



INEQUIDADES DE GÉNERO EN EL SISTEMA ISAPRE

CABILDO “SALUD, UN DERECHO”

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas y en particular en salud, deben considerarse como bienes colectivos, públicos y responder a modelos garantizados y universales, que son obligaciones del Estado y por tanto se hacen exigibles por parte de las y los ciudadanos. Estas políticas deben resguardar el cuidado, acceso, oportunidad y pertinencia de las prestaciones que se entregan a las personas, para lo cual es indispensable que incorporen un enfoque de género que establezca al Estado la obligación de considerar la igualdad y la no discriminación en la práctica, además de reconocer las necesidades diferenciadas en políticas, reglamentos y normativas tanto del punto de vista de derechos humanos fundamentales como de género.

La instalación de las ISAPRES en 1981 como parte del aseguramiento de salud en Chile, ha significado establecer de forma sistemática la discriminación en una política pública, lo que ha fomentado situaciones graves de injusticia y profundizado las desigualdades de género e impacta directamente en las condiciones de vida y salud de las mujeres.

La existencia de inequidades de género entre las personas afiliadas a las ISAPRES ha sido una preocupación de larga data en el sistema de salud chileno^{1,2}. A fin de facilitar el análisis de esta situación y su impacto sobre el derecho a la salud, resulta útil recordar que el concepto de inequidad de género se refiere a la existencia de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres en las oportunidades de disfrutar de la salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles. Por el contrario, la equidad de género se refiere a la eliminación de estas diferencias y propender a la igualdad en todas las políticas públicas, trabajo y responsabilidades sociales. La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres³. La equidad de género en salud no se traduce en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres, sino más bien en que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo durante el curso de vida y en cada contexto socioeconómico⁴.

¹ “Discriminación, equidad de género y reforma de salud en el sistema ISAPRE”. Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud, 2008 https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4992_recurso_1.pdf

² “Equidad de género en el sistema de salud chileno” Molly Pollack E. Unidad de Estudios Especiales Secretaría Ejecutiva CEPAL, 2002 <http://biblioteca.ciess.org/liss/index.php?P=FullRecord&ID=33>

³ OPS/OMS <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>

⁴ “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”. Elsa Gomez, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf>



ANTECEDENTES

La metodología utilizada por los seguros privados de carácter individual, incluyendo a las ISAPRES, para fijar las primas individuales de los planes de salud, diferencia a las personas de acuerdo a ciertas características particulares que las hacen más o menos propensas a sufrir un daño a la salud o a incurrir en condiciones de salud que determinen la necesidad de requerir prestaciones específicas que deban ser financiadas total o parcialmente por el seguro privado. A fin de protegerse contra estos gastos potenciales, las ISAPRES asignan a cada persona una prima diferente según su nivel de riesgo. Esta característica particular de los seguros individuales de salud afecta principalmente a ciertos grupos poblacionales, dentro de los que se encuentran las mujeres, especialmente en edad fértil y los adultos mayores, cuyos derechos deben estar garantizados por el Estado sin discriminación alguna. Esta situación se reflejó históricamente en la aplicación de variaciones desmesuradas de precios en los planes de salud donde existía una mayor concentración de mujeres, generándose una discriminación en el precio de estos planes⁵.

A fin de contrarrestar esta situación, entre los años 2003 y 2005 se realizaron diversas modificaciones legales bajo la lógica de un Estado meramente regulador al marco normativo de las ISAPRES⁶. Estas modificaciones lograron corregir algunos de los problemas existentes, reduciendo la discriminación de precios y, con la creación del Plan AUGE/GES con Prima Comunitaria y el Fondo de Compensación entre ISAPRES, se lograron mayores niveles de solidaridad entre mujeres y hombres, con una distribución más equitativa de los riesgos en salud⁷.

Sin embargo, estudios recientes muestran que las inequidades de género persisten y que se requieren transformaciones más profundas para abordarlas. Un estudio del año 2018 utilizando datos administrativos de los años 2013 a 2015 provenientes de la Superintendencia de Salud⁸, muestra la existencia de una marcada discriminación de género en el sistema ISAPRE. Aun controlando las variables no sólo por costo, sino también por renta, por preferencia de plan, y por algún tipo de estacionalidad, los datos indican que las mujeres pagan una prima superior injustificada. Los resultados señalan que, en promedio, las mujeres, sólo por el hecho de ser mujeres, pagan entre 6 y 10 UF más al año que un hombre por un plan de salud, lo que se traduce en alrededor de un 50% adicional. Un elemento determinante del sobre cobro que sufren las mujeres es la tabla de factores, la cual castiga al género femenino por considerarlo más riesgoso.

⁵ Id 1

⁶ Estas modificaciones se materializaron en cinco leyes: Ley 19.966, Ley 19.937, Ley 19.888, Ley 19.895, Ley 20.015.

⁷ Id 1

⁸ “¿Existe discriminación de Género en el Sistema de Salud Privado de Chile?” Paula Carrasco. Tesis para optar al grado de Magister en Políticas Públicas. Escuela de Postgrado de Economía y Negocios, Universidad de Chile, 2019. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/184929?show=full>



Otro estudio del año 2020⁹ muestra que, tanto para los cotizantes con cargas como sin cargas, se observan diferencias de género con relación a la utilidad percibida por las ISAPRES. En ambos casos se pueden observar tramos de edad específicos en los cuales las ISAPRES reciben mayores utilidades por una cotizante del género femenino, con diferencias estadísticamente significativas en relación con sus pares masculinos, en particular en los tramos de edad entre los 20 y 44 años. Las estimaciones muestran que para los cotizantes sin carga existe discriminación por género y mayores utilidades de las ISAPRES por las cotizantes femeninas en los tramos de edad 25-44 y 75-79 años, siendo mayor la diferencia entre hombres y mujeres en los tramos de edad 25-29, 30-34 y 35-39. En el caso de los cotizantes que poseen una sola carga, las estimaciones muestran que las ISAPRES perciben mayores utilidades por las cotizantes femeninas entre los 20 y los 44 años, siendo mayor la discriminación de género en los tramos de edad 30-34, 35-40, y 25-29 años.

