
financiamiento del desarrollo

Equidad de género en el sistema de salud chileno

Molly Pollack E.



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios Especiales
Secretaría Ejecutiva

Santiago de Chile, octubre de 2002

Este documento fue preparado por Molly Pollack, consultora del proyecto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) “Reformas a los sistemas de salud en América Latina”. La autora agradece los valiosos comentarios a versiones preliminares de este documento, tanto de Daniel Titelman, experto de la Unidad de Estudios Especiales de la Secretaría Ejecutiva de la CEPAL, como de Diego López, asesor del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), de Chile.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1784-P

ISBN: 92-1-322078-2

ISSN versión impresa: 1564-4197

ISSN versión electrónica: 1680-8819.

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2002. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.02.II.G.99

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
I. Introducción	7
II. El sistema de salud en Chile	9
III. El enfoque de género en el análisis del sistema de salud chileno	17
A. Dos tipos de enfoque	18
B. Equidad de género en el sistema de salud	19
IV. Factores relacionados con el contexto	29
V. Conclusiones y recomendaciones de política	33
A. Acciones para lograr un ambiente más equitativo.....	34
B. Acciones en el sistema de salud	35
Bibliografía	37
Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	39

Índice de cuadros

Cuadro 1	Distribución de la población afiliada según sistema de salud.....	12
Cuadro 2	Distribución de la población por sistema previsional de salud según quintil de ingreso autónomo <i>per cápita</i> del hogar	13
Cuadro 3	Beneficiarios por sexo, según tipo de previsión en salud	13
Cuadro 4	Beneficiarios de los sistemas de salud por sexo, según grupos de edad	14
Cuadro 5	Algunos indicadores generales de salud en Chile	16
Cuadro 6	Pago promedio en el sistema de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) por edad y sexo del cotizante	20
Cuadro 7	Cotizantes respecto a beneficiarios vigentes por sexo	21
Cuadro 8	Relación pago promedio cotizantes <i>versus</i> carga por sexo, entre 20 y 70 años de edad	22
Cuadro 9	Planes con cobertura parcial de parto; factores comparados	22
Cuadro 10	Estructura relativa de las primas según riesgo médico.....	24
Cuadro 11	Población femenina mayor de 15 años por quintil de ingreso, según sistema previsional de salud, año 2000	26
Cuadro 12	Cobertura efectiva por sexo del cotizante en planes individuales para una renta similar a \$CH 401 615.....	28
Cuadro 13	Diferencia de ingreso promedio por hogar, según sexo del jefe de hogar, año 2000.....	30
Cuadro 14	Tasa de participación en la fuerza de trabajo, por sexo	31
Cuadro 15	Tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo	31
Cuadro 16	Proporción de las remuneraciones mensuales totales de las mujeres sobre las remuneraciones mensuales de los hombres <i>per cápita</i> , según grupo ocupacional ...	31
Cuadro 17	Población asalariada con contrato de trabajo por sexo, según quintil de ingreso, 2000	32

Índice de gráficos

Gráfico 1	Beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), por sexo, según grupos de edad.....	15
Gráfico 2	Beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), por sexo, según grupos de edad.....	15
Gráfico 3	Cotizantes respecto de beneficiarios de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), vigentes por sexo.....	21
Gráfico 4	Proporción de población adscrita al sistema público de salud por quintil de ingreso	24
Gráfico 5	Cotizantes del sistema Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), por sexo y edad, a diciembre de cada año	25
Gráfico 6	Distribución de la población por sistema previsional según edad y sexo, año 2000	26

Resumen

Los responsables de formular políticas públicas coinciden en que es necesario incorporar la perspectiva de género en todas las etapas de los programas y de esas políticas si su objetivo es maximizar la eficiencia y superar la situación de desigualdad de las mujeres.

Con el fin de lograr una mayor equidad de género, el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), de Chile, en su “Plan de igualdad de oportunidades para las mujeres 1994-1999”, fijó como uno de sus objetivos generales mejorar la situación de salud de ellas. Asimismo, propuso medidas destinadas, entre otras cosas, a ofrecerles mejores condiciones de acceso y calidad en la atención que reciben, tanto del ámbito público como del privado.

Surge, entonces, la interrogante sobre cuál es el impacto que el sistema de salud tiene hoy sobre hombres y mujeres. ¿Se está discriminando realmente por género o su resultado es neutro desde esa perspectiva?

El sector de salud chileno actual tiene un componente público, o Fondo Nacional de Salud (FONASA), y uno privado, constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En esta investigación, se tratan separadamente. Para responder a las preguntas anteriores, es necesario distinguir entre ambos, ya que sus características son disímiles y hacen que su aproximación a los distintos grupos de población, por sexo, edad o ingreso, sea diferente.

La hipótesis central de este estudio es que falta equidad en el sistema privado de salud, pero sus causas no sólo provienen del sector de salud propiamente tal, sino que también de factores de inequidad de género insertos en el contexto en el que este régimen funciona. Esta desigualdad en el mercado de trabajo y los elementos discriminatorios que responden a factores culturales podrían traducirse en un menor acceso a la salud y en un costo mayor para ciertos grupos.

I. Introducción

En la formulación de las políticas de salud, la consideración de la perspectiva de género es necesaria para lograr una mayor eficiencia y avanzar en el logro de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Sin embargo, todavía existen limitaciones respecto a cómo hacerlo y cómo medir el impacto de esta estrategia sobre las posibilidades de éxito o fracaso. Hombres y mujeres no sólo son distintos biológicamente, sino que cumplen diferentes papeles que la sociedad les asigna, lo que se traduce en necesidades y preferencias muy diversas, así como en distintas posibilidades de beneficios y acceso al sistema de salud.

Desde su creación, el SERNAM ha desempeñado en Chile una función activa en la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas públicos. No obstante, se tiene la percepción de que en el sector salud todavía hay grados de inequidad en el tratamiento de las mujeres y de otros grupos como el de los adultos mayores. En otras palabras, el sistema de salud no estaría siendo equitativo, desde el punto de vista del género y generacional. La duda que surge es si el sistema de salud es inequitativo y discrimina o si el contexto en el que se inserta contiene elementos discriminatorios que inciden en el tratamiento de los distintos grupos de población.

La hipótesis central de este estudio es que existe inequidad en el sistema privado de salud. El hecho biológico de que la mujer sea quien tiene los hijos ha sido definitorio de gran parte de las desigualdades en todas las áreas de la vida, tanto productivas como reproductivas. Por esa razón, una de las interrogantes que se plantean en este trabajo es si el costo de la reproducción o maternidad debe asumirlo la mujer, individualmente, o toda la sociedad en su conjunto.

Hay barreras de ingreso y mayores costos y restricciones en el uso de las prestaciones para las mujeres que pertenecen al sistema, sean ellas afiliadas o cargas, como consecuencia, principalmente, de ser consideradas como únicas responsables de la reproducción. En otras palabras, todo el costo de la maternidad, del cuidado de los hijos y de las labores relacionadas lo asume la mujer, quien debe pagar primas más altas y enfrentar mayores dificultades de acceso a las prestaciones de salud que los hombres del mismo grupo etario y de igual ingreso. Ese trato se debe a la utilización de la variable sexo en el establecimiento de los valores de cobertura del sistema y de la determinación de los beneficios de salud. Es así como se definen puntos precisos, que encarecen la atención de la mujer: el grado de morbilidad femenina, una esperanza de vida superior y los costos de la función reproductiva, que se adjudican exclusivamente a la mujer.

El estudio consta de cinco secciones. La primera da origen a la introducción. En seguida, se explica cuál ha sido la evolución del sistema de salud chileno hasta llegar a su estructura actual. En la tercera sección se define un marco conceptual y se analiza el sector salud desde la perspectiva de género. El contexto socioeconómico en el cual está inserto actualmente este sector, con énfasis en los factores que inciden en el acceso de hombres y mujeres a la salud y en los beneficios que reciben, se examina en la cuarta sección. Finalmente, se hacen recomendaciones de política tendientes a mejorar la equidad de género en el sistema, las que no necesariamente son de responsabilidad exclusiva del sector salud, sino que también de las políticas públicas en general.

II. El sistema de salud en Chile

El sistema de salud chileno ha evolucionado desde un sistema fundamentalmente público hacia uno de carácter mixto, con un importante componente público y uno privado.

Hasta fines de los años setenta, el sistema era fundamentalmente público, siendo su financiamiento y los servicios prestados administrados por el Ministerio de Salud. El sector privado otorgaba servicios a quienes, no estando adscritos a ningún régimen previsional, contaban con ingresos suficientes para financiar tales prestaciones médicas y el sistema de libre elección del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), siendo esta última la única opción de libre elección del sistema de salud pública. El sistema de salud funcionaba a través de cuatro agentes: el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Salud (SNS), el SERMENA y el sector privado.

El SERMENA era el organismo a cargo del financiamiento de las atenciones de salud de los empleados y sus cargas, bajo un esquema de libre elección de prestadores. Su financiamiento provenía de las cotizaciones de los empleados dependientes y de pagos directos de los beneficiarios por los servicios solicitados, no entregando prestaciones directas. El sector privado también atendía a aquellos beneficiarios del SERMENA que optaban por prestadores privados, a la población que contaba con recursos para financiar su salud de manera independiente y a quienes pertenecían a algún otro sistema previsional.

A mediados de los años setenta, se realiza un proceso de racionalización del Ministerio de Salud, generalizándose el principio de libre elección, a través de cambios sustantivos en sus funciones. El Ministerio queda como responsable de la fijación de normas, formulación de planes y programas generales del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de la supervisión, control y evaluación del cumplimiento de planes y políticas.

Hacia fines de los años setenta el Gobierno inicia una serie de reformas estructurales cuyos principales objetivos fueron la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social de mercado, basado en el principio subsidiario del Estado, en la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de los recursos a través del mercado.

En 1979 se produce la fusión de los recursos del SNS y del SERMENA, se redefinen las funciones del Ministerio de Salud y se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos (CENABAST) del SNSS. El sistema de salud público pasa a ser liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud.

La función ejecutora o proveedora de salud, queda a cargo de los Servicios de Salud; y la función financiera en FONASA, organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo financiamiento proviene principalmente de aportes de la Ley de Presupuesto y Recursos, resultantes de una cotización previsional obligatoria de 7%. FONASA pasa a ser la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

En 1981 se realizan dos reformas al sistema de salud. La primera incluye el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria y el traspaso de aproximadamente el 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades, el cual se realiza entre 1981 y 1988. La segunda establece la formación de las ISAPRE bajo un régimen convencional. La cobertura de las prestaciones y beneficios de salud, queda entregada a la celebración de un contrato entre el afiliado y la ISAPRE. Se establece la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de salud, en FONASA o en la ISAPRE. Para estos efectos, se establece una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador, porcentaje que aumenta al 7% en 1986, con un tope máximo de 42 Unidades de Fomento (UF) mensuales.

En 1985, se instituye el nuevo régimen de prestaciones de salud, derogando así el antiguo estatuto que establecía el sistema de medicina preventiva. Se establecen las prestaciones de salud mínimas que las ISAPRE están obligadas a otorgar sin cobrar un pago adicional sobre la cotización del afiliado.

