



**LEGISLATURA 373ª  
COMISIÓN DE SALUD**

**Sesión 161ª, celebrada el martes 12 de agosto de 2025**

**De 17:33 a 19:10 horas**

**SUMA**

1.- Se inició la discusión general del 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. Boletines N°s 15.047-11 y 17.567-11, refundidos.

**I APERTURA DE LA SESIÓN**

Se inició la sesión a las 17:33 horas.

**II PRESIDENCIA**

Presidió, el diputado Patricio Rosas Barrientos.

**III ASISTENCIA**

Asistieron de manera presencial, los diputados y diputadas Mónica Arce, Danisa Astudillo, Andrés Celis, María Luisa Cordero, Ana María Gazmuri, Tomás Lagomarsino, Daniel Lilayu, Helia Molina, Hernán Palma, Agustín Romero y Patricio Rosas.

El diputado Sergio Bobadilla reemplazó, durante esta sesión, a la diputada Marta Bravo.

Asimismo, estuvieron presentes los diputados Sara Concha y Hugo Rey.

Como invitados, la Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli Iruretagoyena, junto al señor Pablo Jorquera, señora Tania Herrera y el asesor jurídico señor Manuel Pérez.



Firmado electrónicamente

<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: 03CDCC43DB332F99



Concurrió el Secretario Abogado (Accidental), señor Leonardo Lueiza Ureta; el abogado asistente, señor Ignacio Vásquez y la secretaria ejecutiva, señora Silvia Rivas.

#### **IV CUENTA**

Se recibieron los siguientes documentos:

1.- Oficio de S. E. el Presidente de la República (930-373) mediante el cual hace presente la urgencia "suma", para el despacho del proyecto que "Modifica el Código Sanitario para regular el ejercicio de distintas profesiones del área de la salud como parte de un equipo médico". BOLETÍN N° 13806-11 (refundido con boletines Nos 13817-11, 13818-11, 13821-11 y 13838-11).

2.- Proyecto iniciado en moción de las diputadas señoras Muñoz; Ahumada; Concha y Cordero; y de los diputados señores Arroyo; Lagomarsino; Mellado, don Miguel, y Rosas, que "Modifica la ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos, para fortalecer la protección de la salud y el derecho a la información de los consumidores en restaurantes y locales de expendio de comidas". BOLETÍN N° 17748- 11.

3.- Oficio de la Ministra de Salud (N° 16609), mediante el cual responde a uno de esta comisión e informa sobre la situación de stock de medicamentos garantizados por el GES en los recintos asistenciales a nivel nacional, especialmente para personas con fibrosis quística. Respuesta a Oficio N° 784/11/2025

4.- Oficio de la Ministra de Salud (N° 16614), mediante el cual responde a uno de esta comisión y expresa felicitaciones por la designación del H. Diputado de la República, Sr. Patricio Rosas Barrientos, como nuevo Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputadas y Diputados. Respuesta a Oficio N° 859/11/2025

5.- Oficio del Director Nacional del Fondo Nacional de Salud (N° 19.627), mediante el cual responde a uno de la comisión e informa sobre la integración de las terapias coadyuvantes en el marco de la Ley TEA u otra normativa vigente. Respuesta a Oficio N° 871/11/2025

6.- Oficio del Director General de Concesiones de Obras Públicas (S) (N° 896), mediante el cual responde a uno de la comisión e informa sobre la situación y daño estructural del Hospital concesionado Regional de Antofagasta que atiende a toda la macro zona norte. Respuesta a Oficio N° 801/11/2025



7.- Oficio del Director Nacional del Instituto Nacional de Propiedad Industrial, INAPI (N° 430), mediante el cual remite información a julio de 2025, en cumplimiento de la Ley de Presupuestos 2025.

8.- Oficio del Director Nacional del Instituto Nacional de la Juventud (N° 194), mediante el cual remite informe de licencias médicas, en cumplimiento de la Ley de Presupuestos 2025.

9.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N° 16511), mediante el cual remite glosa N° 22, en cumplimiento de la Ley de Presupuestos 2025.

10.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N° 16515), mediante el cual remite glosa N° 5, en cumplimiento de la Ley de Presupuestos 2025.

11.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N° 16516), mediante el cual remite glosa N° 10, en cumplimiento de la Ley de Presupuestos 2025.

12.- Oficio de la Subsecretaria de Prevención del Delito (N° 1982), mediante el cual remite informe licencias médicas, en cumplimiento de la Ley de Presupuestos 2025.

13.- Invitación del alcalde de la comuna de Castro don Baltazar Elgueta Cheuquepil, al presidente y miembros de la Comisión de Salud, para que esta celebre una sesión especial en la comuna de Castro, durante el mes de agosto, en que se aborden las necesidades y realidades de la salud que impactan directamente a las comunas del archipiélago de Chiloé.

14.- Correo de una persona particular (Sra. Eileen Bórquez) Psicóloga, mediante el cual expone su experiencia personal tras un año de haber activado el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP), a consecuencia de un grave accidente de tránsito sufrido el 24 de diciembre de 2023. Solicita que, por quien corresponda, se evalúe la posibilidad de incluir la cobertura de salud mental en dicho seguro, otorgando acceso a tratamientos psicológicos y psiquiátricos, pues los accidentes de tránsito no sólo hieren el cuerpo, sino también la mente y el espíritu.

