de disminución. Sin embargo, en el caso de la cotización pactada, ésta aumenta progresivamente de \$79.175 hasta \$91.469, pasando el porcentaje de la cotización pactada de un 10% a un 17%.

Al comparar estos resultados con una mujer de 35 años, en plena edad fértil y productiva, la cotización pactada alcanza a un monto de \$70.700, la que representa un 9% de su ingreso que es de \$799.805, siendo inferior a lo que observamos en las mujeres adultas mayores, hecho que está determinado por los menores riesgos de salud que esas mujeres tienen, motivo por el cual el precio o cotización pactada es menor, como consecuencia de aplicar las tablas de factores de riesgo en ese tramo de edad. Lo anteriormente expuesto puede observarse en el gráfico siguiente.

Al desglosar la cotización pactada o precio, según la cotización legal de un 7% y la cotización adicional, podemos observar los resultados en el gráfico siguiente.

**Gráfico 4**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

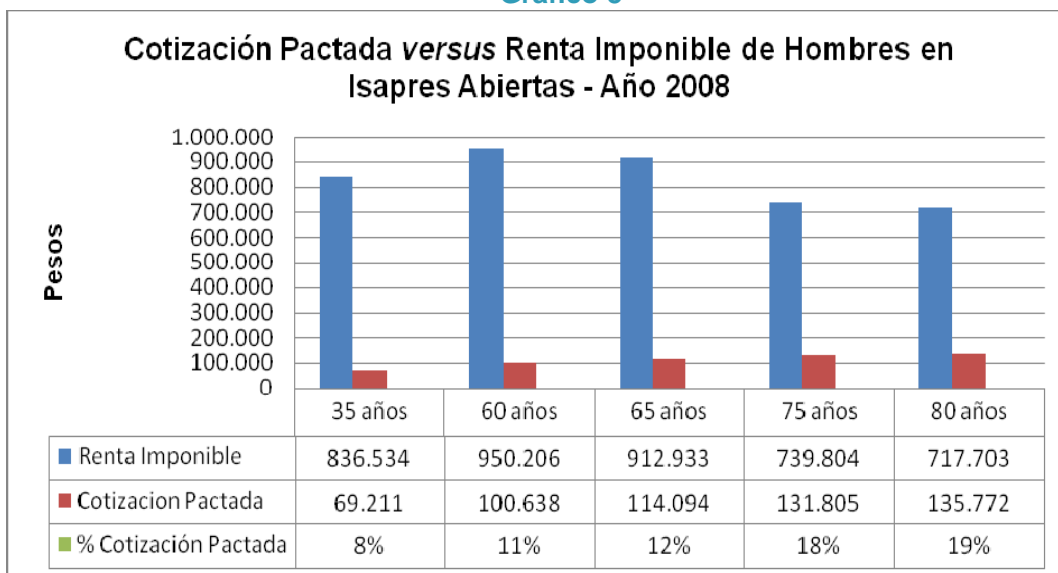
En las mujeres adultas mayores, entre los 60 y 80 años, la cotización adicional representa entre un 37% y un 145% respecto de la cotización legal del 7%, a diferencia de lo que ocurre en la mujer de 35 años, cuya cotización adicional representa sólo un 26%. Esto significa que las personas adultas mayores con la finalidad de mantenerse en la Isapre para obtener sus beneficios realizan un aporte porcentual adicional 5,5 veces superior que al de una persona de 35 años.

En el caso de los hombres, a los 60 años, éstos presentan la mayor Renta Imponible con un monto promedio ponderado de \$950.206 y una cotización pactada de salud de \$100.638, equivalente a un 11% de la misma. A partir de esta edad y hasta los 80 años, se produce una disminución gradual de los ingresos con un monto de \$717.703 a los 80 años, representando un 24% de disminución. Sin embargo, en el caso de la cotización pactada, ésta aumenta progresivamente de \$100.638 hasta \$135.772, pasando el porcentaje de la cotización pactada de un 11% a un 19%.

Al comparar estos resultados con un hombre de 35 años, en plena edad productiva, la cotización pactada alcanza a un monto de \$69.211, la que representa un 8% de su Renta Imponible que es de \$836.534, la que es inferior a lo que observamos en los adultos mayores, situación que está determinada por los menores riesgos de salud que esos hombres tienen, motivo por el cual el precio o cotización pactada es menor, al igual como ocurre en el caso de la mujer.

Al desglosar la cotización pactada o precio, según la cotización legal de un 7% y la cotización adicional, los resultados son los siguientes.

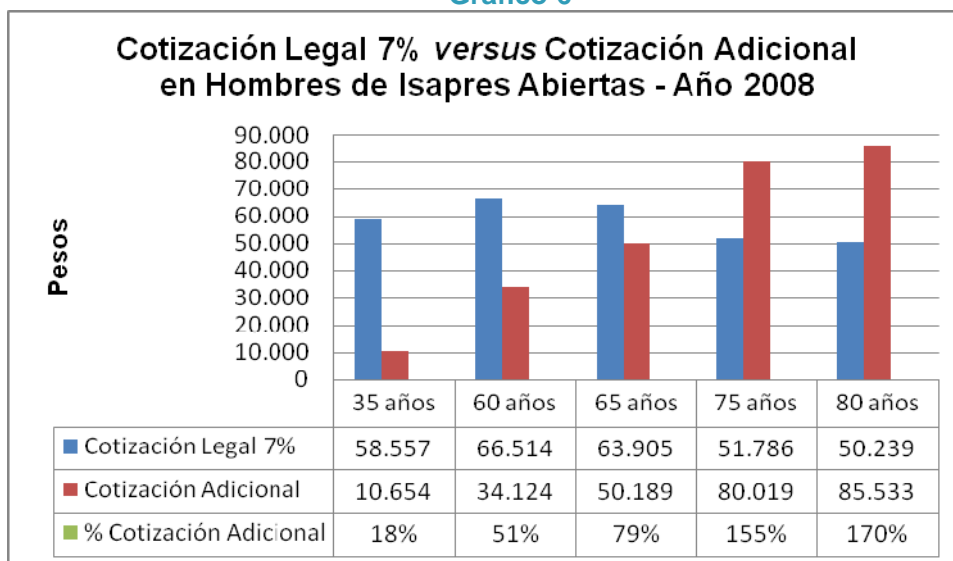
**Gráfico 5**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

En los hombres adultos mayores, entre los 60 y 80 años, la cotización adicional representa entre un 51% y un 170% respecto de la cotización legal del 7%, a diferencia de lo que ocurre en el hombre de 35 años, cuya cotización adicional representa sólo un 18%. Esto significa que las personas adultos mayores con la finalidad de mantenerse en la Isapre para obtener sus beneficios realizan un aporte porcentual adicional 9,4 veces superior que al de una persona de 35 años y que es casi el doble de lo que observamos en el caso de la mujer. Los resultados pueden apreciarse en el gráfico siguiente.

**Gráfico 6**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

En síntesis, podemos señalar que las personas adultas mayores, a medida que avanzan en edad, presentan una disminución de su renta imponible, ya que un componente importante de sus ingresos proviene de su pensión de vejez y, a su vez, presentan un incremento de su cotización pactada de salud, a expensas de la cotización adicional, la que representa un 87% respecto de la cotización legal del 7%. Por consiguiente, la permanencia de las personas adultas mayores en el Sistema Isapre sólo es posible por el mayor aporte adicional que realizan, con la finalidad de obtener las prestaciones de salud que requieren y efectuar el copago correspondiente. Este incremento de la cotización pactada ocurre como consecuencia de aplicar las tablas de factores de riesgo para realizar el cálculo del precio del plan de salud que se determina en función del riesgo individual y no solidario de las personas.

Finalmente, cabe hacer presente, que a los valores de los precios se deben agregar los montos de los copagos por concepto de uso de las prestaciones de salud, tal como se expuso anteriormente. Como ejemplo, podemos señalar que un hombre de 80 años destina un promedio de \$135.772 al pago del precio del plan y un monto promedio de \$77.346 por concepto de copago por prestaciones de salud, equivalente a un 19% y 10,7% de su Renta Imponible, respectivamente.

### 3. Los Copagos o Gastos de Bolsillo por Prestaciones de Salud<sup>7</sup>

#### a) El Copago o Gasto de Bolsillo por Prestaciones de Salud en los Adultos Mayores del Sistema Isapre: 2001 - 2008

En los adultos mayores al observar la evolución de los copagos o gastos de bolsillo expresados en términos porcentuales en el Sistema Isapre entre los años 2001 y 2008, en general, la cobertura es mejor para hombres que para mujeres, pero lo distintivo es que para los últimos años, en promedio, las coberturas hospitalarias son mejores para las mujeres y las ambulatorias favorecen a los hombres, lo que puede observarse en el cuadro siguiente.

