



Emilio Santelices, director médico de CLC y la fallida licitación de la MCC:

"Si Fonasa insiste en los términos actuales y cambios marginales, va a volver a fracasar"

Desde su acabado conocimiento del proyecto desde sus inicios, el exministro de Salud enfatiza que revertir el fracaso del proceso esta semana requiere cambios mucho más profundos que los planteados hasta ahora por Fonasa y una acción del Gobierno al más alto nivel.

la evidencia, insista en sacarla con correcciones en el margen.

—¿Cuáles son las fallas de origen?

—En todo el periplo de proyectos de ley y discusión legislativa, lo que subyació y estuvo en juego fue un cambio radical del modelo de salud, luego que no avanzó el propósito original de tener un fondo único. Ahora, en aras del beneficio de la población, se debiera decir cuáles son los propósitos fundamentales para avanzar en financiamiento.

—En la discusión de la ley corta las autoridades de salud sostuvieron que en realidad el gran objetivo era levantar la MCC, al punto que podría ser una respuesta al derrumbe de las isapres que se advertía entonces.

—Aquí se confundió propósito con instrumento y también se contaminaron objetivos distintos al interior del propio Gobierno. Había grupos —que lideraba la ministra Ximena Aguilera— que genuinamente querían resolver el tema de la isapres, pero otros querían aprovechar eso para su objetivo de terminar con las isapres como propósito fundamental, aun cuando tuviera costos para la población. Eso es lo que subyace en esta discusión y es hora que tengamos una mirada amplia para hacer las medidas correctivas.

—¿Dónde comenzaron los problemas en el diseño de la MCC?

—En las primeras propuestas habían muchos temas técnicos no resueltos adecuadamente. Ahí existieron conversaciones —mantuve algunas muy fluidas con Camilo Cid y el jefe de la División de Planificación Matías Goyenechea— e hice observaciones en el ánimo de mejorar el proyecto. Y algo parecido hizo la Asociación de Aseguradores. El

proyecto avanzó y luego que Fonasa publicó los precios de referencia de las prestaciones se sacaron dos conclusiones: eran adecuados para la cobertura ambulatoria, pero para la atención hospitalaria no daban por ninguna parte.

—¿Qué aspectos fueron los más gravitantes de cara a la aprobación?

—Cuando Fonasa presentó una nueva tabla de precios y aparece una gran dificultad para lo que iba a ocurrir con las primas. Ante el Senado, Cid adelantó que la prima iba a costar \$ 30.000, y después me reuni con expertos como el presidente del Instituto de Actuarios Matemáticos, quien me adelantó que no iba a ser menor a \$ 52.000. Y eso lo hice ver advirtiendo que se estaban generando expectativas muy elevadas para la población que era necesario ajustar, porque esto no iba a funcionar. Y en el devenir del tiempo, las cifras de muchos bordaron los \$ 47.000 más IVA, o sea, el cálculo preliminar de los expertos era acertado. Eso me hizo ver que esto no iba por un buen camino.

—¿Qué normas aplicadas a las compañías de seguros no fueron las adecuadas?

—Entre las indicaciones agregadas al final, había restricciones de multa. Asimismo, las compañías que se adjudicaron la MCC en un determinado periodo deberán continuar en un siguiente lapso si es que nadie se adjudica esa cartera. En ese punto, me quedó la sensación de que este proyecto no iba a ninguna parte, y es lo que se constató finalmente.

—Las aseguradoras advirtieron una falta de entendimiento sobre la industria. ¿en qué se notó?

—Un problema no resuelto era

POR JORGE ISLA

Fue propuesta por el Gobierno como la gran solución para afrontar la crisis de las isapres tras los lapidarios fallos de la Corte Suprema e, incluso, como una alternativa al aseguramiento privado de salud desarrollando una nueva industria que abriría definitivamente las puertas a las compañías de seguros en la protección financiera de los beneficiarios del Fonasa. Pero a más de un año de su aprobación como pieza fundamental de la llamada ley corta de isapres, la puesta en marcha de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) se estrelló con la negativa de la industria aseguradora a participar de su primera licitación, que quedó

desierta este lunes.

Un testigo privilegiado de la tramitación de este proyecto a lo largo de un año, es el exministro de Salud Emilio Santelices. Primero, encabezó una comisión técnica clave en la discusión de la MCC que, en lo fundamental, crea un seguro complementario a la cotización de salud del 7%, con una prima plana por persona beneficiaria, tenga o no preexistencias, y acceso a prestadores privados en red. Y tras la aprobación en mayo de 2024, conoció de primera fuente los detalles de la implementación que, a la postre, falló en el test de mercado y puso en entredicho la principal reforma en salud que había logrado impulsar el actual Gobierno.

"Al día de hoy, hay una situación de

hecho con un fracaso en la implementación de una política pública, lo cual es lamentable para el sistema", evalúa Santelices, director médico de Clínica Las Condes (CLC) desde enero pasado.

—El director de Fonasa Camilo Cid desdramatizó la falta de intereses afirmando que se puede revertir con "ajustes paramétricos" y administrativos "relativamente menores" de cara a una segunda licitación o un eventual trato directo. ¿Es viable la MCC sin cambios de fondo?