15.- Solicitud de ayuda de un particular (Sra. Cristina Fuentes) de la comuna de Algarrobo, para gestionar la derivación desde el hospital de San Antonio a la clínica red salud de Santiago con el equipo médico del doctor Rafael Luengas, para cirugía de esófago.



16.- Nota del Comité Unión Demócrata Independiente, mediante la cual informa que la diputada Marta Bravo Salinas será reemplazada, durante la sesión de hoy, por el diputado Sergio Bobadilla Muñoz.

## **V VARIOS**

Se realizaron puntos varios que se materializaron en acuerdos.

## **VI ACUERDOS**

**Se adoptaron, por unanimidad, los siguientes acuerdos:**

1. Oficiar al Director del Instituto de Salud Pública para que informe sobre la situación originada por el ciberataque ocurrido el pasado 26 de junio, que habría afectado los sistemas digitales de esa institución, y detalle los efectos que este incidente ha tenido sobre los procesos de diagnóstico confirmatorio de VIH, considerando que el ISP es el único laboratorio autorizado para dicha función en el país.

Asimismo, interesa a esta comisión conocer el estado actual de los sistemas afectados, los tiempos promedio de demora en la confirmación de diagnósticos antes y después del ataque, y las medidas implementadas para mitigar el impacto de esta situación sobre el acceso a tratamiento cubierto por la Garantía Explícita en Salud N°18, como también, saber si se han considerado mecanismos de descentralización o colaboración con otros laboratorios públicos o privados para asegurar la continuidad del diagnóstico oportuno. (Solicitud diputada Gazmuri)

2. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre el estado y etapa del proceso de licitación de la Modalidad de Cobertura Complementaria del Fondo Nacional de Salud (MCC), sobre los objetivos del proceso licitatorio, el calendario previsto, las instituciones involucradas, y cómo se está garantizando la transparencia, el acceso y la participación de diversos actores del sector. (Solicitud diputada Gazmuri)

3. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre el estado actual del proyecto de construcción y puesta en marcha del Centro Oncológico Regional de Ñuble, en qué etapa se encuentra el proyecto, los plazos estimados para el inicio y término de las obras, el presupuesto asignado y su fuente de financiamiento. Asimismo, para que describa cuáles serán los servicios y capacidades que se proyectan para el centro, incluyendo radioterapia, quimioterapia y diagnóstico, entre otros y, las medidas transitorias que se están implementando para dar respuesta a la demanda oncológica de la región, considerando que pacientes mayores de 15 años ya no están siendo derivados a la región del Biobío,



lo que ha generado una sobrecarga en el Hospital Clínico Herminda Martín.  
(Solicitud diputada Concha)

4. Oficiar al Ministro de Justicia y Derechos Humanos para que informe respecto de las medidas que esa cartera adoptó o podría adoptar en relación con la protección del Hospital Metropolitano como sitio de memoria, considerando que parte de sus instalaciones, en la época en que allí funcionó el Hospital Militar, habrían sido utilizadas como centro de detención y tortura. En particular, se requiere conocer si dicho inmueble cuenta con reconocimiento oficial como *sitio de memoria*, si existe algún proceso en curso para su declaratoria como tal, y qué mecanismos legales o administrativos podrían aplicarse para asegurar su preservación frente a eventuales proyectos de demolición o reasignación del terreno. (Solicitud diputado Palma)

5. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe si se ha evaluado o se encuentra en proceso de gestionar una eventual prórroga del comodato del Hospital Metropolitano, inmueble perteneciente al Ejército de Chile, cuyo vencimiento está previsto para enero de 2027. En particular, interesa saber si se ha solicitado formalmente la extensión del plazo de dicho comodato, cuáles son las alternativas que se están considerando para asegurar la continuidad del funcionamiento del recinto asistencial, y si existe viabilidad técnica y administrativa para ampliar el acuerdo hasta el año 2033. (Solicitud diputado Palma)

6. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre las estrategias actuales y futuras para abordar la situación de personas con VIH, especialmente aquellas que se encuentran actualmente fuera del sistema de tratamiento, pues según antecedentes recientes, existiría un número significativo de personas -estimado en más de 20.000- que no estarían accediendo a terapias, situación que reviste gravedad desde el punto de vista de la salud pública. Interesa a esta comisión conocer las acciones concretas destinadas a reactivar el vínculo de estos pacientes con el sistema de salud, así como los mecanismos de seguimiento y control que se están aplicando. (Solicitud diputado Palma)

7. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre el estado actual del proceso de licitación que busca retomar las obras de construcción-habilitación del Hospital de Linares, así como sobre los plazos previstos para su ejecución, los detalles del proceso licitatorio en curso, y si actualmente existen recursos asignados y disponibles para su continuidad.

