



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FARMACOLÓGICA Y TOXICOLÓGICA  
REPRESENTACIÓN OPS/OMS EN CHILE

**MODELOS DE FARMACIAS POPULARES EN CHILE Y BRASIL Y LOS  
RESULTADOS EN CHILE: EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LO ECONÓMICO,  
SOCIAL Y SANITARIO**

**Patrocinante**

Dr. Alejandro Álvarez Lueje  
Departamento de Química Farmacológica y Toxicológica  
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas  
Universidad de Chile

**Director**

Mg. QF. José Peña Ruz  
Asesor Regional OPS/OMS

Memoria para optar al título de Química Farmacéutica

**MACARENA DEL PILAR FILÚN AGUILAR**

**Santiago, 2018**

*“Las mujeres formamos un hemisferio humano. Toda ley, todo movimiento de libertad o de cultura nos ha dejado por largo tiempo en la sombra. Siempre hemos llegado al festín del progreso, no como el invitado reacio que tarda en acudir, sino como el camarada vergonzante al que se invita con atraso y al que luego se disimula en el banquete por necio rubor. Más sabia en su inconsciencia, la naturaleza pone una luz sobre los dos flancos del planeta. Y es ley infecunda toda ley encaminada a transformar pueblos y que no toma en cuenta a las mujeres”*

**Gabriela Mistral.** “La instrucción de la mujer”, en: La Voz de Elqui, Vicuña, 8 de marzo de 1906.

## **DEDICATORIA**

A Fernanda, por siempre creer en mí y anteponer el amor que brinda la hermandad sobre las diferencias.

A Mauricio, el amor es la mejor aventura contigo al lado.

A mi papá y mamá, quienes me enseñan día a día que la crianza y el aprender de la vida nunca acaban.

Y a mi abuelita, porque compartir esto contigo era un sueño que tenía pendiente.

## AGRADECIMIENTOS

Como término de la etapa universitaria y, a modo de concretar la tan ansiada investigación que lleve al título profesional, agradezco, en primer lugar, a mi director de tesis José Peña por creer y apoyar este proyecto desde sus inicios. En la misma línea, doy gracias por haber conocido a toda la gente de la oficina de la representación OPS/OMS Chile y contar en todo este tiempo con su apoyo. Por María Jesús, Carolina, Cecilia, Marcela, Claudio, Susana, Gonzalo, Gabriela Torres y Gabriela Rubio, don Ernesto, don Luis, mis compañeras pasantes Francisca y Xaviera y todos quienes día a día hacen una experiencia estar temprano en la oficina.

Este proyecto no habría sido posible sin la acogida y recepción de los futuros colegas que me recibieron en sus respectivas farmacias populares junto con su equipo técnico. Desde Jimena en La Serena, Carolina en Vicuña, Gabriela y Carlos en Lanco, Ferial en Valdivia, Nicole en Punta Arenas, Julio en Pedro Aguirre Cerda, Natalia en Vitacura, Sergio en Pudahuel, Diego, Diego y Lorena en Lo Prado, Katherine en Cerrillos, Damaris en Puente Alto, Jorge y Paulo en Huechuraba, Carolina en Padre Hurtado, Carolina en Recoleta, Ana en Valparaíso y Andrés en Ñuñoa. Infinitas gracias por querer contar su historia y su trabajo. El valor que tiene es aún inconmensurable.

El cierre de este proceso no tendría el valor que tiene si no hubiese sido tan vívido como lo fueron estos casi diez años universitarios, marcados por la búsqueda y encuentro personal y del entorno, la madurez como mujer y como futura profesional. Las aulas universitarias albergaron para mí más que clases y aprendizaje y fuera de ella experiencias que variaban desde la dirigencia estudiantil, a los juegos de rol y los ratos de buen cine. El siguiente apartado contiene énfasis especial a quienes me ayudaron a sobrevivir los altibajos de la vida universitaria, las desdichas y las aventuras. Para ellas y ellos va esto: mi tío Pablo y tía Viviana, quienes me acogieron en su hogar sin pedir nada a cambio cuando yo aún era una adolescente y mi primo Nelson, quien por esos días fue mi maestro en la gran capital. A la primera familia que hice en mis días universitarios, LODMEC, quienes hicieron un refugio en el que crecí mis primeros años. ¡Gracias roleros queridos! Soledad, Christian, Ítalo padrino, Diana, Aliosha, Martín, Laura, Héctor, Cata, Walter y Darío.

A los mejores compañeros de marcha que uno podía desear, allá por el 2011: Javiera, Max, Sapito, Leyla, Feña, Rodo, Rafa, Óscar y Apu.

A mis queridas T4, Isa, Karli y Luz, hicieron los últimos ramos más allá que clases. Al final, valen más las risas y los almuerzos ricos que los ratos que estudiábamos para pasar Clínica. Gracias por todo el apoyo, preocupación y cariño.

Quienes me conocen saben que una de mis grandes vocaciones es aprender. Y no tendría el valor que tiene en mi vida sin los educadores que marcaron mi camino y contribuyeron en la vida de quien les habla ahora. A la tía Hilda en el colegio a quien siempre agradeceré por llevarme al camino de las ciencias, a la tía Moira, Paty y al profe Patricio quienes no sólo me enseñaron sus materia sino también de la vida. Al Profesor Pedro Cuadra de los días en que era una pre-universitaria en Magallanes. En la Universidad, por enseñarme su pasión y dedicación a los estudiantes y a la docencia al profesor Julio Gallardo, Jorge Reyes, Ariel Castro, Guillermo Díaz, Alejandro Álvarez y la profesora Soledad Bollo.

Mención especial a Jorge, quién me enseñó que un farmacéutico tiene más formas de las que se creen y un estudiante de farmacia puede llegar a ser un muy buen profesional no por sus notas sino por la pasión que tiene.

A mis amigos del colegio la U y otras actividades, que a esta altura son amigos de la vida: Vika, Ruth, Leyla, Iván, Memo, Pamela, Dani, Martín, Mako, Andrea, Rodrigo y Rebe. Ustedes que son mis amigos y la familia que yo escogí. Y, créanme, cuando una no tiene tanta familia, la que uno escoge activa un gen en lo más profundo del alma.

Por último, los pilares fundamentales de mi vida. Otro amigo que, más que amigo, es mi hermano de otra familia. ¡Qué haría yo sin ti! Tito, gracias por ser tú. Por creer en mí cuando ni yo creía en mí. Por ayudarme a levantar cada vez que caí.

A Mauricio, mi pareja, mi partner de aventuras, mi compañero. Nos hemos visto crecer mutuamente y, debo decir, he sido afortunada. Agradezco a la vida por habernos encontrado en esta realidad tan nuestra.

Y mi familia, no sería la mitad de mí sin ustedes. Mi mamá, uno de mis amores y ejemplos de vida que día a día se supera a sí misma y las dificultades que en su historia surgieron. Mi papá, un hombre excepcional que, como diría Juan Herrera de los 80, “le sigue collereando a la vida”. Mi hermana, tener la oportunidad de ver crecer a alguien en el mismo período de vida de una debe ser de azar probabilístico en el universo (¡No lo cambiaría por nada del mundo!). Mi abuelita, tu ser es mi inspiración desde tiempos remotos.

Finalmente, es coherente agradecer a los vecinos y vecinas que hicieron germinar sus inquietudes y canalizaron sus fuerzas hacia este proyecto. Gracias al alcalde de Recoleta, Sr. Daniel Jadue, por hacer eco de esto y lograr la ejecución. Y a Ricardo Silva, porque tu vida nos ha dado más que de una historia que contar.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	viii
SUMMARY .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	12
i.    Determinantes sociales de la salud (DSS) y equidad en salud .....	12
ii.   Acceso a medicamentos y su vinculación con políticas públicas .....	14
iii.  Mercado de medicamentos chileno: contexto y singularidades.....	17
iv.   Sistema de salud Municipal: columna vertebral de la red de atención primaria de salud (APS) en Chile .....	23
CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZACIÓN DE FARMACIAS POPULARES EN BRASIL Y CHILE .....	26
i.    Panorama epidemiológico de Chile y Brasil: comparación de datos generales .....	26
ii.   Descripción general del programa “Farmacia Popular do Brasil” .....	27
iii.  Farmacias populares chilenas: descripción, motivación y origen .....	322
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
Descripción general del diseño metodológico.....	36
Investigación cualitativa: calificación de lugares a estudiar .....	36
Investigación cuantitativa sobre la población usuaria de las farmacias populares: percepción de los usuarios al programa “Farmacia Popular” .....	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES .....	39
Análisis comparado modelo de farmacia popular brasileño y el chileno .....	39
Análisis de la muestra visitada y variables encontradas.....	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES .....	74
i.    Sobre el modelo de farmacia popular resultante en Chile .....	74
ii.   Observación final respecto al programa brasileño de Farmacia Popular (PFPB) y las farmacias populares chilenas. ....	78
iii.  Farmacia Popular como Política Pública Local.....	78
iv.   Nivel de acceso a medicamentos para los usuarios tras la implementación de la Farmacia Popular en las comunas visitadas.....	79
CAPÍTULO VI: ALCANCES Y LIMITACIONES DE ESTA INVESTIGACIÓN.....	81
REFERENCIAS.....	82
ANEXOS.....	91

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Estructura de Determinantes Sociales de la Salud.....	13
<b>Figura 2:</b> Arquitectura del acceso.....	16
<b>Figura 3:</b> Morfología del Mercado Farmacéutico chileno.....	18
<b>Figura 4:</b> Cantidad de Farmacias Populares chilenas según partido político.....	34
<b>Figura 5:</b> Resumen diseño metodológico de investigación.....	38
<b>Figura 6:</b> Muestra comunas visitadas según densidad poblacional.....	42
<b>Figura 7:</b> Proporción población inscrita en la farmacia popular vs. población comunal de la muestra....	45
<b>Figura 8:</b> Relación usuarios Fonasa vs. Total de inscritos en la farmacia popular de la muestra.....	46
<b>Figura 9:</b> Relación usuarios pertenecientes a la tercera edad vs. Total de inscritos en la farmacia popular de la muestra .....	47
<b>Figura 10:</b> Administración de farmacias populares en la muestra.....	48
<b>Figura 11:</b> Cuadro comparativo de la muestra según jornadas de atención diarias.....	49
<b>Figura 12:</b> Recetas despachadas mensualmente vs. Total de inscritos en Farmacias Populares.....	50
<b>Figura 13:</b> Ciclo de rotación de medicamentos dentro de las farmacias populares.....	56
<b>Figura 14:</b> Organigrama estructural y de dependencia de Farmacias Populares.....	62
<b>Figura 15:</b> Cuadro comparativo de costo para <i>Eutirox</i> <sup>®</sup> 100 mg de 100 comprimidos en la muestra de farmacias populares .....	63
<b>Figura 16:</b> Gráfico de comparación extremo-a—extremo a precios asociados a los medicamentos: <i>Eutirox</i> <sup>®</sup> 100 mg de 100 comprimidos, escitalopram 10 mg comprimido recubierto, pregabalina 75 mg y celecoxib cápsulas 200 mg .....	65
<b>Figura 17:</b> Sub-muestra en aplicación de encuesta de percepción y satisfacción usuaria a usuarios regulares de farmacia popular.....	69
<b>Figura 18:</b> Representación etaria de los usuarios regulares de farmacia popular encuestados.....	69
<b>Figura 19:</b> Consideración de la infraestructura de la Farmacia Popular por parte de los usuarios encuestados de forma disgregada.....	71
<b>Figura 20:</b> Percepción usuaria de la Atención en la Farmacia Popular.....	71
<b>Figura 21:</b> Grado de conformidad de los usuarios según disponibilidad y variedad de medicamentos en el total de muestra .....	72
<b>Figura 22:</b> Grado de conformidad de los usuarios según disponibilidad y variedad de medicamentos disgregado por Farmacia Popular .....	73
<b>Figura 23:</b> Ejes de Funcionamiento de la Farmacia Popular Chilena.....	74

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Resumen de variables poblacionales Chile y Brasil .....	27
<b>Tabla 2:</b> Características municipales de acuerdo a territorio y recursos.....	32
<b>Tabla 3:</b> Resumen del Programa Farmacia Popular de Brasil (PFPPB) y Farmacia Popular o municipal chilena .....	40
<b>Tabla 4:</b> Farmacias Populares chilenas constituyentes de la muestra (visitadas).....	41
<b>Tabla 5:</b> Dependencias físicas de las farmacias populares visitadas.....	43
<b>Tabla 6:</b> Tabla de medicamentos de alta circulación.....	59
<b>Tabla 7:</b> Resultados comparación precio promedio de canasta de medicamentos estudiada para farmacia popular (muestra) .....	63
<b>Tabla 8:</b> Muestra de Farmacias Populares chilenas estudiadas.....	66
<b>Tabla 9:</b> Resultados para la muestra: cantidad de farmacias por comuna, índice habitantes por farmacia e incidencia del <i>retail</i> de cadenas de farmacias por comuna.....	67

## RESUMEN

El año 2015 surgió la primera farmacia popular (FP) en Chile, política pública local de la comuna de Recoleta. Desde ese entonces, la iniciativa ha sido replicada hasta alcanzar 145 farmacias operativas en la actualidad. Una iniciativa anterior a la chilena surgió en Brasil tras el diseño de una política de acceso a medicamentos, dando forma a lo que es hoy el "Programa Farmacia Popular de Brasil" (PFPB). El fin de esta investigación es proveer una mirada integral a las distintas formas de gestión (modelos) que han surgido en las políticas locales municipales conforme a estos nuevos establecimientos de comercialización y atención farmacéutica nombrados "Farmacias Populares", centrado en las tres dimensiones del acceso a medicamentos propuestos por la OMS. Este trabajo es de corte descriptivo no experimental y transversal multicéntrico, con un diseño mixto centrado en tres ejes fundamentales. Es un diseño mixto, considerando la parte cualitativa con entrevistas a los directores/as técnicos de la FP, y la cuantitativa en análisis de precios, ubicación geográfica y percepción usuaria de las respectivas FP. Se consideró una muestra mínima del 10 % del universo para valor representativo alcanzable por medio de una extrapolación (muestra efectiva del universo igual 11 %). La mayoría de las FP se concentran en Santiago y la proporción en regiones es casi 1:1 en situación urbano-rural. Se ha evidenciado el beneficio de estas farmacias en trabajar con mecanismos de abastecimiento que privilegian consolidar la demanda de la comuna como es el caso de compra vía intermediación CENABAST. Se identifica que la población usuaria alcanza una reducción de gasto que va desde el 35 al 80 % en medicamentos esenciales, brindando mayor acceso. También se ha constatado un incremento sostenido de usuarios inscritos, junto con altos índices de respuesta satisfactoria y aceptabilidad en la población usuaria. Geográficamente, la FP no se puede determinar si aporta en cobertura a nivel territorial aún, pero sí poblacionalmente. Su capacidad operativa supera con creces las expectativas. Finalmente, todos los resultados analíticos cuantitativos y empíricos cualitativos confirman el potencial de la FP de posicionarse como un centro de salud real, contribuir al sistema de salud y otorgar un sistema de farmacias de alto estándar.



## SUMMARY

### **Popular pharmacy models in Chile and Brasil and results in Chile: impact evaluation in the economic, social and health**

Year 2015 saw the emergence of the first community pharmacy (“farmacia popular”) in Chile; it’s a public policy from local government of Recoleta. Since then, this initiative has been replicated up to 145 working pharmacies in effect. One initiative prior to the Chilean experience came up in Brazil after the design of a policy of medicine access, shaping what now is known as the Brazil Community Pharmacy Program (“Programa Farmacia Popular de Brasil”, PFPB). The goal of this investigation is to provide a integrative look at the different implementation models that have emerged in local government policies according to these new commercialization and pharmaceutical attention places called Community Pharmacies (“Farmacias Populares”), centered in three dimensions of medicine access proposed by the WHO. This work is a descriptive, non-experimental one with a multicenter approach and a mixed design focusing on three fundamental axis. Mixed design considers a qualitative part with interviews to the Technical Directors of the community pharmacies; and a quantitative part involving price analysis, geographical location and user perception of the Community Pharmacies. A minimum of 10 % of the representative value was considered, by means of an extrapolation (effective sample of 11 %). Most Community Pharmacies are concentrated in Santiago de Chile, and the proportion in other regional areas is almost 1:1 in urban-countryside situation. It has been called to attention the benefit these programs get from supplying mechanisms which privilege demand consolidation in the commune, which is the case of the CENABAST-intermediated purchasing. It has identified that the user population reaches a spending reduction of around 35 % up to 80 % in crucial medicines, thus providing more access. It is also observed a sustained increase of registered users, along with a high index of satisfactory response and acceptability in the user population. Geographically, it cannot be determined whether the Community Pharmacies adds in coverage in a territorial level yet, but does indeed on a population level. Their operative capacity goes beyond any expectation. Finally, every analytical-quantitative and empirical-qualitative result confirm the potential of the Community Pharmacy to position themselves as a real Health Center, to contribute to the Health System and to provide a pharmacy system of high standard.

## INTRODUCCIÓN

El mercado de medicamentos en Chile es uno de los más desregulados del mundo (Vasallo, 2010). Es amplio, tiene distintos niveles que van desde la producción hasta la comercialización y se caracteriza por una marcada integración vertical entre productores, distribuidores y vendedores, con amplia dispersión de precios y una oferta inelástica, según clases terapéuticas y patentes (modalidad de medicamentos genéricos, similares e innovadores).

