

Informe Financiero Sustitutivo

Proyecto de ley que reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un plan de salud universal.

Boletín 13.863-11

Mensaje N° 534-368

I. Antecedentes

El presente informe financiero acompaña el ingreso de una indicación sustitutiva al proyecto de ley que reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un plan de salud universal. Este proyecto de ley se encuentra en su primer trámite constitucional, e ingresó al Senado el 28 de octubre de 2020, y plantea una serie de modificaciones al DFL N° 1, de 2005, de Salud, con el propósito de reformar al Fondo Nacional de Salud, en adelante Fonasa, para convertirlo en un seguro público de salud con el objeto de mejorar el acceso y atención de salud en el país.

La presente indicación sustitutiva surge del análisis y debate realizado por los miembros del H. Congreso Nacional y se apoya en algunas de las recomendaciones efectuadas por la Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapres y del Fonasa (Diciembre 2020). La Comisión, convocada por el Ministro de Salud el 1 de septiembre 2020, y coordinada por el Dr. Enrique Accorsi, logró el desarrollo de propuestas y consensos entre 12 expertos, que cuentan de una alta trayectoria y conocimiento en el ámbito de la salud pública.

El proyecto trata principalmente las siguientes materias: 1) establece un nuevo modelo de aseguramiento de los servicios asistenciales, mediante la creación de un Plan de Salud Universal (PSU), que contendrá garantías para los beneficiarios, y la creación de un Consejo para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2) se propone una nueva gobernanza para el Fonasa, estableciendo un Consejo Directivo; 3) modifica la actual modalidad de libre elección, tanto en su lógica de atención como incluyendo en ella cobertura para medicamentos y una cobertura especial para eventos intervenciones quirúrgicas y tratamientos; 4) establece otras modificaciones, con objeto de propiciar el rol de asegurador del Fonasa.

II. Contenido

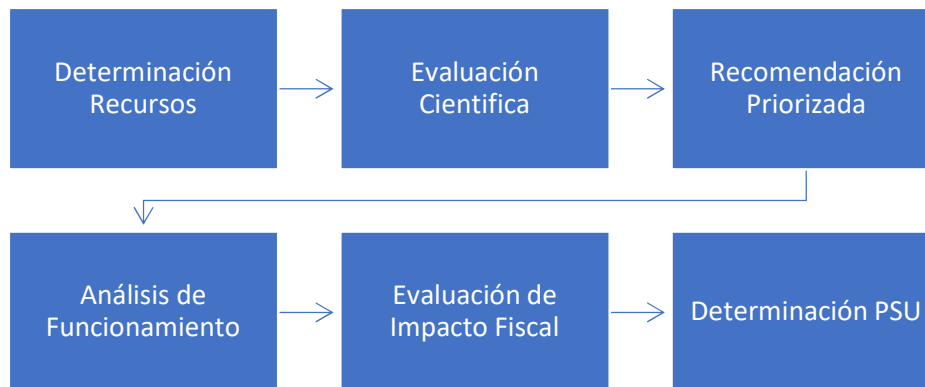
1) Plan de Salud Universal y Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

El centro articulador del proyecto corresponde al establecimiento del PSU como una política para lograr un mejor acceso y calidad de la atención de salud de los beneficiarios de Fonasa. El PSU se define como un instrumento de seguridad social en salud, que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, al cual tendrá acceso toda la población beneficiaria, sin discriminación arbitraria alguna, conforme a las garantías que el Plan determine. Así, este se compone de una serie de servicios de salud incluidos que contendrán

garantías de acceso, calidad, protección financiera y, cuando corresponda, de oportunidad (tiempos de espera máximos). Las garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante Fonasa, la Superintendencia de Salud, y las demás instancias que correspondan.

Su conformación estará sujeta a un proceso de formulación transparente, participativo y periódico, teniendo como base la evidencia científica, y la equidad y eficiencia en el uso de los recursos públicos. En particular, el proyecto establece un flujo de proceso (Figura 1) para la conformación del Plan de Salud Universal. En este contexto, se otorgan diversas funciones y tareas a distintas entidades públicas, siendo la función principal aquella ejercida por el Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, ya que este es quién efectúa la evaluación científica de la evidencia y efectúa una recomendación priorizada para la inclusión de las diversas atenciones y servicios de salud al PSU.

Figura 1: Etapas para la Determinación del Plan de Salud Universal



Fuente: elaboración propia.

La elaboración del PSU inicia con la determinación de los recursos disponibles por parte del Ministerio de Hacienda. Luego, podrán ser parte del plan los servicios que hayan sido evaluados, que cuenten de una evaluación favorable, sean recomendados por el Consejo de Evaluación, y que hayan cumplido con el proceso de evaluación definido. A su vez, el costo del Plan en su conjunto no podrá exceder a lo dispuesto para estos efectos en la Ley de Presupuestos del Sector Público del año que se trate.

Luego de la definición de los recursos inicia el proceso de evaluación científica de la evidencia, realizada por el Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de acuerdo con los requerimientos de análisis dispuestos por la Subsecretaría de Salud Pública. El proceso de la evaluación, su objeto y contenido quedan definidos en la misma ley y en su reglamento, de esta forma, se establece un proceso transparente, basado en evidencia, y de una metodología homogénea.

Posteriormente a la evaluación se procede a la recomendación priorizada por parte del Consejo, de acuerdo con el valor científico de la evidencia, las metas sanitarias, y los demás factores. El proceso de recomendación será definido en detalle en un reglamento del Ministerio de Salud, y los servicios evaluados deberán

clasificarse en tres clases: prioridad alta, prioridad media y prioridad baja.

A continuación de esta etapa, el Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias deberá evaluar la potencial implementación del Plan, analizando la red y cartera de prestaciones, así como propondrá los precios asociados al pago de los servicios incluidos en el Plan.

Posteriormente al análisis realizado, la priorización, y la evaluación de la implementación, los Ministerios de Salud y Hacienda finalmente determinarán el Plan de Salud Universal mediante Decreto Supremo. Para estos efectos, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda deberá elaborar estudios respecto de los efectos fiscales de la implementación del Plan, los que serán públicos y servirán de base para la decisión. El Plan de Salud Universal en su conjunto tendrá una vigencia de tres años, pudiendo prorrogarse en lo que sea pertinente. El proyecto establece reglas para efectuar modificaciones al Plan antes de dicho tiempo.

El Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias operará en la Subsecretaría de Salud Pública, la que le facilitará y prestará oportunamente el debido e integral apoyo administrativo y técnico necesario para el cabal cumplimiento de sus funciones. También, contará con una Secretaría Ejecutiva, conformada por el personal de la Subsecretaría de Salud Pública.

El Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias será presidido por el Subsecretario de Salud Pública y estará conformado por 12 miembros, donde 10 de ellos serán designados por el Ministro de Salud, previa convocatoria pública, y deberán contar con una reconocida experiencia y conocimiento en los ámbitos de la salud, economía, bioética, entre otras áreas afines. Los otros 2 representarán a la sociedad civil, en particular, serán representantes de asociaciones científicas y de las agrupaciones de pacientes que se encuentren inscritas en un registro público, que se dispondrá para estos efectos. Los miembros del Consejo durarán en sus cargos tres años y, para su buen funcionamiento y la consecución de los objetivos propuestos, el proyecto incluye normativas sobre las incompatibilidades e inhabilidades, cesación de funciones y conflictos de interés.

2) Fortalecimiento de Fonasa y Gobernanza

En segundo término, el proyecto plantea nuevas funciones, atribuciones y obligaciones para Fonasa, con el objeto de establecerlo como el seguro público de salud, encargado de asegurar el otorgamiento del PSU y de sus garantías. Así, el proyecto establece que el objetivo central de Fonasa es garantizar la provisión de las prestaciones del PSU para sus beneficiarios.

Para lo anterior, se incorporan facultades para que Fonasa establezca la red de prestadores del PSU, siendo parte de ella los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud, determine los mecanismos de compra de los servicios incorporados en el plan, fiscalice el otorgamiento de los servicios, sancione las infracciones a las normas que rijan el PSU, interprete administrativamente normas en materias de su competencia, dicte las normas técnico administrativas para la aplicación del PSU, y trate datos personales con el fin de proteger la salud de la población u otorgar beneficios de salud.

Paralelamente, se establece una nueva estructura de gobernanza para Fonasa mediante la creación de un Consejo Directivo, encargado de la dirección superior del servicio, y un Director Ejecutivo, encargado de la dirección administrativa y técnica, que será el Jefe de Servicio.

El Consejo Directivo se compone de siete miembros. Uno de ellos será elegido por los Consejos de la Sociedad Civil de Fonasa (COSOC), tres miembros serán nombrados directamente por el Presidente de la República, y los últimos tres serán propuestos por el Presidente de la República, quienes serán seleccionados mediante el Sistema de Alta Dirección Pública, y deberán ser ratificados por el Senado por la mayoría de los dos tercios de los senadores en ejercicio. El Consejo contará con representación de ambos géneros.

Por otra parte, se estipula como condición que, para los miembros definidos o propuestos por el Presidente de la República, estos cuenten con una experiencia acreditada de al menos 10 años en el campo de la salud o de la economía, seguros o finanzas y haber ejercido cargos públicos o privados relacionados con el área de la salud, entre otras.

Los miembros que componen el Consejo Directivo deberán realizar una declaración de patrimonio e intereses y estarán sujetos a responsabilidad administrativa, les serán aplicables las normas de probidad de la función pública y estarán sometidos a una regulación sobre potenciales conflictos de interés.

Este Consejo Directivo busca otorgar más independencia, autonomía y control a Fonasa. Así, su función principal es dictar las políticas, normas y directivas que permitan a Fonasa asegurar debidamente el otorgamiento del PSU. Por otro lado, el Consejo Directivo deberá nombrar al Director Ejecutivo de Fonasa y supervisar sus actos e impartirle directrices. El Consejo también podrá remover al Director Ejecutivo.

Para la determinación del Director Ejecutivo, el Consejo Directivo entregará al Consejo de Alta Dirección Pública la propuesta de perfil del cargo, la que deberá contener, al menos, los requisitos legales para servir el cargo. El Consejo Directivo, por mayoría absoluta de sus miembros, designará a la persona que asumirá el cargo de Director Ejecutivo, a partir de la propuesta que, en conformidad al título VI de la ley N° 19.882, le formule el Consejo de Alta Dirección Pública. Cabe indicar que el Director Ejecutivo mantiene las funciones vigentes del Director del Fondo Nacional de Salud, agregándosele algunas que dan cuenta de su dependencia del Consejo Directivo.

Existirá también un Presidente del Consejo Directivo, elegido por la mayoría del Consejo Directivo, pero podrá ser removido por el Presidente de la República. Será función del Presidente del Consejo Directivo, representarlo para todos los fines, y en particular será un coordinador de la relación entre el Consejo y el Director Ejecutivo. Por su parte, el Consejo contará de un Secretario Ejecutivo, que será un funcionario de la dotación de Fonasa.

Finalmente, entre otras materias, el Consejo Directivo deberá aprobar los planes institucionales de Fonasa, los que serán propuestos en el primer trimestre de cada año por el Director Ejecutivo. Adicionalmente, el Consejo Directivo debe pronunciarse sobre los criterios para la selección de los prestadores, los precios de compra, los mecanismos de compra, el proyecto de presupuestos de Fonasa, debe evaluar el funcionamiento del PSU y establecer recomendaciones, y debe encargar estudios o informes que estime necesarios para el cumplimiento de las funciones de Fonasa.

3) Modificaciones en la Modalidad de Libre Elección

La Modalidad Libre Elección (MLE) es reformulada por el proyecto con el objeto de que oriente hacia una lógica de solución de problemas de salud y no del pago de atenciones particulares. A su vez, los prestadores para poder establecer las atenciones que acá se definan deberán contar con convenios con Fonasa, de forma de asegurar la interoperabilidad y articulación con las redes públicas.

Entre los requisitos para ser parte de la red en convenio, los prestadores tendrán el deber de informar al paciente los tratamientos disponibles, cobertura financiera, entre otros, tanto en el PSU como en la MLE. Con todo, Fonasa estructurará y definirá los prestadores según requerimiento y pertinencia sanitaria, criterios técnicos y económicos, y para el caso de establecimientos o entidades asistenciales la selección se hará en conformidad a la ley N°19.886.

Las atenciones y/o beneficios financieros que incluye la MLE serán:

1. Prestaciones ambulatorias
2. Cobertura de medicamentos genéricos cuya condición de venta sea bajo receta médica
3. Cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.
4. Atención odontológica
5. Otros servicios, acciones y prestaciones de Salud.

