

Fecha: 11-01-2026

Medio: El Mercurio

Supl.: El Mercurio - Cuerpo B

Tipo: Noticia general

Título: **FONASA, EN LA ENCRUCIJADA: Por qué las aseguradoras no se interesaron por el nuevo seguro complementario de salud**

Pág.: 4

Cm2: 1.061,1

VPE: \$ 13.938.527

Tiraje:

126.654

Lectoría:

320.543

Favorabilidad:

■ No Definida

**“E**stamos muy contentos de que hemos logrado terminar la transición en esta primera parte en la comisión de Salud del Senado del proyecto de Ley Corta de Isapres, con una excelente noticia para los afiliados a Fonasa: se ha logrado aprobar todo el articulado que crea la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), señalaba, hace dos años, la ministra de Salud, Ximena Aguilera, al despachar la iniciativa que permite a los afiliados del sistema público acceder —mediante el pago de un adicional a su prima— a la atención en prestadores privados.

“Esto representa mejores opciones para las personas que están hoy en Fonasa para tener un uso más virtuoso de los prestadores privados en la Modalidad de Libre Elección, con una nueva cobertura financiera y que les va a permitir reducir el gasto de bolsillo y hacer un uso más eficiente de la prestación privada e intensificando la complementariedad público-privada de una forma mucho más auspiciosa”, insistió la secretaria de Estado, en enero de 2024.

Hoy y tras dos licitaciones, el panorama para la MCC no parece muy auspicioso. En junio pasado se declaró desierta la licitación, luego de que ninguna de las administradoras de seguros postulara al proceso. Tras una segunda licitación en diciembre pasado, en la que introdujeron ajustes, postuló una sola administradora. Zurich Chile Seguros Generales presentó una póliza de cobertura financiera complementaria de UF 0,156, equivalente a \$6.200 para una de las siete fracciones en las que Fonasa dividió el proceso. De esta manera, la prima por persona para acceder al seguro sería de unos \$45 mil.

La MCC fue creada en el marco de la Ley Corta de Isapres para dar viabilidad financiera a las entidades, tras el fallo de la Corte Suprema que las obligó a realizar millonarias devoluciones por “cobros indebidos” a sus afiliados. La intención era que por esta vía, Fonasa absorbiera afiliados y se reformara indirectamente el sistema de salud con un plan único que terminara con “discriminaciones” como las preexistencias.

“Esto partió mal”, señalan conocedores del proceso. “No se le consultó a nadie cómo funciona el tema de los seguros al actuar más importante, las aseguradoras. Ellos no estaban considerados en la formulación de esta política pública”, continúa. El exministro de Salud Jaime Mañalich agrega: “Esto concluyó en un fracaso”.

El director de Fonasa, Camilo Cid, debe concurrir mañana a las dos de la tarde a la comisión de Salud del Senado. Está citado para explicar los magros resultados en este segundo proceso licitatorio de la nueva MCC.

“La MCC es, conceptualmente, una buena idea, pero ha sido pésimamente implementada y presenta un claro pecado de origen. Se diseñó bajo el supuesto de que las isapres perderían masivamente afiliados, lo que finalmente no ocurrió, dado que se les otorgaron soluciones financieras de corto plazo. En las condiciones actuales en las que está formulada, la MCC no tiene viabilidad”, señala el exsuperintendente Héctor Sánchez, actual director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello.

En esa línea, el experto plantea diversas razones que hicieron poco atractivo el negocio para las aseguradoras. En primer lugar, sostiene que en Chile ya existe un mercado consolidado de seguros complementarios que cubre cerca de 10 millones de personas, de los cuales más de 70% pertenece a Fonasa. Ese mercado opera bajo un

**ZURICH FUE LA ÚNICA ADMINISTRADORA QUE SE PRESENTÓ AL PROCESO, pero solo por una de las siete fracciones en las que Fonasa dividió el proceso. La prima por persona sería de unos \$45 mil.**

marco regulatorio más liviano, que les permite a las aseguradoras seleccionar el ingreso, establecer contratos anuales, definir precios libremente y negociar condiciones caso a caso. Lo supervisa la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), que principalmente verifica la existencia y cumplimiento formal de los contratos como en cualquier seguro.

“Desde el punto de vista del negocio, las aseguradoras ya cuentan con una base amplia y rentable de afiliados de Fonasa bajo estas reglas. Lo que reduce el incentivo para participar en una nueva modalidad que presenta características completamente distintas: la MCC propone un producto ‘altamente regulado’”, explica Sánchez.

Otros puntos críticos que identifican las compañías aseguradoras, sostiene la exautoridad, son las barreras de salida poco claras, lo que dificulta el control de pérdidas si el modelo falla y la selección es adversa.

