

EDITORIAL

EL FRACASO DE LA MCC

A dos años de su creación, por segunda vez fracasó la licitación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa, impulsada por la anterior administración como un modelo de complementariedad público-privada, en medio de la crisis por la deuda de las isapres que se vivía en 2024. El mecanismo, ofertado como un seguro que permitiría a los usuarios del sistema público acceder a una cobertura complementaria voluntaria, diseñada y licitada por la institución, fue cuestionado desde su anuncio por problemas de diseño, altos costos e incertidumbres operacionales que terminaron afectando su viabilidad.

El origen de la MCC está en la Ley Corta de Isapres, donde fue incorporada en uno de sus artículos y aprobada junto con la normativa el 14 de mayo de 2024. No obstante, la propuesta original del gobierno de Boric apuntaba a crear un Fondo Universal de Salud (FUS), terminar con las isapre y hacer de éstas un seguro de segunda capa. La idea no prosperó y terminó derivando en la MCC. Desde el comienzo, diversos expertos y académicos advirtieron debilidades relevantes. Aunque el Ejecutivo sostenía que los afiliados de Fonasa podrían acceder a mejores coberturas clínicas y a prestadores privados pagando una prima adicional, se cuestionó que el diseño obligaba a las aseguradoras a operar con precios hospitalarios bajo costos reales, dificultando construir una red suficiente de prestadores. A ello se sumaban restricciones, multas y exigencias que encarecían la operación, junto con plazos muy acotados para implementar un sistema completamente nuevo. También existían dudas

respecto de su sostenibilidad financiera, pues a diferencia del informe aprobado en el Congreso, distintas proyecciones reflejaban que el esquema podía transformarse en un gasto adicional para el seguro público. Las primas estimadas podían ascender a entre \$30 mil y \$50 mil, lo que hacía prever que Fonasa terminaría absorbiendo parte importante de las diferencias. Al mismo tiempo, tales precios excluían de la promesa de cobertura a los sectores más vulnerables, que seguirían dependiendo exclusivamente de una red estatal sobrecargada.

Pese a las advertencias, el primer proceso de licitación avanzó y terminó desierto y el segundo tampoco logró revertir el problema. Esta semana Fonasa confirmó que seis de las

siete fracciones contempladas en la licitación no recibieron oferentes, haciendo inviable adjudicar el modelo. El episodio terminó reflejando las limitaciones de una iniciativa deficiente, mal diseñada y que nunca logró conversar

adecuadamente con las prioridades más urgentes del sistema público de salud.

Ello no significa que Fonasa pueda simplemente abandonar la MCC, pues se trata de una herramienta incorporada por ley. Sin embargo, el nuevo director del organismo, César Oyarzo, ya ha señalado que el mecanismo será revisado y reevaluado antes de insistir en su implementación. Y ese cambio de foco parece razonable. Con más de 17 millones de beneficiarios en el sistema público, un déficit superior a \$1 billón proyectado para este año y un eventual agotamiento presupuestario estimado para septiembre, las prioridades parecen estar hoy en otro lugar: restablecer equilibrios financieros, fortalecer controles sobre licencias médicas, mejorar productividad, reducir listas de espera y elevar la eficiencia del seguro público.

Parece acertado reorientar ahora las prioridades hacia la eficiencia, productividad y sostenibilidad financiera de Fonasa.