

## 2\_ Género y sistema Isapre

Documento preparado por la consultora economista Apolonia Ramírez Caballero y enriquecido con el aporte de protagonistas de las Jornadas Participativas que impulsó en regiones del país el Proyecto Equidad, Género y Reforma de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Chile, durante el año 2001.



### Diagnóstico y evolución del sistema de Isapres

\* A partir de 1997 la evolución del sistema privado de salud muestra una reducción paulatina y creciente del número de afiliados, desde 1.7 millones en diciembre de 1997 a 1.4 millones en igual mes de 2000, llegando a 1.3 millones en junio de 2001.

\* En el mismo lapso, el total de beneficiarios cae desde 3.9 millones a 3,0 millones. Significa una caída de la cobertura del sistema del 26.6% al 20.2% respecto de la población del país.

\* El porcentaje de dependientes baja del 93.3% al 90.6%, y el de mayores de 60 años sube del 5.3% al 7.2% durante el período.

\* El deterioro de los indicadores financieros se expresa en el aumento de la tasa de siniestralidad (costo operacional / Ingreso operacional) desde el 80.5% al 81.4%, y revela un aumento del costo operacional anual por beneficiario. Según un estudio de la Asociación de Isapres, «los afiliados han aprendido a usar el sistema» y lo corroboran las cifras. El número de prestaciones anuales por beneficiario ha subido de 10.6 a 13.6.

\* La cantidad de licencias médicas anuales tramitadas ha disminuido desde 1.4 millones a 1.1 millones y el porcentaje de licencias autorizadas se ha reducido del 94.8% al 93.1% en tanto que el número de exámenes preventivos anuales realizados por el sistema varió desde 135.000 a 125.000 en el año 2000.

\* Los Gastos de Administración y Ventas anuales -aunque se han reducido desde 1997, en términos absolutos y relativos- representan 17.7% de los ingresos operacionales (eran 19%) y ascienden a 118.403 millones de pesos en diciembre de 2000.

\* La cantidad de Isapres operando se redujo de 28 a 23, y la concentración económica se ha acentuado: las 15 Isapres Abiertas concentran el 95.5% de los cotizantes, y las 8 Isapres Cerradas, el 4.5% restante, a junio de 2001.

\* **Participación de la mujer:** 455.414 eran las cotizantes del Sistema Isapre en junio de 2001, cifra equivalente a 34.4% del total, similar a la tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo. El porcentaje más alto de mujeres cotizantes -bastante superior al promedio- se presenta en las Isapres Cerradas del Banco del Estado (42.8%) y CTC-Istel (39%); y en Vidatres (40.4), Masvida (39.9%) y Promepart (39.7%), entre las Isapres Abiertas.

\* La tasa anual de crecimiento de las beneficiarias mujeres -aunque menor que la de los hombres- experimenta una brusca caída durante la última década, desde un espectacular 20.8% en 1991 (22.7% los hombres), hasta el 7% para ambos sexos en 1994. La disminución continúa hasta llegar a 1.7% en 1997 y a partir del año siguiente se vuelve negativa, llegando al decrecimiento del 5.5% en junio de 2001, respecto a igual mes del año anterior.

\* Las beneficiarias mujeres muestran una tendencia al aumento de la edad promedio: las menores de 40 años eran el 79.3 % en 1990 y disminuyeron a 73.2% en 2000; aquellas entre 40 y 59 años sumaban 16.6% y aumentaron a 22.2; en tanto las mayores de 60 años subieron del 4.1% a 4.6%.

\* En un escenario de deterioro del sistema Isapre y de éxodo masivo de cotizantes, es indispensable destacar que las mujeres aumentan su participación desde el 31.9% en

diciembre de 1997 al 34.4% en junio de 2001. Sería útil e interesante investigar las razones de esto mediante un estudio especial, cuyos resultados podrían orientar el trabajo a desarrollar.

### Análisis: marco conceptual de género

El origen ilegítimo e inconsulto del sistema ISAPRE no debe estar ausente del análisis. Tal modelo era inédito hasta entonces (1981) y fue parte esencial de las privatizaciones impuestas por el neoliberalismo económico, que se extendió a servicios que tradicionalmente habían estado radicados en el Estado, como la seguridad social, la salud y la educación.

El análisis debe enmarcarse en el concepto de riesgos sociales y en los principios básicos de la seguridad social, que siguen vigentes y son obligatorios, según convenios y normas internacionales que Chile ha suscrito.

El sistema ISAPRE no es un sistema de salud previsional, aunque tenga tal estatus legal, porque no cumple con ninguno de sus principios básicos: solidaridad, universalidad, suficiencia, uniformidad, continuidad, integralidad e, idealmente, sectorialización y regionalización.

Es un sistema de seguros privados de salud que, por definición, opera con la evaluación del riesgo individual, lo que significa que las variables de sexo, edad y estado de salud de cada individuo determinan el precio de la prima.