Por otro lado, se le solicita explicar si las demoras anteriores en los pagos por parte del Ministerio de Salud influyeron en la paralización del proyecto, y



qué medidas se han tomado para evitar nuevas interrupciones. Finalmente, se requiere conocer los pasos administrativos y técnicos que siguen en esta nueva etapa, con el objetivo de garantizar la pronta reanudación y finalización de las obras. (Solicitud diputado Rey)

8. Realizar una sesión especial en la comuna de Chillán, región de Ñuble el 4 de septiembre de 2025, en los términos solicitados por la diputada Marta Bravo en una sesión pasada. (A proposición del diputado Rosas)

9. Realizar una visita inspectiva en una próxima fecha por definir al Hospital San José de Santiago. (A proposición del diputado Rosas)

10. Establecer como plazo de propuesta de invitados el viernes 22 de agosto, para el 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. Boletines Nos 15047-11 y 17.567-11, refundidos. (A proposición del diputado Rosas)

## **VII ORDEN DEL DÍA**

**1.- Se inició la discusión del 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. Boletines Nos 15047-11 y 17.567-11, refundidos.**

**La Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli** expuso en base a una presentación<sup>1</sup> que dejó a disposición de la comisión.

En primer término, expresó que la acompañaban integrantes del equipo del Ministerio de Salud, entre ellos la doctora Tania Herrera, jefa de la División de Planificación Sanitaria; el abogado Manuel Pérez, asesor legislativo de la ministra de Salud; y Pablo Jorquera, de la División de Presupuesto.

Se refirió en primer término a la ley N° 20.850, destacando que su objetivo principal es asegurar el acceso universal a diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo, cuya efectividad esté debidamente comprobada y sea declarada mediante decreto del

---

<sup>1</sup> <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmID=3311> (Sesión N°161)



Ministerio de Salud. Subrayó que una de las características más relevantes de esta ley es su universalidad, ya que beneficia a todas las personas adscritas a algún sistema previsional de salud, incluyendo Fonasa, Isapre, Capredena y Dipreca.

Presentó una línea de tiempo que resume los hitos fundamentales desde la primera marcha ciudadana en mayo de 2013, la promulgación de la ley en junio de 2015, y la evolución de los decretos que han definido las coberturas hasta la última modificación en 2024. A continuación, expuso algunas cifras que evidencian el impacto del sistema: más de 71.550 personas han sido beneficiadas, siendo un 64,4% mujeres y un 35,6% hombres, con una concentración significativa en el grupo etario de 45 a 64 años. Señaló además que actualmente se cubren 27 enfermedades con 67 tecnologías sanitarias garantizadas.

Abordó los principales desafíos que motivan la presentación del proyecto de ley. Entre ellos, mencionó la existencia de vacíos legales, especialmente en lo que respecta a la mantención de los criterios de alto costo, evidencia científica y precio máximo industrial para mantener una cobertura financiera especial. También indicó la ausencia de procedimientos claros para la transición entre distintos regímenes de protección, la falta de mecanismos de actualización y publicación del precio máximo industrial, y la necesidad de mejorar la integración y remuneración de la Comisión de Recomendación Priorizada. Asimismo, hizo referencia a la importancia de fortalecer mecanismos como los acuerdos de riesgo compartido y a los desafíos presupuestarios que serían explicados en detalle por el señor Pablo Jorquera.

**En representación de la Dirección de Presupuestos, el señor Pablo Jorquera** expuso en base a la misma presentación. Complementó la presentación del Ministerio de Salud con antecedentes financieros relativos al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, establecido en la *Ley Ricarte Soto*. Explicó que tal fondo cuenta con diversas fuentes de financiamiento, siendo la principal de ellas los aportes fiscales definidos por ley. Estos comenzaron de manera transitoria en 2015, con montos entre \$30.000 y \$60.000 millones, y desde 2017 se estableció un aporte permanente de \$100.000 millones anuales reajustados por IPC. Aunque existen otras fuentes como donaciones, cooperación internacional, rentabilidad de las inversiones y reintegros de Isapre por el uso de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), subrayó que el grueso del financiamiento proviene del erario fiscal.

A continuación, presentó un gráfico con que mostró cómo el valor financiero del fondo -es decir, su *stock*- ha ido disminuyendo progresivamente desde 2020. Esta tendencia, explicó, se debe al creciente requerimiento de financiamiento



por parte de las prestaciones garantizadas por los distintos decretos emitidos en el marco de la *Ley Ricarte Soto*. Hizo una distinción importante entre el fondo acumulado y los recursos anuales que la Ley de Presupuesto destina para cubrir las prestaciones, indicando que es necesario analizarlos por separado para entender el fenómeno financiero completo. Detalló que las prestaciones han crecido sostenidamente en el tiempo, lo cual ha permitido ampliar la cobertura a más personas, pero también ha generado una creciente presión sobre el fondo. Mostró cómo se ha retirado cada vez más dinero del fondo, y que incluso dichos retiros ya no alcanzan para cubrir completamente el gasto efectivo en prestaciones. Este déficit estructural -gastar más de lo que se puede retirar- ha ido generando una deuda acumulada, y refleja una falta de flexibilidad en la gestión del fondo.

Señaló también que las restricciones actuales impuestas por la ley dificultan una administración eficiente de los recursos. Sumado a ello, mencionó que la metodología de proyección utilizada no ha sido suficiente para prever adecuadamente la sostenibilidad del sistema frente al crecimiento del gasto. Esto se confirmó con el informe de sostenibilidad elaborado en 2021, el último disponible, que proyecta que los egresos del fondo superarán sistemáticamente a los ingresos.

