Reg.245 - FF

06-10-2026

2507

OFICIO N°

ANT: Oficio N°99 C.M.P-2026, 29 de septiembre de 2026.

MAT: Remite respuesta sobre información solicitada mediante oficio del antecedente.

SANTIAGO,

DE : DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

A : PRESIDENTE DE LA PRIMERA SUBCOMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS

En atención al Oficio N°99-2026, de la Primera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos en el antecedente, mediante el cual se solicitó información relativa al Programa 02 Subsidios de la Partida 50 Tesoro Público y al Fondo de Apoyo al Transporte Público y la Conectividad Regional, y de acuerdo con lo comprometido en la sesión celebrada el miércoles 23 de septiembre de 2026, informo a Ud. lo siguiente:

1. En relación con consultas sobre pensiones de gracia a través del Programa 02 Subsidios del Tesoro Público:

   a. Detalle de pensiones de gracia pagadas durante el primer trimestre a través de la Tesorería General de la República:

1er Trimestre	Cantidad de beneficiarios	Monto total en M$
Enero	16.994	8.398.554
Febrero	17.021	8.542.597
Marzo	16.902	8.547.670

   b. Aumento de beneficiarios y nuevos beneficios observados durante el primer trimestre de 2026:

   Acorde a la información recibida del Ministerio del Interior, correspondiente a lo informado a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y adjunto como anexo, durante el primer trimestre de 2026, respecto de trabajadores del carbón, viudas de ex trabajadores del carbón, pirquineros y chinchorreras, no se decretaron beneficios durante el periodo 01 de enero al 31 de marzo de 2026.

   Respecto de pensiones a ex portuarios, entre el 01 de enero al 31 de marzo de 2026, se otorgaron pensiones a 231[1] beneficiarios.

3. Respecto de los antecedentes relativos al Fondo de Apoyo al Transporte Público y Conectividad Regional, se informa que, acorde a lo informado por el Gobierno Regional de Valparaíso, organismo que determina y realiza los respectivos aportes, durante 2026 no se han destinado recursos al Archipiélago Juan Fernández.

4. Sobre el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, conforme a lo solicitado, se adjunta en Anexo el Tercer Informe de la Comisión de Vigilancia y Control de la Ley Ricarte Soto, correspondiente al informe de agosto 2026, con fecha de cierre del 30 de junio de 2026.

[1] Ver Informe a la CEMP y a la Cámara de Diputadas y Diputados, Punto II. Letra b.

5. Finalmente, en relación a consulta sobre transferencias realizadas a la Sociedad Agrícola y Servicios Isla de Pascua SpA, con la calendarización y proyección de inversiones, la información disponible en esta Dirección corresponde a lo siguiente:

PROGRAMA 11 EMPRESAS Y SOCIEDADES DEL ESTADO						EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA			EJECUCIÓN PROYECTADA			TOTAL
Asignación			Empresa	LEY DE PRESUPUESTOS INICIAL 2026 (En Miles de $)	LEY DE PRESUPUESTOS VIGENTE 2026 (En Miles de $)	02/2026	05/2026	09/2026	10/2026	11/2026	12/2026	Real + Proy.
33	04	002	Sociedad Agrícola y Servicios Isla de Pascua SpA	1.611.453	1.611.453	323.000	144.000	400.000	349.453	145.000	250.000	1.611.453

Cabe señalar que las inversiones programadas en el presente año contemplan proyectos asociados al servicio eléctrico, servicio de agua potable, servicio de muellaje, y otras inversiones tecnológicas, conservaciones y reposiciones de vehículos y maquinaria.

Sin otro particular,

Saluda atentamente a Ud.

Distribución:

- Presidente de la Primera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos
- Secretario (a) de la Primera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos
- Departamento de Administración Presupuestaria DIPRES
- Oficina de Partes DIPRES

Este documento ha sido firmado electrónicamente, para su verificación ingrese en www.dipres.cl el código: f1448aad-390b-42fa-b00c-0cbc7f465692

FIRMADO POR: JOSÉ PABLO GÓMEZ MEZA
CARGO: DIRECTOR DE PRESUPUESTOS
INSTITUCIÓN: DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

Anexo

Minuta Subsecretaría de Interior a Comisión Especial Mixta de Presupuestos, respecto a pensiones de gracia

MINUTA COMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS
CÁMARA DE DIPUTADOS

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2026, según lo indicado en las glosas N° 02 y N° 03, de la partida 50, Capítulo 01, Programa 02 del Tesoro Público, se debe informar trimestralmente respecto de la cantidad de pensiones de gracia decretadas y pagadas mensualmente. Así como también, informar trimestralmente la cantidad de pensiones decretadas y pagadas mensualmente a ex portuarios, ex trabajadores del carbón, viudas de ex trabajadores del carbón, pirquineros y chinchorreros, señalando el gasto mensual y desglose por comuna.

Al respecto, se señala la información correspondiente al período enero a marzo de 2026.

I. Glosa 02

a. Cantidad de beneficios decretados periodo 01 de enero al 31 de marzo de 2026

Mes	Aumento de pensión		Extensión de pensión		Pensión de gracia	
	Cantidad de beneficios	Monto IMM	Cantidad de beneficios	Monto IMM	Cantidad de beneficios	Monto IMM
Enero	3103	310,3	0	0	232	509,2
Febrero	0	0	0	0	2	2
Marzo	0	0	0	0	0	0
Total	**3103**	**310,3**	**0**	**0**	**234**	**511,2**

b. Pensiones pagadas informadas por TGR

Periodo	Cantidad de pensiones	Monto Pesos
Enero	16.337	$8.250.753.230.-
Febrero	16.451	$8.436.323.956.-
Marzo	16.547	$8.546.978.445.-

II. Glosa 03

a. Cantidad de beneficios decretados a ex portuarios durante el periodo 01 de enero al 31 de marzo de 2026

Mes	Aumento de pensión		Extensión de pensión		Pensión de gracia	
	Cantidad de beneficios	Monto IMM mensual	Cantidad de beneficios	Monto IMM mensual	Cantidad de beneficios	Monto IMM mensual
Enero	3103	310,3	0	0	231	508,2
Febrero	0	0	0	0	0	0
Marzo	0	0	0	0	0	0
Total	**3103**	**310,3**	**0**	**0**	**231**	**508,2**

b. Distribución comunal de pensiones otorgadas a ex portuarios entre el 01 de enero al 31 de marzo de 2026.

COMUNA	N° DE BENEFICIARIOS
Antofagasta	12
Arica	8
Calbuco	3
Caldera	3
Cartagena	1
Chañaral	1
Concepción	1
Coquimbo	7
Coronel	27
Corral	2
Hualpén	2
Hualqui	2
Huasco	4
Iquique	2
Lirquén	2
Lota	1
Mejillones	20
Penco	22
Puerto Montt	4
Puerto Varas	1
Punta Arenas	7
Quilpué	2
San Antonio	36
San Pedro de la Paz	2
Santo Domingo	5
Talcahuano	14
Temuco	1
Tocopilla	12
Tomé	1
Valdivia	2
Valparaíso	20
Villa Alemana	2
Viña del Mar	2
Total general	**231**

c. Cantidad de beneficios decretados a trabajadores del carbón, viudas de ex trabajadores del carbón, pirquineros y chinchorreras durante el periodo 01 de enero al 31 de marzo de 2026.

Mes	Aumento de pensión		Extensión de pensión		Pensión de gracia	
	Cantidad de beneficios	Monto IMM mensual	Cantidad de beneficios	Monto IMM mensual	Cantidad de beneficios	Monto IMM mensual
Enero	0	0	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0	0	0
Marzo	0	0	0	0	0	0
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

d. Distribución comunal de pensiones otorgadas a trabajadores del carbón, viudas de ex trabajadores del carbón, pirquineros y chinchorreras entre el 01 de enero al 31 de marzo de 2026.

Sin reporte en el periodo señalado.

e. Nivel de cumplimiento del compromiso adquirido con trabajadores del carbón, viudas de ex trabajadores del carbón, pirquineros y chinchorreras para el periodo 2023-2026

Respecto del nivel de cumplimiento del compromiso para el periodo 2023-2026, consistente en otorgar 300 cupos anuales para extender, de forma vitalicia pensiones de gracia, se puede señalar que entre los años 2023 y 2024 se tramitaron un total de 589 extensiones de pensiones de gracia a ex trabajadores del carbón, (mineros, chinchorreros, pirquineros) de la Región del Biobío, que anteriormente habían sido beneficiados con una pensión hasta los 65 años.

Estas extensiones se otorgaron por 1.82 Ingresos mínimos mensuales no remuneracionales, que equivalen actualmente a $632.329.-

En relación a los 300 cupos para nuevas extensiones para el año 2025, la Comisión Especial Asesora para el otorgamiento de pensiones de gracia, recomendó favorablemente otorgar 276, no obstante, no se concluyó en dicho período el trámite de los decretos exentos que formalizaban la aprobación para dar curso a los pagos.

Respecto del proceso 2026, se encuentra vigente la Resolución Exenta N° 7.138, de 2025, que establece los criterios y directrices para el otorgamiento de estas pensiones, sin embargo, la viabilidad de otorgar 300 nuevos cupos, depende de la disponibilidad presupuestaria.