La maternidad y la mayor morbilidad, ligada a la función reproductiva y a la mayor longevidad de la mujer, objetivamente aumentan sus necesidades de atención de salud y elevan el costo económico de dicha atención. Obviamente, en un sistema orientado por el afán de lucro, como el de los seguros privados de salud, esto se convierte en factores de discriminación en contra de la mujer.

En su doble condición de trabajadora y madre, la mujer está en una situación particularmente desventajosa en el sistema de seguros privados de salud, afecta a exclusiones, discriminaciones y restricciones en el uso de las prestaciones:

\* **Exclusión por nivel salarial:** la principal ba-

rrera de entrada al sistema ISAPRE es infranqueable para muchas trabajadoras. Esto representa una desventaja inicial para la mujer, y se debe al desmedrado lugar que ocupa en el mercado laboral, tanto en el acceso como en la calidad del empleo, y en los bajos niveles salariales. Dicha situación se traduce en la exclusión de grandes conglomerados de asalariadas y trabajadoras de empleos precarios o informales.

\* **Discriminación por sexo, en la base del sistema ISAPRE:** los planes se construyen bajo la lógica de que el «riesgo maternidad» está implícito en toda mujer en edad fértil, aunque se trate de mujeres impedidas o sin intenciones de quedar embarazadas. De 25 a 35 años el factor promedio es de 1 para hombres y sube a 3,2 para mujeres.

\* **Restricciones al uso de las prestaciones:** éstas revisten gran importancia, porque representan limitaciones estructurales en la cobertura real y efectiva que las instituciones de salud privadas ofrecen a las mujeres, sean cotizantes o cargas familiares. Se presentan de manera abierta o encubierta con los títulos de Exclusiones, que cada Isapre determina libremente (intentos de suicidio, aborto provocado, esterilización voluntaria, por ejemplo); Pre-existencias, que el afiliado debe declarar al suscribir el contrato, pero la Isapre puede aceptar o rechazar veladamente; Bonificación y Topes, la oferta de una alta bonificación suele ser el mecanismo de «enganche» de las Isapres, pero los topes la reducen a una ilusión o insuficiencia de la cobertura (bonificación del 100% para el parto normal, con un tope bajísimo, equivalente a un 10% del copago total, por ejemplo) Además, el énfasis de las Isapres en la medicina curativa, en el nivel primario de éstas y, luego, en las consultas médicas -como característica esencial del sistema- lo hace particularmente ineficiente para dar protección efectiva a las trabajadoras y mujeres en general.

Por último, las restricciones de uso se extienden a las prestaciones en especie y monetarias vinculadas a la atención integral de la salud. Esto daña los derechos de la mujer trabajadora en lo relativo al uso de las licencias médicas que debe pagar la Isapre -materna-

les suplementarias y por cuidado del hijo menor-, dado que las licencias curativas y las maternales las paga el Estado.

### Intersectorialidad

\* **La coexistencia de dos subsistemas de salud previsional con lógicas opuestas** -uno público, basado en la solidaridad y otros principios de la seguridad social, y otro privado, basado en los seguros de salud privados y el afán de lucro- es un punto clave del distorsionado sistema de salud actual en Chile.

\* **La relación entre ambos subsistemas es perversa para el sistema público**, porque compiten en condiciones de absoluta desigualdad. Esto opera en su contra y le conviene, finalmente, en el sistema de salud para los pobres, las mujeres, los ancianos y los indigentes. Además, actúa como un sobreseguro del sistema privado, supliendo las falencias y ocultando las deficiencias de éste.

\* **En cambio, el sistema privado** concentra a los asalariados de mayores ingresos, a los más jóvenes y sanos, a los solteros y de sexo masculino. Los Gastos de Administración y Ventas -que en promedio son 18% para el Sistema Isapre- se elevan hasta 35% en algunos casos. Los sueldos de los ejecutivos de Isapres, que están entre los más altos del país, muestran aumentos significativos, a pesar de la recesión. Sin embargo, los sueldos de los funcionarios sólo crecen en 1%, según un estudio reciente de Price Waterhouse.

\* Aunque las modificaciones legales y administrativas han contribuido a corregir algunos de los problemas que plantea el sistema Isapre, subsisten los más graves y se utilizan resquicios para eludir las regulaciones introducidas últimamente.

\* Según la Encuesta CASEN 1998, el porcentaje de afiliados a Isapres que se ha atendido en establecimientos dependientes del SNSS es 20.4% en control y consultas; 4.5% en atención dental (4.3% en 1990); 18% en cirugía, 21% en hospitalización y 26.2% en parto.

\* Según un informe del Ministerio de Salud, entre 1995 y el primer semestre de 1999, lo

facturado por los establecimientos del SSNS a los afiliados de Isapres ascendió a 5.204 millones de pesos y la deuda a los establecimientos por parte de las Isapres -por atención de sus afiliados- era de 3.675 millones de pesos (en pesos de diciembre de 1999, en ambos casos).