En el sistema ISAPRE, el afiliado accede a un plan de salud que depende del monto de su cotización, del número de beneficiarios y de la edad y sexo de éstos, pudiendo cotizar un porcentaje mayor al legal con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios. Esta diferenciación según edad y sexo es uno de los factores que induce a diferencias en los costos de acceso a la salud para los distintos grupos poblacionales. Al funcionar estas instituciones privadas de salud como aseguradoras privadas, funcionan como tales y por lo tanto, el riesgo de salud que para ellas representa cada grupo, debe ser reflejado en el costo para esos grupos en forma diferenciada. Es decir, no se trata de un sistema solidario.

Las ISAPRE ejercen un rol asegurador que financia prestaciones de salud otorgadas por clínicas, doctores y laboratorios independientes, actividad que durante gran parte de la década de los años ochenta era regulada por FONASA. Sin embargo, en 1990, con la promulgación de la Ley

N° 18 933 reguladora del sistema privado, cuerpo legal actualmente vigente, se crea la Superintendencia de ISAPRE, entidad encargada de fiscalizarlas, velar por el cumplimiento de la normativa y promulgar disposiciones relativas al funcionamiento del sector.

En 1995, se publica la Ley N° 19 381 de reforma del sistema privado de salud que perfeccionó algunos derechos de los usuarios y reguló materias tales como nuevas atribuciones de la Superintendencia, la propiedad de los afiliados sobre los excedentes de la cotización legal respecto del plan de salud convenido, el reforzamiento del acceso de los usuarios a la información. En otras palabras, se reducen algunas restricciones al otorgamiento de beneficios, aumentando la flexibilidad para cambiarse de ISAPRE y normando el tema de los excedentes de cotización.

El sistema de salud chileno es entonces un sistema mixto, liderado por el Ministerio de Salud, el que tiene por tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud. La base productiva del sistema de salud pública está conformada por el SNSS. Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria.

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con la prima única de 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de UF 4.2 mensuales. Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRE. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE, la cual depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del afiliado. El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7% con el fin de obtener beneficios adicionales.

Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, aunque están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad. La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

En el cuadro 1 se presenta la distribución de los afiliados entre los distintos sistemas de salud imperantes en la actualidad.

Cuadro 1
DISTRIBUCIÓN DE LA
POBLACIÓN AFILIADA SEGÚN SISTEMA DE SALUD
(En porcentajes)

Año	Público	Privado	Otro
1990	73.65	15.96	10.39
1991	70.09	19.10	10.81
1992	64.35	21.97	13.69
1993	61.50	24.72	13.78
1994	61.30	26.02	12.68
1995	60.34	26.29	13.37
1996	59.73	26.26	14.01
1997	59.46	26.37	14.17
1998	61.25	24.66	14.09
1999	62.21	21.99	15.80

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 1990-1998.

Se observa que el sistema público tiene una participación mayoritaria de afiliados al sistema, aun cuando la tendencia es hacia una participación creciente del sector privado, la que se incrementa desde un 16% en 1990 al 22% en 1999.

La distribución de la población no es homogénea en los dos sistemas, como se muestra en los cuadros 2 y 3, en los que se presenta la distribución en los distintos sistemas de salud según quintil de ingreso de los afiliados y según sexo respectivamente. De allí se desprende que la distribución de la población entre sistema público y privado es bastante inequitativa, ya que las ISAPRE atraen a la población joven y de mayores ingresos y FONASA a la población de menores ingresos y con más alto riesgo. Esto implica que el sistema de salud chileno es regresivo en términos de equidad.

Los quintiles primero y segundo, que corresponden a los de menores ingresos, concentran a la mayor parte de los afiliados en el sistema público. En general, se observa una correlación directa entre nivel de ingreso y participación en el sistema privado. Mientras en 1998 en el primer quintil sólo el 4% de los afiliados lo hace en el sistema de ISAPRE, en el quinto quintil más del 55% de los afiliados lo hace en este sistema. Se observa, además, durante los años noventa, una tendencia creciente hacia una mayor participación en el sistema de ISAPRE en todos los quintiles de ingreso, con la excepción de los afiliados de menos ingresos, correspondientes al primer quintil.

En el cuadro 3 se muestra la distribución de los beneficiarios del sistema de salud chileno por sexo y sistema de salud. Se observa que no hay diferencias significativas en la participación de hombres y mujeres en los dos sistemas, público y privado. Las mujeres tienen una participación levemente superior en el sistema público, diferencia que se mantiene en el período 1990-1998. Lo que sí aumenta es la participación de beneficiarios, tanto hombres como mujeres, en el sistema privado en el período considerado.

Cuadro 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SISTEMA PREVISIONAL DE
SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR
(En porcentajes)

Quintil de ingreso	Año	Público	Fuerzas armadas	ISAPRE	Particular	Otros y no sabe
I	1990	85.0	0.7	2.8	8.9	2.6
	1992	83.1	0.8	5.2	9.1	1.7
	1994	85.1	0.5	6.3	6.4	1.6
	1996	84.3	0.3	5.6	8.2	1.4
	1998	86.2	0.5	4.0	8.5	0.9
II	1990	78.6	2.1	6.5	10.0	2.8
	1992	73.5	2.6	11.8	9.9	3.2
	1994	76.2	1.6	13.4	6.7	2.2
	1996	71.3	3.2	14.3	9.9	1.3
	1998	73.9	1.7	13.2	10.1	1.2
III	1990	69.6	2.6	11.3	13.3	3.2
	1992	63.6	3.2	17.3	13.4	2.4
	1994	65.3	2.9	21.7	7.6	2.6
	1996	60.4	3.6	22.7	11.5	1.8
	1998	62.4	3.5	21.3	11.3	1.6
IV	1990	57.6	3.9	21.6	14.1	2.9
	1992	50.4	4.3	28.7	13.7	3.1
	1994	49.6	4.8	33.5	9.7	2.3
	1996	44.8	5.3	34.9	13.1	1.9
	1998	47.1	5.4	33.0	13.1	1.4
V	1990	36.8	3.9	41.2	14.9	3.0
	1992	30.3	3.4	46.3	17.3	2.7
	1994	29.5	4.7	52.9	10.7	2.3
	1996	25.3	3.9	55.9	13.5	1.3
	1998	26.0	4.9	55.4	12.6	1.2
Total	1990	67.6	2.5	15.1	12.0	2.9
	1992	62.6	2.7	20.0	12.3	2.4
	1994	63.4	2.7	23.7	8.0	2.2
	1996	59.6	3.1	24.7	11.0	1.5
	1998	61.8	3.0	23.1	10.9	1.2

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 1990-1998.

Nota: Se excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar. Considera cifras preliminares.

Cuadro 3
BENEFICIARIOS POR SEXO, SEGÚN TIPO DE PREVISIÓN EN SALUD

Previsión	1990				1998			
	Total	Hombres	Mujeres	Mujeres sobre total (%)	Total	Hombres	Mujeres	Mujeres sobre total (%)
Total	11 837 328	5 872 368	5 964 960	50.4	12 706 136	6 338 425	6 367 711	50.1
ISAPRE	2 108 308	1 060 398	1 047 910	49.7	3 084 842	1 568 552	1 516 290	49.2
FONASA	9 729 020	4 811 970	4 917 050	50.5	9 621 294	4 769 873	4 851 421	50.4

Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y Fondo Nacional de Salud (FONASA), 1990 y 2000.

Nota: Se han considerado sólo los datos de las ISAPRE y de FONASA, excluyendo otros sistemas previsionales.

La situación actual del sistema de salud revela que existen más de 12 millones de afiliados de los cuales el 75% está adscrito a FONASA y el 25% a las ISAPRE (cuadro 4), porcentajes que son similares para hombres y mujeres. Sin embargo, si se desagrega entre cargas y cotizantes se observan algunas diferencias:

- Una proporción menor de hombres que de mujeres cotiza en el sistema público (68% comparado con 75%).
- Esta diferencia es muy significativa en el grupo de edad entre 20 y 49 años.
- Respecto de la distribución de las cargas, se observa que, con excepción del grupo etéreo de menos de 20 años de edad, hay un mayor porcentaje de hombres en FONASA.

Cuadro 4
BENEFICIARIOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

Años	Beneficiarios						Porcentajes			
	FONASA			ISAPRE			Mujeres		Hombres	
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE
Beneficiarios										
Total	9 137 600	4 530 662	4 606 938	3 084 842	1 568 552	1 516 290	75.2	24.8	74.28	25.72
Hasta 20	1 038 529	430 413	608 116	1 124 027	576 224	547 803	52.6	47.4	7.06	9.45
20-49	3 737 965	1 812 265	1 925 700	1 562 846	799 085	763 761	71.6	28.4	29.71	13.10
50 y más	4 361 106	2 287 984	2 073 122	397 969	193 243	204 726	91.0	9.0	37.51	3.17
Cotizantes										
Total	3 331 195	1 902 597	1 428 598	1 359 726	893 955	465 771	75.4	24.6	31.19	14.66
Hasta 20	356 158	171 849	184 309	8 322	5 798	2 524	98.6	1.4	2.82	0.10
20-49	1 669 901	1 010 364	659 537	1 068 924	701 004	367 920	64.2	35.8	16.57	11.49
50 y más	1 305 136	720 384	584 752	282 480	187 153	95 327	86.0	14.0	11.81	3.07
Cargas										
Total	5 806 405	2 628 065	3 178 340	1 725 116	674 597	1 050 519	75.2	24.8	43.09	11.06
Hasta 20	682 371	258 564	423 807	1 115 705	570 426	545 279	43.7	56.3	4.24	9.35
20-49	2 068 064	801 901	1 266 163	493 922	98 081	395 841	76.2	23.8	13.15	1.61
50 y más	3 055 970	1 567 600	1 488 370	115 489	6 090	109 399	93.2	6.8	25.70	0.10

Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2000.

Lo anterior lleva a indagar sobre las causas de estas diferencias, lo que se analiza en la próxima sección, y tiene relación con los costos que las ISAPRE cargan a los distintos sexos y a los distintos grupos etéreos.

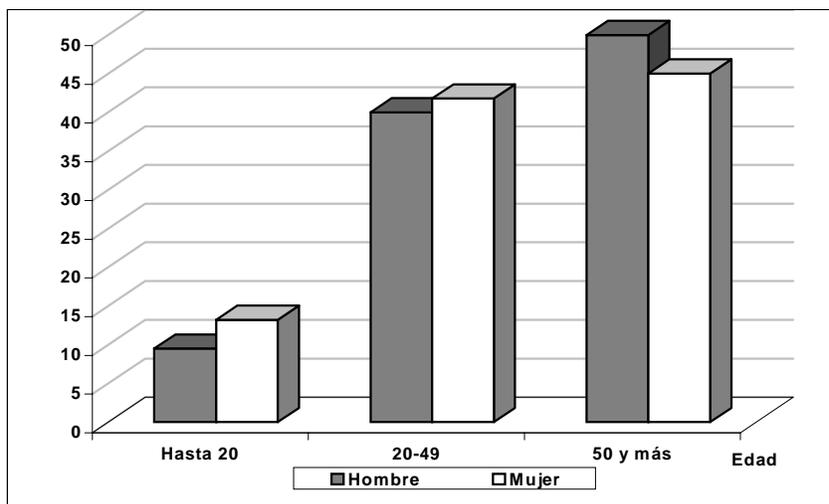
La distribución por grupos etéreos por sexo de los beneficiarios de FONASA e ISAPRE se presenta en los gráficos 1 y 2. Allí se observa claramente que las ISAPRE concentran a los más jóvenes, independientemente del sexo del beneficiario, es decir, a los más sanos.

