

Fallas de mercado en la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa

Market failures in Fonasa's Complementary Coverage Modality (MCC)

Ismael Aguilera Correa¹
Rafael Urriola Urbina²

RESUMEN

La implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en Fonasa (Ley 21.674) representa un caso de estudio crítico sobre los límites de la colaboración público-privada en mercados con asimetría de información. Analizar las causas estructurales del fracaso de las licitaciones. Estudio de análisis documental comparativo de las licitaciones ID 591-3-LR25 y ID 591-28-LR25 y, la teoría de seguros. La evidencia muestra que el modelo de prima plana voluntaria, sin mecanismos robustos de ajuste por riesgo sanitario, genera barreras de entrada insalvable para los aseguradores exacerbada por la “ambigüedad knightiana” respecto a la red de prestadores. El fracaso de las licitaciones no es solo administrativo, sino consecuencia de un diseño que no mitiga la selección adversa, a pesar de las modificaciones tácticas de la segunda licitación: fraccionamiento del riesgo y reducción de topes.

Palabras clave: Selección Tendenciosa de Seguro, Financiación de la Atención de la Salud, Seguro Sanitario Voluntario, Ajuste de Riesgo, Asociación entre el Sector Público-Privado.

ABSTRACT

The implementation of the Complementary Coverage Modality (MCC) in Fonasa (Law 21,674) represents a critical case study on the limits of public-private collaboration in markets with information asymmetry. The objective is to analyze the structural causes of the failure of the tenders. Comparative documentary analysis of tenders ID 591-3-LR25 and ID 591-28-LR25 and insurance theory. Evidence indicates that the voluntary flat premium model, without adequate mechanisms for health risk adjustment, creates insurmountable barriers to entry for insurers, exacerbated by “Knightian ambiguity” regarding the network of providers. The failure of the tenders is not only administrative; but also a consequence of a design that does not mitigate adverse selection, despite the tactical modifications of the second tender—risk fractionation and reduction of caps.

Keywords: Insurance Selection Bias, Healthcare Financing, Health Insurance, Voluntary, Risk Adjustment, Public-Private Sector Partnerships.

Recibido el 29 de enero de 2026. Aceptado el 09 de marzo de 2026.

¹ Ingeniero Civil Industrial, Mg, Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

Correspondencia a: iaguiler@ug.uchile.cl

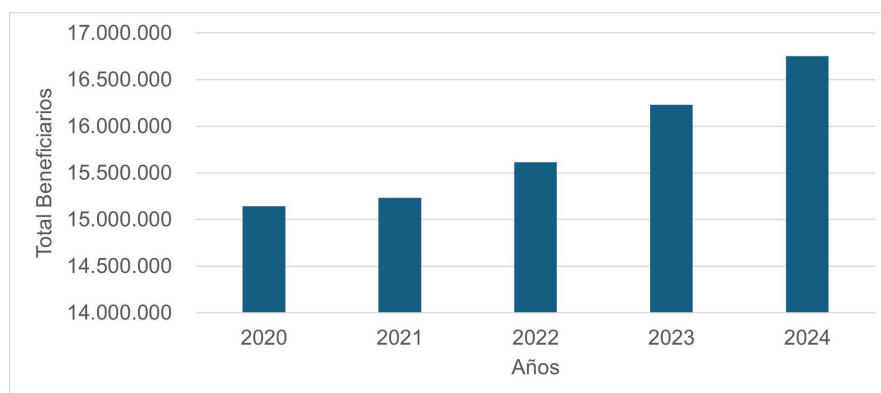
² Economista. Director, Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB).

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno atraviesa una transformación estructural precipitada por la crisis de solvencia de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Este escenario, marcado por fallos judiciales de la Corte Suprema (Superintendencia de Salud, 2024a) que obligaron a la devolución de cobros en exceso a sus afiliados por

montos superiores a los 1.400 millones de dólares (Superintendencia de Salud, 2024b), generó una incertidumbre sistémica sobre la continuidad de la cobertura privada. Como consecuencia directa, se produjo una migración masiva de aproximadamente un millón de beneficiarios desde el sistema privado hacia el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) entre 2022 y 2024, como se observa en la Figura 1.

Figura 1: Población Beneficiaria Fonasa 2020-2024. Fuente: Datos abiertos de Fonasa(FONASA, s. f.).



