

Federación Médica arremete contra la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria que prepara Fonasa

El presidente de la Federación Médica de Chile, el doctor Rodrigo Julio, sostiene que les preocupan varios temas de la MCC. Entre otras cosas, que no está claramente establecido cuánto serán los honorarios médicos en las prestaciones hospitalarias.

MARIANA MARUSIC

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) se impuso una meta ambiciosa: que su nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) esté operativa en el primer semestre de 2025.

Esta modalidad de atención 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 que eso ocurra, aún quedan pendientes varios asuntos por resolver, como por ejemplo, la licitación que deberá hacer Fonasa a las compañías de seguros, la cual debería ser lanzada entre este y el próximo mes, para a continuación adjudicarse en el primer trimestre de 2025. Hasta el momento, las clínicas han criticado el arancel que fijó el asegurador público para pagar las prestaciones hospitalarias, mientras que las compañías de seguros tienen varias dudas respecto de cómo funcionará el proceso.

Pero ahora se sumó un tercer actor con interrogantes y críticas respecto de esta nueva modalidad: los médicos. La Federación Médica, el Colegio Médico (Colmed) y Clínicas de Chile se reunieron este miércoles y entre otras cosas abordaron este asunto en cuestión.

El presidente de la Federación Médica de Chile, el doctor Rodrigo Julio, detalla que en dicha cita mostraron su preocupación respecto de la MCC, por distintas razones. Primero, comenta que los médicos no tuvieron participación en la creación de la MCC. "Por lo menos desde la perspectiva de los médicos (...) la verdad es que Fonasa no convocó a nadie para entregar opiniones sobre cómo se tendría que elaborar este nuevo modelo", acusa.

Y menciona varios cuestionamientos. Primero, explica que según el diseño de Fonasa, las clínicas que quieran ser parte de la MCC deberán suscribir convenios con el asegurador público, pero a diferencia de lo que ocurre actualmente con la Modalidad de Libre Elección (MLE), deberán ir por todo o nada, es decir, no podrán optar por atender solo algunos tipos de prestaciones, como es hoy, sino que deben inscribir todas aquellas que tengan capacidad de



realizar. Eso, a su vez, podría implicar que todos los médicos que trabajan en dicho prestador tengan que atender a los pacientes de la MCC según los aranceles que fijó Fonasa.

"Cualquier prestador que firma contrato con Fonasa se adhiere completo al MCC, no parcial", puntualiza Julio. Al respecto, indica que actualmente "el médico establece un contrato de adhesión con Fonasa", si es que quiere atender pacientes del asegurador público, pero ahora "quienes establecen el contrato de adhesión son los prestadores, dejando un poco fuera a los médicos".

Por otro lado, plantea que según el arancel que publicó Fonasa, la MCC tiene una valorización de las prestaciones ambulatorias y las consultas médicas. "Sobre ese valor numérico no se establece ningún tipo de estándar de calidad. Ni con clínicas, ni con nosotros como Federación se conversó si eran valores factibles de aplicar o no", argumenta. En el valor de las consultas médicas, que fue aumentado respecto de lo que existe en la actualidad, sí participó el Colmed.

Pero la principal crítica de Julio está en el arancel hospitalario. Esto, debido a que las prestaciones hospitalarias en la MCC se pagan según Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), y allí no se establece cuánto será específicamente lo que se pagará como honorario médico, por lo que su punto se refiere, más que nada, a transparentar esos precios.

Este modelo "limita el gasto de bolsillo de los pacientes, lo cual es bastante importante, pero establece una serie de condiciones que pueden ser un poco complejas en su aplicación si es que no se hace de forma paulatina (...) Es un buen modelo desde el punto de vista de gestión, pero ese modelo tiene que ser idealmente conversado entre todos los participantes, incluyendo a los médicos", afirma.

Agrega que bajo la mencionada modalidad "Fonasa paga el total de la hospitalización del paciente, lo cual incluye el valor del día cama, el derecho a pabellón, los insumos ocupados, y dentro de ese insumo está también el honorario médico, pero al menos en ese aspecto, Fonasa no establece cuánto debe ser (específica-

mente) el honorario médico, ya que ni siquiera el arancel de la MLE se pone como el valor mínimo que se tenga que pagar (como honorario). Es decir, las clínicas pueden perfectamente reducir el valor del pago a los médicos, incluso por debajo del arancel de la MLE, lo cual puede impactar en los estándares de calidad".

Precisa que "la MCC no establece ninguna norma respecto de cuánto (del pago total) le corresponde a los médicos y cuánto le corresponde a la clínica". En cambio, dice, en la MLE se establece específicamente cuánto es el honorario médico.

Julio asegura que pedirán, en conjunto con Colmed, una reunión con Fonasa para poder aclarar dudas. Por ejemplo, "si es que un médico no ha adherido a Fonasa, y cuya clínica sí se adhiere a Fonasa, ¿va a estar dentro del arancel MCC? Aparentemente, por lo que está escrito hasta el momento, así es. Eso significa que la relación de los médicos directa con Fonasa se terminaría si es que el prestador donde yo estoy trabajando firma el contrato con Fonasa".

En esa línea, señala que "esto obliga a que se establezca una relación de negociación entre las clínicas y los médicos, y hay muchas clínicas hoy día cuyos médicos no están organizados".

REUNIÓN CON ASEGURADORAS

Desde las aseguradoras también han manifestado varias aprensiones. Una de ellas, es que no saben cómo tarifificar o asignarle un valor a las prestaciones que se van a entregar en la MCC, y por lo tanto, no han podido hacer proyecciones preliminares de costos. Esto, debido a que no han trabajado con el modelo de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

Por eso mismo, desde Fonasa organizaron una reunión que tuvo lugar también este miércoles, en la cual les presentaron esta nueva modalidad, les explicaron el plan de implementación, y donde uno de los focos centrales de la cita fue enseñarles lo que es GRD y cómo calcular los costos hospitalarios.

El evento fue inaugurado por la ministra de Salud, Ximena Aguilera, y por el director de Fonasa, Camilo Cid. Hasta dicha instancia llegaron decenas de representantes de las compañías de seguros, y también del gremio que las agrupa. ●