LITORALPRESS

Fecha: 26-06-2025
Medio: El Mercurio
Supl. : El Mercurio - Cuerpo C
Tipo: Noticia general
Título: Jaime Mañalich: "La posibilidad de tener un seguro complementario se hace cada vez menos probable"

Pág. : 4
Cm2: 745,7
VPE: $ 9.795.537

Tiraje: 126.654
Lectoría: 320.543
Favorabilidad: No Definida

El exministro de Salud analiza la fallida licitación de Fonasa para implementar nueva modalidad

Jaime Mañalich: "La posibilidad de tener un seguro complementario se hace cada vez menos probable"

El lunes se declaró desierto el proceso a raíz de que no llegaron ofertas de parte de las aseguradoras. Según el médico, existe incertidumbre sobre el funcionamiento del sistema y se debe diseñar un nuevo arancel.

JUDITH HERRERA C.

La desierta licitación para crear la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), como se conoció este lunes respecto del proceso llevado a cabo por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), ha generado amplias reacciones entre especialistas y también parlamentarios.

Y es que el proyecto sobre el nuevo seguro complementario ha sido una de las apuestas del Ejecutivo en materia sanitaria para este año y, de hecho, fue uno de los hitos que mencionó el Presidente Gabriel Boric durante la Cuenta Pública del 1 de junio.

La falta de ofertas para adjudicarse la licitación por parte de las aseguradoras responde a varios elementos, observa el doctor Jaime Mañalich, quien fue ministro de Salud en los dos gobiernos de Sebastián Piñera.

"No había interés de los prestadores, sobre todo los de más complejidad y de mayor costo, por lo tanto, de participar", dice.

—¿Qué elementos problemáticos se advertían del proceso?

"El primer problema es que no tiene una cobertura de prestadores realmente comprometida. No hay en realidad una formalidad para decir que tenemos tal red de atención a lo largo del territorio nacional, que la tenía que construir Fonasa, no los seguros".

En esa línea, argumenta que "se llegó a declaraciones de intenciones, pero no hay contrato firmado y no hay una cobertura suficiente, sobre todo para las hospitalizaciones de alto costo, que en el arancel de la Modalidad de Cobertura Complementaria que se publicó son muy exiguas, es decir, para las clínicas que hacen estas prestaciones, o de alto costo, el arancel que fijó Fonasa era completamente insuficiente".

—¿Cuál es la relación entre la falta de grandes prestadores y que no se realizaran ofertas desde las aseguradoras?

> *Lo que tiene que hacer **Fonasa es diseñar un nuevo arancel con muchas mejores coberturas** para los quintiles o los deciles de menores ingresos del país, que es algo que hoy día no está en la agenda".*

> *Hay una carrera contra el tiempo, en el sentido de que el mercado está dando soluciones coherentes y sólidas para esta necesidad, mucho más **rápido de lo que pueda hacer el Estado**".*

"En que no tenemos una red y las compañías de seguros dicen: 'Bueno, vamos a atender a la gente, pero ¿dónde la vamos a atender y a qué precio? ¿Cuánto nos van a cobrar estas clínicas, no sé, la clínica X de la ciudad Z? ¿Cuánto nos va a cobrar por esta prestación?'. No tenemos idea, porque no hay un acuerdo, no hay un contrato, no hay precio".

El médico detalla que a eso se sumó una segunda incertidumbre para las empresas de seguros: "¿Cuál va a ser el gasto proyectado de la cartera de beneficiarios de la que se tendrían que hacer cargo? Tampoco sabemos. ¿Cómo calculan la póliza? ¿Cuánto van a cobrar? Tampoco lo sabemos. Entonces, ante esas incertidumbres, las compañías dicen: 'Nosotros no podemos participar porque hay temas fundamentales para determinar la prima, o sea, el precio que vamos a cobrar a cada persona, que era una prima universal y única, que no podemos saber".

—¿Cómo ve los pasos que siguen para el proceso?

"La posibilidad de tener un seguro complementario, como la idea de lo que diseñó Fonasa, se hace cada vez menos probable, porque estamos en un tiempo político con cambios de gobierno, cambios de filosofía para enfrentar los gastos de salud".