Para contener el impacto de esta migración y evitar el colapso de la red de prestadores privados, se promulgó la Ley 21.674 (“Ley Corta”) en mayo de 2024 (Biblioteca del Congreso Nacional, 2024). Esta normativa instruyó la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), un mecanismo diseñado para otorgar protección financiera adicional a los beneficiarios de los tramos B, C y D de Fonasa que opten por atenderse en la Modalidad de Libre Elección (MLE).

La necesidad sanitaria de este instrumento es crítica. Mientras que la Modalidad de Atención Institucional (MAI) ofrece gratuidad total (“Copago Cero”) en la red pública, la MLE expone a los pacientes a una baja cobertura financiera, especialmente en atenciones hospitalarias y quirúrgicas, donde los aranceles basales de Fonasa cubren, en promedio, menos del 20% del precio de mercado. Históricamente, los afiliados a Isapres financiaban esta brecha mediante una cotización promedio un 60% superior al 7% legal, excedente que, bajo la lógica de la Ley 21.674, podría redestinarse al pago de la prima voluntaria de la MCC. En términos simples, si una persona que tiene ingresos por un millón de pesos debiese pagar \$70.000 como cotización. Sin embargo, en promedio en las Isapres pagan

\$110.000 pesos. Esto hizo pensar que un seguro complementario organizado por Fonasa podía ser cubierto con primas equivalentes (o sea de alrededor de \$40.000).

Desde la perspectiva de la Economía de la Salud, la MCC intenta resolver el “trilema” de garantizar acceso universal, protección financiera y sostenibilidad fiscal mediante una colaboración público-privada. El diseño contempla una prima plana comunitaria (community rating) y una red cerrada de prestadores para grupos de prestaciones priorizados, que incluyen desde días cama y soluciones quirúrgicas hasta tratamientos oncológicos complejos (Biblioteca del Congreso Nacional, 2025).

Sin embargo, la implementación de la MCC ha enfrentado barreras estructurales severas. Durante el año 2025, los procesos de licitación pública (ID 591-3-LR25 (Mercado Público, 2025a) y ID 591-28-LR25 (Mercado Público, 2025b)) resultaron en escenarios de deserción o adjudicación marginal, donde el mercado asegurador ofreció cubrir solo una fracción del riesgo a costos significativamente superiores a los estimados.

El presente estudio postula que estos resultados no obedecen a fallas operativas circunstanciales, sino a problemas de diseño en los mecanismos de

incentivos que exacerban la selección adversa. El objetivo de este artículo es analizar las causas de estos fallos desde la perspectiva de la planificación y gestión sanitaria.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de análisis documental de políticas públicas. El objetivo fue evaluar la viabilidad del diseño de los mecanismos de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

Fuentes de información y análisis normativo

Se revisaron las bases técnicas y administrativas de las Licitaciones Públicas ID 591-3-LR25 (Primer Llamado) y ID 591-28-LR25 (Segundo Llamado), incluyendo sus Circulares Aclaratorias y Actas de Evaluación emitidas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El análisis cualitativo se estructuró en tres dimensiones:

1. **Diseño de incentivos:** Evaluación de barreras de entrada regulatorias y mecanismos de pago a prestadores.
2. **Análisis de riesgo:** Comparación de los parámetros de cobertura (topes, deducibles y *stop-loss*) entre ambos procesos licitatorios.
3. **Respuesta del mercado:** Análisis de la oferta y demanda para identificar la percepción de riesgo de los aseguradores privados. Para la interpretación teórica de la segmentación de riesgo y la incertidumbre (Akerlof, 1970) sobre la red de prestadores, se utilizaron los marcos conceptuales de asimetría de información (Rothschild & Stiglitz, 1976) e incertidumbre estructural ("Ambigüedad Knightiana" (Knight, 1921)).

Consideraciones éticas

El estudio utilizó bases de datos secundarias de acceso público y anonimizado, por lo que no requirió consentimiento informado, cumpliendo con la normativa de protección de datos personales y los estándares éticos para investigación en salud pública.

Se declara que se utilizó el modelo de lenguaje Google Gemini 3 para la revisión gramatical, estructuración de argumentos y síntesis de textos del manuscrito. La herramienta se utilizó de forma que no contradice las políticas éticas de Cuadernos Médicos Sociales y los autores asumen plena responsabilidad por el contenido.

RESULTADOS

Resultados de los procesos de licitación

El análisis comparado de las licitaciones ID 591-3-LR25 y ID 591-28-LR25 evidencia una respuesta de mercado limitada frente al diseño de incentivos propuesto. En el primer llamado, caracterizado por la oferta de la cartera como un bloque único y un tope de cobertura de 500 UF, el proceso se declaró desierto por ausencia total de oferentes. Esto indicó una baja aceptabilidad del riesgo asociado a una población de alta morbilidad (Fonasa tramos B, C y D) bajo un esquema de prima plana sin mecanismos de declaración de preexistencias.