<sup>7</sup> Extracto del Impacto de la Reforma de Salud en los Beneficiarios de Isapres Año 2008 y Extracto de Prestaciones de Salud en el Sistema Isapre Año 2008, Superintendencia de Salud.

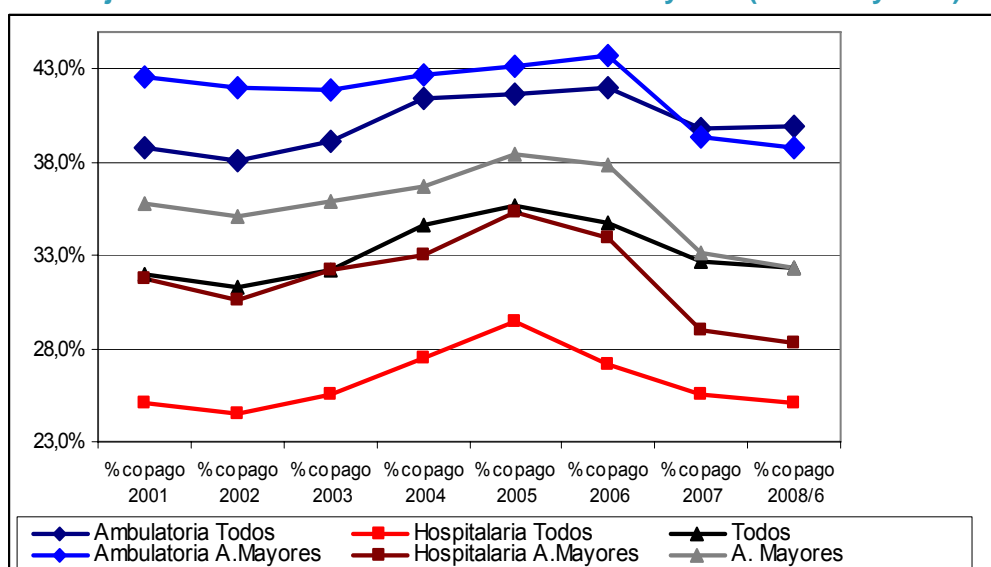
**Cuadro 5: Copagos por Prestaciones de Salud para los Adultos Mayores (60 años y más) en el Sistema Isapre, según Sexo y Modalidad de Atención, 2001- 2008**

Ítem	% copago 2001	% copago 2002	% copago 2003	% copago 2004	% copago 2005	% copago 2006	% copago 2007	% copago 2008/6
Atencion Ambulatoria Masculino	43,3%	42,5%	42,2%	42,9%	43,1%	44,0%	39,7%	39,0%
Atencion Hospitalaria Masculino	31,7%	30,6%	32,6%	33,2%	35,0%	33,9%	28,9%	27,8%
<b>Total Masculino</b>	<b>35,8%</b>	<b>34,8%</b>	<b>35,9%</b>	<b>36,3%</b>	<b>37,8%</b>	<b>37,4%</b>	<b>32,6%</b>	<b>31,6%</b>
Atencion Ambulatoria Femenino	42,1%	41,6%	41,5%	42,6%	43,2%	43,6%	39,1%	38,6%
Atencion Hospitalaria Femenino	31,9%	30,6%	31,5%	32,8%	35,8%	34,0%	29,3%	28,9%
<b>Total Femenino</b>	<b>36,6%</b>	<b>35,5%</b>	<b>36,0%</b>	<b>37,0%</b>	<b>39,2%</b>	<b>38,4%</b>	<b>33,7%</b>	<b>33,2%</b>
<b>Total Ambulatoria</b>	<b>42,6%</b>	<b>42,0%</b>	<b>41,8%</b>	<b>42,7%</b>	<b>43,2%</b>	<b>43,8%</b>	<b>39,4%</b>	<b>38,8%</b>
<b>Total Hospitalaria</b>	<b>31,8%</b>	<b>30,6%</b>	<b>32,2%</b>	<b>33,0%</b>	<b>35,3%</b>	<b>33,9%</b>	<b>29,0%</b>	<b>28,3%</b>
<b>Total</b>	<b>35,8%</b>	<b>35,1%</b>	<b>35,9%</b>	<b>36,7%</b>	<b>38,5%</b>	<b>37,9%</b>	<b>33,1%</b>	<b>32,4%</b>
<b>Diferencia con el total</b>	<b>3,8%</b>	<b>3,8%</b>	<b>3,7%</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,1%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En el tiempo se observa un acercamiento de los niveles de copago de los adultos mayores con el promedio de todos los beneficiarios. Es así como en el año 2008 prácticamente no existe brecha, ya que el copago de los adultos mayores fue de 32,4% y el copago por prestaciones de salud del Sistema Isapre fue de 32,3%, aunque para dicho grupo poblacional los copagos ambulatorios y los copagos hospitalarios son superiores a los del resto de la población beneficiaria de Isapre, tal como se observa en el gráfico siguiente.

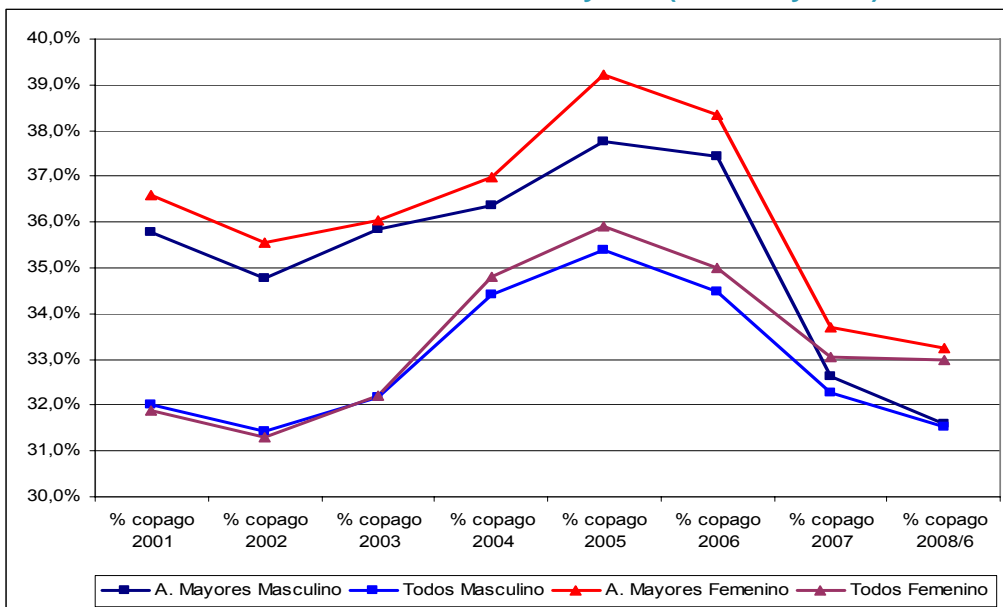
**Gráfico 7: Evolución de los Copagos según Modalidad de Atención, comparación del conjunto de Beneficiarios versus Adultos Mayores (60 años y más)**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En el análisis por sexo, encontramos en el año 2008 una nivelación de los copagos promedios de los hombres adultos mayores con el conjunto de los beneficiarios. Esto no ocurre con las mujeres, aunque la tendencia parece ser a la igualdad. Aún se mantiene una diferencia en contra de las mujeres adultas mayores, tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

**Gráfico 8: Evolución de los Copagos según Sexo, comparando al conjunto de Beneficiarios versus Adultos Mayores (60 años y más)**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

No obstante que, en términos porcentuales, las diferencias de los copagos en las distintas edades son similares, expresados en pesos (\$) promedios las diferencias son significativas, situación que se expone a continuación en mujeres y hombres.

En el caso de la mujer, el porcentaje general de bonificación alcanza a un promedio de 67,6%, no existiendo grandes diferencias en las distintas edades. Expresado en porcentaje de copagos o gastos de bolsillo, éste alcanza en las mujeres a un promedio de 32,3%, es decir, 2/3 de las prestaciones son bonificadas por la Isapre y el 1/3 restante son financiadas por las beneficiarias, lo que corresponde al copago.

