LITORALPRESS

Fecha: 26-06-2025
Medio: Diario Financiero
Supl. : Diario Financiero
Tipo: Noticia general
Título: Fonasa acusa el golpe por ausencia de interesados en seguro complementario y se abre a cambios en la licitación

Pág. : 3
Cm2: 645,7
VPE: $ 5.721.777

Tiraje: 16.150
Lectoría: 48.450
Favorabilidad: No Definida

Camilo Cid, director de Fonasa.

Fonasa acusa el golpe por ausencia de interesados en seguro complementario y se abre a cambios en la licitación

■ El director de la entidad desdramatizó el fracaso de la licitación y sostuvo que conversarían con la industria. Expertos y prestadores llaman a asegurar una masa de afiliados que elimine riesgos de selección adversa y hagan viable la modalidad.

POR MARTÍN BAEZA

El director de Fonasa, Camilo Cid, había asegurado en Tele13 Radio hace dos meses que iban a presentarse interesados en la licitación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), uno de los ejes de la ley corta de isapres y que permitiría que los beneficiarios del sistema pública accedieran a seguros de segunda capa con condiciones preferentes. Pues bien, a inicios de la semana se supo el resultado del concurso: se declaró desierto por falta de oferentes.

Aun así, este miércoles la máxima autoridad de la entidad de salud estatal instó a "desdramatizar" el hecho en la misma radioemisora. Enfatizó que ahora se abre una segunda etapa, donde tienen tres meses para reformular la licitación y que, incluso, pueden extenderse hasta una tercera etapa, de asignación directa. "La misión que tenemos nosotros por ley es implementar la modalidad", dijo.

"Faltó tiempo o a lo mejor hubo dudas que no terminaron de aclararse", pero "ahora tenemos tres meses para revisar los parámetros, conversar con los actores y volver a plantear las bases que sean atractivas".

Cid admitió que el arancel ha sido un obstáculo, dado que "ha habido cierta observación al respecto de aquellas prestaciones que son más complejas y estamos disponibles para revisar este aspecto en esta fase". Pero había otras interrogantes en el camino, que volvieron a surgir tras este catastrófico resultado. La industria aseguradora estaba inquieta por el bajo número de prestadores de alta complejidad inscritos. Ante eso, el director de Fonasa dijo que "vamos a escuchar a todos actores", pero hizo ver que sí contaron con la participación de grandes clínicas como Bupa. Sostuvo, además, que en regiones "no tenemos problemas", pero que sí visualizan la ausencia de algunas grandes redes de prestadores en la RM.

Cambios para la licitación

Los expertos consultados han levantado el riesgo de la llamada "selección adversa", es decir, que al no asegurar una suscripción masiva de afiliados, las condiciones del seguro permitiera un comportamiento oportunista: en simple, que un usuario pudiera contratar para acceder a una prestación en particular y luego dejar el seguro.

El economista de la salud de la UC, Pablo Celhay, dice que para evitar lo anterior se requiere un diseño institucional y contractual robusto, con cambios como una afiliación automática con opción de salida, para así alcanzar una base amplia de afiliados; imponer restricciones temporales al uso de ciertas coberturas al inicio, para evitar que personas se inscriban únicamente cuando prevén un gasto inmediato, así como establecer incentivos a la permanencia y diseñar el contrato con cláusulas que permitan ajustes paramétricos si se detectan desviaciones significativas en el perfil de riesgo o el uso del seguro respecto a lo previsto.

A juicio de la académica del ESE Business School (Uandes), Natalia Yankovic, para hacer más atractiva la cobertura complementaria, "se podría establecer un mínimo de afiliados que gatille la habilitación del MCC". Otra alternativa sería garantizar la cobertura del costo de prestación en la red pública de aquellas prestaciones que se resuelvan en MCC de pacientes que estuvieran en listas de espera.

En ese sentido, Yankovic plantea que se podría restringir la duración mínima de contratación luego de acceder a una prestación, "aunque esto es en contra del espíritu de asegurar sin discriminación y sin preexistencias que impera en Fonasa".

Celhay alude a otras modificaciones para mejorar la transferencia de riesgo, que se puede lograr si Fonasa comparte parte del riesgo con los oferentes a través de mecanismos de reaseguro o bandas de ajuste de primas en función del perfil de uso efectivo. El experto de la UC también instó a simplificar y flexibilizar el diseño del producto e hizo ver que en la primera versión, la MCC buscaba cubrir una amplia gama de servicios, lo que aumenta la complejidad y la carga administrativa. "Focalizar inicialmente en ciertos tipos de cobertura, por ejemplo, catastróficos o crónicos, podría hacer más atractivo el proceso para las aseguradoras", señaló.

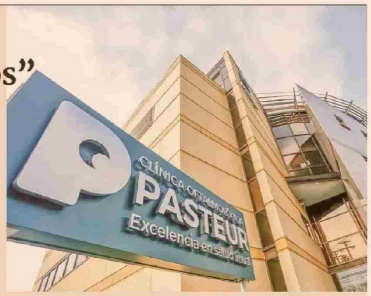
Clínica Pasteur explica por qué desistió de la MCC y llama a "desligarse de sesgos ideológicos"

■ Su gerente general, Santiago Venegas, enumeró fallas: riesgo elevado y la selección adversa, aranceles poco atractivos, condiciones rígidas, altas multas y falta de información.

Si bien por ahora las clínicas a nivel gremial han descartado referirse a la licitación de la MCC desde la Clínica Oftalmológica Pasteur, que analizó las bases y se desistió de participar en el proceso, explicó sus razones para esto último.

Su gerente general, Santiago Venegas, enumeró fallas como el riesgo elevado y la selección adversa, aranceles poco atractivos, condiciones rígidas, altas multas y falta de información.

En ese sentido, señaló a DF que para hacer viable el proceso hay que asegurar una masa crítica mínima de afiliados y una red de prestadores fuertes por regiones antes de licitar; revisar los aranceles y las primas para reconocer los costos de la industria, incorporando mecanismos de ajuste; y compartir data y transparencia del riesgo a transferir que a lo menos considere frecuencia, morbilidad, uso pabellones, días camas y especialidades médicas. Asimismo, sugirió flexibilizar las multas y aplicar pilotos regionales y escalamientos progresivos.

Específicamente con respecto a la selección adversa, apuntó a medidas como la inscripción automática; un periodo de carencia para prestaciones costosas; permanencias mínimas de 12 meses; incentivos por permanencia; y afiliaciones colectivas -tipo mutuales- para distribuir riesgos.

"Es viable siempre que se apliquen las buenas prácticas comparadas de la industria y países, escuchar a los expertos y desligarse de sesgos ideológicos", sostuvo Venegas.