"Me parece que hay una carrera contra el tiempo, en el sentido de que el mercado está dando soluciones coherentes y sólidas para esta necesidad mucho más rápido de lo que pueda hacer el Estado", plantea.

SERGIO ALFONSO LÓPEZ

En ese sentido, añade que "hoy tenemos un problema de seguridad social, y es que el gasto de bolsillo en salud es muy alto. Chile es el segundo después de México entre todos los países de la OCDE".

—¿Qué significa este revés para Fonasa?

"Me parece que debería concentrarse en su primera función, que es ser una palanca de equidad para dedicarse a aquellas personas más vulnerables que tienen más gasto de bolsillo hoy día y que es la gente más pobre y más enferma".

Respecto del futuro proceso, que se debe rearmar en un máximo período de tres meses, comenta que "lo que tiene que hacer Fonasa es diseñar un nuevo arancel con muchas mejores coberturas para los quintiles o los deciles de menores ingresos del país, que es algo que hoy día no está en la agenda y que yo creo que el próximo gobierno debería incluir en la suya".

—¿Qué le parece también el escenario de los seguros complementarios?

"Aquí el mercado está dando una respuesta a una necesidad, pero si las compañías no hacen un esfuerzo gigantesco por controlar la siniestralidad, van a quebrar y van a desaparecer del mercado. Lo mismo que les pasó a las isapres, que nunca pudieron poner una dinámica de control de costo".

El exministro señala que "dado que aquí se apostó a una reforma a través de un cambio constitucional, bueno, se perdieron los primeros dos años de gobierno, en que no se hizo ninguna propuesta concreta para hacer un avance de reforma en salud y después ya en la práctica no hubo espacio para legislar".

Mañalich dice que en ese escenario es que en la ley corta de isapres se agregó la MCC, pero que "hay que reconocer que su funcionamiento durante el actual gobierno es prácticamente imposible".

Nuevo sistema de atención priorizada, que deriva a privados, debutará con cirugías de prótesis

En marzo, el Congreso aprobó la creación del Sistema de Atención Priorizada (SAP) que busca reducir las listas de espera de salud mediante la derivación de pacientes a clínicas del sector privado.

La iniciativa funciona de manera similar al GES en cuanto a que cuenta con un listado de enfermedades que se revisará de manera anual —y que se elabora mediante un estudio hecho por el Ministerio de Salud— y que no están incluidas en aquel régimen ni tampoco en la ley Ricarte Soto.

Ayer se concretó uno de los hitos para su funcionamiento: la publicación en el Diario Oficial del decreto que establece las intervenciones que se priorizan este 2025.

La publicación informa que las cirugías que fueron seleccionadas son la endoprótesis total de rodilla en personas menores de 65 años, y la endoprótesis de cadera en personas menores de 65 años.

Ambas intervenciones quirúrgicas podrán llevarse a cabo en clínicas que tengan convenio con Fonasa, sin importar el tramo de ingresos del paciente.

El modelo se origina en un proyecto de ley presentado en 2019 bajo la administración de Sebastián Piñera, que buscaba crear un seguro catastrófico en Fonasa, el cual fue modificado por el actual Gobierno el año pasado con una indicación sustitutiva para convertirlo en un sistema de atención priorizada.

La protección financiera que ofrece el SAP es completa e incluye el costo de los medicamentos, insumos, honorarios médicos, hospitalización y atención postoperatoria. Al sistema pueden acceder todos los beneficiarios de Fonasa que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención.

Sobre los tiempos, la ley establece que las intervenciones deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio entre Fonasa y el prestador privado, documentos que, además, deberán incorporar las sanciones a los prestadores que incumplan.

En esa línea, en caso de que el recinto incumpla con el plazo o la cirugía no se hace en la fecha programada por motivos ajenos al paciente, este podrá solicitar a Fonasa su derivación a otro prestador para su realización.

La normativa agrega que para asegurar el funcionamiento del SAP, la cartera puede dictar protocolos que incluyan tiempos y calidad de atención.