

Informe de PMG Género - Medida 8: Efectos de la pandemia en la población beneficiaria con perspectiva de género

Departamento de Estudios y Estadísticas

Diciembre 2021



Contenido

1. ANTECEDENTES	3
2. EL EFECTO DEL COVID-19 EN LA POBLACIÓN MUNDIAL Y DESIGUALDAD DE GÉNERO	4
3. IMPACTO EN LA POBLACIÓN DE FONASA	6
3.1 DIMENSIÓN LABORAL	6
3.2 DIMENSIÓN SANITARIA	10
3.2.1 Contagios, hospitalizaciones, fallecimientos y avance del proceso de vacunación en población beneficiaria de Fonasa	11
3.2.2 Acceso a Salud Preventiva	16
3.2.3 Resolución de necesidades de salud (GES y no GES)	18
3.2.4 Uso de Licencias Médicas	22
4. CONCLUSIONES	26
5. BIBLIOGRAFÍA	28
6. ANEXO	30



1. ANTECEDENTES

El presente informe ha sido elaborado en el marco del cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión 2021 establecido por Fonasa, el cual, en su Medida N° 8, comprometió la realización de un estudio referido análisis de los *efectos de la pandemia en la población beneficiaria con perspectiva de género*.

A la fecha, la pandemia del Covid-19 es considerada una de las peores crisis sanitarias de la historia, provocando casi 250 millones de contagiados y cinco millones de fallecidos en el mundo (Johns Hopkins University, 2021). La pandemia, a su vez, ha generado efectos no sólo a nivel de salud, sino también en múltiples dimensiones, incluyendo impactos a nivel socioeconómico, laborales y familiares, entre otros, además de implicar un profundo retroceso en el desafío de alcanzar la igualdad de género y enfrentar brechas que, con años de esfuerzo y políticas implementadas, se habían logrado reducir.

La pandemia provocada por el Covid-19 aún no termina y, en el caso de Chile, involucra impactos específicos que afectan directamente a las personas pertenecientes al seguro público de salud, toda vez que éste otorga cobertura a las personas con mayor riesgo social y sanitario. Por este motivo, resulta relevante cuantificar los efectos de la pandemia en la población asegurada, explorar sus consecuencias sobre brechas sanitarias y financieras preexistentes, además de identificar desafíos emergentes. Ello, con la perspectiva de que estos análisis sirvan como insumos para la implementación de políticas que entreguen protección a los asegurados de Fonasa y fomenten la reactivación económica y la igualdad de género.

El presente informe analiza un conjunto de información procedente de registros administrativos y despliega análisis detallados mes a mes (para la mayor parte de indicadores) para el período comprendido entre enero de 2018 y septiembre de 2021 que permiten comparar la evolución y situación relativa de beneficiarias y beneficiarios de Fonasa con anterioridad y durante la pandemia. Dentro de las fuentes de información analizadas, se destaca el acceso a abundante información estadística relativa al número de contagios, hospitalizaciones y fallecidos por Covid-19, además de datos vinculados al proceso de vacunación que han sido obtenidos por medio del convenio de intercambio de información vigente entre Fonasa y el Ministerio de Salud. A su vez, para incorporar la perspectiva de género, se muestra el **índice de feminidad** en varios temas, el cual compara el número de hombres por cada cien mujeres en el indicador determinado.

El documento se organiza en torno a tres secciones, además de la presente introducción. En la segunda de ellas se presentan antecedentes sobre la evolución de la pandemia y sus impactos sobre las brechas de género derivados de la revisión de bibliografía internacional. En la tercera sección se analizan detalladamente los resultados obtenidos para el conjunto de indicadores que se construyeron desglosados en dos ámbitos de interés: impactos en la dimensión laboral e impactos

en la dimensión sanitaria. Finalmente, en la cuarta sección se presentan las principales conclusiones del estudio.

2. EL EFECTO DEL COVID-19 EN LA POBLACIÓN MUNDIAL Y DESIGUALDAD DE GÉNERO

La pandemia generada a raíz de la irrupción del Covid-19 no ha dejado a ningún país ajeno. Siendo un virus altamente contagioso y que ha desarrollado numerosas mutaciones y variantes, sus efectos no han sido iguales para todas las personas y sus impactos repercuten tanto en múltiples dimensiones, incluyendo de manera específica la demanda y gestión de los sistemas de salud como también, de manera global, consecuencias sobre el empleo, la actividad económica y la inversión.

El Covid-19 ha atacado fuertemente a población con alta carga de morbilidad, con efectos especialmente dañinos en población que presenta enfermedades crónicas de base, tales como hipertensión, obesidad, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar crónica, entre otras, siendo las cuatro últimas las que más provocaron muertes (Wortham et al., 2020). En términos de su letalidad, estudios recientes muestran que ha afectado de manera más agresiva a hombres, debido, entre otras causas, a que los niveles hormonales de las personas han mostrado un efecto en la inmunidad frente a este tipo de enfermedades (Kadel y Kovats, 2018). De esta forma, ser hombre se ha convertido en un factor de riesgo frente a la infección, en donde en muchos países, la morbilidad y mortalidad ha sido mayor en esta categoría (Bwire, 2020).

Por otro lado, el coronavirus también ha sido más grave en personas mayores (Kang y Jung, 2020), mostrando una brecha mayor entre las personas que se relacionan con factores socioeconómicos. La CDC¹ (Wortham et al., 2020) indicó que de los casos confirmados con Covid-19 en Estados Unidos hasta mayo de 2020, el 55,4% eran mujeres, el 79,6% tenían 65 años o más.

Los hospitales tuvieron que adaptar su capacidad hospitalaria para poder satisfacer la demanda por casos graves de Covid-19, aún cuando tuvieron que cancelar cirugías electivas para destinar las hospitalizaciones principalmente a los problemas causados por el Covid-19, esto sucedió incluso en los sistemas de salud sólidos como el sistema inglés (McCabe et al., 2020).

Además de la cancelación y postergación de cirugías electivas, también se vieron afectadas las enfermedades crónicas que no fueron tratadas con regularidad, esto es debido al miedo que han tenido las personas para acudir a los centros médicos y contagiarse con el Covid-19, las restricciones de movilidad que existían en los distintos países, y por la falta de atención y personal médico que se encontraban destinados exclusivamente a las atenciones relacionadas al virus de la pandemia (Abraham, 2020).

¹ CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, agencia nacional de salud pública de Estados Unidos.



Además del sexo y la edad, factores socioeconómicos han influido tanto en el contagio como en la gravedad de la enfermedad. La Organización Panamericana de la Salud indica que *“la pobreza es posiblemente el determinante individual más importante de la salud”*, y esto se ha reflejado en la incidencia de los casos Covid-19 tanto para la población más pobre de cada país como para los países de menor ingreso. Las poblaciones en situación de pobreza viven un nivel de hacinamiento mayor, lo que impide un mayor distanciamiento social, una de las principales recomendaciones que las autoridades tomaron para evitar la propagación del virus. Del mismo modo, la mayor carga de enfermedades crónicas que tienen las personas que viven en pobreza supone una mayor propensión a experimentar síntomas y secuelas más graves a raíz del contagio e, incluso, tasas de mortalidad más altas (Gacche et al., 2021). Por otro lado, en regiones más pobres, el cumplimiento de las restricciones es más bajo aumentando la tasa de contagio en estas zonas (Yejezkel, 2021).

Otro problema que ha traído la pandemia y que partió siendo invisible, se refiere a la salud mental. Considerando que las prioridades de la gestión sanitaria han estado puestas en mitigar y controlar los contagios, una serie de otros factores (incluyendo las medidas de aislamiento proporcionadas en las naciones, el miedo al contagio, la inestabilidad económica y la pérdida de miles de empleos en el mundo entero), trajo consigo consecuencias importantes en el estado de ánimo de las personas y en el incremento de patologías relacionadas con la salud mental. Entre ellas se destacan cuadros de ansiedad, depresión, soledad, insomnio, aumento del consumo de alcohol y drogas, aumento de casos de violencia doméstica, entre otros problemas (Kumar y Nayar, 2020).

El aumento de algunas brechas de género se ha observado en el comportamiento de las personas y estilos de vida. En Latinoamérica, la Cepal (2020) observó que las mujeres dedican diariamente el triple de tiempo que dedican los hombres a las tareas domésticas y de cuidados no remunerados. Esta desigualdad se acentúa en hogares con ingresos más bajos.

Por otro lado, la crisis sanitaria debido al Covid-19 provocó un estancamiento en todos los países del mundo. Debido a su gran capacidad de contagio, ciudades enteras restringieron la movilidad de las personas lo que generó grandes pérdidas de empleo e ingresos en las familias, con rubros completos paralizados, como de servicios, restaurantes, turismo, entre otros. Summer et al (2020) indican que hemos retrocedido 30 años en la disminución de la pobreza. Adicionalmente, estas caídas no han afectado de igual manera a hombres y mujeres, Dang y Cuong (2021) indican que las mujeres tienen un 24% más de probabilidades de perder permanentemente su trabajo que los hombres y con una caída de ingresos 50% más que los hombres.

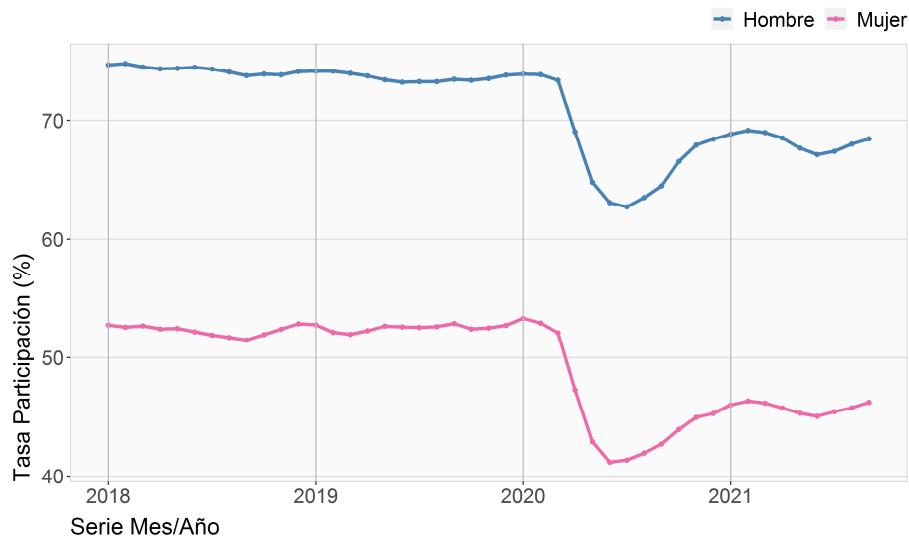
3. IMPACTO EN LA POBLACIÓN DE FONASA

3.1 DIMENSIÓN LABORAL

En Chile el nivel de participación laboral declinó considerablemente durante la pandemia, llegando a valores más bajos, incluso, que los que se observaban una década atrás. De acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, el porcentaje de personas que se encontraba laboralmente activa llegó a su punto más bajo en el mes julio de 2020, alcanzando al **51,8%** de la población en edad de trabajar.

