

La “letra chica” de la nueva modalidad de Fonasa: no asegurará enfermedades catastróficas durante los primeros dos años

Se espera que esta modalidad, que funciona como seguro complementario, entre en funcionamiento el 1 de julio. Sin embargo, aún hay algunas incertidumbres en torno a la cobertura, los precios y la disponibilidad de prestadores privados. Y aún las proyecciones no son firmes, pues muchos detalles pendientes se resolverán a medida que avancen los procesos de licitación y convenio con las clínicas.

Ignacia Canales

La ley corta de isapres no solo incorporó los cambios necesarios para cumplir con el fallo de la Corte Suprema, sino que también trajo consigo una novedad: la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). De acuerdo a las autoridades, se espera que esta esté funcionando para el 1 de julio.

Sin embargo, algunos detalles del nuevo mecanismo han generado dudas entre los usuarios y expertos, especialmente en cuanto a las condiciones y plazos para acceder a sus beneficios.

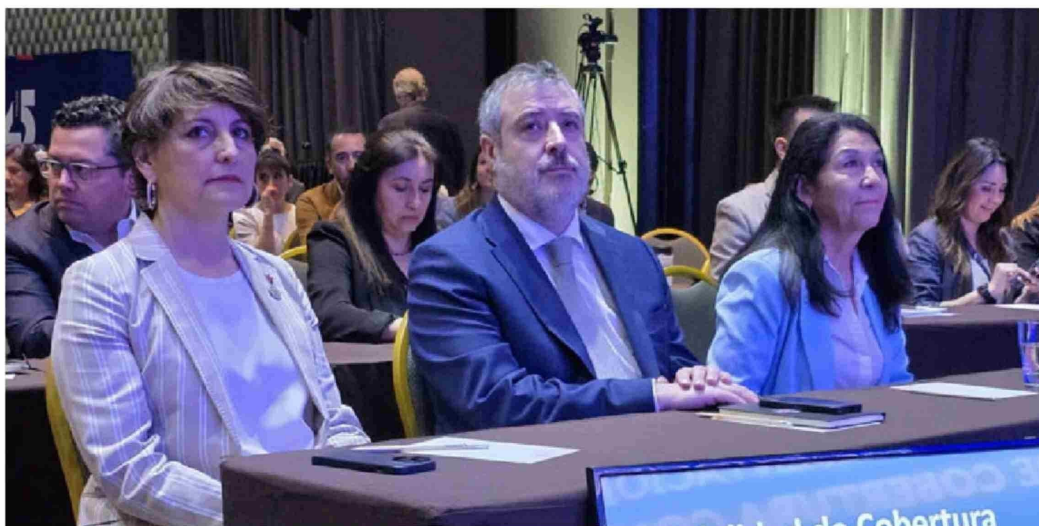
En palabras simples, la MCC funciona como un seguro voluntario que cubre prestaciones hospitalarias y ambulatorias en una red de prestadores privados. Su financiamiento proviene de la cotización obligatoria del 7% junto a una prima plana adicional por cada beneficiario. Esta prima será administrada por compañías de seguros que serán seleccionadas a través de licitaciones realizadas por la propia Fonasa.

Eso sí, hasta ahora hay algunos puntos a considerar.

Por ejemplo, durante los primeros dos años de funcionamiento la modalidad no incluirá el seguro catastrófico, y los inscritos en la modalidad no adquirirán derecho alguno sobre tal protección financiera especial. Y en concreto, las enfermedades catastróficas son aquellas patologías crónicas que ponen en riesgo la vida del paciente y cuyos tratamientos implican un alto costo.

En Chile se considera que una enfermedad es catastrófica cuando el monto a pagar por su atención supera el deducible y no está contemplada dentro de las patologías GES.

El superintendente de Salud Patricio Fernández también asegura que hay que tener en cuenta que “las prestaciones que se cubrirán son solo aquellas que están codificadas, por lo que lo que no esté no tendrá cobertura. Por eso es importante que las personas sepan qué se les está ofreciendo. Fonasa debe realizar una campaña informativa para que se conozcan las prestaciones que tendrán cobertura garantizada.”



► De acuerdo a las autoridades, se espera que esta modalidad esté funcionando para el 1 de julio.

Incertidumbres

Además, aún no se conocen todos los detalles técnicos. Por ejemplo, el costo de la prima se determinará por la licitación, pero las primeras estimaciones apuntan que podría estar en alrededor de los 30 mil pesos por persona con carácter comunitario, es decir, el valor será el mismo para cada persona, sin importar su edad, sexo o condición de salud.

¿La cobertura? Según han ido detallando las autoridades de salud, rondaría entre el 60% y 70% del valor total de la atención.

Pero también una de las materias pendientes más importantes es que exista un número de clínicas suficientes y atractivas que quieran ser parte de la MCC.

De acuerdo al director de Fonasa, Camilo Cid, hasta el momento hay compromiso de varios prestadores, y prontamente se deberían materializar los convenios. Hasta ahora la red Bupa -incluyendo sus clínicas y toda Integrarmédica- se ha sumado. También han ingresado Andesalud, las clínicas regionales, la Clínica Las Condes y la Asociación Chilena de Seguridad han mostrado interés.

Para Héctor Sánchez, director del Instituto de Salud Pública de la U. Andrés Bello, estas incertidumbres que aún persisten son importantes de resolver, ya que no se sabe qué tan conveniente será la modalidad ni si las condiciones del sistema resultarán favorables para los usuarios a largo plazo.

“Se habla de que las coberturas será entre el 60% y 70%, pero todavía no se puede confirmar que eso sea real por dos razones: la primera, porque la red no está completamente configurada, por lo que no se conocen los precios; y en segundo lugar, porque aún no se ha realizado la licitación de las compañías de seguros, por lo que tampoco se sabe cuál será la cobertura que ofrecerán. Y lo tercero que tampoco se sabe es el precio de la MCC: cuánto deberán pagar las personas adicional a su 7% para acceder a ella. Esas son las tres principales incógnitas que hoy no tienen respuesta, y mientras eso no se resuelva, estamos complicados, porque solo sabremos cuando se haya hecho la licitación”, sostiene el académico.

Pero también recalca que “no se sabe si en to-

das las regiones del país habrá prestadores suficientes para garantizarle a una persona grados de libertad de elección dentro de la red. Aún hay una gran incertidumbre técnica. Y creo que el director de Fonasa es muy optimista, porque cree que habrá muchos prestadores, y creo que no será así”.

Luego del cierre de esta edición, desde Fonasa aclararon que “la Modalidad de Cobertura Complementaria considera cobertura en enfermedades catastróficas, según lo definido en su arancel. Lo que quedó establecido en la ley corta, es que, al tercer año de operación, entrará en vigencia una cobertura de “gasto catastrófico” con un tope anual”.

Y recalcan que la ley establece que “las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año de vigencia de la póliza respectiva, el deducible correspondiente”. ●