

INFORME DE LA COMISION DE HACIENDA RECAÍDO EN DOS PROYECTOS REFUNDIDOS QUE MODIFICAN LA LEY N° 20.850 QUE CREA UN SISTEMA DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO (LEY RICARTE SOTO), PARA OPTIMIZAR EL MECANISMO DE SUSTENTABILIDAD DEL RESPECTIVO FONDO.

Boletines N°s. 15.047-11 (moción) y 17.567-11 (mensaje)

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Hacienda pasa a informar, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, y conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 226 del Reglamento de la Corporación, el proyecto de ley originado en Moción de los diputados y diputadas señores (as) Tomás Lagomarsino, Eric Aedo, Danisa Astudillo, Marta Bravo, Karol Cariola, María Luisa Cordero, Helia Molina, Agustín Romero, Patricio Rosas y Alexis Sepúlveda, ingresada a tramitación el 10 de mayo de 2022, y refundida por acuerdo de la Sala de la Corporación adoptado el 9 de junio de 2025, con el Mensaje presentado por el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font, ingresado el 2 de junio del año señalado.

La iniciativa cumple su primer trámite constitucional y reglamentario y se encuentra con urgencia calificada de Suma.

Asistió en representación del Ejecutivo, la Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli Iruretagoyena acompañada del señor Manuel Antonio Pérez Saavedra, asesor jurídico de la Ministra de Salud y Camilo Brauchy Quiroz, asesor legislativo de la Subsecretaria de Salud Pública.

Asimismo, asistió telemáticamente el Jefe del Subdepartamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos, señor Pablo Jorquera Armijo.

I.-CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS

1.- Comisión técnica: Comisión de Salud.

2.- Normas de quórum especial: En este trámite, no hubo nuevas normas que calificar.

3.- Normas de competencia de esta Comisión de Hacienda:

La Comisión Técnica señaló en tal condición a las siguientes disposiciones: El literal i) del numeral 3); los literales b) y c) del numeral 4); el literal a) del numeral 6); y los numerales 7) y 9) del artículo 1, y la disposición tercera transitoria.

4.- Artículos rechazados: No hay.

5.- Indicaciones declaradas inadmisibles: No hay

6.- Artículos modificados: No hubo

7.- Artículo nuevo: No hubo.

8.- Diputado informante: El señor Felipe Donoso Castro.

II.-SÍNTESIS DE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES

Asegurar la sostenibilidad del sistema de protección financiera para el diagnóstico y tratamientos de enfermedades de alto costo, mediante el aumento de recursos del Fondo respectivo y la flexibilidad del límite del gasto creado en la ley N° 20.850, conocida como Ley Ricarte Soto en homenaje póstumo a su persona, impulsora de la iniciativa, con la finalidad, por una parte, de modernizar y fortalecer su equidad y eficiencia, y por la otra, garantizar el acceso a los fondos y patologías cubiertas por esta ley a mayor número de personas que lo requieran, todo ello, para adecuar la normativa legal a la creciente demanda y al contexto sanitario actual.

III.- CONTENIDO DE LA INICIATIVA

Esta iniciativa se hizo cargo de la idea matriz de la moción siendo su objetivo principal asegurar la viabilidad y proyección del Sistema de Protección Financiera creado por la ley N°20.850. Contiene dos artículos permanentes que contienen diversas modificaciones a través de 13 numerales, en la ley N° 20.850 que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallego, y en el Código Sanitario.

En términos generales, se tratan las siguientes materias¹:

Se regula un aumento en el aporte fiscal permanente anual para el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, el que alcanzará los \$185.000 millones al año. Asimismo, se modifica el límite del porcentaje de uso anual permitido del Fondo, pasando de ochenta a noventa por ciento.

En segundo lugar, se establecen medidas para la sustentabilidad del Fondo, que tienen por finalidad cautelar y mejorar la utilización de éste, a través de cambios operativos del Sistema:

a) Se fortalecen las competencias de la Subsecretaría de Salud Pública en cuanto a la revisión y monitoreo de los diagnósticos y tratamientos cubiertos por la ley, a fin de asegurar que dicha cobertura se dé para casos de alto costo y con respaldo de la evidencia científica. Al mismo tiempo, se establece un procedimiento detallado para que aquellos diagnósticos o tratamientos que dejen de recibir la protección financiera de esta ley estén disponibles bajo otros regímenes.

b) Se establecen cambios para fortalecer la adquisición de las tecnologías sanitarias que realiza la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud a través de acuerdos de riesgo compartido, lo que podría significar compras en mejores condiciones económicas. En la misma línea, se mejora el uso del precio máximo industrial como herramienta para evitar posibles abusos en los precios de los diagnósticos o tratamientos, fomentando compras más eficientes.

c) Se explicita que la autoridad podrá realizar modificaciones en los diagnósticos y tratamientos incluidos en el Sistema que tengan efecto financiero neutro en el Fondo

Finalmente, se introducen cambios a la conformación y funcionamiento de la Comisión de Recomendación Priorizada, reduciendo el número de expertas o expertos a 7 miembros, armonizando el estándar de inhabilidades y declaración de intereses y patrimonio, y se añade una dieta para los miembros de la Comisión. Además, se otorga nuevas competencias a la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control, incorporando una función que busca robustecer los mecanismos de evaluación, control ciudadano y transparencia, a través de la facultad de advertir fundadamente a la Subsecretaría de Salud

¹ Hechas presentes en los informes financieros acompañados por la Dirección de Presupuestos del Ministerios de Hacienda.

Pública sobre posibles problemas de eficacia o seguridad de las tecnologías sanitarias financiadas por la ley.

IV.- INCIDENCIA EN MATERIA FINANCIERA O PRESUPUESTARIA DEL ESTADO

Primer informe financiero

El informe financiero N°135 elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 30 de mayo de 2025, que acompañó al Mensaje a su ingreso fue sustituido por el informe financiero N° 31 de 20 de enero de 2026, presentado por el Ejecutivo en esta instancia, y que actualiza el gasto asociado al proyecto, como se señala:

EFFECTO DEL PROYECTO DE LEY SOBRE EL PRESUPUESTO FISCAL

Ante lo anteriormente señalado, se desprende que dos medidas del presente proyecto de ley tendrán un efecto sobre el Presupuesto Fiscal.