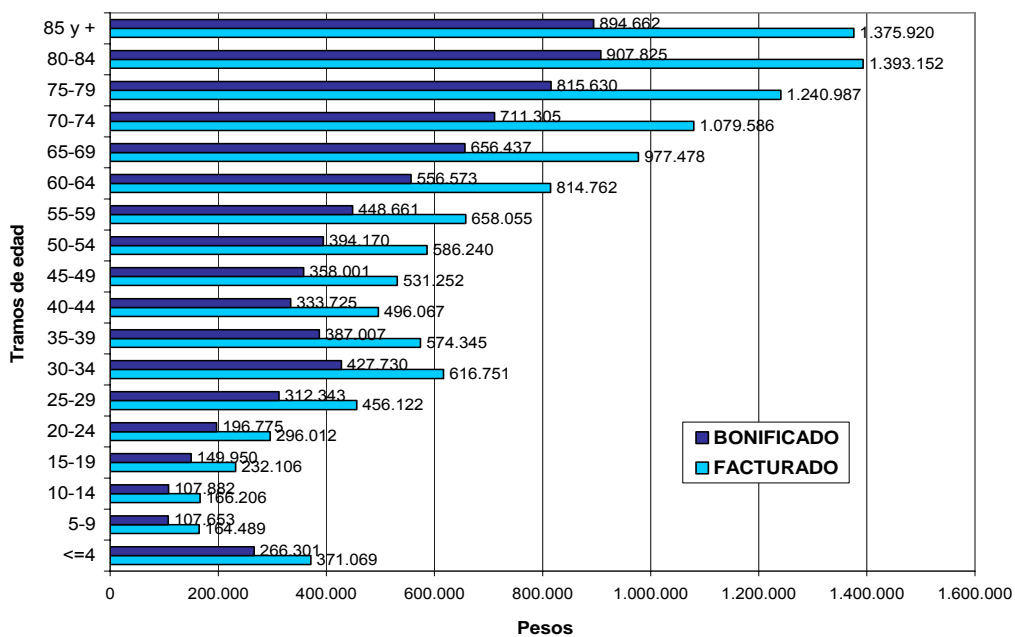
No obstante que, en términos porcentuales, tal como se expuso previamente, las diferencias de bonificación en las distintas edades son similares, en términos de copagos expresados en pesos promedio las diferencias son significativas. Si a los 30 años de edad el copago promedio de las prestaciones asciende a \$189.021, a los 60 años de edad alcanza a \$258.189 y a los 75 años a \$425.357, es decir, el copago promedio en la mujer se duplica entre los 30 y 75 años de edad.

Esto obedece a que los montos facturados, a partir de los 60 años son mayores, debido, por una parte, al aumento de la frecuencia de uso de las prestaciones, referidas a consultas médicas, pruebas de laboratorio, exámenes de imagenología e intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de una mayor incidencia de patología tumoral maligna y benigna (esencialmente ginecológica), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia coronaria y

enfermedades cerebrovasculares), patología respiratoria (Influenza y Neumonía), Cataratas y, a una mayor frecuencia de traumatismos y afecciones traumatológicas.

Por otra parte, se explicaría por el mayor costo que implican los tratamientos médico-quirúrgicos de alta complejidad y por la mayor permanencia hospitalaria de los pacientes adultos mayores, debido a una recuperación más lenta y al manejo de patologías crónicas comúnmente asociadas, tales como la Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial (HTA).

**Gráfico 9: Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones de Salud otorgadas a Mujeres por Edad - Año 2008 (\$)**

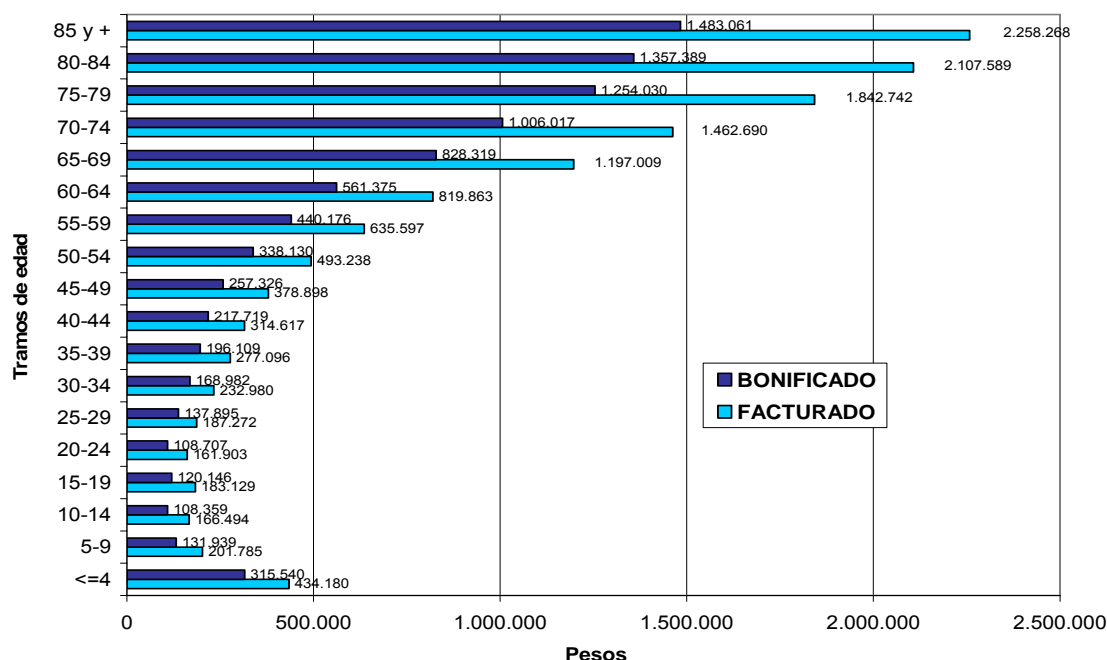


Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En el caso del hombre, el porcentaje general de bonificación alcanza a un promedio de 69,1%, similar al de las mujeres, destacando una bonificación de un 73% en el tramo de edad 30-34 años. Posteriormente, es posible observar una disminución de la bonificación a un 66% y que a los 80 - 84 años llega a un 64%, para aumentar nuevamente a un 66% en las personas de 85 años y más.

Expresado en porcentaje de copagos, éste alcanza en los hombres a un promedio de 30,9%, es decir, 2/3 de las prestaciones son bonificadas por la Isapre y el 1/3 restante son financiadas por los usuarios. Como se expuso previamente, sólo en el tramo de edad de 30 - 34 años, el copago promedio disminuye de un 30,9% a un 27%, que corresponde al grupo etéreo más sano, con menor gasto en prestaciones de salud y que coincide con el valor de gasto promedio de prestaciones de salud por beneficiario y que en la tabla de factores de riesgo asume el valor igual 1,0, que corresponde al cotizante masculino del grupo de edad comprendido entre los 30 y 34 años.

**Gráfico 10: Montos Facturados y Bonificados Per Cápita en Prestaciones de Salud otorgadas a Hombres por Edad - Año 2008 (\$)**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

No obstante lo anterior y en forma similar a lo observado en el caso de la mujer, las diferencias por concepto de copagos en el hombre son significativas, por cuanto si a los 30 años de edad el copago de las prestaciones por parte del beneficiario asciende a \$63.998, a los 60 años de edad alcanza a \$258.487 y a los 75 años es de \$588.711. Es decir, el copago es 4 y 9 veces superior a los 60 y 75 años de edad, respectivamente. A su vez, a los 75 años de edad, el copago del hombre es \$163.354 superior al de la mujer, lo que representa un 38% más de gasto.

Las explicaciones de esta situación son similares a las expuestas anteriormente en el caso de la mujer. Sin embargo, en el hombre, a partir de los 65 años existe un mayor número de cirugías que en la mujer como consecuencia de afecciones tumorales digestivas (tumor maligno de colon) y urológicas (próstata: Adenoma y Cáncer Prostático), Hernias de la Cavidad Abdominal y patologías cardiovasculares (insuficiencia coronaria: Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y Angina) y cerebrovasculares (Accidente Vascular Encefálico (AVE)).

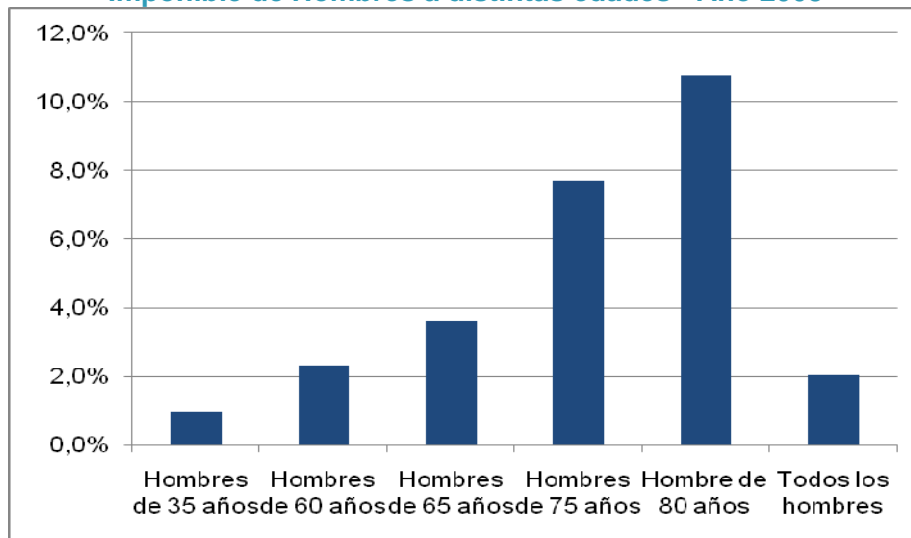
Cabe destacar el hecho que estas afecciones ocurren en las etapas de la vida de las mujeres y de los hombres, cuando el nivel de ingresos disminuye y se hace necesario disponer de los recursos financieros suficientes para cubrir los gastos derivados de las enfermedades propias del envejecimiento. Entre las patologías destacan las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), tales como la Diabetes Mellitus tipo 2, la Hipertensión Arterial (HTA), la Dislipidemia (Colesterol Alto) y los distintos tipos de cánceres que los afectan y que son de mayor prevalencia a partir de los 60 años de edad, además de las afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares. Sin embargo, es importante tener presente que en el Sistema Isapre se

encuentran los adultos mayores con los mayores ingresos por concepto de pensiones (jubilados) y de remuneraciones (empleados dependientes).

