LA TERCERA
Fecha: 28/06/2025 Audiencia: 271.020 Sección: OPINION
Vpe: $5.027.448 Tirada: 76.017 Frecuencia: DIARIO
Vpe pág: $9.829.612 Difusión: 76.017
Vpe portada: $9.829.612 Ocupación: 51,15%

El costo del voluntarismo en salud

La Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) había sido presentada por el propio gobierno como una de las reformas más importantes introducidas al Fonasa en las últimas décadas, ya que supone un fortalecimiento estructural a las posibilidades de cobertura financiera de las prestaciones de salud. El propio Presidente Boric, en su última cuenta pública, mencionó que "esta modalidad representa un paso fundamental hacia una complementariedad público-privada que sea más virtuosa, donde los usuarios de Fonasa se beneficien de lo mejor de ambos mundos".

Por ello resultó particularmente llamativo que la licitación convocada por Fonasa para hacer realidad esta nueva modalidad terminara siendo declarada desierta, dado que ningún asegurador presentó ofertas. Ante ello, la entidad pública convocará a una nueva licitación dentro de los próximos tres meses, y de no arrojar resultados aún cuenta con la facultad de poder asignar vía trato directo.

Más allá de que en lo que resta del proceso puedan aparecer interesados en la modalidad licitada, lo ocurrido es un traspié de proporciones cuya responsabilidad recae directamente en Fonasa, ante lo que no debe extrañar que incluso parlamentarios oficialistas hayan manifestado su abierta molestia con el director de la entidad, particularmente porque fueron varias las voces que con mucha antelación advirtieron que el diseño de la licitación abría serias dudas. Así, fue evidente que en la medida que grandes prestadores de salud optaron por no ser parte de la MCC, el interés de las compañías de seguros por ofertar se ponía en serio riesgo, tal como sucedió. También se alertó -entre otros problemas- que el diseño inducía a la selección adversa, al existir el riesgo de que sobre todo los afiliados con más enfermedades crónicas o en lista de espera adscribieran a la MCC, lo que podría generar importantes desequilibrios financieros.

La MCC surgió en el marco de la tramitación de la "ley corta" de Isapres, iniciativa que fue necesario montar de emergencia para que las administradoras pudieran cumplir con los controvertidos fallos de la Corte Suprema sobre tabla de factores de riesgo y otros aspectos sin que ello implicara un colapso del sistema, ya que dichas sentencias implicaban una caída sustantiva de ingresos y la obligatoriedad de restituir a los afiliados del orden de US$ 1.200 millones. Como parte del paquete de medidas, el gobierno promovió la introducción de la MCC, que fue pensada para que el alto número de personas que previsiblemente emigrarían de las Isapres a Fonasa producto del encarecimiento de los planes -lo que efectivamente ha venido ocurriendo- contaran con una nueva modalidad para atenderse en libre elección. En lo grueso, la MCC consiste en un seguro voluntario que permite a los afiliados de Fonasa acceder a prestaciones hospitalarias y ambulatorias en clínicas y centros privados, financiado a través del 7%, más una prima plana.

Parece evidente que la MCC, aunque fue impulsada como una medida para hacer frente a una situación coyuntural, pronto fue vista por el gobierno como una suerte de punta de lanza para avanzar hacia el modelo de salud que persigue esta administración, donde exista un gran seguro público -en el que deban cotizar la mayor parte de las personas, lo que ya se está logrando, pues Fonasa cuenta con más de 16 millones de afiliados, y la MCC sería una forma de aumentar el atractivo por afiliarse al sistema público- y en torno al cual se estructure el sistema de salud, dejando a las Isapres como una suerte de seguros de "segundo piso".

Los decepcionantes resultados de este primer proceso deben resultar aleccionadores, porque es evidente que un cambio integral del modelo de salud como el que pretende el gobierno requiere de un diseño que descanse en un amplio y riguroso análisis de sus pros y contra, que ante todo asegure su buen funcionamiento del sistema, debate que no ha ocurrido. Primó, en cambio, una visión voluntarista, en que seguramente buscando avanzar hacia este modelo ideal de salud se insistió en llevar a cabo una licitación a toda costa pese a sus evidentes problemas de diseño, cuya consecuencia ha sido alimentar las críticas a los constantes problemas de gestión que ha tenido el gobierno, frustrando de paso las expectativas que la misma autoridad alimentó.

> El fuerte traspié que experimentó Fonasa en la licitación para poner en marcha la modalidad de cobertura complementaria no solo ilustra problemas de gestión en el sector público, sino también los riesgos de empecinarse en modelos de salud "ideales" sin el debido análisis.

Fonasa se ha escudado en que siempre está la posibilidad de que una primera licitación, sobre todo cuando se trata de un sistema nuevo, no llegue a puerto, y que en un segundo proceso hay margen para corregir los problemas detectados. La pregunta es por qué no se introdujeron las rectificaciones antes, y en lo que toca a los cambios que Fonasa pretende introducir en el segundo proceso de licitación, será necesario prestar atención si algunos de ellos eventualmente podrían requerir de modificaciones legales, como podría ser el caso si se considerara alguna forma de reaseguro, pues ello podría implicar aporte de fondos públicos.

No deja de llamar la atención en todo caso que el mayor empeño del gobierno parece estar puesto en sacar cuanto antes esta licitación, sin antes atender los gravísimos problemas que se advierten en la salud pública, y que impactan directamente en la salud de la mayoría de la población. Después de todo, la MCC está fundamentalmente destinada a los cotizantes de mayores ingresos del Fonasa, quienes cuentan con algún margen para pagar un adicional sobre el 7% obligatorio. Mientras se discute este mejoramiento de coberturas, Fonasa y las autoridades de salud no han logrado contener las abultadas listas de espera en la salud pública -2,2 millones de personas aguardan una consulta nueva de especialidad, y más de 370 mil esperan por una cirugía-, y también se ha fallado gravemente en contener el abuso en materia de licencias médicas, como reveló un reciente informe de Contraloría, a lo que se suma la crisis que afecta a varios hospitales públicos. El traspié con la licitación se suma a esta cadena de fallas, y ello debería servir no solo para ilustrar las complejidades de empecinarse sin el debido análisis en modelos "ideales", sino que debería servir para poner el foco en las verdaderas urgencias en salud.