Por una parte, la dieta para los miembros de la Comisión de Recomendación Priorizada de 8 UF por cada sesión que asistan, con tope de 12 sesiones al año, tendrá un costo anual de hasta \$26,7 millones.

Asimismo, se deriva un impacto fiscal al realizar aportes al Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

El nuevo costo de este aporte será de \$185.000 millones anuales.

FUENTE DE LOS RECURSOS²

El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia se financiará con cargo a los recursos del presupuesto de la partida del Ministerio de Salud y, en lo que faltare, con recursos provenientes de la partida Tesoro Público. En los años siguientes, se financiará con cargo a los recursos que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

IV- ACUERDOS ADOPTADOS

La Comisión recibió a la Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli Iruretagoyena.

Abordó el proyecto de ley mediante una presentación³, iniciando con los antecedentes y el estado actual de la Ley N° 20.850, a fin de fundamentar los cambios propuestos por el proyecto de ley. Recordó que dicha ley busca asegurar el acceso a diagnósticos y tratamientos de alto costo con efectividad probada, definidos mediante decretos del Ministerio de Salud, destacando como rasgo central su carácter de acceso universal, ya que beneficia a personas adscritas a cualquier sistema de previsión, tales como FONASA, ISAPRE, DIPRECA o CAPREDENA, lo que la diferencia de otros regímenes como las Garantías Explícitas en Salud.

Explicó además la evolución normativa a través de sus hitos, desde la visibilización de la necesidad de una cobertura financiera especial para medicamentos de

² Oficio de S.E. el Presidente de la República, mediante el cual formula indicaciones al Proyecto de ley que optimiza el mecanismo de sustentabilidad del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y modifica la Ley N° 20.850 que crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos

Servicio de Impuestos Internos. (2026). Valores y fechas: UF del 20 de enero de 2026

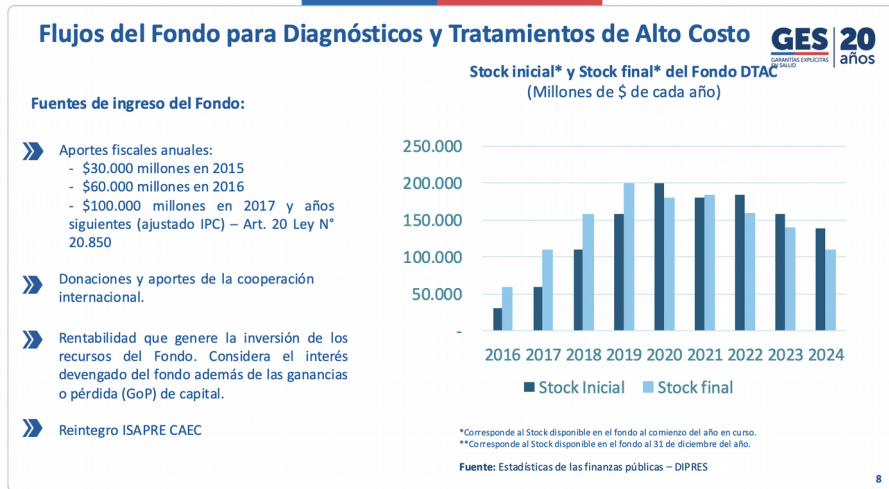
³ Disponible en https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=379858&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

alto costo en mayo de 2013, con la *1ª Marcha de los enfermos*, hasta la promulgación y publicación de la ley en junio de 2015 y la dictación sucesiva de decretos en los años 2015, 2017, 2018, 2019 y un decreto modificatorio vigente del año 2024. Consultada sobre la cantidad de decretos dictados por el Ministerio y su periodicidad, precisó que, aunque la ley fija un plazo máximo de revisión de tres años, ello no impide actualizar con mayor frecuencia cuando exista evidencia científica relevante o innovaciones que justifiquen incorporar nuevas tecnologías o acelerar coberturas. Respecto a los antecedentes, entregó cifras de implementación, mencionando que son 71.550 personas beneficiarias, subrayando que mayoritariamente son mujeres (en un 64.4%), con mayor concentración entre 45 y 64 años; destacó que hay 27 enfermedades cubiertas y 67 tecnologías sanitarias garantizadas, explicando que por ello se habla de “pares” en la Ley Ricarte Soto, entendidos como la relación entre una enfermedad cubierta y la tecnología que la garantiza, dado que una misma tecnología puede servir para más de una patología.

En segundo lugar, se refirió a los desafíos del sistema que motivan la iniciativa, las que surgirían de las lecciones acumuladas tras diez años de implementación de la Ley N° 20.850, identificándose vacíos legales que hoy dificultan asegurar que las coberturas sigan cumpliendo en el tiempo los requisitos legales que justificaron su cobertura financiera especial. Indicó que existen variables clave, a saber (A) el carácter de “alto costo”; (B) la evidencia científica favorable y (C) el resguardo de no pagar sobre el precio máximo industrial (PMI), aspectos que se evalúan al momento de incorporar un “par” al decreto; pero que posteriormente pueden modificarse, los precios pueden disminuir por evolución de la industria farmacéutica y nuevos desarrollos, alterando el umbral de alto costo; puede aparecer nueva evidencia que cuestione la efectividad inicialmente acreditada; y también puede variar el precio máximo industrial.

Añadió que la ley no contempla un procedimiento detallado para transitar tratamientos entre regímenes de protección cuando cambian esas condiciones, por ejemplo, si un medicamento deja de ser de alto costo y debiera pasar a otra garantía como el GES sin que los beneficiarios pierdan cobertura, lo que hoy no está regulado. En la misma línea, señaló que el precio máximo industrial se fija durante la evaluación de tecnologías sanitarias, pero la normativa no establece mecanismos de actualización ni de publicación, lo que resulta relevante para otorgar certeza jurídica. Además, mencionó áreas adicionales de mejora vinculadas al fortalecimiento de la Comisión de Recomendación Priorizada, instancia central donde se define qué pares serán considerados en el decreto, tanto en su integración como en su funcionamiento y remuneración, y a la necesidad de perfeccionar el marco de los acuerdos de riesgo compartido, concebidos como mecanismos de compra innovadores que permiten negociar condiciones más favorables con la industria cuando se trata de tecnologías nuevas con incertidumbre relevante, ya sea sobre los resultados o sobre la incidencia y el número de casos que requerirán el medicamento, compartiendo con el proveedor los riesgos asociados a esa incertidumbre.