En el caso de las mujeres, la caída en la participación laboral resultó aún más severa, registrando un nivel de **41,2%** en el mes de junio de 2020. Por otra parte, amplios segmentos de la población, tanto hombres como mujeres, han encontrado dificultades para reinsertarse laboralmente durante la pandemia. Si bien la participación laboral mostró un repunte considerable desde fines de 2020 y, luego, en el segundo semestre de 2021, la recuperación del nivel de participación laboral ha sido más lenta en las mujeres (Figura 1), acrecentando una brecha que ya era significativamente amplia.

Figura 1: Tasa de participación laboral nacional por sexo (2018-2021)

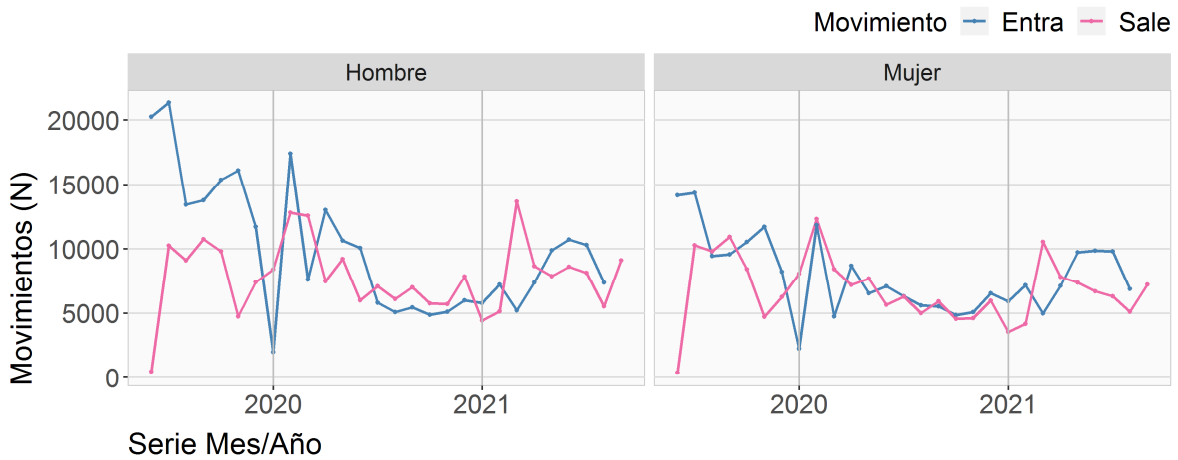


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Serie Población en edad de trabajar por situación en la fuerza de trabajo y según trimestre.

Al ser la principal fuente de acceso a ingresos de las personas, la disminución de la participación laboral y del empleo ha tenido también impactos en el tipo de seguro de salud al cual se afilian. En sintonía con los principales indicadores laborales, durante la pandemia se ha visto también un aumento en el número de personas que han migrado desde las Isapres a Fonasa (Figura 2).

Comparando la población de marzo de 2020 con los/as beneficiarios/as en septiembre de 2021, se estima que 229.558 personas procedentes de Isapre se incorporaron a Fonasa, de ellas, 93.487 son mujeres y 136.071 son hombres. Por el contrario, 167.938 personas cambiaron de Fonasa a Isapre, 82.141 mujeres y 85.797 hombres, dejando un saldo positivo para el seguro público de 61.620 personas.

Figura 2: Población beneficiaria de Fonasa que entra y sale desde/hacia las Isapres (2019-2021)



Fuente: Elaboración propia, a partir de la población de Fonasa e Isapres

Tal como se expone en la Figura 3, que muestra la razón (índice de feminidad) entre el número de hombres y mujeres procedentes de Isapre que se incorporaron a Fonasa, la afluencia de población desde los seguros privados ha sido más significativa entre los hombres (Figura 3).

Figura 3: Índice de feminidad del movimiento de la población por tipo de seguro (2018-2021)



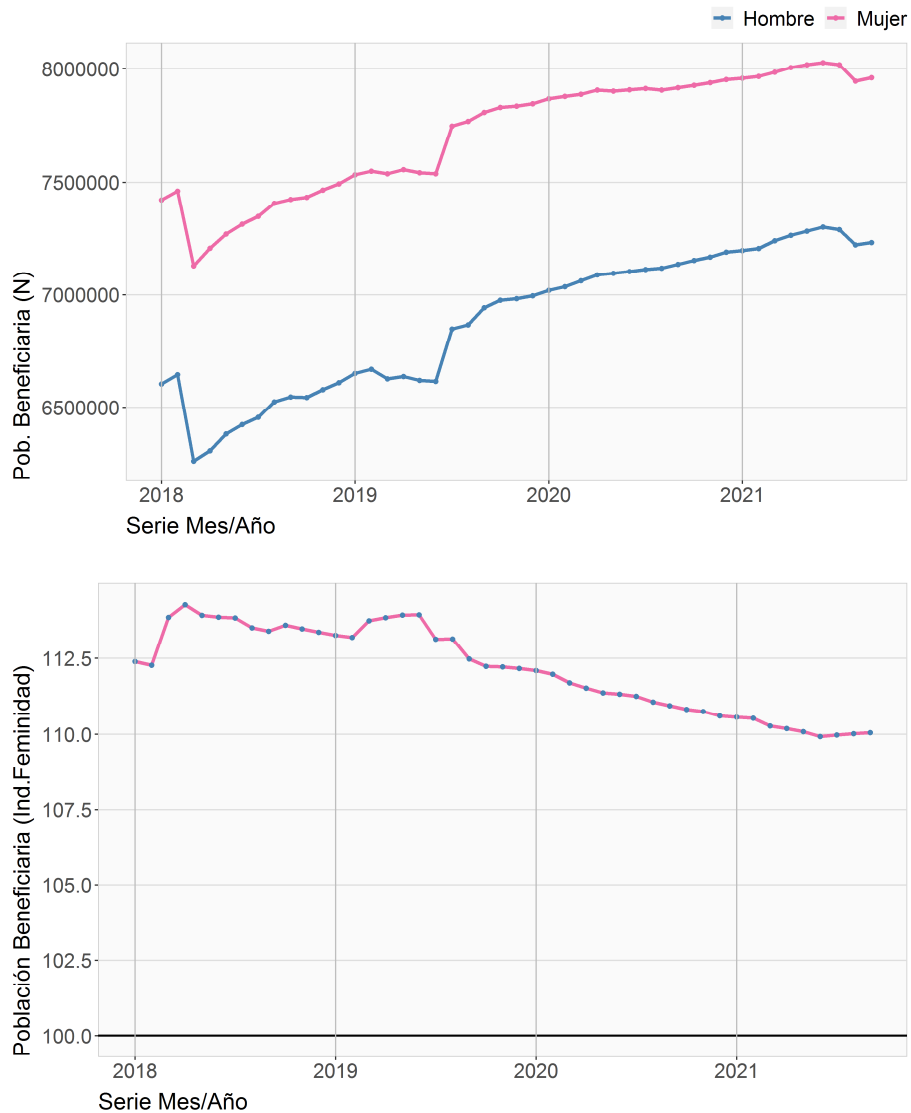
Fuente: Elaboración propia, a partir de la población de Fonasa e Isapres

La migración de población desde las Isapres, más el efecto neto de nacimientos y fallecimientos registrados en el periodo, determinaron que la población de Fonasa presentara un aumento sostenido. Entre 2018 y 2021 la población de Fonasa ha aumentado un 8% ascendiendo a 15.191.840², donde 7.232.177 son hombres y 7.959.663 son mujeres. Por otra parte, pese a que históricamente ha habido mayor presencia de mujeres que de hombres en Fonasa, esta brecha ha disminuido con mayor velocidad desde inicios de la pandemia (Figura 4). Mientras que, a inicios de

² A septiembre de 2021

2020 se tenía una relación de 112 mujeres por cada 100 hombres entre la población beneficiaria de Fonasa, hacia el último trimestre de 2021 dicha razón se redujo a 110 mujeres por cada 100 hombres.

Figura 4: Población de Fonasa por sexo e índice de feminidad (2018-2021)



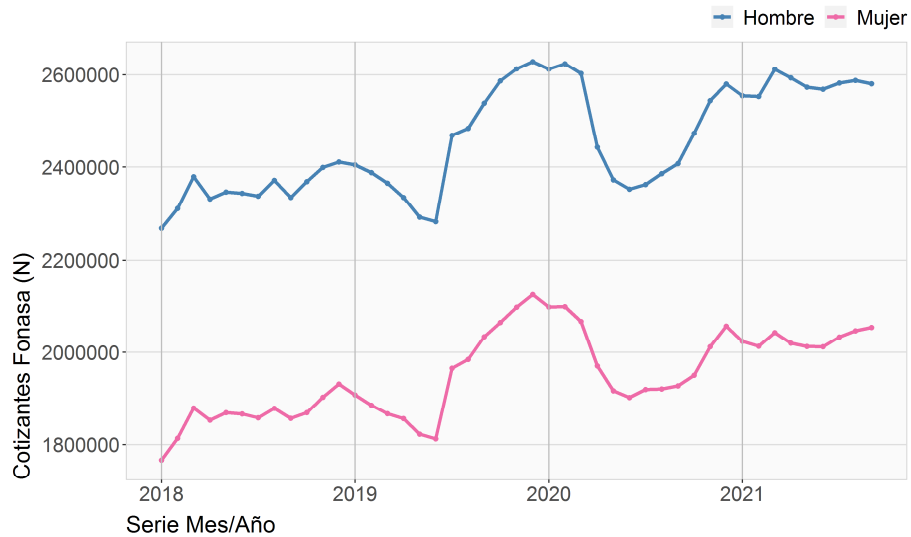
Fuente: Elaboración propia

Dentro del total de beneficiarios de Fonasa, la parte de ellos que cotiza mensualmente, la cual venía en aumento durante los últimos años, también se vio afectada por la crisis sanitaria (Figura 5). Si bien el número de cotizantes tradicionalmente ha presentado un comportamiento estacional -con disminuciones sensibles a mitad de año y aumento en el último trimestre-, durante el año 2020 la

caída en el número de cotizantes no sólo fue más brusca en magnitud, sino también tuvo una duración mayor a la habitual. Entre diciembre de 2019 y junio de 2020, esta población cayó en 10,5%. El año 2021, en tanto, aunque se ha caracterizado por un alza en el número de cotizantes, las cifras aun distan de acercarse a los niveles alcanzados en 2019, siendo mayor la diferencia entre septiembre de 2021 en relación con diciembre de 2019 en mujeres (-3,4%) en contraste con la variación de los hombres (-1,8%).