Anexo 2
Tercer Informe Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control 2024-2025

Informe Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control

Tercer Informe

2024–2025

Fecha de cierre 30 de junio de 2026

Dirigido a: Ministra de Salud

Santiago, agosto de 2026

Gobierno de Chile
gob.cl

TRABAJANDO PARA USTED

ÍNDICE

1 Presentación **4**
1.1 Alcance 4
1.2 Integrantes de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control 4
1.3 Proceso de actualización de integrantes de la CCVC 6
1.4 Método de trabajo de la Comisión 6
2 Descripción general del Sistema de Protección Financiera (SPF) **7**
2.1 Garantías que integran el Sistema en la actualidad 7
2.2 Beneficiarios 11
2.2.1 Caracterización biodemográfica y previsional 11
2.2.2 Distribución geográfica de los Beneficiarios 13
2.2.3 Frecuencia de problemas de salud priorizados y principios activos 17
2.3 Ingresos y ejecución presupuestaria del Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (FDTAC) 19
3 Seguimiento a las recomendaciones de informes anteriores **21**
3.1 Recomendaciones períodos 2021–2022 y 2022–2023 23
I4 Conclusiones y recomendaciones 2024–2025 (cierre a junio de 2026) **25**
4.1 Conclusiones 25
4.2 Recomendaciones 2026 27
4.2.1 Establecer una regla permanente de financiamiento 28
4.2.2 Implementar un modelo de sostenibilidad dinámica 28
4.2.3 Establecer reglas de entrada, permanencia, revisión y salida 29
4.2.4 Regular el tránsito entre la Ley Ricarte Soto y el GES 28
4.2.5 Crear una Agencia Pública y Autónoma de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 28
.4.2.6 Fortalecer el sistema nacional de monitoreo 30
.4.2.7 Integrar los sistemas de información 30
4.2.8 Fortalecer la gobernanza clínica 30
4.2.9 Fortalecer la red de prestadores 32
4.2.10 Mejorar la compra estratégica del Estad 30
4.2.11 Fortalecer la transparencia y la gestión de conflictos de interés 32
4.2.12 Reforzar la participación ciudadana 32
4.2.13 Fortalecer las atribuciones de la CCVC 32
4.2.14 Publicar un informe anual de sostenibilidad 33
4.2.15 Escalamiento nacional de buenas prácticas éticas y de humanización de la LRS 33

5 Conclusiones 34
6 Glosario de abreviaturas y términos 35
7 Bibliografía / referencias 35

1 Presentación

La Ley N.º 20.850, de junio de 2015, del Ministerio de Salud, conocida como Ley Luis Ricarte Soto Gallegos, creó un Sistema de Protección Financiera (SPF) para diagnósticos y tratamientos de alto costo, incluidos los de enfermedades oncológicas, inmunológicas y poco frecuentes, previamente determinados mediante decreto supremo del Ministerio de Salud. Este sistema otorga protección financiera a las personas afiliadas a FONASA, CAPREDENA, DIPRECA e ISAPRES, con independencia de su situación socioeconómica, y contribuye a reducir el impacto catastrófico que estas enfermedades pueden generar en el presupuesto familiar.

Su nombre rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos, destacado periodista, quien falleció de cáncer el 20 de septiembre de 2013 luego de haber dado una dura lucha por vivir y por lograr una mayor conciencia social frente a enfermedades cuyos tratamientos son de alto costo.

1.1 Alcance

El principal objetivo de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC) de la Ley Luis Ricarte Soto Gallegos es formular recomendaciones a los ministerios de Salud y de Hacienda, a partir del monitoreo del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. En consecuencia, el presente informe está dirigido, en primera instancia, a las autoridades titulares de ambas carteras.

Sin perjuicio de lo anterior, este documento también pretende informar a la sociedad civil, a las agrupaciones de pacientes, a las sociedades científicas, a las universidades, a las instituciones del sistema de salud, a los colegios profesionales y a otros organismos que puedan tener un rol en las oportunidades de mejora del sistema.

1.2 Integrantes de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control

La Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC) está constituida por doce (12) miembros: cuatro representantes de asociaciones de pacientes registradas según el artículo 30 de la Ley N.º 20.850 de 2015; dos representantes de Sociedades Científicas; dos académicos de Facultades de Medicina de alguna institución de educación superior acreditada institucionalmente, propuestos por la Asociación de Facultades de Medicina (ASOFAMECH) y cuatro expertos del área de la salud designados por el Ministro de Salud (MINSAL), uno de los cuales asumirá la secretaría ejecutiva. Asimismo, de acuerdo con el Art. 24 del Decreto 10 vigente, sin ser formalmente parte de la Comisión, pero con un rol determinante en la coordinación y en la ejecución de las tareas, participan activamente de las sesiones, representantes del Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud (DCGYPS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud (Tabla 1).

Tabla 1.

Integrantes CCVC 2024-2025

Participantes	Representación	Dependencia
Myriam Estivill Flores*	Agrupaciones de pacientes	Fundación Chilena de Enfermedades Lisosomales
Bernardino Fuentes Inostroza		Fundación Crohn Colitis Ulcerosa Carlos Quintana
Camila Quirland Lazo		Fundación GIST Chile
Felipe Tapia Matus[2]		Corporación Nacional Maxivida Chile
Carmen Aylwin Herman	Sociedades científicas	Sociedad Médica de Santiago
Carlos Becerra Flores*		Sociedad Chilena de Pediatría
Juan Francisco Cabello	Facultades de Medicina	Universidad de Valparaíso
Pablo Vial Claro		Universidad del Desarrollo
María Inés Romero Sepúlveda	Expertos del área de la salud	Ministerio de Salud
Gloria Ramírez Donoso[3]		Ministerio de Salud
Myriam Maturana Astorga	Ministerio de Salud	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud
Ramiro Cofré Cofré		Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud
Janett Figueroa Espinoza		Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud

[1] Presidente CCVC hasta mayo 2024, [2] Presidente CCVC de mayo 2024 a la fecha, [3] Secretaria Ejecutiva.
*Fallecidos en 2025: Myriam Estivill Flores, Dr. Carlos Becerra Flores.
Fuente: Elaboración propia.

En relación con el reemplazo de los integrantes fallecidos, la División Jurídica del Ministerio de Salud revisó el Reglamento y definió que no es posible que una persona natural distinta reemplace a un miembro que ha cesado sus funciones por causal de fallecimiento como integrante de la CCVC.

Cabe agregar que, de acuerdo con la normativa vigente, se encuentra en desarrollo el proceso para completar el número de miembros de la CCVC.

1.3 Proceso de actualización de integrantes de la CCVC

El año 2025 se inició el proceso de actualización de los integrantes de la Comisión, de acuerdo con el reglamento N°10/2016, proceso convocado por la oficina de coordinación de la Ley Ricarte Soto (LRS) del Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud (DCGYPS) del Ministerio de Salud.

La Resolución Exenta N.º 187 de 28 de septiembre de 2025 dio inicio al proceso de elección de representantes de las agrupaciones de pacientes, de académicos de facultades de medicina y de sociedades científicas que conformarán la CCVC. El proceso de nominación de candidatos, realizado en línea, cerró el 12 de diciembre de 2025, habiéndose recibido las siguientes postulaciones:

- 4 candidatos de agrupaciones de pacientes, para 4 cupos.
- 3 candidatos de sociedades científicas para 2 cupos.
- Ningún candidato para representantes de facultades de medicina para 2 cupos.

En cuanto a los cuatro expertos del área de la salud, el reglamento vigente dispone que sean designados por la persona titular del Ministerio de Salud, a partir de una terna propuesta por la persona titular de la Subsecretaría de Salud Pública.

A la fecha de entrega de este informe, la composición de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC) actualizada se encuentra en revisión por la División Jurídica del Minsal.

1.4 Método de trabajo de la Comisión

En este tercer informe de la Comisión, el método de trabajo estuvo enfocado en dar seguimiento a las recomendaciones presentadas en el segundo informe (2022–2023) e identificar nuevas brechas en el funcionamiento del Sistema de Protección Financiera (SPF). Para ello se mantuvo el método de trabajo del período anterior, consistente en sesiones regulares de la Comisión en pleno, y reuniones en mesas de trabajo por áreas: de estadísticas e indicadores, de ética y conflictos de interés y de prestadores.

Este documento sintetiza el trabajo y los consensos alcanzados por la Comisión en sus sesiones ordinarias, así como en las mesas técnicas específicas.

Cabe señalar que la Comisión sesiona al menos una vez al mes, con un receso durante el mes de febrero. Las actas y grabaciones de todas las sesiones están disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud, en el apartado correspondiente al Sistema de Protección Financiera (SPF):

https://leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/comision-de-vigilancia-y-control

2 Descripción general del Sistema de Protección Financiera (SPF)

2.1 Garantías que integran el Sistema en la actualidad

De conformidad con el artículo 1° de la Ley N.º 20.850, el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo forma parte del Régimen General de Garantías en Salud establecido en el artículo 134 del Decreto con Fuerza de Ley N.º 1 de 2005 del Ministerio de Salud que establece un "régimen de prestaciones de salud y establece sus beneficiarios". En consecuencia, constituye un componente del sistema nacional de garantías en salud, orientado específicamente a otorgar protección financiera frente a diagnósticos y tratamientos de alto costo, mediante un régimen especial de cobertura definido por la ley.

Por tanto, las prestaciones contempladas en el Sistema deben ser otorgadas con las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera descritas en el artículo 4º de la Ley N.º 19.966, de Garantías Explícitas en Salud (GES). Las prestaciones incluidas en el Sistema se definen cada tres años a contar del cuarto decreto de dicha Ley.

Esta disposición significa que el Sistema de Protección Financiera (SPF) para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, creado por la Ley N.º 20.850, no constituye un sistema independiente, sino que forma parte del marco jurídico del Régimen General de Garantías en Salud, por lo que su administración y funcionamiento corresponden al Estado, a través del Ministerio de Salud y los organismos del sistema de salud, aunque posee una regulación específica respecto de financiamiento, priorización de tecnologías sanitarias y cobertura.