Respecto de las prestaciones y servicios de salud que se consideren para ser cubiertos en la MLE, el Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible de las soluciones de salud que le proponga Fonasa. Solo podrán ser parte de la MLE aquellas que cuenten de una evaluación favorable y de recursos disponibles para ser implementadas.

Los servicios, acciones y prestaciones de salud contemplados en la MLE, serán establecidas por un decreto supremo del Ministerio de Salud, y suscrito por el Ministerio de Hacienda, a proposición de Fonasa. Adicionalmente, en dicho decreto se determinarán los beneficios, coberturas, porcentajes específicos de bonificación según el servicio a considerarse, definiciones para métodos de cálculo, entre otras materias que sean necesarias para su implementación. Con todo, Fonasa acompañará su propuesta de un informe que permita justificar los porcentajes de bonificación establecidos y su impacto fiscal.

En relación a la protección financiera para la compra de medicamentos ambulatorios genéricos, cuya condición de venta sea bajo receta médica, se establece que la cobertura financiera podrá ser distinta en función de grupos etarios o del nivel de ingresos; asimismo se podrán establecer deducibles, coaseguros, copagos y gasto máximo de bolsillo. Para determinar los medicamentos que conformarán la canasta, además de contar de una evaluación favorable del Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, se deberá considerar la situación de salud de la población, los objetivos sanitarios, la efectividad de los medicamentos, el gasto de bolsillo, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación de costo efectividad, así como el número potencial de beneficiarios y sus características sociodemográficas.

Por su parte, en lo que respecta a la cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades, se establece que los servicios que se incluyan en dicha cobertura serán financiados en conjunto entre Fonasa y el afiliado. El monto hasta el cual el afiliado soportará, es decir, el gasto máximo de bolsillo o el “deducible”, dependerá del ingreso del afiliado y del número de beneficiarios que de él dependan. En particular, la estructura de cofinanciamiento es la siguiente:

- En el caso de que el beneficiario haya usado la cobertura sólo para un evento médico, su deducible será equivalente a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Sin embargo, este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo B.
- En el caso de que el beneficiario haya usado la cobertura para más de un evento, este deberá financiar un “gasto máximo anual” que corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Sin embargo, este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo B.

4) Otras modificaciones

A continuación, se presenta una síntesis del resto de las modificaciones más relevantes:

- Se añaden funciones a la Superintendencia de Salud en materia de fiscalización del Fonasa respecto a su deber de asegurar el PSU.
- Se elimina la atribución particular de los Servicios de Salud y de los Establecimientos Autogestionados en Red de poder comprar prestaciones de salud con prestadores fuera de la red. En consecuencia, se deroga el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, de Salud, y se ajustan otras secciones del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, de Salud, con el fin de revocar dichas facultades y concentrarlas en Fonasa.
- El proyecto permite que la definición de la protección financiera, para aquellos beneficiarios cuyos ingresos superen el Ingreso Mínimo, sea un concepto a precisarse por resolución de Fonasa visada por el Ministerio de Hacienda. Esto quiere decir que la actual relación de grupo de beneficiario Fonasa C y D, y

su protección financiera, pudiese variar. De todas formas, el proyecto señala que los servicios del PSU tendrán una protección financiera no menor al 80%. Para el caso de personas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual, aplicable a trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, ellos tendrán una protección financiera del 100%, al igual que en la Ley vigente. De esta forma, se mantiene por ley la definición de los grupos A y B.

- Se modifica el artículo 49 de la Ley N° 19.378 sobre la Atención Primaria de Salud. En particular, el proyecto establece que el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal se determinará según criterios objetivos, tales como población, nivel socioeconómico, número de prestaciones, aislamiento, entre otros, mediante reglamento.
- El proyecto incluye como nuevos beneficiarios de Fonasa al conviviente civil que haya celebrado con un afiliado el acuerdo de unión civil, de la forma establecida en la ley N° 20.830; y al cónyuge que carezca de ingresos propios.
- Para efectos de tener derecho al subsidio de incapacidad laboral, en el caso de los beneficiarios de Fonasa, la licencia médica deberá ser emitida por un profesional que forme parte de la red de prestadores de salud para el otorgamiento del PSU, o bien esté inscrito en convenio bajo la MLE.
- Se establecen otras disposiciones, especialmente en los artículos transitorios, con el fin de organizar la transición hacia el PSU, y establecer diferentes entradas en vigencia del articulado, entre otras materias.
- Finalmente, uno de los artículos transitorios indica que el Presidente de la República enviará al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley, en un plazo de 18 meses contados desde la publicación de esta ley, con el objeto de crear el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y la Evaluación de las Tecnologías en Salud (INETESA). Este instituto efectuará las funciones del Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, las que efectúa actualmente Subsecretaría de Salud Pública, así como las dispuestas sobre la materia en las leyes N°29.850 (Ricarte Soto) y 19.966 (GES).

III. Efecto del proyecto de ley sobre el Presupuesto Fiscal

i. Análisis del Impacto Económico de las Modificaciones

Este proyecto de ley irroga gasto fiscal producto de los cambios y fortalecimiento de las instituciones involucradas, así como por la creación del Plan de Salud Universal y sus garantías, el establecimiento en la modalidad de libre elección de una cobertura de medicamentos ambulatorios genéricos y de una cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades, y debido a la inclusión de cónyuges varones mayores de 18 años, carentes de recursos, como cargas.

En primer lugar, se identifican las necesidades de recursos humanos y de habitación y soporte, en Fonasa y en la Subsecretaría de Salud Pública. Por un lado, en Fonasa se requerirá fortalecer sus unidades de operación, comercialización, soporte, y fiscalización, para así cumplir cabalmente con su rol de asegurar el acceso de sus beneficiarios al PSU. Además, existirá la necesidad de remunerar a los miembros del Consejo Directivo y que el Fonasa le proporcione el soporte técnico y administrativo. Por otro, respecto de la Subsecretaría de Salud

Pública, se requiere de un mayor número de profesionales para apoyar al Consejo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en la elaboración del Plan de Salud Universal, en relación al proceso de evaluación y de priorización de las prestaciones que integren el PSU. Aun cuando se identifican nuevos roles para la Superintendencia de Salud, se estima que ésta cuenta con capacidad para ejecutarlos, por lo que no requeriría un mayor fortalecimiento.