En consistencia a lo observado en términos del empleo y la participación laboral, la recuperación en la cantidad de cotizantes también ha seguido un ritmo más lento en las mujeres en comparación con lo observado entre los hombres.

Figura 5: Cotizante de Fonasa por sexo (2018-2021)



Fuente: Elaboración propia

3.2 DIMENSIÓN SANITARIA

El Covid-19 ha generado una mayor preocupación al sistema de salud, debido a que aumentó el número de hospitalizaciones, incluso aumentando camas críticas en todos los hospitales, tanto público como privado. Otro motivo relevante es el gasto que han tenido las hospitalizaciones de pacientes con Covid-19 el cual, en promedio, es 2,28 veces más que el promedio de los pacientes que comúnmente se hospitalizan (Fonasa, 2021).

En esta sección se presentan resultados de hospitalizaciones en establecimientos públicos, sin embargo, existe un número de egresos con pacientes con Covid-19 los cuales fueron derivados a establecimientos privados, en donde el Departamento de Mecanismo de Pago de Fonasa (2021) indica en su estudio que la derivación de los/as pacientes jóvenes a prestadores privados es baja, y va aumentando con la edad, proporción que quedará fuera de los presentes análisis. Sin embargo, el número de contagios, fallecidos y proceso de vacunación se verá a nivel de toda la población de Fonasa.

3.2.1 Contagios, hospitalizaciones, fallecimientos y avance del proceso de vacunación en población beneficiaria de Fonasa

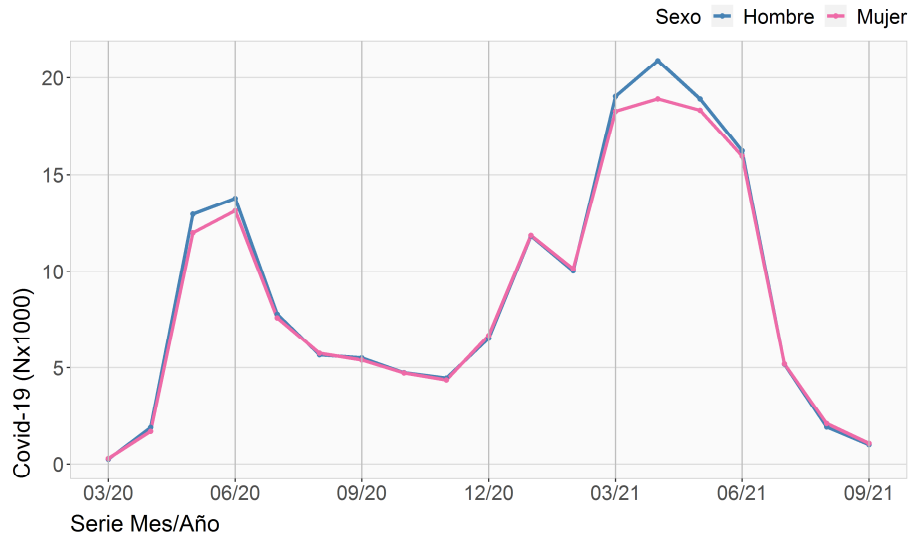
Considerando que los datos utilizados en este análisis llegan hasta el mes de septiembre de 2021, se hace posible examinar el impacto de las dos olas de contagios observadas en Chile hasta la fecha. La primera de ellas contempló a 201.846 personas contagiadas pertenecientes a Fonasa, de ellas, 103.943 fueron mujeres y 97.903 fueron hombres. Según se ilustra en la Figura 6, fue mayor la magnitud de contagios durante la segunda ola, especialmente entre los meses de marzo a junio de 2021, llegando a su mayor valor en mayo con 303.031 contagiados/as de Fonasa siendo 151.740 hombres y 151.291 mujeres.

La misma gráfica muestra que el número de casos Covid-19 confirmados resulta similar, en tasa, entre hombres y mujeres. Sin embargo, los meses en los que se reportó un alza más significativa de casos se verificó una mayor incidencia de confirmación de casos entre los hombres. Por otra parte, en este último grupo se han visto mayor cantidad de casos de gravedad producto del virus, lo que se ve reflejado tanto en las hospitalizaciones como en los fallecimientos (Figuras 7 y 9).

Las Figuras 6, 8 y 9, muestran que el virus ha afectado más a hombres que a mujeres. En cuanto a los contagios, este efecto se observa cuando el número de contagiados llegó a valores máximos, manteniéndose similares en el resto del período. Sin embargo, al analizar los hospitalizados y fallecidos, la brecha entre hombres y mujeres aumenta, mostrando, al igual que lo que indican los estudios en otros países, una mayor gravedad en hombres. En la primera ola, hubo un 50% más hospitalizaciones de la Red de prestadores hospitalarios públicos por Covid-19 de hombres que de mujeres y un 35% más de fallecidos a nivel nacional. En la segunda ola, los hombres tuvieron un 30% más de hospitalizaciones y 20% más defunciones que las mujeres.

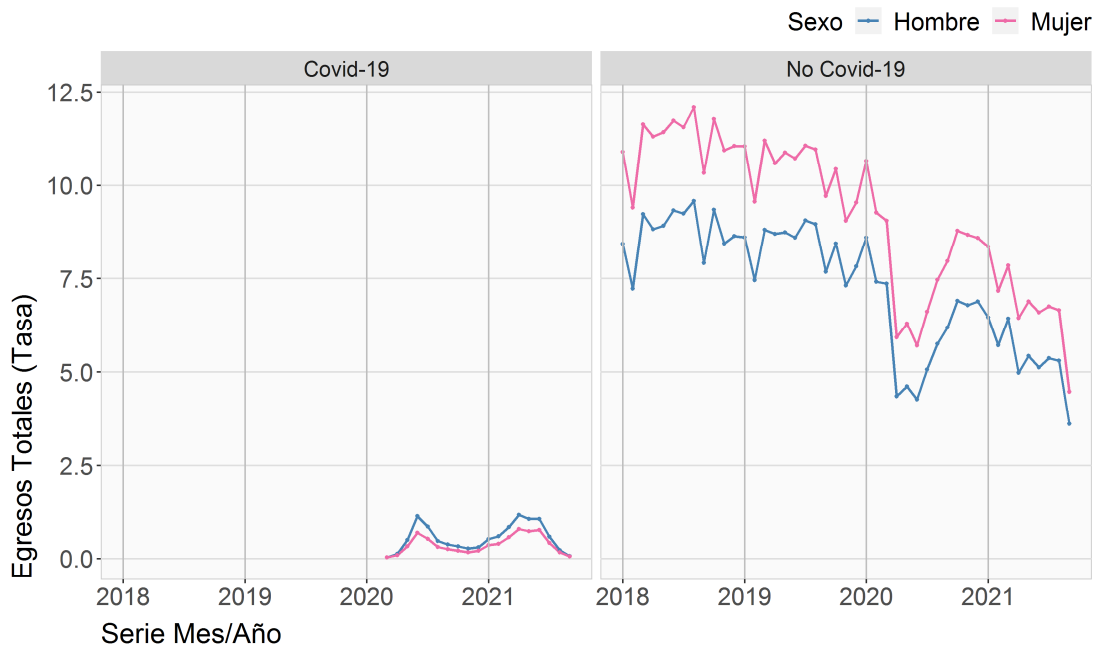
Al comparar las hospitalizaciones provocadas por otras causas, el mayor número de ellas es en mujeres. Sin embargo, están influenciadas, entre otras razones, por los egresos hospitalarios maternos (Figura 7).

Figura 6: Casos confirmados de Covid-19 por 1000 beneficiarios/as por sexo (marzo 2020 – septiembre 2021)



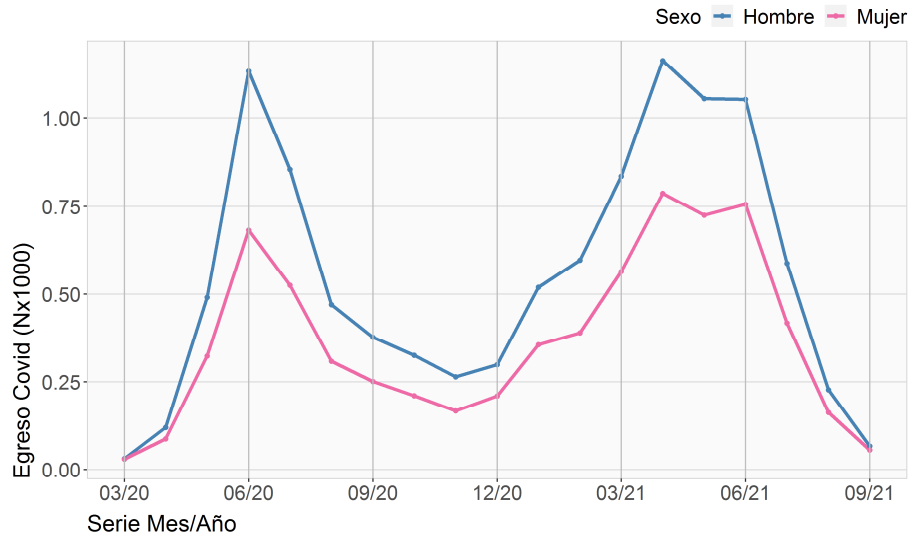
Fuente: Elaboración propia a partir de Epivigila, Minsal

Figura 7: Tasa de hospitalizaciones por 1000 beneficiarios/as por sexo (2018-2021)