El segundo llamado incorporó mecanismos de mitigación de riesgo, incluyendo:

1. **Fraccionamiento del riesgo:** Subdivisión de la cartera en 7 bloques (14,28% del riesgo cada uno).
2. **Ajuste de beneficios:** Reducción del tope de cobertura a 400 UF.
3. **Mecanismo de *Stop-Loss*:** Cobertura estatal del 80% para siniestralidad que exceda el 115% de lo recaudado.

A pesar de estas flexibilizaciones, se recibió una única oferta válida (Aseguradora Zurich) por solo una de las siete fracciones disponibles. Esto implica que el 85,7% del riesgo licitado quedó sin cobertura, imposibilitando la implementación sistémica del seguro bajo las condiciones ofertadas.

Análisis de costos

La oferta económica recibida estableció una prima mensual referencial de aproximadamente \$45.000 (1,2 UF). Este valor supera en más del 50% las estimaciones base del diseño original y duplica el costo promedio de seguros complementarios colectivos comparables en el mercado privado para poblaciones de menor riesgo.

DISCUSIÓN

El análisis de los procesos licitatorios de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) revela una desconexión estructural entre la arquitectura regulatoria propuesta y los incentivos basales del mercado asegurador. Los resultados sugieren que, en ausencia de mandatos de afiliación o subsidios explícitos, el diseño actual no logra mejorar el aseguramiento complementario para los segmentos a los que se orientan el MCC.

En el contexto de los seguros privados, una prima plana —es decir, un cobro uniforme independiente del riesgo— genera subsidios cruzados donde los individuos de bajo riesgo financian a los de alto riesgo (Folland et al., 2012; Van De Ven & Schut, 2011). En un esquema voluntario, esto desincentiva la participación de la población sana y fomenta la autoselección de individuos con mayor morbilidad, fenómeno conocido como selección adversa (Rothschild & Stiglitz, 1976). Esta distorsión se agudiza por la ausencia de mecanismos de ajuste de riesgo, lo que impide corregir las tarifas en función de la siniestralidad esperada.

Si bien las primas planas (habitualmente proporcionales al ingreso) son eficientes y fomentan la solidaridad en sistemas de seguridad social con afiliación obligatoria y mancomunaciones a gran escala, resultan financieramente inviables en poblaciones acotadas bajo esquemas de afiliación voluntaria.

Por otra parte, la viabilidad técnica de un seguro requiere de cálculos actuariales basados en probabilidades objetivas derivadas de datos históricos. Cuando la información es insuficiente o el entorno es radicalmente incierto, surge la denominada “ambigüedad knightiana” (Knight, 1921). Bajo esta condición, donde el asegurador no puede estimar una distribución de probabilidad confiable, la respuesta racional del mercado es exigir primas excesivamente altas, excluir coberturas o abstenerse de participar, lo que explica la deserción de oferentes observada en los procesos licitatorios de la MCC.

Resulta paradójico contrastar el resultado de las licitaciones desiertas con las proyecciones industriales previas a la implementación. Análisis de mercado realizados en 2025 (Bustamante & Fuentes, 2025) anticipaban una ‘Rivalidad Alta’ basada en el modelo de Porter, identificando a actores consolidados como MetLife, Consorcio y BICE Vida como competidores naturales por este nuevo mercado. La ausencia total de estas entidades en la adjudicación sugiere que las barreras de entrada técnicas —específicamente la imposibilidad de discriminar riesgo mediante tarifas diferenciadas— actuaron como un disuasivo absoluto, anulando el atractivo de una industria que antes se consideraba competitiva.