Tabla 2. Garantías de Salud incorporadas al Sistema de Protección financiera (SPF)

Patología	Intervención	Tipo	Estado	*Decreto*	*Año Vigencia*
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Artritis Reumatoide Refractaria a tratamiento habitual	Etanercept	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
	Abatacept	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
	Adalimumab	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
	Rituximab	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	Fingolimod	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
	Natalizumab	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Enfermedad de Gaucher	Taliglucerasa	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
	Imiglucerasa	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Enfermedad de Fabry	Agalsidasa	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*

Hipertensión Pulmonar	Ambrisentán	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
	Bosentan	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
	Iloprost Inhalatorio	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Profilaxis VRS prematuros con y sin DBP	Palivizumab	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Trastuzumab	Medicamento	Nuevo PS	*Primer*	*2016*
Enfermedad de Crohn	Infliximab	Medicamento	Nuevo PS	*Segundo*	*2017*
	Adalimumab	Medicamento	Nuevo PS	*Segundo*	*2017*
Diabetes Mellitus tipo I	Infusor subcutáneo continuo de insulina (bomba de insulina)	Dispositivo-sensor	Nuevo PS	*Segundo*	*2017*
Nutrición Enteral Domiciliaria	Fórmula enteral y dispositivos.	Alimento - dispositivo	Nuevo PS	*Segundo*	*2017*
Angioedema Hereditario	Inhibidor de C1 esterasa	Medicamento	Nuevo PS	*Tercer*	*2018*
Distonía generalizada	Dispositivo de estimulación cerebral profunda	Dispositivo	Nuevo PS	*Tercer*	*2018*
Tumores Neuroendocrinos Pancreáticos	Sunitinib	Medicamento	Nuevo PS	*Tercer*	*2018*
	Everolimus	Medicamento	Nuevo PS	*Tercer*	*2018*
Hipoacusia sensorioneural bilateral severa o profunda postlocutiva	Implante coclear	Dispositivo	Nuevo PS	*Tercer*	*2018*
Enfermedades metabólicas (Mucopolisacaridosis I, II y VI- Tirosinemia Tipo 1- Fabry-Gaucher)	Examen genético molecular	Examen	Ampliación	*Tercer*	*2018*
Epidermólisis Bullosa (EB) distrófica y Juntural	Dispositivos de uso médico para curaciones	Dispositivo	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Tumores del estroma gastrointestinal no resecables o metastásicos	Imatinib	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
	Sunitinib	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Artritis Psoriásica Moderada a Grave Refractaria a Tratamiento Habitual	Golimumab	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
	Etanercept	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
	Adalimumab	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
	Secukinumab	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Colitis Ulcerosa moderada	Golimumab	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
	Adalimumab	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*

	Infliximab	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Enfermedad de Huntington	Tetrabenazina	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Inmunodeficiencias primarias	Inmunoglobulina G (endovenosa o subcutánea)	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Lupus Eritematoso Sistémico	Belimumab	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Mielofibrosis	Ruxolitinib	Medicamento	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	Ayudas Técnicas para el desempeño de las actividades de la vida diaria, para el tratamiento rehabilitador y para el soporte vital	Dispositivo	Nuevo PS	*Cuarto*	*2019*
Profilaxis VRS	Palivizumab*	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
Artritis Reumatoide Activa Refractaria a Tratamiento Habitual	Golimumab	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
	Tocilizumab	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
	Tofacitinib	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva	Ocrelizumab	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
Esclerosis Múltiple Recurrente remitente	Alemtuzumab	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
	Cladribina	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
	Ocrelizumab	Medicamento	Ampliación	*Cuarto*	*2019*
Esclerosis Múltiple recurrente remitente	Ofatumumab	Medicamento	Ampliación	*Modificatorio*	*2024*
Artritis Reumatoide Activa Refractaria a Tratamiento Habitual	Baricitinib	Medicamento	Ampliación	*Modificatorio*	*2024*
	Upadacitinib	Medicamento	Ampliación	*Modificatorio*	*2024*

Fuente: Información proporcionada por el Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones de Salud - MINSAL

Nuevo PS: Incorporación de Nuevo Problema de Salud

Ampliación: Agrega intervenciones terapéuticas a un PS ya incorporado

*Palivizumab queda sin efecto en 2024 una vez que el uso de Nirsevimab se hace universal.

Tabla 3.

Decretos de Incorporación de Garantías según año de emisión

Decreto	N° de decreto	Fecha
Primer decreto	Decreto Supremo N.° 87	16 de noviembre de 2015
Segundo decreto	Decreto Supremo N.° 50	13 de diciembre de 2016.
Tercer decreto	Decreto Supremo N.° 47	29 de diciembre 2017
Cuarto decreto	Decreto Supremo N.° 2	18 de enero de 2019
Decreto modificatorio*	Decreto Supremo N.° 36	26 de agosto de 2024

Fuente: Información proporcionada por el Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones de Salud, MINSAL

*El Decreto modificatorio del año 2024 dispuso la eliminación de los Comités de Expertos clínicos del prestador aprobado.

Los Comités de Expertos Clínicos estuvieron contemplados en la implementación inicial del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y funcionaron hasta la entrada en vigor del Decreto Supremo N.° 36, de 2024, que modificó la normativa eliminando esta instancia.

Su función era proporcionar una opinión técnica especializada en situaciones clínicas complejas o excepcionales, contribuyendo a respaldar la toma de decisiones respecto de la indicación y acceso a las garantías del Sistema de Protección Financiera. Si bien, en algunos casos, la consulta al Comité podía extender los plazos del proceso asistencial, también constituía un mecanismo de apoyo técnico que favorecía decisiones clínicas fundadas y transparentes.

El Decreto Supremo N.° 36, de 2024, suprimió estos Comités de Expertos Clínicos sin explicitar en su texto los fundamentos técnicos que motivaron dicha modificación normativa. En opinión de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control, estas instancias aportaban valor al proceso de evaluación clínica de casos complejos, por lo que resulta recomendable evaluar mecanismos alternativos que permitan mantener el respaldo técnico especializado, resguardando al mismo tiempo la oportunidad de acceso de los beneficiarios.

2.2 Beneficiarios

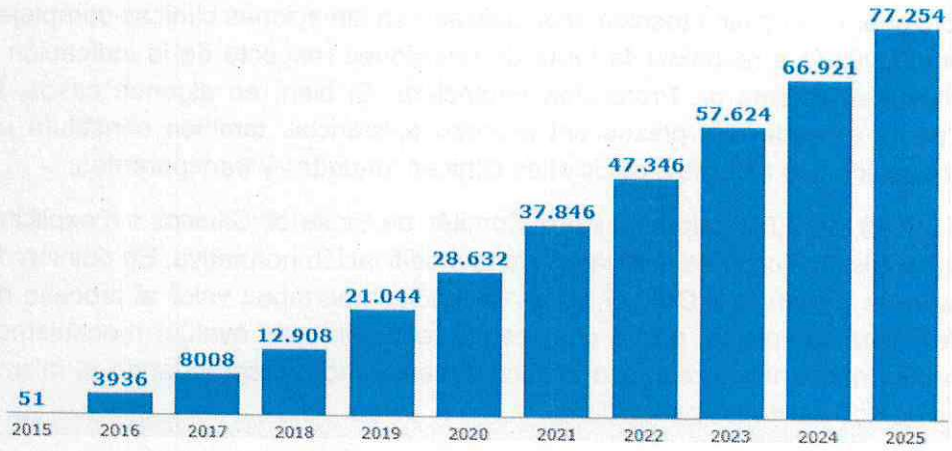
Para acceder a los beneficios del Sistema, los pacientes deben cumplir los requisitos de elegibilidad definidos para cada diagnóstico o tratamiento garantizado, entre ellos: estar afiliado a los sistemas previsionales de salud del país, la confirmación diagnóstica, los criterios clínicos de inclusión, la indicación por un médico especialista, la atención en un prestador aprobado[1] cuando corresponda y el cumplimiento de los procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud.

El número de beneficiarios acumulados del Sistema de Protección Financiera hasta diciembre del año 2025, obtenido a partir de los datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), se presenta en la Figura 1. Se observa que el total de beneficiarios acumulados asciende a 77.254 personas, de las cuales 43.800 (56,7%) corresponden a beneficiarios activos (Figura 2).

Cabe comentar que la Ley define como beneficiario activo a aquel beneficiario que "actualmente recibe la cobertura financiera del 100% para su tratamiento, medicamento o dispositivo médico incorporado en la ley".

Asimismo, define beneficiarios inactivos a "casos formalmente cerrados en el sistema informático lo que ocurre por razones clínicas o administrativas como: término exitoso del tratamiento (según protocolo), cambio de indicación médica, fallecimiento del paciente o pérdida de la condición de beneficiario del sistema previsional".

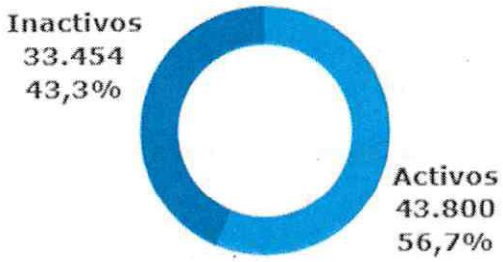
Figura 1. Beneficiarios anuales acumulados



Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto. Beneficiarios Ley Ricarte Soto (FONASA). *Corte a diciembre 2025*

[1] Prestador Aprobado: Corresponde a cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución, que se encuentre aprobada, conforme a lo dispuesto en el decreto N° 54 del Ministerio de Salud de 2015, que aprueba Reglamento que Establece Normas para el Otorgamiento y Cobertura Financiera de los Diagnósticos y Tratamientos incorporados al sistema establecido en la Ley N° 20.850.