Frente a garantías actualmente vigentes ya generan más presión fiscal que la capacidad real del fondo. En este contexto, indicó que sólo se pueden incorporar nuevas tecnologías o tratamientos si estos generan ahorros netos, tal como ocurrió en el último decreto, que reorganizó tecnologías sanitarias sin aumentar el gasto.

En conclusión, sostuvo que el fondo ha demostrado una baja resiliencia ante el crecimiento del gasto y una rentabilidad financiera insuficiente. Esto ha impedido, aseguró, que crezca con el tiempo y ha limitado severamente la posibilidad de ampliar coberturas. Por ello, destacó la urgencia de introducir cambios legales que otorguen mayor flexibilidad a la gestión del fondo, permitiendo así la dictación de nuevos decretos y la incorporación de tecnologías innovadoras que respondan a las necesidades de la población.

**La jefa de la División de Planificación Sanitaria del MINSAL, señora Tania Herrera** expuso en base a la misma presentación. Presentó en términos generales el contenido del proyecto de ley que busca optimizar el mecanismo de sustentabilidad del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, mediante la modificación de la Ley N° 20.850, conocida como *Ley Ricarte Soto*. En su intervención, detalló que el proyecto se estructura en tres ejes principales: financiero, de optimización y participativo.



En relación con el eje financiero, explicó que el proyecto propone aumentar el aporte fiscal anual desde los actuales \$100.000 millones a \$185.000 millones, lo que representa un incremento del 85% en recursos permanentes para el fondo. Además, se plantea elevar el límite del gasto anual del 80% al 90% del presupuesto total del fondo, lo que permitirá una mayor utilización efectiva de los recursos disponibles para financiar las garantías de salud. Estas medidas buscan extender la sustentabilidad financiera del sistema, abordando las brechas que actualmente limitan su funcionamiento.

Respecto del eje de optimización, presentó una serie de medidas orientadas a mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Entre ellas, destacó el fortalecimiento del rol de la Subsecretaría de Salud Pública, que incluirá el monitoreo continuo del umbral de alto costo, evaluaciones periódicas de efectividad de las tecnologías cubiertas y la elaboración de informes anuales sobre precios y seguridad de los medicamentos. También se incorpora, agregó, un procedimiento formal para la transición de tecnologías desde la *Ley Ricarte Soto* hacia otros sistemas, como el GES, garantizando la continuidad de los tratamientos y la protección financiera a los pacientes.

Además, señaló la inclusión de mecanismos para excluir tecnologías cuya eficacia se haya visto comprometida con el tiempo, evitando seguir financiando tratamientos ineficaces. Se introduce también una mayor transparencia en la fijación del precio máximo industrial, estableciendo su publicación obligatoria y actualizaciones periódicas, lo que permitirá evitar pagos innecesarios por tecnologías cuyos precios hayan disminuido. Explicó el desarrollo de un sistema de acuerdos de riesgo compartido, que permitirá al Estado negociar condiciones económicas y de acceso a la industria farmacéutica. Este sistema incluye herramientas como la confidencialidad selectiva de precios y la posibilidad de establecer esquemas de descuentos, pagos por volumen o resultados, permitiendo el acceso a tecnologías innovadoras sin comprometer la sostenibilidad financiera. También se incluyen disposiciones para introducir modificaciones con efecto financiero neutro, tales como mecanismos de reorganización de la cartera tecnológica y estudios de equilibrio financiero públicos, promoviendo la eficiencia sin requerir nuevos recursos.

En cuanto al eje participativo, explicó que se propone reformar la composición de la Comisión de Recomendación Priorizada, ampliándola de cuatro a siete integrantes (cinco expertos y dos representantes de pacientes), permitiendo sesiones remotas, estableciendo una remuneración por sesión y flexibilizando las inhabilidades, con el fin de facilitar su funcionamiento. Se refuerzan además los



estándares éticos mediante una declaración obligatoria de intereses bajo la ley N° 20.880, en reemplazo del sistema actual de declaraciones simples.

Por otra parte, afirmó, se fortalece el rol de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control, otorgándole la facultad de emitir advertencias fundadas sobre la eficacia y seguridad de las tecnologías cubiertas, con comunicación directa a la Subsecretaría de Salud Pública, quien podrá evaluar la necesidad de modificar las garantías mediante decreto.

Detalló cómo el proyecto responde a recomendaciones previas de la comisión, entre las que mencionó el aumento de presupuesto, la implementación de los acuerdos de riesgo compartido, la remuneración de la comisión, la ampliación de la participación ciudadana, la mejora en la regulación del precio máximo industrial, el fortalecimiento de la evaluación de tecnologías sanitarias y el establecimiento de procedimientos para transiciones y exclusiones de garantías. También aclaró que, aunque la ampliación de la pesquisa neonatal no está incluida en este proyecto, sí se está abordando mediante un programa específico en curso en el Ministerio.

Afirmó por último que el proyecto representa una continuidad y fortalecimiento del espíritu original de la *Ley Ricarte Soto*, centrado en la protección financiera para enfermedades de alto costo, con un fuerte respaldo en evidencia científica y participación ciudadana. Las mejoras propuestas permitirán contar con los recursos adecuados, fortalecer la gestión eficiente y asegurar una cobertura sostenible sin comprometer la calidad de la atención ni el uso adecuado de los recursos públicos.

**El diputado Rosas**, sobre el monitoreo del precio de los medicamentos que ya están garantizados por la *Ley Ricarte Soto*, particularmente aquellos cuyo costo ha disminuido con el tiempo, preguntó si dicho seguimiento es un proceso continuo, si se realiza anualmente o si sólo se efectúa al momento de actualizar los decretos, con el fin de asegurar que el gasto fiscal se ajuste a la evolución del mercado y no se pague en exceso por tecnologías cuyo valor ha caído.

Se refirió luego a la posibilidad de avanzar en mecanismos de compra conjunta con otros países, especialmente aquellos que enfrentan desafíos similares en el acceso a tratamientos de alto costo, y pidió conocer si se han evaluado iniciativas de cooperación internacional que permitan obtener mejores condiciones comerciales mediante acuerdos multilaterales o estrategias de negociación compartidas, aprovechando el marco de mejora de la gestión presupuestaria contemplado en el proyecto y, en particular, en lo relativo al precio máximo industrial.



**La señora Tania Herrera** explicó que en la actualidad el precio máximo industrial de los medicamentos garantizados por la *Ley Ricarte Soto* se fija al momento de la evaluación de la tecnología sanitaria correspondiente. En los primeros decretos, que fueron establecidos en el marco transitorio de la ley, ni siquiera se incluyó este precio máximo, mientras que en los decretos posteriores sí se estableció tras realizar investigaciones de mercado, tanto a nivel nacional como internacional, para determinar una referencia de costo.

Sin embargo, advirtió que una vez fijado ese precio mediante decreto, este queda congelado, lo cual impide reflejar posibles bajas posteriores en los precios de mercado. Frente a esta rigidez, señaló que el proyecto de ley actualmente en discusión propone desvincular el precio máximo industrial del decreto principal de garantías, permitiendo así su actualización mediante un mecanismo separado, por ejemplo, a través de decretos específicos de revisión anual. Este cambio permitiría ajustar los valores según las condiciones reales del mercado y lograr un uso más eficiente de los recursos públicos.

Respecto a la segunda consulta, sobre la posibilidad de compras internacionales conjuntas, indicó que, si bien no es un componente específico de este proyecto de ley, el Ministerio de Salud ya se encuentra trabajando en esa línea. Actualmente, afirmó, Chile mantiene vínculos con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que está liderando un sistema regional de negociación conjunta para fármacos de alto costo. Señaló que ya se ha comenzado a incorporar la demanda nacional en ese proceso, lo que permitiría acceder a mejores precios a través de compras coordinadas entre países de la región, optimizando así el gasto en tecnologías de alto costo.

**El diputado Romero** planteó una serie de inquietudes centradas en la eficiencia del sistema y los mecanismos actuales de adquisición y regulación de medicamentos de alto costo, solicitó una aclaración terminológica respecto al concepto de “retiros del fondo”, para determinar si este se refiere específicamente al “pago” por el uso del fondo, y no a una “disposición libre de sus recursos”. Esta precisión es relevante, aseguró, para evitar malentendidos sobre el destino y uso de dichos fondos.

Se refirió luego al funcionamiento del sistema en relación con la incorporación de nuevas tecnologías médicas, e hizo énfasis en los avances que han permitido abaratar los costos de ciertos tratamientos, como es el caso de los medicamentos biosimilares. Mencionó haber sostenido recientemente una reunión con un laboratorio que le explicó cómo estos fármacos pueden llegar a costar hasta



un tercio del valor de los medicamentos originales, lo que representa un ahorro significativo.

Sin embargo, cuestionó cómo puede el Estado aprovechar estas innovaciones si enfrenta barreras estructurales, como el lento proceso de autorización del Instituto de Salud Pública (ISP), pues toma un largo tiempo aprobar medicamentos que ya cuentan con validación en países que gozan de alta vigilancia sanitaria, y que, pese a ello, deben pasar por un extenso proceso burocrático en Chile. A su juicio, esta situación dificulta el acceso oportuno a tratamientos más económicos y eficaces.

Además, estimó preocupante la rigidez normativa que impide modificar los precios de los medicamentos una vez fijados por decreto, lo que limita la capacidad del sistema para ajustarse a las fluctuaciones del mercado, y cuestionó el que no exista actualmente una mayor flexibilidad para actualizar dichos valores en función de las condiciones reales. Planteó dudas sobre los mecanismos de adquisición previstos en la ley, en particular la ley de compras públicas, que considera las particularidades de los medicamentos de alto costo, ya que, dado su carácter especializado y poco común, estas adquisiciones no deberían tratarse como compras convencionales, sino bajo principios de trato directo debidamente justificado, debido a la especificidad de los productos y su propósito terapéutico único.

Preguntó finalmente si el proyecto de ley contempla estas flexibilidades necesarias para responder a escenarios no previstos hace una década, cuando se promulgó la normativa original.

**El diputado Lagomarsino** señaló que, a su juicio, el proyecto en discusión es no sólo necesario, sino también, en general, un buen proyecto. Sin embargo, advirtió que presenta deficiencias importantes, la principal de las cuales, en su opinión, es la relativa al financiamiento del fondo, lo que calificó como la “piedra angular” del debate. Para sustentar sus argumentos, presentó y analizó cifras oficiales de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) sobre la ejecución de los recursos asignados a la *Ley Ricarte Soto*, desde su implementación.

Explicó que el fondo ha enfrentado un proceso de desgaste financiero progresivo, y que, tras acumular reservas hasta su punto máximo en 2019, desde el año 2020 los egresos comenzaron a superar los ingresos, lo que obligó a utilizar el fondo de sustentabilidad acumulado. Esta situación, afirmó, ha generado una tendencia decreciente que se acentuó en 2022, año en que no se dictó el quinto decreto, justamente por haber superado el techo de sustentabilidad fijado en un 80%. A partir de ese momento, la imposibilidad de incorporar nuevas tecnologías o



ampliar coberturas ha sido una consecuencia directa de la falta de recursos disponibles.

Criticó la diferencia entre los montos aprobados por el Congreso en la Ley de Presupuestos y los que finalmente se integran al fondo, ya que entre los años 2022 a 2025 el monto efectivamente incorporado al fondo fue inferior al autorizado por ley, lo que generó una brecha que calificó como “inaceptable”. Solicitó explicaciones y propuso que, de no poder ser respondidas por el Ministerio de Salud, se invite a la directora de Presupuestos para clarificar esta situación.

También se refirió a la propuesta del proyecto que busca elevar el techo de sustentabilidad del 80% al 90%. Si bien valoró la intención, advirtió que, aún con esta alza, los recursos seguirán siendo insuficientes frente a los egresos reales del fondo, que ya superan ampliamente dicho porcentaje. Explicó que el aumento del techo no será suficiente para revertir la tendencia de déficit estructural, y que, en el mejor de los casos, permitirá extender la incorporación de pacientes a tratamientos ya garantizados hasta los años 2028 o 2029, sin posibilidad de sumar nuevas tecnologías.

Es necesario establecer, aclaró, si lo que se busca con el proyecto es sólo extender la posibilidad de incorporar nuevos pacientes a tratamientos ya existentes, o si se trata además de permitir la entrada de nuevas tecnologías. Aseguró que el problema de fondo es presupuestario y por tanto no de responsabilidad del Ministerio de Salud, sino del Ministerio de Hacienda, al cual emplazó a comprometer un financiamiento real si se quiere asegurar el futuro de la *Ley Ricarte Soto*.

Requirió del Ministerio de Salud la voluntad de reenfocar la ley hacia su espíritu original, cual es el de dar cobertura a enfermedades *raras* o poco frecuentes, dado que en los últimos años se han incorporado patologías que, por su alta prevalencia, debieron haber sido parte del sistema GES y no del de la *Ley Ricarte Soto*. Consultó sobre la posibilidad de corregir esta distorsión, fortaleciendo la complementariedad entre ambos sistemas: el GES, orientado a enfermedades prevalentes y de menor costo, y la *Ley Ricarte Soto*, enfocada en enfermedades de baja prevalencia y tratamientos de alto costo.

En otro ámbito, planteó su preocupación por la creciente judicialización del acceso a tratamientos, fenómeno que calificó como la “institucionalización de la vía judicial” para acceder a tecnologías no cubiertas. Recordó que en el presupuesto del año 2023 se aprobó un fondo especial para estas situaciones, lo que criticó en su momento, pero reconoció que hoy es una realidad insoslayable. Consultó si hay disposición para avanzar en la incorporación de algunas de estas tecnologías *judicializadas* al sistema regular de la *Ley Ricarte*



Soto, especialmente considerando la existencia de mecanismos como los acuerdos de riesgo compartido, los cuales podrían utilizarse para evaluar resultados clínicos más complejos y no sólo criterios básicos como la mortalidad.

A su juicio, concluyó, el proyecto de ley es, en efecto, una buena noticia, pero sólo parcial, y que la gran discusión sigue siendo cómo asegurar el financiamiento estructural del fondo, tanto para mantener la cobertura a nuevos pacientes como para incorporar nuevas tecnologías que respondan a las necesidades reales de la población.

**La Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli** intervino para responder a algunas de las preguntas planteadas durante la discusión, especialmente aquellas referidas al uso eficiente de los recursos del fondo Ricarte Soto y a los mecanismos regulatorios asociados. En primer lugar, se refirió a la inquietud del diputado Romero respecto al uso de medicamentos biosimilares y su potencial para reducir el costo de las tecnologías cubiertas por la ley. Explicó que el Ministerio de Salud, en conjunto con el Instituto de Salud Pública, ha priorizado dentro de su agenda regulatoria la actualización de reglamentos, normas técnicas y planes de implementación que permitan avanzar en la intercambiabilidad de productos farmacéuticos. Según indicó, esta línea de trabajo se encuentra entre las de más alta prioridad, lo que refleja la intención de facilitar y acelerar el uso de biosimilares como herramienta para la contención del gasto.

En relación con los mecanismos de adquisición, señaló que la ley vigente ya contempla la posibilidad de aplicar acuerdos de riesgo compartido. No obstante, el proyecto de ley actualmente en discusión busca entregar mayor especificidad y claridad sobre su implementación. En ese sentido, informó que en abril de 2025 el Ministerio formalizó, mediante resolución exenta, los lineamientos técnicos para aplicar esta forma innovadora de compra, lo que permitirá avanzar de manera más concreta en su materialización. También mencionó que se están conformando grupos de trabajo específicos para facilitar este proceso, lo que permitiría optimizar el uso de los recursos disponibles en el fondo.

Frente a la preocupación planteada por el diputado Lagomarsino sobre la sostenibilidad financiera del fondo, aclaró que la mayor parte de esa respuesta debía ser entregada por la Dirección de Presupuestos. No obstante, hizo una observación general al análisis presentado, y señaló que las proyecciones mencionadas por el parlamentario se basan en el funcionamiento actual del fondo, sin considerar los cambios propuestos en el proyecto de ley. A su juicio, la incorporación de nuevas normas permitirá hacer un uso más eficiente de los recursos, por lo que la interpretación de la sostenibilidad del fondo también cambia



bajo este nuevo escenario. A modo de ejemplo, citó el traspaso de tecnologías a otros sistemas de cobertura universal, como ocurrió con el medicamento *Palivizumab*, que pasó de estar cubierto por la *Ley Ricarte Soto* al Programa Nacional de Inmunizaciones. También destacó la posibilidad de actualizar los precios máximos industriales fijados durante la evaluación de tecnologías sanitarias, lo que permitirá una mayor flexibilidad para reflejar variaciones del mercado y, con ello, reducir el gasto sin afectar la cobertura.

Señaló finalmente que, si bien el monto total del fondo no se incrementa de forma significativa, la implementación de estas modificaciones permite un uso más estratégico de los recursos existentes.

**El señor Paulo Jorquera de la Dirección de Presupuestos,** intervino para responder a las inquietudes planteadas por los diputados Romero y Lagomarsino, respecto del funcionamiento financiero del fondo Ricarte Soto, y distinguió entre el fondo mismo y el financiamiento de las prestaciones que se realizan con cargo a este. Utilizó una expresión coloquial para señalar que una cosa es el "fondo" y otra es lo que Fonasa financia con los recursos que retira de este. Los llamados "retiros", explicó, corresponden a los montos que se utilizan efectivamente para financiar las prestaciones, y son distintos del tamaño total del fondo, el cual ha crecido y decrecido con el tiempo.

Indicó que cada año el Tesoro Público realiza un aporte directo al fondo, el cual ha ido aumentando desde un monto inicial reajustado de \$140 mil millones hasta los \$185 mil millones actuales. Estos aportes, explicó, sumados a la rentabilidad del fondo y otros ingresos (como recuperaciones u otros aportes), son lo que nutren el total disponible: desde allí se retiran recursos, los cuales se incorporan como ingresos a Fonasa, específicamente en la partida presupuestaria correspondiente, lo que permite el financiamiento de las prestaciones contenidas en los decretos de la *Ley Ricarte Soto*. Por lo tanto, explicó, hay dos cifras distintas: una corresponde al aporte fiscal que nutre el fondo, y otra al monto que se retira desde ese fondo para ser utilizado por Fonasa.

Aclaró que este mecanismo es similar al de otros fondos que financian prestaciones públicas, aunque en este caso no existen cotizaciones de trabajadores, sino que el financiamiento depende exclusivamente del aporte fiscal. Detalló que el proyecto de ley en discusión propone tres modificaciones principales que buscan modernizar y hacer más eficiente el sistema: la primera es el aumento del aporte anual, que se eleva desde los \$100 mil millones reajustados hasta los \$185 mil millones, lo que incrementa los recursos disponibles cada año; la segunda corresponde al aumento del porcentaje del fondo que puede ser retirado para



financiar prestaciones, pues actualmente, ese techo está establecido en un 80%, y la propuesta busca elevarlo al 90%, lo que permitiría incrementar los montos efectivamente utilizados; y, finalmente, la tercera modificación apunta a mejorar la gestión del fondo y de las prestaciones financiadas, permitiendo una mayor flexibilidad en la entrada y salida de tecnologías, así como una administración más eficiente de los recursos.

Reiteró la distinción entre los aportes del Tesoro Público al fondo Ricarte Soto y los recursos que se retiran de este para financiar prestaciones de salud a través de Fonasa: los \$140 mil millones mencionados no son un retiro ni un gasto directo, sino un aporte que realiza el fisco al fondo. Para ilustrar el punto, usó un ejemplo comparativo con otros sistemas similares y reiteró que el fondo recibe este aporte, genera rentabilidad, y posteriormente se permite hacer retiros para financiar las prestaciones cubiertas por los decretos respectivos. Aclaró que Fonasa no transfiere recursos al fondo, sino que es, en sus palabras, un “beneficiario” del mismo. Es decir, el fondo le entrega recursos a Fonasa, no al revés. Detalló que si bien se inyectan \$140 mil millones de pesos al fondo, el retiro final -que se utiliza para financiar las prestaciones- llega a los \$175 mil millones, debido a la rentabilidad acumulada y a los saldos heredados del fondo. Sin embargo, también advirtió que la rentabilidad ha ido disminuyendo con el tiempo y que el fondo, al reducirse, irá permitiendo menores retiros a futuro.

**El diputado Lagomarsino** destacó que sería importante contar con la presencia de la directora de Presupuestos en la discusión, dada la relevancia que tiene el componente financiero en el proyecto de ley que se analiza. Señaló que, al tratarse de la adquisición de tecnologías de alto costo, es fundamental abordar con claridad las implicancias presupuestarias del fondo Ricarte Soto. Reconoció que el proyecto en discusión es bueno desde el punto de vista sanitario, pero manifestó sus reservas sobre sus aspectos financieros. Aseguró que busca despejar todas sus dudas y desconfianzas en esta materia, en el debate al interior de la Comisión de Salud y no postergarlas exclusivamente al debate en la Comisión de Hacienda. En este sentido, valoró la rectificación que se hizo durante la sesión respecto al lenguaje utilizado, ya que inicialmente se había planteado un aumento desde los \$100 mil millones a \$185 mil millones, mientras que posteriormente se aclaró que se trataba de \$100 mil millones reajustados, lo cual cambia significativamente el análisis.

Planteó además una interrogante sobre el valor actualizado de esos \$100 mil millones del año 2017, sugiriendo que hoy equivaldrían a \$145 mil millones, y que, por tanto, el aumento real no sería tan significativo como se expuso.



Esto, sumado a la progresiva disminución del fondo de sustentabilidad, lo lleva a cuestionar la coherencia de la cifra de diferencia entre aportes y retiros. En su análisis, la rentabilidad obtenida por el fondo -como los intereses devengados y las ganancias de capital- no parece ser suficiente para explicar el incremento hasta los \$175 mil millones que actualmente se retiran.

También advirtió sobre la excesiva confianza en la eficiencia prometida por el proyecto. Recordó que en la reciente discusión de la “ley corta de salud” también se aseguraron resultados positivos con la licitación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), la cual finalmente fracasó por falta de participación de los prestadores. En este sentido, advirtió que algo similar podría ocurrir si la industria no acepta los mecanismos propuestos en este proyecto, lo que pondría en riesgo la eficiencia prometida para el fondo.

Finalmente, solicitó una proyección concreta sobre cuánto más eficiente sería el gasto bajo el nuevo marco legal, comparando los \$184 mil millones retirados en 2024, con una posible cifra menor que se habría retirado de haber estado vigente la nueva ley.

**El abogado del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez** intervino para abordar dos puntos relevantes. En primer lugar, respondió a una afirmación hecha por el diputado Lagomarsino, quien habría planteado una dicotomía entre aumentar el número de pacientes o el número de tecnologías cubiertas. Advirtió que esa distinción no es del todo correcta, ya que podría generar confusión en torno al funcionamiento de la *Ley Ricarte Soto*, y explicó que, una vez que se definen las garantías en la ley, todos los pacientes que cumplen los requisitos tienen asegurada la cobertura, aunque ello implique exceder el presupuesto disponible. Preciso que el fondo no impone un límite en la atención de pacientes, lo que justamente ha generado un problema de sustentabilidad financiera, dado que la cantidad de personas beneficiadas ha superado las estimaciones iniciales, de modo que, aclaró, que no hay pacientes que, cumpliendo con las condiciones establecidas, queden sin cobertura por falta de recursos. En consecuencia, cuando el fondo no alcanza, el Tesoro Público debe cubrir la diferencia para asegurar el cumplimiento de las garantías establecidas.

En segundo lugar, respondió a otra inquietud, relacionada con el enfoque del proyecto hacia enfermedades poco frecuentes. Reconoció que se trata de una decisión política y que no le corresponde a él definir si ese debe ser el rumbo, pero sí subrayó que el proyecto de ley contempla las modificaciones necesarias para que ese tipo de decisiones puedan adoptarse de manera ordenada y clara.



En ese contexto, explicó que el proyecto permite normar adecuadamente el traspaso de tecnologías y patologías desde el régimen *Ricarte Soto* hacia otros sistemas de garantías, como el AUGE-GES. Detalló que, si bien la ley vigente permite ciertos traspasos, no entrega suficientes precisiones sobre aspectos clave, como el nivel de copago que tendrían los pacientes en el nuevo régimen, especialmente en el sector privado. Recordó que la *Ley Ricarte Soto* contempla copago cero, mientras que en el GES esto sólo ocurre en el sistema público.

Destacó que el proyecto regula de forma exhaustiva las condiciones bajo las cuales se puede realizar este tránsito entre regímenes, resguardando los derechos tanto de los pacientes actuales como de los futuros beneficiarios. Esto incluye asegurar que no haya pérdida de beneficios o retrocesos en la cobertura, lo que otorga mayor certeza y seguridad al sistema.

\*\*\*\*\*

Para mayores detalles, la sesión quedó grabada en un registro de audio y video en la página web de la Cámara de Diputadas y Diputados.

Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **19:10** horas.

**LEONARDO ENRIQUE LUEIZA URETA**  
Secretario Abogado (A) de la Comisión