En segundo lugar, aun cuando no esté definido el Plan de Salud Universal, ya que es materia de decreto supremo y su conformación se encuentra sujeta a otras normas que deben dictarse una vez aprobada esta ley, así como un exhaustivo y detallado proceso de elaboración, se indica que serán parte del PSU las Garantías Explícitas en Salud (GES) relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a las que se refiere la ley N° 19.966. Sumado al rol de asegurador que contará Fonasa en relación al otorgamiento de sus beneficiarios al PSU, se concluye que no podría generarse retraso alguno en el cumplimiento de las garantías GES, por lo que se requerirá disponer de recursos adicionales para que el Fonasa pueda resolver dichos casos, sin necesidad de que el paciente efectúe reclamo alguno, como ocurre actualmente.

En tercer lugar, el PSU estará conformado por diversos servicios, desde atenciones ambulatorias, medicina preventiva, atenciones hospitalarias, de urgencia, maternidad, cuidados paliativos, medicamentos, insumos, etc. A su vez, el Plan se definirá en normas posteriores a la presente ley y los artículos transitorios regularán una transición desde las prestaciones de la modalidad de atención institucional (MAI) al PSU en un plazo máximo de cinco años. Por lo tanto, se establece como potencial gasto incremental la resolución de casos clínicos que hoy se encuentran registrados en la lista de espera no GES (SIGTE). De esta forma, en la medida que estas prestaciones se establezcan en el PSU, y que cuenten con garantías de oportunidad y de protección financiera, se requerirá de recursos adicionales para su ejecución.

En cuarto lugar, la creación de una cobertura de medicamentos para los beneficiarios del Fonasa que brindará protección financiera para la compra de ciertos medicamentos genéricos, cuya condición de venta sea bajo receta médica, implicará que Fonasa soporte parte del actual gasto de bolsillo en salud de sus beneficiarios por este concepto.

En quinto lugar, habrá un mayor gasto debido a la nueva cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades, a proveerse mediante la MLE. El gasto fiscal incremental de esta medida se produce mediante dos vías. Por un lado, se entregará una mayor protección y cobertura financiera a los actuales beneficiarios de la MLE que enfrentan alto costo en sus tratamientos o intervenciones. Por otro, se producirá una nueva demanda por servicios incluidos en la MLE, que será cubierta mediante el uso de esta cobertura especial, proveniente de los usuarios de la lista de espera no GES (LEQ) que decidan solucionar sus eventos médicos mediante esta modalidad de atención.

Por último, la modificación en la definición de beneficiarios de Fonasa implicará que los conyugues varones sin ingresos propios y el conviviente civil que se encuentran clasificados actualmente en grupo A de Fonasa,

pasarán a ser cargas del o la afiliado/a (titular), implicando un cambio en su clasificación del grupo de Fonasa, permitiéndoles con ello acceder también a la atención de la MLE.

Los cambios que introduce este proyecto son relevantes en materia del aseguramiento que puede ofrecer Fonasa en relación a la atención sanitaria de su población, lo que pudiese incentivar cierta migración de afiliados desde el sistema ISAPRE a Fonasa. Sin embargo, este efecto sólo es posible de medir una vez que se defina, al menos, el primer PSU. También, en la medida de que se vaya conformando el PSU, se podrán cuantificar las mejoras en la calidad de los servicios prestados para resolver las necesidades de la población, los requerimientos de nuevas prestaciones o soluciones de salud, entre otras.

Otras modificaciones, que tienden a potenciar a Fonasa respecto a su rol de la gestión del riesgo financiero, como permitirle gestionar la resolución de los casos en una red de prestadores amplia del PSU, cuando ésta no tenga capacidad, con un precio máximo no superior al pagado al prestador público, y la determinación de mecanismos de compra más eficientes tanto asociados al PSU como a la MLE, debiesen generar ganancias de eficiencia del gasto incurrido. En principio, las modificaciones que dicen relación al traspaso de materias de ley a reglamentos y otros instrumentos legales, no debiesen ser sujetos de cambio en el gasto. Con todo, y siguiendo un criterio conservador, se asume que estas modificaciones no tendrán como consecuencia un cambio en el gasto fiscal.

De todas formas, posterior a la estimación del impacto fiscal, se presenta un ejercicio de cálculo respecto a potenciales menores costos debido a la concentración de la compra de servicios en Fonasa. Esto, dado que el proyecto elimina dicha facultad distribuida en los Servicios de Salud y en los Hospitales Autogestionados, y ahora la concentra en Fonasa. Cabe señalar que esta estimación es sólo referencial, y que dependerá de cómo se den las licitaciones de dichos servicios en la práctica. Por ende, dicho cálculo no se integra en el impacto fiscal, lo que, a su vez, es un supuesto conservador.

ii. Metodología de Estimación del Impacto Fiscal

Dados los puntos señalados en la sección anterior, la tabla 1 resume aquellas materias que generan gasto fiscal. Adicionalmente, se debe indicar que para algunas materias la determinación del gasto fiscal estará sujeta a decretos, reglamentos y/o resoluciones, que deben dictarse una vez aprobado el proyecto, para tener certeza de los parámetros que efectivamente determinarán su gasto. Por lo tanto, para estimar su gasto se deben establecer supuestos adicionales.

De esta forma, para el caso de las garantías de oportunidad en lista de espera no GES, de la cobertura de medicamentos y la cobertura especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades, las estimaciones que se presentan tienen un valor informativo y referencial, ya que podrían variar dependiendo de lo que indique el decreto del PSU y el decreto de la MLE. A continuación, se detalla la metodología de estimación por cada materia del proyecto que genera gasto.

Tabla 1: Materias de gasto fiscal del proyecto

Materia	Supuestos sobre normas adicionales para la determinación del gasto
Costos institucionales.	No requiere.
PSU: Garantías de oportunidad retrasadas GES.	No requiere. Las garantías de oportunidad ya están determinadas en los decretos GES.
PSU: Garantías de oportunidad y de protección financiera en lista de espera no GES.	Si requiere. La estimación depende del diseño del Plan de Salud Universal, es decir, de los servicios incluidos y sus garantías, en particular de oportunidad y protección financiera.
Cobertura de medicamentos.	Si requiere. La estimación depende de los medicamentos incluidos y la protección financiera a definir.
Incorporación de nuevos beneficiarios.	No requiere.
Cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades	Si requiere. La estimación depende de las intervenciones a incluir.