### Propuestas

\* **Mantener separados ambos subsistemas de salud**, en tanto subsistan la inequidad y las diferencias tan profundas en materia de principios, objetivos y formas de funcionamiento.

Desincentivar la afiliación de las mujeres trabajadoras al sistema privado, en particular de aquellas cuyos salarios están debajo de los 400.000 pesos mensuales, mediante una masiva campaña de información, e incentivar su afiliación a FONASA (un estudio reciente de la Superintendencia de Isapres revela que los afiliados de ambos sexos ignoran casi todo sobre FONASA).

La discriminación por sexo -que está en la base del sistema Isapre- contraviene derechos y principios consagrados en la Constitución vigente, en el Código del Trabajo y también en la Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979), conocida como la Convención de la Mujer, ratificada por Chile en 1989. así como en la plataforma de Beijing (1995).

\* **Prima del seguro privado de salud:** su precio debe ser fijado -como cualquier otro- en moneda nacional y su reajustabilidad anual debe ligarse a la variación del IPC, idealmente debería ser uno sectorial para salud, cuya implementación está en estudio. Fijar la prima en UF, aunque es la forma que rige para otros seguros, contiene un elemento abusivo para los trabajadores, porque sus salarios no se fijan en UF ni se reajustan diariamente, sino sólo cada dos, tres o cuatro años de acuerdo con el IPC.

Para las mujeres, tal corrección reviste particular importancia, porque la falta de transparencia en el precio del plan de salud oculta principalmente la discriminación por sexo y por edad. Para una familia promedio, el

costo del plan significa 26.500 pesos; para un hombre solo, 10.800 pesos; para una mujer sola, 27.000 pesos y para los adultos mayores, 50.500 pesos.

\* **Cobertura real y efectiva:** prohibición legal de que las Isapres fijen precios diferenciados según sexo -es inconstitucional-, mediante un Plan Referencial o un Catálogo Único y común a todas las Isapres. Además, habría que eliminar las normas de la letra d) del art. 33 de Ley 18.933, que permite a las Isapres comercializar planes que no contemplen todas las prestaciones del arancel.

Cobertura de la mujer en edad fértil: la cobertura de un plan se calcula sobre la base de un cotizante menor de 40 años y con una renta de 400.000 pesos. En atención ambulatoria, la bonificación para el hombre es del 80% y hasta del 100% en Atención Cerrada, y sólo del 53 % para la mujer.

Cobertura del embarazo: es proporcional al período que resta para que ocurra el nacimiento, aunque lo más frecuente es la exclusión del parto.

Exclusión del parto, que las Isapres catalogan como riesgo importante: en casi todas estas instituciones existen planes que excluyen la maternidad. La Superintendencia de Isapres desconoce la cantidad de planes de este tipo que se ofrece en el mercado.

\* **Licencias médicas:** restablecer su carácter terapéutico, unido a su rol de suplir el salario del trabajador durante la enfermedad. Reincorporar la tuición del control ético en los Colegios Profesionales; incluirlas entre las especies valoradas (Casa de Moneda), y crear un Registro Nacional Único de Licencias.

**Liberadas del pago de las licencias maternales y de las licencias por cuidado del hijo enfermo menor de un año,** sobre las Isapres sólo recae el pago de las licencias por enfermedad común y aquéllas que se vinculan a complicaciones durante el embarazo.

\* **Seguro Catastrófico:** no es sino un seguro adicional de las Isapres para cubrir las enfermedades de alto costo, que sólo afectan a 1 de cada 5000 beneficiarios. Es un mecanismo ideado por el sistema para autocompensarse de la pérdida del subsidio estatal del 2% a las Isapres. Significa un costo adicional para el afiliado, el que se añade

al 7% obligatorio, al porcentaje adicional voluntario para tener una mayor cobertura y al co-pago. Además, se beneficia con el subsidio implícito o reaseguro en el sistema público, porque la mayoría de los cotizantes de Isapres se atienden allí, tanto en los servicios de urgencia, como en la maternidad, UCI, UTI y pensionados de hospitales públicos.

\* **Facultades de la Superintendencia de Isapres:** este organismo, de alto costo adicional para el Estado, debería ser objeto de una profunda reestructuración, que resitúe sus objetivos, procedimientos y facultades hacia la protección de los usuarios, tanto en la calidad como en la cantidad de los servicios que reciben.

## Indicadores

Respecto de este tema, tanto para el Sistema Isapres como para el Sistema Público se requiere, en primer lugar, disponer de la información estadística desagregada por sexo y por edad de todas aquellas variables que lo permiten, y no sólo del número de cotizantes, cargas y beneficiarios. Este es un requisito indispensable para el análisis con perspectiva de género y para el seguimiento de los posibles y necesarios indicadores que habría que construir, como los referidos al uso de licencias, al tipo de prestaciones médicas y otros.



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER