

## Informe Financiero

### Proyecto de ley para reformar el fondo nacional de salud y crear un plan de salud universal.

#### Mensaje N° 211-368

#### I. Antecedentes

El proyecto de ley en estudio cuenta con cinco artículos permanentes y once artículos transitorios. El primer artículo permanente incorpora una serie de modificaciones al DFL N° 1, de 2005, de Salud, con el propósito de reformar al Fondo Nacional de Salud, en adelante el Fonasa, en un seguro público de salud con el objeto de mejorar el acceso y atención de salud en el país. En particular, se 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, siendo estas las de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, y será rol del Fonasa asegurar el Plan y sus garantías a sus beneficiarios.

Así, el artículo presenta nuevas funciones, atribuciones y obligaciones para Fonasa, en materia de asegurar el ejercicio del PSU, sumado a la creación de un Consejo Directivo. Luego, se establece un proceso explícito y transparente para la configuración del PSU, donde se les otorgan diversas funciones y tareas a distintas entidades públicas, siendo la función principal aquella ejercida por la Subsecretaría de Salud Pública, ya que es ella quien efectúa la evaluación científica de la evidencia y prioriza la inclusión de las diversas atenciones de salud al PSU. Finalmente, también se añaden funciones a la Superintendencia de Salud en materia de fiscalización del Fonasa respecto a su deber de asegurar del PSU.

Específicamente, las funciones y atribuciones más relevantes que se crean para Fonasa tienen por objeto que esta institución pueda asegurar el otorgamiento a sus beneficiarios de los servicios del PSU y sus garantías de forma efectiva. Para ello se le faculta para establecer la red de prestadores del PSU, determinar los mecanismos de compra de los servicios incorporados en el plan, fiscalizar el otorgamiento de los servicios y sancionar las infracciones a las normas que rijan el PSU, interpretar administrativamente normas en materias de su competencia, dictar las normas técnico administrativas para la aplicación del PSU, y tratar datos personales con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.

Asimismo, se establece una nueva estructura de gobernanza para Fonasa mediante la creación de un Consejo Directivo y un Consejo Consultivo. El Consejo Directivo se compone de 5 miembros, incluido el Director de Fonasa, quienes serán nombrados por el Presidente de la República a través del proceso de selección del Sistema de Alta Dirección Pública y serán personas expertas y con trayectoria laboral en materias del campo de la salud, de la economía, y relacionadas. Este Consejo Directivo busca otorgar más independencia, autonomía y control a Fonasa haciéndose cargo de una serie de materias de carácter técnico, como, por ejemplo: pronunciarse sobre los criterios para la selección de los prestadores, los precios de compra, los

mecanismos de compra, el proyecto de presupuestos del Fonasa, la evaluación de la implementación del PSU, entre otras funciones.

Respecto del Consejo Consultivo, este se conformará por 10 miembros, y su objetivo será asesorar Consejo Directivo en el análisis y evaluación del PSU, y en la definición y evaluación de los planes institucionales, entre otras materias. Un reglamento expedido por el Ministerio de Salud determinará los elementos operativos de dicho Consejo, por ejemplo, el procedimiento de elección o designación de sus miembros, requisitos de representatividad paritaria de diversos actores, quórums para sesionar y adoptar acuerdos, entre otras materias que se requieran para el correcto desarrollo de sus tareas.

Por su parte, 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 las coberturas financieras por 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.

Respecto de la Modalidad de Libre Elección (MLE), se define que los prestadores individuales de dicha modalidad, al igual que como opera actualmente, deberán establecer un convenio con el Fonasa e inscribirse en alguno de los grupos de rol que Fonasa llevará para estos efectos. Sin embargo, tratándose de establecimientos o entidades asistenciales, Fonasa deberá efectuar una licitación pública para determinar los prestadores que podrán otorgar Servicios de Salud en esta modalidad. Además, se postula que para todos los casos la bonificación que efectúe Fonasa no excederá el 60% del valor de lo bonificado en igual prestación dentro del PSU, y mediante decreto supremo, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación según el servicio a considerarse.

Luego, se establece la creación de un seguro de medicamentos para todos los beneficiarios de Fonasa, con objeto de disminuir el gasto de bolsillo y fomentar el uso de medicamentos genéricos. De acuerdo a lo que se establezca mediante decreto, el seguro otorgará protección financiera para la compra de los medicamentos genéricos, cuya condición de venta sea bajo receta médica, establecidos por un proceso de selección realizado por la Subsecretaría de Salud Pública y de acuerdo a los recursos y procedimientos que establezca el Fonasa. Cabe señalar, que la compra de dichos medicamentos se efectuará por la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud a requerimiento del Fonasa, donde para el ejercicio de esta medida la Central no podrá cobrar comisión de intermediación.

Finalmente, el mismo artículo primero 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.

En segundo término, el artículo segundo permanente 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.

En tercer lugar, el artículo tercero permanente actúa en consecuencia de las nuevas funciones y atribuciones otorgadas a Fonasa, eliminando 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. De esta forma, se deroga el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, de Salud.

Posteriormente, el artículo cuarto permanente modifica el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, en el sentido de precisar que 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 o en convenio de MLE. Luego, el artículo quinto permanente indica que a contar de la fecha de entrada en vigencia de lo dispuesto en el numeral 7 del artículo 1°, todas las menciones que las leyes, reglamentos, demás normas y referencias que se hagan al “Fondo Nacional de Salud”, o al “Fondo”, se entenderán reanalizadas a “Fonasa”.

Por último, los artículos transitorios establecen diversas materias en relación con transiciones en la implementación, adecuaciones en términos de la entrada en vigencia de ciertas normas, entre otros temas. El primer artículo transitorio trata de la vigencia del primer decreto que contenga el PSU, en particular, se establece un criterio que permita tener suficiente tiempo para planificar su implementación, desde la publicación de la ley. El segundo transitorio, se ocupa de la entrada en vigencia de las normas introducidas al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, estableciendo ciertas excepciones.

El artículo tercero transitorio indica que mientras no entre en vigencia el decreto supremo que indica las nuevas coberturas de la MLE, regirán las bonificaciones vigentes con anterioridad a la modificación de la presente ley. El artículo cuarto, quinto y sexto transitorios se refieren a la entrada en vigencia del artículo 2° del proyecto, de la entrada en vigencia del artículo 3°, y del periodo para que se dicten los reglamentos mencionados en los artículos 1° y 2° del proyecto de ley.

Luego, el artículo séptimo transitorio se refiere al mecanismo que permite realizar una transición desde la MAI hacia la implementación del PSU, en materia de prestaciones y coberturas financieras. El artículo octavo transitorio se refiere a la primera designación de los miembros del Consejo Directivo, con el fin de establecer un mecanismo que permita alternancia en el nombramiento de los miembros del mismo.

El artículo noveno transitorio permite al Presidente de la República a que, dentro del plazo de un año contado

desde la fecha de publicación de la ley, establezca mediante un decreto con fuerza de ley, expedido por el Ministerio de Salud, el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Este decreto con fuerza de ley será denominado “Ley General de Salud”.

Finalmente, el artículo décimo transitorio permite que el Presidente de la República mediante uno o más decretos podrá modificar el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las partidas, capítulos, programas, ítems, asignaciones y glosas presupuestarias que sean pertinentes para la aplicación de esta ley y el décimo primero transitorio se refiere a la norma de imputación del gasto.

## **II. 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 de un seguro de medicamentos ambulatorios y 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, 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 la elaboración del Plan de Salud Universal, en aquello que dice 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 de 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, 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 MAI al PSU. Por lo tanto, se establece como potencial gasto incremental la inclusión o 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 un seguro 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.

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 a través de la modalidad de libre elección (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 la migración desde el sistema ISAPRE a Fonasa. Sin embargo, este efecto será posible de medir una vez que se defina, al menos, el primer PSU. También, en la medida de que se vaya conformado el PSU se podrán cuantificar las mejoras en 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 generar la gestión de 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 a modo conservador, se asume que estas modificaciones no tendrán como consecuencia un mayor gasto fiscal.

De todas formas, posterior a la estimación del impacto fiscal, se presenta un ejercicio de cálculo respecto a potenciales menores costos producto del efecto de 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.

Finalmente, cabe indicar que el artículo cuarto permanente no tiene efecto fiscal debido a que corresponde a una norma que no incide en el costo de las prestaciones, en el volumen de las mismas o en su cobertura financiera. Asimismo, el artículo quinto permanente tampoco genera efectos fiscales.

## 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 el gasto. Por lo tanto, para estimar su gasto se deben establecer supuestos adicionales.

**Tabla 1: Materias de gasto fiscal del proyecto**

<b>Materia</b>	<b>Supuestos sobre normas adicionales para la determinación del gasto</b>
<b>Costos institucionales.</b>	No requiere.
<b>PSU: Garantías de oportunidad retrasadas GES.</b>	No requiere. Las garantías de oportunidad ya están determinadas en los decretos GES.
<b>PSU: Garantías de oportunidad y de protección financiera en lista de espera no GES.</b>	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.
<b>Seguro de medicamentos.</b>	Si requiere. La estimación depende de los medicamentos incluidos y la protección financiera a definir.
<b>Incorporación de nuevos beneficiarios.</b>	No requiere.

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

### 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, la remuneración del secretario ejecutivo y para la contratación de estudios e investigaciones.

#### 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.

**Tabla 2: Supuesto de Garantías de Oportunidad**  
 Lista de Espera no GES

Tipo de Prestación	Garantía de Oportunidad	Tiempos Máximos promedios de espera <sup>1</sup>
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

<sup>1</sup> Promedio del 10% de personas que más tiempo de espera han experimentado. Se incluye a modo referencial.

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.

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 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 a futuro no deberían subsistir. Así, el gasto permanente se da por aquellas garantías que entran a incumplimiento en el año de ejercicio.

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

#### d) Seguro Medicamentos

Respecto al seguro de medicamentos, el proyecto indica que el seguro 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 el seguro 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. El proyecto indica que las compras de medicamentos serán a través de CENABAST, por lo tanto, a los costos (precio al cual los laboratorios venden en promedio a las farmacias) se les aplica un descuento por volumen promedio de CENABAST del 35%. 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. Cabe indicar que, pese a que la distribución será licitada y este margen bruto disminuirá considerablemente, con el fin de realizar una evaluación conservadora se ha establecido el mismo margen actual.

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.

A continuación, se asume que el seguro ofrecerá una cobertura financiera del 40% para el gasto en fármacos éticos genéricos. Dado ello, 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.

#### e) 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 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).

#### f) Proyección del gasto

En relación al gasto fiscal producto de la resolución de garantías retrasadas del GES, las prestaciones de la lista de espera no GES, el seguro de medicamentos 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 las garantías de oportunidad retrasadas GES y las prestaciones de la lista de espera no GES, en cada caso y por separado, se extrae de las bases de datos respectivas la distribución de sexo y grupo de edad de los beneficiarios asociados a las prestaciones pendientes. Así, utilizando los datos de proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) se crea un factor de crecimiento poblacional ponderado por la distribución de sexo y edad de los beneficiarios en cada caso.

Para el gasto MLE de los nuevos beneficiarios, utilizando los datos de las proyecciones del INE se construye un factor de crecimiento poblacional para el grupo de hombres entre 18 y 65 años de edad, asumiendo como año base el año 2020. Adicionalmente, como en este último caso se utilizan datos de 2017 para construir la estimación, se actualizan el gasto inicial por la inflación efectiva de 2017 a 2018, y por la inflación estimada de 2019, para reflejar este gasto en pesos de 2020.

Con respecto al gasto por el seguro de los medicamentos, se estima la distribución de sexo y edad de los beneficiarios utilizando datos de la encuesta de presupuestos familiares VIII (EPF VIII, del año 2018). Se construye una tabla con la distribución de sexo y grupo de edad de aquellos individuos de la muestra que pertenecen a Fonasa y a hogares con consumo positivo de medicamentos. Así, utilizando los datos de proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) se crea un factor de crecimiento poblacional ponderado por la distribución de sexo y edad de los beneficiarios estimados.

Finalmente, 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.

### **iii. Resultado Estimaciones de Impacto Fiscal**

De acuerdo al análisis efectuado y a las estrategias de estimación antes definidas se presenta en este apartado el impacto fiscal directo del proyecto. Para su determinación se ha asumido que serán parte del PSU, 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. En materia del seguro de medicamentos, 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. Por último, 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 dan cuenta de una cota superior de gasto, debido a los supuestos de estimación.

