LITORALPRESS

Fecha: 18-04-2026
Medio: La Tercera
Supl. : La Tercera - Pulso
Tipo: Noticia general
Título: César Oyarzo y foco de su gestión en Fonasa: "Hay que lograr un restablecimiento de los equilibrios financieros que están rotos"

Pág. : 4
Cm2: 772,9

Tiraje: 78.224
Lectoría: 253.149
Favorabilidad: No Definida

César Oyarzo y foco de su gestión en Fonasa: "Hay que lograr un restablecimiento de los equilibrios financieros que están rotos"

El nuevo director de Fonasa pretende impulsar un mayor control de gastos y aumentos de ingresos por cotizaciones, con lo cual este año espera "aportar no menos de US$400 millones", asegura. Sobre la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), afirma que "no tenemos MCC. Con el modelo que se diseñó, no va a haber". Señala que hoy están enfocados en cerrar dicho proceso.

MARIANA MARUSIC

Avanzar hacia un equilibrio financiero en Fonasa y reducir listas de espera. Esas son las dos prioridades que marcarán la gestión del nuevo director de Fonasa, César Oyarzo, durante el gobierno de José Antonio Kast.

"Que cada peso de Fonasa contribuya a años de vida saludable, en las prioridades sanitarias del país. Ese es el sueño, esa es la gestión de verdad. El equilibrio financiero es un desafío porque las organizaciones no se administran si no lo tienen. Por lo tanto, es un desde", afirma en su primera entrevista en el cargo.

Oyarzo cuenta que están formando un consejo consultivo estratégico que pronto va a ser convocado por la ministra de Salud, May Chomali, con el objetivo de ver cómo implementar las metas que se han planteado a tres años al interior del asegurador público. "Estamos en la etapa de confirmación de los integrantes, pero está la resolución que lo crea, y en las próximas semanas va a partir", señala.

Este puesto no es nuevo para el ingeniero comercial de la Universidad de Chile y Master of Arts en economía de la salud en Iladés/Georgetown University, pues fue director de Fonasa hace tres décadas, durante el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle, entre 1994 y 1997.

¿Cómo encontró Fonasa 30 años después?

-Me encuentro un Fonasa que ha evolucionado, pero en un contexto en el cual ha ido asumiendo una serie de nuevas obligaciones que antes no tenía.

Por ejemplo, en los años 90, el gasto de licencias médicas era en torno a 1,2% o 1,3% de la cotización. Hoy estamos en 4,2% o 4,5%. Y pasamos por 6% en algún momento. Un tema que no era un problema, empezó a escalar y se transformó efectivamente en un problema muy grande para la gestión del seguro. La estructura en Fonasa no estaba preparada y estamos rezagados para ejercer un control que es necesario en un contexto, además, donde todo un país mira cómo el tema de la licencia médica se presta para todo tipo de abusos.

Eso es lo que encuentro que es central en comparación a los años 90: problemas nuevos, desafíos nuevos, de una magnitud que requieren que Fonasa se fortalezca, no porque esté mal o haya retrocedido, sino porque hay que tener una mirada distinta para enfrentar los desafíos de hoy.

En este escenario, ¿cuál va a ser el foco de su gestión en Fonasa?

-Hay que lograr un restablecimiento de los equilibrios financieros que están rotos. Para eso hay que tener mucho control sobre gastos innecesarios. La partida más importante es, evidentemente, el de las licencias. Pero no solo eso. Aquí hay que controlar muchos otros de los programas nuevos que nacieron y que por su complejidad cuesta mucho controlarlos. Hoy estamos manejando el financiamiento de programas de medicamentos de alto costo, en una estructura compleja. Fonasa, Cenabast, servicios, quién compra, quién distribuye, etcétera. Son todas líneas de US$100 millones o US$200 millones, en que es necesario crear más músculo para comprar mejor, para que no haya pérdidas, para que llegue a la gente que tiene que llegar.

Entonces, un foco evidente es ir a controlar todas aquellas cosas en las cuales hoy se están perdiendo recursos. Y por otra parte, los ingresos de Fonasa, que no son aportes fiscales, que son las cotizaciones, también requieren que hagamos un esfuerzo de mayor control.

¿Más allá de las licencias, qué otro control planean hacer?

-Acabamos de recalificar a 1,4 millones de personas que estaban gastando en la Modalidad Libre Elección (MLE) y que no tienen cotizaciones en los últimos 12 meses.

La ley nos obliga a recalificar al menos una vez al año para que todos aquellos cotizantes que durante los últimos 12 meses no cotizaron, vayan a la categoría A (personas carentes de recursos o que no cotizan), que siguen siendo beneficiarios de Fonasa y teniendo atención de salud, pero limitada a la red pública. Y esas 1,4 millones de personas hoy estaban accediendo a la libre dirección sin problema.

No nos gusta recalificar a la gente en el tramo A, lo que nos gusta es que paguen sus cotizaciones, porque mucho de ese no pago de cotizaciones, comporta, en muchos casos, un fraude calculado, en el cual hay gente que paga una vez las cotizaciones y después se queda en Fonasa y no paga más. Si no tienes sistemas de control, eso se transforma en una costumbre.