Fuente: elaboración propia.

a) Costos institucionales

Para estimar los costos asociados a la incorporación de personal adicional y de los gastos necesarios para su habilitación y operación, el Ministerio de Salud determinó los requerimientos en personal y gasto en bienes y servicios para Fonasa y su Consejo Directivo, y para la Subsecretaría de Salud Pública. En el caso de la Superintendencia de Salud se considera que con la capacidad disponible es posible abordar los requerimientos establecidos por el proyecto.

Primero, se estipuló el número de funcionarios adicionales, según el rol que cumplirán en cada institución y su grado promedio de remuneraciones (acorde a la escala única de sueldos) y, segundo, el gasto a la habilitación, que corresponde al gasto por insumos necesarios para su funcionamiento.

En relación al Consejo Directivo se estipulan recursos asociados a las dietas de los miembros del mismo, y para la contratación de estudios e investigaciones. En particular, el proyecto establece que los integrantes del Consejo Directivo percibirán una dieta en pesos equivalente a 12 unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de 72 unidades de fomento por cada mes calendario. Al Presidente del Consejo

Directivo le corresponderá una dieta de 18 unidades de fomento por cada sesión a la que asista, con un máximo de 108 unidades de fomento por cada mes calendario.

b) Garantías de oportunidad retrasadas GES

Para valorizar el costo de resolución de las garantías retrasadas GES se utilizó la base de datos del SIGGES con fecha de cierre al 31 de octubre del 2019, desde la cual se extrajeron datos de todas las garantías abiertas, es decir, de todas aquellas que presentaban retrasos en los tiempos definidos en sus garantías de oportunidad respectivas. Así, se obtuvieron datos de 9.349 garantías de oportunidad retrasadas, que corresponden a un 0,3% del total de garantías efectuadas.

A su vez, cada garantía tiene asociado el arancel GES, que es el valor que paga Fonasa por cada prestación GES realizada en cada uno de los establecimientos de la red pública. Con lo anterior, se valorizan los recursos necesarios para la resolución de cada una de las garantías retrasadas.

Cabe señalar que un 2,4% de las garantías retrasadas no cuentan con un arancel definido en la base de datos, por lo que para estimar la totalidad del gasto, estas prestaciones son valoradas utilizando el valor promedio de prestaciones de base que cuentan con arancel. Esto es equivalente a incrementar el gasto estimado en el porcentaje anterior.

c) Garantías de oportunidad y de protección financiera en lista de espera no GES

Como se indicó previamente, el PSU incorporará aquellas prestaciones de la MAI incluyendo aquellas que se encuentran en la lista de espera no GES (consultas, procedimientos, e intervenciones quirúrgicas). Estos servicios asistenciales al ser parte del PSU incorporarán, según corresponda, garantías de oportunidad y de protección financiera.

Cabe indicar que el proyecto no establece explícitamente tiempos de espera para estas prestaciones ya que es parte de la elaboración del Plan de Salud Universal y fruto de su propio procedimiento, de modo que en la práctica el gasto podría ser diferente al estimado por este concepto. Sin embargo, para efectos de esta estimación se asumen las garantías de oportunidad (definida como el tiempo máximo de resolución de la atención o prestación) que se presentan en la tabla 2.

Para estimar el número de las prestaciones que habría que resolver según los tiempos de espera indicados en la tabla 2, se utilizó la base de datos del SIGTE con fecha de cierre al 1 de diciembre del 2019 desde la cual se extrajeron datos de todos los casos abiertos, es decir, de todas aquellas prestaciones en lista de espera no GES. Esto equivale a un total de 2.870.635 prestaciones descontando defunciones y casos en revisión.

Tabla 2: Supuesto de Garantías de Oportunidad

Lista de Espera no GES

Tipo de prestación	Supuesto de garantía de oportunidad	Tiempos máximos promedios de espera ¹
Consultas Nueva Especialidad	1 año	49 meses
Consultas Control Especialidad	6 meses	39 meses
Intervención Quirúrgica	2 años	4 años
Intervención Quirúrgica Compleja	1 año	33 meses
Procedimientos	6 meses	46 meses

¹ Promedio del 10% de personas que más tiempo de espera han experimentado. Datos a diciembre 2019. Se incluye a modo referencial.

Fuente: elaboración propia.

Al identificar cuáles de estas prestaciones entrarían a la categoría de incumplimiento de garantía de oportunidad, según lo indicado por la tabla 2, se llega a un total de 1.290.897 prestaciones que superan los tiempos de espera supuestos. De estas, 592.138 prestaciones hubiesen ingresado a incumplimiento antes del año 2019 y 698.759 habrían ingresado a incumplimiento en el año 2019. Cabe destacar que, en el caso de las intervenciones quirúrgicas (complejas y no complejas) 2.908 hubiesen ingresado a incumplimiento antes de 2019 y 16.366 hubiesen ingresado a incumplimiento en 2019. Lo anterior se determina al analizar la fecha de ingreso al SIGTE de la prestación y la fecha que debería haber sido resuelta la prestación, según los tiempos supuestos.

Es relevante hacer la distinción entre aquellas prestaciones que tendrían incumplimiento de garantías de oportunidad que hubiesen ingresado a dicha categoría en años anteriores, versus aquellas que ingresarían a incumplimiento en el año de ejercicio (2019 en este caso). Esto, pues al momento de resolver todas las garantías retrasadas, aquellas que vienen de años anteriores se consideran parte del stock transitorio de garantías retrasadas, ya que se resuelven por una sola vez y, en la medida que se cumplan las garantías de oportunidad, a futuro no deberían subsistir. Así, el gasto permanente se da por aquellas garantías que entran a incumplimiento en el año de ejercicio (flujo anual de garantías sobre el límite de espera).

Finalmente, para valorizar el costo de resolución de las garantías que estarían retrasadas, según los supuestos de garantías de oportunidad y asumiendo una protección financiera del 100%, se utilizan los precios de resolución que se muestran en la tabla 3.