#### b) El Copago y Renta Imponible de los Adultos Mayores y de los menores de 60 años

Con relación al porcentaje (%) del copago o gasto de bolsillo respecto del promedio ponderado de la renta imponible de los cotizantes hombres (empleados dependientes y pensionados), en distintas edades de la vida, los resultados pueden observarse en el gráfico siguiente.

**Gráfico 11: Porcentaje (%) de Copagos de Prestaciones de Salud respecto de la Renta Imponible de Hombres a distintas edades - Año 2008**



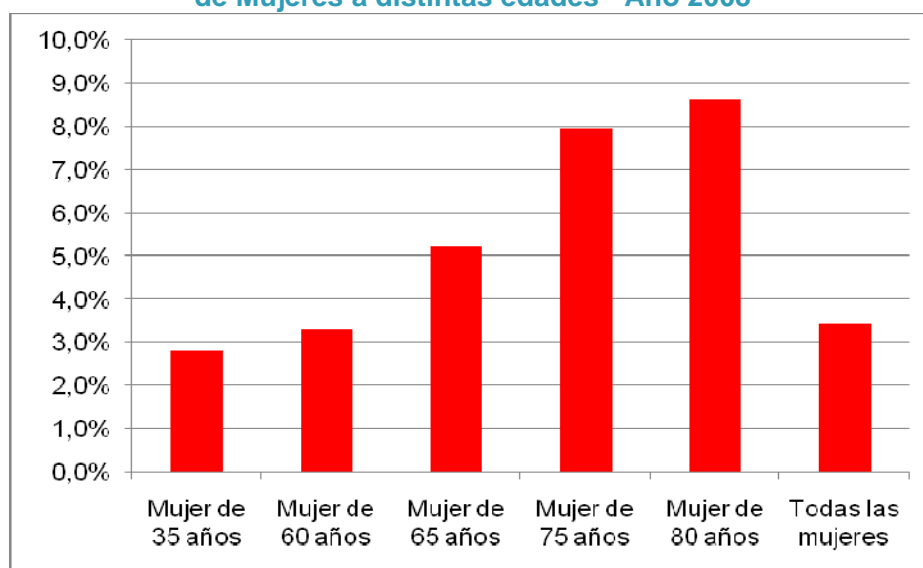
Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Los resultados indican que el hombre cotizante de 35 años destina el equivalente a un 1% de su Renta Imponible a copagos o gastos de bolsillo por prestaciones de salud, que corresponde a un valor promedio de copago de \$8.085. A los 65 años, edad de inicio de la jubilación, este porcentaje aumenta a 3,6% (\$33.041), a los 75 años alcanza a un porcentaje de 7,7% (\$56.911) y a los 80 años es de 10,8% (\$77.346).

Es decir, entre los 35 años y los 80 años de edad, el monto del copago de prestaciones de salud respecto de la Renta Imponible en hombres cotizantes aumenta cerca de 10 veces (\$8.085 *versus* \$77.346), lo que está determinado por el mayor monto de gasto por prestaciones de salud a estas edades, ya que los porcentajes de copagos en los hombres son similares en las distintas edades, tal como se expuso anteriormente.



**Gráfico 12: Porcentaje (%) de Copagos respecto de la Renta Imponible de Mujeres a distintas edades - Año 2008**



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En el caso de la mujer, los resultados muestran que la mujer cotizante de 35 años destina el equivalente a un 2,8% de su Renta Imponible a copagos o gastos de bolsillo por prestaciones de salud, que corresponde a un valor promedio de copago de \$22.498. A los 60 años, edad de inicio de la jubilación, este porcentaje aumenta a 3,3% (\$27.286), a los 75 años alcanza a un porcentaje de 8% (\$45.481) y a los 80 años es de 8,7% (\$46.196). Es decir, entre los 35 años y los 80 años de edad, el monto del copago por prestaciones de salud respecto de la Renta Imponible en mujeres cotizantes aumenta 2,1 veces (\$22.498 *versus* \$46.196), lo que está determinado por el mayor monto de gasto por prestaciones de salud a estas edades, ya que los porcentajes de copagos son similares en las distintas edades, tal como se expuso anteriormente, siendo similar a lo que ocurre en los hombres.

Sin embargo, al comparar estas cifras por sexo, podemos observar que a los 35 años las mujeres efectúan un copago 2,8 veces superior al de los hombres (\$22.498 *versus* \$8.085), en cambio a los 80 años, los hombres realizan un copago 1,7 veces superior al de las mujeres (\$77.346 *versus* \$46.196).

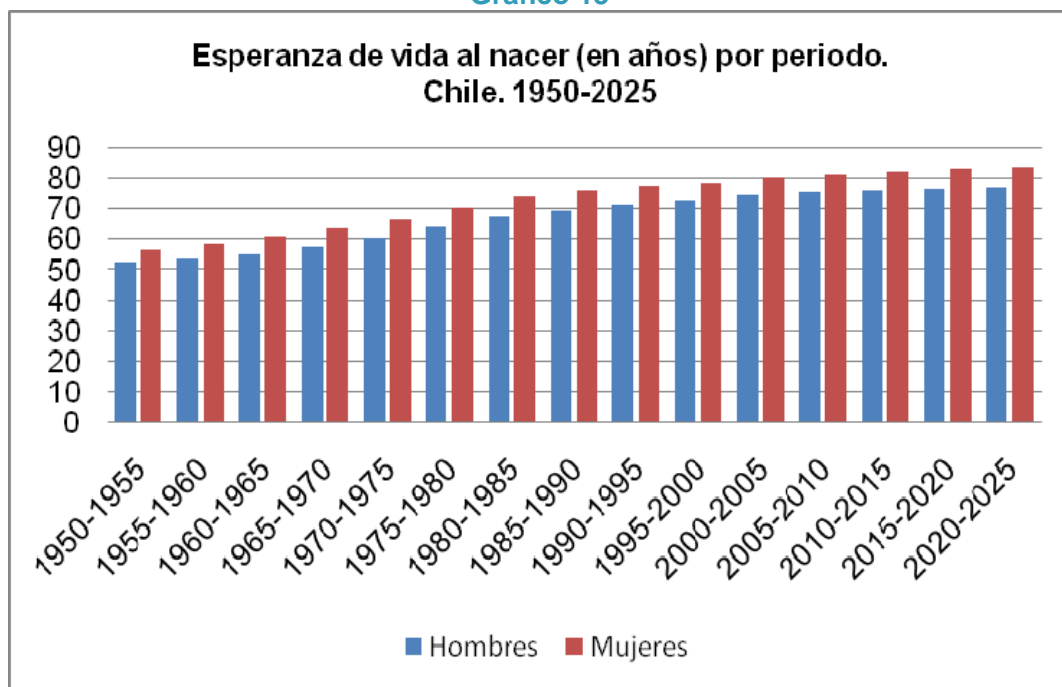
En el caso de la mujer de 35 años, el mayor copago deriva del mayor gasto por concepto de prestaciones gineco-obstétricas (embarazo y parto). En el caso del hombre de 80 años, el mayor copago se vincula con prestaciones de afecciones tumorales digestivas y urológicas, patologías cardiovasculares y cerebrovasculares.

Por consiguiente, en función de lo anteriormente expuesto, las diferencias observadas entre mujeres y hombres en los copagos son consecuencia, principalmente, del gasto por prestaciones de salud derivados de problemas de salud propios de cada sexo y no obedecen a un fenómeno de discriminación y/o inequidad de género.