“La MCC nunca logró resolver de manera adecuada cómo se iba a abordar el tema de la selección adversa, es decir, cómo evitar que únicamente personas de manera oportuna usaran esta nueva modalidad. Sin resolver ese problema es muy difícil que las aseguradoras puedan interesarse, porque

Director Camilo Cid está citado mañana al Congreso tras fracaso de licitaciones

## FONASA, EN LA ENCRUCIJADA: Por qué las aseguradoras no se interesaron por el nuevo seguro complementario de salud

Exceso de regulación, riesgo reputacional, red de prestadores insuficientes son algunas de las causas que según expertos explican un diseño que solo interesó a Zurich Chile Seguros Generales y en una de las siete fracciones en que se dividió este segundo proceso. “Esto concluyó en un fracaso”, afirma el exministro de Salud Jaime Mañalich. Y a solo dos meses de terminar el Gobierno, recomiendan un rediseño en la nueva administración. • **MARÍA JESÚS COLOMA**

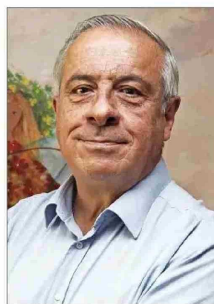


**La MCC nunca logró resolver de manera adecuada cómo se iba a abordar el tema de la selección adversa, es decir, cómo evitar que únicamente personas de manera oportuna usaran esta nueva modalidad”,**

**HÉCTOR SÁNCHEZ**  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE LA UNAB

no son capaces de estimar claramente los ingresos y gastos que van a significar ser parte de esta modalidad”, complementa el director de políticas públicas de Libertad y Desarrollo, Pablo Eguiguren.

Fuentes de la industria aseguradora, en tanto, consignan que las compañías son muy diversas en tamaño, capital disponible y apetito de riesgo, lo que se refleja en cómo evaluarán la MCC. “Hay aseguradoras con



**Este modelo durante el actual Gobierno está terminado, no tiene futuro”**

**JAIME MAÑALICH**  
EX MINISTRO DE SALUD

alta exposición previa en salud que consideraron que entrar a la MCC podía canibalizar su carrera actual. En ese grupo, por ejemplo, hay administradoras a las que, tal como estaban las condiciones, el producto no era atractivo y que, teniendo ya una cartera relevante en salud, no veían necesidad de entrar”, señalan conocedores del proceso.

En el otro lado están las compañías más pequeñas y concentradas en salud que, aunque quisieran participar, necesitarían inyectar capital y aumentar reservas, aseguran, porque el volumen potencial de afiliados es grande y el riesgo también, lo que “no estaría dentro de las posibilidades”. Por último, en el caso de compañías cuyos controladores están en procesos de cambio corporativo como compras, reestructuraciones o transiciones, se reduce la disposición a embarcarse en un negocio nuevo. “En escenarios así, normalmente no ‘están con la



**No recomendaría avanzar con una nueva licitación ni menos con un trato directo sin antes hacer un análisis profundo de la idea de la MCC, de lo contrario, Fonasa se arriesga a otro fracaso”.**

**PABLO EGUIGUREN**  
DIRECTOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE LYO

cabeza” para entrar a un proyecto de alto riesgo e incertidumbre”, comentan fuentes de la industria.

Además, aseveran, el mercado de los seguros es “extremadamente competitivo”, por lo que si estas hubiesen percibido un “negocio claro, habrían entrado en patota”. “El punto central es que, para quienes lo estudiaron seriamente, había demasiada incertidumbre estructural, y por eso prefirieron no entrar”, complementan.

**Mañalich: “Este modelo no tiene futuro”**

La MCC cuenta con cerca de 500 prestadores, en su mayoría ambulatorios, de baja complejidad y concentrados en la Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío. “El resto del país queda débilmente cubierto, por lo que hay una red de prestadores insuficientes”, dice Sánchez. Y es que centros como UC Christus, RedSalud, Empresas Banmédica, Indisa, Clínica Alemana y Las Condes no han adherido al convenio.

Las compañías, cuentan fuentes de la industria, manifestaron anteriormente que sería más atractivo participar si se sumaban prestadores más relevantes, lo que podría incidir en el tipo de afiliados y cuántos tomarían esta nueva modalidad.

Si es que Zurich se adjudica una de las fracciones, igualmente Fonasa puede negociar un trato directo para cubrir los seis séptimos restantes. “No recomendaría avanzar con una nueva licitación ni menos con un trato directo sin antes hacer un análisis profundo de la idea de la MCC, de lo contrario, Fonasa se arriesga a otro fracaso, o bien deberá destinar un gasto fiscal demasiado elevado para implementar esta nueva modalidad”, dice Eguiguren.

Consultados, en Fonasa respondieron —por escrito— que el proceso está en evaluación, conforme a los plazos y procedimientos establecidos en las bases y el plazo para informar los resultados, que es el próximo 26 de enero. “Fonasa está realizando el análisis técnico, económico y jurídico de la oferta válida presentada, resguardando el cumplimiento de la normativa vigente y el interés público, por lo que no corresponde emitir aún una evaluación final del proceso”.

Sin embargo, el panorama es aún más complejo a solo dos meses de que acabe la actual administración. “Este modelo durante el actual Gobierno está terminado, no tiene futuro”, dice el exministro Mañalich.

Para Sánchez, el Gobierno debe “asumir la responsabilidad de este fracaso y a continuación dar un paso al costado respecto de la MCC para que la próxima administración haga la evaluación de los cambios que debe tener para que se pueda implementar con éxito, calma y transiciones necesarias para que el mercado asegurador y prestador estén disponibles”.