Para las intervenciones quirúrgicas se supuso el precio GRD público de transferencia (MM\$2,2). Para las intervenciones quirúrgicas complejas se ponderó el precio anterior por un factor de 1,5. El precio promedio de un procedimiento se valoró según la información de gasto en la MLE. En último término, el precio de las consultas se supuso en \$50.000, lo cual es un escenario de costo superior al pagado actualmente dado que,

ante la necesidad de reducir una lista de consultas muy numerosa, se ha preferido estimar un escenario conservador para obtener la oferta suficiente, a lo menos, durante el primer año. Para el caso de las intervenciones quirúrgicas (complejas y no complejas) se asumen índices de complejidad según especialidad que corrigen el precio base según los costos relativos de cada especialidad.

Tabla 3: Supuesto de Precios de Resolución por Prestación

Precio Promedio por Prestación	Valor de resolución
Intervención Quirúrgica	\$2.200.000
Intervención Quirúrgica Compleja	\$3.300.000
Consultas	\$50.000
Procedimientos	\$33.000

Fuente: elaboración propia.

d) Cobertura Financiera Medicamentos Genéricos en MLE

Respecto a la cobertura de medicamentos, el proyecto indica que la cobertura sólo aplicará para medicamentos ambulatorios genéricos con venta sujeta a receta médica. El gasto de la medida dependerá de los medicamentos incluidos y de la protección financiera a definir. En este contexto, se presenta un ejercicio de estimación del costo fiscal el cual puede cambiar según diseño final que se implemente para esta política.

En primer lugar, se supone que la cobertura cubrirá la totalidad del mercado de medicamentos éticos o de receta (194 principios activos con distintas presentaciones y dosis). Se considera que cada principio activo tiene un submercado donde compiten distintos productos farmacéuticos genéricos, genéricos con marca, y de marca. Por lo tanto, para calcular el costo de la cobertura financiera ofrecida, se estimaron los precios de venta que tendrían los productos asegurados, y el efecto de tales precios en la demanda de los medicamentos genéricos.

La estimación de los precios de venta de los fármacos asegurados se hizo en base a los costos unitarios de los fármacos considerando el periodo entre junio 2018 y junio 2019, a partir de datos de la empresa IQVIA, especialista en este tipo de datos. Luego, se incluye el IVA y un margen bruto del 40%, que corresponde al margen promedio del sector farmacéutico el 2018 según la Fiscalía Nacional Económica.

Respecto a la demanda actual de los beneficiarios Fonasa por medicamentos éticos genéricos y su potencial crecimiento, se asumió como el 50% de las unidades genéricas éticas vendidas en el periodo en estudio. Por su parte, la demanda actual de los beneficiarios Fonasa por fármacos no genéricos se asumió como 30% de las unidades no genéricas éticas vendidas en el mismo periodo.

Finalmente, se asume que, a través de la modalidad libre elección, se ofrecerá una cobertura financiera del 40% para el gasto en fármacos éticos genéricos. Entonces, para estimar el crecimiento de la demanda primero se estima la variación porcentual entre el precio antes de la política y después de la política que enfrentarían los beneficiarios. Luego, esta variación se multiplica por una elasticidad precio demanda de 0,3; siendo un supuesto conservador en base a diversos estudios sobre medicamentos éticos. Para capturar el efecto de consumidores que migren del mercado no genérico hacia el genérico, también se incluye una elasticidad precio cruzada de 0,1. En último lugar, se establece que desde el primer año inicia su cobertura con todos los medicamentos genéricos hoy comercializados y que cuya condición de venta es con receta médica.

e) Cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades en MLE

En primer lugar, se simula el impacto financiero del aumento de la cobertura para los usuarios actuales de la MLE (grupos Fonasa B, C y D), suponiendo que se aplica la cobertura descrita al uso observado en la MLE. Para realizar este ejercicio, se utilizan la base de datos de las prestaciones otorgadas por la atención en la MLE del año 2017, 2018 y 2019, con el objeto de contar con una representación menos estacional del consumo en la modalidad libre elección. Estas bases de datos caracterizan el consumo de la MLE identificando a personas y prestaciones otorgadas, el aporte de bonificación Fonasa por cada prestación, y los copagos de lista o referenciales por prestación. Adicionalmente, incluye información de los titulares respecto de los cuales los beneficiarios dependen, en términos de su renta anual, el número total de miembros que conforma el grupo que depende del titular, su grupo Fonasa, entre otros elementos.

Entonces, con tal de estimar el mayor gasto debido a una mayor cobertura a los usuarios actuales de la MLE, se identifican todos aquellos usuarios de la MLE para los que se observan valores efectivos de copago superiores al gasto máximo que deben financiar de acuerdo con las reglas estipuladas por la cobertura, considerando para ello el salario mínimo vigente en 2021 de \$326.500 pesos, y que cumplen con el mínimo de cotizaciones indicado en el proyecto. La diferencia entre el costo identificado para cada beneficiario elegible, cobrado por los prestadores, con el gasto máximo a soportar por el beneficiario representa el gasto fiscal por beneficiario.

Los procedimientos de cálculo anteriores se realizan por separado para cada base de datos de cada año (2017, 2018 y 2019). Así, para cada año el gasto fiscal incremental corresponde a la diferencia entre la sumatoria de los gastos totales de las intervenciones de los beneficiarios de la cobertura, valorizadas a precio efectivo de los prestadores, por sobre el total de gasto a financiar por los usuarios. Con el propósito de reflejar sólo el gasto incremental, se descuentan los aportes efectuados por Fonasa mediante el Fondo de Asistencia Médica (FAM).

Cabe indicar que antes de realizar los cálculos respectivos, para cada base de datos, se llevan a pesos 2021 los valores de salarios, copagos y FAM. Luego, con las estimaciones realizadas por año, se calcula el valor

promedio de los tres años observados, con el propósito de estimar una población usuaria potencial representativa en el primer año de vigencia del proyecto y su gasto fiscal asociado.

En segundo lugar, para estimar el número de eventos médicos nuevos o inducidos, provenientes de la lista de espera quirúrgica no GES y que podrían ser resueltos mediante la cobertura especial, se utiliza la base de datos de la lista de espera quirúrgica no GES con cierre a 22 de septiembre de 2019, y las bases de datos de eventos médicos de la MLE anteriormente indicadas. Una restricción para la estimación es que no se cuenta con un cruce entre personas de la lista de espera con la información de las rentas de sus titulares y el tamaño de sus grupos dependientes.