En su primer año de aplicación, se estima que el gasto fiscal incremental que irroga este proyecto asciende a los MM\$131.150 (ver tabla 4). El principal gasto está relacionado a la entrega de atención de salud y protección financiera frente al consumo de medicamentos. Los gastos incrementales asociados a la entrega del PSU a los beneficiarios del Fonasa ascienden a MM\$107.785. 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\$98.849, y en el gasto de resolución de garantías de oportunidad retrasadas GES, que se estima en MM\$8.936. Por otra parte, la aplicación del seguro de medicamentos se estima en un gasto para el Fonasa de MM\$17.769.

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 (2019 en nuestro caso). 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 (2019 en nuestro caso). De esta forma, la totalidad de estas garantías se considera como gasto permanente.

Por su parte, se estima un gasto institucional de MM\$4.818, 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\$4.196 adicionales para Fonasa y MM\$622 para la subsecretaría de salud pública (ver 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\$106.446.

**Tabla 4:** Estimación del Gasto fiscal incremental asociado al proyecto de ley  
(en MM\$ de 2020)

Año	1	2	3	4	5
Resolución garantías de oportunidad GES	\$ 8.936	\$ 9.199	\$ 9.458	\$ 9.719	\$ 9.983
Resolución garantías de oportunidad no GES	\$ 98.849	\$ 69.249	\$ 70.343	\$ 71.402	\$ 72.458
Seguro de medicamentos	\$ 17.769	\$ 17.947	\$ 18.069	\$ 18.180	\$ 18.291
Gasto Institucional	\$ 4.818	\$ 4.818	\$ 4.818	\$ 4.818	\$ 4.818
Gasto Nuevos Beneficiarios MLE	\$ 777	\$ 809	\$ 839	\$ 867	\$ 896
<b>Total Gasto Fiscal</b>	<b>\$ 131.150</b>	<b>\$ 102.023</b>	<b>\$ 103.527</b>	<b>\$ 104.987</b>	<b>\$ 106.446</b>

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 5:** Estimación del gasto fiscal por nuevas funciones o gasto institucional  
(en MM\$ de 2020)

Gasto Institucional	Institución	Monto
<b>Gasto en personal</b>		
	Fonasa	\$ 2.155
	Consejo Directivo Fonasa	\$ 164
	Subsecretaría de Salud Pública	\$ 272
<b>Subtotal</b>		<b>\$ 2.592</b>
<b>Gasto en bienes y servicios</b>		
	Fonasa	\$ 1.877
	Subsecretaría de Salud Pública	\$ 350
<b>Subtotal</b>		<b>\$ 2.227</b>
<b>Total</b>		<b>\$ 4.818</b>

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 registrado a la fecha para el año 2019, el gasto en compras de servicio asistenciales asciende a MM\$185.114. 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\$46.279. Es importante recalcar, que este cálculo es sólo referencial pues depende de cómo se configure la licitación en la práctica.

### III. 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.

### IV. Fuentes de información

- Base de Datos de Casos Abiertos del Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES) con cierre al 31 de octubre del 2019.
- Base de Datos de Casos Abiertos del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) con cierre al 1 de diciembre del 2019.
- Datos de la Ejecución Presupuestaria del Ministerio de Salud 2019, extraídos del Sistema para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE).
- Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- 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.
- Registro de la población beneficiaria de Fonasa por grupo de edad y sexo. Fondo Nacional de Salud.
- Proyecciones de Población del INE. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Consultadas el 10 de mayo de 2019.
- Encuesta de Presupuestos Familiares VIII (EPF VIII). Instituto Nacional de Estadísticas.
- Informe preliminar sobre estudio del mercado de los medicamentos, de la Fiscalía Nacional Económica (FNE).
- Ventas del mercado ético de medicamentos, año móvil junio 2019. IQVIA.
- 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.
- 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.



**MATÍAS ACEVEDO FERRER**  
**Director de Presupuestos**

Visación Subdirección de Presupuestos:



**SUB DIRECTOR**

Visación Subdirección de Racionalización y Función Pública:



**SUBDIRECTOR RACIONALIZACIÓN Y FUNCIÓN PÚBLICA**