El sistema de ISAPRE funciona como un seguro de salud individual y privado, donde los beneficios ofrecidos son función de la prima pagada y del nivel de riesgo médico de los asegurados. El plan de seguro que ofrece la ISAPRE considera la relación entre el gasto esperado y los pagos realizados. Esta característica del sistema se traduce, como se verá más adelante, en distinto costo del seguro para hombres y mujeres y para los distintos grupos etéreos.

Si el sistema de salud chileno se evalúa por sus logros en la situación de salud de la población, se puede afirmar que ha sido relativamente exitoso. Utilizando los indicadores tradicionales, se observa que la tasa de mortalidad general se ha reducido desde un nivel de 12 a 5.5 por cada mil habitantes, lo que es consecuencia de la fuerte reducción de las tasas de mortalidad

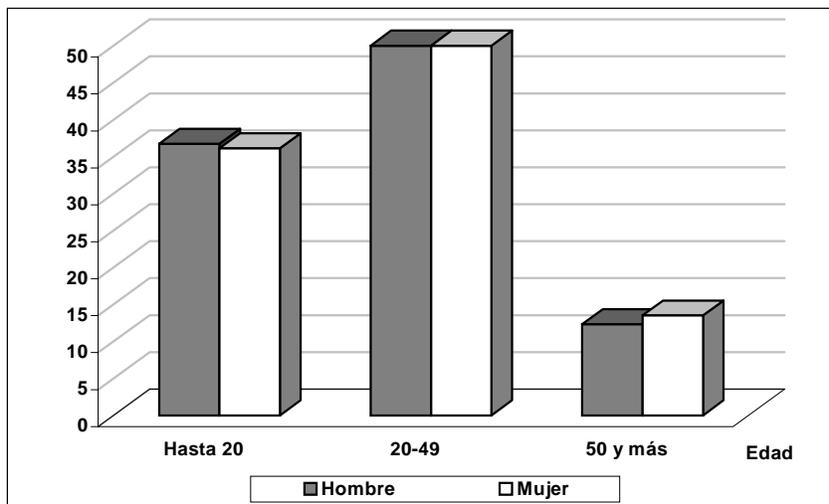
infantil y materna durante el período. También se produce una fuerte reducción en la mortalidad por enfermedades transmisibles y en edades avanzadas. La mayoría de los indicadores utilizados muestran avances muy significativos, tanto en su evolución en el tiempo como con respecto a otros países (cuadro 5).

Gráfico 1
BENEFICIARIOS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA), POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD
 (En porcentajes)



Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2000.

Gráfico 2
BENEFICIARIOS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE), POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD
 (En porcentajes)



Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2000.

Cuadro 5
ALGUNOS INDICADORES GENERALES DE SALUD EN CHILE

Indicadores	1960	1999
Nacidos vivos: (%)		
▪ Mortalidad infantil	12	5.5
▪ Mortalidad materna	3	0.2
Otros: (%)		
▪ Mortalidad en general	12	5.5
▪ Mortalidad por tuberculosis	53	2.3
Esperanza de vida (años)	58	75.2
▪ Hombre		73.0
▪ Mujer		79.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2000.

La esperanza de vida de los hombres en 1999 era de 73 años y la de las mujeres de 79 años, diferencia que se repite en casi todos los países, y sus niveles son comparables a los de países con niveles muy superiores de desarrollo. El éxito obtenido en estos indicadores se debe no sólo al crecimiento económico del país, sino que de un conjunto de acciones sistemáticas de salud con alto impacto y cobertura. Sin embargo, el éxito en la salud, medido a través de los indicadores promedio anteriores, debe ser relativizado, ya que ellos difieren al considerar los promedios para distintos estratos de ingreso de la población. Los logros muestran una correlación positiva con el nivel de ingreso de la población.

A pesar de los avances en el sector salud, existe una crítica sistemática hacia el sistema actual de salud. De acuerdo con los resultados de una encuesta realizada por la Universidad Católica en el año 2001 (Vega *et al.*, 2001), un 44% de los beneficiarios del sistema de seguros privados y un 52% de los beneficiarios del sistema de seguro público se sienten insatisfechos. El sector público de salud atraviesa por problemas de recursos y gestión, que se traducen en filas de espera para la atención, trato inadecuado, insuficiencia de fármacos, obsolescencia de equipos y deterioro en la infraestructura. Por su parte, las personas adscritas al sector ISAPRE cuentan con acceso a tecnología moderna, atención expedita y adecuada infraestructura, pero el sector es percibido como un sistema poco equitativo en el acceso, además de presentar deficiencias en lo relativo a la cobertura de enfermedades catastróficas. Es este aspecto el que este estudio aborda. Surge la interrogante sobre si es realmente inequitativo el sistema de salud. Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuáles son sus causas? Y finalmente: ¿Qué recomendaciones surgen para mejorar la equidad?

III. El enfoque de género en el análisis del sistema de salud chileno

El concepto de género se refiere a las cualidades, cultural y socialmente construidas, que distinguen a hombres y mujeres. Se expresa a través de relaciones representadas en la asignación de funciones, actividades, normas y conductas específicas para hombres y mujeres en cada sociedad. Es por ello que es un concepto dinámico en el tiempo y difiere en las distintas culturas y sociedades.

Un análisis desde la perspectiva de género, por lo tanto, debe considerar las diferencias en las necesidades, intereses y especificidades de hombres y mujeres, no sólo desde el punto de vista biológico, sino de acuerdo con lo que las distintas culturas esperan y atribuyen a los dos sexos. La consideración de estas diferencias en la formulación de políticas, programas y acciones, permite un mejor logro de sus objetivos y una mayor equidad en la distribución de los beneficios.

El enfoque de género responde a la necesidad de considerar las relaciones entre hombres y mujeres, las que responden a construcciones sociales más que a diferencias biológicas. Estas últimas se refieren a las diferencias anatómicas, fisiológicas y genéticas entre hombres y mujeres. El concepto de género, en cambio, es una construcción analítica que se basa en la organización social entre hombres y mujeres y tiene relación con los roles que la sociedad asigna a hombres y mujeres y a las relaciones de poder que se traducen en situaciones de ventajas o de desventajas en el acceso a recursos.

Para el análisis de género se utilizan las funciones sociales que hombres y mujeres suelen desempeñar en economías de mercado, las que se refieren a las funciones productivas, reproductivas y de gestión de la comunidad (Moser, 1993). Las funciones productivas corresponden a los trabajos realizados por hombres y mujeres con el fin de hacer pagos en efectivo o en especie. Las funciones reproductivas son las responsabilidades de procreación, crianza de los hijos y tareas domésticas necesarias para garantizar el mantenimiento y el bienestar de los miembros de la familia. Las funciones de gestión de la comunidad incluyen todas las actividades voluntarias, sin pago, realizadas en la comunidad y que contribuyen al desarrollo o a su organización política (Vega *et al*, 2001). Los distintos roles asignados a hombres y mujeres hacen que sus posibilidades de acceso a los recursos, sus necesidades e intereses, difieran.

Lo anterior lleva a concluir que el enfoque de género debe ser incorporado en todos los programas y políticas, dado que el impacto de éstos va a depender, en parte, de los distintos roles que hombres y mujeres juegan en la sociedad. Para analizar el sistema de salud en Chile, desde el punto de vista de su equidad, es indispensable incorporar la perspectiva de género, es decir, detectar el impacto del sistema sobre hombres y mujeres en forma diferenciada y establecer cuáles son los elementos constitutivos del sistema que discriminan entre los dos sexos.

Los distintos efectos que un sistema de salud puede tener sobre hombres y mujeres se derivan de distintas causas: diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en el acceso a servicios básicos.

A. Dos tipos de enfoque

Para analizar el sistema de salud desde la perspectiva de género, es necesario diferenciar entre dos tipos de enfoque: el de la “diferencia en las necesidades de salud de hombres y mujeres” y el de la “desigualdad entre los géneros”.

1. El enfoque de las necesidades de salud

Se centra en las diferencias en el perfil epidemiológico entre los sexos, considerando las desigualdades en la salud, fortaleciendo los servicios a las mujeres y llamando la atención de la necesidad de una mayor participación de la mujer en todas las etapas de planificación de salud (Standing, 2002). En este enfoque las mujeres son vistas como un caso especial de beneficiarias, la atención es dada generalmente a las necesidades especiales de la mujer como madre, pero muchas veces se ignora las formas en que las desigualdades por género afectan la morbilidad durante la vida de la mujer. Este enfoque no hace mención adecuada a las especificidades del hombre, ignorando, por ejemplo, su relevancia en el campo de la salud reproductiva.

2. El enfoque de la desigualdad por género

Toma en cuenta el efecto que las relaciones entre los géneros tienen sobre los sistemas de salud, especialmente sobre las condiciones que promueven la desigualdad entre sexos en relación con el acceso y utilización de servicios. Este último es el enfoque que se utiliza en este estudio, el cual lleva a analizar el sistema actual de salud en relación con el impacto diferenciado que tiene sobre hombres y mujeres. Este distinto impacto se explicaría por diferencias tanto biológicas como de género, que no han sido o han sido insuficientemente consideradas en las políticas y programas de salud.

El tema central de este informe es la relación que existe entre género y equidad en el acceso a la salud en Chile. Existe una tendencia a explicar las diferencias de sexo o biológicas como factores explicativos del bienestar o la enfermedad. Si bien el sexo determina diferencias en el proceso salud/enfermedad, los factores sociales o la situación de ventaja o desventaja social de uno u otro sexo es un factor determinante del nivel de salud y esta situación de ventaja o desventaja puede explicarse por el contexto en que se formulan las políticas y programas de salud y/o por las características del sistema de salud propiamente tal.

En otras palabras, el distinto acceso a la salud puede explicarse por dos tipos de factores. Por una parte, el sistema de salud se encuentra inserto en un contexto global, el cual influye en las posibilidades de acceso de las distintas personas a la salud. Un contexto que no es equitativo entre los géneros, lleva a que hombres y mujeres no tengan el mismo acceso a recursos y, por ende, a servicios básicos como el de salud. Por otra parte, las características del sistema de salud pueden ser intrínsecamente discriminatorias desde una perspectiva de género. En este aspecto se centra la sección siguiente.

B. Equidad de género en el sistema de salud

Existe equidad en el sistema de salud si todos tienen igual oportunidad de lograr su máximo potencial en salud, sin desventajas por consideraciones de raza, género, etnia o condición socioeconómica para alcanzar ese potencial. Desde la perspectiva de género, la equidad puede referirse a la especificidad de la necesidad, como en el caso de la salud reproductiva, diferente de la necesidad del hombre, o a la equidad en la distribución de bienes y servicios. Para efectos de este estudio, se considera que hay equidad de género si las diferencias existentes en el acceso a recursos, ya sean públicos o privados, dependen de las necesidades y habilidades de cada individuo y no de estereotipos que asignan atributos a las personas según sus rasgos biológicos. Aplicando este enfoque a la salud, lo anterior se traduce en que el sistema de salud será equitativo si tanto hombres como mujeres tienen acceso igualitario a los recursos públicos y privados de salud, de acuerdo a sus necesidades y no según su género o posición socioeconómica.