Mecanismos de Selección Adversa y Barreras de Acceso

La evidencia confirma la predicción teórica de Rothschild y Stiglitz (1976): bajo un esquema de afiliación voluntaria y prima plana comunitaria

(*community rating*), el mercado tiende a segmentarse. En el caso de la MCC, se identificaron cuatro dimensiones críticas que detonan este fenómeno:

1. **Disparidad de Valoración:** Existe una brecha insalvable entre el costo del seguro y la percepción de riesgo del beneficiario promedio. Mientras el copago mensual promedio en la Modalidad de Libre Elección (MLE) es cercano a \$6.400, la prima licitada (\$45.000) representa un incremento superior al 600%. Esto desarticula cualquier incentivo económico para la afiliación de la población sana, necesaria para subsidiar el sistema. No obstante, estudios de Fonasa en 2024 (Marusic, 2024) evidenciaban un 70% de disposición a contratar, incluso en el segmento sano (20-35 años), descartando una falta de demanda basal. Esto fue cuantificado ex-ante por estudios de mercado (Bustamante & Fuentes, 2025) revelaban una alta sensibilidad al precio: un aumento de la prima sobre los \$30.000 pesos provocaba el rechazo de más del 56% de la demanda potencial.
2. **Regresividad:** El análisis de asequibilidad basado en datos CASEN 2024 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2026) indica que la prima ofertada actuaría como una barrera de entrada severa para los tramos de ingresos medios. Para el Grupo B y C de Fonasa, la prima representaría una sobrecarga financiera equivalente al 58% y 44% de su cotización legal base, respectivamente, desestimando a los usuarios que se buscaba proteger.
3. **Competencia Institucional:** La política de gratuidad universal en la red pública (“Copago Cero”) reduce el costo de oportunidad de la alternativa institucional a cero. Para un usuario racional y sano, pagar una prima elevada se vuelve ineficiente, convirtiendo a la MCC en un producto atractivo casi exclusivamente para pacientes con eventos médicos inminentes o en listas de espera, deteriorando el perfil de riesgo del fondo.
4. **Cobertura Insuficiente:** La reducción del tope de cobertura a 400 UF deja a los hogares expuestos financieramente frente a eventos catastróficos reales (ej. oncología compleja), fallando en el objetivo primario de otorgar seguridad financiera.

Limitaciones del Fraccionamiento de Riesgo

La estrategia de la segunda licitación de dividir el riesgo en siete bloques, inspirada en el modelo del Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS) de las AFP, resultó insuficiente debido a una diferencia fundamental: la voluntariedad. Mientras el SIS opera sobre una masa de cotizantes cautiva y universal (garantizando diversificación), la MCC intenta fraccionar una cartera con alta probabilidad de siniestro y baja diversificación. La falta de participación de oferentes valida la teoría de la “ambigüedad” (Knight, 1921): al no existir una red de prestadores consolidada ni precios clínicos de referencia al momento de licitar, las aseguradoras no pudieron calcular una distribución de probabilidad de riesgo confiable, optando por la abstención (Cao et al., 2005; Easley & O’Hara, 2009) o la exigencia de primas de seguridad elevadas (Corso, 2015).

Riesgo Fiscal Implícito

El diseño actual plantea un desafío de sostenibilidad fiscal. Ante la eventual insolvencia técnica de un asegurador privado por siniestralidad mayor a la proyectada, existe el riesgo de que el Estado deba actuar como “asegurador de última instancia” para evitar la desprotección de los afiliados. Esto genera un problema de riesgo moral institucional, donde pérdidas privadas podrían terminar siendo socializadas mediante subsidios de emergencia.

CONCLUSIONES

La fallida implementación inicial de la MCC ofrece lecciones críticas para la gestión sanitaria en Chile. El fracaso no obedeció a problemas operativos coyunturales, sino a una incompatibilidad de diseño entre los principios de seguridad social (solidaridad) y la lógica de seguros voluntarios privados.

Para viabilizar una colaboración público-privada efectiva en este ámbito, se requieren reformas estructurales que trasciendan los ajustes paramétricos de las licitaciones recientes. Basado en la evidencia, se identifican tres condiciones necesarias:

1. **Mecanismos de Ajuste de Riesgo:** Es imperativo implementar sistemas de compensación (*Risk Equalization*) que neutralicen los incentivos a la selección adversa de riesgos y hagan viable la prima plana.
2. **Incentivos a la Masividad:** Se debe

transitar desde la voluntariedad pura hacia mecanismos de inscripción automática con opción de salida (*opt-out*) o la incorporación de colectivos, asegurando una base amplia de cotizantes sanos como mínimo.

3. **Certeza en la Red Prestadora:** La gestión de la red y sus aranceles debe estar definida previo a la licitación del riesgo financiero para reducir la prima por incertidumbre (Illeditsch, 2011). Es más, datos de pre-inversión (Bustamante & Fuentes, 2025) indicaban que la exclusión de un prestador mayoritario (ej. RedSalud) reduciría la intención de compra en un 30%.

