

OPORTUNIDADES TRAS LA FRACASADA LICITACIÓN DE FONASA

Esta semana se conoció el resultado de la licitación de Fonasa para la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC): luego de dos postergaciones, que ya hacían prever un escenario complejo, ésta fue declarada desierta.

La noticia es indudablemente un revés para el Ejecutivo, quien rápidamente ha salido a poner “paños fríos”, entregando ejemplos de otras licitaciones declaradas desiertas y recordando que la ley entrega a Fonasa un plazo de hasta tres meses para convocar un nuevo proceso, que de declararse nuevamente desierto habilitaría para una contratación directa por parte del asegurador público.

La MCC fue presentada durante la discusión de la Ley Corta de Isapres como “la” solución para quienes tuviesen (o quisiesen) partir a Fonasa, ya sea por temas económicos, o por darse el caso de la quiebra de su aseguradora. Así, la promesa de Fonasa consistía en poder optar (1) a los mismos prestadores privados que bajo el sistema isapre, (2) con la misma cobertura que la entregada en promedio por el sistema isapre (65% hospitalario y 75% ambulatorio), y (3) a un precio (adicional al 7% obligatorio) cercano al promedio que pagan hoy los afiliados a isapre como cotización voluntaria (\$ 30 mil).

Lamentablemente, detrás de la no recepción de ofertas por parte de las compañías aseguradoras hay una serie de errores que solo tienen un denominador común: obstinación por una

fórmula advertidamente inviable. En un escenario de listas de espera que no logran controlarse, Fonasa no logró dar certezas respecto a la posible selección adversa de esta nueva modalidad, de si la prima “sugerida” como tope en las bases de licitación (cerca de \$ 45 mil) alcanzaría a cubrir los costos, de la real disposición a pagar esta prima, o de si el arancel resultaría lo suficientemente atractivo para que las clínicas de mayor complejidad quisieran sumarse, entre otras.

Desde la mirada de las personas, la promesa terminó transformándose en un castillo de naipes: ¿cuánto sería el pago adicional? Y en caso de poder pagarlo, ¿qué capacidad tendría un beneficiario de Fonasa de entender que si la patología es GES debe volver a la modalidad institucional, si es un gasto catstrófico no estaría cubierto, si podría o no ir a las clínicas a las que esperaba, entre otras muchas complejidades en el diseño?

Sin embargo, el fracaso del proceso abre una oportunidad de replantearse qué es lo que verdaderamente requieren los beneficiarios de Fonasa. ¿Por qué crear una nueva modalidad, solo disponible para quienes pagan una prima adicional? ¿Por qué no mejorar la actual protección financiera de la Modalidad Libre Elección (de aproximadamente 38% promedio, incluso cercano a solo el 10% por concepto hospitalario), que permitiría a todos quienes cotizan en Fonasa mejorar su protección financiera a la hora de acudir a un prestador privado? Aún es tiempo para dejar la ideología y avanzar hacia lo que las personas necesitan.

La ausencia de ofertas contiene una serie de errores con un denominador común: obstinación por una fórmula advertidamente inviable.