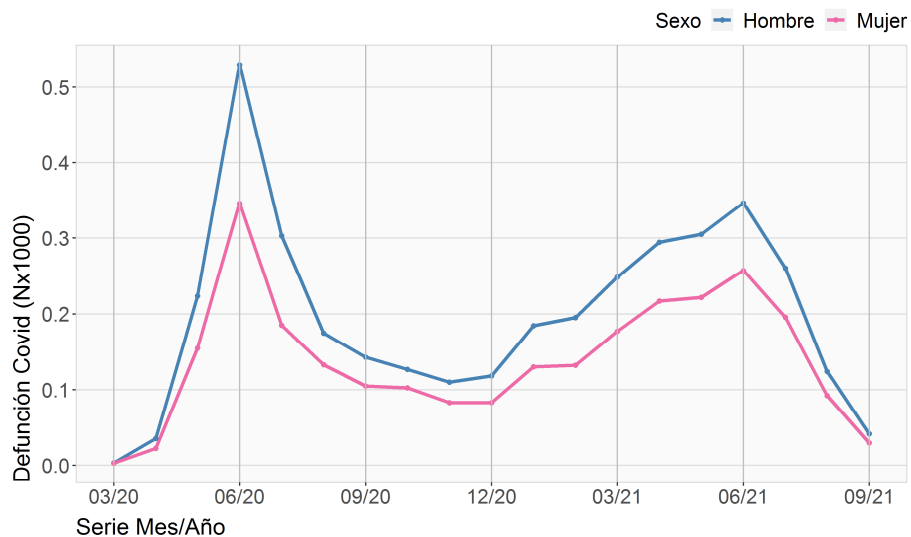
Fuente: Elaboración propia a partir de Egresos Hospitalarios que pertenecen a la Red de prestadores hospitalarios públicos, Minsal

Figura 8: Tasa de hospitalizaciones Covid-19 por 1000 beneficiarios/as por sexo (marzo 2020 – septiembre 2021)



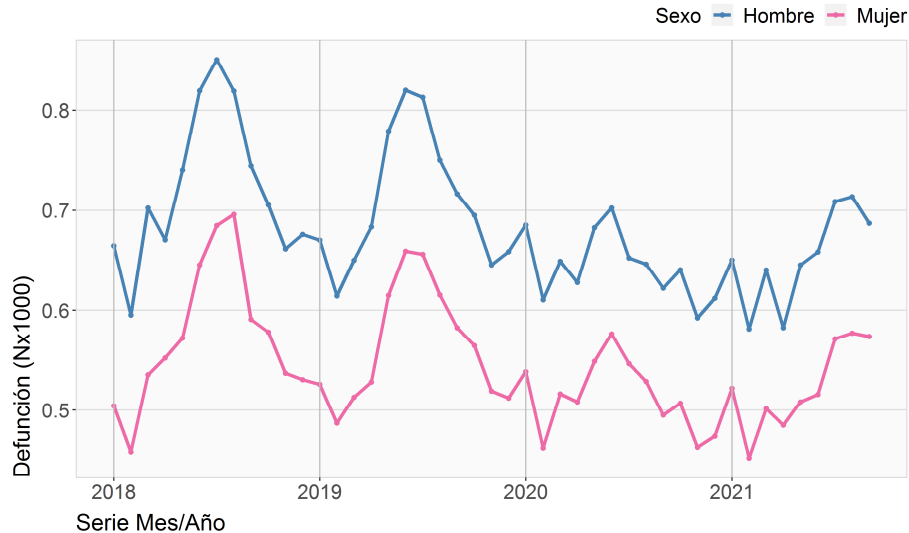
Fuente: Elaboración propia a partir de Egresos Hospitalarios que pertenecen a la Red de prestadores hospitalarios públicos, Minsal

Figura 9: Defunciones por Covid-19 por 1000 beneficiarios/as por sexo (marzo 2020 – septiembre 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de Defunciones nacionales de todos los seguros de salud, Minsal

Figura 10: Defunciones por otras causas por 1000 beneficiarios/as por sexo (2018-2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de Defunciones nacionales de todos los seguros de salud, Minsal

La vacunación contra el Covid-19 ha sido una política pública muy relevante en nuestro país, y su avance deja a Chile en los primeros lugares del mundo en la cobertura nacional, no sólo en el esquema completo, sino también en la dosis de refuerzo, siendo uno de los primeros países en iniciar esta tercera etapa. A la fecha³, el 87,85% de la población total se ha vacunado, y el 84,01% tiene el esquema completo de vacunación, y el 44,46% tiene la dosis de refuerzo, contando con dosis de distintos laboratorios y con acceso a ellas en personas de 6 años y más, y con la aprobación reciente de vacunación en menores entre 3 y 6 años.

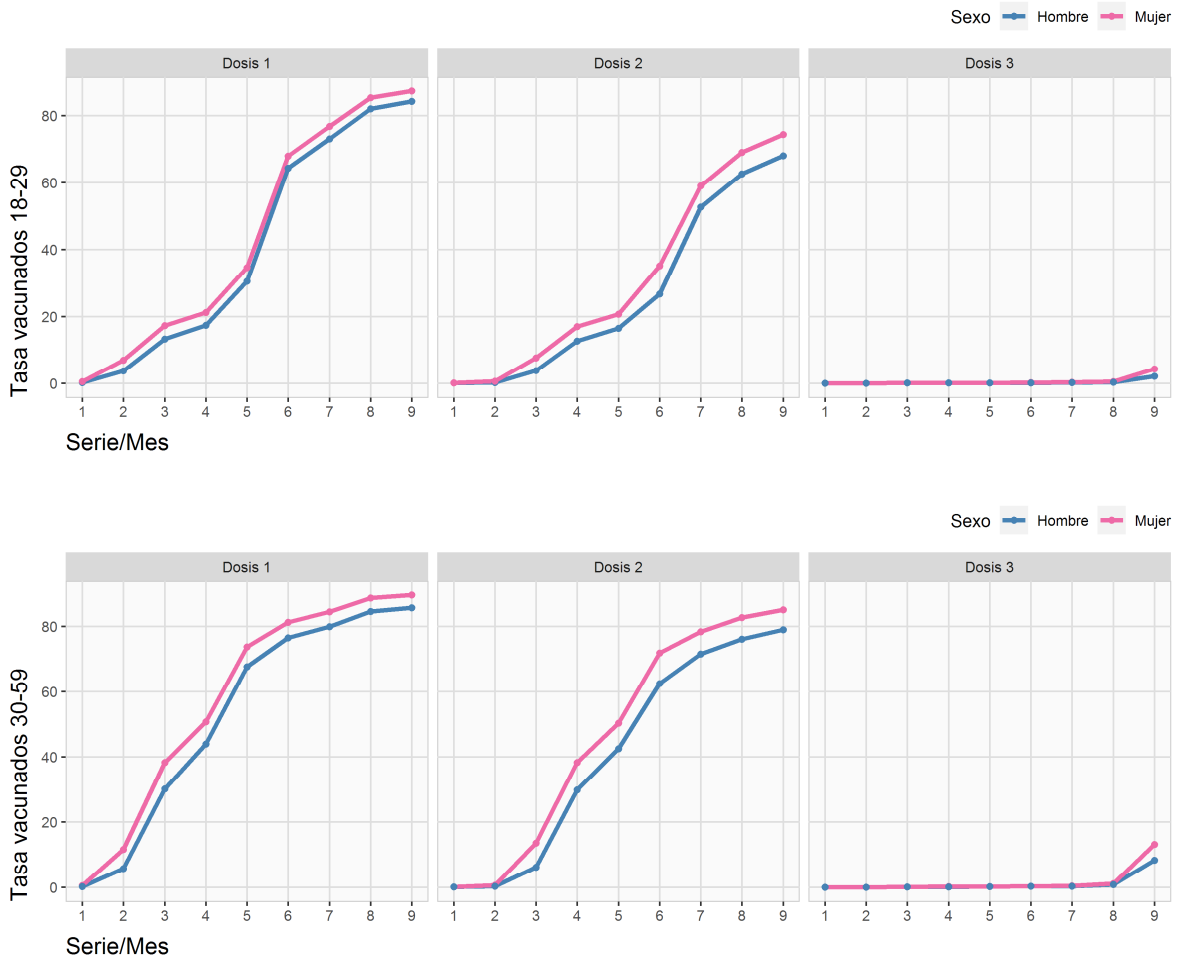
En Fonasa, al igual que a nivel nacional, los efectos de la vacuna fueron notoriamente positivos, reduciéndose tanto en contagios como en gravedad de los casos, los cuales benefician directamente a las personas de la enfermedad provocada por el Covid-19 y también descongestionando el sistema de salud y hospitalizaciones. Según se observa en la Figura 11, en todos los grupos de edad el acceso a vacunas ha sido masivo y con alto grado de equidad por sexo, aun cuando las mujeres se encuentran en mayor proporción vacunadas. A septiembre de 2021, en el tramo de edad 18 a 29 años, el 87,4% de las mujeres de Fonasa, y el 84,2% de los hombres han recibido al menos una dosis; el 74,4% de mujeres y 68% de hombres han recibido dos dosis; y el 4,3% de mujeres y 2% de hombres recibieron la dosis de refuerzo. En el tramo de 30 a 59 años, el 90% de las mujeres Fonasa se ha vacunado contra el Covid-19, a diferencia del 85,6% de los hombres; el 85% de las mujeres tiene dos dosis y 78,9% de los hombres tiene el esquema completo; en cuanto a la dosis de refuerzo, el 13,1% de las mujeres se encuentra con esta dosis versus el 8,3% de los hombres. Finalmente, la población de personas mayores de Fonasa, el 92,3%, el 91,5% y el 60,4% de las mujeres han recibido la primera,

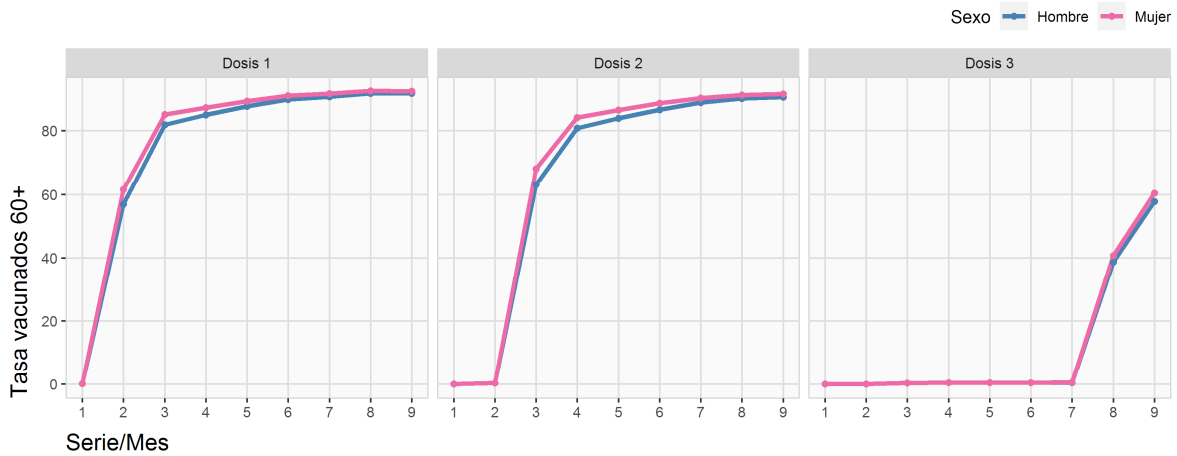
³ Our World in Data al 30 de Noviembre de 2021

segunda dosis y dosis de refuerzo respectivamente; a diferencia de los hombres de Fonasa, quienes el 91,6%, 90,5% y 57,7% han recibido una, dos dosis y la dosis de refuerzo respectivamente.