Figura 2. Beneficiarios activos e inactivos



Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto. Beneficiarios Ley Ricarte Soto (FONASA). *Corte a diciembre de 2025*

2.2.1 Caracterización biodemográfica y previsional

Las características señaladas se muestran a continuación:

- La **Figura 3** muestra la distribución de los beneficiarios acumulados según rango etario: la mayor parte de los beneficiarios de la Ley se encuentran en los rangos etarios de 45 a 64 años (30,4%) y de 0-9 años (26%).

Figura 3. Beneficiarios por grupo de edad



Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto. Beneficiarios Ley Ricarte Soto (FONASA). *Corte a diciembre de 2025*

- La **Figura 4** muestra la distribución según sexo, observándose que la mayoría son mujeres con 64,5%.

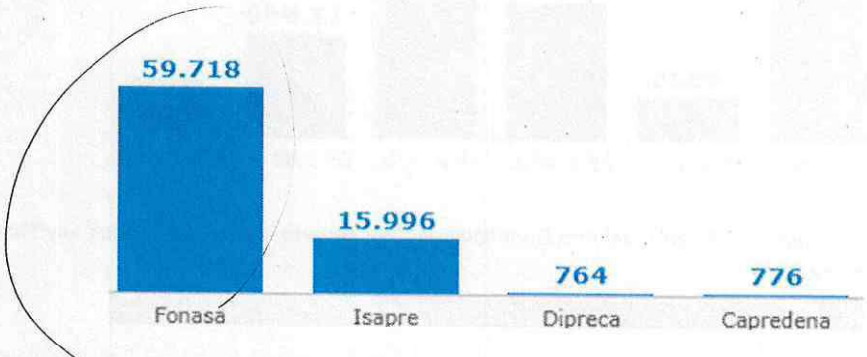
Figura 4. Beneficiarios por sexo



Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto. Beneficiarios Ley Ricarte Soto (FONASA). *Corte a diciembre de 2025*

- La **Figura 5** muestra la distribución según sistema previsional. La mayoría de los beneficiarios corresponde a FONASA (77,3 %), seguida de las ISAPRES (20,7 %); el 2 % restante pertenece a DIPRECA y CAPREDENA.

Figura 5. Beneficiarios por previsión



Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto. Beneficiarios Ley Ricarte Soto (FONASA). *Corte a diciembre de 2025*

2.2.2 Distribución geográfica de los beneficiarios

La Tabla 4, a continuación, presenta la distribución geográfica de los beneficiarios, totales y de previsión FONASA según condición de activo por región de residencia. Los datos de origen corresponden al corte de beneficiarios a marzo de 2026.

Tabla 4

Beneficiarios totales y de previsión FONASA según condición de activo por región de residencia

Corte a marzo 2026

Región	Beneficiarios Totales	Beneficiarios Activos	Beneficiarios Totales FONASA	Beneficiarios Activos FONASA
Arica y Parinacota	364	60	351	59
Tarapacá	1168	708	1030	585
Antofagasta	2493	1049	2041	751
Atacama	767	457	726	424
Coquimbo	3060	1894	2859	1733
Valparaíso	6403	3394	5430	2732
Metropolitana	39821	22904	26571	13906
O'Higgins	2232	1067	1993	901
Maule	3504	1870	3372	1762
Ñuble	1200	703	1173	686
Biobío	7505	3938	6404	3159
La Araucanía	5035	3670	4437	3160
Los Ríos	1173	614	1043	523
Los Lagos	3427	2130	2998	1801
Aysén	281	119	266	112
Magallanes	964	635	787	491
Total	79397	45212	61481	32785

Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto (corte marzo 2026).

En la tabla se observa que, a marzo de 2026, el total de beneficiarios acumulados alcanza a 79.397. De ellos, 45.212 con 56,9% corresponde a beneficiarios activos.

Asimismo, se observa que, de los 79.397 beneficiarios acumulados, la mayoría, con 61.481, (77,4%) corresponde a previsión FONASA.

Cabe destacar que la distribución de los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera refleja la concentración de la población a lo largo del territorio, de modo que las cifras más altas corresponden a la Región Metropolitana, que reúne aproximadamente la mitad de los beneficiarios del país, seguida por las regiones del Biobío y Valparaíso.

Estas diferencias también podrían estar relacionadas con la estructura demográfica regional, la prevalencia de enfermedades cubiertas, la capacidad diagnóstica, la disponibilidad de especialistas y el acceso a la red de prestadores del Sistema de Protección Financiera.

Estos aspectos requieren un seguimiento permanente para resguardar la equidad territorial en la implementación de la Ley Ricarte Soto.

- En la **tabla 5** se presentan los beneficiarios de la LRS que tienen la categoría previsional FONASA, del total de los beneficiarios.

Tabla 5

Proporción de beneficiarios Fonasa sobre el total de beneficiarios distribución según región de residencia. corte a marzo 2026

Región	Beneficiarios Totales	Beneficiarios Totales FONASA	% FONASA DEL TOTAL
Arica y Parinacota	364	351	96,4
Tarapacá	1168	1030	88,2
Antofagasta	2493	2041	81,9
Atacama	767	726	94,6
Coquimbo	3060	2859	93,4
Valparaíso	6403	5430	84,8
Metropolitana	39821	26571	66,7
O'Higgins	2232	1993	89,3
Maule	3504	3372	96,2
Ñuble	1200	1173	97,8
Biobío	7505	6404	85,3
La Araucanía	5035	4437	88,1
Los Ríos	1173	1043	88,9
Los Lagos	3427	2998	87,5
Aysén	281	266	94,7
Magallanes	964	787	75,9
Total	79397	61481	77,4

Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto (corte marzo 2026).

En la tabla se observa que el 77,4% del total de beneficiarios corresponde a previsión FONASA, en parte reflejando que el sistema de seguro de salud público cubre a la mayoría de la población chilena. Sin embargo, las proporciones difieren a lo largo del territorio. Es así como dos regiones del total de 16 presentan porcentajes inferiores al promedio. La primera con una diferencia no significativa (75,9) es Magallanes y la que más difiere es la región Metropolitana con 66,7%. En el otro extremo, seis regiones superan el 90% de beneficiarios FONASA: Coquimbo con 93,4%, Atacama con 94,6%. Aysén con 94,7%, Maule con 96,2%, Arica con 96,4% y Ñuble con 97,8%.

- La **Tabla 6** presenta la proporción de beneficiarios que se encuentra en condición de activo, comparando el conjunto de beneficiarios y los beneficiarios FONASA.

Tabla 6

Beneficiarios totales y FONASA según condición de activo por región de residencia.

Corte a marzo de 2026

Región	TOTALES % ACTIVOS	FONASA % ACTIVOS
Arica y Parinacota	16,5	16,8
Tarapacá	60,6	56,8
Antofagasta	42,1	36,8
Atacama	59,6	58,4
Coquimbo	61,9	60,6
Valparaíso	53,0	50,3
Metropolitana	57,5	52,3
O'Higgins	47,8	45,2
Maule	53,4	52,2
Ñuble	58,6	58,5
Biobío	52,5	49,3
La Araucanía	72,9	71,2
Los Ríos	52,3	50,1
Los Lagos	62,2	60,1
Aysén	42,3	42,1
Magallanes	65,9	62,4
Total	56,9	53,3

Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto (corte marzo 2026).

Como se observa en la tabla la proporción de beneficiarios activos difiere ligeramente si se compara el total de beneficiarios (56,95) con los beneficiarios FONASA (53,3%).

Destaca que las regiones que están bajo el promedio nacional lo están tanto para el análisis del total de beneficiarios como de los beneficiarios FONASA. Hace excepción la Región Metropolitana donde el % de activos del total se encuentra sobre el promedio y el de Fonasa bajo éste.

La condición de "beneficiario activo" es multifactorial y se asocia al problema de salud, al tiempo de evolución, a la efectividad de las intervenciones terapéuticas y, probablemente, a la existencia de prestadores aprobados en las distintas regiones.

2.2.3 Frecuencia de problemas de salud priorizados y principios activos

La Tabla 7 muestra los problemas de salud priorizados según frecuencia.

Tabla 7

Beneficiarios de la Ley Ricarte Soto Total de beneficiarios (activos y no activos)según problema de salud priorizado

Corte marzo 2026

Problema de salud priorizado	Número	Porcentaje (%)
* Profilaxis de infección por virus respiratorio sincicial (VRS)	16.433	20,7 %
Artritis reumatoide refractaria	14.615	18,4 %
Nutrición enteral domiciliaria	13.808	17,4 %
Cáncer de mama HER2 positivo	11.625	14,6 %
Artritis psoriásica	5.645	7,1 %
Esclerosis múltiple refractaria	2.915	3,7 %
Diabetes mellitus tipo 1 inestable severa: bomba de insulina	2.908	3,7 %
Colitis ulcerosa	2.8	3,5 %
Enfermedad de Crohn	2.262	2,8 %
Esclerosis lateral amiotrófica	1.557	2,0 %
Otros problemas de salud	4.829	6,1 %
Total	**79.397**	**100,0 %**

Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto, Tableau Public. Corte a marzo 2026.

* Profilaxis de infección por virus respiratorio sincicial (VRS)

La Tabla muestra que los diez problemas de salud de mayor frecuencia concentran 74.568 beneficiarios, equivalentes al 93,9 % del total acumulado. La categoría "otros" reúne los problemas restantes, que en conjunto representan el 6,1 %.

En la tabla se observa que la distribución histórica de beneficiarios de la Ley Ricarte Soto presenta una marcada concentración en un número reducido de problemas de salud. La profilaxis de la infección por virus respiratorio sincicial representa el 20,7 % del total (hasta 2023), seguida por la artritis reumatoide refractaria, con 18,4 %, la nutrición enteral domiciliaria, con 17,4 % y el cáncer de mama HER2 positivo con 14,6 %. En conjunto, los cuatro problemas de salud más frecuentes concentran el 71,1 % de los beneficiarios acumulados.