Si se considera la importancia de los medicamentos en función de la cantidad de enfermos, porcentajes de adultos mayores o simplemente con el hecho de promover la salud en todas las políticas, lo primero que se encontrará como dato relevante es la inversión de la pirámide poblacional (Muñoz P., 2017), conforme al aumento de adultos mayores que se proyecta en las próximas décadas, en concomitancia con la necesidad de fármacos necesarios en este proceso de envejecimiento.

Para la población chilena, la evidencia sugiere un alza en las tasas de obesidad y sedentarismo<sup>1</sup>, y enfermedades de salud mental como depresión, ansiedad y trastornos bipolares; siendo las mujeres las más afectadas con estas últimas. El censo del año 2017 reveló un mayor número de mujeres que hombres en Chile, junto con mayor esperanza de vida. A esto se suma un esquema de seguros en salud que tiene el foco puesto en la cobertura de la población, más que en definir qué es lo que se cubre en prestaciones, recursos y otros servicios. Además, el panorama se acentúa con la gran desigualdad de ingresos que existe en Chile (OCDE). La sumatoria de todo esto origina un alto gasto de bolsillo (GB) en Salud, siendo uno de los más altos de Latinoamérica y el mundo, con un 32 % para Chile y un 20 % en promedio para países miembros OCDE (Bruzzo y cols., 2018). Es bajo este contexto que en los últimos años el país ha visto iniciar reformas sanitarias asociadas al acceso a los medicamentos y con políticas públicas que dan valor a garantizar la calidad y seguridad. En primer lugar se instala la equivalencia terapéutica y luego la *Ley de Fármacos I* que, dentro de diversas materias, cataloga al recinto farmacéutico como un **Centro de Salud (CS)**, lo que, bajo el sistema de *retail* farmacéutico que impera, es muy difícil de alcanzar sin cambios de paradigmas. Es así que surge en Chile una versión de **Farmacias Populares (FP)** similar a las que se encuentran en Brasil. Esta iniciativa tiene su origen en la motivación de compensar las falencias del mercado.

En octubre del año 2015 fue inaugurada la primera farmacia popular del país, la *Farmacia Popular Ricardo Silva*. Esta tiene como misión brindar mayor acceso a medicamentos a los vecinos de la comuna de Recoleta, ya sea que pertenezcan al sistema de salud privado o público. A diferencia de la lógica brasileña, la idea chilena proviene netamente de las comunidades y los gobiernos locales.

La iniciativa ha sido replicada a largo del territorio nacional. Hoy existen en Chile 145 farmacias populares en diferentes comunas. Además, hay planes en más comunas de autorizar nuevas farmacias de este tipo. A nivel organizacional político, Chile tiene 346 comunas y 345 municipios. Los municipios constituyen la unidad de gobierno estructural de menor magnitud. En los municipios en que hay presencia de una farmacia popular o municipal, se han ido implementando distintos modelos de gestión, elaborados en base a sus propias necesidades comunales y acorde a sus capacidades.

---

<sup>1</sup> Últimas observaciones nacionales al respecto se encuentran representadas en la Encuesta Nacional de Salud 2017 (ENS).

En Chile, toda farmacia está bajo la fiscalización del Instituto de Salud Pública (ISP) o la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI), según sea el caso; que otorga la autorización de instalación y funcionamiento acorde a las normas establecidas en el Código Sanitario. Además debe cumplir con la legalidad que rige la Ley de Municipios y Corporaciones sin fines de lucro, en el caso de una dependencia ligada a la corporación de salud u otra de la comuna. Así y todo, el éxito no está asegurado, por lo que se hace necesario socializar y evidenciar el resultado de sus gestiones, recalcando que al día de hoy no se han desarrollado investigaciones relacionadas a analizar el desempeño de las Farmacias Populares en Chile. Por lo tanto, será relevante todo resultado fruto de estos estudios, forjando las bases de nuevas aristas a la práctica de la salud pública en Chile y el mundo sanitario.

De acuerdo a lo anteriormente presentado, se plantean los siguientes objetivos para el desarrollo de este estudio:

#### Objetivo general

Evaluar el impacto de la implementación de farmacias populares como política pública local conforme a su acción en la población usuaria.

#### Objetivos específicos

- i. Efectuar una revisión sistemática de los modelos implementados en Chile y Brasil; identificando características generales de estos modelos y qué comparten, haciendo un análisis crítico de las cualidades principales.
- ii. Realizar un análisis de costos de medicamentos comparado entre comercio de *retail* y farmacias populares.
- iii. Comparar otras dimensiones de acceso vinculantes al impacto social de la política pública, como disponibilidad física lugar geográfico.
- iv. Recopilar e identificar resultados en la población usuaria de farmacias populares previa y adecuadamente seleccionadas; considerando indicadores económicos, sociales y sanitarios.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### i. Determinantes sociales de la salud (DSS) y equidad en salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en base a teorías fundadas durante la segunda mitad del siglo XX y, luego de la *Declaración de Alma Ata*, aclara que existen diversos factores que determinan el estado de salud y bienestar de la población que no son estrictamente biológicos. Estos son los llamados determinantes sociales de la salud, donde la definición aceptada es: *“las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.”*. Esto indicaría que no se distingue la naturaleza de estas condiciones, las cuales afectan a los seres humanos indiscriminadamente, sino sólo acorde a los factores que representan. Estas circunstancias sociales son el resultado de la distribución desigual del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, lo que depende a su vez de la adopción de las políticas del territorio.

Los modelos más aceptados que recogen la teoría de DSS son dos. El primero corresponde al “*modelo de capas*” creado por Dahlgren y Whitehead en 1991. Esta fue la primera aproximación a cómo los individuos se ven afectados según sus circunstancias de vida, desde lo más macro a lo más micro. Luego vino la teoría de Diderichsen, quien toma las bases del *modelo de capas* y hace un acercamiento a relaciones entre el contexto social, desarrollo de enfermedades e inequidades sociales, incluyendo el panorama en políticas públicas. La OMS toma ambas aproximaciones teóricas y presenta un modelo conceptual donde convergen ambas corrientes (Fig. 1). En este modelo se empiezan a tipificar los determinantes de la salud y cuáles son estos en específico, considerando dos categorías generales: determinantes estructurales y determinantes intermedios. En la primera categoría se encuentran dos grandes pilares que sustentan el modelo: (i) contexto socioeconómico y político y (ii) ejes de desigualdad estructural.

Para enunciar los determinantes estructurales se tienen en cuenta los siguientes factores:

- 1) Contexto socioeconómico y político del territorio (relación con Políticas Públicas a nivel macro)
- 2) Posición socioeconómica individual y/o clase social
- 3) Ingreso económico (individual y del hogar)
- 4) Nivel educacional
- 5) Trabajo u Ocupación
- 6) Género
- 7) Etnicidad
- 8) Redes

Los determinantes intermedios están constituidos por los recursos materiales de los individuos; en otras palabras, cualidades más tangibles como vivienda, entorno residencial, condiciones y ambiente laboral e ingreso y situación económica entre otros. También en este grupo se encuentran los servicios de salud o el sistema de salud en su conjunto, según sea la realidad local o general que se analice.

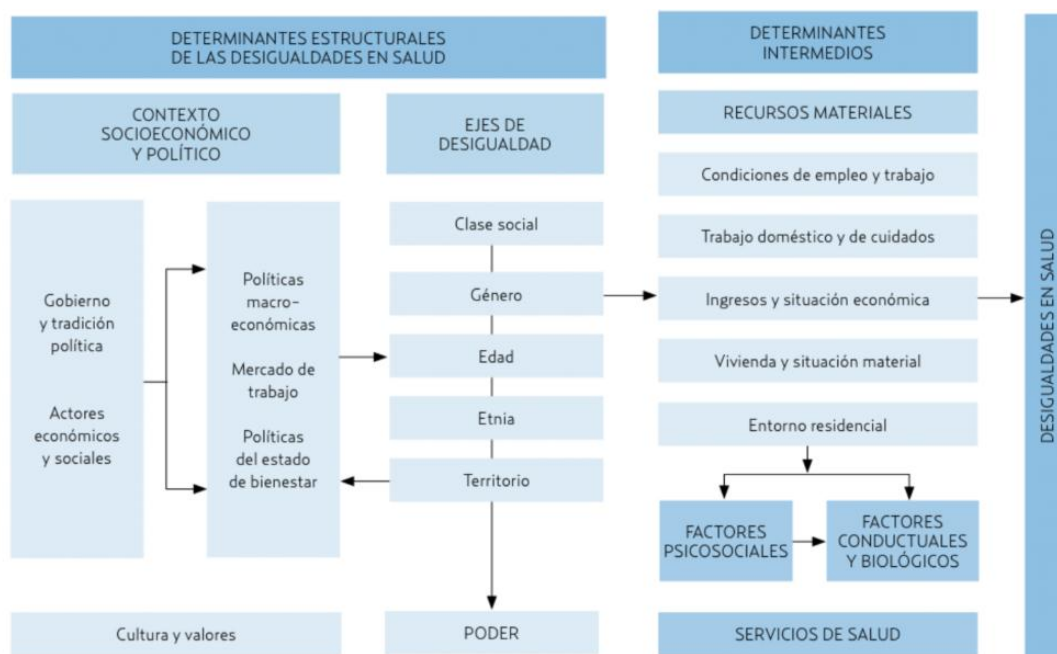


Fig. 1. Determinantes sociales en salud. Extraído de Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.

#### a. Desigualdades en Salud

Parte del trabajo que decidió iniciar la OMS fue llevado a cabo por la Comisión para los DSS. Dicha comisión declara en el año 2008 como meta alcanzar la equidad sanitaria en el período de una generación, tendiente a equiparar los factores sociales que contribuyen al estado de salud de la población. Dentro de todos los antecedentes que proporciona, destaca la situación de equidad sanitaria como un asunto complejo, multidisciplinario y de un abordaje como “principio de acción y no como meta o camino” (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Al ser un principio, existen diversas vertientes ideológicas involucradas y autores que rescatan estas corrientes, por lo que finalmente la salud pública a nivel mundial, y no sólo la OMS, termina recogiendo líneas de justicia social como la doctrina Rawlsiana (Llambías, 2015), que se hace presente más firmemente con la publicación de “los conceptos y principios de equidad y salud” (Whitehead, 1992). Al existir durante tanto tiempo controversia sobre la definición de equidad en términos de salud, la autora manifiesta una definición a la que esta investigación se ceñirá indicando que: “equidad en salud significa, idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie deba estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar” (Whitehead, 1992). Esta cita sustenta la idea de que las inequidades en salud son aquellas desigualdades innecesarias y evitables, pero que, además son consideradas injustas; recalcando que la etiqueta de injusta está dada por las condiciones de vida originadas en todas y cada una de las sociedades en particular.

Las desigualdades en salud han sido el centro de investigación empírica y analítica en las últimas décadas, llegando muchas veces a las mismas conclusiones. En primera instancia, las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres y, luego, estas desigualdades suelen agudizarse más con los indicadores objetivos de mala salud que con los subjetivos. Ejemplos son las medidas antropométricas de malnutrición y la tasa de mortalidad infantil y adulta (Wagstaff, 2002).

En Chile, los mayores determinantes de desigualdad social e inequidades han sido evaluados en estudios que enfatizan el gasto de bolsillo de la población determinado por ingreso económico, nivel de escolaridad, género, entre otros. Los esquemas de las aseguradoras de salud, ya sea FONASA o ISAPRE, han cumplido en los últimos veinte años con cubrir a la mayor parte de la población chilena. Recientemente, un estudio elaborado por el Centro de Estudios Públicos (CEP) reveló el detalle del gasto de bolsillo en salud encontrando que Chile muestra una de las cifras más altas dentro del grupo de naciones que componen la OCDE, con un 32 % de gasto de bolsillo, superando el promedio OCDE de 20 %. Dentro de estudios preliminares, obtienen un aumento de este gasto de bolsillo del 50 % por persona en el grupo hogar y, el ítem más preponderante de este gasto en salud propio de los hogares es el de medicamentos (Benítez y cols., 2018). Además, retrata cómo el gasto de bolsillo crece en familias de menores ingresos a medida que se estudia en detalle sólo recursos destinados a medicamentos.

El Ministerio de Salud (MINSAL), como máxima autoridad sanitaria del país, determina los objetivos sanitarios para el período 2011-2020: 1) mejorar la salud de la población, 2) disminuir las inequidades, 3) aumentar la satisfacción de la población y 4) asegurar la calidad de las prestaciones de salud. Todos estos a ser alcanzados por medio de diversas estrategias, pero que son englobadas en su totalidad mediante la ejecución de la estrategia de Equidad y Salud en todas las políticas<sup>2</sup>.

## **ii. Acceso a medicamentos y su vinculación con políticas públicas**

El acceso es de vital importancia en consideraciones de ciencias sociales y, por ende, de salud pública. Al respecto se pueden definir dos alcances principales: 1) el acceso a sistemas de salud (ejemplo: cobertura y/o tratamientos de salud entre otros) y 2) acceso a tecnologías y/o recursos sanitarios. Es en el último punto en que se encuentra la materia de medicamentos en general, que es lo que convoca esta investigación centrada en el acceso al medicamento como recurso sanitario.

La OMS hace menos de 10 años declaraba: “La OMS considera que el acceso equitativo a unos medicamentos seguros y asequibles es de importancia vital para que todo el mundo goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Los Estados Miembros de la OMS reafirmaron su compromiso con esos principios en mayo de 2008, con la adopción de una resolución sobre la estrategia y plan de acción mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual”.

En Latinoamérica se definió una política común orientada a que la población cuente con medicamentos eficaces, seguros y de calidad, promoviendo su uso racional y garantizando acceso equitativo a aquellos esenciales. Los países que integran este acuerdo son Chile, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, y se llamó “Política Andina de Medicamentos”. Pero también existen referencias en cada país, por ejemplo, en Brasil están vigentes políticas de Asistencia Farmacéutica y Medicamentos Esenciales (RENAME).

Durante la década del noventa se hizo en Chile la primera aproximación a una política de medicamentos, que tenía entre sus principios fundamentales el acceso. Luego se desarrolló la Reforma de Salud, con la cual se generaron mayores cambios y acciones vinculados al acceso de la población a servicios sanitarios de diversa índole. A continuación se detallan los paradigmas de acceso.

---

<sup>2</sup> Declaraciones encontradas en página web del MINSAL.

#### a. Definición de acceso

Según Frost y Reich, acceso es “la habilidad de obtener y utilizar apropiadamente tecnologías sanitarias de buena calidad cuando son necesitadas” (Frost J., Reich, 2009). El acceso no es sólo un apartado técnico, sino un área compleja que involucra valores sociales y culturales, intereses económicos y trámites políticos y burocráticos.

En Chile, el MINSAL se acoge a las declaraciones del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual señala a la salud como un derecho que se constituye de cuatro elementos fundamentales, donde uno de ellos es la accesibilidad. Luego, hace hincapié en que este mismo documento indica que “se debe procurar que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos”. Y, a su vez, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- i. No discriminación
- ii. Accesibilidad física
- iii. Accesibilidad económica (asequibilidad)
- iv. Acceso a la información

Los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS, tienen el mandato de hacer cumplir el acceso equitativo a medicamentos de calidad en sus respectivas naciones.

#### b. Dimensiones del acceso

El concepto de acceso presenta dimensiones diferentes desde donde puede ser abordado. Convencionalmente son aceptadas tres naturalezas (Fig. 2):

- i. Disponibilidad física: involucra toda la estructura tangible del recurso en discusión, desde su producción hasta su entrega final. Para el caso de medicamentos, agrupa laboratorios (innovadores, nacionales, transnacionales, productores, importadores, etc.), distribuidores (son comercializadores al por mayor), comercializadores minoritarios como las farmacias, y también involucra la estructura del sistema asistencial.
- ii. Asequibilidad: corresponde a la capacidad económica del individuo para adquirir un bien o servicio. El principio que funda el acceso equitativo señala que ninguna persona debe ser discriminada u olvidada del sistema debido a su poca capacidad adquisitiva.
- iii. Aceptabilidad: también puede adecuarse como acceso a la información o, mejor descrito, aceptación de la medida. Involucra el cómo los usuarios responden a un determinado producto o servicio.

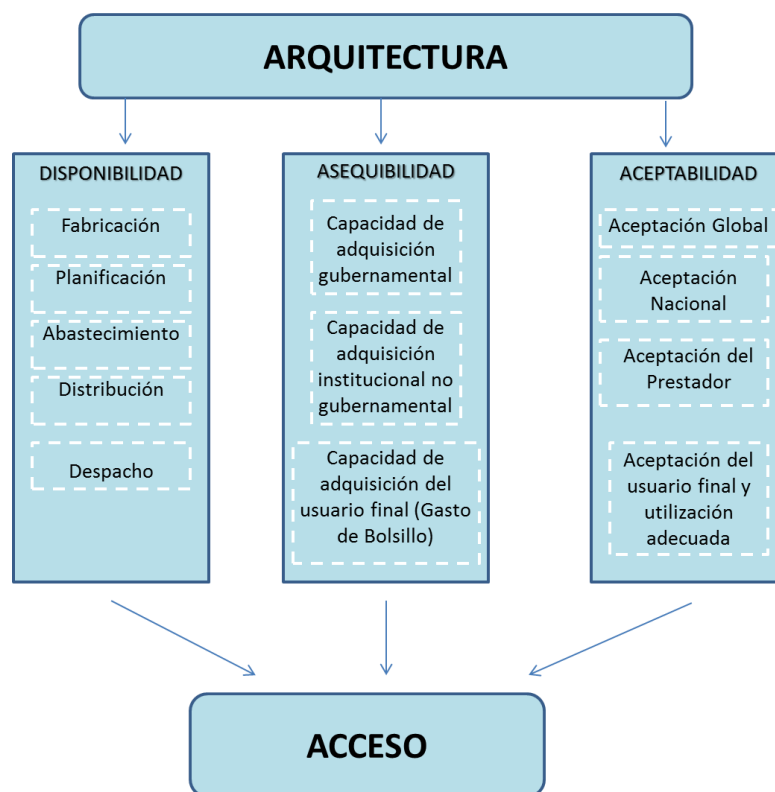


Fig. 2. Arquitectura del acceso. Adaptado de Frost y Reich (2009)

### c. Situación en Chile: iniciativas concretas

En los últimos veinte años se ha asistido como sociedad al surgimiento de peticiones desde la ciudadanía, de mayor equidad en el acceso a medicinas esenciales, no esenciales y de alto costo. Esto se explica, en primera instancia, ya que el sistema sanitario chileno, en sus inicios, se ocupó de brindar la máxima cobertura a la población. El crecimiento de aquella cobertura no fue necesariamente de la mano de seguros de salud, calidad y oportunidad de servicios.

En materia de acceso a medicamentos se tiene en primer lugar al plan AUGE (posteriormente llamado GES por las siglas de Garantías Explícitas en Salud). Las GES son principios rectores que se concretizan dando total cobertura, asistencia y tratamiento a ciertas patologías indicadas. Estos principios son: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Estas se encuentran avaladas y garantizadas por el Estado de Chile. Actualmente hay 80 patologías cubiertas por las GES.

Otro hito relevante en materia de acceso a medicamentos fue la promulgación de la Ley 20.850, coloquialmente denominada “Ley Ricarte Soto”, en el año 2016; la cual vela por los costos de diagnósticos y tratamientos de alto costo, resguardándose el principio de protección financiera de los pacientes (Ministerio de Salud, 2018).

Finalmente se encuentra la creación del Fondo de Farmacia (año 2015), programa destinado a evitar los quiebres de stock de medicamentos en Centros de Salud del sector público de la red, respecto a enfermedades epidemiológicamente relevantes como diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia. La entrega del tratamiento para estas condiciones debe ser oportuna y gratuita.



### iii. Mercado de medicamentos chileno: contexto y singularidades

La Fiscalía Nacional Económica de Chile (Fiscalía Nacional Económica de Chile, 2012) señalaba un índice de concentración de mercado (Índice Herfindahl-Hirschman o HHI) superior a los 3.000 puntos (escala de 10.000 puntos, donde menor número es mejor comportamiento<sup>3</sup>), siendo este marcador uno de los más importantes al momento de evaluar competencia en un sector<sup>4</sup>. Además, carece de una regulación económica óptima y, por ende, las fallas de mercado que lo componen están presentes en todos sus niveles. Paralelamente, se podría hablar de sub-mercados según el alcance que tenga el análisis, y así se configura una distinción entre mercado oligopólico y uno competitivamente monopolístico. Esto quiere decir que, si se quisiera ubicar un sub-mercado como por ejemplo, de fármacos genéricos de patologías crónicas, se hallarían más anomalías referentes a la competencia y regulación.

La última encuesta del Centro de Estudios Públicos desmenuza el gasto de bolsillo en salud de los chilenos y señala que al menos 38 % del promedio de este gasto es exclusivo en medicamentos, siendo el segmento más amplio y seguido por un 19,8 % en consultas médicas (Bruzzo y cols, 2018). Posteriormente, en un trabajo que aborda a mayor profundidad el gasto en medicamentos, declara un aumento real del 50 % en el monto por persona destinado a salud y siendo el ítem medicamentos de esta glosa el más alto de una oferta de once distintas tipificaciones de gasto en salud (Benítez y cols., 2018)

En Chile, los últimos 30 años han sido en pos de liberalizar este y otros mercados con el fin de ampliar la oferta y cobertura. Esto no ha tenido el resultado que se esperaba, puesto que los actores y componentes de este circuito se han ido reduciendo y adquiriendo cada vez mayor participación en sus respectivos nichos (Palma, 2008). El caso de los fármacos no es distinto. Las explicaciones son diversas y van desde las barreras de entradas, las fusiones de empresas nacionales, hasta el poderío de empresas transnacionales, entre otras.

El ciclo de vida de un medicamento, desde su origen hasta llegar al destinatario final, presenta singularidades a medida que avanza, llegando a concluir incluso con menores actores de los que empezó.

#### a. Morfología del mercado farmacéutico chileno: actores y funciones

El mercado farmacéutico en Chile se compone de tres niveles: producción, distribución y comercialización unitaria (Fig. 3), los cuales serán brevemente detallados en siguientes párrafos.

El primer nivel es el de producción, el cual considera todo tipo de manufactura en el país, original o de productos similares indistintamente según formas farmacéuticas y finalidades de venta (muestras médicas, envases clínicos y forma comercial). La procedencia de estos laboratorios puede ser nacional o extranjera.

---

<sup>3</sup> Cita textual de la Guía para el análisis de operaciones de concentración de la FNE: "La FNE presume que las operaciones de concentración que no sobrepasan un determinado umbral tienen un caso potencial anticompetitivo. En consecuencia, la FNE descartará un mayor análisis: a. Si el IHH posterior a la operación es inferior a 1500; b. Si  $1500 < IHH < 2500$  (el valor de este índice refleja un mercado moderadamente concentrado) y  $\Delta IHH < 200$ ; y c. Si  $IHH > 2500$  (el valor de este índice refleja un mercado altamente concentrado) y  $\Delta IHH < 100$ . La FNE analizará con detención las operaciones que sobrepasen dichos umbrales".

<sup>4</sup> Esto ha quedado muy expuesto en los últimos pronunciamientos de la Fiscalía Nacional Económica de Chile y, también, por parte del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia que, en su sentencia N° 119/2012, indica expresamente el nivel de relevancia y concentración del mercado farmacéutico chileno.

Todos los laboratorios que cumplan rol de fabricantes deben cumplir con buenas prácticas de manufactura certificada por el ISP, o por la autoridad sanitaria del país de origen. Certificación que tiene como base las recomendaciones de la OMS.

Actualmente existen 25 laboratorios con planta de producción en el país<sup>5</sup>. Asimismo, la mayoría de los laboratorios se encuentran asociados de alguna manera, con el fin de velar por sus intereses comerciales particulares y potenciar su presencia en el mercado.

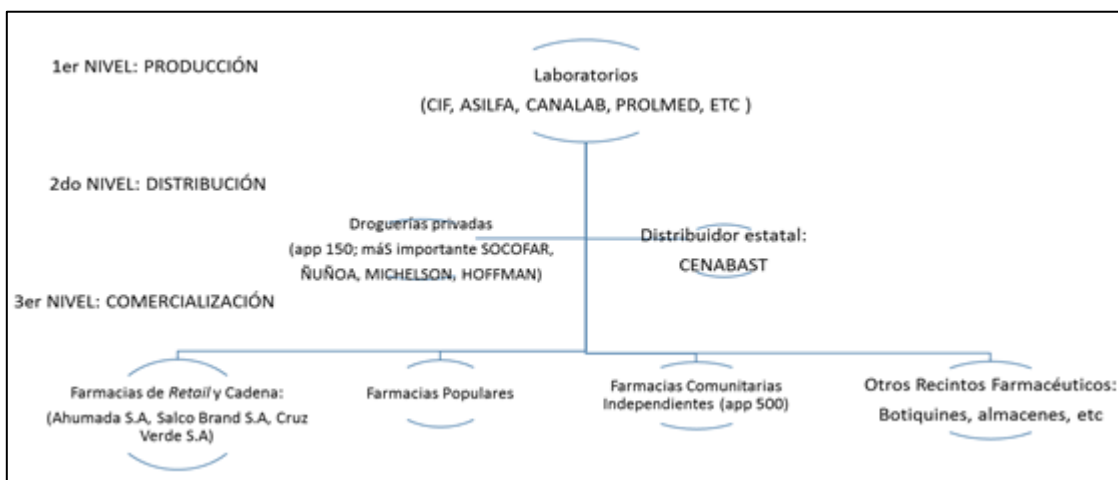


Fig. 3. Morfología del Mercado Farmacéutico Chileno.

El segundo nivel corresponde a la distribución de los productos (también puede considerarse comercialización mayorista). Esto sucede en las droguerías, existiendo la primera gran diferencia en la cadena de producción del medicamento: tipo de capital y fin de la institución a cargo del proceso de distribución; encontrándose dos variantes, público y privado.

A fines de los años ochenta se crea la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), con la misión de centralizar la compra de recursos sanitarios como medicamentos, dispositivos médicos e insumos a toda la red asistencial pública, consiguiendo estos bienes a precios bajos alcanzados con compras de grandes volúmenes, lo que representa aproximadamente un 15 % de la dispensación a nivel nacional. El otro 85 % de la distribución queda a cargo de droguerías mayoristas de capitales privados, ligadas o no a laboratorios y/o farmacias. Su rol es de vital importancia puesto que centralizan las compras y garantizan disponibilidad y acceso de cada producto necesario. Existen distintas formas de relación comercial entre las droguerías y los laboratorios; la mayoría de la coordinación se da por la logística dada por los grupos asociativos a los que pertenecen.

Finalmente, la comercialización de la venta al por menor queda a cargo de las farmacias, pudiendo ser estas de distintos tipos<sup>6</sup> mientras cumplan con las disposiciones del Código Sanitario, especificaciones contenidas en el Decreto Supremo N° 466. La fiscalización de estas disposiciones

<sup>5</sup> Datos actualizados en página del Instituto de Salud Pública de Chile.

<sup>6</sup> Vasallo señala estrictamente a las farmacias como establecimientos privados sujetos a regulación estatal para su apertura, traspaso y funcionamiento. Sin embargo, la aparición de las Farmacias Populares significa que la propiedad de éstas no es sólo privada (Vasallo, 2010).

corresponde al ISP en la Zona Metropolitana y en regiones a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI).

En Chile existen 3.117 establecimientos autorizadas para comercializar medicamentos<sup>7</sup>, sin distinguir entre locales de cadena, farmacias de especialidad, botiquines, almacenes farmacéuticos, recetarios magistrales y depósitos veterinarios o humanos. Este grupo presenta diversas características y lógicas de comercialización. La mayoría siguen siendo las farmacias comunitarias clásicas (mesón, sala más dependiente y trabajadores) y dentro de este grupo la mayor participación la concentran las farmacias de cadena.

Para redondear, se puede hablar de cuatro modelos de farmacia en este nicho. El primero es el de *retail*, representado por las farmacias de cadena<sup>8</sup> normal y otros nombres de los conglomerados orientados a medicamentos de bajo costo y genéricos como, por ejemplo, *Farmaprecios*<sup>®</sup> de SalcoBrand S.A. También están en este grupo las farmacias franquiciadas, farmacias comunitarias independientes o de especialidad (comparten la misma escala económica), farmacias municipales o populares y otras formas de recintos que comercializan medicamentos como botiquines y almacenes. Todos responden, en primera instancia, a la dispensación informada de medicamentos.

Otro punto relevante al evaluar en el nivel farmacias es su distribución geográfica, la cual no siempre tiende a verse representada en proporción al tamaño de población del territorio en cuestión. A primera vista podría suponerse que sí, pero hay diversos estudios que destacan un patrón asociado al poder adquisitivo de los usuarios y una segregación socioeconómica (Villalobos, 2015), demostrando altos niveles de desigualdad por ingreso económico en Chile (Fundación Sol, 2007).

#### b. Modelo de *retail*: cadenas farmacéuticas en Chile

En primer lugar, es necesario identificar lo que significa un negocio en forma de cadena en dimensión comercial y corporativa. “La cadena de negocios o de valor es el conjunto de relaciones laborales y productivas requeridas para obtener un producto o entregar un servicio. Permite identificar los puntos que intervienen de manera más directa, el factor trabajo y en cuáles lo hace el factor capital. Logra también detectar los distintos eslabones en los cuales puede presentarse externalización” (Fundación Sol, 2007). El concepto de *retail* viene de la lengua inglesa; traducido literalmente significa “venta al detalle de bienes al público para consumo propio en vez de reventa”. En Chile se introdujo este modelo en la década de los noventa en casi todas las áreas de comercialización. En el caso de las farmacias fue por medio de tres hitos: Farmacias Ahumada abre su primer local fuera de Santiago en 1992 (llegando a un total de 45 locales a nivel nacional), la fusión de Farmacias Salco y Brand a finales del 2000 y el establecimiento sólido en la economía chilena de SOCOFAR y franquicias Cruz Verde S.A, concentrando el 70 % del mercado a nivel de distribución para el año 2006 (Fundación Sol, 2007). Una vez inauguradas las cadenas, se alojó en Chile el formato *drugstore* de farmacia. Es decir, un recinto que ya no sólo se encargue de medicamentos, insumos y dispositivos médicos sino más bien una adaptación que llevó la conocida “Botica” a formatos donde no estaba sólo el mesón y el dependiente, sino que se le

---

<sup>7</sup> Estimación declarada sólo extraoficialmente, puesto no existe un listado oficial a nivel país ya que cada secretaría ministerial de salud en regiones se hace cargo y reporta a nivel central y en la región metropolitana se encarga el Instituto de Salud Pública.

<sup>8</sup> Existe una herencia mixta de la historia de las farmacias que proviene de antiguas farmacias comunitarias cuyos dueños franquician la propiedad a nombre de alguna cadena farmacéutica.

suma una diversidad de productos a vender, como cosméticos, dermocosméticos y productos de belleza e higiene, entre otros. Además se aumentó la dotación de personal, sus funciones y, por ende, cambiaron sus lógicas de comercialización; contando con incentivos de ventas para el personal. A la lo anterior hay que sumarle los nexos en los niveles de mercado que posee cada *retail* farmacéutico (considerando las tres cadenas mayoritarias). Esto puesto que cada una se encuentra conectada a algún laboratorio o droguería (o ambas). Esta cualidad en la organización de un mercado específico se llama “integración vertical” y será detallada más adelante en la recopilación de información. No es una condición particular de este mercado ni primera vez que se encuentra en él; así como no es *per sé* dañina para el mismo si es bien observada y regulada.

De acuerdo al MINSAL, el año 2015 se repartía el mercado de farmacias en las tres grandes cadenas, teniendo participación de mayor a menor Cruz Verde S.A, Salco Brand S.A y Farmacias Ahumada S.A., respectivamente; con un total de 1.492 locales; siendo los recintos independientes un número inferior a la mitad en comparación. Estos se concentraban mayormente en la Región Metropolitana, seguida de lejos por centros urbanos de las regiones del BioBío y Valparaíso. A la fecha aún hay comunas y provincias en Chile que no cuentan con algún tipo de farmacia (alrededor de 60 comunas)<sup>9</sup>.

#### c. Medicamentos: características y particularidades en Chile

La OMS señala que “se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa”. La OMS sugiere a los sistemas de salud existentes que los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible.

En Chile, el Código Sanitario indica que un “producto farmacéutico o medicamento es cualquier sustancia natural, biológica o sintética o las mezclas de ellas originadas bajo síntesis o procesos químicos, biológicos o biotecnológicos que se destine a las personas con fines de prevención, diagnósticos, atenuación, tratamiento o curación de las enfermedades o sus síntomas o de regulación de sus sistemas fisiológicos particulares, incluyéndose en este concepto los elementos que acompañan su presentación y que se destinan a su administración” (art. 9). El informe técnico de Carlos Vasallo hace una salvedad en esta categoría describiendo a medicamentos éticos y populares, siendo éstos regulados en su venta por medio del documento legal de receta médica. En relación a esta situación de producción y venta se genera la siguiente clasificación de los medicamentos por *marca* (protegidos o no por patente y fabricados solamente por el autor), *similar* (“copia” de un producto innovador) y *genérico* (comercializados bajo nombre Denominación Común Internacional (DCI), es decir, principio activo). La venta valorizada en Chile de estos grupos está dada en el orden decreciente: medicamentos similar, marca y genérico (Vasallo, 2010).

---

<sup>9</sup> Este número cambia según las fuentes que se visite, puesto en regiones el control de estos datos pertenecen al SEREMI de Salud y no siempre está presente la retroalimentación del gobierno central.

Existe otra forma de categorizar la venta de medicamentos, siendo a nivel legal y teniendo como barrera o regulador la receta médica como documento requerido. Se identifican cuatro tipos de ventas de acuerdo al requerimiento de receta: 1) sin receta o venta directa (similar a lo que es venta libre en otros países, pero de distinta naturaleza jurídica que medicamentos OTC (“*over the counter*”)); 2) venta bajo receta médica simple (aquí se encuentra un compilado diverso de fármacos; 3) venta bajo receta retenida (el Código Sanitario considera un listado específico de productos del tipo benzodiacepina, pero el ISP ha ido sumando otros conforme al principio de uso racional de medicamentos. Estos se conocen como de venta retenida sin control de stock); 4) venta bajo receta cheque: este formato es el que se somete a mayor control legal y se conocen como Lista II y III del reglamento de psicotrópicos (D.S 405 año 1983).

A la fecha, es necesario agregar dos nuevas categorías tras la implementación de la Ley 20.724 (Ley de Fármacos), ya que los productos que se sometieron a las exigencias del ISP para obtener la bioequivalencia terminaron siendo de dos formas que no se esperaban. La primera en correspondencia a una marca asociada y etiquetándose como “bioequivalente de marca”. El segundo formato corresponde análogamente a fármacos bioequivalente sin marca. En resumidas cuentas (y como se ve en el resto del mundo) genéricos intercambiables terapéuticamente. El año 2015, la ONG Políticas Farmacéuticas estimó que el 64 % correspondían a los medicamentos bioequivalentes con marca, esto según información de los laboratorios entregada al ISP (ONG Políticas Farmacéuticas, 2015). Además, un estudio asociado al departamento de asuntos científicos del ISP, ahonda en este tema llegando a la conclusión que a lo largo de este período de implementación de la normativa de bioequivalencia en el país los medicamentos evaluados pueden actuar como un mercado particular y obtener variaciones de precios dependiendo del principio activo (Balmaceda y cols., 2015). Lo anterior se puede explicar como un fenómeno del mercado; donde el atributo nuevo del producto es la bioequivalencia, lo que suma valor agregado al medicamento en comparación al anterior formato o al genérico y habla nuevamente de fallas de mercado en sub-mercados.

#### d. Distorsiones del mercado farmacéutico chileno

De acuerdo a los principios económicos se puede establecer como piso en la práctica diaria que no existe el mercado perfecto ni tampoco la competencia perfecta. La mayoría de los comercios y sus sub-mundos presentan conductas intermedias calificándolas como *competencias monopolísticas y estructura de oligopolio*. Un mercado de competencia monopolística correspondería a “una estructura del mercado en que muchas empresas venden productos similares, pero no idénticos”; mientras que un oligopolio es aquella “estructura del mercado en que sólo unos cuantos vendedores ofrecen productos similares o idénticos” (Mankiw, 2002). Bajo este prisma es que aparecen las llamadas *fallas o distorsiones del mercado*, ya que al no cumplirse las condiciones de competencia perfecta se crea un paradigma, donde se hace inalcanzable la eficiencia económica debido al contexto del que se nutre el mercado específico en cuestión; por lo que se le hace imperante aplicar medidas de mitigación, facultades otorgadas por la regulación económica y políticas antimonopólicas. Entonces, el objetivo de la regulación económica es “incrementar la eficiencia con que la economía opera, por la vía de replicar un mercado perfectamente competitivo, buscándose lograr mejoras sustanciales respecto de aquello que hubiera prevalecido en ausencia de la intervención gubernamental” (Viscusi y cols., 2005).

A grandes rasgos, la teoría de fallas de mercado ha identificado cuatro tipos de fallas que, por sus características, se han denominado “fallas tradicionales”. Estas son: bienes públicos, externalidades, competencia imperfecta y asimetrías de información. Luego, en estas fallas tradicionales, aparecen las que se puede reconocer en el cotidiano vivir; ejemplos:

- i. En externalidades (costos y precios finales) se detallan las prácticas de precios predatorios y también “*dumping*”. Esta última corresponde a un tipo de discriminación de precios en que una empresa fija un precio inferior para los bienes exportados y los mismos bienes vendidos en el país.
- ii. Respecto a competencia imperfecta surgen las acciones de los “carteles”, que son un acuerdo informal entre empresas que pretende disminuir la competencia y asegurar cuotas de mercado. De ahí se desprenden conductas colusorias y formas de concentración de cuotas de mercado, incluyendo fusiones y organizaciones de integración vertical.
- iii. El caso de las asimetrías de información es una acción literal, puesto que si el cliente no cuenta con toda la información para optar entre una alternativa y otra, muy probablemente caerá en coerción de parte de otro agente de la cadena de venta, o algún sesgo del mismo.

En la línea del mercado farmacéutico, las fallas que componen el nivel de comercialización de medicamentos y productos farmacéuticos escapan de un análisis puntual (como sería analizar **sólo** las cadenas de farmacias) e incluyen las perturbaciones de niveles anteriores en producción y distribución, más aún teniendo en cuenta el aumento de participación en la industria de agentes que sustentan una estructura organizacional de integración vertical a lo largo de toda la cadena productiva. Aun cuando la integración vertical siempre ha existido en este mercado, la condición que ha moldeado los últimos 25 años el panorama es el grado de concentración que presentan las cadenas con su cuota de participación en el mercado. Esto sin mencionar las utilidades que han alcanzado, e incluyendo las conductas que han utilizado para esto (colusorias en varias ocasiones) o una competencia desleal que ha generado (y promovido) uso de precios sugeridos (de parte de los laboratorios), publicidad engañosa y precios predatorios dentro de lo más evidente<sup>10</sup>. Dentro de las anomalías del sistema encontramos con mayor evidencia empírica la dispersión de precios, síntoma de un problema en el mercado, reflejo de la extrema y desigual distribución de ingreso (Vasallo, 2010). Dentro de la lógica de venta de un producto sanitario, es una cuestión latente al hablar de la ética en este tipo de transacción; a diferencia de un servicio, donde se toma como primordial el que la calidad de la atención ejercida sea acorde al precio o incluso excesivo según el catalogo exhibido. Aquí tiene particular incidencia el tema de la publicidad y marketing en el que invierten las grandes cadenas; los pequeños locatarios no tienen las condiciones para competir en igualdad. A pesar de distintas manufactureras que existen en el escenario, el bien medicamento sigue siendo un bien escaso, ya sea por la materia prima necesaria para su fabricación, su alto capital para su generación o por el recurso humano altamente especializado que debe estar presente para su

---

<sup>10</sup> De estas conductas hay evidencias formales en Fiscalía Nacional Económica desde su creación en la década del 80. Cabe señalar que cuando se refiere a publicidad es un apartado distinto a lo que la ley señala. El Código Sanitario indica que no podrán hacer alusión publicitaria explícita de medicamentos, pero no dice nada acerca de quien los comercializa. Es por eso que cuando Farmacias Ahumada y Cruz Verde señalan: “la farmacia en que Chile confía” y “la farmacia de los precios bajos” respectivamente no es ilícito (CIPER Chile, 2009).

elaboración por lo que se hace esencial que fluya sin problemas en el mercado, destacando la característica de inelasticidad del mercado.

En el caso de las farmacias se llegó a tener a tres actores principales (cadenas de *retail* farmacéutico de alcance a lo largo de todo el territorio nacional), una nueva incorporación de una cadena mexicana de genéricos (*Dr. Simi S.A*), otros pequeños lugares franquiciados y unos cuantos locales independientes.

#### **iv. Sistema de salud Municipal: columna vertebral de la red de atención primaria de salud (APS) en Chile**

En primer lugar, hay que identificar que el Sistema Asistencial de Salud en Chile se establece por medio de Servicio Nacional de Servicios de Salud (SNSS), en base al antiguo Servicio Nacional de Salud (SNS) y reutilizando sus sedes regionales y operaciones logísticas. El sistema es complejo e involucra prestadores públicos y privados. Estructuralmente presenta tres niveles de atención: primaria, en la Red de APS, secundaria, en hospitales de mediana complejidad y centros de referencia y/o diagnóstico, y terciaria, en recintos de alta complejidad, normalmente hospitales a cargo del Servicio de Salud correspondiente. Todo esto en el sector público, puesto que las instituciones privadas son autónomas y son supervisadas por la Subsecretaría de redes asistenciales.

El nivel primario de atención en salud muestra baja complejidad y amplia cobertura. Se centra en atención ambulatoria, constituyéndose de postas rurales y consultorios urbanos, generales y rurales, de diversos nombres y etiquetas (Gattini, 2017), actualmente, llamados Centros de Salud Familiar. El concepto de Atención Primaria de Salud proviene de la Declaración de Alma Ata, convocada por la Asamblea de la OMS, indicando que: “la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Declaración de Alma Ata, 1978). Debido a esto, casi todos los sistemas de salud en el mundo adaptaron los principios de APS. La Atención Primaria de Salud ha sido una recomendación y luego un mandato a los estados miembros de la OPS y la OMS.

En Chile, la APS se rige conceptual y normativamente por el MINSAL y ha incluido el desarrollo de un “Modelo Atención Integral en Salud” (MAIS) multidisciplinario. Además, desde el traspaso de la administración de la atención primaria en 1981 del SNS a las municipalidades (las bases orgánicas del SNSS fueron fijadas por el Decreto Ley N° 2.763, de 1979), se define entonces que la administración primaria de salud depende del gobierno central y las municipalidades y, por lo tanto, es una función compartida de las atribuciones municipales.

Los recintos de salud municipales son parte de la Red de APS de los distintos Servicios de Salud (SS) a lo largo del país que componen el SNSS, entidad asistencial pública y la de mayor cobertura en el territorio nacional, y brindan atención a usuarios del seguro público de salud (fondo nacional de salud, FONASA). La mayor parte de la atención primaria de salud entregada en centros urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal (Gattini, 2017).

El nivel de atención primario es de menor complejidad que los posteriores. Dentro de los establecimientos que lo componen se encuentran:

- i. Consultorios Generales Rurales y Urbanos (CGR y CGU)
- ii. Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF)
- iii. Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- iv. Centros de Salud Rurales y Urbanos (CSR y CSU)
- v. Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM)
- vi. Postas y Estaciones Médicos Rurales (PSR)

El equipo de salud, multidisciplinario e integrado, permite que la población reciba variados tipos de atenciones con la mayor resolutivez posible, desde atenciones médicas y dentales generales a visitas domiciliarias y cirugías menores. En este nivel se ejecutan los Programas Ministeriales entregados para la promoción y prevención de salud a lo largo de las etapas del ciclo vital de las personas (FONASA, 2018). Todas estas acciones en el nivel primario de salud están centradas en el marco de APS y será visto más adelante por su relevancia y vinculación con el tema central de esta tesis sobre Farmacias Populares.

El financiamiento de la salud municipal se da por tres mecanismos:

- i. Aporte Estatal a través de la asignación per cápita por población inscrita: se realiza mensualmente conforme a mediación del Servicio de Salud según criterios socio-demográficos.
- ii. Presupuesto Sectorial de Salud a través de Programas Ministeriales que se ejecutan con acción municipal.
- iii. Financiamiento Municipal directo, ligado estrechamente a los presupuestos comunales y su relación con el Fondo Común Municipal.

Actualmente, la Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH), también tiene un estudio del que se extraen los siguientes puntos (AMUCH, 2015):

- i. En Chile hay 271 Departamentos o Direcciones de Salud municipal y 50 Corporaciones.
- ii. El 65 % de las Direcciones de Salud Municipal están adscritas en los municipios más pobres del país.
- iii. La infraestructura del sistema de Salud municipal es diversa (1.477 recintos). Se compone de: 113 Laboratorios, 62 Consultorios Urbanos, 65 Consultorios Rurales, y 1.075 Postas Rurales. Además, otros 162 tipos distintos de establecimientos municipales de salud en la comuna.
- iv. El año 2014 se registraron más de 10 millones de atenciones en salud comunal

El resto de los municipios (24) que no tienen una dirección municipal o de corporación dependen del SS correspondiente.

La salud municipal es, en esencia, la base de atenciones, infraestructura y trabajadores de la salud. La trayectoria de este modo de accionar ha demostrado ventajas y desventajas. Todas estas cualidades están enmarcadas en lo que corresponde a un centro de salud. En Chile, desde los inicios de la reforma de salud en el año 2000 se estipulan nuevos principios orientadores, se crean leyes y ejecutan nuevas facultades para instituciones rectoras, entre otros aspectos. Uno de los grandes temas que se planteó fue la transición hacia un nuevo modelo de atención en salud, conocido como MAIS. Se constituye de cuatro



principios orientadores: i) derecho a la salud, a través de las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (GES) y de dotar a los usuarios para hacerlas exigibles; ii) equidad en salud, que apunta a identificar y disminuir los factores o condiciones que generan desigualdades evitables; iii) solidaridad en salud, para que los más vulnerables tengan igual garantías que los más favorecidos; iv) eficiencia en el uso de recursos, para optimizar su uso (MINSAL, 2005). Por lo que hoy en día se habla de recursos sanitarios en lo económico y de recursos humanos para la salud respectivo al equipo que constituye los sistemas y servicios de salud (Conferencia Sanitaria Panamericana, 2017). La idea de este nuevo modelo fue dar mayor cabida a un enfoque biopsicosocial, sin mermar el antiguo biomédico reinante en el sistema de salud chileno. Fundamentalmente este modelo circunscribe la atención de salud primaria, es decir, ambulatoria y/o abierta. También renueva el foco del paciente y lo empodera como usuario, apoyándose en un equipo de salud multidisciplinario, en la familia (sin importar condición) y en acciones preventivas y de promoción de la salud. Cabe tener presente que otro objetivo fue que el sistema otorgue continuidad a la atención de salud, diseñada y gestionada en red; acorde al marco de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). El año 2010 la OPS ya recomendaba volver a rearticular acciones para enfrentar el desafío de la fragmentación de los servicios de salud, señalando que éste es un panorama común en la región, pero que varía en magnitud y causas (Organización Panamericana de Salud, 2010).

Finalmente, este modelo y su aplicación han estado vigentes en el país por los últimos quince años por medio de las Redes Asistenciales basadas en la Atención primaria de Salud. La última evaluación fue un trabajo en conjunto OPS con el MINSAL, revelando fortalezas y debilidades, donde se vuelve a asumir el desafío de romper la fragmentación administrativa, institucional y organizacional del sector salud. Además, da valor agregado a la cultura del territorio, priorizando el acceso y la oportunidad en la atención a las personas conforme a mejorar la calidad y los resultados de intervenciones sanitarias.

Como último alcance en esta recopilación teórica, se deja expresado el valor de la APS como primera línea de pesquisa y, primordialmente, como baluarte de la promoción y prevención en lo que a salud respecta.

## CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZACIÓN DE FARMACIAS POPULARES EN BRASIL Y CHILE

### i. Panorama epidemiológico de Chile y Brasil: comparación de datos generales

Los indicadores de salud generales de ambos países son destacables. En el caso de Chile, tiene un comportamiento superior a sus pares latinoamericanos respecto a indicadores de salud y desarrollo en el grupo de naciones OCDE. Brasil no está atrás, pero aún presenta dificultades con las que lidiar; es uno de los países más poblados del mundo (210.719.753 millones de habitantes), representando un 2,76 % de la población mundial, con una tasa de crecimiento poblacional que ha ido en declive en los últimos treinta años hasta alcanzar un 0,8 %. La mediana de la edad en Brasil es de 31 años y un 85,3 % del total de los habitantes viven en lo que se considera zona urbana<sup>11</sup>. Chile es un país pequeño en comparación a Brasil con una población de 18.184.536 de habitantes y sólo representa un 0,24 % de la población mundial. Sí es comparable la tasa de crecimiento poblacional, el proceso migratorio campo-ciudad que ha alcanzado una urbanización del 90,8 % y la mediana de edad de 34,1 años.

En el caso de países en vías de desarrollo, hace no más 60 años atrás tenían que lidiar con problemas como desnutrición infantil, la mortalidad materno-infantil y baja expectativa de vida, entre muchísimos otros. Por el contrario, hoy en día el panorama es obesidad infantil y adulta acompañado de sedentarismo, lo que lleva a la conclusión acerca del origen de factores de riesgo, vinculado al concepto de “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (ECNT), el cual se refiere a aquellas enfermedades “de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes” (OMS, 2018). Este tipo de perfiles epidemiológicos son más fáciles de encontrar en países desarrollados debido a causas multifactoriales, en gran parte por su mayor saneamiento básico, el control de enfermedades transmisibles y nivel de modernidad/urbanización en las ciudades.

En Brasil, casi un tercio de las muertes totales se dan por problemas relacionados con patologías cardiovasculares. Le siguen cáncer y luego enfermedades transmisibles y condiciones nutricionales. Los últimos grupos de importancia son diabetes y enfermedades respiratorias. Se estima que un 74 % de las muertes totales son debidas a enfermedades crónicas no transmisibles. Estos datos son considerablemente más importantes si añadimos que la expectativa de vida en Brasil ha sido más alta de lo que se esperaba y se enferma de afecciones que son para toda la vida. Los factores de riesgo son cualidades o condiciones que tienen efecto directo de inducir alguna situación crónica de salud. Dentro de estos factores destacan: consumo de tabaco, alcohol, ingesta dietaria (grasas totales, sal, agua, etc.), presión arterial elevada, obesidad y sedentarismo entre otros.

Existen otros factores: ambientales, ocupacionales o directamente ligados a determinantes sociales de la salud. Pero eso no es parte de este enfoque ahora. El caso de presión arterial es serio para el país debido a sus números y esto se acompaña de la situación de obesidad en el mismo año.

Analizando los datos de mortalidad en Chile, se encuentra que el mayor porcentaje también lo tienen las enfermedades cardiovasculares y casi en misma proporción que en Brasil. Luego vienen los distintos tipos de cáncer seguido de otras enfermedades no transmisibles, con un porcentaje del 22 %. Destaca

---

<sup>11</sup> Datos brasileños obtenidos desde los bancos de datos sitios web worldmeter y healthdata.org.

también la similitud en cantidad en causas externas como accidentes y enfermedades transmisibles. En el caso de los factores de riesgo, el más prevalente es por consumo de tabaco, más en hombres que en mujeres. El consumo de alcohol y la elevada presión arterial también es mayor en hombres que en mujeres. La obesidad, en cambio, afectan en mayor grado a mujeres que hombres y a casi un tercio de la población total. En la tabla 1 se presentan las variables biodemográficas más relevantes para ambos países.

Tabla 1. Resumen de variables biodemográficas de Chile y Brasil. Elaboración propia en base a los datos de la OPS, datos del INE (Chile, CENSO 2017) y actualizaciones del PIB del Banco Mundial al año 2017

Variable	Chile	Brasil
<b>Población</b>	17.373.831 <sup>12</sup>	210.719.753
<b>Población Urbana (%)</b>	79,7	86,0
<b>Población ≥ 65 años (%)</b>	11,0	9,0
<b>Tasa de Fecundidad (hijos por mujer)</b>	1,8	1,8
<b>Tasa de Crecimiento anual Poblacional (%)</b>	0,8	0,8
<b>Esperanza de vida (años)</b>	77,2 hombres y 82,1 mujeres	72,1 hombres y 79,3 mujeres
<b>Edad Mediana (años)</b>	34,4	32,1
<b>Tasa de Mortalidad total (1000 habitantes)</b>	4,1	6,2
<b>Tasa de Mortalidad enfermedades no transmisibles (100mil habitantes)</b>	343,0	458,7
<b>Promedio escolaridad (años)</b>	11,4	8,4
<b>Ingreso Nacional Bruto (US per cápita)</b>	15.46,45	9.821,408
<b>Gasto del PIB en Salud</b>	8,1 %	9,1 %

## ii. Descripción general del programa “Farmacia Popular do Brasil” (PFPB)

La República Federal de Brasil ha manifestado numerosos cambios en salud los últimos 20 años. En general, tras la vuelta a la democracia y la constitución de la salud como un derecho legitimado por la nueva carta magna, se originaron gestiones para la creación del *Sistema único de salud (SUS)* en 1988, sistema universal inspirado en el *National Health Service* de Inglaterra, vale decir, se financia directamente con impuestos y aportes de los estados federados y municipios; garantizando la salud como derecho y brindando concretamente gratuidad, acceso a los servicios y recursos sanitarios para toda la población a través del seguro público de salud y de la red de prestadores sanitarios públicos y privados de todo el país. Del SUS derivan reglamentaciones, programas y políticas específicas en salud, además de crear la Agencia de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) como autoridad sanitaria y reguladora autónoma. Dentro de las políticas país que competen a esta investigación se encuentran, la política nacional de medicamentos (1998) y la política farmacéutica y de asistencia sanitaria. Estas políticas tienen la orientación desde desarrollo de una industria local potente que acompañe el rol de los medicamentos genéricos, cumpliendo con las medicinas esenciales que declara la OMS con eje central de promoción de la salud a través del rol sanitario del profesional farmacéutico (Oliveira y cols., 2010).

<sup>12</sup> Cifra obtenida del censo 2017 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de cobertura 98,98% de población total estimada del país. Worldmeters (herramienta utilizada para obtener los datos brasileños) proyecta en Chile un total de 18.184.536 habitantes.

A principios del milenio, distintos autores señalan cómo el aumento de la clase media brasileña (con su respectivo nuevo poder adquisitivo) convirtió al mercado farmacéutico minorista en uno de los nichos económicos más lucrativos en su país y en el mundo entero (Tible, 2013). Pronto fue evidenciable la disparidad de precios y atención de los servicios. Fue con el gobierno del presidente Lula Da Silva que se comenzó con esta intervención farmacéutica popular de carácter pública, convirtiéndose en una política pública de estado, dando inicio al PFPB propiamente tal. Hasta aquel momento, al recibir una prescripción médica en el sistema sanitario brasileño ya sea de un prestador público o privado, se utilizaban el expendio de medicamentos en farmacias comunitarias privadas similares a las del resto del panorama mundial, dejando de lado el perfil de farmacia hospitalaria y botiquines municipales.

El nombre “Farmacia Popular” fue adquirido por primera vez tras la implementación del programa que lleva dicho nombre como una política pública estatal, junto con una definición de lo que sería el marco regulatorio de atención farmacéutica. Se creó entonces el año 2004 con el fin de brindar una opción distinta a la población respecto a donde encontrar sus medicamentos y, principalmente, dar mayor acceso a través de la ampliación de cobertura a nivel físico y monetario a muchísimos usuarios que quedaban fuera del sistema. El *stock* de medicamentos tiene consideraciones sobre todo a las enfermedades de alta carga de morbi-mortalidad (transmisibles y no transmisibles) y, además, se asegura las medicinas esenciales y se privilegia la industria genérica y local (Santos-Pinto y cols., 2011; Lima de Magalhães y cols., 2008).

La primera etapa comenzó con la creación de la “*Red Propia*” y es más cercana al concepto de farmacia municipal, entendiéndose por ello un recinto propuesto con recursos públicos, con funcionarios públicos, protocolo de atenciones respaldado por la autoridad sanitaria pertinente, infraestructura adecuada y un largo etcétera que conforman la distinción entre un centro comercial de farmacia cualquiera en Brasil y este. La implementación, abastecimiento y gestión en general está a cargo de la *Fundación Oswaldo-Cruz (Fiocruz)*, respaldada por la ley N° 10.858 que autoriza a la fundación a dispensar medicamentos, como espíritu de la ley además, a bajo costo. La fundación es una institución sin fines de lucro y realiza alianza con los municipios para el manejo de la farmacia, en ciertos casos también participan universidades.

Las farmacias de red propia o populares públicas tienen un sistema estandarizado en cuanto a procedimientos, infraestructura, recursos humanos y equipamiento. Además, cuentan con un catálogo definido de productos farmacéuticos. El sello en la acción de Fiocruz en estas farmacias es la dispensación informada con atención individualizada e, inclusive, orientación farmacéutica más servicios farmacéuticos (Aragao, 2012). A la fecha, red propia cuenta con 517 establecimientos en el país.

En el año 2006, se originó una nueva forma de operar dentro del programa para seguir ampliando la cobertura. El año 2007 se crea “*Aquí tiene Farmacia Popular*” (ATFP), el cual faculta (credencia) a farmacias privadas, que cumplan ciertos requisitos, a una venta subsidiada de antihipertensivos y fármacos para tratar la diabetes. Posteriormente se ampliaría la gama de productos. El mecanismo que emplean estas farmacias hacia el público es por medio de subsidios y copago del usuario. El Estado paga el 90 % del valor de referencia del medicamento en el caso de que el precio de venta fuese mayor al establecido por las reglamentaciones y, en el caso de ser menor el precio de venta que el valor de referencia, el Estado paga el 90 % del precio de venta (Ministerio de Salud de la República Federal de Brasil, 2018).

El año 2009 se tuvo que reformar tras sufrir problemas con las acreditaciones y fraudes de funcionamiento, y en el 2011 nace “*Salud no tiene precio*”, donde se reparten gratuitamente medicamentos para tratar patologías como hipertensión y diabetes; entregándose gratuitamente en unidades Red Propia y Credenciadas de Aquí tiene farmacia popular (Giovannella y cols., 2012).

Hoy en día, el programa ATFP es regulado por la resolución de consolidación N° 5, de septiembre de 2017, con una actualización del año 2018 con la resolución N° 739 (Ministerio de Salud República de Brasil, 2018). Considera 31.081 farmacias credenciadas por el programa “Aquí tiene Farmacia Popular”, dando cobertura a 4.381 municipios, y se constituye de veintisiete estados y 5.564 municipios, considerando un alcance del 78,74 %. Además, al año 2017, 18 municipios contaban sólo con farmacias populares del tipo red propia. Lo anterior deja en evidencia la ampliación de cobertura que significó para el PFPB incluir las farmacias credenciadas en su aparato logístico.

El PFPB es una de las políticas públicas priorizadas por el gobierno federal, y significa una alternativa relevante respecto al acceso a medicamentos en el seno de la Política de Atención Farmacéutica vigente en el país (Mendes da Silva y Caetano, 2015).

A inicios del 2017, el Ministerio de Salud comenzó un proceso de cambio bajo la intención de interrumpir el financiamiento a la Red Propia de Farmacias Populares. El Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) llevó las inquietudes a los municipios adscritos al programa y, junto con académicos y técnicos en el área de acceso a medicamentos, se resolvió reformar la concepción original de la red pública de farmacias populares y hacer una transición de recursos económicos y técnicos hacia dependencias del SUS como, por ejemplo, la farmacia básica<sup>13</sup>, acogiendo el arsenal de medicamentos desde la red propia.

Argumentos para esta transformación se encuentran en la falta de operatividad y suministro que presentaron establecimientos de la red administrada por Fiocruz y el constante aumento que registraba para el presupuesto nacional. Paralelamente se detuvo la incorporación de nuevos recintos a la red de “Aquí tiene Farmacia Popular”. En mayo del año 2018 se “des-credenciaron” 1.729 locales por incumplimiento de la normativa y protocolos<sup>14</sup>.

#### a. Organización y logística de funcionamiento

La administración general del PFPB está dada por el Departamento de Asistencia Farmacéutica del Ministerio de Salud y en el caso de Red Propia, Fiocruz vela por la gestión administrativa, capacitación de profesionales y procedimientos logísticos, de licitación y distribución directamente a las farmacias, otorgando un abastecimiento central y operativo para que las farmacias populares lleven a cabo su rol a máxima cabalidad (Fiocruz, 2018). Existe una estandarización dada por el manual de operación de la “Coordinación general de Fiocruz” (Cogead), que abarca todas las áreas desde limpieza de la estructura y del personal a la dispensación de un medicamento. Dentro de los locales Red Propia, la dispensación se hace por el profesional idóneo tras el pago de un valor que suple los costos de producción o

---

<sup>13</sup> Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) indica de todos los cambios del proceso transparentemente es su página. Al igual que las conversaciones sostenidas con el Ministerio de Salud de la república federal de Brasil.

<sup>14</sup>Esta fue una noticia reciente al momento de realizarse esta investigación. Fue publicada por el Ministerio de Salud de la República federal de Brasil en su página web durante el primer trimestre del 2018.

adquisición del medicamento, más su distribución y dispensación (Manual Red Propia, 2005). En otras palabras, hay un traspaso del medicamento a precio de costo, sin utilidades. A este precio de le conoce como “precio de dispensación”.

La coordinación geográfica de las farmacias Red Propia fue lo más equitativa que pudo mientras existió el programa. Dentro de las regiones de Brasil que tenían menor índice de farmacia por cien mil habitantes, se encuentran el norte y noreste del país. Al año 2013, red propia tenía un alto número de establecimientos en estas regiones que en las otras (sur, sureste y oeste medio), llegando a contar con 75 en el norte y 192 en el noreste (Emmerick y cols., 2015)

En el caso de las farmacias credenciadas del sector “Aquí tiene Farmacia Popular”, también están subordinadas al Departamento de Asistencia Farmacéutica del Ministerio de Salud, pero su funcionamiento es diferente. Deben acreditarse y funcionar activamente en línea para permanecer en el sistema de farmacia popular. Además, replica el modelo geográfico impuesto por el mercado, ya que el sistema no habla de mínimo ni máximos de farmacia por región (Luiza y cols., 2017), respondiendo a las regiones más pobladas como el sur y sureste, que son a su vez las más pobladas del país presenten mayores establecimientos ATFP.

Respecto de los costos de operatividad de las farmacias ATFP, el dueño de la farmacia (privado) supervisa el abastecimiento, funcionamiento del recinto, incluyendo dispensación de medicamentos y precios finales de compra del usuario. Al ser los valores de compra dispersos en el mercado y no tener claro en un principio la claridad del funcionamiento del subsidio por parte del estado, es que auditorías detectaron irregularidades y fraudes por parte de los dependientes de farmacias, sobre todo debido a un pobre control, por ejemplo, en medicamentos dispensados sin receta y sin forma de detectar fraude de ninguna manera (Luiza y cols., 2017). Finalmente, el mecanismo de operación en el sistema ATFP se reguló así:

- **Requerimientos de credenciación**

Para la ejecución de una acreditación de una farmacia comunitaria privada se debe tener (1) un sistema informático para control en línea autorizado por el Ministerio de Salud, (2) publicidad del programa ATFP obligatoria (como aparece en la página) y (3) lista de todos los medicamentos y productos del programa visible y escrito con DCI como pide el protocolo de funcionamiento. Claramente, el recinto debe contar con regulación comercial y sanitaria al día.

Actualmente se encuentra suspendida la acreditación de nuevas farmacias al programa (Ministerio de Salud República de Brasil, 2018), debido a la deshabilitación de las unidades de la Red Propia del Programa Farmacia Popular en 2017.

- **Funcionamiento del subsidio estatal y copago**

El Ministerio de Salud estableció valores de referencia para cada medicamento del catálogo basado en el principio activo. A continuación, se procede de dos maneras (Manual de Funcionamiento de Programa Aquí Tiene Farmacia Popular, 2018):

- i. Si el precio de venta es mayor al precio de referencia dado por el ministerio, el Estado procede a subsidiar el 90 % del producto. El usuario paga la diferencia entre ambos valores.

- ii. Si el precio de venta es igual o menor al precio de referencia, se otorga un subsidio correspondiente al 90 % del precio de venta que, en este caso corresponde también al precio de referencia, y el usuario el 10 % restante.

La última actualización de valores de referencia se dio con la resolución N° 739 del 27/03/2018.

#### b. Stock de medicamentos

El PFPB tiene un catálogo de medicamentos compuesto básicamente por medicamentos esenciales, enfocado a cubrir las principales enfermedades de la población. Estos medicamentos están contenidos en el listado “*Relación Nacional de Medicamentos Esenciales*” (RENAME). También hay otros medicamentos que no están en el listado, pero de todas maneras se incluyen al *stock* de productos en el PFPB si se justifica su necesidad.

El arsenal farmacéutico del programa se divide en dos tipos: red propia con 131 medicamentos de 7 clases terapéuticas (anticonceptivos, antimicrobianos, antihipertensivos, hipoglucemiantes y antidepresivos, entre otros) y ATFP con 33 medicamentos de tres clases terapéuticas (antihipertensivos, hipoglucemiantes y control de dislipidemias) (Luiza y cols., 2017). Al inicio del programa ATFP (año 2007), 47,9 % de las prescripciones provenían directamente del SUS y el restante del sector privado.

Respecto de los costos finales de medicamentos, en las farmacias red propia son considerablemente más bajos, debido al mecanismo de compra de Fiocruz (consolidación de la demanda agregada), a comparación de las instalaciones privadas donde ellos deben ver cómo proveer sus farmacias.

#### c. Proyecciones más allá de la dispensación: servicios farmacéuticos

Parte del desarrollo del programa de farmacia popular de Brasil fue medir los alcances que tuvo tras una implementación estructurada y organizada. Aun cuando hay debate, su mayor valor fue su acción estratégica e innovadora. Autores señalan que Brasil tuvo por primera vez un sistema farmacéutico comparable con países de ingresos altos (Luiza y cols., 2017). Existen pocos estudios acabados al respecto, pero van dirigidos a detallar protocolos en algunos servicios farmacéuticos como atención farmacéutica, manejo farmacológico de la terapia y toma de muestras de sangre, entre otros. Estos protocolos velan por el desarrollo y ejecución de todo el equipo técnico de la farmacia involucrado<sup>15</sup> (De Carvalho, 2015)

A nivel de acceso, por ejemplo, el municipio de Araraquara en Sao Paula indicaba que “con sólo una farmacia popular en el municipio fue posible observar hasta un 97 % de economía, favoreciendo el bienestar familiar tanto en presupuesto como en adherencia a la terapia” (Mastroianni, 2010).

---

<sup>15</sup> Fue la única investigación asociada encontrada con rasgos exhaustivos. Es una Tesis para obtener el grado de doctor en ciencias de la salud.

### iii. Farmacias populares chilenas: descripción, motivación y origen

#### a. Descripción general del total de farmacias populares

En Chile los municipios (división más pequeña de organización gubernamental), son los encargados de administrar el territorio como una entidad autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, donde el principio rector es brindar respuesta a las necesidades de la comunidad. El municipio es el primer ente visible de la administración que tienen los ciudadanos. Los municipios del país son 345 y cada municipalidad debe responder a una organización básica, pero es autónoma en hacerlo cómo estime conveniente, en el marco de la Ley Orgánica de Municipalidades.

Las organizaciones municipales no presentan una estructura tipo, pero se hacen cargo de las mismas problemáticas en cada lugar, siendo cada territorio diferente en naturaleza y respuestas a sus necesidades. Por consiguiente, no se puede hablar desde la generalización; pero a nivel de gestión institucional interna se reconocen dos tipos, según la cantidad de habitantes del territorio, dependiendo si se alcanzan los cien mil habitantes. Una forma de organizarse es a través de Corporaciones, instituciones de derecho privado sin fines de lucro, destinadas a cubrir áreas de acción del municipio como educación, cultura, turismo, salud y cualquier otra que se estime conveniente. En la Región Metropolitana (RM) las Corporaciones son la regla y se dividen de distintas formas, por ejemplo, en la comuna de Vitacura existe la Corporación Cultural de Vitacura, pero en el caso de las áreas de salud y educación se ejecutan a través de la Dirección Municipal correspondiente, esto quiere decir, que actúan al alero de derecho público. En cambio, en otra Comuna de la misma RM, se encuentra la Corporación Municipal de Desarrollo Social de la Comuna de Ñuñoa, la cual se hace cargo del funcionamiento de los sistemas de Educación, Salud, Cultura y Asistencia Social.

Por otra parte, los cambios que han sufrido las comunas, provincias y regiones de Chile han hecho que los conceptos socio-demográficos cambien y se actualicen. El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) indica que, según el contexto que se vive a través de una relación histórica extremadamente binaria (lo urbano y lo rural como conceptos opuestos), es necesario considerar términos más dinámicos. Un estudio realizado el año 2016 por la Asociación de Municipalidades (AMUCH) promueve una tipología donde no se hable de ruralidad sino de “comunas con mayor desarrollo, comunas de desarrollo medio y de desarrollo bajo”. Declara que existen 219 comunas con menos desarrollo “en términos de pobreza, población, dependencia, ingresos, subsidios, pensiones y por cierto ruralidad” (Tabla 2), de las 345 comunas totales del país (AMUCH, 2016).

Tabla 2. Características municipales de acuerdo a territorio y recursos.

Características	N° Comunas
✦ Mayor capacidad para la generación de recursos del territorio comunal	126
✦ Mayor condición socioeconómica de la población	
✦ Territorio comunal con mayores condiciones de urbanidad	
☒ Menor capacidad para la generación de recursos del territorio comunal	219
☒ Menor condición socioeconómica de la población	
☒ Territorio comunal con mayores condiciones de ruralidad	
<b>TOTAL COMUNAS</b>	<b>345</b>

Fuente: Informe Municipalidad y diversidad de AMUCH. Elaborado en base a datos INE



También hace alusión al concepto de pobreza comunal, medido por la encuesta CASEN y considera la pobreza comunal en cinco dimensiones y quince indicadores de carencias. AMUCH encontró a 43 comunas bajo la línea de la pobreza comunal (porcentaje que indica esta línea 10 %) y 70 se encuentran sobre un 20 %. Luego, el mismo estudio hace un acercamiento bastante relevante a la presente investigación de, referido a la dependencia de las comunas al Fondo Común Municipal (FCM). Este fondo es la fuente principal para los municipios chilenos, tal y como lo señala la Constitución Política de la República, el cual lo define como un “mecanismo de redistribución solidaria de los ingresos propios entre las municipalidades del país” (art. 122). Al respecto, el estudio AMUCH concluye que en las comunas de mayor desarrollo el aporte del FCM es de un 37,41 % y en las otras comunas de desarrollo medio y bajo (grupo de 219 comunas) el aporte llega a un nivel del 67,91 %, indicando una alta dependencia al fondo por parte de este último grupo de comunas.

La ejecución de la facultad de administrar la salud municipal ha demostrado ventajas y desventajas. Hay quienes señalan que los logros alcanzados no han sido suficientes ni equitativos y, sumado a las limitaciones de recursos y de desempeño, ha contribuido a mantener la desarticulación de la red asistencial (Gattini, 2017). Por otro lado, hay argumentos que exponen cierta validez del sistema en el formato en que se encuentra, desde respuestas a problemáticas locales. Todos estos puntos son parte del debate alrededor de este tema; los cuales han sido dados al momento de justificar la incorporación de la farmacia popular a este nicho de acción.

Respecto a salud municipal y farmacias comunales, 31 de ellas dependen de la administración de Corporación Municipal (21,38 %) y el resto de Dirección Municipal.

En cuanto a la generalidad de las farmacias populares, del total de 345 municipios, 148 gestionaron una farmacia popular (algunos como Quilpué, Valparaíso y Colina más de una), lo que alcanza un total de 43 %. Del total de municipios que emplean un recinto como farmacia popular, 37 están en la RM (el grueso de farmacias dependientes de Corporaciones se encuentra en este apartado). Las circunscripciones fuera de la capital que se extienden al norte, centro, sur del país y no tienen presentación en el territorio insular, se distribuyen heterogéneamente en las distintas regiones del país, incluyendo doce capitales regionales y diversas comunas de alta constitución rural; 49 de estas comunas rurales se encuentran en este grupo definido por el estudio AMUCH como comunas de un desarrollo medio y bajo (inferior al 50 % de pobreza comunal) y al menos 5 de ellas están bajo la línea de la pobreza comunal CASEN (10 %). La región que presenta mayor cantidad de comunas con estos índices es la región del Biobío, siendo al mismo tiempo la región con mayor número de farmacias populares (26), sin considerar la RM. Dentro de este grupo, la comuna de Maule pidió cerrar temporalmente su farmacia comunal argumentando eficiencia de recursos. También hay localidades que no terminaron su proceso de autorización sanitaria, como Gorbea y Tocopilla. Para este año se encuentran en trámite las farmacias de Linares, Paillaco, San Fernando, Ancud, Cerro Navia, y nuevas en Valparaíso, Placeres y Placilla. A su vez, se han visto asociaciones y convenios entre municipios para llevar a cabo la iniciativa, por ejemplo, María Pinto y Curacaví firmaron el primer convenio que beneficia a residentes de comunas diferentes para gestionar una farmacia en conjunto (farmacia asociativa). Replicando esto, San Fabián de Alico hizo lo mismo a fines del 2017 con la comuna de San Carlos.

La libertad y escasa claridad de la normativa ha dado pie para que la expresión y modelo operativo de estos recintos sea de distintas formas. Esto se ha traducido a través de, por ejemplo, la creación de

farmacias populares itinerantes o móviles, vale decir, un vehículo acondicionado para el traslado y dispensación de medicamentos. El primer lugar en aprobarse esta situación fue en la comuna de Machalí. Posteriormente se implementó en la comuna de San Ignacio y, durante el primer trimestre de este año, se inauguró la farmacia comunal móvil de la corporación de la comuna de Colina.

El caso de la ciudad de Valparaíso, se encuentra en pleno proceso de implementación de la “Red de Farmacias Populares de Valparaíso”, parte de su principio de gestión como alcaldía ciudadana. La misma alcaldía decidió además otorgar el nombre de “Farmacia Popular en Terreno” a las sucursales de su red de farmacias populares.

Otro ejemplo está vinculado con la diversidad de acciones que pueden ejecutar dentro de cada farmacia, añadiendo, como ellos mismo dicen, “que cada farmacia es un mundo”; y todas quieren dar sellos a su actuar según estimen conveniente; desde la fachada, los avisos en murales con infografías de temas del municipio o salud, hasta actitudes ecológicas como es el uso de bolsas de papel y receptores para frascos de jarabe y envases de cartón como desecho.

La composición del stock de fármacos y otros productos también se ve caracterizada según se estime conveniente. Hay farmacias que anuncian dispensar fármacos de uso veterinario como sucede con la farmacia municipal de Pudahuel y la de la comuna de Colina; otras se esmeraron en tener insumos primordiales para el cuidado del adulto mayor como apósitos, pañales y alimentos nutricionales o leches formuladas.

Otro comentario pertinente es la adopción de la iniciativa por municipios que tienen un amplio espectro de partidos políticos en su titularidad (Fig. 4), confluyendo en gran transversalidad desde partidos que pertenecían al anterior conglomerado oficialista Nueva Mayoría hasta del conglomerado de oposición (ahora oficialista) Chile Vamos. Es muy probable que al terminar este período edilicio (año 2020), un 50% de los municipios en Chile presente un establecimiento de farmacia comunal.

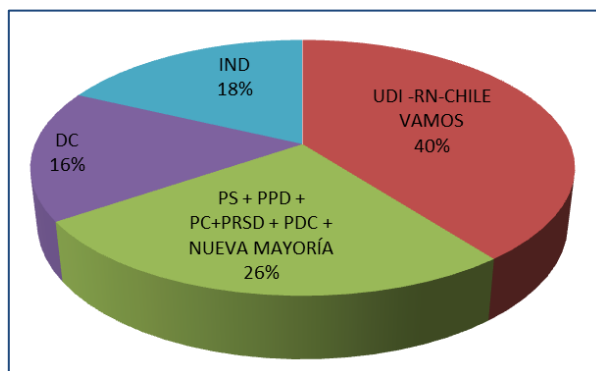


Fig. 4. Cantidad de Farmacias Populares chilenas según partido político. Fuente: Elaboración propia según datos de la última elección de alcalde en Chile en el año 2016.

b. Origen y motivación de las farmacias populares en Chile

Tras documentarse evidencia del panorama de medicamentos conforme al mercado y las políticas de acceso en Chile, la brecha entre las desigualdades sociales es aún considerable (OCDE, 2017). Nace así, en el año 2015, la primera farmacia popular en Chile; evocando -no sólo con el nombre- el programa farmacia popular de Brasil (PFPB). Esta farmacia popular se encuentra ubicada en la comuna de Recoleta y fue bautizada oficialmente como: “Farmacia Popular Ricardo Silva Soto”, en honor al único

mártir de la carrera de Química y Farmacia caído en época de la dictadura de Augusto Pinochet en Chile (1973-1989). Fue creada por el edil de la comuna Sr. Daniel Jadue (Partido Comunista) en conjunto con el gestor municipal Sr. Marco Fernández y asesoría técnica de personal especializado del ISP. Se considera la primera intervención autónoma en materia de consumo individual de fármacos dado en la población a nivel comunal en la historia de la salud en Chile (MINSAL, 2016). El mismo Jadue identificó a la Farmacia Popular de Recoleta como un canal municipal de compra y dispensación de medicamentos, que contiene cuatro ejes fundamentales: 1) salud, a través de la llegada de medicamentos más accesibles; 2) económico, tendiente a la generación de reducción de costos asociados a enfermedad a nivel familiar y comunal; 3) orden de recursos municipales, generando eficiencia y responsabilidad al momento de la asignación de capitales; y 4) finalmente, a nivel de gestión, relativo a la mejora los servicios de áreas complementarias<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Declaraciones encontradas en el sitio web Farmacia Popular de Recoleta: <https://www.recoleta.cl/farmacia-popular/>

## **CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Descripción general del diseño metodológico**

Este trabajo ha sido pensado esencialmente desde la perspectiva de las ciencias sociales de la salud, y, experimentalmente, conforme a un proceso de investigación descriptivo cualitativo, con diseño metodológico mixto (Pineda y Luz de Alvarado, 2008). Se estudiarán diferentes variables simultáneamente; entendiéndose la entrega de información de un fenómeno determinado en cierto espacio y tiempo; sobre todo al tomar en cuenta la novedad de las farmacias populares, y, la casi nula, existencia de material.

#### **a. Variables del estudio**

Las variables principales de esta investigación son: acceso en todas sus dimensiones (asequibilidad, disponibilidad geográfica, aceptabilidad de la norma), cobertura (respecto a usuarios y atenciones) y tipos de recursos y servicios sanitarios entregados. Para el estudio de estas variables se tomará una muestra representativa del total de la población de farmacias populares, considerando un 10 % de la población.

#### **b. Operacionalización de variables**

La variable de acceso a medicamentos será evaluada en sus tres dimensiones objetivas. Conforme al acceso físico, se considerará el *stock* de productos farmacéuticos y su variedad y disponibilidad (viendo en marco general su suministro) en las farmacias populares.

A nivel adquisitivo, se medirá el costo de los medicamentos dentro de las farmacias populares y, para tener una referencia, se comparará con un promedio de *retail* con algunos medicamentos correspondientes a patologías crónicas o medicamentos de uso prolongado.

Respecto a la aceptabilidad de la intervención sanitaria, se medirá tras evidenciar la percepción usuaria y niveles de satisfacción que presentan usuarios regulares de las distintas farmacias populares involucradas.

Conforme a la cobertura, se requerirá evaluar el alcance de las farmacias populares. Para esto los indicadores serán: número total de farmacias populares operativas en el país, cantidad total de inscritos en cada farmacia popular y número de recetas despachadas o atenciones hechas mensualmente.

### **Investigación cualitativa: calificación de lugares a estudiar**

La recopilación de información se llevará a cabo primero por medio de visitas a las farmacias populares y luego mediante entrevista con el director técnico.

La muestra a estudiar considera un mínimo de 10% del total de las 145 farmacias populares existentes, considerando su diversidad cultural y socio-demográfica, se tomarán en cuenta una porción mayor de comunas de la capital frente a regiones. Más detalles a continuación:

#### **a. Selección de la muestra**

Considerando la geografía de Chile y su distribución poblacional, se considera tomar una muestra de al menos, el 10 % de la población total de Farmacias Populares (unas 15). En esta muestra se incluyen

exponentes del norte y sur de Chile, sean ciudades, localidades rurales y capitales regionales (una por cada zona al menos). Al menos un 60 % se debe concentrar en la RM y debe contener locales pertenecientes a comunas de ingresos económicos bajos, medios y altos, como también un lugar de mayor ruralidad. Se subentiende que la muestra no puede ser aleatoria porque es necesario contar con estas especificaciones para hacer el estudio más similar a la realidad.

b. Instrumentos de recopilación de información:

i. Visita a los recintos seleccionados: esta visita tendrá en primera instancia un valor intrínsecamente observacional de lo que ahí ocurre, para luego, proceder a desarrollar la entrevista al jefe de local.

ii. Entrevista a los directores técnicos (Químicos Farmacéuticos): esta herramienta tiene el objetivo de recopilar información directa de la fuente respecto de lo que ocurre al interior de cada farmacia seleccionada. Corresponde a una entrevista a panel de expertos, de formato semi-estructurado, basado en el documento elaborado por el Departamento de Políticas Farmacéuticas del Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud, 2018), que se ideó en trabajo conjunto con los directores técnicos de Farmacias Populares. La entrevista consta de dos partes. La primera, datos concretos de identificación que contribuyan a pesquisar indicadores de desarrollo. Por ejemplo, tamaño de población, alcalde y partido político correspondiente, horario y modalidad de atención, tipo de espacio y cantidad total de inscritos y características de ellos (edad y seguro de salud). Luego, prosigue una segunda parte con una conversación guiada en cuatro temas: i) Uso Racional de Medicamentos; ii) Vinculación con Atención Primaria; iii) Abastecimiento y iv) Marco Regulatorio. En cada una de las áreas hay preguntas específicas, pero es un espacio, principalmente, para que se relate el quehacer dentro de sus propias farmacias populares. (*Ver anexo instrumento de investigación 1*)

### **Investigación cuantitativa sobre la población usuaria de las farmacias populares: percepción de los usuarios al programa “Farmacia Popular”**

La investigación cuantitativa se compone de tres aristas; la primera se relaciona con el acceso y las necesidades de los usuarios en las farmacias: el precio de los medicamentos. La segunda, mide la situación de disponibilidad geográfica de farmacias a nivel comunal de la farmacia popular estudiada y su importancia. La tercera se relaciona con la aceptabilidad que puedan tener los usuarios de la farmacia con la intervención comunal lograda, a través del estudio de la percepción y grado de satisfacción que poseen.

Paralelamente se necesita contar con información fidedigna del listado de farmacias populares en Chile. Para esto, se recurrirá a las herramientas estatales acorde a transparencia y se solicitará las resoluciones sanitarias dictaminadas por las autoridades competentes, es decir, las aprobaciones de funcionamiento de cada farmacia popular otorgadas por el ISP y las SEREMI de cada región; con una contramuestra de la lista oficial que maneja la subsecretaría de salud pública de Chile<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> En los anexos se puede encontrar el listado completo de las farmacias populares operativas en Chile de la información recopilada a través de los canales gubernamentales de transparencia descritos.

a. Descripción de herramientas de medición (Fig. 5)

i. Canasta de medicamentos en análisis *contrafactual*: se construye una canasta de medicamentos tipo *alta circulación* y *gold estándar* para farmacias populares, en conjunto a los relatos aportados por los directores técnicos y sus registros individuales. Se tipifican algunos exponentes de ciertas clases de medicamentos y se evalúa su precio en toda la muestra y posterior comparación con el precio del mismo medicamento en las farmacias de cadena. La canasta se compone de los siguientes grupos terapéuticos: tiroideos, antihipertensivos, tratamiento de hipercolesterolemia, antidepresivos, antihistamínicos y paliativos para el dolor. Para cada grupo se tomaron en cuenta dos exponentes principales. (Ver anexo instrumento de investigación 2)

ii. Análisis de distribución geográfica de farmacias de la comuna según Farmacia Popular seleccionada: Para esta parte se utilizará la herramienta del MINSAL llamada FARMANET, la cual entrega geolocalización de cada recinto farmacéutico en Chile, su horario y turno. En base a los datos que entregue esta herramienta por comuna se medirá cuántas farmacias hay de acuerdo a la población comunal y cuántas de éstas corresponden a las tres grandes cadenas farmacéuticas.

iii. Medición de la percepción y satisfacción en usuarios regulares de la Farmacia Popular: para este punto se diseñó una encuesta de percepción en base a literatura aplicada a farmacias comunitarias. La encuesta es anónima y tiene una breve identificación del usuario sin necesidad de datos personales y luego trece preguntas cortas que señalan su experiencia en relación a la farmacia popular de su comuna. (Ver anexo instrumento de investigación 3).

Finalmente, será el conjunto de todas estas herramientas las que ayudarán a definir el o los modelos de Farmacias Populares que han sido desarrollados e implementados en Chile.

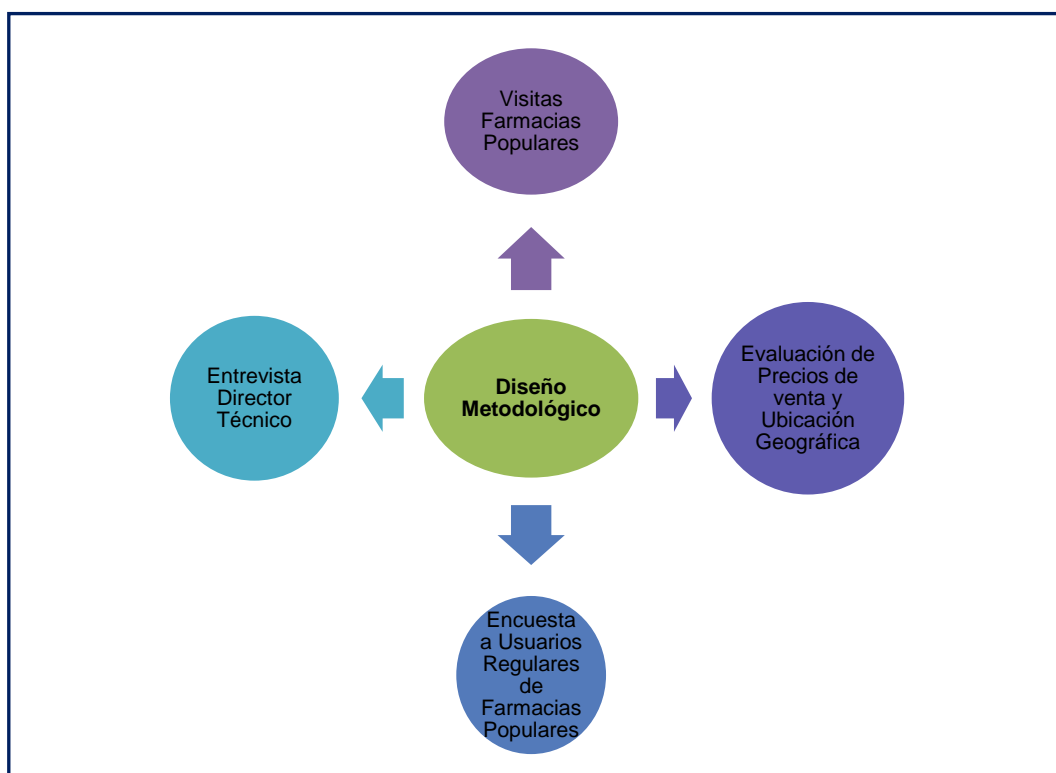


Fig. 5. Resumen del diseño metodológico

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES

### Análisis comparado modelo de farmacia popular brasileño y el chileno

Para empezar este punto, se aclarará las diferencias entre políticas públicas “río abajo” y “río arriba”. Las primeras tienen el formato clásico de estructuración donde entidades gubernamentales estudian el problema público y dan paso a la implementación de una política pública desde lo más alto del sistema organizacional. Las otras, “río arriba”, surgen de las necesidades de los afectados directamente, proponiendo así una solución al problema público (Peters, 1995). El caso brasileño corresponde a una política pública “río abajo” En tanto que la experiencia chilena es una política pública “río arriba”. Esto es lo que sería el núcleo de las diferencias entre ambos modelos, desde su financiamiento, ejecución, mecanismos de operatividad y cumplimiento, etc.

