

# Director de Fonasa hace un llamado a “desdramatizar” el desierto proceso de licitación de nueva modalidad

“**Quiero recalcar** de nuevo que ellos también miran el proceso completo (las aseguradoras). Desdramatizar un poco esto porque en realidad en muchas licitaciones, en cosas complejas como esta, las primeras ocasiones son declaradas desiertas”, dijo Camilo Cid.

OLIVIA HERNÁNDEZ D.

El director del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Camilo Cid, se refirió durante esta jornada al fallido proceso de licitación de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) que busca desarrollar dicho servicio, luego de que este fuera declarado desierto.

De acuerdo a expertos, el gran tema que hubo detrás del poco interés de las aseguradoras para participar en esta licitación, es el posible riesgo de selección adversa, esto es, que personas con mayor riesgo o siniestralidad fueran las que mayoritariamente accedieran a la MCC.

Ahora Fonasa tendrá un plazo máximo de tres meses para convocar a otra subasta. Si este nuevo proceso no es adjudicado a uno o más oferentes, Fonasa podrá realizar una contratación directa del servicio.

En este contexto, Cid explicó, en conversación con T13 Radio, que “la licitación tiene tres etapas. No vamos a negar que nos hubiese gustado que en esta ocasión se presentaran los seguros y hubiésemos podido culminar con el proceso con una asignación de aseguradoras responsables de la administración de la MCC. Sin embargo, no se presentaron en esta ocasión, pero se abre una segunda etapa, que está en la ley”.

Agregó que incluso existe un tercer proceso y que, al final de todo, “la misión que tenemos nosotros por ley es implementar la modalidad”.

En ese sentido, el director de Fonasa llamó a “desdramatizar” la situación y comparó lo sucedido con el proceso de licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia (SIS), el cual, de igual manera, tuvo una primera etapa “desierta” y una segunda que se “asignó solo con dos proveedores”.

“Quiero recalcar de nuevo que ellos también miran el proceso completo (las aseguradoras). Desdramatizar un poco esto porque en realidad en muchas licitaciones, en cosas complejas como esta, las primeras ocasiones son declaradas desiertas”, manifestó.

Reconoció en todo caso que “probablemente sí, faltó tiempo, o a lo mejor hubo dudas que no terminaron de aclararse y obviamente esto pasó en esta ocasión, pero nosotros tenemos ahora tres meses para revisar los parámetros, conversar con los



Estamos en un proceso que no ha terminado, en ese sentido no lo consideramos un fracaso (...) tenemos las herramientas, los mecanismos para reponer la licitación y seguir el proceso como estaba estipulado”.

CAMILO CID, director de Fonasa.

actores y volver a plantear unas bases que sean atractivas”.

## CLÍNICAS Y ARANCELES

Cid se refirió en específico a algunos de los temas que fueron considerados como la causa del fracaso de la licitación: el número de actores, la masa de asegurados y los aranceles de las prestaciones.

En cuanto al número de clínica involucradas en el proceso, el director de Fonasa señaló que al momento de la licitación ha-

bía un total de 490 prestadores y 35 clínicas.

En relación a este punto, Cid aseguró que “vamos a escuchar a todos los actores. La verdad es que hay redes importantes (...) Bupa no se puede decir que no es una de las más grandes, que está ya en la modalidad. No tenemos problemas en las regiones, está muy completo todo lo que son las redes regionales de clínicas y hay, sí, ausencia de algunas redes aquí en la Región Metropolitana”.

“Vamos a volver a conversar y vamos a

revisar los parámetros. Cuando digo parámetros, nosotros sabemos que hay un tema de arancel, que son los precios de las prestaciones y que ha habido cierta observación al respecto de aquellas prestaciones que son más complejas”, planteó.

Al respecto, Cid señaló que el cálculo del arancel de la prestación se realiza en base a promedios de la industria privada e información de las propias clínicas.

“El arancel no está demasiado lejos de eso; sin embargo, lo que nosotros entendemos es que hay cierta distribución de los precios o franjas de prestaciones que no quedan bien representadas, que es la queja que hemos escuchado”, indicó.

Otro de los temas de fondo tiene relación con el valor y la cantidad de primas que se pagan. En relación a esto, el director de Fonasa afirmó que hay asuntos que probablemente “no se hayan entendido bien”. Esto, porque ya existen coberturas institucionales con copago cero, como por ejemplo las patologías GES (Garantías Explícitas en Salud), y, por tanto, “estas cosas no entran a la mitad”.

“A lo mejor algunos de estos temas no quedaron suficientemente claros, y la gente está pensando que tiene que cubrir todo y financiar todo, y no es así”, apuntó.

Sobre la cantidad de personas estimadas para la prestación, Cid comentó que la “estimación nuestra (de Fonasa) siempre fue menor que la estimación de los aseguradores. La estimación de los aseguradores habla de un pool más o menos de 5 millones de personas en régimen, nosotros más o menos habíamos estimado la mitad”.

Sin embargo, señaló que “también entendemos que esto está vinculado con la red y que los seguros lo ven muy vinculado a los prestadores y por eso que el esfuerzo que tenemos que hacer en la parametrización del arancel es muy importante”.

“Lo que yo considero es que estamos en un proceso que no ha terminado, en ese sentido no lo consideramos un fracaso (...) Sin embargo la complejidad de este proyecto no nos sorprende tanto, y tenemos las herramientas, los mecanismos para reponer la licitación y seguir el proceso como estaba estipulado”, finalizó el director de la institución. ●