LITORALPRESS

Fecha: 25-06-2025
Medio: La Tercera
Supl. : La Tercera - Pulso
Tipo: Noticia general
Título: Los cambios que recomiendan expertos para que sea exitosa la licitación que debe repetir Fonasa de su nueva modalidad

Pág. : 9
Cm2: 747,2

Tiraje: 78.224
Lectoría: 253.149
Favorabilidad: No Definida

Si una persona resuelve mediante MCC una cirugía que ya estaba en lista de espera Fonasa, esta entidad debe aportar el financiamiento que le correspondía. El seguro no debe subsidiar al sistema público"

Francisco León, exjefe del Departamento de Estudios de Fonasa y actual consultor senior de Efkt

La falta de interés de aseguradoras en la MCC era un escenario altamente probable (...) Es fundamental generar señales claras de un interés ampliado y una base potencial de afiliados suficientemente grande"

Daniela Sugg, economista especialista en salud

La inexistencia de redes de prestadores relevantes para el segmento de interés hace aún menos interesante la contratación voluntaria de esta cobertura complementaria, lo cual, a su vez, es consecuencia de aranceles poco atractivos"

Rodrigo Gutiérrez, gerente general de Ciedess

Probablemente muchas compañías calcularon el valor del diseño actual (de la MCC) y les dieron números mucho más altos (que los que dijo Fonasa). Hay que corregir al alza el costo (proyectado)"

Manuel Inostroza, director de isapre Esencial y académico UNAB

Fue una buena intención con un muy mal diseño de la herramienta. La mutualización del riesgo es una idea correcta, pero se ha buscado hacerla con herramientas equivocadas"

Rafael Caviedes, exdirector de Fonasa y expresidente de la Asociación de Isapres

Los cambios que recomiendan expertos para que sea exitosa la licitación que debe repetir Fonasa de su nueva modalidad

Este lunes Fonasa sufrió un duro revés al declararse desierta la subasta que crea la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Varios expertos en salud consultados plantean acotar la selección adversa, sumar a grandes clínicas, mejorar proyección de precio, y otras mejoras en el diseño.

MARIANA MARUSIC

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) sufrió este lunes un duro revés tras conocerse que se declaró desierta la licitación que lanzó para crear su nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC): no llegó ninguna oferta de las compañías de seguros de vida.

El gran tema que hubo detrás del poco interés de las aseguradoras para participar en esta licitación, es el posible riesgo de selección adversa, esto es, que personas con mayor riesgo o siniestralidad fueran las que mayoritariamente accedieran a la MCC.

Para amortiguar aquello, la industria veía que era necesario sumar a clínicas de relevancia a la red de prestadores de la MCC, porque eso generaría interés de más afiliados para querer estar en esta nueva modalidad. Sin embargo, al menos hasta ahora no ha firmado el convenio de adhesión la mayoría de las principales clínicas de alta complejidad del país.

A esto se suman otros temas, como las cargas operativas y de gestión que las bases de licitación imponían a las compañías de seguros.

Ahora Fonasa tendrá un plazo máximo de tres meses para convocar a otra subasta. Si este nuevo proceso no es adjudicado a uno o más oferentes, Fonasa podrá realizar una contratación directa del servicio.

Los expertos ya hicieron un diagnóstico sobre los asuntos que fallaron en esta licitación, y dan sus recomendaciones para hacer mejoras de cara a que sea exitosa la próxima subasta.

SELECCIÓN ADVERSA

A juicio de Francisco León, exjefe del Departamento de Estudios de Fonasa y actual consultor senior de Efkt Consultores, este resultado "evidencia deficiencias importantes en el diseño técnico, regulatorio y operativo del modelo". Y cree que es una "señal clara de que el modelo actual requiere ajustes profundos". En todo caso, piensa que si se rediseña se puede avanzar a un esquema más equilibrado y sostenible.

Entre las principales razones de este "fracaso", León apunta a la "falta de atractivo para las aseguradoras" por los altos riesgos actuariales, esto es, posible selección adversa. "El diseño incentiva la afiliación de personas con mayor carga de enfermedad y mayor probabilidad de uso del seguro", afirma. Esto se puede mitigar condicionando "la entrada en vigencia del seguro a que se alcance un número mínimo de afiliados", plantea.

En segundo lugar, León habla del "riesgo oportunista: la existencia de listas de espera quirúrgicas podría fomentar contrataciones expost para resolver intervenciones ya indicadas". En ese sentido, recomienda que "si una persona resuelve mediante MCC una cirugía que ya estaba en lista de espera Fonasa, esta entidad debe aportar el financiamiento que le correspondía. El seguro no debe subsidiar al sistema público".