De este modo, con la información que se dispone se ha optado por la siguiente estrategia de estimación. Primero, utilizando las bases de datos de la atención en la MLE para 2017, 2018 y 2019, se identificó que, del total de eventos médicos observados, en promedio un 5,09% de los eventos cumplen con las condiciones para ser elegibles para la cobertura especial. De esta forma, se supuso que el mismo porcentaje de eventos de la lista de espera cumpliría con las condiciones para ser elegido. Luego, con la base de datos de la lista de espera se obtuvieron los casos en espera al cierre por especialidades para el conjunto de intervenciones quirúrgicas complejas y no complejas y por grupo Fonasa. De esta manera, el 5,09% de dichos casos se consideró como la demanda potencial desde la lista de espera.

Posteriormente, se valorizaron la totalidad de estos eventos suponiendo el precio promedio GRD público, es decir, un valor promedio nacional de \$2.200.000. Luego, se estimó un precio por especialidad aplicando al precio promedio coeficientes de ajuste por complejidad. Estos factores de ajustes fueron calculados por Fonasa y representan la heterogeneidad inherente, en términos de los costos, de la resolución de diferentes eventos médicos dependiendo de las especialidades a las que estos pertenezcan.

El siguiente paso consistió en estimar para los usuarios de cada grupo Fonasa B, C o D, provenientes de la demanda desde la lista de espera, su deducible promedio calculado mediante los datos del uso de la MLE. Entonces, por cada grupo se calculó el deducible promedio, estimando el gasto como la diferencia entre el deducible y el valor a pagar al prestador.

Finalmente, del total de eventos potenciales se ha definido como supuesto, en vista de que son materias por definir en decretos posteriores a la publicación de la ley, que el primero año se cubrirá el 31% de ellos hasta llegar al 45% en el quinto año.

f) Incorporación de nuevos beneficiarios

Para determinar el efecto en el gasto fiscal que implica incluir a la MLE a las cargas hombres carentes ingresos que, a su vez, dependen de titulares mujeres en Fonasa siendo estas cónyuges o que se encuentren bajo un acuerdo de unión civil, primero se determina el número de hombres que se encuentran en dicha situación, y

posteriormente se les asocia un valor esperado (aporte fiscal) por el uso de dicha modalidad de atención. Para efectos de la estimación, se asume que la estructura de grupos de ingreso (tramos Fonasa) se mantiene de acuerdo a la actual configuración.

Este valor esperado de gasto fiscal per cápita por este concepto se calcula dividiendo el total de gasto en la MLE del año 2017, generado por los beneficiarios hombres que se encuentran en el tramo de 18 a 65 años de edad, por el total al que corresponden para ese año. Lo anterior, se realiza por tramo Fonasa (B, C o D). De este modo, la estimación de gasto implica considerar la población total esperada beneficiaria nueva y multiplicarla por el gasto fiscal esperado promedio por beneficiario.

Se estima el total de hombres sin ingresos, que se encuentren en matrimonio civil o en acuerdo de unión civil con mujeres empleadas y que pertenezcan a Fonasa en los tramos B, C o D, utilizando los datos de la Encuesta de Caracterización Económica Nacional (CASEN) del año 2017, del Ministerio de Desarrollo Social (MDS). La estimación se delimita a hombres entre 18 y 65 años de edad. Se elige limitar la población hombre a un máximo de 65 años, pues se estima que la mayoría de los hombres de 65 años o más cuenta con ingresos propios, relacionados a la pensión, de modo que no califican como hombre carente de ingresos (del grupo A).

g) Proyección del gasto y valor en pesos 2021

En relación al gasto fiscal producto de la resolución de garantías retrasadas del GES, las prestaciones de la lista de espera no GES, la cobertura de medicamentos, la cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades, y el gasto MLE producto de la nueva configuración de beneficiarios, en cada caso, este se puede descomponer como el gasto per cápita por beneficiario multiplicado por el total de beneficiarios.

De esta forma, incluso si el gasto per cápita no varía, si el total de beneficiarios crece en el tiempo, el gasto fiscal también lo hará. De esta forma, se realiza una proyección de crecimiento del gasto, para cada uno de los ítems anteriores, según el crecimiento estimado de cada población beneficiaria. Para construir la estimación del crecimiento del gasto debido al factor población se utilizan las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas para el periodo 2021 a 2025.

Por otro lado, todos los valores que no estén expresados en pesos de 2021 se llevan a valor de pesos 2020 inflactando según corresponda, utilizando los datos del IPC general mensual publicado por el Banco Central. Para inflactar de pesos de 2020 a 2021, se asume una inflación de 3%, tal como se supuso para 2021 en el Informe de Finanzas Públicas del cuarto trimestre de 2020.

En el caso de las estimaciones del gasto a incurrir en personal del Fonasa y Subsecretaría de Salud Pública, se consideran las remuneraciones promedio del año 2019 y se ajustan por el reajuste del sector público de los años 2020 y 2021. Por su parte, aquellos gastos vinculados a UF, como por ejemplo las dietas asociadas a los

miembros del Consejo Directivo, se considera el valor de la UF al 26 de febrero de 2021 (\$29.265).

h) Otros supuestos adicionales.

Para la determinación el gasto fiscal del PSU, se ha asumido que serán parte del Plan, desde el primer año, todas las atenciones que en hoy se otorgan en la modalidad institucional y que no habrá cambios en el periodo de transición de la ley relacionados a las funciones de insumo-producto de la atención asistencial en la red pública de salud. Por otra parte, cabe señalar que se asume que toda la demanda de prestaciones producto de las garantías de oportunidad retrasadas GES y la lista de espera no GES puede ser absorbida por las redes de salud nacionales. Finalmente, no se incorpora la potencial migración desde los afiliados de ISAPRE a Fonasa. Se debe señalar que las cifras de impacto fiscal que se presentan más adelante dan cuenta de una cota superior de gasto, debido a los supuestos de estimación.

iii. Resultado Estimaciones de Impacto Fiscal

De acuerdo con el análisis efectuado y a las estrategias de estimación antes definidas se presenta en este apartado el impacto fiscal directo del proyecto.

En su primer año de aplicación, se estima que el gasto fiscal incremental que irroga este proyecto asciende a los MM\$159.231 (tabla 4). Los gastos incrementales asociados a la entrega del PSU a los beneficiarios del Fonasa ascienden a MM\$114.401. Esto se divide en el gasto producto de la resolución de garantías de oportunidad de la lista de espera no GES, lo que equivale a MM\$104.916, y en el gasto de resolución de garantías de oportunidad retrasadas GES, que se estima en MM\$9.485. Por otra parte, la aplicación de la cobertura de medicamentos se estima en un gasto para el Fonasa de MM\$27.435. A su vez, el gasto producto de la cobertura especial intervenciones quirúrgicas se estima en MM\$11.627. En último lugar, el gasto debido a la cobertura financiera en la MLE a la que acceden los beneficiarios hombres conyugues que se incorporan como cargas asciende a MM\$819.