No obstante, en la población joven tiende a observarse una cierta declinación en el número de personas que recibió segunda dosis, en contraste a lo observado en población adulta y adulta mayor.

Figura 11: Porcentaje de beneficiarios/as vacunados contra el Covid-19 por sexo, edad y mes





Fuente: Elaboración propia a partir de Inmunización Minsal y Our World in Data

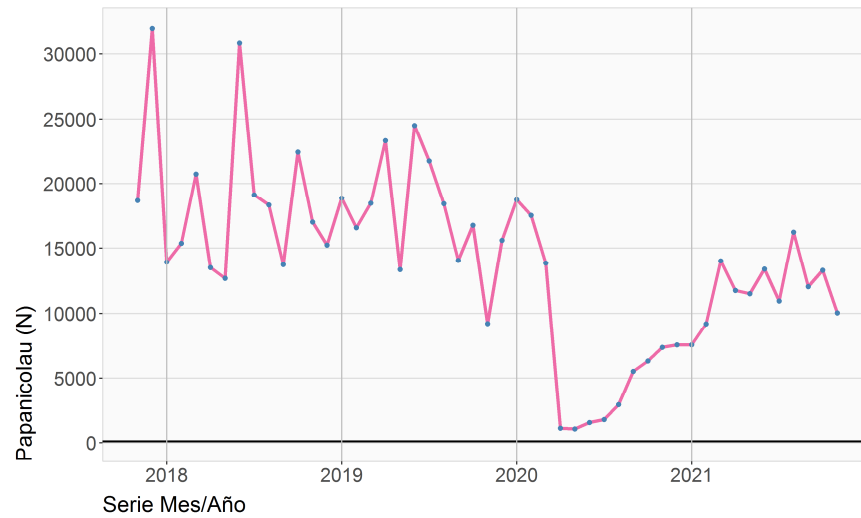
3.2.2 Acceso a Salud Preventiva

Las restricciones de movilidad debido a las cuarentenas, y el miedo a contagiarse, ha provocado que las personas aplazaran tratamientos médicos y también la realización de exámenes preventivos. La relevancia de esto es que, posterior al avance de la pandemia, aumentarán los diagnósticos de enfermedades no transmisibles y, peor aún, detección de enfermedades en niveles avanzados, como, por ejemplo, el cáncer, los cuales provocará mayor riesgo vital al no poder iniciar los tratamientos a tiempo.

En cuanto al Papanicolau (Figura 12), el número de exámenes realizados en el año 2019 fue de 210.906, bajando considerablemente a 85.334 exámenes en el año 2020, es decir, 60% menos. Sin embargo, los exámenes realizados en el 2021 fueron recuperando poco a poco, aun cuando no se logran los niveles de tamizaje en los años anteriores a la pandemia.

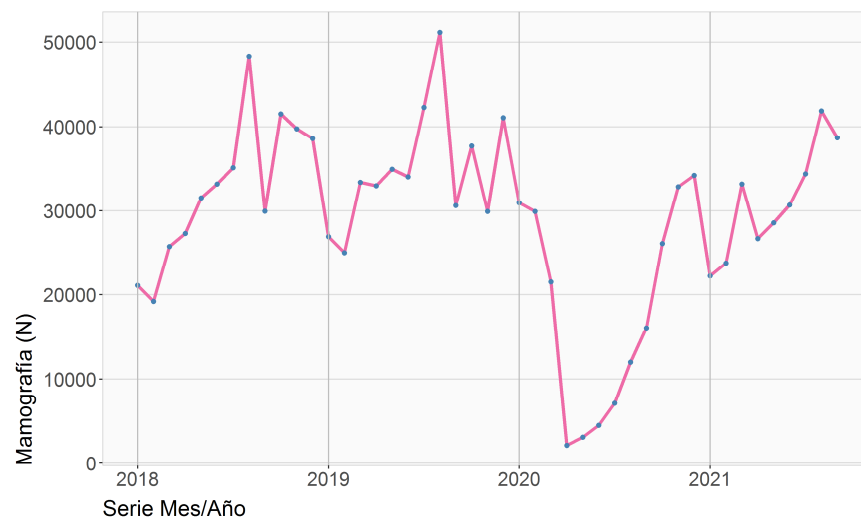
El mismo fenómeno se observa en la mamografía, en donde el número de exámenes realizados en los años 2019 y 2020 fueron 420.005 y 220.402 respectivamente, reduciéndose en un 48%. Finalmente, los datos del DEIS muestran también una caída en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) que se realiza en los establecimientos de salud primaria, en donde los hombres se realizaron 790.213 EMP en el 2019, cayendo a 188.153 en el 2020. Por otro lado, el número de EMP que se realizaron las mujeres en el año 2019 cayó más aún, pasando de 1.302.605 EMP en el 2019 a 345.537 EMP en el 2020.

Figura 12: Evolución de examen de Papanicolau realizados (2018-2021)



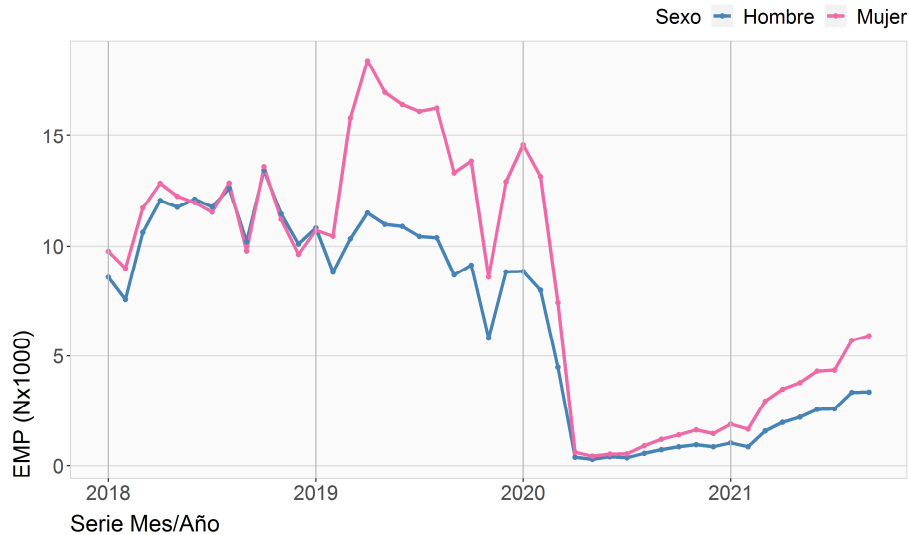
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Minsal

Figura 13: Evolución de examen de Mamografía realizados (2018-2021)



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Minsal

Figura 14: Evolución de Examen de Medicina Preventiva realizados por 1000 beneficiarios/as (2018-2021)



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Minsal

3.2.3 Resolución de necesidades de salud (GES y no GES)

Debido a la emergencia sanitaria y a la anticipación de los potenciales escenarios de colapso del sistema de salud conforme a la experiencia de otros países, los Ministerios de Salud y Hacienda publicaron el 8 de abril de 2020 en el Diario Oficial la suspensión de la obligatoriedad del cumplimiento de la Garantía de Oportunidad de las Garantías Explícitas en Salud (GES), con algunas excepciones, como entrega de medicamentos, fármacos y drogas, atenciones destinadas al diagnóstico o confirmación diagnóstica de algunos problemas de salud que impliquen un riesgo vital para el/la paciente.

Debido a esto, es que comenzaron a aumentar las personas que se encontraban en espera de sus atenciones médicas tanto en GES como en no GES. Más aún, se estima que las personas que han requerido alguna atención de salud fueron mayores que las registradas en las listas de espera, ya que muchas de ellas no se acercaron a un centro de salud, por miedo a contagiarse o porque el centro no se encontraba con la capacidad de atender casos no relacionados al Covid-19.