Por otra parte, como un tercer factor decisivo para impulsar la iniciativa mencionó los desafíos presupuestarios del Fondo, los que expuso mediante algunas láminas con gráficos. Explicó primero las fuentes de ingreso del Fondo:

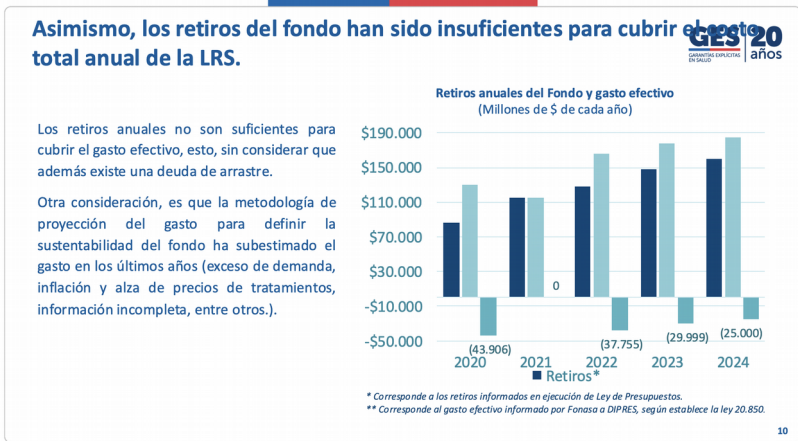


Dentro de las fuentes de ingreso del Fondo, destacó que los aportes fiscales anuales que aumentaron desde \$30.000 millones en 2015 a \$60.000 millones en 2016 y \$100.000 millones en 2017; además de donaciones y aportes de cooperación internacional, la rentabilidad generada por inversiones del propio Fondo y, en ciertos casos, el reintegro de ISAPRE cuando las coberturas se relacionan con seguros de enfermedades catastróficas.

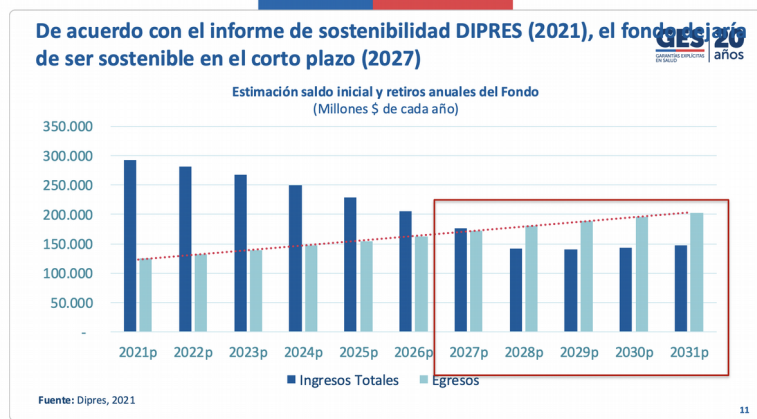
Luego, comparó el presupuesto disponible versus presupuesto ejecutado de la Ley Ricarte Soto entre 2015 y 2024:



Explicó que entre 2016 y 2019 el gasto ejecutado era menor al disponible, pero que a partir de 2020 ambos se igualan; en 2021 disminuyen pero siguen equivalentes, y lo mismo ocurre en 2022, 2023 y 2024, evidenciando que en esos años no existe holgura presupuestaria. Agregó que esta estrechez se refleja en que los retiros anuales resultan insuficientes para cubrir el gasto efectivo y, además, existe deuda de arrastre, debido a que el gasto ha crecido por sobre la disponibilidad presupuestaria necesaria para financiar todos los medicamentos del sistema, lo que se traduce en déficits que se repiten año a año:



Finalmente, ilustró la sustentabilidad financiera de la ley Fondo, mediante el siguiente gráfico:



La subsecretaria Albagli explicó que la línea azul oscura representa los ingresos totales del Fondo y la línea celeste los egresos. Explicó que en 2021 existía una holgura muy significativa entre ambos, con ingresos muy superiores a los gastos, pero que esa diferencia se ha ido reduciendo de manera progresiva en los años siguientes. Añadió que las proyecciones para 2026 y 2027, delimitadas en el recuadro rojo, muestran que, de mantenerse este patrón, el Fondo perdería su sustentabilidad financiera en 2027, lo que se basa en los datos observados desde el período en que comenzó a evidenciarse una mayor dificultad para equilibrar ingresos y egresos. En ese contexto, subrayó que la principal urgencia es resguardar la sustentabilidad financiera del sistema, a fin de evitar el escenario que el gráfico proyecta, lo que hace necesario introducir cambios en la forma en que se gestiona esta ley.

Afirmó que, al abordar el fondo presupuestario de la ley, se confirma lo observado en los gráficos anteriores, concluyendo que la holgura presupuestaria del Fondo sería insuficiente para financiar garantías a partir del año 2027. Agregó que, según un ORD N° 1.188 de abril de 2021 de DIPRES, si no se realizan modificaciones legales, las tecnologías que se incorporen en los próximos decretos deberían generar ahorros para el Fondo Ley Ricarte Soto o, al menos, no implicar un aumento del gasto, lo que en la práctica impide incorporar nuevos pares que incrementen el presupuesto. Indicó que esta restricción limita fuertemente las decisiones desde la racionalidad sanitaria y desde el beneficio para las personas, porque obliga a priorizar únicamente alternativas neutras o ahorrativas en términos financieros, explicando que la falta de holgura se relaciona con el aumento sostenido de los gastos fijos en el tiempo y con la baja rentabilidad del Fondo, concluyendo que el esquema actual de financiamiento de la Ley N° 20.850 resulta insuficiente para

enfrentar el crecimiento de la demanda, dado el aumento de beneficiarios y la necesidad de cubrir nuevas tecnologías.

En tercer lugar, a partir del diagnóstico expuesto, se refirió a los contenidos del proyecto de ley, el que se estructura en tres ejes o líneas matrices. En primer lugar, un eje financiero, cuyo objetivo es aumentar directamente los recursos del Fondo; en segundo término, un eje de optimización, orientado a asegurar un uso eficiente de los recursos para dar sustentabilidad al sistema, enfatizando que no basta con aumentar el financiamiento si no se mejora su utilización; y, en tercer lugar, un eje participativo, que introduce cambios en la integración de la Comisión de Recomendación Priorizada y otorga nuevas competencias a la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control.