¿Desde cuándo no se hacía una recalificación de este tipo?

-Desde 2024. Lo que vamos a hacer desde ahora es una recalificación mensual para (ver a aquellos que no han cotizado en 12 meses y) evitar que se genere un problema. Pero repito, el objetivo nuestro no es mandar a la gente al tramo A. El objetivo es que la gente aprenda que si va a tener beneficios especiales dentro de Fonasa, pague su cotización.

Esa es nuestra obligación: a los que declaran cotizaciones y no pagan, les vamos a ir a cobrar. Porque entre aumentar nuestros ingresos por cotizaciones y controlar los gastos, está la base del compromiso que tomó la ministra de Salud y que nosotros apoyamos. Frente a los recortes de gastos, tenemos que encontrar cuáles son las medidas para compensarlo, sin afectar la atención de la gente.

¿Cuánto les va a significar la recalificación en mayores ingresos o menores gastos?

-Nosotros tenemos una meta: para este año deberíamos aportar no menos de US$400 millones entre control de gastos y aumentos de ingresos por cotizaciones. Estimamos que en los últimos 12 meses la gente en la libre elección que recalificamos gastó cerca de US$120 millones. Entonces, vamos sumando puntos de control con un objetivo de que podamos contribuir al ajuste en no menos de US$400 millones.

El Ministerio de Salud dijo que el déficit en Fonasa será de $1.027.990 millones (unos US$1.167 millones) en 2026 si no se hace nada. ¿Espera reducir ese déficit para este año en US$400 millones?

-Esperamos aportar US$400 millones. Para nosotros, recortar músculo es cortar atenciones. La manera fácil en este sector de reducir el gasto es cortar atenciones. Y eso es lo que tenemos la instrucción de no hacer. Por lo tanto, tenemos que cortar grasa. Y cortar con cuidado para no llevarnos músculo.

Licencias médicas

Finalmente es la Compin la contraloría médica de Fonasa. ¿Qué pueden hacer ustedes para controlar el gasto en licencias médicas?

-Mucho. El tema del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) lo estamos comenzando a implementar por parte. Pero ya, como

LITORALPRESS

Fecha: 18-04-2026
Medio: La Tercera
Supl. : La Tercera - Pulso
Tipo: Noticia general
Título: César Oyarzo y foco de su gestión en Fonasa: "Hay que lograr un restablecimiento de los equilibrios financieros que están rotos"

Pág. : 5
Cm2: 772,7

Tiraje: 78.224
Lectoría: 253.149
Favorabilidad: No Definida

venía desde el año pasado con una tendencia a la baja, este año esperamos tener un efecto positivo en gastos de licencias laborales, que pretendemos reforzar con lo que estamos haciendo.

Estamos coordinados entre el Ministerio de Salud, la Compin y Fonasa, con un programa de trabajo que en lo que respecta a gestión conlleva que vamos a ir por un nuevo sistema de información, vamos a instalar una mecánica distinta entre las responsabilidades de los agentes, en el sentido de que la Compin no solo es licencia médica, también es cálculo y pago de subsidios. Esa parte también hay que cuidarla. Y eso no es médico.

Tenemos un plan de trabajo. Lo que dice la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) es que tenemos una tasa de rechazo de licencias en las Compin del 6%. El sistema privado (isapres) tiene 20%. Y no creo que a nosotros nos hagan menos fraude que al sistema privado.

El tema principal es que podemos avanzar rápido en el control de fraude. Y en eso no necesitamos médicos, en eso necesitamos inteligencia de sistemas que detectan, cuando se emite la Licencia Médica Electrónica (LME), que hay una actividad anormal.

El control hoy está enfocado en el fraude, y hacer control antes y no después. Nosotros ya estamos piloteando para hacerlo después con sistemas de informaciones más ágiles, y que haya sistemas de alerta.

¿Espera que esos ajustes estén operativos este año para que se empiece a ver un efecto?

-Sí, estamos trabajando. No estamos solo en la idea, estamos piloteando. Por lo tanto, vamos a controlar donde sabemos que los días, las horas, claramente son sospechas. Hay sospechas claras, hay otras menos claras. Pero todos tenemos facultad para pedir los antecedentes antes de pagar una licencia. Después de que ha sido pagada, puede ser largo el camino para recuperar.

Más allá de poner foco en fraudes, ¿cómo se puede reducir el gasto en licencias desde el actual, a 4,5% de la cotización que representa?

-Esto requiere atacar cosas estructurales como las que estamos planteando en el Parlamento. Esto no se controla solo con lo que estamos haciendo en cuanto a fraudes.

Necesitamos la primera línea de control de fraudes; necesitamos alguna reorganización institucional para los controles; necesitamos cambiar los incentivos, que es el proyecto de ley al que le dio urgencia el gobierno.

Listas de espera y alianza con clínicas

Uno de los focos de este gobierno es reducir las listas de espera. ¿Esto implica un mayor gasto y contratar más prestaciones con el sector privado, versus lo que se estaba haciendo antes?