El proceso de cambio que se inició en la década de los años ochenta en América Latina, se caracterizó por reformas económicas y sociales, en particular en los sectores de educación y salud. Si bien estas reformas han significado un avance importante en términos de estabilidad económica, han acentuado las desigualdades socioeconómicas en la región, en especial en el ingreso, educación y empleo. Simultáneamente se han introducido reformas sectoriales de salud en la mayoría de los países de la región (Standing, 2002), las que han tenido impactos importantes sobre las mujeres.

Lo anterior ha significado, por una parte, un deterioro de los servicios reproductivos. Por otra, al imponer la condición de copagos para acceder a servicios y al reducirse los recursos asignados al sector público (lo que ha llevado a reducciones en los gastos en salud), parte de las acciones que antes eran realizadas por servicios públicos han sido sustituidas por acciones realizadas por mujeres, lo que se ha traducido en mayores cargas de trabajo (Standing 2002).

Una de las principales consecuencias de las reformas de salud sobre las mujeres es que la generación de acceso diferencial a la atención de salud en edades reproductivas y en la tercera edad. Esto, debido a las mayores primas de los seguros privados y al menor ingreso de las mujeres en comparación con el de los hombres. Además estas reformas no han incorporado aspectos de género en la implementación de paquetes básicos esenciales, de modo de responder a las necesidades específicas preventivas y de atención de las mujeres de distintos grupos de edad. En otras palabras, al ser las ISAPRE entidades privadas que persiguen rentabilidad, buscando el margen más amplio de utilidad por riesgo asumido, encarecen la afiliación de aquellos usuarios que

pueden resultar más riesgosos por el costo relativo más alto que presentan en su demanda por atención de salud. En este sentido, tres son los elementos que inciden en la determinación de la calidad de cobertura en el sistema privado: edad, sexo, e ingreso del cotizante.

En el sistema privado de salud, el ingreso del cotizante determina la calidad del plan de salud que puede contratar. Debido a que las mujeres, en general, perciben ingresos menores a los de los hombres, ellas pueden acceder a planes de salud de inferior calidad que los hombres.

Las ISAPRE operan con una multiplicidad de planes de salud. Cada institución ofrece para la contratación una variedad de fórmulas de diversos precios y cada plan, a su vez, funciona con un arancel determinado, el cual regula la cobertura ofrecida por la ISAPRE, según el precio de las prestaciones de salud. De esta forma, el acceso a la cobertura privada depende directamente del nivel de remuneraciones del cotizante.

El artículo 38 de la Ley N° 18 933 establece el mecanismo operativo de que disponen las ISAPRE para discriminar aquellos cotizantes por su edad o sexo. Se trata de la facultad para revisar una vez al año los contratos de salud, pudiendo adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de sus beneficios, a condiciones generales entre los afiliados de un mismo plan, excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación. En efecto, el aumento del riesgo se expresa en la prima que la ISAPRE cobra al afiliado. El contrato de salud celebrado incluye una tabla en la que se señala el aumento del precio del plan de acuerdo con la edad y sexo del afiliado y los beneficiarios del plan. Aplicando el factor, resulta aumentado el precio de la cobertura en proporción al sexo, edad y número de beneficiarios.

A continuación se presenta un cuadro preparado por SERNAM (cuadro 6) como un promedio del costo de seis ISAPRE representativas del mercado, a partir de planes de salud cuyos precios para la familia tipo son los que más se ajustan a la cotización obligatoria (planes ofrecidos en año 2000).

Cuadro 6
PAGO PROMEDIO EN EL SISTEMA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE) POR EDAD Y SEXO DEL COTIZANTE
(Pesos chilenos a agosto 2001)

Edad	Hombre	Mujer	Relación de cotización entre hombre y mujer
20	16 352	39 270	2.4
30	17 747	54 410	3.1
35	18 544	52 357	2.8
40	20 214	48 482	2.4
50	28 085	47 711	1.7
60	48 963	59 631	1.2
70	80 021	72 356	0.9

Fuente: Elaboración del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), sobre la base de estudio de seis Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) representativas del mercado, y Superintendencia de ISAPRE, 2000.

Se observa que entre los 20 y 60 años, la mujer cotizante siempre debe pagar más por igual plan de salud que un hombre, siendo esta diferencia más alta para la mujer de 30 años, donde la mujer paga más del triple que el hombre por igual plan de salud, y en el período de edad reproductiva. A partir de esta edad la diferencia disminuye paulatinamente, revirtiéndose solamente a partir de los 70 años de edad.

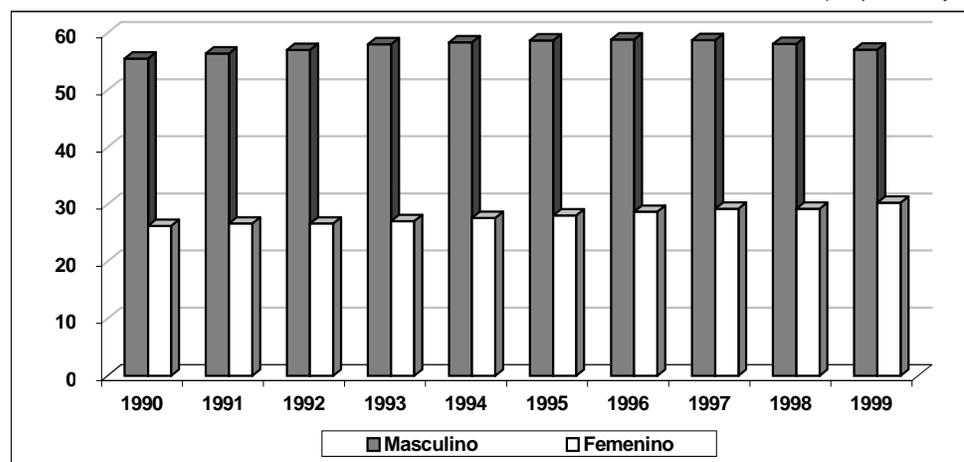
En el cuadro 7 y en el gráfico 3 se puede observar la relación entre cotizantes y beneficiarios por sexo. Se observa que la mayor parte de los hombres corresponde a cotizantes, mientras la mayoría de las mujeres a beneficiarias. Esto es consecuencia de la menor participación de la mujer en el mercado de trabajo en comparación con los hombres, es decir a una situación que no depende directamente del sistema de salud, sino del contexto en que el sistema funciona.

Cuadro 7
COTIZANTES RESPECTO A BENEFICIARIOS VIGENTES POR SEXO
(En porcentajes)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hombres	55.5	56.4	57.0	58.0	58.4	58.7	58.8	58.7	58.1	57.1
Mujeres	26.2	26.6	26.7	27.1	27.6	28.1	28.7	29.3	29.2	30.3
Total	41.0	41.8	42.2	43.0	43.5	43.9	44.3	44.5	44.1	44.1

Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), 2000.

Gráfico 3
COTIZANTES RESPECTO DE BENEFICIARIOS DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE), VIGENTES POR SEXO
(En porcentajes)



Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), 2000.

A la mujer, se le asocia a su vez, con los costos relativos a la maternidad —subsidio por permisos maternales, licencias médicas asociadas al embarazo y puerperio, y la atención del parto— enfermedades propiamente femeninas, que derivan de su perfil biológico, y la longevidad más prolongada en ellas, que supone para las ISAPRE, mantener la cobertura contratada por más tiempo.

Las ISAPRE cargan un precio más alto a las mujeres por el mismo plan debido al mayor costo de la maternidad, el que se carga solamente a las cotizantes mujeres (cuadro 8). La incidencia de este costo se puede apreciar comparando el precio de los hombres y mujeres cotizantes con el precio cargado a una carga cónyuge mujer. Se observa que como la carga cónyuge mujer no genera pago de licencias médicas, la mujer cotizante, que sí puede acceder a éstas, siempre debe pagar más que la carga cónyuge mujer, entre un 30% y 40% adicional. En otras palabras, la incidencia del uso

de licencias médicas es significativa al momento de encarecer el precio cobrado a las mujeres en las ISAPRE. Sin embargo, la carga cónyuge mujer, aún sin tener acceso a licencias médicas, debe pagar significativamente más que el hombre cotizante (entre 80% y 200% más).

Cuadro 8
RELACIÓN PAGO PROMEDIO COTIZANTES
VERSUS CARGA POR SEXO, ENTRE 20 Y 70 AÑOS DE EDAD
(Pesos chilenos a agosto 2001)

Años	Hombre	Mujer	Carga cónyuge mujer	Mujer cotizante carga cónyuge hombre (%)	Hombre cotizante carga cónyuge mujer (%)
20	16 352	39 270	27 877	30	170
30	17 747	54 410	35 845	30	200
35	18 544	52 357	33 223	40	180
40	20 214	48 482	30 052	40	150
50	28 085	47 711	31 264	30	110
60	48 963	59 631	44 696	30	90
70	80 021	72 356	60 676	30	80

Fuente: Elaboración del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), sobre la base de estudio de seis Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) representativas del mercado, y la Superintendencia de ISAPRE, 2001.

Lo anterior muestra que los costos de la maternidad inciden en el encarecimiento del precio cobrado a todas las mujeres en el sistema de ISAPRE, independientemente de si ellas trabajan y tienen derecho a la licencia médica por maternidad o no.

Si es el costo de la maternidad el que afecta el costo de los planes de salud de las ISAPRE para las mujeres, al existir planes que excluyen el costo del parto, esta diferencia entre hombres y mujeres debería desaparecer. Sin embargo, esto no ocurre, como se observa en el cuadro 9.

Cuadro 9
PLANES CON COBERTURA
PARCIAL DE PARTO; FACTORES COMPARADOS

ISAPRE	Hombre	Mujer	% del precio cargado a la mujer
1	1	2.50	150
2	1	1.80	80
3	1	1.67	67
4	1	2.31	131

Fuente: Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), 2001.

Nota: La información corresponde a una tabla representativa de cuatro Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), asociadas a planes de salud familiares, con libre elección de prestadores, comercializadas en el año 2000.

Sin considerar los costos de maternidad, para mujeres cotizantes de 30 años, las ISAPRE, en promedio, les cargan 107% adicional respecto al precio cobrado a los hombres por el mismo plan de salud. Estas diferencias de precios por sexo serían atribuidas por las ISAPRE a que las mujeres hacen un uso más frecuente de las prestaciones de salud y licencias médicas. Esto significa que

cuando una mujer contrata un plan de salud, la ISAPRE presume que, sin contar las prestaciones de maternidad, esa mujer utilizará las prestaciones de salud de su plan, en promedio, más del doble de lo que lo haría un hombre.

La población afiliada al sector privado accede a prestadores privados a través de una modalidad de libre elección donde el prestador es reembolsado de acuerdo al servicio prestado. Además, existen modalidades más restrictivas con listas de proveedores preferidos o con infraestructura aportada por la ISAPRE. El costo anual del seguro es determinado por la ISAPRE sobre la base de tablas por edad y género y número de dependientes y puede ser reajustado prácticamente de manera unilateral, lo que hace que la mayor cantidad de adscritos sean personas jóvenes. Las ISAPRE tienen la facultad de revisar una vez al año los contratos de salud, pudiendo ajustar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y montos de los beneficios. Hay una desproporción clara en cuanto a la proporción de mujeres en edad reproductiva afiliadas y a la proporción de personas de la tercera edad, fundamentalmente debido a las mayores tarifas que se aplican. La prima que cobran las ISAPRE para personas de la tercera edad es cinco o seis veces mayor que para las personas jóvenes y están afectas a copagos más elevados.