Respecto de la profilaxis de VRS, cabe destacar que, en el marco de la Campaña de Invierno 2024, Chile fue el primer país de Latinoamérica en implementar el tratamiento e inmunización preventiva contra el Virus Respiratorio Sincicial (VRS) utilizando Nirsevimab a través del programa de inmunizaciones) esta estrategia, alcanzando coberturas de 97,5 % en recién nacidos

y de 90,4 % en lactantes. La estrategia se decidió en base a la evidencia científica que señalaba que la profilaxis de VRS permite reducir la enfermedad, la hospitalización y la mortalidad por virus respiratorio sincicial y enfermedad de vías bajas por VRS (neumonía y bronquiolitis) y, asimismo, reducir la carga asistencial entre 80 % y 90 %. En efecto, en el período no se registraron defunciones atribuibles al VRS.

Beneficiarios (activos) por Problema de Salud

Problema de salud priorizado	Número	Porcentaje (%)
Artritis reumatoide refractaria	13786	29.7
Nutrición enteral domiciliaria	6159	13.3
Artritis psoriásica	5679	12.2
Cáncer de mama HER2 positivo	5307	11.4
Diabetes mellitus tipo 1 inestable severa: bomba de insulina Nutrición enteral domiciliaria	2940	6.3
Esclerosis múltiple refractaria	2875	6.2
Colitis ulcerosa	2737	5.9
Enfermedad de Crohn	2201	4.7
Implante Coclear	1353	2.9
Esclerosis lateral amiotrófica	565	1.2

La Tabla muestra que los diez problemas de salud de mayor frecuencia concentran 33.871 beneficiario activos, equivalentes al 93,8 % del total acumulado.

La Tabla 8 muestra la distribución según principio activo de las terapias utilizadas por los beneficiarios (*activos y no activos*)

Tabla 8

Distribución por principio activo utilizado para los problemas de salud priorizados

Principio activo	Número
Palivizumab	16.433
Trastuzumab	11.336
Adalimumab	5.807
Golimumab	5.172
Formula Completa Po	4.637
Abatacept	3.564
Etanercept	3.439
Bomba de insulina	2.778
Fórmula Completa Po	2.449
Fórmula Completa Po	2.390
Secukinumab	2.320
Fórmula Especial Hip	2.024
Infliximab	1.733

Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto. Corte a marzo 2026

Destaca el Trastuzumab cáncer de mama HER2 positivo, la artritis reumatoide refractaria y la nutrición enteral domiciliaria.

En resumen, ambas tablas permiten concluir que la LRS ha otorgado una cobertura relevante a problemas y condiciones que requieren soporte terapéutico permanente, con medicamentos biológicos, anticuerpos monoclonales, soporte nutricional y otras prestaciones de alto costo. Al mismo tiempo, la concentración de beneficiarios en pocas condiciones y tecnologías plantea la necesidad de evaluar periódicamente su impacto sanitario, la vigencia de los tratamientos financiados, la evolución de las alternativas terapéuticas y sus efectos sobre la sostenibilidad financiera del SPF.

2.3 Ingresos y ejecución presupuestaria del Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (FDTAC)

Los aspectos presupuestarios del FDTAC se presentan a continuación:

- La **Tabla 9** muestra los presupuestos disponibles y ejecutados entre 2016 y 2025.

Destaca el incremento sostenido del FDTAC desde M$48.000.000 en 2016 a M$228.435.763 en 2025 y que, a partir de 2020, se ejecuta prácticamente todo el presupuesto disponible.

Tabla 9

Año	Presupuesto Ejecutado (M$)	Presupuesto Disponible (M$)	Porcentaje Ejecutado
2025	228.435.931	228.435.763	100,00%
2024	184.527.654	184.527.655	100,00%
2023	177.761.493	177.762.315	100,00%
2022	165.999.999	166.000.000	100,00%
2021	115.542.495	115.542.500	100,00%
2020	130.062.885	130.074.118	100,00%
2019	71.850.695	83.973.840	85,60%
2018	58.851.382	81.528.000	72,20%
2017	52.958.155	80.000.000	66,20%
2016	33.529.480	48.000.000	69,90%

Fuente: Elaboración propia de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control (CCVC), a partir de datos abiertos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tablero Beneficiarios Ley Ricarte Soto (corte 2025)

Estos incrementos, por importantes que sean, no se encuentran en rangos de sustentabilidad de la Ley, dados los costos de las terapias de estas condiciones. De ahí la preocupación e insistencia de esta comisión por la necesidad de aumentar los recursos asignados a la ley.

Cabe destacar que en mayo 2025 el Ejecutivo envió a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados un Proyecto de Ley que optimiza el mecanismo de sustentabilidad del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y modifica la ley 20.850 que crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

El proyecto busca garantizar la viabilidad financiera de la LRS, optimizando el SPF mediante el aumento del aporte fiscal anual, una mayor disponibilidad de los recursos del Fondo y modificaciones destinadas a mejorar su gestión y funcionamiento. Durante su primer trámite constitucional, la iniciativa fue aprobada por las comisiones de Salud y de Hacienda y posteriormente despachada por la Sala de la Cámara de Diputadas y Diputados.

Actualmente, los boletines N.º 15.047-11 y 17.567-11, refundidos, se encuentran en segundo trámite constitucional en el Senado, en estudio de la Comisión de Salud, para la elaboración de su primer informe. Por consiguiente, la iniciativa continúa en tramitación legislativa y aún no se encuentra vigente como ley. Entre sus principales contenidos se contempla elevar el aporte fiscal permanente anual al Fondo hasta $185.000 millones y aumentar de 80 % a 90 % el porcentaje máximo de utilización anual de sus recursos, junto con medidas destinadas a optimizar la incorporación, evaluación, adquisición y continuidad de los diagnósticos y tratamientos de alto costo.

La Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control respalda el fortalecimiento financiero del Sistema de Protección Financiera y enfatiza la necesidad de asegurar aportes fiscales suficientes, permanentes y progresivos, que permitan garantizar su sostenibilidad futura, la continuidad de los tratamientos actualmente cubiertos y la incorporación responsable de nuevas tecnologías sanitarias y problemas de salud. Asimismo, estima indispensable complementar el aumento de recursos con mecanismos transparentes de priorización, evaluación periódica de resultados, control del gasto, auditoría y rendición de cuentas.

3 Seguimiento a las recomendaciones de informes anteriores

3.1 Recomendaciones períodos 2021–2022 y 2022–2023

- **Explorar mecanismos complementarios de financiamiento:** Se sugería evaluar el uso de donaciones junto con esfuerzos de eficiencia en los distintos esquemas de protección de salud, con el fin de generar el espacio fiscal necesario para incorporar innovación tecnológica de forma sostenible.
- **Establecer reglas explícitas de salida del sistema:** El sistema se enfocaba en los criterios de entrada, pero requería reglas claras para la salida de ciertas tecnologías. Dado el aumento de beneficiarios en patologías de alta frecuencia (que hoy operan como primera línea), es obligatorio **revisar dinámicamente los límites entre la Ley Ricarte Soto, el GES y otros mecanismos de cobertura**.
- **Fortalecer la evidencia en la vida real:** Se recomendaba implementar registros clínicos que estén orientados a medir resultados, realizar un seguimiento estricto de las indicaciones médicas y evaluar la efectividad real de los tratamientos en la población nacional.
- **Robustecer los controles clínicos y financieros:** Se proponía lograr esto mediante la instauración de **comités clínicos centrales** que tengan la labor de asegurar que la indicación del tratamiento sea la adecuada, garantizar la continuidad terapéutica y velar por el uso racional de las prestaciones.
- **Avanzar hacia una institucionalidad autónoma de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Se requería crear una entidad transversal e independiente con el mandato claro de ordenar las evaluaciones, normar acuerdos innovadores (como los modelos de riesgo compartido) y fortalecer la estrategia de compra del Estado para hacer frente a mercados altamente concentrados. Para la implementación de esta iniciativa se proponía trabajo conjunto con la Agencia Nacional de Innovación y Desarrollo (ANID) del Ministerio de Ciencias.**
- **Aumentar el Fondo a montos mayores a los 85 mil millones comprometidos.**
- **Establecer criterios de validación de costos de los medicamentos**, con indicadores claros de mantención en el sistema de alto costo, indicando de inmediato cuando estos bajen del Umbral.
- **Traspasar tratamientos al GES** cuando estos fueran adecuados a las evaluaciones de costo eficacia, creando un procedimiento, de acuerdo a la experiencia como el caso de la profilaxis VRS con palivizumab.