-El primer foco es garantías de oportunidad dentro del mundo de las listas de espera, que es bastante diverso, con foco en temas de riesgo vital. La zona oncológica es muy clara como ejemplo. Si hay que comprar más en el sector privado para esto, vamos a comprar más.

No es un problema de competencia, es un problema de complementariedad. Y vamos a comprar más en el privado, obvio, pero le vamos a comprar al sector público todo lo que tenga. Tenemos que trabajar más integrados en la red.

Se ha hecho mucho énfasis en que hay un recorte (fiscal). Hay $150 mil millones que el gobierno puso para las garantías oncológicas. Entonces, esto no es de menos y solo de menos.

¿Van a tener una mayor alianza público-privada en este gobierno para reducir listas de espera?

-Sí, pero queremos que la alianza no sea romántica.

¿En qué sentido?

-En el sentido que siempre ha habido alianza público-privada, siempre ha habido compra a privados. Lo que tenemos que hacer es que eso cada día funcione más como una red efectiva. Si un paciente va desde Fonasa, o desde el servicio donde esté, al mundo privado, vuelve a su red, no se desconecta de su red, por lo tanto, el sector privado que nos vende servicios, nos da más información que nos permite la utilidad sobre el paciente. Que los hospitales asuman la tarea de que el paciente, aunque se vaya al sector privado, la persona se va con su ficha médica, se va con un diagnóstico, con sus exámenes. En términos técnicos, interoperabilidad de la ficha médica.

No se puede decir que hay una alianza público-privada cuando uno le compra al sector privado y a continuación no sabemos qué es lo que pasa con los pacientes. ¿Cuál es el desafío? Lo que tenemos que hacer es que eso fluya desde la perspectiva del paciente con un viaje más integrado.

¿Se ha juntado ya con las clínicas? Han criticado en el pasado por el retraso de pagos.

-No nos hemos juntado con las clínicas privadas. Es público lo que ellos reclaman, que hay un stock de deuda, es efectivo y estamos en una situación financiera difícil, por lo tanto, eso se resuelve como en todas las cosas, conversando, siendo transparentes sobre cómo vamos a pagar, y estableciendo un compromiso creíble de pago. Nos vamos a hacer cargo de esa situación, la hemos conversado con la Dirección de Presupuestos, y el contexto es el que planteo, en un marco financiero complejo, nosotros podemos ir a explicar y comprometernos y cumplir, que eso es básico cuando se establece una relación de este tipo.

El fracaso de la MCC

En el gobierno anterior, Fonasa estaba impulsando la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), con una primera licitación que resultó fallida y una segunda subasta donde solo se adjudicó un séptimo del seguro.

¿Piensan seguir impulsando esta modalidad?

-Primero, tenemos que cerrar el proceso, que tiene que cumplir una serie de reglas, de acuerdo a la misma licitación. Esa es nuestra primera tarea. La herencia que recibimos es una primera licitación fallida, una segunda que tiene una alta probabilidad de declararse fallida también, porque te permitía trato directo, pero ese trato directo tampoco avanzó, por lo tanto, como dice la ley, tenemos que hacer los mejores esfuerzos por terminar este proceso, y cerrarlo. Eso estamos haciendo.

Lo que viene a continuación no es una decisión de Fonasa, es una decisión del gobierno, respecto de si vamos a ir por una versión distinta, porque esta ya no tiene tercera oportunidad, ya tenemos las señales superclaras en el sentido de por qué fracasa. Por lo tanto, si se vuelve a repetir esta licitación, va a volver a fracasar. La responsabilidad técnica de Fonasa es decirle al gobierno que puede construir algo distinto, y preguntarle si hay interés en que lo hagamos.

Entonces, ¿puede asegurar que la MCC, tal como está, ya no funcionó?

-La MCC tal como está, no está. Si estuviese, estaríamos hablando de otra cosa. No tenemos MCC. Con el modelo que se diseñó, no va a haber. La decisión que hay que tomar, es si esa modalidad complementaria va a ser o no una prioridad del gobierno, y en ese caso, necesariamente va a implicar reglas distintas.

Si uno quiere construir una cobertura adicional para los beneficiarios de Fonasa, hay que planteárselo como una pregunta general: ¿cómo lo podemos hacer?.

Bien diseñada, ¿cree que podría ser positiva para Fonasa una nueva modalidad?

-Hoy los beneficiarios de Fonasa han accedido a un mercado de seguros adicionales muy importante. ¿Requieren seguros adicionales? Yo creo que sí. ¿Puede aportar Fonasa en ese mercado, de manera inteligente, creando una zona en la cual haya un seguro más estándar, con mejores coberturas, precios, etcétera? Yo creo que sí.

Cabe recordar que uno de los grandes problemas comunicacionales es que no se enfatizó el hecho de que la MCC era de costo de los afiliados. Se creó una imagen de que esto era una cobertura adicional de Fonasa, y se hizo muy poco énfasis en que la prima la tenían que pagar las personas. Entonces, si la van a pagar las personas, preguntémosles qué quieren.