Las mujeres tienen tarifas más altas en atención del mayor riesgo que representan para el asegurador privado debido a los costos médicos atribuidos exclusivamente a las mujeres: costos de maternidad y enfermedades propias. El sistema público subsidia al sector privado (de mayores ingresos), actuando como reaseguro implícito de mujeres y adultos mayores, asumiendo los costos mayores que esto significa, en un contexto de menores ingresos debido a que cubre a la población más pobre. Además, existe una serie de subsidios públicos que favorecen al sector privado, como por ejemplo: el traspaso al fisco del financiamiento de los subsidios de reposo maternal y los subsidios cruzados de atención, en que los beneficiarios de ISAPRE son atendidos en el sistema público, con bajo porcentaje de restitución de los montos de atención.

La estructura relativa de las primas según riesgo médico (asumiendo una prima comunitaria de adulto igual a cien) se presenta en el cuadro 10, del cual surgen las siguientes conclusiones:

- Las primas cobradas por las ISAPRE a las mujeres son superiores a las de los hombres a lo largo de casi todo el ciclo de vida, no sólo durante la edad reproductiva.
- Sólo en el caso de los menores de un año y los mayores de 60 años la prima es mayor para el hombre.
- La mayor diferencia del costo de los planes de salud por sexo se produce en el rango de edad entre 18 y 44 años, en el que las mujeres pagan más del doble que los hombres.
- Este factor que se aplica a la prima cobrada a los afiliados en el caso de las mujeres en edad reproductiva es más del doble del que se aplica a los hombres en el mismo tramo de edad, como consecuencia principalmente del costo de la maternidad, el cual las ISAPRE pueden asociar exclusivamente a las mujeres, ya que la ley se los permite.
- Como ejemplo de las diferencias del costo para hombres y mujeres, se presenta a continuación un ejercicio en el que se calcula el valor en pesos de un mismo plan de salud, de acuerdo con la estructura del cuadro 8. Utilizando esta estructura, y suponiendo que la prima que paga un hombre sin cargas, de entre 18 y 44 años es de \$CH 10 000, la prima correspondiente a una mujer de ese mismo grupo de edad es de aproximadamente \$CH 22 000, es decir, más del doble.
- Una alta concentración de la población de menores ingresos es una de las principales conclusiones que surge. El 80% de la población del primer quintil de ingreso y el 75% de la del segundo quintil se encuentran adscritos al sistema público de salud, lo que se compara con menos de la mitad de la población del quintil de ingreso más alto.

Cuadro 10

ESTRUCTURA RELATIVA DE LAS PRIMAS SEGÚN RIESGO MÉDICO

	Edad (años)				
	0-1	2-17	18-44	45-59	60 y más
Hombres	97.3	32.9	42.5	84.7	214.6
Mujeres	82.9	33.8	92.5	130.6	42.8
Promedio	37.2		100		
▪ Prima menores					
▪ Prima comunitaria adultos					

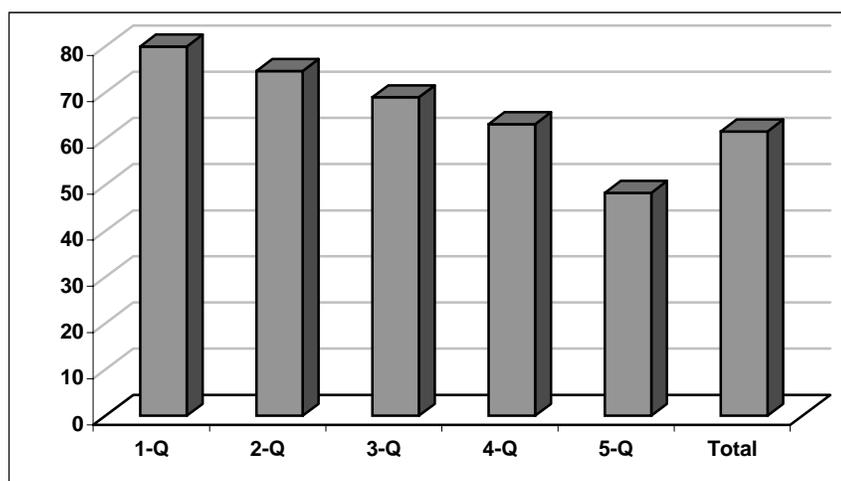
Fuente: Base de gastos en Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y Censo 1992.

En el gráfico 4, se presenta la distribución de la población en el sistema FONASA, según el quintil de ingreso del hogar. Se observa nuevamente la alta concentración de los afiliados pertenecientes a los estratos de ingresos más bajos en el sector público (80% de los beneficiarios pertenecientes al primer quintil de ingreso y sólo el 48% de los del quintil más alto).

Gráfico 4

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN ADSCRITA AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD POR QUINTIL DE INGRESO

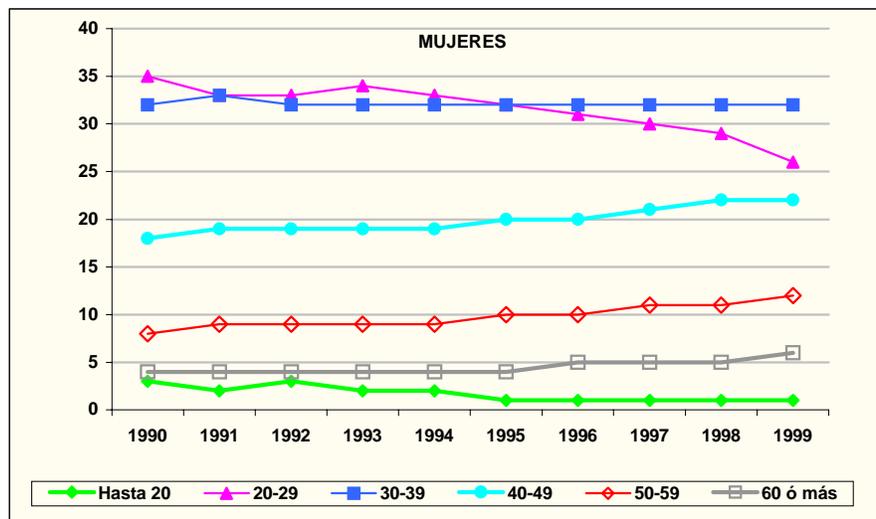
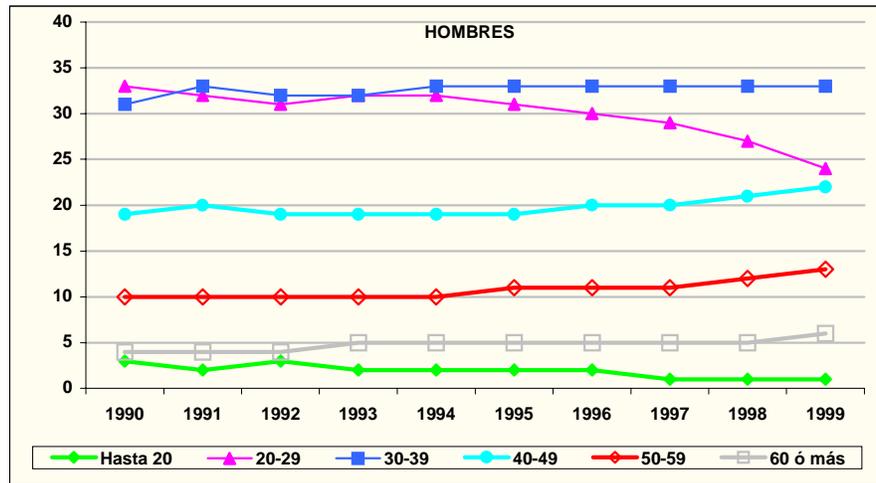
(En porcentajes)



Fuente: Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN), 1998.

En el gráfico 5 se puede observar la evolución del número de cotizantes de las ISAPRE en la década de los años noventa. La evolución es similar para hombres y mujeres, aumentando la proporción de los afiliados de casi todos los grupos de edad en desmedro de los afiliados de 20 a 29 años. Sin embargo, la distribución por edad es muy distinta en los dos sistemas (gráfico 6).

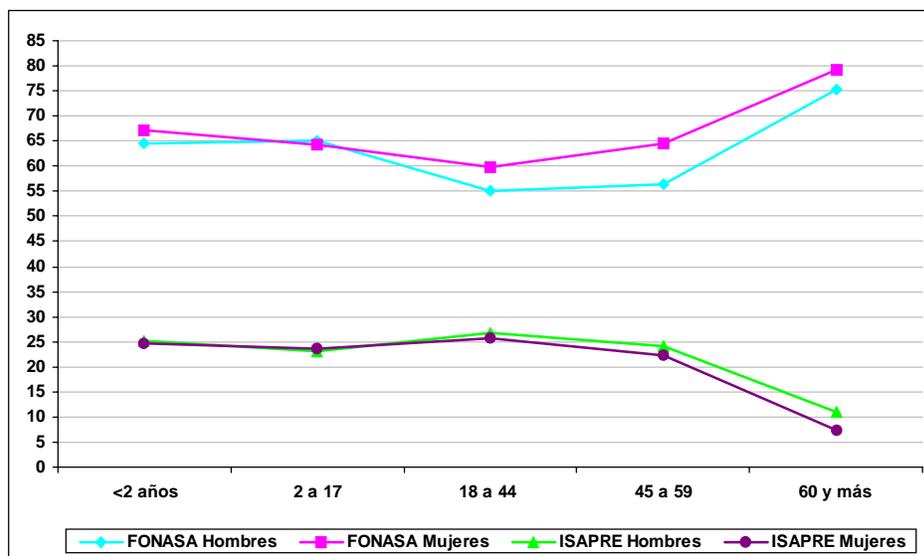
Gráfico 5
COTIZANTES DEL SISTEMA INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE), POR SEXO Y EDAD, A DICIEMBRE DE CADA AÑO
(En porcentajes)



Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), 2001.

Una conclusión que surge es que la distribución de la población por sistema de salud es altamente inequitativa, observándose una distribución diferencial por ingreso y sexo. Así, las ISAPRE concentran la población joven y de mayores ingresos y FONASA concentra la población de menores ingresos y en las edades de mayor riesgo. Esto significa que el sistema es altamente regresivo en términos de equidad en la medida que los que necesitan más tienen menor financiamiento, sin solidaridad financiera desde los grupos de mayor a menor ingreso, ni entre los grupos de menor riesgo (jóvenes) hacia los de mayor riesgo (adultos mayores).

Gráfico 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR
SISTEMA PREVISIONAL SEGÚN EDAD Y SEXO, AÑO 2000
(En porcentajes)



Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2002.

Si se observa la distribución de las mujeres en el sistema previsional según quintil de ingreso, la situación en el año 2000 resulta aún más regresiva (cuadro 11). Mientras el 69% de la población femenina mayor de 15 años está adscrita al sistema público de salud, este porcentaje aumenta a casi 89% en el caso de las del quintil de menores ingresos y se reduce a sólo el 35% en el caso de las del quintil de mayores ingresos. Por otra parte, menos del 3% de las de mayores ingresos están adscritas al sistema público y casi la mitad de éstas lo hacen en las ISAPRE.

Cuadro 11
POBLACIÓN FEMENINA MAYOR DE 15 AÑOS POR
QUINTIL DE INGRESO, SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD, AÑO 2000
(En porcentajes)

Previsión	I-Q	II-Q	III-Q	IV-Q	V-Q	Total
Público	88.8	83.0	71.9	60.0	35.5	69.2
FF. AA.	0.4	1.3	4.2	5.1	5.3	3.2
ISAPRE	2.8	6.1	14.3	25.1	49.7	18.4
Particular	7.6	8.8	8.5	9.0	8.6	8.5
Otros/sin dato	0.3	0.7	1.0	0.9	1.0	0.7

Fuente: Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), 2002.

La ley no obliga a la ISAPRE a mantener el mismo nivel y carácter de atención médica en forma permanente, entregándole la facultad de modificar totalmente los contratos de salud en lo referente a subir los precios, cada vez que la institución considere que el afiliado representa un costo mayor que el previsto al momento de su afiliación; ya sea por su sexo, edad o número de cargas. La ley sólo le impone a la ISAPRE una única limitación en este proceso de revisión:

no discriminar entre los afiliados de un mismo plan, salvo respecto de las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos. Los ajustes no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado.

En el sistema privado de salud previsional, las mujeres no sólo son discriminadas durante la vigencia de su filiación a la entidad privada, en virtud de la discriminación permitida legalmente, sino que al acceder al sistema deben soportar tarifas más altas, en atención al riesgo más alto que representan para el asegurador privado. Esto debido a que se consideran los costos médicos de la maternidad como de exclusiva responsabilidad de las mujeres.

Con todo esto, resulta procedente que cualquier otra razón puede ser considerada para modificar el plan de salud ante el incremento del riesgo; esto es, el posible aumento en el requerimiento de prestaciones de salud: exceso en la atención requerida, incidencias de enfermedades anteriores, etc. La variable género opera aquí, evidentemente, contra la mujer. Se encarece directamente su cobertura previsional adjudicándole exclusivamente el costo de la reproducción, en circunstancias que es de interés y responsabilidad no sólo de la madre, sino de la sociedad.

La Ley N° 19 381 sobre reforma al sistema privado de salud previsional, de mayo de 1995, no modificó sustancialmente este punto. La facultad de la ISAPRE para revisar anualmente el precio del plan de salud se mantuvo intacta, aumentándose el plazo para notificar al afiliado de esta modificación de 30 días, a dos meses.

La ley de reforma agregó, además, que en caso de que el afiliado rechace las modificaciones propuestas por las ISAPRE a su plan, la institución debe ofrecerle un nuevo plan, el cual deberá mantener la relación de precios por edad y sexo establecidas en el contrato de salud original. Si el plan no reúne estas condiciones de equivalencia, el afiliado podrá recurrir ante la Superintendencia de ISAPRE.

La reforma mantuvo inalterable el principio de discriminación permitida según el grado de riesgo que presenta el afiliado, sobre el que se edifica la actividad de las ISAPRE.

Por mandato constitucional, a la autoridad pública le corresponde la coordinación y control de las acciones de salud, velando porque ellas den cumplimiento a la garantía constitucional del libre e igualitario acceso a la salud. Dicho control se lleva a cabo por medio de la reglamentación legal y reglamentaria; y a través de los organismos fiscalizadores como la superintendencia de ISAPRE. En materia de seguridad social, se trata de garantizar el acceso a la atención de salud integral a aquellos que no pueden proveérsela por sus propios medios, cubriendo todos los riesgos sociales que son responsabilidad de la sociedad en su conjunto, tales como: enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, desempleo, maternidad, etc.

Estos principios base del sistema protector laboral y social, han incorporado nuevas concepciones con otros objetivos. A partir del amplio reconocimiento de las declaraciones internacionales de derechos fundamentales, hoy se trata de que el ordenamiento laboral y previsional cautele el acceso igualitario al trabajo y a la cobertura previsional de hombres y mujeres, dándoles la oportunidad de un acceso igualitario al empleo y a las garantías sociales.

Bajo estos supuestos, las acciones de considerar un costo más alto para la cobertura femenina resulta claramente discriminatoria: se asume que la atención médica femenina, en todas las etapas de su ciclo vital, es más cara que la del hombre, considerando como factor diferenciador principal la función reproductiva de la mujer.

Como ejemplo se puede observar el cuadro 12 en el se muestra que para una misma renta, la cobertura de un plan individual es inferior para la mujer que para el hombre.

Cuadro 12
COBERTURA EFECTIVA POR SEXO DEL COTIZANTE EN
PLANES INDIVIDUALES PARA UNA RENTA SIMILAR A \$CH 401 615
(En porcentajes)

Prestaciones ambulatorias	Hombre	Mujer
Consulta médica	80	53
Exámenes de laboratorio	80	68
Imagenología	80	66
Día cama	100	94
Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI)	100	92
Derechos de pabellón	100	92
Honorarios médico- quirúrgicos	100	96

Fuente: Ministerio de Salud, 2002.

Debido a que las ISAPRE dan como fundamento para encarecer la cobertura femenina el mayor costo real asociado a la salud femenina, se hace necesario diferenciar entre las prestaciones médicas cuya cobertura está subsidiada por el Estado de aquellas cubiertas en su totalidad por las ISAPRE.

Con el fin de facilitar el acceso de las mujeres al sistema privado de salud se traspasó a un fondo público el financiamiento de los subsidios de reposo maternal, con lo cual se eliminó una de las barreras que dificultaba la afiliación de las mujeres al sistema privado. Por otra parte, en virtud de la Ley N° 18 418 de julio de 1985, el pago de subsidios correspondientes a reposos maternos y permisos por enfermedad del hijo menor de un año, fueron asumidos por el Estado. Sólo se mantuvieron a cargo de las ISAPRE los subsidios correspondientes a los descansos pre y postnatal complementarios. Este subsidio estatal permitió a las ISAPRE disminuir las prácticas discriminatorias contra las mujeres, ya que al abaratare los costos de la cobertura femenina, fue posible considerarlas como personas cuya afiliación resultaba conveniente e incorporarlas, por tanto, al sistema privado.

En síntesis, el mayor “costo” de la cobertura femenina ha sido en parte asumido por el Estado. Se trata de subsidios del sector público al sector salud, los que implícitamente benefician a las ISAPRE, pero no constituyen subsidios a las ISAPRE.

IV. Factores relacionados con el contexto

Si bien el sistema de salud de las ISAPRE, por su característica de seguro privado hace más caro el acceso de las mujeres a los planes de salud en comparación con los hombres, existen otros factores, derivados del contexto socioeconómico en que se inserta el sistema, que tienen efectos significativos en las posibilidades de acceso que las mujeres tienen a estos seguros. Existe una serie de factores de tipo cultural que discriminan a la mujer con relación al hombre (discriminación por género), lo que se traduce en menores posibilidades de acceso que los hombres a servicios como los de salud. Esta situación se debe principalmente a la forma en que las mujeres se insertan en el mercado de trabajo, lo que se traduce en menores ingresos, y por lo tanto, una menor capacidad de pago que la ponen en una posición de desventaja respecto del hombre en el acceso a los seguros privados.

Una de cada cuatro hogares tiene jefatura femenina, hogares que tienen una mayor incidencia de pobreza, menor acceso a servicios básicos y a la seguridad social para sus mujeres trabajadoras. Según la encuesta CASEN del 2000, las diferencias de ingreso en los hogares liderados por hombres y mujeres varían según el nivel de ingreso del hogar. El cuadro 13 muestra el porcentaje de diferencia de ingreso promedio de los hogares, según sexo del jefe y según quintil de ingreso al que pertenece el hogar.

Cuadro 13
DIFERENCIA DE INGRESO PROMEDIO POR
HOGAR, SEGÚN SEXO DEL JEFE DE HOGAR, AÑO 2000
(En porcentajes)

Quintil	Porcentaje menor de ingreso en hogares con jefatura femenina
I	17.7
II	8.1
III	19.8
IV	25.1
V	46.1
Total	36.8

Fuente: Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN) y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2000.

Lo anterior se traduce en menos acceso a servicios de salud y en desigualdades de género asociadas con riesgos para la salud femenina. Así es como las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son más frecuentes en grupos de población con condiciones de vida y nutrición desventajosas. Los hogares con jefatura femenina son más vulnerables a raíz de la precaria inserción laboral que a menudo afecta a las mujeres que encabezan el hogar. Ellas enfrentan dificultades para combinar las responsabilidades domésticas y el trabajo para obtener ingresos, ya que muchas no cuentan con la preparación necesaria ni con servicios sociales que apoyen sus necesidades.

La posición de desigualdad de la mujer en el mercado de trabajo tiende a explicarse por sus responsabilidades reproductivas —la separación del trabajo por género significa que la mujer generalmente lleva mayor peso en el cuidado de los niños. Esto significa que muchas veces enfrentan restricciones de su tiempo que los hombres no tienen. A su vez, implica que las mujeres no sólo tienen menos acceso a oportunidades de un ingreso que los hombres, sino que también están en una posición más débil dentro del hogar en comparación con los recursos.

Al igual que los programas y políticas, los procesos de toma de decisiones en las distintas organizaciones, ya sean públicas o privadas, no son neutros desde la perspectiva de género. El género está presente en todos los procesos, prácticas, ideologías, y distribuciones de poder en cada uno de los sectores de la sociedad. Las instituciones, con excepción de la familia, han sido diseñadas sin tomar en cuenta a las mujeres. La presencia de diferencias por género significa que prácticas institucionales por género tendrán diferentes impactos sobre mujeres y hombres, lo que puede acentuar las desigualdades ya existentes.

Por variados motivos las mujeres se insertan en forma distinta que los hombres en el mercado de trabajo. Su tasa de participación es menor, como se observa en el cuadro 14, aún cuando su evolución es creciente. Además, su participación es variable según el tramo de edad, siendo mayor en la edad reproductiva, lo que se contradice con la tradicional justificación para discriminarlas en el mercado laboral en los años de crianza de los hijos.

En el cuadro 15 se puede observar que la participación de la mujer en el mercado de trabajado es de 53% en el grupo de edad entre 30 y 44 años, mostrando un incremento significativo en la década.

Cuadro 14
TASA DE PARTICIPACIÓN
EN LA FUERZA DE TRABAJO, POR SEXO

	1990	2000
Hombres	73.6	73.2
Mujeres	32.4	39.3

Fuente: Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN) y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2000.

Cuadro 15
TASA DE PARTICIPACIÓN
FEMENINA EN LA FUERZA DE TRABAJO

Edad	1990	2000
15-29	32.9	36.6
30-44	43.3	52.6
45-59	32.8	45.6
60 y más	9.7	11.8
Total	32.4	39.3

Fuente: Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN) y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2000.

Además de una menor participación, existen factores de discriminación ocupacional y salarial por género. Las mujeres con igual nivel de instrucción y en ocupaciones similares reciben un salario menor al de los hombres. Además, las mujeres ocupan los puestos de menor jerarquía y en ocupaciones cuyos salarios son menores. La mayoría de las mujeres trabaja en el sector informal, sin previsión, lo que dificulta su acceso como cotizante al sistema privado.

Las mujeres en Chile ganan mensualmente, en promedio, el 68.9% de lo que ganan los hombres. Esta brecha salarial varía según el grupo ocupacional y la rama de actividad económica (cuadro 16).

Cuadro 16
PROPORCIÓN DE LAS REMUNERACIONES MENSUALES TOTALES
DE LAS MUJERES SOBRE LAS REMUNERACIONES MENSUALES
DE LOS HOMBRES PER CÁPITA, SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL
(En porcentajes)

Grupo ocupacional	Remuneraciones: mujeres/hombres
Personal directivo	62.7
Profesionales	76.3
Técnicos	81.7
Personal administrativo	81.8
Trabajos servicios personales y de protección	66.1
Empleados del comercio y demostradores	63.7
Trabajos calificados	85.3
Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria	67.8
Trabajos no calificados	81.5
Total	68.9

Fuente: Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN) y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2000.

Puede observarse que la brecha salarial es más acentuada entre el personal directivo: las mujeres directivas ganan sólo el 62.7% del salario de sus homólogos hombres. A su vez, las trabajadoras no calificadas ganan sólo el 85.3% del salario de los trabajadores no calificados. Esto concuerda con lo mencionado anteriormente sobre la mayor brecha de ingreso entre los grupos de más ingreso.

Aunque muchas políticas de recursos humanos se consideran neutras desde el punto de vista del género, su impacto no resulta neutro como consecuencia de las diferencias en la composición por género de la fuerza de trabajo. Hombres y mujeres tienen distintas posibilidades de acceso a la cobertura del seguro social, debido a la distinta distribución por sexo de la población asalariada. La fuerza de trabajo femenina asalariada se concentra en ocupaciones que carecen de protección laboral y sufren de un alto grado de inestabilidad. En el cuadro 17 se puede observar que en todos los quintiles de ingreso el porcentaje de mujeres asalariadas que tiene contrato es menor al de los hombres, siendo aún menor este porcentaje para los grupos de menores ingresos. El 45% de las mujeres ocupadas lo hace en el sector informal, lo que se compara con sólo el 33% de los hombres. Gran parte de estas mujeres trabajan en el servicio doméstico, con ingresos muy bajos que no les permite acceder a seguros privados de salud.

Cuadro 17
POBLACIÓN ASALARIADA CON CONTRATO DE
TRABAJO POR SEXO, SEGÚN QUINTIL DE INGRESO, 2000
(En porcentajes)

Quintil	Hombre	Mujer
I	58.3	39.7
II	73.4	58.1
III	80.2	74.9
IV	85.8	79.7
V	88.0	86.5
Total	77.2	72.1

Fuente: Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN) y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2000.

La situación de pobreza afecta, además, de manera distinta a hombres y mujeres. Entre la población femenina se advierte una mayor incidencia de la pobreza, dado que enfrenta, por una parte, la precariedad de los ingresos familiares y la falta de servicios sociales, y por otra, las condiciones de subordinación que restringen el ejercicio de sus derechos y la toma de decisiones. Su posición en la sociedad la pone en desventaja en la actividad económica, donde tiene una menor tasa de participación, formas más desfavorables de inserción ocupacional, además de enormes disparidades de ingreso frente a la población masculina. Estas desventajas, que interactúan con la división desigual de los recursos y responsabilidades dentro del hogar, pesan más sobre las mujeres pobres y principalmente sobre aquellas que son jefas de familia.

Todos los factores anteriores se traducen en que la mujer está en desventaja con relación al hombre en el acceso a recursos, lo que la limita, por lo tanto, en el acceso a la salud privada.

V. Conclusiones y recomendaciones de política

El sector de salud en Chile tiene dos componentes, uno público, o Fondo Nacional de Salud (FONASA), y el privado, constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). El FONASA no discrimina según género ni edad, pero atraviesa por una serie de problemas de gestión y recursos. Es un régimen solidario, cuya limitación es más bien el monto de los recursos en comparación con los requerimientos de los afiliados. Las ISAPRE, en cambio, se perciben como instituciones que permiten el acceso a buenos servicios de salud, pero cuyo funcionamiento no es equitativo desde el punto de vista del género, de la edad y del ingreso.

Desde una perspectiva de género, el sistema de ISAPRE discrimina contra la mujer. No obstante, la principal causa de esta discriminación se explica por su diseño, ya que funciona como un sistema de seguro privado de salud, es decir, a través de la previsión de riesgo de morbilidad. Al hacer esta afirmación se debe tener presente que cualquier iniciativa de reforma debe apuntar a que éste funcione consecuentemente con su naturaleza y, por lo tanto, debe soportar totalmente el riesgo que cubre y terminar con los subsidios estatales que le permiten competir con el sector público en condiciones ventajosas.

Las ISAPRE consideran a la mujer como de más alto riesgo, debido a que ellas requieren más atención médica por su perfil de morbilidad, su mayor esperanza de vida y porque se las responsabiliza en forma exclusiva del costo de las atenciones vinculadas a la reproducción.

Éste es un aspecto crucial del sistema, ya que si el costo de la maternidad se adjudica sólo a las mujeres, ellas resultan más “costosas” que los hombres para las ISAPRE. Sin embargo, la reproducción es responsabilidad de toda la sociedad.

Para garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud, una de las condiciones necesarias es el acceso equitativo de hombres y mujeres al empleo y a la seguridad social. Con ese fin, no sólo se debe facilitar a la mujer la ejecución de su papel tradicional sino que debe reorientarse el sistema normativo hacia la distribución equitativa de las responsabilidades familiares. Para ello, es necesario compartirlas, al igual que el cuidado infantil y el papel social de la reproducción humana. En materia laboral, esto supone tender a compartir socialmente las cargas que tradicionalmente se han entendido como de exclusiva responsabilidad femenina y, en materia previsual, a garantizar el acceso equitativo de las mujeres a la atención de salud.

Las mujeres han debido asumir, en forma creciente, la jefatura del hogar, una realidad que es mayor en los estratos socioeconómicos bajos. Con frecuencia, la han desempeñado en condiciones de menor escolaridad y capacitación que los hombres, lo que ha significado una desventaja en términos económicos, que ha afectado sus posibilidades de acceso a la salud privada.

A fin de reducir las desigualdades de género, se requiere un conjunto de políticas, programas y acciones concretos, muchos de ellos con impacto de muy largo plazo y otros de difícil implementación. En esta última instancia, pese a los avances que se han logrado en el proceso de integración de la mujer al desarrollo económico, social y político, subsisten enormes inequidades en el acceso a los medios de producción y generación de ingresos, por efecto de tradiciones aún vigentes en la sociedad chilena y que se reflejan en todas las actividades cotidianas. En consecuencia, no sólo hay que abordar el sistema de salud sino que también se debe impulsar cambios en el contexto cultural, que afecta la inserción laboral de la mujer y le asigna el costo reproductivo exclusivamente a ella.

Dos tipos de acciones se sugieren para lograr la equidad de género en el sector de salud chileno. Por una parte, aquellas orientadas a lograr cambios en el contexto en el que éste opera, es decir, aminorar las discriminaciones que se traducen en desventajas para las mujeres, especialmente en el mercado de trabajo. A su vez, se debe hacer modificaciones al sistema privado de salud, en la línea de la reforma que se debate actualmente, en el sentido de hacerlo más solidario, de modo que no existan discriminaciones por género ni generacionales.

Para que, desde la perspectiva de género, las ISAPRE puedan lograr mayor equidad, se recomienda desarrollar un programa integral que aborde simultáneamente el sistema de salud y el entorno en el que éste se sitúa.

A. Acciones para lograr un ambiente más equitativo

El contexto socioeconómico tiene incorporado el sesgo de género, como resultado de actitudes culturales muy difíciles de cambiar en el corto e incluso en el mediano plazo. Este sesgo se traduce en una serie de desventajas para las mujeres en el mercado laboral, que incide en un menor acceso a recursos y, por ende, al sistema privado de salud. Al respecto, las recomendaciones se orientan tanto a impulsar cambios en las actitudes discriminatorias, especialmente en el mercado de trabajo, como a convencer de que el costo de la reproducción es una responsabilidad compartida entre hombres y mujeres. Ambos objetivos constituyen condiciones básicas para facilitar la formulación de un sistema de salud equitativo desde la perspectiva de género que, a su vez, sea eficiente.

La labor que en ese sentido realiza el SERNAM debe continuar, con una amplia difusión entre los agentes económicos y sociales. Su “Plan de igualdad de oportunidades para las mujeres

1994-1999” va en esa dirección. Sin embargo, se requiere más que un diagnóstico y propuestas de políticas. Para lograr las metas, es imprescindible la existencia de voluntad política en cada una de las instancias involucradas. Y para eso es necesario que los encargados de formular y ejecutar las políticas y los programas desarrollen una labor intensa de sensibilización.

La educación constituye un campo estratégico para corregir la larga serie de actitudes que convergen en la discriminación de género. Educar en la familia y en la escuela ejerce una influencia determinante en revalorizar los papeles masculino y femenino en el hogar, así como en el mundo estudiantil y laboral. La desigualdad entre hombres y mujeres es un problema con profundas raíces en valores y prácticas culturales. Por ende, la educación resulta crucial para promover una socialización sin estereotipos sexuales que limitan la igualdad de hombres y mujeres en la sociedad, lo que no sólo es inequitativo sino que también ineficiente, desde el punto de vista económico.

En el ámbito familiar, se impone la reconsideración de los valores y papeles masculinos y femeninos, así como el reparto equitativo de las responsabilidades del hogar, del cuidado de los niños y de su crianza. Las políticas que promueven la paternidad responsable y las relativas a la planificación familiar juegan un papel sumamente importante en este ámbito.

Las mujeres están excesivamente representadas en el grupo etario de más edad, debido a su mayor esperanza de vida. Por lo tanto, las limitaciones de las ISAPRE para poder dar una cobertura adecuada a los requerimientos de los adultos mayores afectan mucho más a las mujeres. De ahí se deduce que las medidas tendientes a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de este grupo etario van a incidir preferentemente sobre las mujeres.

B. Acciones en el sistema de salud

La perspectiva de género debe incluirse en las políticas y los programas de salud. Esto significa que hay que evaluarlos según su impacto diferenciado sobre hombres y mujeres, considerando las especificidades de ambos y los papeles que se les asignan a cada cual en la actualidad. Ese conocimiento permitiría elaborar perfiles de diagnóstico más precisos y definir y planificar mejor los programas y recursos para atender la salud. Es necesario promover y difundir los derechos humanos y, particularmente entre las mujeres, el derecho a la salud y a ser atendidas de una manera accesible, oportuna y adecuada.

Es obligación de las ISAPRE ahora acumular los excedentes a favor del afiliado, en una cuenta corriente que será reajustada según el Índice de Precios al Consumidor (IPC) y devengará interés corriente, a menos que el afiliado prefiera destinarlos a alguno de los fines expresamente señalados en la ley de reforma. Éstos pueden ser: el financiamiento de un plan de salud superior, la cobertura de las cotizaciones en caso de cesantía, el financiamiento de cotizaciones adicionales voluntarias y/o de un plan de salud en el período en que el afiliado se pensiona.

Respecto al mayor costo que el plan de salud tiene para la mujer por la responsabilidad que se le asigna en la función reproductiva, la sociedad debe asumirlo como una obligación de todos, hombres y mujeres. Las ISAPRE deben revisar el sistema de modo que el pago de las primas sea compartido. Sobre la forma de implementar esta medida, se sugiere hacer un estudio profundo para buscar alternativas de financiamiento. Una posibilidad es que se financie con un porcentaje de todas las cotizaciones, creándose un fondo de salud que cubra los gastos de la maternidad. Otra alternativa es que podría financiarse con las cotizaciones de hombres y mujeres en edad reproductiva.

Existen iniciativas de algunas ISAPRE que tienden a disminuir el costo asignado a las mujeres, como son los planes familiares y matrimoniales. Lo mismo ocurre con las coberturas para

la tercera edad, mediante la acumulación obtenida durante los años de cotización en las respectivas instituciones de salud previsional. Al respecto, se recomienda realizar estudios que consideren la posibilidad de masificar estos sistemas.

El régimen de salud privado basado en las ISAPRE tiene un trato diferenciado para sus afiliados, de acuerdo con el riesgo asociado a la edad y al sexo, que está permitido por ley. Por esta razón, una política cuyo objetivo sea lograr la equidad de género en el acceso a la salud debe contemplar un cambio en la legislación, de tal forma que no existan factores discriminatorios. En otras palabras, que se elimine legalmente la diferenciación de las cotizaciones por sexo y se mantenga sólo por edad, de modo que a una misma edad la prima pagada por hombres y mujeres sea igual.

El mayor costo que se asigna a los seguros privados de salud femeninos se explica porque el financiamiento de la maternidad se carga exclusivamente a la mujer. La variable género opera aquí en su contra, encareciéndose directamente su cobertura previsional. Por consiguiente, debiera tenderse a la redistribución de los costos por cobertura de las prestaciones vinculadas a la maternidad, a efectos de que toda la sociedad se haga cargo de la reproducción. Esto podría lograrse a través de un fondo separado, constituido con aportes de todos los afiliados al sistema; mediante el cobro de un porcentaje adicional de cotización para todos los afiliados a las ISAPRE, o del Fondo que se propone en la Reforma de la Salud.

Bibliografía

- Aedo I., Cristián (2000), “Las reformas en la salud en Chile”, en *La transformación económica de Chile*, Centro de Estudios Públicos, Felipe Larraín y Rodrigo Vergara, editores, Santiago de Chile.
- (1997), “La competencia manejada y reformas para sector salud de Chile”, *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 50*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, junio.
- Bitrán, Ricardo y Francisco Javier Almarza (1997), “Las instituciones de salud previsional (ISAPRE) en Chile”, *Serie de Financiamiento del Desarrollo N° 56*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, julio.
- Gideon, Jasmine (2001), “The Politics of Health Reform in Chile”, Gender and Participation in Primary Health Care Delivery, Department of Government, University of Manchester (mimeo), Inglaterra.
- Hernández, Amparo (1998), “Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia”, *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 73*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, mayo.
- Larrañaga, Osvaldo (1997), “Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno”, *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 49*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, junio.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación) (1998), “Resultados Encuesta CASEN 1998: Situación de la salud en Chile, 1998”, *Documento N° 4*, División Social, Santiago de Chile.
- Miranda, Ernesto (1994), “Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina. Problemas y propuestas de solución” *Serie Políticas Sociales N° 5*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, octubre.
- Moser, Caroline (1993), “Gender planning and development: theory, practice and training”, Londres.

- Standing, Hilary (2002), "Towards equitable financing strategies for reproductive health", Brighton: Institute of Development Studies.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (1981-1999), *Series Estadísticas Sistema ISAPRE*, Santiago de Chile.
- Titelman, Daniel (2000), "Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 104*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, septiembre.
- V. de Flood, M. Cristina (1997), "Mujer y Salud", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 58*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, julio.
- Vega, Jeanette *et al.* (2001), "Equidad y Género", Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina, Santiago de Chile, marzo.
- Wainer, Uri (1997), "Hacia una mayor equidad en el sector salud: el caso de Chile", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 54*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, julio.



Serie

Financiamiento del desarrollo

Números publicados

1. Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
2. Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
3. Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buira (LC/L.549), 1990.
4. Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
5. La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
6. Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
7. El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
8. Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
9. Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
10. ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
11. La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
12. Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
13. Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
14. Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
15. Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
16. El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
17. La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
18. Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
19. Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
20. Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
21. Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.
22. La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
23. Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosín y Ricardo Ffrench-Davis (LC/L.854), 1994.
24. Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
25. El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
26. Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo Ffrench-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
27. Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
28. El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.

29. Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.
30. Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
31. Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
32. Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
33. Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
34. Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
35. Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
36. Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
37. Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
38. Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
39. Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
40. Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
41. Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
42. Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
43. Choques, respostas de politica economica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
44. Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
45. Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Hollzmann (LC/L.1007), 1997.
46. Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
47. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
48. On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Hollzmann (LC/L.1012), 1997.
49. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997. [www](#)
50. La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
51. Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
52. A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997. [www](#)
53. Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997. [www](#)
54. Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
55. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997. [www](#)
56. Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
57. Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
58. Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
59. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
60. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
61. Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
62. Acesso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
63. Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzales Arrieta (LC/L.1045), 1997.

64. Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.
65. Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
66. Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis A. Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
67. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
68. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
69. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
70. Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
71. Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
72. Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
73. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
74. Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
75. El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
76. Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
77. El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
78. El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999. [www](#)
79. Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999. [www](#)
80. La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), N° de venta: S.99.II.G.10 (US\$10.0), 1999. [www](#)
81. El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, Rebeca Grynspan y Dennis Meléndez (LC/L.1212-P), N° de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
82. O financiamento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), N° de venta: S.99.II.G.14 (US\$10.0), 1999. [www](#)
83. Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), N° de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999. [www](#)
84. Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), N° de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999. [www](#)
85. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), N° de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999. [www](#)
86. Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), N° de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999. [www](#)
87. Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999. [www](#)
88. Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999. [www](#)
89. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), N° de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999. [www](#)
90. Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), N° de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999. [www](#)
91. Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), N° de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000. [www](#)
92. Un perfil del déficit de vivienda en Chile, 1994. Raquel Szalachman (LC/L.1337-P), N° de venta: S.00.II.G.22 (US\$10.0), 2000. [www](#)
93. Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina. Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.1344-P), N° de venta: S.00.II.G.29 (US\$10.0), 2000. [www](#)

94. Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina, Walter Schulthess, Fabio Bertranou y Carlos Grushka, (LC/L.1345-P), N° de venta: S.00.II.G.30 (US\$10.0), 2000. [www](#)
95. Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997, Humberto Mora Alvarez, (LC/L.1372-P), N° de venta: S.00.II.G.51 (US\$10.0), 2000. [www](#)
96. Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia, Günther Held, (LC/L.1382-P), N° de venta: S.00.II.G.55 (US\$10.0), 2000. [www](#)
97. Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficiarios, Vinícius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), N° de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000. [www](#)
98. Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), N° de venta: S.00.II.G.63 (US\$10.0), 2000. [www](#)
99. Políticas para canalizar mayores recursos de los fondos de pensiones hacia la inversión real en México, Luis N. Rubalcava y Octavio Gutiérrez (LC/L.1393-P), N° de venta: S.00.II.G.66 (US\$10.0), 2000. [www](#)
100. Los costos de la transición en un régimen de beneficio definido, Adolfo Rodríguez y Fabio Durán (LC/L.1405-P), N° de venta: S.00.II.G.74 (US\$10.0), 2000. [www](#)
101. Efectos fiscales de la reforma de la seguridad social en Uruguay, Nelson Noya y Silvia Laens, (LC/L.1408-P), N° de venta: S.00.II.G.78 (US\$10.0), 2000. [www](#)
102. Pension funds and the financing productive investment. An analysis based on Brazil's recent experience, Rogerio Studart, (LC/L.1409-P), Sales number: E.00.II.G.83 (US\$10.0), 2000. [www](#)
103. Perfil de déficit y políticas de vivienda de interés social: situación de algunos países de la región en los noventa, Raquel Szalachman, (LC/L.1417-P), N° de venta: S.00.II.G.89 (US\$10.0), 2000. [www](#)
104. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Daniel Titelman, (LC/L.1425-P), N° de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000. [www](#)
105. Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado, Alberto Arenas de Mesa (LC/L.1457-P), N° de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000. [www](#)
106. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. (LC/L.1458-P), N° de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000. [www](#)
107. Políticas para promover una ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones, Gonzalo Hernández Licona (LC/L.1482-P), N° de venta: S.01.II.G.15 (US\$10.0), 2001. [www](#)
108. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion y Luis Gonzalo Morales (LC/L.1526-P), N° de venta: S.01.II.G.71 (US\$10.0), 2001. [www](#)
109. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, Fernando Herrero y Fabio Durán (LC/L.1527-P), N° de venta: S.01.II.G.72 (US\$10.00), 2001. [www](#)
110. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Uruguay, Fernando Lorenzo y Rosa Osimani (LC/L.1547-P), N° de venta: S.01.II.G.88 (US\$10.00), 2001. [www](#)
111. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas, Marino J. González R. (LC/L.1553-P), N° de venta: S.01.II.G.95 (US\$10.00), 2001. [www](#)
112. La reforma del sistema de pensiones en Chile: desafíos pendientes, Andras Uthoff (LC/L.1575-P), N° de venta: S.01.II.G.118 (US\$10.00), 2001.
113. International Finance and Caribbean Development, P. Desmond Brunton and S. Valerie Kelsick (LC/L.1609-P), Sales number: E.01.II.G.151 (US\$10.00), 2001. [www](#)
114. Pension Reform in Europe in the 90s and Lessons for Latin America, Louise Fox and Edward Palmer (LC/L.1628-P), Sales number: E.01.II.G.166 (US\$10.00), 2001. [www](#)
115. El ahorro familiar en Chile, Enrique Errázuriz L., Fernando Ochoa C., Eliana Olivares B. (LC/L.1629-P), N° de venta: S.01.II.G.174 (US\$10.00), 2001. [www](#)
116. Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia, Olga Lucía Acosta y Ulpiano Ayala (LC/L.1630-P), N° de venta: S.01.II.G.167 (US\$10.00), 2001. [www](#)
117. La crisis de la deuda, el financiamiento internacional y la participación del sector privado, José Luis Machinea, (LC/L.1713-P), N° de venta: S.02.II.G.23 (US\$10.00), 2002. [www](#)
118. Políticas para promover una ampliación de la cobertura del sistema de pensiones en Colombia, Ulpiano Ayala y Olga Lucía Acosta, (LC/L.1724-P), N° de venta: S.02.II.G.39 (US\$10.00), 2002. [www](#)
119. La banca multilateral de desarrollo en América Latina, Francisco Sagasti, (LC/L.1731-P), N° de venta: S.02.II.G.42 (US\$10.00), 2002. [www](#)
120. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos en Bolivia, Juan Carlos Requena, (LC/L.1747-P), N° de venta: S.02.II.G.59 (US\$10.00), 2002. [www](#)
121. Multilateral Banking and Development Financing in a Context of Financial Volatility, Daniel Titelman, (LC/L.1746-P), Sales number: S.02.II.G.58 (US\$10.00), 2002. [www](#)

- 122. El crédito hipotecario y el acceso a la vivienda para los hogares de menores ingresos en América Latina, Gerardo M. Gonzales Arrieta, (LC/L.1779-P), N° de venta S.02.II.G.94 (US\$10.00), 2002. [www](#)
- 123. Equidad de género en el sistema de salud chileno, Molly Pollack E., (LC/L.1784-P), N° de venta S.02.II.G.99 (US\$10.00), 2002. [www](#)

-
- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Estudios Especiales de la Secretaría Ejecutiva, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile. No todos los títulos están disponibles.
 - Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
 - [www](#): Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>.

Nombre: Actividad: Dirección: Código postal, ciudad, país: Tel.: Fax: E-Mail:
--