—Dado lo que significa el Fonasa para institucionalidad del Estado, lo peor que pudiera ocurrir acá en detrimento de la población es que el director se enamorara de su iniciativa al punto que, más allá de

JULIO CASTRO

la discrecionalidad de las personas para entrar y salir del pool de riesgo, lo que genera una situación de siniestralidad ex-ante. Luego, ¿cuál es el mínimo de población que se requiere para que el riesgo se pueda compartir entre todos? y si los cambios había que hacerlos en un modelo de shock o de manera gradual. Esa conversación técnica debe tener como base la experiencia de una industria de seguros con mucha espalda, historia y capacidades técnicas necesarias. Escuchar esas recomendaciones es de toda lógica y creo que ahí está el juego.

El rol de los prestadores

–Un factor clave para la MCC es contar con una red de salud, y finalmente atrajo a 490 prestadores, pero no a la enorme mayoría de las grandes clínicas. ¿cuál fue la causa?

–El hecho que no adhiriera ningún prestador de alta complejidad se debe al tema de los costos asociados a la hospitalización. Por las cifras que se daban y la manera en que se había diseñado, se iba evidenciando el resultado que ahora conocemos.

–En un principio, la administración anterior de Clínica Las Condes manifestó su disposición preliminar a participar de la red, finalmente

no adhirió ¿Cuál fue el análisis?

–La clínica está en un periodo de reconstrucción con muchos desafíos, por lo que no podíamos sumarnos a esta propuesta abriendo un nuevo escenario muy incierto.

Al hacer los ejercicios de costos, esto era técnicamente inviable. En general, tenemos el compromiso de trabajar activamente con el asegurador público, y recibimos pacientes de manera frecuente según la ley de urgencia y convenios para pacientes críticos pagados por GRD, en una relación muy fluida.

–Entre las causas del fracaso de la licitación, Fonasa dijo que uno de los factores principales fue la falta de adhesión de las grandes clínicas.

–Más que nada es una declaración política que se entiende en esa dimensión, pero que no va al fondo. Todos sabemos que lo señalado es un epifenómeno de un tema mucho más profundo relacionado a lo que se busca alcanzar, y sus derroteros técnicos, pero sin hacerse cargo de la realidad: que los costos son

“Esto ya sobrepasa el alcance de la dirección de Fonasa. Me recuerda la situación con los fallos de la Corte Suprema sobre las isapres”

“La oportunidad existe si se sinceran los costos para que las primas sean reales y se recojan muchas de las observaciones en cuanto al diseño de las pólizas”

los costos y que las compañías de seguros tienen modalidades de financiamiento conocidas. Y si eso no se acoge adecuadamente, ocurre lo que ocurrió.

Lo más importante es el propósito final: ¿seguir defendiendo una herramienta llamada MCC o hacerse cargo de que tenemos un problema mayor que por ese camino no vamos a resolver? Y si respondemos honestamente, se hará un gran favor al país.

–De mantener la fórmula actual, ¿qué pronóstico tiene para un eventual repechaje de la MCC en tres meses o una adjudicación directa?

–Si Fonasa insiste en los términos actuales y en cambios marginales, va a volver a fracasar. Y si llega a tener una adjudicación, no podemos siquiera prever qué puede resultar de eso, ya que al no haber sustento no

trado distintos avances importantes.

–¿Hay posibilidad de que la MCC finalmente flote haciendo los ajustes técnicos que se requieren sin entrar a un cambio más general en políticas de salud?

–La oportunidad existe si se sinceran los costos para que las primas sean reales y los prestadores puedan atender a la población, y se recojan muchas de las observaciones que hizo la Asociación de Aseguradoras en cuanto al diseño de las pólizas.

Si Fonasa lo resuelve sincerando los sustentos técnicos, vamos a tener un seguro que, sin duda, va a ser un seguro más acotado que en el tiempo podrá irse profundizando. Si ajustamos las expectativas para la población y hablamos con sinceridad en cuanto a que esto efectivamente va a funcionar para un grupo acotado de Fonasa efecti-

debiera terminar en nada bueno. Si tengo claro que si insiste en ese camino, nos estaríamos alejando de la ruta de instaurar seguridad social en salud con actores públicos y privados, en lo cual se han regis-

vamente, podría existir un proyecto complementario. Podrían tildarlo de descafeinado darle cualquier título, pero vamos a salir del paso, si no se presenta como un gran proyecto de Gobierno que viene a resolver las coberturas de Fonasa, lo que no va a ocurrir.

–Ad portas de la citación a las autoridades a la Comisión de Salud del Senado este lunes ¿ve capacidad en Fonasa para manejar una salida o esto ya excedió sus capacidades?

–Esto ya sobrepasa el alcance de la dirección de Fonasa. Me recuerda la situación que se vivió con los fallos de la Corte Suprema que prácticamente ponían una lápida al sistema de financiamiento vía isapres. Ahí el Ejecutivo se vió en la imperiosa necesidad de buscar una salida y trasladó este problema al Parlamento, donde el rol que jugó la Comisión de Salud del Senado fue muy importante.

Hoy la situación que enfrentamos en términos de expectativas para la población es tan delicada como esa y recurrir a un diseño como el que se hizo entonces pudiera ser una vía. Entonces, más vale ponerse colorado una vez que 100 veces amarillo. Esa es la disyuntiva que tiene que abordar el Gobierno y particularmente Fonasa. 