El financiamiento es fundamental para la implementación de políticas públicas. Determina todos los pasos del desarrollo de ésta y moldea los mecanismos de ejecución. En cuanto al PFPB, los recursos provienen primariamente del presupuesto asignado anualmente del Ministerio de Salud para sus programas y no se relaciona con el gasto del SUS. El año 2017 se registró un presupuesto del ministerio de 99 millones de reales<sup>18</sup> (aproximadamente 26,17 millones de dólares US). El usuario también otorga financiamiento al participar por copago en la compra final. Sólo una parte del PFPB es totalmente subsidiada por el Estado, el programa “*Salud no tiene precio*” (SNTP). Específicamente en la Red Propia, también existen recursos capitales desde Fiocruz y los convenios ejecutados con fundaciones y corporaciones sin fines de lucro. Además de Municipios. En Chile, el financiamiento parte del presupuesto municipal definido por el gobierno local y, posteriormente, recoge los aportes que ingresan por participación usuaria (autogestión). No existe marginación de utilidades

La administración del PFPB dependía a nivel básico de los municipios, específicamente en las secretarías de salud municipales. En el caso de Red Propia se responde a la coordinación general (Cogead) y en AAFP a los departamentos de salud estatal para supervisión, respondiendo al departamento de atención farmacéutica del ministerio. En Chile, la administración de la farmacia popular recae en los departamentos de salud municipal (sea sólo municipal o dependiente de corporación)

A nivel de funcionamiento, el PFPB presenta varios niveles intermediados por las alianzas público-privadas que tienen. Primero, Fiocruz por red propia y dependientes de farmacias privadas acreditadas por el lado de AAFP. La Fundación Fiocruz se hace cargo desde orden central en compra y ejecución local en recursos humanos, equipamiento e infraestructura. Por lo tanto, el suministro de medicamentos y otros productos es centralizado en Red Propia y de compra individual en AAFP.

Los criterios para la utilización del servicio son esencialmente similares en ambos programas. Documento de identidad personal, prescripción médica vigente y documentada para el medicamento patrocinado en el caso del PFPB, considerando un plazo de un año para hormonas anticonceptivas y seis meses para otros medicamentos; y de dolencia crónica o tratamiento superior a seis meses en las farmacias populares chilenas. En este último, se suma el domicilio del individuo de la comuna a la que

---

<sup>18</sup> Indicado desde CONASEMS para la re-evaluación del PFPB durante el período de reestructuración de la política pública. Información encontrada en su página web (en referencias).

pertenece la farmacia y, en ciertas dependencias, se puede suplir por lugar de estudio o trabajo en la comuna, también documentado.

Los servicios prestados por ambos programas también son similares. La atención farmacéutica está ampliamente documentada por experiencia mundial y en Brasil regulada en el sistema de salud, por lo que mínimamente los establecimientos del PFPB (Red propia y ATFP) presentan protocolos de dispensación de medicamentos y orientación farmacéutica. En Chile no ha surgido un mandato mayor, pero para la aprobación local del funcionamiento de la farmacia popular se pidió como requisito en numerosos lugares este mismo tipo de protocolos.

Luego, se relaciona en este punto la oferta de productos farmacéuticos y medicamentos, que para cada variante del PFPB está establecida y definida tras estudios y metas sujetas desde la inauguración del programa. Actualmente, el arsenal de medicamentos cuenta con 33 medicamentos para ATFP y 133 medicamentos en red propia. Ambos incluyen los medicamentos del programa paralelo “Salud no tiene precio” (26 medicamentos) que son gratuitos y corresponden a hipoglicemiantes, antiasmáticos y antihipertensivos.

Los usuarios del programa en ambos casos corresponden, en su mayoría<sup>19</sup>, a pacientes con enfermedades crónicas, exceptuando por los anticonceptivos y preservativos.

A continuación, se presenta un resumen de la comparación entre ambas iniciativas de farmacias populares específicamente en las áreas analizadas (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación del Programa Farmacia Popular de Brasil (PFPB) y Farmacia Popular o municipal chilena. Elaboración propia.

Variable del Modelo de FP	Programa Farmacia Popular de Brasil (PFPB)	Farmacia Popular o Municipal Chilena
<b>Dependencia institucional</b>	Ministerio de Salud – Secretarías Municipales de Salud	Municipio /Corporación Municipal – Departamento de salud municipal
<b>Financiación</b>	<u>Estatu</u> (derivada del ministerio de salud en presupuesto anual) y usuarios (copago)	Municipal y autogestión (participación usuaria)
<b>Requisitos utilización del servicio</b>	Todo individuo que presente una prescripción medicada calificada para un medicamento patrocinado por el PFPB	Domicilio en la comuna primariamente (ciertas comunas agrandan este espectro), receta médica vigente y cédula de identidad.
<b>Convenios/Lógicas de ejecución</b>	<u>Alianzas público-privadas</u> . En el caso de AQTFP con farmacias privadas y con la red propia con la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	<u>Ninguna</u> . (excepciones en asociación de más de un municipio)
<b>Catálogo de productos</b>	<u>Determinado y estandarizado</u> en todos los establecimientos. AQTFP 33 medicamentos y Red Propia 133 medicamentos.	Dinámico y diferente en cada Farmacia Popular. No hay requisitos mínimos.

<sup>19</sup> De manera exclusiva en el caso del PFPB y de un aproximado de 90% en el caso chileno (evidencia hasta el siguiente capítulo).



<b>Variable del Modelo de FP (continuación)</b>	Programa Farmacia Popular de Brasil (PFPB)	Farmacia Popular o Municipal Chilena
<b>Prestaciones de Servicios</b>	Servicios estandarizados: dispensación de medicamentos y orientación farmacéutica en todos los establecimientos. Red propia suma otros servicios como atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico	Variado y dinámico según lugar y presupuesto. Dispensación de medicamentos, orientación farmacéutica, fraccionamiento y otros.
<b>Mecanismos de abastecimiento</b>	Compra centralizada por Fiocruz para Red Propia y compra individual privada para AAFP.	Diversos. Principalmente mercado público (CENABAST y licitación). Compras privadas.
<b>Perfil de usuario</b>	Usuarios de patologías crónicas específicas como diabetes, hipertensión, depresión y otras.	Aún sin identificar. Inicialmente usuarios de la tercera edad.

### Análisis de la muestra visitada y variables encontradas

#### i. Identificación de la muestra

La muestra corresponde a 16 Farmacias Populares (Tabla 4) con distintas ubicaciones a lo largo del territorio nacional, correspondiente a un 10,81 % del total de la población (148 Farmacias Populares<sup>20</sup>). Se detalla por Zona Norte, Ciudad de Valparaíso, Región Metropolitana (RM), Zona Sur y Zona Austral. De este listado, seis son regionales y la mitad de estas capitales regionales (Valparaíso, La Serena y Punta Arenas). Las visitas fueron realizadas en un período de seis meses (una vez por lugar en primera instancia) y cubrían la observación de lugar, la entrevista al director/a técnico/a y la vinculación de ellos para la posterior aplicación de planillas de precios de una canasta de medicamentos y encuestas a usuarios de dicha farmacia municipal.

Tabla 4. Farmacias populares chilenas constituyentes de la muestra (visitadas)

<b>Zona Norte (Región de Coquimbo)</b>	Botica Ciudadana de La Serena Farmacia Municipal de Vicuña
<b>Ciudad de Valparaíso</b>	Farmacia Comunal de Valparaíso
<b>Región Metropolitana</b>	Botica Ñuñoa (Comuna de Ñuñoa) Farmacia Popular La Pincoya (Comuna de Huechuraba) Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha Gutiérrez (Comuna de Pedro Aguirre Cerda) Farmacia Solidaria Puente Alto (Comuna de Puente Alto) Vitabotica (Comuna de Vitacura) Farmacia Popular de Cerrillos (Comuna de Cerrillos) Farmacia Popular Ricardo Silva Soto (Comuna de Recoleta) Farmacia Municipal de Pudahuel (Comuna de Pudahuel) Farmacia Comunal Pablo Neruda de Lo Prado (Comuna de Lo Prado) Farmacia Popular de Padre Hurtado (Comuna de Padre Hurtado)

<sup>20</sup> El número teórico es 148 establecimientos de Farmacias Populares encontradas en la investigación, pero se ajusta a 145 por el cierre de la comuna de Maule, la falta de trámite en Tocopilla y la asociación de Fabián de Alico con San Carlos.

<b>Zona Sur</b>	Farmacia Municipal de Valdivia (Comuna de Valdivia) Farmacia Municipal de Lanco (Comuna de Lanco)
<b>Zona Austral</b>	Farmacia Comunal de Punta Arenas (Comuna de Punta Arenas)

Se pueden considerar tres tipos de etiquetas para las comunas de la muestra, en adición a la clasificación anteriormente presentada:

Localidades urbanas y rurales, siendo tres representantes de la muestra solamente en la última categoría de comuna rural (Lanco, Vicuña y Padre Hurtado) y, el resto de las comunas, pertenecen a la identificación de localidades urbanas.

Comunas de alta y baja densidad poblacional en Santiago (Fig. 6): la capital presenta múltiples estratificadores de las comunas que la componen, incluyendo ingreso económico de las comunas, niveles de servicios y abastecimiento, conectividad y densidad poblacional, entre otros. Este último indicador, tiene un alto valor a medida que se incorporan los otros factores, ya que de la cantidad de habitantes dependen muchas necesidades y sus respuestas a problemáticas propias. La Ley Orgánica de Municipalidades también distingue a los municipios en dos categorías según su tamaño de población, siendo entonces municipios de baja complejidad con una cantidad de habitantes inferior a cien mil; sobre este número, municipios de mayor complejidad. Para tener una muestra más representativa de esta realidad, se trató de tener representantes de distintos estratos económicos y zonas geográficas de la capital según su densidad poblacional primariamente.

<b>Comunas de baja densidad poblacional</b>	Huechuraba, Vitacura, Lo Prado, Cerrillos y Padre Hurtado
<b>Comunas de alta densidad poblacional</b>	Nuñoa, Pedro Aguirre Cerda, Pudahuel, Recoleta y Puente Alto

Fig. 6. Cuadro comparativo de comunas visitadas según densidad poblacional

Capitales Regionales: las capitales regionales, para tener este título, deben cumplir ciertos requisitos dentro de su región, conforme a cantidad de población, consideraciones de urbanización según bienes y servicios, presentar cierta estructura vial y energética, entre otros ítems. En la muestra, se estudiaron cuatro capitales regionales: La Serena, Valparaíso, Valdivia y Punta Arenas.

ii. Variables obtenidas tras visitas a las farmacias populares

i. Espacio Físico que compone la Farmacia

Los espacios físicos de una farmacia están adscritos al reglamento de farmacias que integra el Código Sanitario, Decreto Supremo 466. La autorización y fiscalización es competencia del Instituto de Salud Pública (ISP) y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI).

En relación a los requisitos fijados legalmente, al observar los recintos de cada farmacia popular durante las visitas, se hacen notar ciertas particularidades que se detallarán a continuación:

Individualidad y tipo del espacio. De la muestra estudiada, todas las farmacias presentan un espacio propio que varía en tamaño y locación específico. No se estudió la superficie de cada recinto, por lo que sólo se constatará a nivel general (Tabla 5).

La mayoría se encuentra al interior del edificio municipal (8 farmacias), mismo edificio utilizado por los residentes para trámites municipales como pagos de infracciones u otros. Cuatro recintos poseen independencia física de otro edificio, aunque igualmente se encontraban dentro de un terreno de la municipalidad. Tres de estos espacios son *containers* adaptados para el funcionamiento de la farmacia. El otro corresponde a una adaptación también, pero no de un *container* sino de una dependencia del centro de salud familiar. Le sigue una modalidad de dependencia directa (física) a un Centro de Salud Familiar (CESFAM), es decir, se encuentran al interior del Centro. En la muestra esta categoría sólo tiene un exponente. El último formato que se observó fue un recinto completamente independiente físicamente y con cercanía de unos 50 o 100 metros a la municipalidad o establecimientos dependiente de ella y, en esta esta descripción, se ajustan dos recintos.

Tabla 5. Dependencias físicas de las farmacias populares visitadas.

Interior Edificio Municipal	Recinto Físico aparte, pero en terreno o dependencia municipal	Dependencia dentro del CESFAM	Recinto físicamente independiente
Botica Ñuñoa. Farmacia Popular de Cerrillos. Farmacia Municipal de Valdivia. Farmacia Municipal de Pudahuel. Farmacia Popular Ricardo Silva Soto. Farmacia Solidaria Puente Alto. Farmacia Municipal de Vicuña. Farmacia Comunal de Valparaíso.	Botica Ciudadana de La Serena. Farmacia Popular La Pincoya. Vitabotica. Farmacia Popular de Padre Hurtado. Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha Gutiérrez.	Farmacia Comunal Pablo Neruda de Lo Prado.	Farmacia Municipal de Lanco. Farmacia Comunal de Punta Arenas.

Sala de Espera. La mitad de la muestra (8) presenta una forma de “sala de espera”, ya sea en el espacio más mínimo con cuatro o cinco sillas, o un espacio más amplio en cualquiera de los formatos anteriores mencionados.

Panel o rincón de Publicidad y Comunicaciones. A través de las observaciones hechas en las visitas a las 16 farmacias estudiadas, se constata que no existe publicidad referida a marcas. También que, de existir

afiches en los muros, corresponden a infografías de temas de salud o servicios a la comunidad y/o municipalidad.

Mesón, Zona de Estanterías y Bodega. Estos lugares clásicos de cualquier farmacia aquí no tienen mucha distinción comparada con otra. Se cumple lo que piden los reglamentos y están los medicamentos exhibidos al público viéndose siempre la existencia de genéricos, medicamentos bioequivalentes y de marcas. Al no existir góndolas o sala de exhibición, no se ven señales de predilección por uno u otro laboratorio en general.

Sala de Fraccionamiento. De la muestra, sólo seis (6) farmacias realizan la práctica de fraccionamiento bajo toda la normativa. Algunas de ellas tienen el personal adecuado según protocolo o presentan equipos tecnológicos altamente especializados.

Otras dependencias. En general, distintas farmacias populares han creado espacios originales para entregar diversos servicios como enfermería, automóviles adaptados (farmacias móviles) u otros. De la muestra, uno de los espacios más originales que se pudo observar y relatar fue encontrado en Valparaíso, donde se ideó un espacio de contacto directo entre el usuario y el personal técnico, en vez del clásico mesón, llamado *box de atención*. Existen tres de estos box de atención y se pensó, según lo señala la directora técnica química farmacéutica, “para distinguirse de la farmacia comercial y aplicar el espíritu de farmacia como centro de salud”. El espacio brinda “mayor confianza, privacidad y atención personalizada” según el equipo de la farmacia comunal de Valparaíso.

Finalmente, en referencia al espacio físico se puede señalar que la mayoría de las farmacias que han tenido un alza sistemática de atenciones desde el 2016 a la fecha, se ven frente a la nueva problemática del espacio, donde la estrechez de éste limita acciones del equipo, comodidad y experiencia positiva en atención a usuarios, el clima laboral y la variedad de prestaciones al interior de la farmacia popular.

## ii. Usuarios inscritos

Es central establecer previamente, una de las primeras rectificaciones que se corroboran en terreno al momento de cada visita. Las farmacias de la muestra en su totalidad no discriminan y actúan sin importar la condición socioeconómica, seguro de salud o edad del usuario. Es decir, brindan una cobertura universal mientras se cumpla con la categoría de usuario. Ninguna otra condición determina la atención dentro del recinto Farmacia Popular. Luego, es necesario hablar de los **criterios de inscripción** que tienen los usuarios de las Farmacias Populares. Estos criterios son compartidos por toda la muestra y, según búsqueda de información, también por casi la totalidad de las farmacias populares (FP). Los criterios son:

1) Ser residente de la comuna a la que pertenece la farmacia. Basta con demostrar domicilio con boletas de gastos comunes, contratos de arriendo o inscripción de dominio de la vivienda en la que se habita. También las llamadas “tarjetas vecino” si la comuna posee el sistema de beneficios a residentes, implementados en un buen número de la capital al menos, como el caso de Providencia, Ñuñoa o Vitacura. Algunas comunas han adquirido también la condición de trabajar o estudiar, además de vivir en dicho lugar, ampliando el espectro de beneficiarios. Ejemplo de estas comunas en la muestra son Pudahuel, Recoleta y Puente Alto.