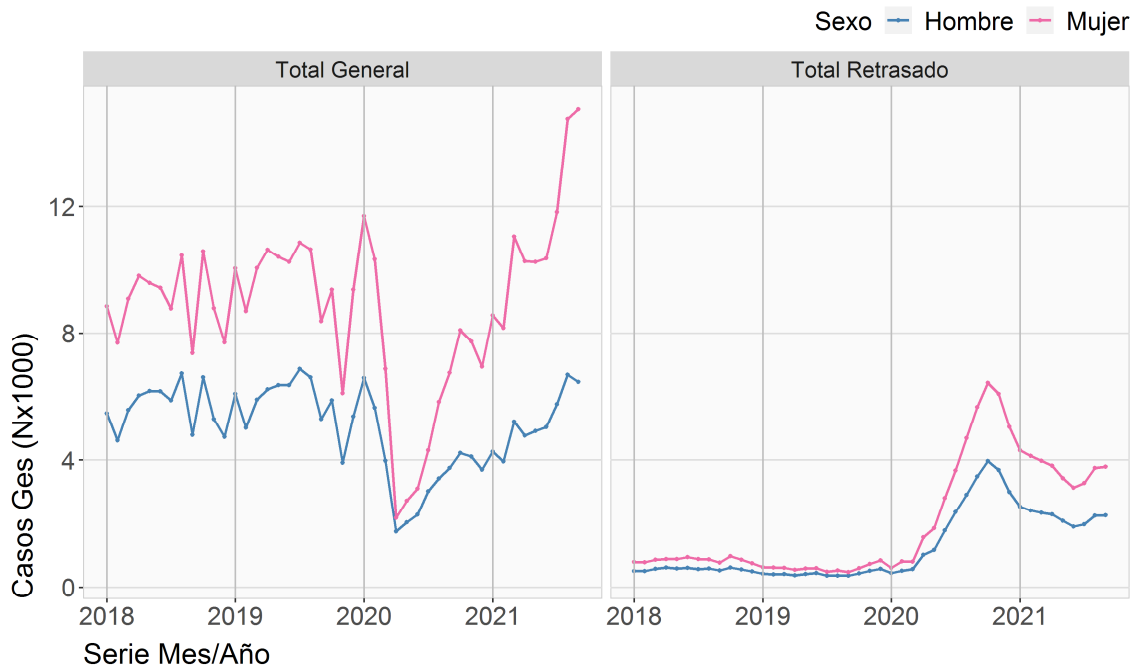
Teniendo en cuenta estos efectos, en la Ley de Presupuesto del Sector Público para 2021 se destinaron fondos adicionales y específicos para apoyar la reducción de listas de espera en intervenciones quirúrgicas, iniciándose después un proceso de licitación para la compra de soluciones integrales de salud tanto en el sector público como en el privado.

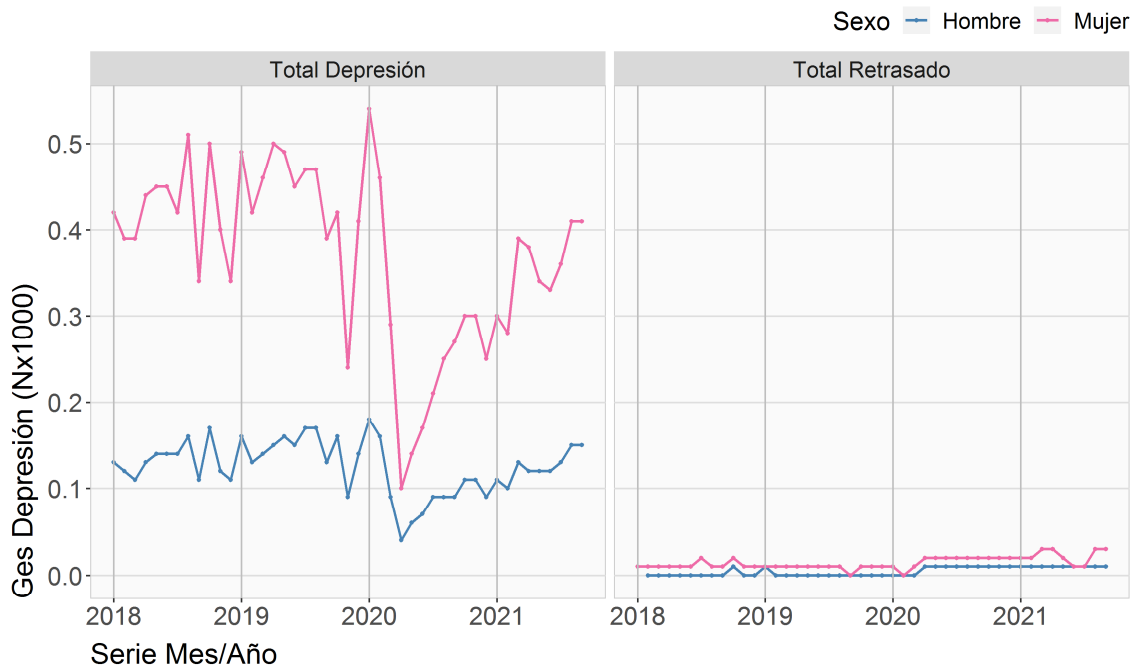
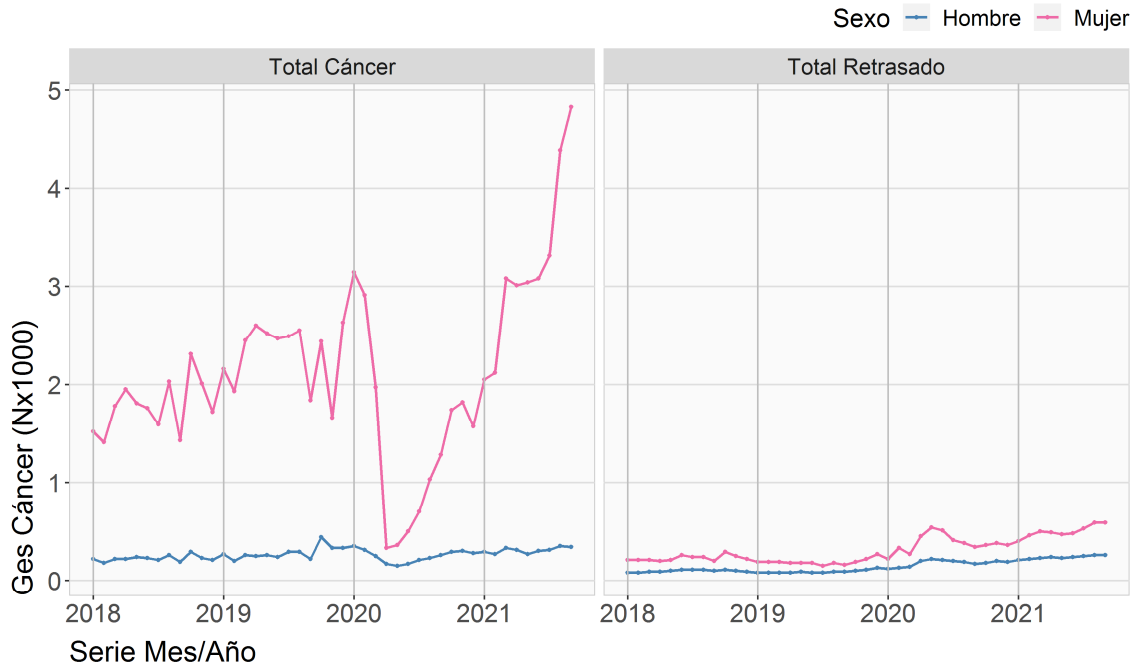
Con respecto al GES, se observa en la Figura 15 que, en los inicios de la pandemia en Chile, disminuyeron considerablemente el número de problemas de salud que ingresaron al GES pasando de 6,6 hombres por mil beneficiarios a 1,8; y de 11,7 mujeres por mil beneficiarias a 2,2. Esta caída se observa incluso en los casos de garantías asociadas a cáncer y depresión.

Si bien el número total de garantías retrasadas ha tendido a aumentar, también existe un aumento en garantías retrasadas en problemas de salud de cáncer, las cuales se encuentran exceptuadas en dicho Decreto. También, entre los meses de marzo y abril de 2020, se constató una fuerte disminución de problemas de depresión, y el aumento de las garantías retrasadas en este problema de salud, cuando los problemas de salud mental han ido aumentando justamente por estas crisis multidimensionales provocadas por el Covid-19.

A contar del segundo semestre de 2020 y más significativamente desde mediados de 2021 se ha visto incrementado el número de garantías activas, siendo sumamente notorio el crecimiento entre las mujeres. En cuanto a las garantías retrasadas se evidencia también una mayor incidencia de esta situación entre las mujeres, aunque se destaca una importante reducción desde el último trimestre de 2020 -con un leve estancamiento hacia el segundo semestre de 2021.

Figura 15: Tasa de Garantías activas y retrasadas por sexo por mil beneficiarios/as (2018-2021)





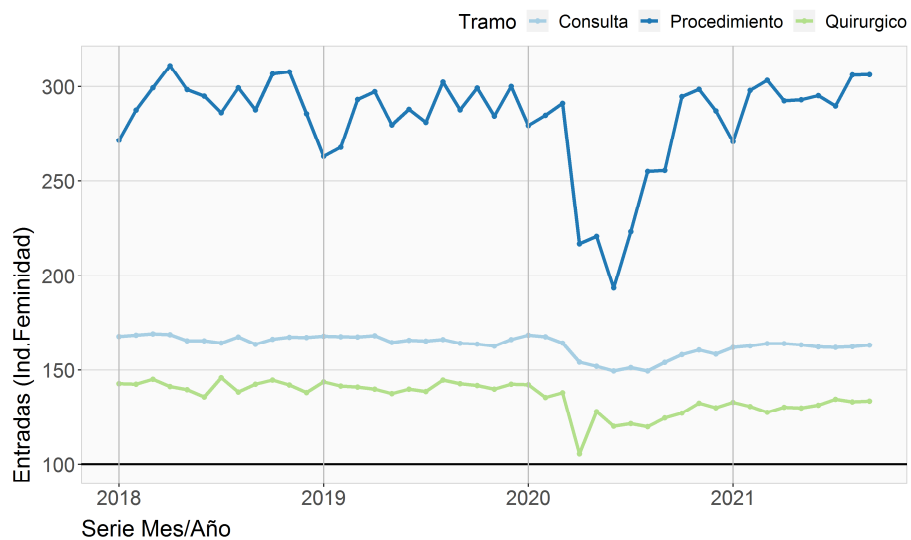
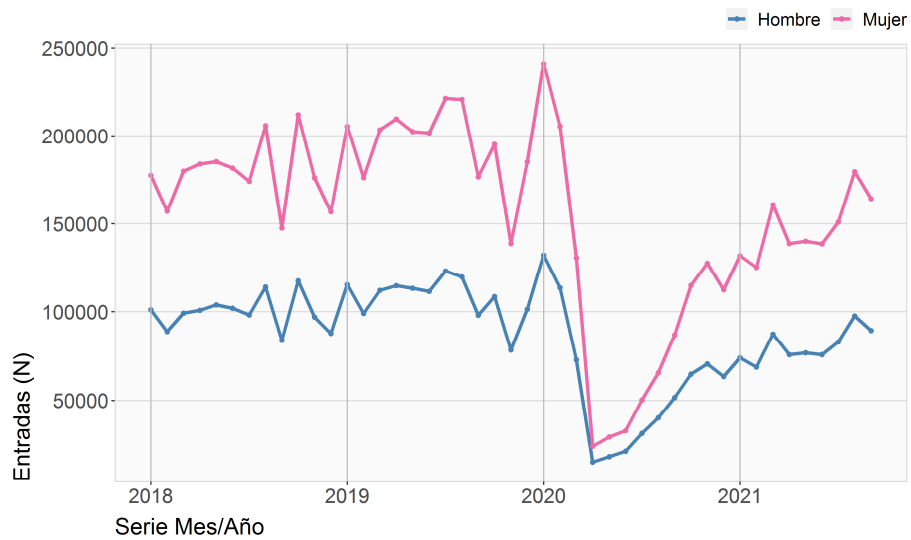
Fuente: Elaboración propia

En el caso de los problemas de salud no GES, se observa el mismo fenómeno, el ingreso de los casos a la lista de espera disminuyó de manera abrupta en los inicios de la pandemia, específicamente de 241.027 a 23.950 en mujeres y de 132.039 a 14.935 en hombres, para luego experimentar un

aumento acelerado en el último trimestre de 2020. También se ha visto que, en el crecimiento de la lista de espera no GES observado desde entonces, se ha registrado un mayor ingreso de mujeres, tendiendo a ampliarse la brecha con los hombres en el año 2021 (Figura 16).