En el eje financiero, precisó que se propone aumentar el aporte fiscal, lo que implica un incremento de 85% en los recursos permanentes, elevándolos desde \$100.000 millones a \$185.000 millones. Añadió que también se plantea aumentar el límite máximo de gasto anual respecto de lo disponible en el Fondo, subiendo el tope desde 80% a 90%, con el fin de disponer de más recursos para financiar garantías, manteniendo igualmente una parte del Fondo destinada a inversión para generar ingresos adicionales. Indicó que el impacto esperado de estas medidas es extender la sostenibilidad financiera del sistema.

Respecto al eje de optimización, explicó que se orienta a asegurar un uso más eficiente de los recursos para extender la sustentabilidad financiera del Fondo. En este ámbito, señaló que se fortalece el rol de la Subsecretaría de Salud Pública mediante un monitoreo continuo del umbral de alto costo, de manera que, si un medicamento deja de calificar como tal, pueda ser excluido del sistema de garantías, y también mediante la supervisión permanente de su efectividad basada en evidencia científica, para reaccionar ante nueva información que ponga en duda los resultados originalmente acreditados. Para ello, indicó que se elaborarán informes anuales sobre la variación de precios y sobre la seguridad de los medicamentos incluidos en el decreto.

Asimismo, planteó que el proyecto regula la transición entre sistemas, particularmente el traspaso desde la Ley Ricarte Soto al régimen de Garantías Explícitas en Salud, subrayando que actualmente las tecnologías cubiertas por Ricarte Soto no tienen copago y se financia el 100% del medicamento administrado, pero no se cubren otros costos asociados como consultas, diagnóstico y seguimiento. Por ello, sostuvo que al producirse una transición debe resolverse simultáneamente cómo mantener la protección del 100% del medicamento, considerando que en el GES existe copago y, a la vez, asegurar la protección financiera de las prestaciones adicionales vinculadas al proceso asistencial, especialmente el diagnóstico, que hoy no está garantizado por Ricarte Soto. Agregó que las exclusiones por pérdida de eficacia deben quedar sujetas a un procedimiento regulado, resguardando además la continuidad de los tratamientos para los pacientes que ya se encuentran en terapia.

Respecto al Eje de optimización, abordó la transparencia del precio máximo industrial, indicando que la ley incorpora la obligación de publicar dicho precio dentro de 30 días para todos los medicamentos cubiertos por la Ley Ricarte Soto, junto con su actualización periódica según cambios de mercado, separando además la revisión del precio máximo industrial del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que al inicio se desarrollan en paralelo, para tratarlos como análisis distintos, lo que, según explicó, permitiría mayor seguridad jurídica en la aplicación de las condiciones resolutorias. Por otra parte, explico que el fortalecimiento de los acuerdos de riesgo compartido implica establecer un marco regulatorio específico para celebrarlos, destacando como elemento central la necesidad de mantener una confidencialidad selectiva respecto de precios unitarios y condiciones económicas, tales como descuentos, esquemas de pago y volúmenes de

compra negociados. Señaló que si no se permite esa confidencialidad, el Ministerio de Salud pierde capacidad de negociación frente a los laboratorios, lo que perjudica la salud pública al limitar la posibilidad de obtener mejores precios y, con ello, ampliar el acceso y la cobertura de medicamentos. Añadió que el proyecto también permitiría modificaciones al decreto con efecto financiero neutro, es decir, cambios que no impliquen aumento de gasto, sustentados en estudios públicos de equilibrio financiero, lo que otorgaría mayor flexibilidad para optimizar la cartera de tecnologías, sosteniendo que la innovación médica puede generar nuevas alternativas terapéuticas de menor costo que permitan reemplazar tecnologías previamente incorporadas, produciendo un ahorro directo.

La subsecretaria Albagli expuso que el tercer eje del proyecto corresponde al fortalecimiento de la participación ciudadana, detallando que la Comisión de Recomendación Priorizada pasaría de su conformación actual de doce expertos y dos representantes de pacientes a una integración más acotada de cinco expertos y dos pacientes, manteniendo la representación de las organizaciones de pacientes, permitiendo además la realización de sesiones remotas junto a las presenciales. Indicó que, a diferencia de la situación vigente, se propone establecer remuneración para sus integrantes, en atención al nivel de estudio y análisis técnico que exige su participación, fijándose un pago de 8 UTM por sesión, con un máximo anual, y que se flexibilizan ciertas inhabilidades que hoy dificultan conformar la comisión, reforzando al mismo tiempo la obligatoriedad de la declaración de intereses conforme a la normativa de la ley N° 20.880.

Añadió que este eje incorpora nuevas atribuciones para la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control, permitiéndole emitir advertencias fundadas sobre eventuales problemas de eficacia o seguridad de los medicamentos, comunicarlas directamente a la Subsecretaría de Salud Pública y contribuir activamente al monitoreo de las tecnologías, lo que puede derivar en evaluaciones técnicas y eventuales modificaciones del decreto.

Por otra parte, expuso una lámina para graficar que en el proyecto de ley se recoge íntegramente las recomendaciones formuladas por la Comisión Especial Investigadora de la Cámara de Diputadas y Diputados que revisó la Ley Ricarte Soto, destacando especialmente la recomendación de aumentar el presupuesto del sistema, la que se materializa en un incremento del 85% del aporte fiscal, desde \$100.000 millones a \$185.000 millones, medida orientada a asegurar la sustentabilidad financiera del Fondo y debidamente respaldada en los informes financieros de la Dirección de Presupuestos que acompañan el proyecto de ley:

| ¿Qué recomendaciones de la comisión investigadora se recogen? | | |
|---|------------------------------|--|
| RECOMENDACIÓN CEI | IMPLEMENTACIÓN | EVIDENCIA EN EL PROYECTO |
|  Aumentar presupuesto LRS | ✓ IMPLEMENTADA | Aumento de \$100M a \$185M (+85%) |
|  Implementar Acuerdos de Riesgo Compartido | ✓ IMPLEMENTADA | Nueva regulación ARC fortalecida |
|  Remunerar Comisión de Recomendación | ✓ IMPLEMENTADA | 8 UF por sesión (máx. 12/año) |
|  Fortalecer participación ciudadana | ✓ IMPLEMENTADA | Ampliación funciones Comisión Ciudadana |
|  Regular comisiones con estándares ético-legales | ✓ IMPLEMENTADA | Declaración de intereses obligatoria |
|  Fortalecer evaluación tecnologías sanitarias | ✓ IMPLEMENTADA | Evidencia siempre ha dirigido las decisiones, agrega supervisión continua por Subsecretaría, |
|  Mejorar regulación PMI | ✓ IMPLEMENTADA | Completar vacíos legales PMI |
|  Traspasar recursos Fondo Judicialización | ✓ IMPLEMENTADA | Aumento de fondos, traspaso de tecnología en GES |
|  Ampliar Pesquisa Neonatal | ✓ IMPLEMENTADA ANTERIORMENTE | Resuelto por programa no incluido en proyecto actual |

Por otra parte, informó que existen normas específicas del proyecto que requieren tramitación en esta Comisión, enumerando seis materias. En primer lugar, la disposición que fija la dieta o remuneración para los integrantes de la Comisión de Recomendación Priorizada. En segundo término, la autorización para efectuar cambios al decreto que tengan efecto financiero neutro, es decir, que no impliquen un mayor gasto presupuestario. En tercer lugar, la obligación de la Subsecretaría de Salud Pública de remitir anualmente a Dipres un informe que considere las variables clave señaladas previamente, incluyendo la variación de precios de los tratamientos cubiertos, la seguridad y la evidencia sostenida de eficacia de dichos tratamientos. En cuarto lugar, las normas que regulan de mejor manera el tránsito entre regímenes de cobertura, particularmente desde la Ley Ricarte Soto hacia el GES, hacia el régimen general de garantías o incluso hacia otros sistemas universales vinculados a bienes de salud pública. En quinto lugar, el aumento del aporte fiscal anual del Fondo, incrementándolo desde \$100.000 millones a \$185.000 millones. Finalmente, mencionó una disposición transitoria relativa a la fuente de imputación del mayor gasto, precisando que estas materias corresponden directamente al ámbito de competencia de esta Comisión.

En conclusión, la subsecretaria Albagli enfatizó que el proyecto busca dar continuidad y fortalecer la Ley Ricarte Soto, manteniendo su espíritu original de protección financiera para enfermedades de alto costo, sustentada en evidencia científica rigurosa y en participación ciudadana. Señaló que la iniciativa introduce mejoras necesarias para responder a la demanda actual, asegurando recursos adecuados, incorporando herramientas de gestión más eficientes y actualizando los marcos regulatorios. Indicó que el objetivo es contar con una Ley Ricarte Soto sustentable al año 2030, lo que permitiría ampliar la cobertura sin comprometer la calidad, promoviendo un uso eficiente de los recursos públicos y fortaleciendo el control ciudadano.

A su término, los integrantes de la Comisión manifestaron lo siguiente.

El diputado Ricardo Cifuentes formuló una serie de consultas a partir de la exposición, centradas principalmente en la transparencia y administración financiera del Fondo Ley Ricarte Soto. En primer lugar, pidió precisar el monto total de aportes del Fondo, aclarando si en las láminas se están considerando o no las donaciones y aportes privados, ya que a su juicio no aparecen explicitados y le interesaba entender el peso relativo entre financiamiento estatal y privado. Luego solicitó explicar cómo opera el Fondo en la práctica, explicando si la transferencia desde Hacienda se realiza una vez al año, quién lo administra, bajo qué criterios se invierten los recursos, cuál ha sido su desempeño y rentabilidad, qué proporción del financiamiento proviene de esa rentabilidad, si se consume totalmente en el año pese al límite de gasto anual, y cuál es el mecanismo de administración “contrademanda”, incluyendo quién demanda los recursos, si existe algún órgano o consejo con responsabilidad financiera, cómo se aplican criterios técnicos en el uso de los recursos y quién realiza finalmente los pagos a los proveedores o laboratorios.

También cuestionó la afirmación sobre la baja rentabilidad del Fondo, pidiendo fundamentos y explicación de por qué ocurriría incluso en años favorables para el sector financiero, y consultó si el proyecto contempla incentivos para aumentar aportes privados, considerando que ya existen contribuciones de ese tipo y no vio medidas explícitas para fortalecerlas. Asimismo, planteó reparos a que, pese a estructurarse en tres ejes, no se incorpore una reforma que mejore la administración del Fondo ni cambios estructurales de gestión, sugiriendo evaluar la participación de administradores expertos creados por el propio Estado, como los nuevos administradores de fondos de pensiones, para aportar experticia en rentabilidad y manejo de activos. Además, pidió aclarar si al financiamiento se le descuenta o considera la parte que puedan cubrir Fonasa, ISAPRE o el GES, de modo

que el Fondo complemente el costo y no necesariamente cubra el total cuando exista aporte de seguros. Finalmente, expresó dudas sobre la suficiencia del incentivo económico propuesto para los integrantes expertos de la Comisión de Recomendación Priorizada, sosteniendo que podría ser bajo para atraer especialistas de alto nivel y que un pago mayor podría ser costo-efectivo si contribuye a recomendaciones técnicas que generen ahorros relevantes para el Fondo.

El diputado Felipe Donoso solicitó formalmente que la Dirección de Presupuestos o el ministro aclaren si los \$85.000 millones adicionales contemplados en el proyecto se encuentran efectivamente provisionados en la Ley de Presupuestos vigente o si deberán ser objeto de una reasignación, precisando además en qué fondo estarían considerados en caso de existir dicha provisión. Insistió en dirigir la consulta al Ministro y a DIPRES, señalando que no se justificaba su ausencia por compromisos legislativos, por lo que solicitó una respuesta formal.

El diputado Frank Sauerbaum observó que, el artículo 1 número 4 letra b) modifica la regla que limita el costo anual esperado del conjunto de tratamientos cubiertos por el sistema, elevando el tope desde 80% a 90%. Señaló que le resulta difícil comprender que esa disposición no esté calificada como materia que deba pasar por la Comisión de Hacienda, ya que, a su juicio, implica aumentar el nivel de recursos que pueden utilizarse desde el Fondo y afecta directamente su sustentabilidad, generando efectos sobre el gasto fiscal. En consecuencia, planteó que la Comisión de Salud no habría calificado adecuadamente esa norma y solicitó que se pida su recalificación para que pueda ser discutida en la instancia.

El diputado Agustín Romero planteó, en primer término, un reparo de fondo a la propuesta de establecer una dieta para los integrantes de la Comisión de Recomendación Priorizada, señalando que no comparte que deba remunerarse esa participación, porque se trataría de una invitación a expertos y representantes de pacientes que ya conocen la materia y que, en su experiencia en la Comisión de Salud, la sociedad civil está altamente empoderada e incluso maneja con mucho detalle las leyes de salud. Advirtió que, si en cada ley se crean comités o comisiones y se paga una dieta por sesión, se termina destinando recursos significativos a múltiples instancias, lo que a su juicio no le hace bien al sistema, y sostuvo que participar en estos espacios también tiene un componente de servicio público y de reconocimiento profesional, por lo que en general no debiera remunerarse, salvo en órganos colegiados formales con atribuciones normativas o funciones institucionales distintas.

En segundo lugar, respaldó la inquietud del diputado Sauerbaum respecto de la necesidad de discutir en Hacienda la norma que eleva el porcentaje de gasto anual del Fondo, y pidió que se explique con mayor detalle el comportamiento y funcionamiento financiero del Fondo Ricarte Soto, en especial, cómo afecta a la estabilidad gastar hasta el 90% considerando que el remanente es el que se invierte; cuánto del Fondo financia efectivamente medicamentos y prestaciones; cuánto debe suplementar permanentemente el Estado; y, en términos prácticos, con qué nivel de recursos está operando hoy el sistema en comparación con el aporte base. Finalmente, indicó que persisten dudas sobre cómo se asegura el financiamiento por la Ley de Presupuestos, cuál sería el nivel "óptimo" de prestaciones que debiera entregar el Fondo, y recalcó la importancia de justificar adecuadamente el cambio al 90% por su impacto en la sustentabilidad futura.

La Subsecretaria Albagli agradeció las preguntas y señaló que abordó la diferencia entre la cobertura financiera de la Ley Ricarte Soto (LRS) y el GES, explicando

que en los sistemas de cobertura existen tres dimensiones, a saber, qué prestaciones se cubren, qué porcentaje de esas prestaciones tiene protección financiera y qué población accede al beneficio. En esas tres dimensiones, afirmó que la Ley Ricarte Soto y el GES son distintos, actualmente la primera otorga protección financiera solo para el medicamento mismo, cubriéndolo al 100%, pero no cubre prestaciones asociadas necesarias como consultas médicas, administración, seguimiento ni diagnóstico, y además aplica de manera universal a toda la población sin importar el sistema de aseguramiento. En cambio, el GES cubre un conjunto más amplio de prestaciones dentro del problema de salud definido, con sus reglas de cobertura. Preciso que el proyecto busca regular la transición de un medicamento desde LRS al GES para que no se pierda el 100% de cobertura de la tecnología de alto costo y, al mismo tiempo, se incorpore la cobertura de aquellas prestaciones que hoy no están garantizadas en Ricarte Soto, conforme a las reglas habituales del GES. Finalmente, respecto de la Comisión de Recomendación Priorizada, indicó que se han planteado observaciones en sentidos distintos sobre la remuneración; enfatizó que esta comisión no sesiona de forma permanente, sino en un momento específico del proceso de toma de decisiones, y que el monto propuesto le parece razonable, especialmente si se compara con la situación actual, en que la participación no recibe remuneración alguna.

La Subsecretaria Albagli explicó que, respecto de la dieta de la Comisión de Recomendación Priorizada, las aprensiones sobre un costo excesivo no se sostienen porque el gasto total asociado a remunerar a sus integrantes sería marginal en comparación con el tamaño del Fondo, por lo que no afectaría su sustentabilidad. Añadió que, precisamente por tratarse de personas altamente capacitadas, tanto expertos como representantes de pacientes, se requiere un incentivo razonable, ya que la comisión no sesiona permanentemente, pero cuando lo hace participa en una fase final de la toma de decisiones que es muy intensiva y concentrada, demandando cerca de un mes de trabajo casi exclusivo; por ello, sostuvo que sería improcedente exigir ese nivel de dedicación sin remuneración.

Sobre el cambio del tope de ejecución anual desde 80% a 90%, distinguió entre el efecto proporcional y el efecto nominal, ya que aunque sube el porcentaje máximo que podría gastarse, la medida va acompañada del aumento del aporte fiscal al Fondo, por lo que el monto nominal destinado a inversión se mantendría y no se debilitaría el componente de inversión; además, recalcó que el 90% es un máximo posible y no una obligación de ejecución. En cuanto a la gestión financiera del Fondo, antes de dar la palabra a DIPRES explicó en términos generales que el Fondo es administrado por DIPRES, que transfiere recursos a FONASA, entidad que gestiona financieramente las coberturas de la Ley Ricarte Soto; y la compra a los laboratorios se tramita a través de Cenabast con recursos transferidos desde FONASA. Finalmente, recordó que el proyecto fue aprobado por unanimidad en la Comisión de Salud, destacándolo como señal de respaldo transversal a la iniciativa.

El Jefe del Subdepartamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos, señor Pablo Jorquera Armijo, respondió de manera conjunta a varias preguntas, explicando que el Fondo de la Ley Ricarte Soto es un fondo con patrimonio, al que cada año se le inyectan recursos; la Dirección de Presupuestos administra ese patrimonio, invierte los recursos y luego se extraen montos que se traspasan presupuestariamente a Fonasa para financiar las prestaciones. Preciso que aquello se prevé en la Ley de Presupuestos en la Partida 50 (Tesoro Público), Capítulo 01, Programa 10, y su correspondiente ingreso en Fonasa en la Partida 16, Capítulo 02, Programa 01, donde queda registrado el traspaso.

Sobre el desempeño, indicó que el problema principal es que desde 2020 el stock final del Fondo ha venido siendo menor que el stock inicial de cada período, lo que refleja que se está retirando más de lo que ingresa. En ese contexto, señaló que la rentabilidad del Fondo no es el elemento relevante, que ha sido baja y fluctuante según el mercado, y en los últimos años no ha sido significativa, situándose en niveles inferiores al 1%. Recalcó además que las donaciones privadas o de cooperación internacional no han sido significativas (más bien, cercanas a cero), por lo que el componente determinante del financiamiento es el aporte fiscal.

En cuanto al aumento de recursos, señaló que para el año 2026 el Congreso aprobó \$150.000 millones y que la propuesta es elevar el monto a \$185.000 millones, lo que según se informó al Congreso en una minuta vinculada a la tramitación presupuestaria estaría considerado en provisiones de financiamientos comprometidos de la Partida 50 del Tesoro Público. Añadió que las transferencias no se realizan de una sola vez, sino de forma parcelada, y concluyó que la sostenibilidad del Fondo se logra con una combinación de mayores recursos y mejor gestión, esto es, gestionar la cartera de medicamentos incluidos y no incluidos, ordenar mecanismos de salida y continuidad para beneficiarios, y así asegurar la sostenibilidad en el tiempo del Fondo de la Ley Ricarte Soto.

El diputado Gastón Von Mühlenbrock solicitó una aclaración al representante de DIPRES preguntando concretamente qué problemas de gestión existen en la administración del Fondo y de qué manera, mediante mejoras de gestión, se podría obtener o liberar más recursos para financiar la Ley Ricarte Soto.

El señor Jorquera precisó que lo relevante es dotar al sistema de herramientas para administrar mejor la cartera de coberturas. Explicó que hoy no existen mecanismos para dejar de financiar por la Ley Ricarte Soto un medicamento que ya no cumple la condición de alto costo, por ejemplo cuando baja su precio al perder “novedad” o protección de propiedad industrial y aparecen alternativas más baratas. Señaló que el proyecto permitiría a FONASA y al Ministerio de Salud identificar esos casos y, sin afectar a quienes ya reciben el tratamiento, mantener la continuidad para los pacientes actuales mientras gradualmente se retira esa prestación del Fondo para nuevos beneficiarios. Con ello, sostuvo, no necesariamente se generan más recursos, pero sí se reasignan de manera más eficiente, pues al dejar de financiar por este Fondo medicamentos que ya no son de alto costo, se liberan recursos para incorporar nuevos medicamentos y ampliar prestaciones que efectivamente requieren cobertura por su alto costo.

Al término del debate, el Presidente diputado señor Barrera puso en votación los artículos de competencia de esta Comisión de Hacienda.

Votación

De conformidad con el informe de la Comisión Técnica, son normas de competencia de Hacienda: el literal i) del numeral 3); los literales b) y c) del numeral 4); el literal a) del numeral 6); y los numerales 7) y 9) del artículo 1, y la disposición tercera transitoria; los que se transcriben a continuación:

“Artículo 1.- Introdúcense, en la ley N° 20.850 que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallego, las siguientes modificaciones:

3) Modifícase el artículo 8 en el siguiente sentido:

i) Agrégase, a continuación del inciso décimo tercero, que ha pasado a ser décimo cuarto, el siguiente inciso décimo quinto, nuevo:

“Los miembros de la comisión que no fueren funcionarios públicos tendrán derecho a una dieta de 8 Unidades de Fomento por cada sesión que asistan, con un tope de doce sesiones por año calendario. No obstante, los profesionales funcionarios que sean miembros de la Comisión y estén contratados por jornadas que no alcancen las 44 horas semanales, de conformidad con lo dispuesto en la ley N° 19.664 o la ley N° 15.076 , y los académicos de Universidades Estatales contratados por jornadas parciales, tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a 8 Unidades de Fomento, por cada sesión que asistan, con un tope de doce sesiones por año calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciban los miembros de la Comisión.”

4) Modifícase el artículo 9 en el siguiente sentido:

b) Reemplázase, en el inciso tercero, la palabra “ochenta” por “noventa”.

c) Reemplázase, en el inciso cuarto, la expresión “los antedichos diagnósticos y tratamientos” por la siguiente frase “otros Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, siempre que las modificaciones tengan un efecto financiero neutro en el Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. Para estos efectos, la Dirección de Presupuestos, en coordinación con el Ministerio de Salud, deberá elaborar un Estudio de Equilibrio Financiero de los Diagnósticos y Tratamientos sujetos a la modificación, los que serán públicos y deberán acompañar la dictación del decreto supremo señalado en el inciso primero de este artículo”.

6) Modifícase el artículo 10, en el siguiente sentido:

a) Incorpóranse, a continuación del inciso segundo, los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos, pasando el actual inciso tercero a ser quinto:

“Anualmente, la Subsecretaría de Salud Pública enviará a la Dirección de Presupuestos un informe que considere la variación de precios de los Diagnósticos y los Tratamientos incluidos en el Sistema que se produzca durante dicho período, cualquier variación relevante en el perfil de seguridad de aquellas tecnologías y tratamientos, y la eventual existencia de alternativas terapéuticas de mayor eficacia para las condiciones de salud incluidas en el referido Sistema.

El informe que corresponda al tercer año de vigencia del decreto deberá ser remitido en el plazo de seis meses anteriores a su vencimiento. En caso de que este informe contenga variaciones relevantes que ameriten la modificación del decreto vigente, las autoridades deberán modificar el decreto conforme a lo dispuesto en los artículos 11 ter y 11 quáter.”.

7) Agrégase, a continuación del artículo 11, los siguientes artículos 11 bis, 11 ter y 11 quáter, nuevos:

“Artículo 11 bis. - De la incorporación al Régimen de Garantías Explícitas en Salud. En el caso que un Diagnóstico o un Tratamiento de Alto Costo con protección financiera de esta ley sea incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, regulado por la ley N° 19.966, pasará a regirse por esta última normativa. Con todo, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2 y la letra d) del artículo 4 de la ley N° 19.966, el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsionales, deberán cubrir el valor total de la prestación que pasa a incorporarse al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, tanto para los pacientes nuevos como los de continuidad. Respecto de las otras prestaciones o grupo de prestaciones incorporadas al problema de salud respectivo, los beneficiarios deberán hacer la contribución financiera que corresponda.

La protección financiera de esta ley respecto del Tratamiento o Diagnóstico de Alto Costo incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud continuará vigente y exigible para los pacientes nuevos como los de continuidad, sin copago, no adscritos al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, como los beneficiarios de la Dirección de Previsión de Carabineros y de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, mientras subsista su eficacia o utilidad terapéutica, de lo que deberá dejarse constancia en el decreto modificatorio.