En este sentido, cabe hacer presente, que la esperanza de vida al nacer en Chile para el quinquenio 2005-2010 es de 75,4 años para el hombre y de 81,5 años para la mujer. La menor esperanza de vida al nacer de 6 años del hombre respecto de la mujer, podría explicarse -entre otras causas- por diferencias biológicas, exposiciones de mayor riesgo por aspectos culturales (accidentes y violencia), determinantes sociales de la salud y a una menor tasa de consultas

médicas por razones culturales y restricciones en el acceso a atención médica por oferta horaria limitada, especialmente relevante en el Sector Público de Salud, que podría derivar en una consulta más tardía de afecciones que presentan una mayor tasa de mortalidad asociada.

**Gráfico 13**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004

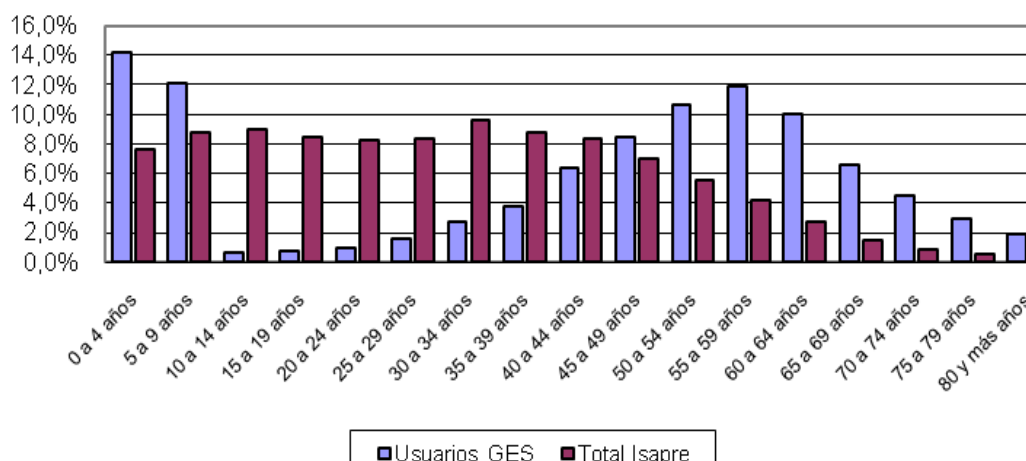
Cabe señalar, que esta diferencia de 6 años en la esperanza de vida al nacer a favor de la mujer ocurre en Chile a partir del quinquenio 1965-1970.

#### **4. La distribución de uso (%) del GES-AUGE y distribución etárea (%) de las personas usuarias y por tramos de edad en las Isapres**

La mayor tasa de uso del GES-AUGE por parte de las personas usuarias de las Isapres se observa en los extremos de la vida. El 26,3% de las personas se concentra en los menores de 9 años y el 25,8% corresponde a adultos mayores (60 años y más).

Gráfico 14

Tasa de uso GES-AUGE de usuarios, respecto de la distribución etárea y por tramos de edad en Isapres - Año 2008



Los 56 problemas de salud del GES-AUGE representan aproximadamente el 75% de la carga de enfermedad en Chile, que explican los principales problemas de salud que afectan a la población expresados en años de vida perdidos ajustados por discapacidad, que indica la importancia relativa de las enfermedades en términos de pérdida de años de vida que se producen por la muerte prematura y la discapacidad.

La mayor tasa de uso del GES-AUGE conforme a la distribución etárea y por tramos de edad de las personas usuarias de las Isapres obedece a dos causas principales.

La primera es que los principales problemas de salud del GES-AUGE presentan su mayor prevalencia en la etapa adulta, a partir de los 40 años, específicamente aquellos vinculados con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y los cánceres, los que se correlacionan con la carga de enfermedad y, la segunda, obedece a que para las personas adultas y adultos mayores, la protección financiera que ofrece el GES-AUGE, con copagos fijos para cada una de las prestaciones de salud principales de los problemas de salud establecido por el Decreto Supremo GES correspondiente, permite un ahorro por concepto de copagos si se lo compara con los valores del Plan Complementario de Salud (9,8% *versus* 32%), lo que constituye un incentivo para su uso, aún cuando las prestaciones se otorguen en prestadores (Clínicas u Hospitales en convenio) de salud designados por la Isapre. Cabe hacer presente, que entre el mes de julio de 2005 y junio de 2009, que corresponde a un período de 4 años, la tasa de uso GES alcanzó a un 28,3% (demanda GES observada *versus* demanda GES potencial según el EVC 2007<sup>8</sup>). Es decir, una de cada 4 personas beneficiarias con un problema de salud GES en el Sistema Isapre opta por el GES.

<sup>8</sup> EVC 2007: Estudio de Verificación del Costo (EVC) esperado por beneficiario del conjunto de problemas de salud priorizados con Garantías Explícitas de Salud GES-56, realizado por la Universidad de Chile el año 2007, por encargo del Ministerio de Salud.

Lo anteriormente expuesto significa que la introducción del componente solidario en la estructura del seguro individual, permite mejorar la protección financiera de los grupos de mayor riesgo, como son los adultos mayores, en el caso que éstos opten por usar el GES. Además, la existencia del Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre las Isapres del GES ha generado incentivos para que éstas mejoren el acceso, tanto a las mujeres como a los adultos mayores, con el propósito de equilibrar el riesgo de sus carteras de beneficiarios y beneficiarias y no constituirse en instituciones aportantes de recursos en el Fondo de Compensación Solidario entre las Isapres, sino que receptoras de dichos fondos. Sin embargo, estudios de la Superintendencia de Salud y también estudios externos, verificaron que el FCS contribuye a homogenizar la cartera de personas beneficiarias en edad, pero con efectos menores en la variable del sexo. A su vez, el FCS al estar limitado al uso GES y no a la condición GES, que las prestaciones de salud estén valoradas a precios del Decreto Supremo GES y no a precios reales privados y, que esté limitado a las variables de sexo y edad, hacen que el impacto del FCS sea limitado (Superintendencia de Salud 2007, Ibern et al 2008).

## 5. La Siniestralidad de los Adultos Mayores<sup>9</sup>

La siniestralidad corresponde al gasto observado por prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (monto bonificado por las Isapres) respecto del valor del precio del plan de salud, que es equivalente a la cotización pactada (cotización legal del 7% más la cotización adicional). Respecto de la siniestralidad del Sistema Isapre total, ésta fue de un 84% de acuerdo a los estados financieros de las Isapres del año 2007.

Para determinar la siniestralidad de los adultos mayores se realizó un análisis de una muestra de 497.973 de personas cautivas del Sistema Isapre, que corresponden a aquellas que por características propias o de alguna de las cargas están impedidas para cambiarse de Isapre, ya que no habría institución dispuesta a recibir a este grupo familiar. Entre las principales causales de cautividad se encuentran la edad (60 años y más) y la existencia de alguna enfermedad que impida cambiarse de Isapre.

Para ello se separaron las personas cautivas de la muestra en dos grupos: 1) Los contratos cautivos que contienen adultos mayores (n = 227.335) y que generan su cautividad, al menos, por esa causa y, 2) Los contratos cautivos sin adultos mayores (n = 270.638), es decir, aquellos que generan su cautividad exclusivamente por alguna patología causal de cautividad.

Al calcular la siniestralidad en ambos grupos, la que se obtiene a partir de los costos de operación (prestaciones de salud y SIL) sobre los ingresos de operación (cotizaciones pactadas), los resultados son los siguientes. Para el primer grupo de contratos de personas cautivas asociadas a los adultos mayores la siniestralidad alcanza a un 85% y para el segundo grupo de los contratos cautivos generados sólo por enfermedad y sin adultos mayores, la siniestralidad es de un 185%, lo que puede apreciarse en el cuadro siguiente.

---

<sup>9</sup> Extracto Estudio Cautividad en el Sistema Isapre: Magnitud y Características Año 2009, Superintendencia de Salud.

**Cuadro 6: Siniestralidad Per Cápita por Grupos:  
Contratos Cautivos con Adultos mayores versus  
Contratos Cautivos Sin Adultos mayores  
(Precio y Gasto en pesos corrientes de 2007)**

Grupos	Ingreso = Precio Pagada (a)	Gasto = Monto Bonificado (b)	Siniestralidad (b/a)	n = Beneficiarios
Adultos Mayores	675.955	573.431	85%	227.335
No Adultos Mayores	315.681	584.653	185%	270.638

Fuente: Cálculos con las bases de datos de prestaciones bonificadas, cotizantes, cargas y SIL, para el año 2007.

De los resultados se desprende que las Isapres cobran más del doble en precios a los contratos cautivos provocados, al menos, por adultos mayores, que los contratos cautivos provocados únicamente por enfermedad, sin adultos mayores. A su vez, la siniestralidad media de los adultos mayores de un 85% es similar a la siniestralidad general de un 84%, lo que traduce que los riesgos expresados en términos de precios de los precios por efecto del aumento de la edad están mucho más ajustados al gasto observado por prestaciones de salud y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), que en el grupo de cautivos sin adultos mayores, que presentan una siniestralidad de un 185%.