Tabla 1

Seguimiento a recomendaciones del Primer Informe de la CCVC 2021-2022

Eje de Trabajo	Recomendación	Solución / Acciones Realizadas (incluyendo Ley Modificatoria)	Estado de avance
Indicadores	**Crear un mecanismo unificado** que integre información e incorpore resultados en la salud.	El proyecto de ley actual propone que la Subsecretaría de Salud Pública monitoree continuamente la efectividad real de los tratamientos. Para complementar esto, se diseñó un informe técnico de encuesta dirigido a medir la experiencia del paciente, efectividad percibida y calidad de vida, dado que la CCVC detectó que estas dimensiones no estaban siendo evaluadas.	**En proceso** El proyecto de ley que modifica la LRS fue aprobado en general por la Comisión de Salud del Senado. Sin embargo, su tramitación legislativa se encuentra estancada y paralizada a la espera de un informe financiero clave del Ministerio de Hacienda.
Indicadores	**Articular el sistema de monitoreo** en base al marco conceptual OMS (2009).	Durante 2022 y 2023 la mesa de indicadores y los actores del sistema (FONASA, MINSAL, etc.) revisaron la propuesta y consensuaron un conjunto más acotado de indicadores ajustado a lo que los organismos pueden proveer.	**No Desarrollado**
Indicadores	**Implementar el conjunto inicial** de indicadores propuesto por la Comisión.	De los indicadores propuestos, 11 ya cuentan con evaluación por las entidades responsables, mientras que otros 18 indicadores, aunque hay consenso en su relevancia.	**Parcialmente implementado:** Aún no han sido evaluados, aunque hay consenso de su relevancia.
Financiamiento	**Intervención urgente en financiamiento** para asegurar sostenibilidad (falta de holgura).	Avanza en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados una reforma para salvar la ley. Este plan de rescate busca aumentar el aporte fiscal de 100.000 millones a 185.000 millones de pesos al año, y elevar el límite normativo de gasto permitido del fondo del 80% al 90%.	**En proceso / Ley Modificatoria en estudio:** Aprobación de ley
Financiamiento	**Evaluar estrategias:** traspasar a GES, revisar diagnósticos/tratamientos, modificar mecanismo.	La División Jurídica del MINSAL indicó que la única solución real es modificar el artículo 20° de la Ley sobre aportes, por lo que el MINSAL trabaja en dicha propuesta. Además, la ley modificatoria propone flexibilizar la actualización de precios, optimizar los acuerdos de riesgo compartido y traspasar ciertas patologías a GES con copago cero.	**En evaluación:** No hay avance
Financiamiento	**Mejorar sistemas de información (ISAPRES)** para cálculo de transferencias al fondo.	Propuesta técnica: Debido a que existe heterogeneidad en los reintegros (CAEC) de las ISAPRES, se propuso desarrollar una planilla estandarizada para las fiscalizaciones de la Superintendencia de Salud que	**No se ha desarrollado** por la Autoridad Sanitaria.

Eje de Trabajo	Recomendación	Solución / Acciones Realizadas (incluyendo Ley Modificatoria)	Estado de avance
		defina qué datos recolectar y facilite este análisis.	
Conflictos de Interés	**Implementar políticas y lineamientos eficaces** para el manejo de conflictos de interés.	La División Jurídica tiene en revisión una propuesta para elevar el nivel de transparencia, definiendo las diversas hipótesis legales de conflictos de interés.	**En estudio en la División Jurídica del MINSAL**
Conflictos de Interés	**Crear un código de conducta** dirigido a expertos, médicos y miembros de comités.	El informe más reciente reporta que no hay avance y que el código debe ser monitorizado por un proceso de auditoría como abogacía de los derechos de los pacientes.	**Se encuentra pendiente**
Conflictos de Interés	**Actualizar la circular N°15 del MINSAL** (obligatoriedad de declaraciones).	Se está elaborando un nuevo formato de declaración de conflictos de interés para el MINSAL. La actualización exige que se declaren los vínculos de los últimos 12 meses (actualmente son 24 meses) y se espera que entre en vigencia pronto.	**En espera**
Conflictos de Interés	**Incorporar en convenio FONASA-prestadores un ítem** sobre conflictos.	El Departamento Jurídico de FONASA acogió la recomendación y definió incorporar en los nuevos convenios y además un ítem asociado a conflictos éticos, atribuyendo la responsabilidad al director o representante legal del establecimiento.	**En implementación** Habiéndose acogido esta recomendación, se requiere verificar la incorporación de la cláusula en los nuevos convenios
Conflictos de Interés	**Modificar el Decreto 91** para el registro de agrupaciones de pacientes (exigir respaldo/actualización).	El Depto. Jurídico señaló que no se puede modificar el reglamento para intervenir la autonomía de las agrupaciones (derecho constitucional). Sin embargo, se estableció que, en su lugar, las agrupaciones deben declarar anualmente su balance de actividades y estados financieros para acreditar su registro, en cumplimiento con la Ley de Donaciones exigida desde 2023.	**No hay cambios al decreto 91.** La Autoridad Sanitaria debería informar a las Agrupaciones de Pacientes la obligatoriedad de declarar anualmente balance y estados financieros.

Tabla 2

Seguimiento a recomendaciones del Segundo Informe de la CCVC 2022–2023

Eje de Trabajo	Recomendación	Solución / Acciones Realizadas (incluyendo Ley Modificatoria)	Estado
Financiamiento	**Priorizar marco presupuestario:** Inyección de recursos fiscales permanentes (proyección de quiebre en 2027).	La reforma a la Ley Ricarte Soto avanza en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. El plan de rescate propuesto busca aumentar casi al doble el aporte fiscal, pasando de 100.000 millones a 185.000 millones de pesos anuales. Además, se propone elevar el límite normativo de gasto del 80% al 90%. Jurídicamente, se estableció que la única solución de fondo es modificar el artículo 20° de la Ley sobre aportes.	**En proceso** El proyecto de ley que modifica la LRS fue aprobado en general por la Comisión de Salud del Senado. Sin embargo, su tramitación legislativa se encuentra estancada y paralizada a la espera de un informe financiero clave del Ministerio de Hacienda. [1, 2, 3]
Sistema de Indicadores	**Formalizar y dar continuidad al trabajo de monitoreo** (Oficina de Coordinación y FONASA).	Durante 2022 y 2023, la mesa de indicadores consensuó un conjunto acotado de medidores con las entidades responsables. Actualmente, 11 indicadores cuentan con evaluación periódica, mientras que otros 18 aún están pendientes de ser evaluados pese al consenso de su relevancia.	**En estudio**
Sistema de Indicadores	**Establecer formas de medir datos complejos:** Prevalencia, satisfacción, reacciones adversas y calidad de vida.	Se diseñó una "Encuesta 1" dirigida a pacientes y beneficiarios para medir variables como la eficiencia en tiempos, barreras, efectividad percibida y satisfacción. No hubo respuesta de encuestados.	**Pendiente** No habiendo resultados se requiere reevaluar metodología para repetir con mayor el proceso con mayor probabilidad de respuestas.
Conflictos de Interés	**Desarrollar una Política Integral:** Prevención, educación y seguimiento de declaraciones.	La División Jurídica tiene en revisión una propuesta para elevar el nivel de transparencia, definiendo las diversas hipótesis legales de conflictos de interés.	**En estudio en la División Jurídica del MINSAL**
Conflictos de Interés	Construir sistema de verificación en línea (repositorio) de entrega de medicamentos, dispositivos y alimentos, a fiscalizar por FONASA.	FONASA acogió exigir el resguardo ético en convenios con prestadores. Respecto a la construcción tecnológica del repositorio o verificación automatizada en línea, se requiere implementar plataforma.	**Implementación Parcial**: FONASA no informa avances concretos sobre la plataforma.
Conflictos de Interés	**Elaborar cartilla de incompatibilidades** del Código Sanitario para médicos de Guías Clínicas.	La Autoridad Sanitaria que define equipos de expertos que elaboran Guías Clínicas tiene a cargo este monitoreo.	No corresponde al marco regulatorio de la CCVC.
Red de Prestadores	**Levantamiento exhaustivo de brechas** (RRHH, equipamiento, infraestructura).	Esta brecha, advertida por la CCVC, se está abordando mediante la aplicación de la "Encuesta 3" dirigida a médicos especialistas, la cual busca evaluar si la	**Encuesta no fue contestada**. No habiendo resultados se requiere reevaluar metodología para repetir

Eje de Trabajo	Recomendación	Solución / Acciones Realizadas (incluyendo Ley Modificatoria)	Estado
		red autorizada es adecuada y suficiente en capacidad y ubicación geográfica.	el proceso con mayor probabilidad de respuestas.
Red de Prestadores	**Acciones a corto plazo para descongestionar** (descentralizar atenciones, agilizar centros).	La División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) propuso considerar la Atención Primaria para atenciones como la Nutrición Enteral Domiciliaria, además de modificar reglamentos para agilizar la aprobación de los centros y dar carácter de obligatoriedad a la red LRS.	**En proceso**
Flujo de aprobación	**Monitorear consecuencias de eliminar "Comités de Expertos"** (para evitar gasto desmedido o fallas).	La nueva "Encuesta 3" a médicos especialistas incluye una pregunta crítica levantando datos sobre si consideran necesario y fundamental reincorporar a los expertos clínicos en la toma de decisiones, asumiendo esta carencia normativa. Paralelamente, la reforma en estudio contempla perfeccionar la conformación y el funcionamiento de la Comisión de Recomendación Priorizada para mejorar estas decisiones.	**Encuesta no fue contestada**. No habiendo resultados se requiere reevaluar metodología para repetir el proceso con mayor probabilidad de respuestas.
Flujo de aprobación	**Actualización de antecedentes y balance de agrupaciones de pacientes (Ley de Donaciones 2023).**	La División Jurídica resolvió que, aunque existe un derecho constitucional que prohíbe interferir en la autonomía interna de las agrupaciones, sí se estableció la obligación de que actualicen anualmente sus antecedentes y declaren su balance de actividades y estados financieros, para mantener su acreditación activa bajo la Ley de Donaciones.	**Pendiente**

4 Conclusiones y recomendaciones 2024–2025 (cierre a junio de 2026)

4.1 Conclusiones

A más de una década de la entrada en vigencia de la Ley N.º 20.850, la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control reconoce que el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo ha constituido un avance sustantivo en materia de equidad, protección social y garantía del derecho a la salud. La Ley ha permitido que miles de personas accedan a diagnósticos, medicamentos, dispositivos médicos, alimentos y otras prestaciones de elevado costo, reduciendo el riesgo de gasto catastrófico y de empobrecimiento de los hogares.