Para la economista especialista en salud, Daniela Sugg, esta falta de interés que se evidenció de la industria aseguradora "era un escenario altamente probable, dado el elevado nivel de riesgo asociado", que "se manifestaba en diversos ámbitos: el diseño del seguro, el perfil de los usuarios, el gasto esperado y su variabilidad en el tiempo, todo ello en un contexto en que los sistemas aún no han alcanzado equilibrio tras la implementación de la ley corta de salud".

En ese sentido, estima que "para fomentar la participación de aseguradoras, es fundamental generar señales claras de un interés ampliado y una base potencial de afiliados suficientemente grande".

El gerente general de Ciedess, Rodrigo Gutiérrez, también cree que "lo sucedido era previsible y revela incomprensión del funcionamiento de la industria de seguros por parte de Fonasa, o al menos, cierto exceso de confianza".

Al respecto, sostiene que "el diseño propuesto contiene brechas estructurales que determinaron que no hubiese información suficiente para que una compañía de seguros decidiera asumir los riesgos que se pretendían proteger. En efecto, el carácter voluntario de la contratación por parte de los afiliados impide anticipar la población objetivo de la cobertura, siendo también esperable que quienes optaran por ella fueran personas con una mayor propensión al uso de esta modalidad, con el consiguiente aumento de los costos".

MÁS CLÍNICAS

Muy ligado a lo anterior, los expertos aseguran que es necesario sumar a más clínicas a la red de la MCC. Sugg señala que "frente a un riesgo alto y una alta incertidumbre, es clave lograr una amplia masificación del

SIGUE

LITORALPRESS

Fecha: 25-06-2025
Medio: La Tercera
Supl. : La Tercera - Pulso
Tipo: Noticia general
Título: **Los cambios que recomiendan expertos para que sea exitosa la licitación que debe repetir Fonasa de su nueva modalidad**

Pág. : 10
Cm2: 718,8

Tiraje: 78.224
Lectoría: 253.149
Favorabilidad: No Definida

producto, lo que requiere, entre otras cosas, que la red de prestadores adscrita sea atractiva, esté organizada a nivel regional o por macrozonas, y sea conocida antes del llamado a licitación (lo cual no sucedió en este proceso). De lo contrario, es prácticamente inviable proyectar la demanda y el interés real de la población".

El director de isapre Esencial y académico del Instituto de Salud Pública de la UNAB, Manuel Inostroza, aborda como tema a mejorar el arancel que fijó Fonasa para que las clínicas se sumen a la MCC. Recuerda que el 30% de las camas hospitalarias privadas ya han adherido a esta nueva modalidad, pero precisamente el 70% que falta, corresponde a clínicas de alta complejidad que en el último tiempo han desarrollado seguros complementarios que cubren sus establecimientos.

"Entonces, no puede ser que el arancel resulte tan poco atractivo en la MCC, mientras los seguros complementarios tradicionales están boyantes en clínicas muy importantes. Ahora, ese rediseño es bien complicado porque eso significa un mayor gasto fiscal, y en el diseño de la MCC se dijo que esto tenía costo fiscal cero. Nosotros dijimos que esa era una falacia", alerta.

León también cree que hay una "falta de una red de prestadores definida al momento de licitar, lo que genera inseguridad tanto para aseguradoras como para los futuros beneficiarios".

En tanto, Gutiérrez sostiene que "la inexistencia de redes de prestadores relevantes para el segmento de interés (FONASA B, C y D) hace aún menos interesante la contratación voluntaria de esta cobertura complementaria, lo cual, a su vez, es consecuencia de aranceles poco atractivos para dichos prestadores".

PROBLEMA DE PRECIO

Adicionalmente, Inostroza explica que Fonasa debe dar una señal de confianza a la industria aseguradora haciendo "un correcto cálculo del precio".

Quienes quieran ser parte de la MCC, además de destinar el 7% de su cotización de salud, deberán pagar una prima plana adicional por persona beneficiaria. Ese precio no ha sido definido, y recién se conocerá a partir de las eventuales ofertas que hagan las compañías de seguros de vida en el marco de la nueva licitación.

Pero en las bases de la subasta que se declaró desierta, Fonasa hizo una estimación, o más bien dio un precio de referencia "para orientar" a las compañías de seguros en las ofertas, y lo fijó entre UF 0,4819 y UF 1,1717 de prima por persona, es decir, el equivalente a entre $18.815 y $45.747.

"Claramente el mercado no le creyó a esta banda de precios. Probablemente muchas compañías calcularon el valor del diseño actual y les dieron números mucho más altos. Hay que corregir al alza el costo. Nosotros calculamos que costaba cerca de $50 mil", enfatiza Inostroza.

En segundo lugar, apunta a hacer ajustes de diseño. Por ejemplo, el tope de cobertura anual por asegurado o stop loss, se fijó en 500 UF. Esto, según Inostroza, es alto y genera un incremento de precios.