Lo anteriormente expuesto significa que las Isapres logran predecir de mejor manera los riesgos de los adultos mayores, porque los pueden identificar claramente, cobrando precios superiores, las que se ajustan más al gasto observado, a diferencia de lo que ocurre en las personas cautivas por enfermedades menores de 60 años.

No obstante los logros en la disminución de la discriminación e inequidad de género posterior a la Reforma de Salud, persistiría un grado de discriminación financiera de los adultos mayores cautivos, por cuanto éstos podrían estar subsidiando a las personas cautivas menores de 60, ya que aquellos presentan una siniestralidad de un 85%, mientras que estos últimos presentan una siniestralidad de un 185% y las personas jóvenes no cautivas tendrían un precio ajustado a su perfil de gasto, siendo el promedio de siniestralidad en el Sistema Isapre de un 84%.

## 6. Adultos Mayores y su participación en el Sistema Isapre 2004 - 2008<sup>10</sup>

Al evaluar la participación de los adultos mayores en el Sistema Isapre podemos observar que ésta aumentó en el período 2004 - 2008 y que las mujeres aumentan más que los hombres. En el caso de las mujeres cotizantes adultas mayores el aumento va desde un 9,7% sobre el total de cotizantes en el año 2004 a un 10,8% en el 2008. Lo mismo que las beneficiarias mujeres que aumentan su participación desde un 6,2% a un 7,3% del total de beneficiarios. En el caso de los hombres cotizantes adultos mayores el aumento va desde un 8,9% sobre el total de cotizantes en el año 2004 a un 9,9% en el 2008. Los beneficiarios hombres aumentan su participación desde un 5,4% a un 6,2% del total de beneficiarios.

No obstante lo anteriormente expuesto, el sistema no llega a la participación nacional de adultos mayores estimada para el año 2008 de un 12.4% (cálculos con información DEIS 2008) y la del Fonasa de un 14,8%, ni en cotizantes, ni en el total de beneficiarios y tampoco por sexo. A

<sup>10</sup> Extracto Impacto de la Reforma de Salud en los Beneficiarios de Isapres Año 2008, Superintendencia de Salud.

diciembre del año 2008 los adultos mayores mujeres representan un 7,3% y los hombres sólo un 6,2%.

**Cuadro 7: Distribuciones de los cotizantes y cargas mayores de 60 años. Comparación 2004 y 2008.**

	Femenino			Masculino		
	Cotizante	Carga	Beneficiarios	Cotizante	Carga	Beneficiarios
<b>200412</b>						
60 años y más	41.352	39.222	80.574	71.629	3.094	74.723
Todos	425.255	865.595	1.290.850	806.837	578.917	1.385.754
% 60 años y más	9,7%	4,5%	6,2%	8,9%	0,5%	5,4%
<b>200812</b>						
60 años y más	52.272	43.573	96.058	88.850	2.731	91.054
Todos	483.420	828.594	1.312.014	898.810	568.787	1.467.597
% 60 años y más	10,8%	5,3%	7,3%	9,9%	0,5%	6,2%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Sin embargo, resulta necesario ajustar por el envejecimiento natural de la población para reflejar el ingreso real de personas nuevas y no el envejecimiento de las que ya estaban en el sistema. En efecto, para tener un parámetro de comparación, de acuerdo a datos Celade 2004, en un lapso de 5 años ocurre aproximadamente un 15% de aumento de personas mayores de 60 años a nivel general de la población chilena. En este caso, el aumento entre el 2004 y el 2008 (tres años y medio) fue de un 26% en cotizantes mujeres y de un 24% en cotizantes hombres, mayor al 15% y en menos tiempo. Asimismo, el aumento fue de un 19% y un 22% en beneficiarios mujeres y hombres, respectivamente, siendo el aumento global de beneficiarios adultos mayores de un 20%. Estos antecedentes indican que la cartera de cotizantes y beneficiarios no sólo ha envejecido la cartera, sino que también han ingresado nuevos adultos mayores al Sistema Isapre.

Por consiguiente, al analizar la evolución en la participación relativa de los distintos grupos de cotizantes entre 2004 y 2008, se observa un aumento de las personas mayores de 60 años, especialmente de las mujeres, considerando el ajuste por el envejecimiento de la población.

#### Algunas características y cambios en Mujeres y Hombres entre los años 2004 y 2008

En el caso de las mujeres cotizantes totales, el número de cargas por cada una de ellas disminuyó de 2,04 a 1,71 y la cotización aumentó, tanto la pactada por cotizante (3,03 UF a 3,34 UF) como la calculada según el número de beneficiarios por cotizantes, llamada "per cápita" (1,80 UF a 2,05). Ambos conceptos de cotizaciones crecieron un 10% y 14% respectivamente, en términos reales más que la tasa de crecimiento de las remuneraciones (5,5%), lo que indica que podría haber una pérdida para las cotizantes que ya estaban en el sistema al tener que cancelar un mayor porcentaje de su ingreso (*ceteris paribus* todo lo demás) por igual plan.

En el caso de los hombres cotizantes totales, el número de cargas por cada uno de ellos disminuyó de 0,72 a 0,63 y la cotización aumentó, tanto la pactada por cotizante (3,29 UF a 3,57 UF) como la calculada según el número de beneficiarios por cotizantes, llamada "per cápita" (1,35 UF a 1,60). Ambos conceptos de cotizaciones crecieron un 9% y 19% respectivamente, en términos reales más que la tasa de crecimiento de las remuneraciones

(5,5%), lo que indica que también podría haber una pérdida para los cotizantes que ya estaban en el sistema al tener que cancelar un mayor porcentaje de su ingreso (*ceteris paribus* todo lo demás) por igual plan, similar a lo que sucede en el caso de la mujer. En síntesis, entre los años 2004 y 2008 disminuyeron las cargas por cada cotizante y aumentaron los precios pactados, por sobre el nivel de los ingresos.

Por otra parte, cabe hacer presente, que la disminución en el número de cargas no es sólo una tendencia en los cotizantes de Isapres, sino que también de los pertenecientes al Fonasa y, últimamente, los resultados de la encuesta CASEN 2006 han evidenciado que la baja tasa de crecimiento poblacional es un problema general del país. Por lo tanto, si bien en el sistema privado hay un incentivo a disminuir las cargas de los cotizantes, la disminución puede también ser efecto de la situación general de la caída de la natalidad en el país. Según las Estadísticas Vitales del año 2007 del INE, la tasa global de fecundidad en Chile, que corresponde al número de hijos promedio del total de mujeres en edad fértil de la población, ha disminuido en la última década. El año 1997 el número de hijos por mujer era de 2,3 y el año 2007 disminuyó a 1,8 hijos por mujer. El año 1950 una familia chilena tenía en promedio 5 hijos y la tendencia actual es al hijo único. Esta situación evidencia una tendencia al envejecimiento poblacional por debajo de la tasa de recambio generacional, estimada de 2 hijos por mujer, que es lo mínimo que necesita la sociedad para que nuevos habitantes reemplacen a su padre y madre.

Por otra parte, al efectuar un análisis por nivel de ingresos, podemos observar que la cantidad de cotizantes mujeres con ingresos hasta \$300.000 disminuyen de 74.804 a 46.463 (- 38%) y las de ingresos de más de \$1.000.000 aumentan de 60.480 a 119.374 (+97%). El resto no sufre grandes variaciones. En el caso de los hombres cotizantes, con ingresos hasta \$300.000 disminuyen de 142.170 a 91.084 (- 36%) y las de ingresos de más de \$1.000.000 aumentan de 193.160 a 293.976 (+52%).

En síntesis, es posible señalar que entre los años 2004 y 2008 se ha producido un aumento en la participación de los grupos de mayores ingresos y una disminución de las cargas, a la vez que se ha generado una mayor participación de mujeres y adultos mayores en el Sistema Isapre, aspecto deseado al iniciar los cambios regulatorios de la Reforma de Salud iniciados el año 2003.

Lo anteriormente expuesto permite evidenciar un aumento en el acceso y de la mantención de las personas usuarias en el Sistema Isapre, pero cuyo costo económico es sustentado por el aumento en los ingresos de los grupos históricamente discriminados, como han sido las mujeres en edad fértil y los adultos mayores. Éstos han debido asumir los mayores precios de los planes de salud, así como los mayores montos de los copagos por prestaciones de salud a medida que avanzan en edad. Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, la protección financiera de cada uno de los problemas de salud de las Garantías Explícitas en Salud (GES-AUGE) contribuye de alguna manera a contrarrestar estos mayores desembolsos, ya que el precio de las GES es único por Isapre y es independiente del riesgo individual, y los copagos de las prestaciones de salud son fijos y menores a los de los Planes Complementarios de Salud, lo que en definitiva constituye un ahorro para las personas que deciden usarlo. En definitiva, la incorporación del componente solidario en el seguro privado de la salud a través del GES y la existencia del Fondo de Compensación Solidario entre Isapres del GES, han contribuido a los logros enunciados previamente.