Sin perjuicio de estos logros, los antecedentes examinados durante los períodos 2021–2026 muestran que el Sistema enfrenta una etapa crítica de maduración institucional y financiera. Las recomendaciones formuladas en los informes anteriores mantienen plena vigencia y convergen en la necesidad de fortalecer cinco ámbitos fundamentales: financiamiento, monitoreo de resultados, gobernanza clínica, gestión de conflictos de interés y capacidad de la red prestadora. A estas materias se agregan hoy desafíos estructurales relacionados con la evaluación continua de tecnologías sanitarias, la evidencia de vida real, la compra estratégica y la definición de reglas explícitas de entrada, permanencia y salida de las tecnologías financiadas.

La principal amenaza para la continuidad del Sistema es la insuficiencia del actual mecanismo de financiamiento. El crecimiento del gasto, la inflación tecnológica, la incorporación de terapias de creciente complejidad y el limitado margen presupuestario han reducido progresivamente la capacidad del Fondo para ampliar coberturas. La sostenibilidad futura no puede depender exclusivamente de aumentos ocasionales del aporte fiscal ni de la utilización de reservas acumuladas, sino de una regla permanente, previsible y vinculada a las obligaciones vigentes, a la evolución de los precios y a las necesidades sanitarias de la población.

La Comisión concluye, además, que el problema financiero no responde únicamente a una insuficiencia de recursos, sino también a la ausencia de una gestión activa del ciclo de vida de las tecnologías. El Sistema carece de procedimientos suficientemente desarrollados para revisar periódicamente el precio, la efectividad, el impacto presupuestario y la permanencia de los tratamientos incorporados. Tampoco existe un mecanismo sistemático para trasladar hacia el GES, programas ministeriales u otros sistemas regulares de cobertura, aquellas tecnologías que dejan de cumplir la condición de alto costo debido a la expiración de patentes, la aparición de genéricos o biosimilares, la reducción de precios o la consolidación de evidencia clínica.

En este contexto, la Comisión considera necesario evolucionar desde un modelo de financiamiento pasivo hacia un modelo de sostenibilidad dinámica del Fondo, basado en evaluación continua, renegociación de precios, compra estratégica, evidencia de vida real y gestión activa de la innovación sanitaria. Bajo este enfoque, la Ley Ricarte Soto debe actuar como una plataforma de acceso temporal a tecnologías de alto costo, financiándolas durante su etapa inicial y permitiendo su tránsito hacia otros regímenes cuando disminuya su costo o se modifique su valor terapéutico.

Los sistemas de información continúan siendo insuficientes y fragmentados. Aunque se dispone de datos sobre beneficiarios, prestaciones y gasto, persisten limitaciones para evaluar efectividad clínica, seguridad, adherencia, calidad de vida, satisfacción usuaria, eventos adversos y resultados sanitarios por territorio. La heterogeneidad de los registros de FONASA, prestadores e ISAPRES dificulta, además, la fiscalización financiera, el cálculo de las transferencias correspondientes y la toma de decisiones basada en evidencia.

La ausencia de una Agencia Pública y Autónoma de Evaluación de Tecnologías Sanitarias continúa siendo una debilidad institucional relevante. La evaluación, priorización, negociación, financiamiento, implementación y fiscalización de las tecnologías se encuentran distribuidas entre distintas entidades, sin una instancia técnica independiente que coordine el proceso completo, realice reevaluaciones periódicas y garantice continuidad metodológica, transparencia y participación ciudadana.

Asimismo, la eliminación o debilitamiento de instancias clínicas expertas plantea riesgos para la uniformidad de las indicaciones, la pertinencia de las prescripciones y el control del gasto. La gobernanza clínica debe fortalecerse mediante mecanismos formales de revisión de casos complejos, seguimiento terapéutico, evaluación de resultados y actualización de protocolos.

Persisten también brechas territoriales en disponibilidad de especialistas, infraestructura, equipamiento y prestadores acreditados. Estas desigualdades pueden traducirse en diferencias de acceso, oportunidad diagnóstica, continuidad terapéutica y resultados sanitarios según el lugar de residencia.

En materia de transparencia, los avances en gestión de conflictos de interés siguen siendo parciales. No existe aún un sistema integral y verificable que abarque a expertos, médicos tratantes, evaluadores, miembros de comités, prestadores, organizaciones de pacientes y otros actores que intervienen en la toma de decisiones. El fortalecimiento de la legitimidad del Sistema exige declaraciones obligatorias, mecanismos de verificación, reglas de abstención y fiscalización efectiva.

La Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control destaca, como una buena práctica de ética y humanización de la atención, la iniciativa "Humanizando la Ley Ricarte Soto", desarrollada por la Enfermera Coordinadora del Programa Ley Ricarte Soto del Hospital San Pablo de Coquimbo, E.U. Constanza Castellón. Esta colección de materiales educativos promueve una atención centrada en la persona y su familia, fortaleciendo la comprensión de las enfermedades de alto costo, el acompañamiento emocional y la comunicación familiar. La Comisión considera que constituye una experiencia innovadora susceptible de ser difundida y replicada a nivel nacional.

Finalmente, el proyecto de ley actualmente en tramitación para fortalecer la sustentabilidad del Fondo constituye una oportunidad relevante, pero su aprobación debe acompañarse de reformas estructurales de gobernanza, evaluación, negociación, monitoreo y rendición de cuentas. Un aumento de los aportes fiscales, aunque indispensable, no resolverá por sí solo las debilidades acumuladas.

4.2 Recomendaciones 2026

4.2.1 Establecer una regla permanente de financiamiento

Modificar el mecanismo de financiamiento del Fondo mediante una regla objetiva, progresiva y previsible, vinculada a:

- la evolución del gasto sanitario;
- la inflación tecnológica;
- el número de beneficiarios;
- las obligaciones financieras vigentes;
- la incorporación proyectada de nuevas tecnologías;
- el impacto presupuestario de mediano y largo plazo.

Toda nueva garantía deberá contar con financiamiento adicional suficiente, sin comprometer la continuidad de los tratamientos ya cubiertos.

4.2.2 Implementar un modelo de sostenibilidad dinámica

Adoptar una estrategia de gestión activa del ciclo de vida de las tecnologías financiadas, que incluya:

- evaluación periódica de precios y resultados;
- incorporación de genéricos y biosimilares;
- renegociación de contratos;
- licitaciones competitivas;
- acuerdos de precio-volumen;
- acuerdos de riesgo compartido;
- pagos condicionados a resultados;
- techos presupuestarios;
- revisión del costo efectivo por beneficiario.

Este modelo debe permitir reducir progresivamente el costo de las tecnologías maduras y liberar recursos para la incorporación de nuevas prestaciones de alto impacto.

4.2.3 Establecer reglas de entrada, permanencia, revisión y salida

Desarrollar un marco normativo que regule el ciclo completo de las tecnologías sanitarias:

1. selección para evaluación;
2. evaluación clínica, económica, ética y presupuestaria;
3. incorporación condicionada cuando exista incertidumbre;
4. monitoreo obligatorio;
5. reevaluación periódica;
6. renegociación de precios;
7. sustitución por alternativas equivalentes de menor costo;
8. traslado a GES u otros programas;
9. egreso excepcional, resguardando siempre la continuidad terapéutica.

La eventual salida de una tecnología no podrá significar la interrupción de tratamientos clínicamente indicados.

4.2.4 Regular el tránsito entre la Ley Ricarte Soto y el GES

Establecer un procedimiento formal para trasladar tecnologías desde la Ley Ricarte Soto hacia el GES, programas ministeriales, farmacia hospitalaria u otros mecanismos regulares cuando:

- disminuya sustantivamente su precio;
- pierdan exclusividad comercial;
- aparezcan alternativas equivalentes;
- dejen de cumplir el umbral legal de alto costo;
- exista suficiente evidencia para su cobertura poblacional regular.

Los recursos liberados deberán mantenerse dentro del Sistema de Protección Financiera y destinarse a nuevas tecnologías de alto costo.

4.2.5 Crear una Agencia Pública y Autónoma de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Avanzar en la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con autonomía técnica, presupuesto propio y procedimientos públicos.

Esta institución debería asumir o coordinar:

- evaluación clínica y económica;
- análisis de impacto presupuestario;
- recomendaciones de cobertura;
- reevaluación periódica;
- metodologías de evidencia de vida real;
- participación ciudadana;
- gestión de conflictos de interés;
- seguimiento del ciclo de vida tecnológico.

Mientras esta agencia no exista, deben delimitarse con claridad las funciones de MINSAL, FONASA, DIPRES, CENABAST, ISPCH y demás entidades involucradas.

4.2.6 Fortalecer el sistema nacional de monitoreo

Implementar el conjunto de indicadores propuesto por la CCVC y consolidar un sistema integrado de monitoreo basado en el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud.

Cada garantía debe contar, al menos, con indicadores de:

- acceso y oportunidad;
- continuidad y adherencia;
- efectividad clínica;

- seguridad y eventos adversos;
- calidad de vida;
- satisfacción usuaria;
- hospitalizaciones evitadas;
- supervivencia, cuando corresponda;
- resultados reportados por los pacientes;
- gasto por beneficiario;
- resultados por región, edad, sexo y sistema previsional.

Los resultados deberán publicarse periódicamente en formatos abiertos y comprensibles.

4.2.7 Integrar los sistemas de información

Desarrollar una plataforma interoperable que articule la información de FONASA, MINSAL, prestadores, SIS, CENABAST, ISPCH e ISAPRES.

Esta integración debe permitir:

- seguimiento individual y agregado de beneficiarios;
- verificación de prestaciones;
- control de transferencias al Fondo;
- análisis de resultados clínicos;
- proyecciones financieras;
- fiscalización del cumplimiento de garantías;
- generación de evidencia de vida real.

4.2.8 Fortalecer la gobernanza clínica

Formalizar comités clínicos de nivel central o instancias técnicas equivalentes para las garantías que requieran alta especialización o revisión de casos complejos.

Estas instancias deberán:

- uniformar criterios clínicos;
- validar indicaciones excepcionales;
- apoyar a los equipos tratantes;
- revisar continuidad terapéutica;
- monitorear resultados;
- identificar eventos adversos;

- proponer ajustes de protocolos;
- contribuir al uso racional de los recursos.

La eliminación de comités o mecanismos expertos deberá ser evaluada periódicamente para determinar su impacto sobre la pertinencia clínica y el gasto.

4.2.9 Fortalecer la red de prestadores

Realizar un levantamiento nacional actualizado de:

- recursos humanos;
- equipamiento;
- infraestructura;
- capacidad diagnóstica;
- disponibilidad de especialistas;
- tiempos de espera;
- distribución territorial de prestadores.

A partir de este diagnóstico, se deberá avanzar en la descentralización de la atención, la incorporación de nuevos centros, la telemedicina, los comités clínicos remotos y el financiamiento de traslados y alojamiento cuando sean necesarios.

4.2.10 Mejorar la compra estratégica del Estado

Crear una instancia formal de negociación que articule a MINSAL, FONASA, DIPRES, ISPCH y CENABAST, con responsabilidades claramente definidas, así como también a Mercado Público.

La compra estratégica deberá incorporar:

- comparación internacional de precios;
- licitaciones competitivas;
- compras consolidadas;
- acuerdos de riesgo compartido;
- contratos basados en resultados;
- renegociaciones periódicas;
- mecanismos de salida ante incumplimientos;
- aprovechamiento de la competencia después de la expiración de patentes.

4.2.11 Fortalecer la transparencia y la gestión de conflictos de interés

Desarrollar una política integral aplicable a todos los actores del Sistema, que contemple:

- declaraciones obligatorias y periódicas;
- repositorio público;
- verificación de antecedentes;
- reglas de abstención y recusación;
- incompatibilidades;
- sanciones;
- código de conducta;
- fiscalización por FONASA y MINSAL.

Se recomienda actualizar la Circular N.º 15 del Ministerio de Salud y revisar el Decreto N.º 91 relativo al registro de agrupaciones de pacientes, incorporando exigencias de actualización de antecedentes, membresía, fuentes de financiamiento y balances de actividades.

4.2.12 Reforzar la participación ciudadana

La participación de pacientes y organizaciones debe incorporarse desde las primeras etapas de evaluación y no limitarse a consultas finales.

Se recomienda:

- publicar el calendario de evaluación;
- informar el estado de cada solicitud;
- facilitar la entrega de evidencia;
- incorporar resultados relevantes para los pacientes;
- responder fundadamente las observaciones;
- promover capacitación independiente;
- asegurar representación territorial y de enfermedades poco frecuentes.

4.2.13 Fortalecer las atribuciones de la CCVC

La Comisión requiere acceso oportuno a información financiera, clínica y administrativa para cumplir su mandato legal.

Se recomienda:

- establecer plazos para la respuesta formal de las autoridades;
- entregar acceso a bases de datos anonimizadas;
- disponer de apoyo técnico y administrativo;

- asegurar presupuesto para su funcionamiento;
- mantener un repositorio público de actas, informes y respuestas;
- implementar una matriz de seguimiento de recomendaciones con responsables, plazos e indicadores.

4.2.14 Publicar un informe anual de sostenibilidad

Ministerios de Salud y Hacienda, con participación de FONASA, DIPRES y CENABAST, deberán publicar anualmente un informe que incluya:

- aportes fiscales;
- ejecución devengada y pagada;
- reservas y saldos;
- obligaciones futuras;
- gasto por tecnología y problema de salud;
- proyecciones plurianuales;
- escenarios de riesgo;
- estimación de recursos liberables;
- evolución de precios;
- cumplimiento de metas sanitarias.

4.2.15 Escalamiento nacional de buenas prácticas éticas y de humanización de la LRS

La Comisión recomienda al Ministerio de Salud desarrollar e implementar una estrategia nacional de humanización de la atención en el marco de la Ley N.º 20.850, promoviendo la difusión y adaptación de iniciativas como "Humanizando la Ley Ricarte Soto". Esta estrategia debiera incorporar materiales educativos y herramientas de apoyo dirigidos a los beneficiarios, sus familias y los equipos de salud dedicados al Sistema de Protección Financiera, fortaleciendo una atención integral, ética y centrada en la persona.

4.3 Conclusiones

La Ley Ricarte Soto debe evolucionar desde un fondo centrado principalmente en financiar coberturas hacia una plataforma dinámica de gestión de la innovación sanitaria.

Su sostenibilidad futura dependerá de la articulación de siete pilares:

1. financiamiento permanente y suficiente;
2. sostenibilidad dinámica del Fondo;
3. evaluación continua de tecnologías;
4. reglas transparentes de entrada, permanencia y salida;
5. evidencia de vida real y compra estratégica;
6. gobernanza clínica, transparencia y participación ciudadana;
7. humanización de la atención, fortaleciendo el acompañamiento integral de los beneficiarios, sus familias y los equipos de salud mediante estrategias y buenas prácticas incorporadas como política pública.

El desafío de la próxima década será compatibilizar innovación, equidad, calidad de la atención y sostenibilidad fiscal, garantizando la continuidad de los tratamientos actuales, creando espacio financiero para las terapias del futuro y consolidando un modelo de atención centrado en las personas.

La protección financiera alcanzada por la Ley N.° 20.850 debe preservarse y profundizarse. Para ello, el Estado debe avanzar hacia un Sistema de Protección Financiera sostenible, transparente, evaluable, humanizado y dinámico, capaz de incorporar innovación sin comprometer los derechos de los pacientes ni la viabilidad financiera del sistema de salud. En este contexto, la humanización de la atención debe consolidarse como un componente permanente de la Ley Ricarte Soto, promoviendo el acompañamiento integral de los beneficiarios, sus familias y los equipos de salud, y favoreciendo la transformación de buenas prácticas locales en políticas públicas de alcance nacional.

5 Glosario de abreviaturas y términos

CCVC	Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control
LRS	Ley Ricarte Soto
SPF	Sistema de Protección Financiera
FDTAC	Fondo Diagnóstico y Tratamiento de Alto Costo
MINSAL	Ministerio de Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
CAPREDENA	Caja de Previsión de la Defensa Nacional
DIPRECA	Dirección de Previsión de Carabineros
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
DIPRES	Dirección de Presupuesto
GES	Garantías Explícitas en Salud
DS	Decreto Supremo
DCGYPS	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud
ASOFAMECH	Asociación de Facultades de Medicina de Chile
CENABAST	Central Nacional de Abastecimientos
ISPCH	Instituto de Salud Pública de Chile
SIS	Superintendencia de Salud

6 Bibliografía / referencias

1.- Institute of Medicine (IOM). Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2009.

2.- Institute of Medicine (IOM). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.

3.- Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P, et al. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. Ann Intern Med. 2012 Apr 3; 156(7):525±31. doi: 10.7326/0003-4819-156-7-201204030-00009 PMID: 22473437

4.- Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, Kersten S, Komulainen J, Kopp IB, et al. Guidelines International Network: Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines. Ann Intern Med. 2015 Oct 6; 163(7):548±53. doi: 10.7326/M14-1885 PMID: 26436619

5.- Grundy Q, Habibi R, Shnier A, Mayes C, Lipworth W. Decoding disclosure: Comparing conflict of interest policy among the United States, France, and Australia. Health Policy. 2018 May;122(5):509-518. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.03.015. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29605526.

6.- Sugg, Daniela. Diez años de la Ley Ricarte Soto: Una historia de logros con desafíos.

https://mirada.fen.uchile.cl/articulo/ver/diez-a-os-de-la-ley-ricarte-soto-una-historia-de-logros-con-desaf-os.

7.- Takeya Adachi, Ayman W. El-Hattab, Ritu Jain, Camila I. Quirland Lazo, Maurizio Scarpa and Duangrurdee Wattanasirichaigoon. Enhancing Equitable Access to Rare Disease Diagnosis and Treatment around the World: A Review of Evidence, Policies, and Challenges. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023, 20, 4732. https://doi.org/10.3390/ijerph20064732 https://www.mdpi.com/journal/ijerph

8.- M.A. Saldias, C. Rodriguez, D. Parra. Ley Ricarte Soto, un particular estudio de caso para reflexionar. Rev Med Chile 2025; 153(4): 279-293.

9.- José M. Novoa Pizarro, Birte Christina Lindemann Tappert, Vivian R. Luchsinger Farías, Sergio L. Vargas Munita. Prevención de la infección por virus respiratorio sincicial en lactantes. ¿Qué se ha hecho y en qué estamos hoy?. Andes pediatr. 2023;94(6):672-680. DOI: 10.32641/andespediatr.v94i6.486

10.- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública - División de Planificación Sanitaria Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. PROTOCOLO VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL – LEY 20.850 – Profilaxis de la Infección del Virus Respiratorio Sincicial con Palivizumab para prematuros con y sin diagnóstico de Displasia Broncopulmonar. Para el Otorgamiento de las Prestaciones que cuentan con el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. Ley N.º 20.850.

11.- Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Beneficiarios Ley Ricarte Soto*. Tablero de Datos Abiertos. Disponible en: Beneficiarios Ley Ricarte Soto (Tableau Public). Consulta: julio de 2026.

12.-Castellón C. **Proyecto: Colección "Humanizando la Ley Ricarte Soto"**. Programa Ley Ricarte Soto, Hospital San Pablo de Coquimbo. Documento institucional. Coquimbo, Chile; 2025. (Colaboración de la autora, Enfermera Coordinadora LRS, material de apoyo para padres de pacientes beneficiarios de la Ley).