Por su parte, Sugg considera que como las bases de licitación establecieron gratuidad desde la tercera carga familiar, "restringe el margen de las aseguradoras para diseñar propuestas atractivas. Por otro lado, el precio de reserva definido por Fonasa para la prima debiese basarse en un método explícito y transparente de estimación. En ausencia de éste, las aseguradoras enfrentan una incertidumbre crítica, especialmente considerando que se trata de la primera vez que este tipo de producto se introduce al mercado".

FALTA DE INFORMACIÓN Y REDUCIR OTRAS INCERTIDUMBRES

León menciona que hubo falta de información para las aseguradoras, ya que hay "prestaciones sin historial de uso: procedimientos como la cirugía de ´guatita delantal´ carecen de datos históricos que permitan estimar su frecuencia y costo". Así como también una "falta de datos predictivos clave: la ausencia de información robusta sobre listas de espera, egresos hospitalarios y carga de enfermedad dificultó la evaluación del riesgo".

Adicionalmente, Sugg indica que "el contrato de la aseguradora tiene una duración de 12 meses, al igual que la cobertura a las personas, pero los períodos de inicio no necesariamente coinciden. En este sentido, sería recomendable establecer ventanas fijas de inscripción, lo que permitiría a las aseguradoras proyectar con mayor certeza el número de afiliados y estabilidad financiera".

MULTAS Y CARGAS A ASEGURADORAS

Inostroza advierte, además, que las multas que se fijaron para aseguradoras son altas, pues muchas veces llegan a 100 UF. "Eso podría significar, en operaciones de millones de personas, multas operacionales que hagan prácticamente inviable o no rentable el producto", proyecta.

León también acusa una "regulación poco clara o excesivamente rígida", y que "el marco normativo incluye sanciones y obligaciones desproporcionadas para las aseguradoras". Otro tema que destaca es que "no existen mecanismos automáticos de ajuste de prima frente a modificaciones arancelarias (por ejemplo, aumentos en marzo superiores al IPC)". Y que "se contempla la incorporación de nuevas prestaciones sin definir cómo se readecuarán las primas".

CAMBIOS LEGALES

Por su parte, el exdirector de Fonasa, expresidente de la Asociación de Isapres y actual consultor internacional en salud, Rafael Caviedes, entrega recomendaciones que apuntan a hacer cambios legales, más que de las bases de licitación. Manifiesta que la creación de la MCC "fue una buena intención con un muy mal diseño de la herramienta. La mutualización del riesgo es una idea correcta, pero se ha buscado hacerla con herramientas equivocadas".

En ese sentido, cuenta que en España la mutualización funciona desde hace 50 años. "Para ello, el Estado invita a las compañías de seguro a que se hagan cargo del 100% de la cobertura del sistema de salud para todos los funcionarios públicos (...) Las aseguradoras, a cambio de una prima ajustada por riesgo, entregan esa cobertura como seguros privados a quienes (funcionarios públicos en este caso) voluntariamente se adhieran a este programa de mutualización. Más del 85% de ellos eligen seguros privados".

Caviedes sostiene que "esto nos da una pauta de cómo se deben hacer las cosas. El Estado debe contratar la cobertura total. No se puede pensar que un seguro va a cubrir la parcialidad de un beneficio (segundo piso), donde el que controla el primer piso es, además, un mal o pésimo controlador de la entrega de este".

Plantea que "tampoco se puede pretender que este convenio funcione en base a tarifas que desconocen el mercado de oferta de prestaciones de alta complejidad, ofreciéndoles (a las clínicas) adscribirse con tarifas bajo sus costos. Por eso han fallado los grandes prestadores. Distinto es hoy donde esos seguros de segundo piso se basan en un buen controlador del primer piso que ya tienen esos convenios, que son las isapres".

Asimismo, Caviedes menciona que además deben existir barreras "al natural riesgo moral que existe de personas que buscarían dicha cobertura extra pagando unas cuotas cuando están enfermas y en listas de espera de Fonasa".

Así, concluye que "se ha pretendido crear un seguro contra todas las leyes de la economía del seguro".

Bajo este escenario, cree que Fonasa debe convocar a isapres y aseguradoras a entregar una cobertura total del plan de salud que determine el Estado, dejando las licencias médicas aparte. Asimismo, estima que es el seguro el que debe proponer la red de clínicas y que el Estado no debe intervenir con tarifas en esas redes de prestadores.

Asimismo, afirma que se deben "permitir tarifas ajustadas por riesgo. La tarifa plana que ha propuesto Fonasa no tiene ninguna lógica actuarial, pues castiga a los jóvenes y familias con más hijos. Si el Estado quiere aliviar la carga de los adultos mayores, debe entregarles subsidios para salud".