## 5. Inequidad de Género en la Atención del Parto

La Reforma de Salud, tal como se expuso anteriormente, mediante diversos instrumentos de regulación, logró corregir gran parte de las imperfecciones del mercado de los seguros privados de salud, evitando la discriminación de precios y la inequidad de género, que afectaba, principalmente, a las mujeres y adultos mayores, cuyos efectos restringían su acceso a los seguros privados y al uso de prestaciones de salud.

Sin embargo y no obstante los avances en la materia, persiste la inequidad de género en la atención del parto, por cuanto se adjudica exclusivamente el costo de la reproducción a la mujer. Esta inequidad se fundamenta en el hecho que el embarazo y la atención del parto corresponden a una condición de salud -no a una enfermedad específica- y que esta condición se genera con la participación del hombre, por lo que debiera ser de responsabilidad social asumir los costos asociados a ellos y no sólo de la madre.

Si bien lo anteriormente expuesto puede tener validez desde la perspectiva de la búsqueda de la equidad de género y socialmente pudiera considerarse deseable que la sociedad compartiera el gasto que concretamente significan estas condiciones de salud en la mujer, a través de algún mecanismo de distribución de este mayor costo entre los cotizantes, es importante tener presente algunas consideraciones que explican la situación actual y la factibilidad de corregir esta inequidad de género en el modelo de salud actualmente vigente:

1. Cabe hacer presente, que la inequidad de género en la atención del parto es consecuencia del diseño estructural del seguro privado de salud, el que está basado en la determinación de precios por riesgo individual, lo que obliga a las Isapres a definir el precio final del plan de salud en función del mayor gasto esperado que presentan las mujeres en esa etapa de su vida. De esta manera, como se expuso con anterioridad, las Isapres se ajustan a la normativa legal vigente, a las características propias de un seguro privado y al modelo de salud imperante, lo que se traduce finalmente en planes de salud con precios diferenciados para hombres y mujeres. Por consiguiente, no son las Isapres ni los planes de salud *per se*, los responsables de tal diferenciación de precios, sino que esta situación es inherente a la propia naturaleza de los seguros privados de salud en su aplicación.
2. Por tratarse de un seguro de salud privado, donde la relación que vincula al asegurado o asegurada con el seguro es de carácter individual, y obliga a quien cotiza, en forma personal -y no solidaria- a financiar el precio que fija la Isapre para el plan de salud elegido, resultaría incompatible introducir un financiamiento de carácter solidario, dada las características individuales del mismo. Si se aplica un mecanismo de distribución del mayor gasto que significa la atención del parto entre los cotizantes del seguro individual, aplicando una mayor precio a los hombres y a las mujeres en edad no reproductiva, es decir, un subsidio de estos grupos hacia las mujeres en edad fértil, esto podría determinar que tanto los hombres jóvenes y solteros, así como las mujeres en edad no reproductiva, no estén dispuestos a financiar este mayor precio del plan de salud, lo que podría determinar una restricción en el acceso al seguro de estos grupos de personas.

Si bien la lógica de funcionamiento del seguro privado de salud de carácter individual no es posible transformarlo en un seguro de tipo solidario, existen instrumentos de regulación que podrían corregir la inequidad de género en la Atención del Parto, como podría ser la incorporación de esta condición de salud en las Garantías Explícitas de Salud (GES o Plan AUGE), que constituye un plan de salud de carácter solidario y obligatorio para las Isapres. Esto



es posible gracias a la solidaridad en los aportes financieros al existir un precio parejo del GES para todas las personas beneficiarias y, por otra parte, por la solidaridad de los riesgos en salud entre mujeres y hombres.

Sin embargo, esta condición de salud, que fue estudiada y costeadada por la Autoridad Sanitaria (Ministerio de Salud) el año 2008 como uno de los nuevos problemas de salud a ser incorporados en el GES, finalmente fue desestimada, optándose por priorizar otros 10 nuevos problemas de salud, para completar 69 GES vigentes a partir del 1° de julio del año 2010.

## 6. Conclusiones y Propuestas

1. La Reforma de Salud (2003-2005) introdujo una serie de instrumentos legales de regulación que contribuyeron favorablemente a disminuir la discriminación e inequidad de género en los grupos de mayor riesgo en el Sistema Isapre, como son las mujeres en edad fértil y los adultos mayores. Entre estos instrumentos destacan:
  - La incorporación de las Garantías Explícitas en Salud (GES o Plan AUGE) al plan de salud de las Isapres con una precio igual o parejo para todas las personas beneficiarias de una misma Isapre, lo que permite introducir solidaridad en los aportes financieros de las personas afiliadas a los seguros privados de salud (una prima comunitaria genera subsidios de hombres hacia mujeres y de jóvenes hacia adultos).
  - La instauración del Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre las Isapres, el cual contribuye de alguna manera a generar incentivos en las Isapres para que mejoren el acceso, tanto a las mujeres como a los adultos mayores, con el propósito de equilibrar el riesgo entre sus carteras de beneficiarios. Sin embargo, estudios de la Superintendencia de Salud y también estudios externos, verificaron que el FCS contribuye a homogenizar la cartera de personas beneficiarias en edad, pero con efectos menores en la variable del sexo. A su vez, el FCS al estar limitado al uso GES y no a la condición GES, a las prestaciones de salud valoradas a precios del Decreto Supremo GES y no a precios reales privados y, limitado a las variables de sexo y edad, hacen que el impacto del FCS sea acotado (Superintendencia de Salud 2007, Ibern et al 2008).
  - La introducción de sólo dos Tablas de Factores de riesgo para la totalidad de los planes de salud en comercialización, con relaciones máximas entre los factores de riesgo por sexo, como herramienta para atenuar los cambios de precios por el avance de la edad y ajustar mejor los factores de riesgo al perfil de gasto real de cada tipo de beneficiario y beneficiaria, según su sexo y edad. La relación máxima permitida entre el valor más bajo y el más alto de cada tabla es de hasta 9 veces, en el caso de las mujeres y, de hasta 14 veces, en el caso de los hombres, para el período comprendido entre el 1° de julio de 2005 y el 1 de julio de 2015. Esta relación máxima se encuentra dentro de estos rangos el año 2008, debido a que en la mujer es de 8,7 veces y de 13,2 veces en el hombre.
  - El establecimiento de una Banda de Precios a partir de la cual se dispone que la variación del precio de cada plan de salud no podrá ser superior a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio. Esta regla tiene por objetivo vincular el porcentaje de variación del precio de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación con el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos en un mismo período, buscando delimitar la dispersión de las alzas que puede existir al interior de una misma Isapre y con ello, mejorar el nivel de solidaridad entre sus beneficiarios. Es así como, en el proceso de adecuación durante el

año 2008, la proporción de mujeres con alzas mayores (entre 10% y 20%) es equivalente al de mujeres sin alzas o con alzas menores, denotando una política de alzas de precios más pareja entre todas ellas y entre éstas y el total de la cartera de cotizantes.

