

# Clínicas ponen en duda participación en nueva modalidad que prepara Fonasa para 2025

MARIANA MARUSIC

Una promesa ambiciosa es la que pretende cumplir el Fondo Nacional de Salud (Fonasa): que la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) que prepara, esté operativa en el primer semestre de 2025.

Esta nueva modalidad de atención que busca crear Fonasa, fue aprobada este año por el Congreso en la ley corta de isapres, y apunta a que los cotizantes puedan acceder, junto con sus cargas legales, a una red amplia de clínicas privadas, con una mejor cobertura de la que tiene hoy la Modalidad Libre Elección (MLE), especialmente en el segmento hospitalario. Para ello, se deberá destinar el 7% de la cotización de salud, además de pagar una prima plana complementaria por persona beneficiaria, con la que se financiará un seguro complementario diseñado y licitado por Fonasa a las compañías de seguros.

Pero aún restan varios pasos antes de que la MCC pueda convertirse en realidad. Los dos más importantes: que exista un número de clínicas suficiente y atractivas que quieran ser parte de ella; y que tenga éxito la licitación con las compañías de seguros de vida para adjudicar este seguro complementario. Y para que esto último se cumpla, debe darse lo primero, advierten desde las mismas compañías de seguros.

Al respecto, los prestadores privados de salud ya alertaron que ello se ve difícil con los aranceles que fijó Fonasa. Clínicas de Chile, el gremio que agrupa a los principales establecimientos de este tipo del país, envió una carta al director de Fonasa, Camilo Cid, advirtiéndolo anterior.

Dictar el arancel de esta nueva modalidad, fue el primer hito que cumplió Fonasa en el marco de la creación de la MCC. Sin embargo, a juicio de Clínicas de Chile, existen "deficiencias" en él.

Según plantea el presidente del gremio, Javier Fuenzalida, en la carta que hizo llegar a la autoridad, "para el funcionamiento efectivo de la MCC, es un imperativo la participación de los prestadores privados, quienes junto con la intención de ser parte, deben contar con condiciones mínimas que les permitan hacerlo. Para ello, resulta vital que los aranceles cubran los costos de las prestaciones que se deban otorgar bajo este nuevo sistema".

En ese sentido, indican desde distintas clínicas, el mayor problema del arancel que fijó Fonasa está radicado en las prestaciones hospitalarias. En cambio, aseguran que en prestaciones ambulatorias los precios son adecuados, e incluso mejores que los que se pagan actualmente. No obstante, afirman, ello no alcanzaría a compensar los bajos precios del segmento hospitalario, especialmente para las clínicas de alta complejidad.

El tema de fondo, explican, es que si las clínicas quieren participar en la MCC, deberán ir por todo o nada, es decir, no podrán optar por atender solo algunos tipos de prestaciones, como ocurre actualmente, sino que deben inscribir todas aquellas que tengan capacidad de realizar.

En todo caso, al ser consultado sobre esta carta, el director de Fonasa respondió: "El aran-

**El gremio** que agrupa a las clínicas del país envió una carta al director de Fonasa donde alertan que hay "deficiencias" en el arancel que fijó dicho servicio para la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). "Resulta vital que los aranceles cubran los costos", sostuvo Clínicas de Chile. "El arancel MCC ya cuenta con una manifestación de adhesión de más de 50 prestadores", respondieron desde Fonasa.



cel MCC ya cuenta con una manifestación de adhesión de más de 50 prestadores, entre los que destacan clínicas de alta complejidad y centros médicos, con presencia nacional, lo que viene a confirmar que los precios de las prestaciones son competitivos".

## LOS CÁLCULOS

Clínicas de Chile adjunta en la carta un "análisis comparativo y referencial de los precios del arancel MCC con los precios de los prestadores privados en intervenciones quirúrgicas paquetizadas más frecuentes". Esto, "de manera general y con el solo fin de ilustrar las deficiencias que percibimos en los aranceles publicados", manifiesta.

Ese cálculo considera una comparación entre el arancel de Fonasa, versus los "precios facturados por los prestadores privados a los beneficiarios de isapres, específicamente en prestaciones que usualmente se paquetizan. Esto, por considerar que los precios de los paquetes deberían buscar la contención de costos y

por lo tanto, ser los precios más ajustados", puntualiza la misiva. Y dado que hay distintos valores dependiendo de la clínica que se mire, todo eso lo desagregan en distintos niveles de precios.

Los tres tramos de la Región Metropolitana (RM) consideraron un valor del día cama médico-quirúrgico promedio de \$699.456 (RM1), \$410.158 (RM2) y \$216.822 (RM3). Pero para hacer la comparación, usaron solo los últimos dos valores, que son los más bajos. En regiones, consideraron un nivel de precios para los prestadores del norte (desde la Región de Valparaíso al norte) de \$256.529 promedio. Y otro para los prestadores del sur (desde la Región de O'Higgins hacia el sur), de \$255.986 promedio.

A partir de eso, concluyeron que "en la RM, se observa que la comparación de los valores MCC es 61% más baja que el nivel de precios de los paquetes del tramo intermedio (RM2)". Eso es un promedio ponderado por frecuencias, porque en realidad están entre un 34%

(meniscectomía) y 81% (parto) por debajo. En paralelo, "en el menor nivel de precios (RM3), los valores MCC están 37% por debajo de los valores de los paquetes de las clínicas", indican, al hacer un promedio ponderado por frecuencias.

Por otro lado, concluyen que "en el norte del país, los precios MCC están 39% por debajo de los valores de los precios de los prestadores privados de esa zona"; en tanto, "en el sur, los precios MCC están 53% por debajo de los valores de los paquetes de las clínicas en la zona".

La misiva finaliza diciendo que "los prestadores privados tenemos voluntad de participación. Sin embargo esa voluntad no puede significar comprometer nuestro funcionamiento, ni nuestras condiciones de operación".

## LA DEFENSA DE FONASA

En su respuesta a esta carta el director de Fonasa también sostuvo que "el arancel se construye en base a información de costos y precios provenientes de las clínicas en su relación con el sistema isapre, del arancel de la MLE y de las licitaciones en que los prestadores compiten por adjudicarse prestaciones para beneficiarios de Fonasa".

Agregó que "se incluyen en las estimaciones estándares de gestión en varios aspectos de la prestación hospitalaria y criterios de pertinencia sanitaria. Es natural que existan diferencias entre lo que desea un prestador y nuestra estimación como financiador. De hecho, ante una misma atención médica, existe una gran dispersión de tarifas entre los prestadores privados".

Por último indicó que "la MCC incorpora en su arancel de prestaciones hospitalarias el pago por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), mecanismo que incentiva la resolución eficiente de problemas de salud que compare el riesgo con los prestadores. Esta herramienta ha sido muy valorada por los prestadores privados y una prueba de ello es el resultado de la licitación adjudicada en 2024 donde duplicamos (70) el número de prestadores privados para la atención de personas con garantías retrasadas GES y no GES quirúrgicas".