



Hace pocos días, la Subsecretaría de Salud Pública informó la suspensión del proceso de evaluación económica para definir qué nuevas condiciones y tratamientos deberían ser incorporadas en la Ley Ricarte Soto (LRS). ¿Qué tratamientos de alto costo correspondería cofinanciar desde el seguro público? Es una mala noticia por la falta de fondos para avanzar en innovación. Como predicción, está en la línea de la falta de financiamiento para Salud en el Presupuesto 2026, que si bien tiene un aumento nominal, una parte muy significativa se deberá destinar a cancelar las enormes deudas contraf-

das en la ejecución 2025.

La LRS fue diseñada para dar cobertura a enfermedades que afectan a una proporción muy reducida de la población, y que son de alto costo. El AUGÉ no permite, por su metodología, esta inclusión porque está pensada para condiciones que afectan a muchas personas. Considerando que ello no permite proteger a pacientes con enfermedades serias, pero infrecuentes, se aprobó la LRS, con un consejo que asesora en el análisis de nuevos tratamientos, y una revisión de disponibilidad financiera desde Hacienda, quien ha informado que tal disponibilidad no existe en este período. La alternativa no es atractiva. Quienes creen que existe alguna terapia eficaz para una condición de salud que no ha sido incluida, recurren a la justicia, que suele ordenar a Fonasa que financie el tratamiento, con los argumentos del derecho a la vida y el interés superior del niño. En el 2024, este gasto fue de \$90.000 millones sobre un presupuesto de \$29.000 millones. El presupuesto para LRS es de \$190.000 millones.

Hay un problema conceptual. La decisión de Hacienda tiene una perspectiva contraria a la innovación, y se basa en la restricción del gasto directo, sin un análisis de mayor profundidad que algunas nuevas prácticas se

traducen en inversión y menos gasto.

Ello requiere un puente entre el mundo de la salud y la economía, para hacer evaluaciones sólidas, que permitan visualizar mejor, en un horizonte de tiempo, los beneficios no solo clínicos, sino también financieros. Ejemplo: una nueva forma de cirugía que permite dar de alta al paciente en un día en lugar de cuatro; un fármaco que previene hospitalizaciones y licencia médica; un medicamento que hace innecesaria una operación; una ficha médica compartida que evite la repetición de exámenes. Hay ejemplos virtuosos: la incorporación de un medicamento que previene la infección por Virus Sincicial en lactantes, o la vacuna contra el Papiloma Humano que ya nuestra una caída de las lesiones premalignas del cuello uterino y de seguro, hará de este cáncer a una rareza.

Las decisiones de financiamiento de la salud requieren incorporar una evaluación costo/beneficio, compartida y entendida por salubristas y economistas. La oposición a innovar simplemente porque no queda un peso, es miope. Con los muchos recursos que ya hay (10,5% del PIB, que llegará al 12% en el 2050), desprenderse del derroche y evaluar seriamente para dar bienvenida a lo nuevo, son pasos imprescindibles.