En otra dimensión de la seguridad social como es el subsidio por incapacidad laboral (Licencias Médicas) se observa también discriminación de género. Un estudio de la Superintendencia del año 2021, que analiza los subsidios a cargo de las ISAPRES¹⁰ muestra que para el año 2021, el año más duro de la pandemia en términos de morbilidad, las mujeres hicieron mayor uso de licencias médicas con un 54% más que los hombres. No obstante, las ISAPRES rechazaron las licencias médicas presentadas por mujeres en una proporción mucho mayor que las de los hombres. En efecto, las licencias médicas presentadas por mujeres tuvieron por parte de las ISAPRES un nivel de rechazo 64% mayor que aquellas presentadas por los hombres.

En otro ámbito el 1 de abril del año 2020 se implementó un cambio en el marco regulatorio de las ISAPRES que puso fin a la discriminación de precios por género. Esto implica que a partir de esa fecha las ISAPRES sólo pueden ofrecer planes con precios diferenciados en función de la edad (7 tramos etarios) y del número de cargas de cada cotizante, sin diferenciar por género. De acuerdo con un estudio del año 2021, los datos previos a la reforma muestran una importante discriminación de género, dado que las mujeres pagaban en promedio un 18% más que los hombres en sus respectivas primas, además de presentar una cobertura más baja: 64% comparada con 70% en los hombres¹¹. La reforma del año 2020 se implementó con el objetivo de terminar con las desigualdades entre hombres y mujeres en el mercado de los seguros de salud; la discriminación hacia la mujer terminaría a través de un sistema de compensación, en el cual los hombres pagarían un precio más alto con el fin de subsidiar las notorias diferencias en el costo que pagan las mujeres por los planes de salud en este sistema. Cabe notar que esta regulación no afecta las utilidades de las ISAPRES ni aumenta su responsabilidad social respecto de sus afiliados. Asimismo, no es claro cómo funcionará la configuración de los nuevos planes, ya que aun cuando el precio de acuerdo con el tramo de edad sea el mismo, los planes podrían ser diferentes. Hombres y mujeres tienen diferentes

⁹ “Discriminación de género en el sistema de ISAPRES en Chile”. Valentina Urquizar. Tesis para optar al grado de Magíster en Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de ingeniería industrial Universidad de Chile, 2020. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/175232/Discriminacion-de-genero-en-el-sistema-de-Isapres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁰ Excluyendo los subsidios correspondientes a licencias maternas y por enfermedad grave del hijo menor de un año que son financiadas por el Estado a través del Fondo Único de Prestaciones Familiares (FUPF)

¹¹ “Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Perspectiva de Género. Marlene Sánchez. Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud, 2021. https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-21784_recurso_1.pdf



características y riesgos por lo cual es razonable pensar que la cobertura debería ser distinta entre ambos géneros. Además, dado que las mujeres utilizan más el sistema y que las ISAPRES no asumen ningún costo con este cambio regulatorio, ello podría dar origen a una disminución de la cobertura o la obligación de contratar planes complementarios, lo cual es una tendencia que se ha ido dando con el paso de los años según la Superintendencia.

PROTEGIENDO EL DERECHO A LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES A LO LARGO DEL CICLO DE LA VIDA

Es claro que ninguna de las medidas tomadas hasta la fecha ha logrado poner fin a las inequidades existentes en el sistema ISAPRES. Se requiere ir más allá de la implementación de regulaciones puntuales y abordar la causa central de estas inequidades, cual es la existencia de un sistema de seguros privados con fines de lucro y sin responsabilidad social claramente asignada, que opera bajo la lógica de maximizar sus ganancias y no bajo la lógica de proteger la salud de sus cotizantes. Se requiere dar pasos decididos hacia la integración de todos los cotizantes en un solo fondo de carácter público, solidario, que no discrimine por las características ni las condiciones de riesgo individual de las personas, que acepte a todos bajo su protección y que otorgue cobertura de acuerdo a las necesidades específicas de los distintos grupos poblacionales, con un fuerte foco en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección precoz del daño y el manejo eficiente, oportuno, amable y técnicamente calificado de los problemas y condiciones de salud que afectan a la población. La experiencia internacional muestra que sólo de este modo será posible alcanzar la salud universal^{12,13}.

Es un imperativo político social y ético avanzar en reformas de salud que fortalezcan la lógica de la seguridad social (solidaridad, universalización y equidad) sobre las mujeres. Estas políticas públicas necesitan para su desarrollo un nuevo marco normativo que consagra la salud como un derecho humano y fundamental y que garantice un sistema de salud que no solo no discrimine, sino que responda a las necesidades específicas de promoción, prevención y atención de las mujeres en todo el curso de vida y que la participación de las mujeres en estas políticas sea la herramienta que consagre el respeto a su autonomía en las decisiones, la igualdad social, política y económica.

Para tener presente.

CABILDO “SALUD, UN DERECHO”

¹² Maeda, Akiko, Edson Araujo, Cheryl Cashin, Joseph Harris, Naoki Ikegami, y Michael R. Reich. “Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. Directions in Development”. Washington, DC: World Bank, 2011. doi:10.1596/978-1-4648-0297-3
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/575211468278746561/pdf/888620PUBOREPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf>

¹³ Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. “Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades”. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e48. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.48>
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56068/v46e482022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>