Cabe destacar que, a fines de enero, Fonasa hizo una Declaración Pública indicando que el proceso de implementación de la MCC seguirá su curso y, acorde a las bases de licitación, se debe adjudicar parcialmente y proceder al trato directo de las fracciones faltantes. Sin estas correcciones, la MCC corre el riesgo de convertirse en un producto de nicho, irrelevante para la salud pública y fiscalmente riesgoso para el Estado.

REFERENCIAS

- Akerlof, G. A. (1970). The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500. <https://doi.org/10.2307/1879431>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2024, mayo 24). Ley 21.674: *Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, establece un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional*. www.bcn.cl/leychile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1203779>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2025, marzo 24). *Resolución 174 EXENTA APRUEBA ARANCEL DE LA MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (MCC)*. www.bcn.cl/leychile. <https://www.bcn.cl/leychile>
- Bustamante, M. B., & Fuentes, C. A. (2025). *Nueva modalidad de cobertura complementaria MCC*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/208495>
- Cao, H. H., Wang, T., & Zhang, H. H. (2005). Model Uncertainty, Limited Market

- Participation, and Asset Prices. *The Review of Financial Studies*, 18(4), 1219-1251. <https://doi.org/10.1093/rfs/hhi034>
- Corso, E. (2015). Ambigüedad, aversión por la ambigüedad y reservas de valor en Argentina. *Ensayos Económicos*, (73), 91-116. <https://doi.org/10.64285/ensayosbcra73.y2015.145>
 - Easley, D., & O'Hara, M. (2009). Ambiguity and Nonparticipation: The Role of Regulation. *The Review of Financial Studies*, 22(5), 1817-1843. <https://doi.org/10.1093/rfs/hhn100>
 - FONASA. (s. f.). Beneficiarios – Datos Abiertos. *Fondo Nacional de Salud*. Recuperado 20 de enero de 2026, de <https://datosabiertos.fonasa.cl/dimensiones-beneficiarios/>
 - Illeditsch, P. K. (2011). *Ambiguous Information, Portfolio Inertia, and Excess Volatility* (SSRN Scholarly Paper No. 1600299). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=1600299>
 - Knight, F. H. (1921). Risk, *Uncertainty and Profit* (SSRN Scholarly Paper No. 1496192). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=1496192>
 - Marusic, M. (2024, noviembre 26). *Un 70% de los cotizantes encuestados por Fonasa estaría dispuesto a contratar un seguro complementario licitado por el asegurador público*. La Tercera. <https://www.latercera.com/pulso/noticia/un-70-de-los-cotizantes-encuestados-por-fonasa-estaria-dispuesto-a-contratar-un-seguro-complementario-licitado-por-el-asegurador-publico/>
 - Mercado Público. (2025a, marzo 28). *Bases Administrativas y Técnicas de Licitación Pública: «Contratación de una Compañía de Seguros para la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)»*. ID Licitación: 591-3-LR25 (Primer Llamado). <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=eEaR9qqDJK03W7RdlLMzlw==>
 - Mercado Público. (2025b, octubre 17). *Bases de Licitación Pública: «Segundo Llamado para la Contratación de Seguros de la Modalidad de Cobertura Complementaria»*. ID Licitación: 591-28-LR25. ID: 591-28-LR25. <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=I/N22kAZtSc/ePeP6muGFw==>
 - Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2026, enero 8). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)*. Observatorio Social. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2024>
 - Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. En G. Dionne & S. E. Harrington (Eds.), *Foundations of Insurance Economics* (Vol. 14, pp. 355-375). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-015-7957-5_18
 - Superintendencia de Salud. (2024a, mayo 13). Circular IF/N°468 Imparte Instrucciones para Formalizar la Incorporación de la Tabla de Factores Única a los Contratos de Salud, Conforme a lo Resuelto por la Excma. Corte Suprema. *Regulación. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile*. <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-23314.html>
 - Superintendencia de Salud. (2024b, noviembre 27). Superintendente de Salud anunció que a contar de diciembre Isapres comenzarán a devolver dineros indebidamente descontados a cotizantes. *Superintendencia de Salud*. <https://www.superdesalud.gob.cl/noticias/2024/11/superintendente-de-salud-anuncio-que-a-contar-de-diciembre-isapres-comenzaran-a-devolver-dineros-indebidamente-descontados-a-cotizantes-montos-van-desde-los-380-a-los-69-millones-y-benefici/>
 - Van De Ven, W. P. M. M., & Schut, F. T. (2011). Guaranteed Access to Affordable Coverage in Individual Health Insurance Markets. En S. Glied & P. C. Smith (Eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0017>