Respecto del gasto en materia de garantías de oportunidad no GES, este es superior en su primer año de aplicación respecto de los siguientes, debido a que se deben resolver todas aquellas garantías de arrastre de años anteriores, es decir, aquellas que entrarían a incumplimiento antes del año de ejercicio. En vista de que las estimaciones se sustentan en la información con corte en el año 2019, éstas son las garantías de oportunidad que se hubieran vencido en años anteriores y que se consideran de arrastre. En consecuencia, para los años siguientes sólo se considera como gasto aquellas garantías de oportunidad no GES que entran a incumplimiento en el año de ejercicio. Para el caso de GES, la gran mayoría de las garantías retrasadas entran en dicha categoría en el mismo año de ejercicio. De esta forma, la totalidad de estas garantías se considera como gasto permanente.

Por su parte, se estima un gasto institucional de MM\$4.950, el cual se asocia a la mayor carga de trabajo para las instituciones involucradas debido a sus nuevas funciones. Respecto del gasto en personal y en bienes y servicios, se determinan MM\$4.300 adicionales para Fonasa y MM\$650 para la subsecretaría de salud pública (tabla 5).

Así, considerando los factores de crecimiento poblacional que incrementan el gasto para todas las materias, excepto el gasto institucional, se llega a que en el año quinto de implementación el proyecto de ley irrogaría un gasto fiscal equivalente a MM\$139.627

Tabla 4: Estimación del Gasto fiscal incremental asociado al proyecto de ley
(en MM\$ de 2021)

Año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Resolución garantías de oportunidad GES	\$ 9.485	\$ 9.748	\$ 10.014	\$ 10.282	\$ 10.555
Resolución garantías de oportunidad no GES	\$ 104.916	\$ 73.280	\$ 74.356	\$ 75.432	\$ 76.522
Cobertura medicamentos	\$ 27.435	\$ 27.609	\$ 27.771	\$ 27.932	\$ 28.092
Cobertura especial intervenciones quirúrgicas	\$ 11.627	\$ 13.280	\$ 15.597	\$ 17.208	\$ 18.678
Gasto Institucional	\$ 4.950	\$ 4.950	\$ 4.950	\$ 4.950	\$ 4.950
Gasto Nuevos Beneficiarios MLE	\$ 819	\$ 824	\$ 827	\$ 829	\$ 831
Total Gasto Fiscal	\$ 159.231	\$ 129.691	\$ 133.514	\$ 136.633	\$ 139.627

Nota: Las estimaciones consideran gasto estimado para año completo y asume que las medidas presentan el mismo inicio de vigencia.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5: Estimación del gasto fiscal por nuevas funciones o gasto institucional
(en MM\$ de 2021)

Gasto Institucional	Institución	Monto
Gasto en personal		
	Fonasa	\$ 2.229
	Consejo Directivo Fonasa	\$ 190
	Subsecretaría de Salud Pública	\$ 278
Subtotal		\$ 2.697
Gasto en bienes y servicios		
	Fonasa	\$ 1.882
	Subsecretaría de Salud Pública	\$ 371
Subtotal		\$ 2.254
Total		\$ 4.950

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en este párrafo se presenta a modo referencial, un ejercicio de cálculo que da cuenta de potenciales menores costos producto de la concentración de la función de compra de servicios asistenciales en Fonasa. De acuerdo a las cifras del gasto devengado del año 2019, el gasto en compras de servicio asistenciales ascendió a MM\$196.475 (en pesos 2021). Luego, suponiendo que se logra un porcentaje de ahorro similar al conseguido en las últimas licitaciones de compra GRD equivalente al 25%, debido a la compra centralizada, ello podría implicar un menor costo por compras de servicio equivalente a MM\$49.119. Es importante recalcar, que este cálculo es sólo referencial pues depende de cómo se configure la licitación en la práctica.

IV. Norma de Imputación del Gasto

El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley durante su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos. Para los años siguientes, se financiará de acuerdo con lo que determinen las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

V. Fuentes de información

- Banco Central de Chile. Base de datos índice de precios al consumidor (IPC).
- Contoyannis, P., Hurley, J., Grootendorst, P., Jeon, S. H., & Tamblyn, R. (2005). Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada. *Health economics*, 14(9), 909-923.
- Dirección de Presupuestos. Base de datos de la Ejecución Presupuestaria del Ministerio de Salud 2019, extraídos del Sistema para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE).
- Dirección de Presupuestos (2021). Informe de Finanzas Públicas Cuarto Trimestre 2020.
- Fondo Nacional de Salud. Base de Datos de Casos Abiertos del Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES) con cierre al 31 de octubre del 2019.
- Fondo Nacional de Salud. Base de Datos de Casos Abiertos del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) con cierre al 1 de diciembre del 2019.
- Fondo Nacional de Salud. Registros administrativos del Fondo Nacional de Salud, año 2017, en relación a la categorización del gasto de los beneficiarios en la Modalidad de Libre Elección de los beneficiarios del Fonasa.
- Fondo Nacional de Salud. Base de datos de eventos médicos programados de la MLE año 2017, 2018 y 2019.
- Fondo Nacional de Salud. Registro de la población beneficiaria de Fonasa por grupo de edad y sexo. Fondo Nacional de Salud.
- Fiscalía Nacional Económica (2020). Estudio de mercado de los medicamentos. Disponible en: <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2020/01/Informe-Final.pdf>

- Gemmill, M. C., Costa-Font, J., & McGuire, A. (2007). In search of a corrected prescription drug elasticity estimate: a meta-regression approach. *Health economics*, 16(6), 627-643.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones de Población del INE. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. (consultadas el 10 de mayo de 2019).
- IQVIA. Ventas del mercado ético de medicamentos, año móvil junio 2019.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Presupuestos Familiares VIII (EPF VIII).
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2017). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017.



MATÍAS ACEVEDO FERRER
Director de Presupuestos

Visación Subdirección de Presupuestos:



Visación Subdirección de Racionalización y Función Pública:

