



PROYECTO DE LEY QUE 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, CON EL OBJETO DE MODIFICAR LA DISTRIBUCIÓN DEL FONDO PARA LOGRAR MAYOR DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS EN BENEFICIO DE LOS PACIENTES

CONSIDERANDOS:

1°. La Ley N° 20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, promulgada el año 2015 tuvo como objetivo garantizar universalmente EL DERECHO AL ACCESO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ALTO COSTO creando para ello un Sistema de Protección Financiera que permitiera cubrir el enorme gasto económico en que incurrían miles de chilenos para poder solventar determinadas patologías y enfermedades.

2°. Desde su dictación hemos comenzado a transitar en un camino donde las políticas públicas de salud y seguridad social se impulsaron con un claro fin: entregar una protección de calidad y oportunidad en el acceso a la salud en base a los principios de Equidad y Solidaridad como herramientas de apoyo para aquellos que luchan día a día con una grave enfermedad con la esperanza de tener una mejor vida.

3°. En efecto, La Ley Ricarte Soto (cuya última versión es de enero del año 2016) consiste en un sistema de protección financiera que se entiende incluido en el GES. Es costeado por FONASA a quien el MINSAL le transfiere los fondos. Se entienden cubiertos por este beneficio todos los usuarios del sistema público y privado de salud, aunque las Isapres no aportan económicamente. Los beneficiarios del CAEC, para hacer uso de él, deben solicitar primero a su Isapre el uso del CAEC para que la Isapre los incluya en la red de prestadores de la Ley. Las prestaciones que entrega constituyen derechos los beneficiarios, de modo que pueden ser exigidos a Fonasa y la Superintendencia de Salud. Cubre tratamientos para condiciones específicas de salud y da un listado no taxativo de ellas: enfermedades oncológicas, inmunológicas y raras o poca frecuentes. El listado definitivo es determinado por Decreto Supremo que al efecto suscribe el MINSAL junto con el Ministerio de Hacienda. Estos dos ministerios son también los encargados, cada tres años mediante decreto supremo, de fijar el umbral nacional de costo anual para determinar si un diagnóstico o un tratamiento es de alto costo, tomando en cuenta el cuarenta por ciento de los ingresos familiares anuales promedio una vez cubiertos los gastos básicos de subsistencia, conforme al reglamento. Los antecedentes tenidos a la vista y los fundamentos para determinar el umbral son públicos y forman parte del decreto respectivo¹.

4°. En este orden de cosas se han dictado a partir del año 2015, y cada dos años, de forma ininterrumpida, 4 Decretos: el primero de ellos ese mismo año (N°87), el segundo el año 2017 (N°50), el tercero el año 2018 (N°47) y el cuarto (N°2) el año 2019, los que han incorporado paulatinamente de nuevas patologías a la legislación con sus respectivos tratamientos

¹ Carreño Orellana, carolina (2021): «El derecho a la salud en los casos críticos. Un dilema de entre políticas públicas y decisiones judiciales», Editorial Thomson Reuters, Santiago.



generando una cobertura progresiva de nuevas enfermedades catastróficas o raras. Estos decretos han permitido beneficiar actualmente a casi 3500 pacientes desde 2019.

5°. Sin embargo, el quinto Decreto aún no se ha dictado, encontrándose actualmente retrasado respecto de su fecha formal de dictación (AÑO 2021), lo que ha generado la preocupación de los actuales pacientes, pero, especialmente, de aquellos quienes sufren una enfermedad catastrófica aún no incluida en la legislación ya que ven alejarse la posibilidad de poder acceder al diagnóstico y al tratamiento que urgentemente necesitan. Todos son víctimas de este perverso sistema de cobertura de costos, en donde que la necesidad supera ampliamente la capacidad existente en el sistema.

6°. En cuanto a los fondos, cabe indicar que la ley cuenta con una asignación de cien mil millones de pesos, reajustables por el IPC. De este total, la actual normativa establece que se debe ejecutar un 80% y el restante 20% se debe resguardar como una garantía estatal en caso de una mayor necesidad de montos y esto se hace a través de la rentabilización en el mercado financiero. Con todo, se trata de recursos independientes a las partidas del Ministerio de Salud y Fonasa, y que no forman parte de la discusión de la Ley de Presupuesto. Por diseño, al momento de su promulgación en 2015, se instruyó que los dineros serían centralizados en una cuenta fiscal, donde se sumarían a los recursos y garantías no ejecutados en los años anteriores y su rentabilidad en el mercado financiero. Es por ello que el fondo dispone casi tres veces el presupuesto nominalmente ejecutado cada año, y al menos tres veces el promedio del gasto realizado en los últimos cinco años, tras unos meses de marcha blanca el año 2015. En 2021, el presupuesto total alcanzó los 110 mil millones de pesos, totalizando en el fondo 265 mil millones de pesos, al 31 de marzo (su primer reporte trimestral).

La mala noticia es que las inversiones en fondos de bajo riesgo (bonos del estado, entre ellos) han rentado a la baja y sólo en los primeros dos semestres del año 2021 el fondo acumuló pérdidas por \$1058 millones. De acuerdo con la Dirección de Presupuesto, ese año los recursos estuvieron invertidos en un 19% (\$46 mil millones) en fondos mutuos, 47% en depósitos a plazos (\$112 mil millones) y bonos del Estado en un 32% (\$76 mil millones)².