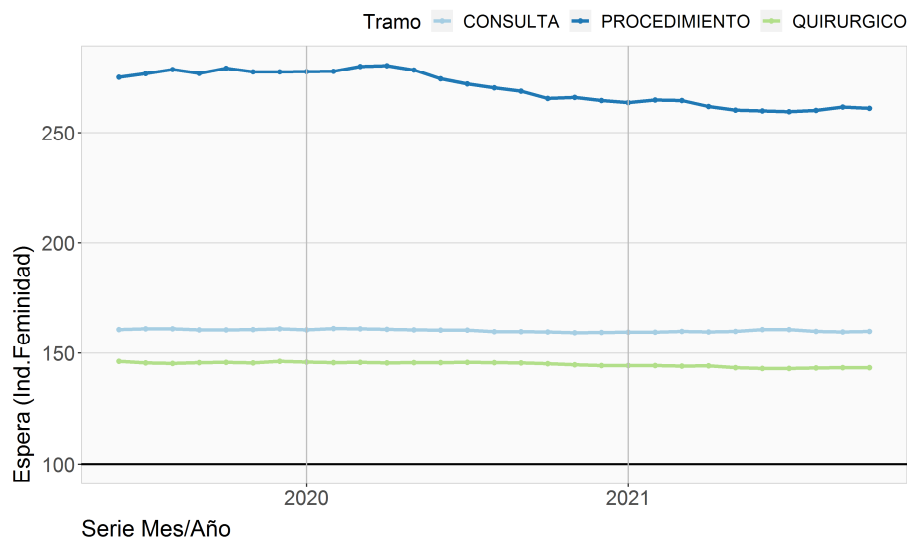
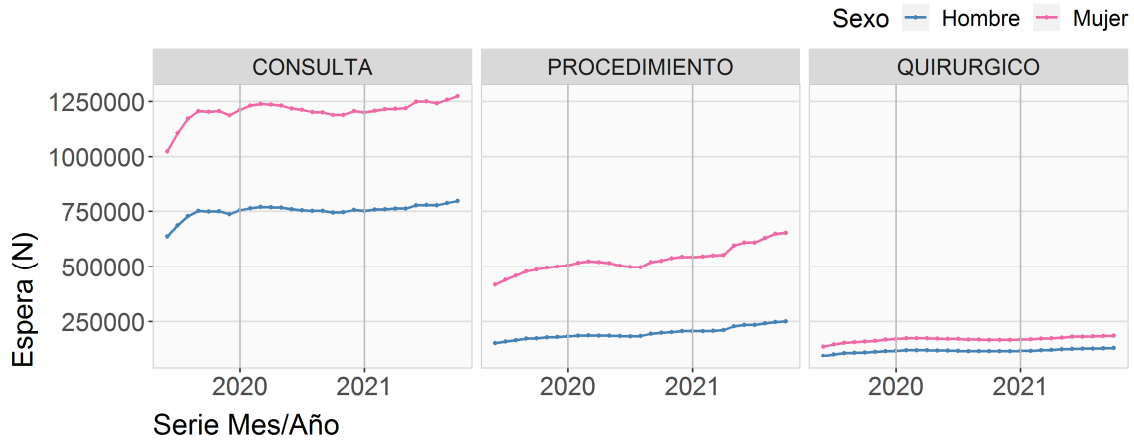
Aún cuando disminuyeron los casos que ingresaron a la lista de espera, las personas que se encuentran esperando atenciones no GES aumentaron desde el inicio de la pandemia, tanto en consultas de especialidad, procedimientos como intervenciones quirúrgicas, afectando más a mujeres que hombres (Figura 17).

Figura 16: Personas que entraron a la lista de espera no GES por sexo (2018-2021)



Fuente: Elaboración propia

Figura 17: Lista de espera no GES por sexo y tipo de prestación (2019-2021)



Fuente: Elaboración propia

3.2.4 Uso de Licencias Médicas

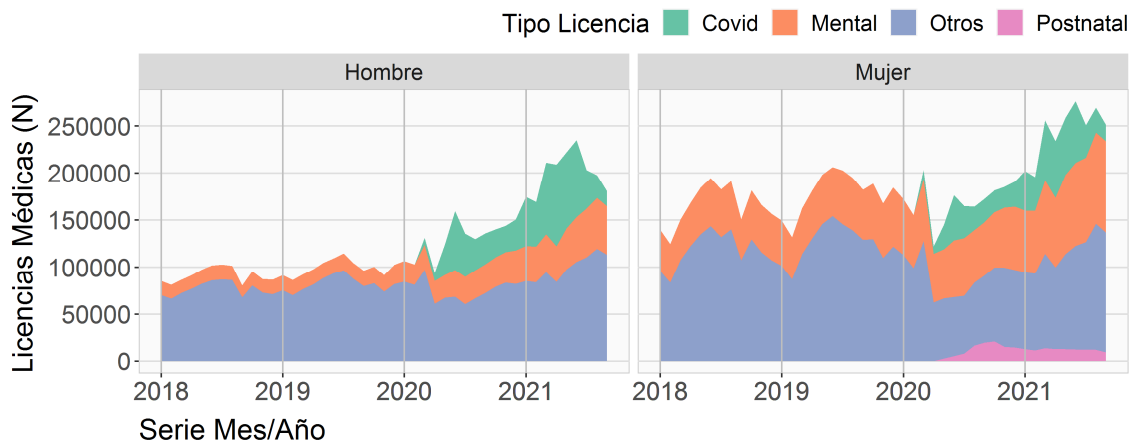
El gasto de Fonasa según la Ejecución Presupuestaria del año 2019 correspondiente al financiamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral fue de MM\$ 665.645. Este gasto aumentó 72% para el año 2020 ascendiendo a MM\$ 1.147.338.

El uso de las licencias médicas y el gasto relacionado a ellas creció, principalmente por las relacionadas al contagio del virus y, en un principio, a aquellas personas que fueron contacto estrecho de personas contagiadas, pero también debido al aumento de problemas de salud mental.

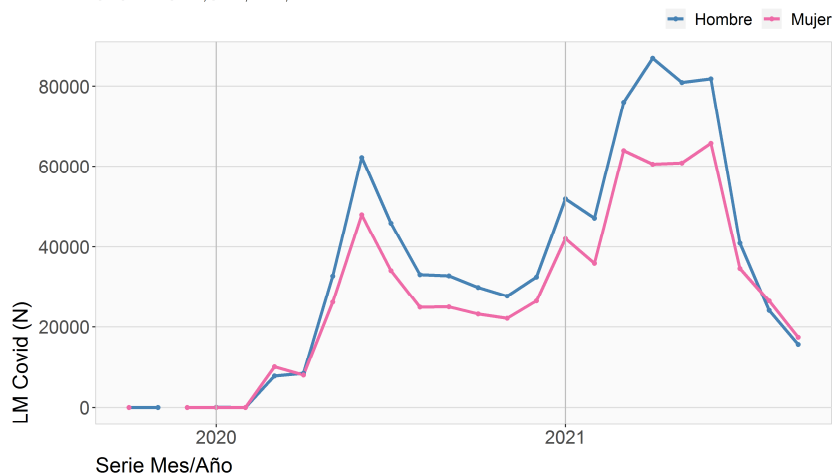
Otro componente relevante se refiere a las licencias médicas por postnatal de emergencia, el cual extendió la duración de ésta, para proteger el cuidado tanto de los padres, madres y cuidadores como de los niños y niñas en un período de fragilidad sanitaria de este grupo de personas.

Dado que las autoridades sanitarias exigen a personas contagiadas realizar confinamiento, es que el número de licencias médicas por Covid-19 tuvieron un comportamiento similar a la evolución de los contagiados, llegando a 62.200 licencias médicas en hombres y 48.021 en mujeres en la primera ola, y a 81.382 licencias médicas mensuales en promedio en hombres y 62.771 en mujeres en la segunda ola. Sin embargo, sólo las personas con trabajo formal tienen derecho a éstas, por lo que el nivel de desempleo, o empleo informal subestiman el nivel de licencias médicas que se pudiesen necesitar, observándose especialmente en las dos olas mostradas previamente.