Artículo 11 ter. - De la modificación del decreto por costo anual. En el caso que el costo de un Diagnóstico o Tratamiento incluido en el Sistema de Protección Financiera de esta ley se sitúe por debajo del umbral previsto en el artículo 6 , la Subsecretaría de Salud Pública deberá dictar un acto administrativo que así lo declare. Posteriormente, se deberá modificar el decreto supremo al que se refiere el artículo 5 , a fin de excluir el respectivo Diagnóstico o Tratamiento. Para estos efectos, la Subsecretaría de Salud Pública deberá monitorear permanentemente que los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo incluidos en el referido decreto supremo cumplan con la condición señalada en la letra a) del artículo 5.

Desde la entrada en vigencia del decreto modificatorio al que alude el inciso anterior, aquellos diagnósticos o tratamientos excluidos pasarán a integrar el Régimen General de Garantías de Salud y su cobertura financiera será la que corresponda según la Institución Previsional de Salud a la que esté afiliado el beneficiario. Para estos efectos, el Ministerio de Salud, en coordinación con el Fondo Nacional de Salud, adoptará las acciones pertinentes para asegurar el acceso a los diagnósticos y/o tratamientos que dejan de ser parte del sistema de protección financiera. Lo propio deberán hacer las Instituciones de Salud Previsional respecto a sus afiliados y beneficiarios, como también las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y las de Orden y Seguridad Pública.

Para los afiliados a una Institución de Salud Previsional, la cobertura financiera de los diagnósticos o tratamientos excluidos del Sistema de Protección conforme a este artículo será la que corresponda según el respectivo plan de salud. Con todo, el decreto supremo que se dicte conforme al inciso primero deberá definir la cobertura financiera mínima que corresponda otorgar al diagnóstico o tratamiento en cuestión.

Artículo 11 quáter. - De la modificación del decreto por evaluación científica de evidencia. La Subsecretaría de Salud Pública será la responsable de monitorear que los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo incorporados en el decreto supremo mencionado en el artículo 5 continúan cumpliendo con la condición señalada en la letra b) de dicho artículo. Para estos efectos, deberá considerar las advertencias que le informe la Comisión de Vigilancia conforme a lo dispuesto en el artículo 25 de esta ley .

Si la Subsecretaría de Salud Pública concluye que un Diagnóstico o Tratamiento de Alto Costo incorporado en el decreto supremo incumple con la condición señalada en la letra b) del artículo 5, debe informarlo a los ministros de Salud y de Hacienda a efectos que la autoridad modifique el decreto supremo respectivo.

El decreto supremo modificatorio dictado de conformidad al inciso anterior indicará el momento a partir del cual el Sistema dejará de garantizar la cobertura de los diagnósticos o tratamientos excluidos, el que en todo caso no podrá ocurrir antes de los treinta días contados desde la publicación del decreto; salvo cuando el decreto modificatorio se fundamente en la seguridad del diagnóstico o tratamiento.

Una vez publicado el decreto modificatorio señalado en el inciso anterior, y antes del momento a partir del cual el Sistema dejará de garantizar la cobertura, los prestadores de salud, el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a los pacientes que se encuentren en tratamiento que el Sistema de Protección financiera dejará de garantizar la cobertura del diagnóstico o tratamiento, sin perjuicio del acceso a que tengan derecho en el sistema previsional que corresponda.”.

9) Modifícase el artículo 20, de la siguiente manera:

a) Reemplázase, en el literal a) de su inciso primero, la expresión “cien” por “ciento ochenta y cinco”.

b) Incorpórase, en su inciso primero, una letra e), nueva, del siguiente tenor:

“e) Aportes fiscales adicionales que determine la Ley de Presupuestos para el año en curso.”

Disposición transitoria

Tercera.- El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia se financiará con cargo a los recursos del presupuesto de la partida del Ministerio de Salud y, en lo que faltare, con recursos provenientes de la partida Tesoro Público. En los años siguientes, se financiará con cargo a los recursos que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”.

El diputado Agustín Romero solicitó la votación separada del numero 3) letra i) del artículo 1

En definitiva, la Comisión procedió a la votación en la forma solicitada:

Sometidos a votación los literales b) y c) del numeral 4); el literal a) del numeral 6); y los numerales 7) y 9) del artículo 1, y la disposición tercera transitoria **fueron aprobados por la unanimidad de los (as) nueve diputados (as) presentes. Votaron a favor los (as) diputados (as) Boris Barrera (Presidente), Carlos Bianchi, Ricardo Cifuentes, Felipe Donoso, Miguel Mellado, Agustín Romero, Juan Santana, Jaime Sáez (en reemplazo de la diputada Gael Yeomans) y Gastón Von Mühlenbrock**

Sometido a votación el literal i) del numeral 3) del artículo 1, **fue aprobado por cinco votos a favor, tres votos en contra y una abstención. Votaron a favor los diputados Boris Barrera (Presidente), Carlos Bianchi, Ricardo Cifuentes, Juan Santana y Jaime Sáez (en reemplazo de la diputada Gael Yeomans). Votaron en contra los diputados Miguel Mellado, Agustín Romero y Gastón Von Mühlenbrock. Se abstuvo el diputado Felipe Donoso.**

Por las razones señaladas, la Comisión de Hacienda recomienda aprobar el proyecto de ley en lo referido a las normas sometidas a su conocimiento, en los términos indicados.

Tratado y acordado en la sesión especial y en la sesión ordinaria celebradas el martes 20 de enero del año en curso, con la asistencia de los diputados (as) señores (as) Boris Barrera Moreno (Presidente), Carlos Bianchi Chelech, Ricardo Cifuentes Lillo, Luis Cuello Peña y Lillo, Felipe Donoso Castro, Miguel Mellado Suazo, Camila Rojas Valderrama, Agustín Romero Leiva, Juan Santana Castillo, Frank Sauerbaum Muñoz, Alexis Sepúlveda Soto, Gael Yeomans Araya y Gastón Von Mühlenbrock Zamora.

En la sesión ordinaria del martes 20 de enero, la diputada Gael Yeomans Araya fue reemplazada por el diputado Jaime Sáez Quiroz

Sala de la Comisión, a 22 de enero de 2026.

MARÍA EUGENIA SILVA FERRER
Abogado Secretaria de la Comisión