7°. Entonces vemos que, aunque la idea de un fondo aparte que se rentabilizara podría haber sido positiva en el papel -resguardando los recursos no utilizados en un año y evitando la pérdida de valor nominal de los dineros por inflación-, sin embargo, en la práctica la actual determinación de no utilizar el fondo en los pacientes es al menos éticamente cuestionable. Y esto es así porque la mayor parte del dinero del fondo está invertido en el sistema financiero y no en los pacientes lo que desvirtúa el espíritu original de la Ley Ricarte Soto. En efecto, no tiene lógica que haya dinero para inyectar a fondos mutuos, pero no para proporcionarles tratamiento a los pacientes. La ley fue creada para entregar financiamiento a miles de pacientes que padecen enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento se eleva a millones de pesos, no para financiar a la banca a través de él.

8°. Es necesario recordar que el tema de la financiación y el presupuesto de esta ley ha sido una constante problemática incluso durante su tramitación³. En efecto, los expertos invitados a debatir plantearon en ese entonces que la cifra necesaria para su implementación era de

² <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/2021/09/20/agrupaciones-advierte-que-la-mayor-parte-de-los-recursos-de-la-ley-ricarte-soto-se-invierten-en-el-mercado-financiero/>

³ Carreño Orellana, carolina (2021): «El derecho a la salud en los casos críticos. Un dilema de entre políticas públicas y decisiones judiciales», Editorial Thomson Reuters, Santiago.



170 mil millones, sin embargo, durante la tramitación ese monto se redujo a 100 mil millones. Para los parlamentarios en contra de la medida, ese monto significaba un divorcio entre las necesidades y las posibilidades, ya que no se tenía claridad del motivo de la reducción y si aquello iba a significar limitar el número de atenciones o entregar un porcentaje de ellas, en ambos casos hasta cumplir el tope. En cuanto a la conceptualización usada, se criticó ampliamente la definición dada en el proyecto del “umbral” o de “alto costo”; ya que se consideraba necesario incorporar criterios más objetivos “puesto que el proyecto sencillamente no lo define, sino que lo deja al arbitrio del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para que lo establezcan a través de un decreto supremo. Lo lógico sería que el umbral quedara definido en la misma ley, en función del ingreso familiar”⁴. Por último, se criticó que esta iniciativa tuviera un conjunto de reglamentaciones que nada tenían que ver con el sentido del objetivo inicial, que era crear un fondo de reinversión⁵.

9°. Es por ello por lo que, frente a la inacción de las administraciones de Salud y de Hacienda de dictar el Quinto decreto y a la desvirtuación que ha ocasionado al espíritu de la normativa la rentabilización de su 20% sin posibilidad de uso, nos vemos llamados a subsanar estas situaciones.

En efecto, como representantes del Poder Legislativo y de la voluntad soberana no podemos quedarnos indiferentes ante la destrucción de los sueños de miles de pacientes que sufren actualmente de una enfermedad de alto costo o poco frecuente y que no cuentan con recursos para su tratamiento, así como tampoco no podemos hacer oídos sordos ante el legítimo deseo de miles de pacientes de acceder a terapias o medicamentos que puedan salvar sus vidas. Y lo entendemos así puesto que de nada sirve prometer políticas públicas sin un real compromiso para ejecutarlas. Por lo demás, del espíritu de la ley Ricarte Soto es posible discernir que ella nunca fue pensada para quedarse estancada tanto en su incorporación de nuevos pacientes como de nuevas patologías.

Por los motivos expuestos los diputados y diputadas firmantes venimos en presentar el siguiente

PROYECTO DE LEY:

⁴ Ibíd. Diputado Berger. Tercer Trámite Constitucional: Cámara de Diputados. Discusión en Sala Fecha 20 de mayo, 2015. Diario de Sesión en Sesión 28. Legislatura 363. Discusión única. Se aprueban modificaciones.

⁵ Ibíd. Senador Harboe.



ARTÍCULO PRIMERO.-

“Modifíquese el inciso tercero del artículo 9° de la Ley N° 20.850 en el siguiente sentido: modificando la frase “ochenta por ciento” por la frase “noventa por ciento”.

ARTÍCULO SEGUNDO.-

“Elimínese el inciso final del artículo 20 que establece “dichos recursos podrán invertirse en los instrumentos, operaciones y contratos que establezca el Ministerio de Hacienda, mediante instrucciones, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 12 de la ley N° 20.128”.

**TOMÁS LAGOMARSINO
H. DIPUTADO DE LA REPÚBLICA**



FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. TOMÁS LAGOMARSINO B.D. HELIA MOLINA M.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. TOMÁS LAGOMARSINO B.D. HELIA MOLINA M.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. MARTA BRAVO S.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. PATRICIO ROSAS B.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. KAROL CARIOLA O.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. DANISA ASTUDILLO P.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. ALEXIS SEPÚLVEDA S.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. AGUSTÍN ROMERO L.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. MARÍA LUISA CORDERO V.

FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. ERIC AEDO J.