Figura 18: Evolución de Licencias Médicas relacionadas al Covid-19 (2018-2021)



CodCie10 = 'U07.1';'U07.2';'Z20.8';'Z29.0'



Fuente: Elaboración propia

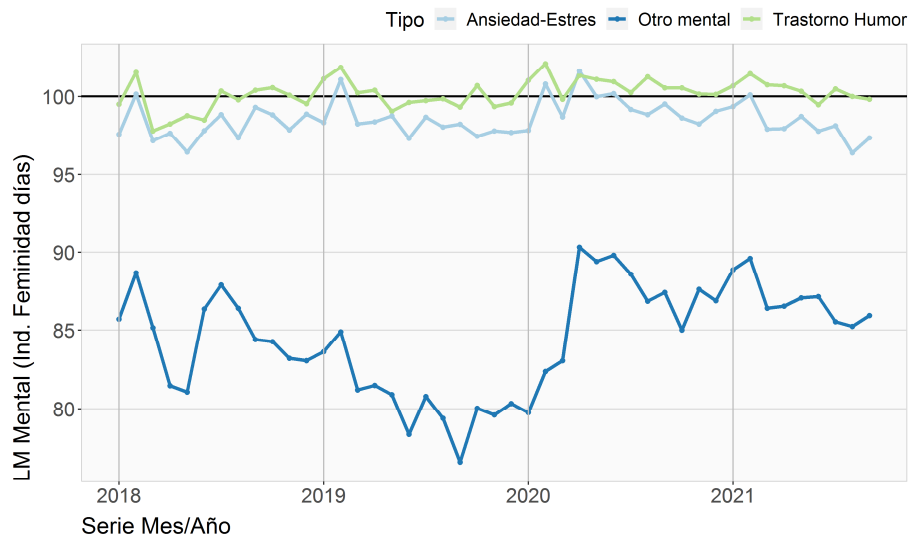
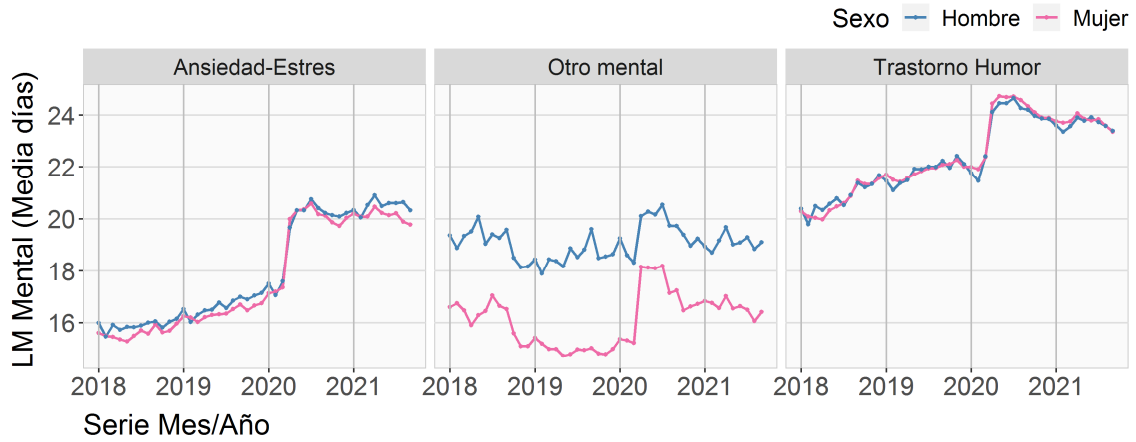
Aun cuando el empleo bajó abruptamente, la salud mental de las personas provocada por factores asociados a la pandemia se pudo observar notoriamente en los gráficos de la Figura 19, afectando especialmente problemas relacionados con la ansiedad y el estrés y registrando un mayor impacto en las mujeres. Sin embargo, en el transcurso del tiempo, y al disminuir las políticas de confinamiento, la brecha entre hombres y mujeres ha ido disminuyendo.

Figura 19: Evolución de Licencias Médicas de salud mental (2018-2021)



No sólo el número de licencias médicas de salud mental aumentó, también lo hizo la duración de ellas, pasando de 16 a 20 días en ansiedad y estrés, y entre 20 y 23 días en promedio por persona en trastorno del humor, entre el 2018 y 2021. La brecha observada en ansiedad, estrés y trastorno de humor no es tan grande, como lo que se observa en otros problemas de salud mental, en donde la duración es mayor en hombres.

Figura 20: Evolución de Licencias Médicas de salud mental (2018-2021)



Fuente: Elaboración propia

4. CONCLUSIONES

Del análisis expuesto en el presente documento, se observa que la pandemia que originó el Covid-19 no sólo generó impactos en la salud de la población beneficiaria sino también instaló desafíos de gran envergadura relacionados con el acceso a prestaciones, la protección financiera y la igualdad de género.

Las dos olas observadas en el país se vieron reflejadas en el nivel de contagios, hospitalizaciones y fallecidos, afectando más severamente a los hombres, quienes registraron un mayor número de hospitalizados y fallecidos por cada mil beneficiarios. La población de personas mayores, tanto en hombres como en mujeres, fue una de las más afectadas, principalmente en los inicios de la pandemia, donde se observaron cuadros más graves y una mayor proporción de fallecidos, tanto por la edad, como por comorbilidades presentes.

Una política pública exitosa ha sido el proceso de vacunación, que puso a Chile en los primeros lugares del mundo, siendo uno de los primeros países en entregar dosis de refuerzo. Este logro ha contribuido de manera sustantiva al control de nuevos contagios y a descongestionar los hospitales. Sin embargo, las mujeres exhiben un mayor acceso relativo a vacunas en todos los grupos de edad y en las tres dosis administradas, lo que requiere reforzar el trabajo en fomentar la vacunación de hombres.

El bajo nivel de acceso a controles preventivos (observado, especialmente, al inicio de la pandemia) plantea un escenario probable de incremento en la prevalencia y gravedad de los problemas de salud que afectan a la población, por lo que es relevante poner énfasis en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles. Dos tipos de cáncer prevalentes en Chile (como el de mamas y el cervicouterino) han tenido menor nivel de testeo, reflejado en una caída de 48% y 60% en los exámenes de mamografía y Papanicolau, respectivamente. Ello puede provocar un aumento en los diagnósticos en los próximos años y en la detección tardía de estas patologías. Lo mismo sucede con el EMP, el cual cayó más de 70% tanto en hombres como en mujeres, impidiendo el oportuno tratamiento y control de enfermedades crónicas.

En cuanto a las prestaciones de salud tanto GES como no GES, la situación previa a la pandemia evidenciaba que las mujeres eran quienes más atenciones de salud necesitaban. Sin embargo, en el año 2020, tanto hombres como mujeres dejaron de asistir a los centros de salud en una proporción similar, señalando desafíos de gran magnitud a fin de recuperar el nivel de producción y satisfacer necesidades de acceso tanto de hombres como de mujeres. Por otra parte, la lista de espera aumentó sobre años anteriores ante la imposibilidad de los sistemas de salud de solucionar y tratar problemas de salud debido a la prioridad otorgada al tratamiento de cuadros asociados a Covid-19.

Asimismo, a las consecuencias sanitarias de la pandemia se suman impactos en el acceso a empleo y de cobertura en cotizaciones. La pérdida de empleos tuvo efectos sobre las mujeres, quienes experimentaron un retroceso de más de 10 años en materia de participación laboral. Desde el punto de vista del financiamiento de la salud, estas tendencias se tradujeron en una disminución de cotizantes tanto en hombres como en mujeres durante mediados del 2020, caída que recién comenzó a revertirse hacia fines de ese año.

Durante la pandemia, las mujeres se vieron empujadas a cumplir múltiples roles, incluso en mayor medida e intensidad que los que desempeñaban con anterioridad, sea ejerciendo tareas de cuidado, dedicando un mayor número de horas al trabajo doméstico, aportando a la educación de niñas, niños y adolescentes y también desarrollando trabajo remunerado, entre quienes pudieron mantener su empleo. Esto a su vez, provocó un aumento en problemas de salud mental, incrementándose significativamente frente a los años anteriores. En los hombres, generó mayor migración desde las Isapres hacia Fonasa, al no poder pagar los planes de salud que tenían previo a la pandemia.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham, D. A., Vijayakumar, T. M., & Rajanandh, M. G. (2020). Challenges of non-COVID-19 patients with chronic illness during the pandemic. *Journal of research in pharmacy practice*, 9(3), 155–157. https://doi.org/10.4103/jrpp.JRPP_20_64
2. Bwire, G.M. (2020). Coronavirus: Why Men are More Vulnerable to Covid-19 Than Women?. *SN Compr. Clin. Med.* 2, 874–876. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00341-w>
3. Cepal. (Abril, 2020). Informes Covid-19. La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/1/S2000261_es.pdf
4. Dang, H.A.H.; Cuong, V.N. (2021). Gender inequality during the Covid-19 pandemic: Income, expenditure, savings and job loss. *World Dev.* 140, 105296.
5. Diario Oficial de la República de Chile. (8 de abril de 2020). Suspende Garantía de Oportunidad de las Garantías Explícitas en Salud en los problemas de salud que indica.
6. Fonasa. Departamento Mecanismos de Pago. (2021). Letalidad producto de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) de pacientes FONASA hospitalizados en prestadores públicos y privados en convenio.
7. Gacche RN, Gacche RA, Chen J, Li H, Li G. (2021). Predictors of morbidity and mortality in COVID-19. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*; 25:1684–707.
8. INE. (Actualización al 29 de octubre de 2021). Serie Población en edad de trabajar por situación en la fuerza de trabajo y según trimestre.
9. Johns Hopkins University. COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) (Oct 27, 2021). <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
10. Kadel S, Kovats S. (2018). Sex hormones regulate innate immune cells and promote sex differences in respiratory virus infection. *Front Immunol*; 9:1653.
11. Kang, S. J., & Jung, S. I. (2020). Age-Related Morbidity and Mortality among Patients with COVID-19. *Infection & chemotherapy*, 52(2), 154–164. <https://doi.org/10.3947/ic.2020.52.2.154>
12. Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>.
13. Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E. et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav* (2021). https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL. (Noviembre 30, 2021).
14. McCabe, R., Schmit, N., Christen, P. et al. Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic. *BMC Med* 18, 329 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01781-w>
15. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuesto. Informe de Ejecución Presupuestaria Fondo Nacional de Salud. Cuarto trimestre 2019



16. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuesto. Informe de Ejecución Presupuestaria Fondo Nacional de Salud. Cuarto trimestre 2020
17. OPS. (29 de octubre de 2021). Determinantes sociales de la salud.
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
18. Sumner, A., Hoy, C. y Ortiz-Juárez, E. (2020). Estimates of the impact of Covid-19 on global poverty. United Nations University. <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/800-9>
19. Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, et al. (2020). Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 — United States, February 12–May 18, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:923-929. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6928e1>
20. Yechezkel, M., Weiss, A., Rejwan, I., Shahmoon, E., Ben-Gal, S., & Yamin, D. (2020). Human mobility and poverty as key drivers of COVID-19 transmission and control. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.06.04.20112417>



6. ANEXO

Tablas y gráficos complementarias a este estudio se pueden encontrar en la página web:

<https://github.com/Estudios-y-Estadisticas/Publico/tree/main/Genero>