2. No obstante los logros en la disminución de la discriminación e inequidad de género posterior a la Reforma de Salud, persiste un grado de discriminación financiera de los adultos mayores cautivos, por cuanto éstos podrían estar subsidiando a las personas cautivas menores de 60 años, ya que aquellos presentan una siniestralidad de un 85%, mientras que estos últimos presentan una siniestralidad de un 185% y las personas jóvenes no cautivas tendrían un precio ajustado a su perfil de gasto, siendo el promedio de siniestralidad en el Sistema Isapre de un 84%.
3. Que el Índice de alza de precios de cotizantes cautivos definido anualmente por la Superintendencia de Salud pretende moderar el impacto de las alzas de precios de los planes de salud de cotizantes cautivos, ya sea por edad (adultos mayores) y/o por enfermedades preexistentes, aplicadas por las Isapres cuando éstas son desmedidas. Este instrumento es aplicado por la Superintendencia de Salud en el caso de reclamos presentados por esta causa. El año 2007 se presentaron 271 reclamos en la Superintendencia de Salud por esta causa, representando esta cifra un 0,06% del total de personas cotizantes cautivas. Sin embargo, esta cantidad de reclamos por esta materia subió a 776 casos el año 2008, representando un incremento de un 186%. Durante el año 2007 la cantidad estimada de contratos bajo condición de cautividad corresponde a unos 457.116 (Superintendencia de Salud 2009).
4. Que el mayor costo económico de la salud privada es sustentado por el aumento en los ingresos de los grupos históricamente discriminados, como han sido las mujeres en edad fértil y los adultos mayores. Éstos han debido asumir los mayores precios de los planes de salud, así como los mayores montos de los copagos de las prestaciones de salud a medida que avanzan en edad. Si bien en términos porcentuales las diferencias de los copagos en las distintas edades son similares, expresados en pesos (\$) promedios las diferencias son significativas. Es así como el porcentaje de bonificación en mujeres y hombres son similares, alrededor de 2/3 son bonificados por las Isapres y el 1/3 restante es financiado por las personas usuarias, lo que corresponde al copago y éste en la mujer se duplica entre los 30 y 75 años de edad y en el caso del hombre, el copago es 4 y 9 veces superior a los 60 y 75 años de edad, respecto del copago de los 30 años. A su vez, los adultos mayores a medida que avanzan en edad ven disminuida su Renta Imponible, ya que un componente importante de sus ingresos provienen de su pensión de vejez y, a su vez, presentan un incremento de su cotización pactada de salud a expensas de la cotización adicional, la que representa un 87% respecto de la cotización legal del 7%. Cabe hacer presente, que en el hombre cotizante entre los 35 años y los 80 años de edad, el monto del copago de prestaciones de salud respecto de la Renta Imponible aumenta cerca de 10 veces (\$8.085 *versus* \$77.346). En el caso de la mujer entre los 35 años y los 80 años de edad, el monto del copago de prestaciones de salud respecto de la Renta Imponible en mujeres cotizantes aumenta 2,1 veces (\$22.498 *versus* \$46.196). Por consiguiente, la permanencia de las personas adultas mayores en el Sistema Isapre sólo es posible por el mayor aporte adicional que realizan. Sin duda alguna la protección financiera que ofrecen las GES contribuye de alguna manera a contrarrestar estos mayores desembolsos, ya que el precio de las GES es único por Isapre y es independiente del riesgo individual y los copagos de las prestaciones de salud del GES son fijos y menores a los de los Planes Complementarios de Salud (9,8% *versus* 32%). Cabe hacer presente, que entre el mes de

julio de 2005 y junio de 2009, la tasa de uso GES alcanzó a un 28,3% (demanda GES observada *versus* demanda GES potencial según el EVC 2007<sup>11</sup>). Es decir, una de cada 4 personas beneficiarias con un problema de salud GES en el Sistema Isapre opta por usar el GES-AUGE.

5. Entre los años 2004 y 2008 se generó una mayor participación de adultos mayores, especialmente de mujeres en el Sistema Isapre, aumentando su participación de 5,8% a 6,7%, siendo el aumento global de beneficiarios adultos mayores de un 20%, aspectos deseados al iniciar los cambios regulatorios de la Reforma de Salud el año 2003. Sin embargo, estas cifras del Sistema Isapre están muy por debajo de la participación nacional de adultos mayores estimada para el año 2008 de un 12,4% y la del Fonasa de un 14,8%. Asimismo, se observó una disminución en el número de cargas por cotizante en cerca de 3,3%, (2,04 *versus* 1,71), la que es consistente con la disminución de la tasa global de fecundidad en Chile de 1,8 hijos por mujer el año 2007. Además, se produjo una disminución de participación de los grupos de menores ingresos de hasta \$300.000, tanto en mujeres como en hombres, de -38% y -36%, respectivamente y un aumento en la participación de los grupos de mayores ingresos con rentas superiores a \$1.000.000, tanto en mujeres como en hombres, de +97% y +52%, respectivamente.
6. La esperanza de vida al nacer en Chile para el quinquenio 2005-2010 es de 75,4 años para el hombre y de 81,5 años para la mujer. La menor esperanza de vida al nacer de 6 años del hombre respecto de la mujer, podría explicarse por diferencias biológicas, exposiciones de mayor riesgo por aspectos culturales (accidentes y violencia), determinantes sociales de la salud y a una menor tasa de consultas médicas por razones culturales y restricciones en el acceso a atención médica por oferta horaria limitada, especialmente relevante en el Sector Público de Salud, que podría derivar en una consulta más tardía de afecciones que presentan una mayor tasa de mortalidad asociada.
7. La inequidad de género en la atención de parto persiste, no obstante los avances en materia de equidad, por cuanto se adjudica exclusivamente el costo de la reproducción a la mujer. Esta inequidad se fundamenta en el hecho que el embarazo y la atención del parto corresponden a una condición de salud -no a una enfermedad específica- y que esta condición se genera con la participación del hombre, por lo que debiera ser de responsabilidad social asumir los costos asociados a ellos y no sólo de la madre. Cabe hacer presente, que la inequidad de género en la atención del parto es consecuencia del diseño estructural del seguro privado de salud, el que está basado en la determinación de precios por riesgo individual, lo que obliga a las Isapres a definir el precio final del plan de salud en función del mayor gasto esperado que presentan las mujeres en esa etapa de su vida. Si bien la lógica de funcionamiento del seguro privado de salud de carácter individual no es posible transformarlo en un seguro de tipo solidario, existen instrumentos de regulación que podrían corregir la inequidad de género en la atención del parto, como podría ser la incorporación de esta condición de salud en el GES, que constituye un componente de carácter solidario del plan de salud y obligatorio para las Isapres. Esto es posible gracias a la solidaridad en los aportes financieros al existir un precio parejo del GES para todas las personas beneficiarias y, por otra parte, por la solidaridad de los riesgos en salud entre mujeres y hombres. Sin embargo, esta condición de salud que fue estudiada y costada por la Autoridad Sanitaria (Ministerio de Salud) el año 2008 como uno de los nuevos problemas de salud a ser incorporados en el GES, finalmente fue desestimada, optándose por priorizar

---

<sup>11</sup> EVC 2007: Estudio de Verificación del Costo (EVC) esperado por beneficiario del conjunto de problemas de salud priorizados con Garantías Explícitas de Salud GES-56, realizado por la Universidad de Chile el año 2007, por encargo del Ministerio de Salud.

otros problemas de salud, para completar 69 GES vigentes a partir del 1° de julio del año 2010.

8. Las medidas regulatorias sanitarias implementadas a partir de julio del año 2005 con el inicio de la GES y el FCS entre las Isapres han dado resultados en el sentido esperado, pero, sólo con el alcance que las leyes vigentes permiten. La aplicación adecuada de las leyes de la Reforma de Salud (2003-2005), así como la incorporación de nuevos instrumentos de regulación, para conciliar tanto los seguros y la provisión de salud pública y privada, ha constituido un desafío país para lograr mayor eficiencia económica global, efectividad sanitaria, equidad social y de género, satisfacción de los usuarios y usuarias, tanto del sistema público como privado de salud, con el propósito de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas en su conjunto. Las medidas que se han adoptado han dado los frutos esperados y los pasos que se siguen dando apuntan en esta dirección. Sin embargo, mejoras a través de nuevas medidas de auto regulación tales como, cambios significativos de factores de riesgo entre rangos de edad, la disminución de rangos de edad, el aumento de las primas comunitarias a través de la incorporación de nuevos problemas de salud GES y la eliminación de condiciones de cautividad por edad y/o enfermedad preexistente que permitan una mayor movilidad, pueden ser sólo marginales. Cambios mayores requieren modificaciones legislativas y la Superintendencia de Salud, actualmente, se encuentra trabajando en este nuevo escenario de cambio estructural del Sistema Isapre para lograr su perfeccionamiento y sustentabilidad futura.

### Referencias Bibliográficas

- 1) Pere Ibern, Randal P. Ellis, Jürgen Wasem y Verónica Vargas: *“Panel de Expertos para la Evaluación del Fondo de Compensación Solidario entre Isapres”*, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (Octubre 2008).
- 2) Camilo Cid Pedraza, Alberto Muñoz Vergara, Marlene Sánchez Muñoz, Roberto Tegtmeier Scherer: *“Evaluación Preliminar del Fondo de Ajuste de Riesgo entre Isapres Año 2007”*, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (Año 2007).
- 3) Camilo Cid Pedraza, Eduardo Salazar, Roberto Tegtmeier Scherer: *“Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema Isapre Año 2007”*, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (Julio 2009).
- 4) Roberto Tegtmeier Scherer: *“Prestaciones de Salud en el Sistema Isapre Año 2008”*, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (Junio 2009).
- 5) Marlene Sánchez, Roberto Tegtmeier, Camilo Cid: *“Discriminación, Equidad de Género y Reforma de Salud”*, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (Diciembre 2008).
- 6) Marlene Sánchez: *“Proceso de Adecuación de Contratos Julio 2008 - Junio 2009. Análisis Banda de Precios”*, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (Abril 2008).