- 2) Cédula de identidad. Normalmente se fotocopia (o escanea) y se deja una copia en la ficha de registro del inscrito. Muchos directores técnicos de FP señalan que “al inscribirse un usuario, en el fondo, se le abre una ficha de clínica en el establecimiento. Con esto se puede evidenciar el movimiento de sus problemas de salud”.
- 3) Receta vigente, es decir, actual o no más de 6 meses de antigüedad. La prescripción se hace por medicamento que detalle uso prolongado en el tiempo (crónicos o uso permanente)

En todos los lugares visitados concuerdan que la cifra de usuarios inscritos sigue en crecimiento, sin alcanzar un plató aún (la expresión “todos los días hay un nuevo inscrito” se repite constantemente). A pesar de que en estos recintos (en general uno por comuna) ya tienen miles de inscritos, casi no se han alcanzado porcentajes representativos de la comuna, e incluso, en el criterio más coherente de pertenencia como es el grupo de adultos mayores. En promedio, **los establecimientos de la muestra alcanzan una proporción de inscritos cercana al 5 % de su población** (Fig. 7). Superando considerablemente las expectativas iniciales tanto operativamente como a nivel de significancia de los usuarios. En términos de cantidad, varían desde los cientos a miles de inscritos según la comuna y sus características.

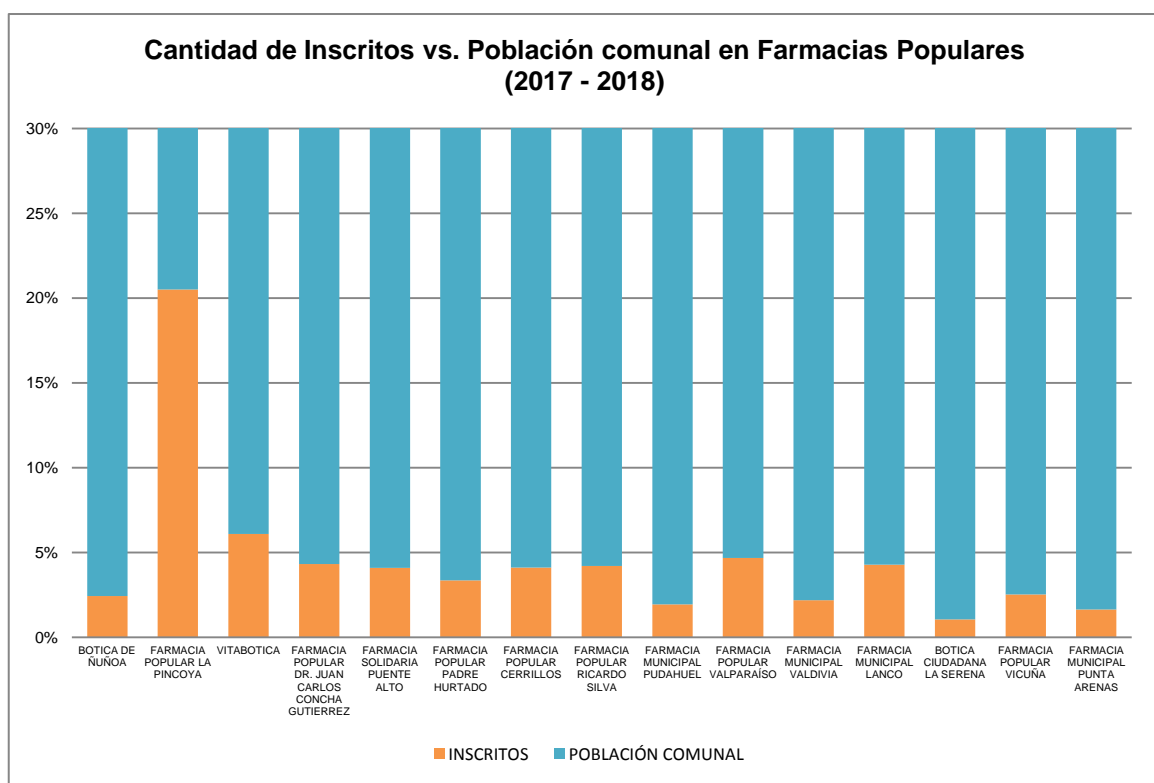


Fig. 7. Proporción población inscrita en la farmacia popular vs. Población comunal de la muestra.

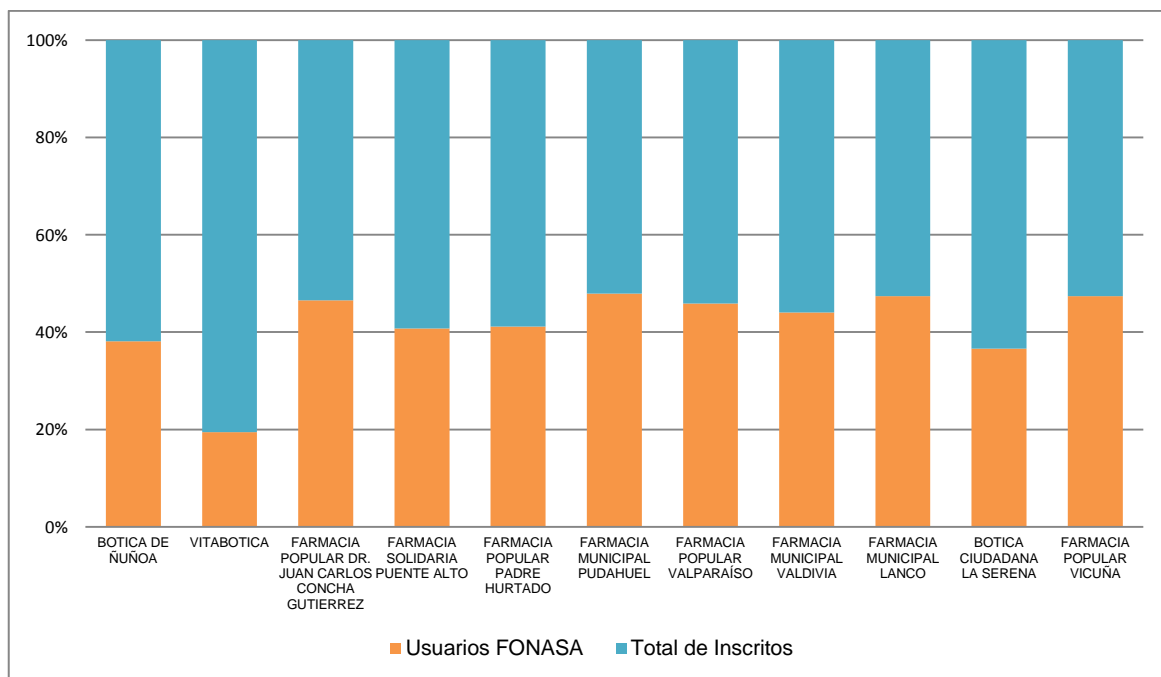
Existen lugares que se escapan del promedio debido a su magnitud geográfica y su flujo de movimiento. Ejemplos son Puente Alto como una comuna de alta envergadura en todo el país con una población de más de medio millón de habitantes (568.106 habitantes exactamente). A su vez, las comunas rurales presentan una cuota muy baja de inscripción. Las comunas intrínsecamente rurales de

la muestra, Lanco y Vicuña, no superan los 800 inscritos; teniendo respectivamente 750 y 720 cada una. Las ruralidades también son sólo comparables porcentualmente haciendo la misma analogía de Puente Alto respecto al tamaño de población.

El lugar con la mayor cantidad de inscritos (Farmacia Popular La Pincoya, Comuna de Huechuraba) se explica por la forma en que inscriben, distinta a los otros lugares. En su caso particular ellos trabajan directamente con el departamento de ayuda social e inscriben por la *Ficha de Registro de hogares*; así, todo el grupo familiar queda registrado. El resto de los lugares hace una inscripción personal e individualizada en dependencias de la misma farmacia en la mayoría de las ocasiones.

En lo que respecta a las características de los usuarios de las farmacias populares, se tuvo como indicador en las visitas el seguro social asociado del inscrito (Fig. 8) y la cantidad de usuarios tercera edad que presentan las farmacias (Fig. 9), aclarando que sólo pocos recintos pueden obtener esos datos concretos y separados, ya que deben trabajar con algún tipo de sistema informático. En promedio el 40 % de los usuarios pertenece a Fonasa. La mayor excepción es la comuna de Vitacura, donde la *Vitabotica* tiene un 24,17 % correspondiente al valor más bajo de la muestra en este indicador, lo que puede ser atribuible al perfil socioeconómico de los ciudadanos de la comuna. En algunos estudios socioeconómicos de comunas, así como análisis de la ficha CASEN, esta comuna de cataloga como “invertida” en aquellos indicadores, señalando que es la excepción de la norma 80-20 Fonasa/Isapre.

Fig.8. Relación usuarios Fonasa vs. total de inscritos en la farmacia popular de la muestra (2017-2018).

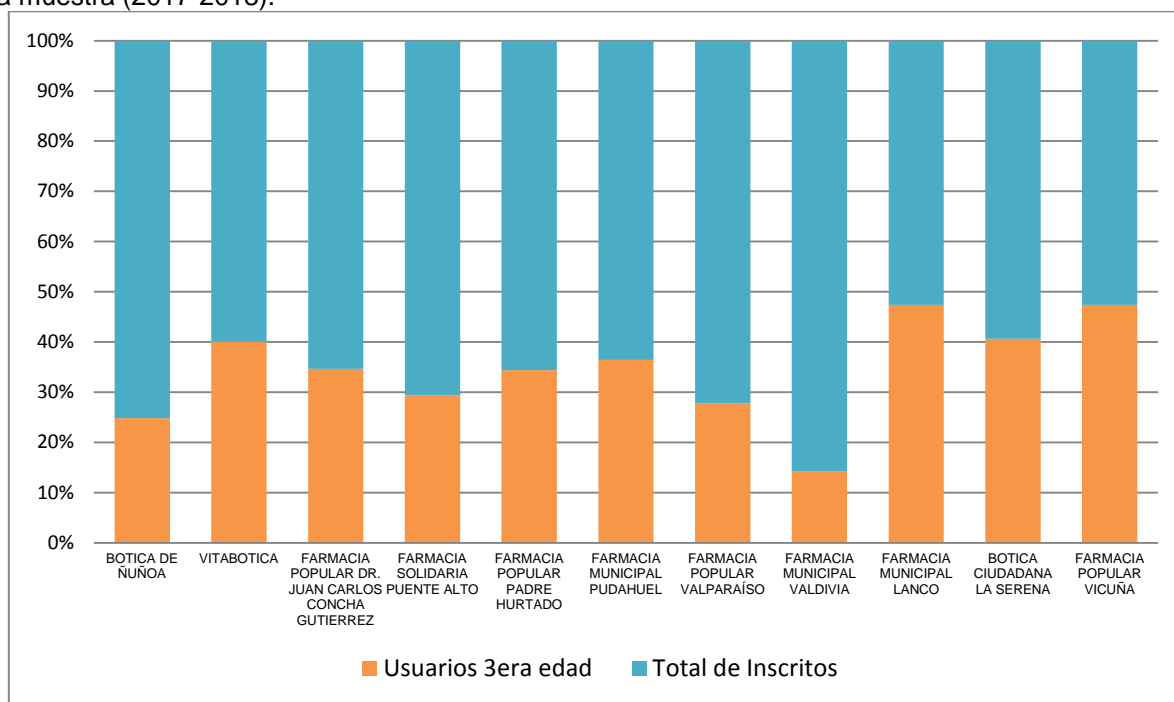


También hay una tendencia en el caso de usuarios tercera edad, el promedio de usuarios tercera edad es de un 50 % por farmacia y mayor, si se compara la cantidad perteneciente a usuarios Fonasa, pero estos datos no son correlativos entre sí, lo que tiene que ser explicado por otros factores posteriormente.

Los números alcanzados también son producto de un proceso de inscripción, en conjunto de una estrategia de cómo llegar a los vecinos desde la misma organización de la farmacia popular patrocinado desde la municipalidad. En este tema, se destacan dos tipos de experiencias: (a) un proceso de inscripción y consulta previo a la primera compra de medicamentos de la farmacia; y (b) una apertura física de la farmacia con ciertos medicamentos comprados (estudiado o no), donde la población comienza a inscribirse.

La inscripción en este tipo de farmacias es de vital importancia; puesto que la combinación entre la eficiencia que hay que dar a los acotados recursos municipales, más los protocolos a seguir en las adquisiciones de productos hace que sea óptimo que lo que se compre esté de acuerdo a lo que pidió y esto sea lo que la gente se lleve. Puente Alto nuevamente vuelve a ser nombrado en base a su experiencia durante el proceso de registro e inscripción. Parte de su historia tiene un estudio previo de los medicamentos que costaba la corporación a través del área de ayuda social de la dirección de desarrollo comunal (DIDECO), lo que se cruza con lo que la gente pide al momento de incorporarse como usuario de la “Farmacia Solidaria de Puente Alto”. La Farmacia Comunal de Valparaíso también tuvo proceso previo de inscripción, donde la primera compra de la farmacia se hizo conforme a la consolidación de esta demanda inicial.

Fig. 9 Relación usuarios pertenecientes a la tercera edad vs. Total de inscritos en la farmacia popular de la muestra (2017-2018).



Otro punto dentro de la diversidad de la población usuaria es el subsidio que ciertas municipalidades otorgan a beneficiarios que lo ameriten, donde se entrega gratis el o los medicamentos que el usuario necesita. No todas las municipalidades ejecutan esta ayuda social, pero quienes lo hacen ejecutan la ayuda tras una evaluación en asistencia social y, luego, la farmacia popular provee y gestiona los diversos tratamientos médicos, siendo estos insumos, alimentos o medicamentos *per se*. En la muestra

estudiada, farmacias populares pertenecientes a municipios de alta y baja complejidad otorgan esta prestación y no superan a un 5 % de los inscritos totales. Entre estas farmacias se cuenta a la Farmacia Solidaria de Puente Alto, Farmacia Popular de Cerrillos, Farmacia Popular Ricardo Silva y Farmacia Comunal Pablo Neruda de Lo Prado.

### iii. Sobre la administración municipal

Respecto a salud municipal y las farmacias comunales en general, 31 de ellas dependen de la administración de Corporación Municipal y el resto de Dirección Municipal. En el caso específico de la muestra, diez de ellas corresponden a administración municipal directamente y el resto (6) a Corporación (Fig. 10).

Se constató mediante el propio relato de los entrevistados que, inicialmente (antes de los dictámenes de contraloría sobre naturaleza asistencial de la farmacia popular) las farmacias populares pertenecían a las direcciones municipales de desarrollo social (o áreas de asistencia/desarrollo social de la corporación). Ahora ya están migrando a jefaturas de salud, a las que no pertenecían.

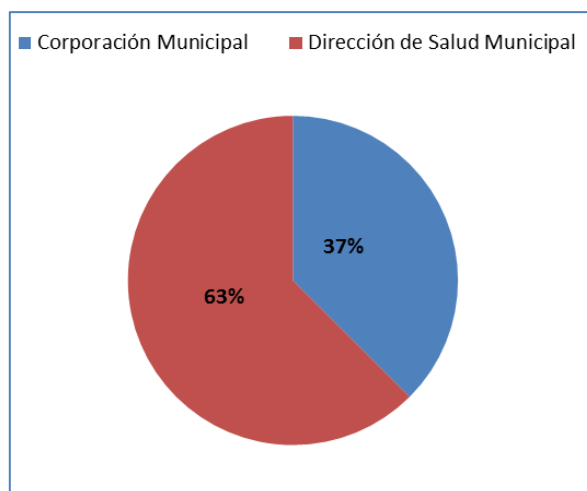


Fig. 10. Administración de las Farmacias Populares de la muestra (16 unidades) año 2018

El tipo de administración es muy importante al momento de evaluar cómo se abastecen, y sus opciones según la naturaleza jurídica de sus preceptores las municipalidades (sujetas al derecho público o privado). De la heterogeneidad de la muestra, la mayoría (63 %) presenta administración municipal y, el resto, a la corporación municipal (37 %). Esto es muy importante al momento de analizar y definir la gestión interna de la farmacia, considerando su logística operacional y la forma que se abastecen para brindar las prestaciones ofrecidas.

### iv. Sobre la cantidad de recetas despachadas

Este indicador es relevante al momento de determinar la capacidad de atención de los equipos de farmacia popular acorde a los respectivos usuarios, además de tratar de identificar cuánto de la población usuaria inscrita compone la población activa de un mes de trabajo, considerando proveer el suministro



necesario para esta cantidad a razón de gasto eficiente. No todas las farmacias pudieron declarar este valor, pero las farmacias populares que si trabajaban con él fueron sujetas a este análisis (Fig.12)

Para entender bien el número que declaró cada director técnico es necesario hacer salvedades. Las Farmacias Populares estudiadas no tienen el mismo horario ni forma de atención que vincule una correlación en tiempos de atención o de espera particularmente. Existen farmacias que atienden durante todo el día en dos jornadas, en formato de funcionarios públicos de centros asistenciales. También hay algunas que atienden público en una jornada (normalmente hasta las 14 horas) y otras que, además de atender de lunes a viernes durante todo el día, también lo hacen los sábados en la mañana y los días de actividad municipal extendida.

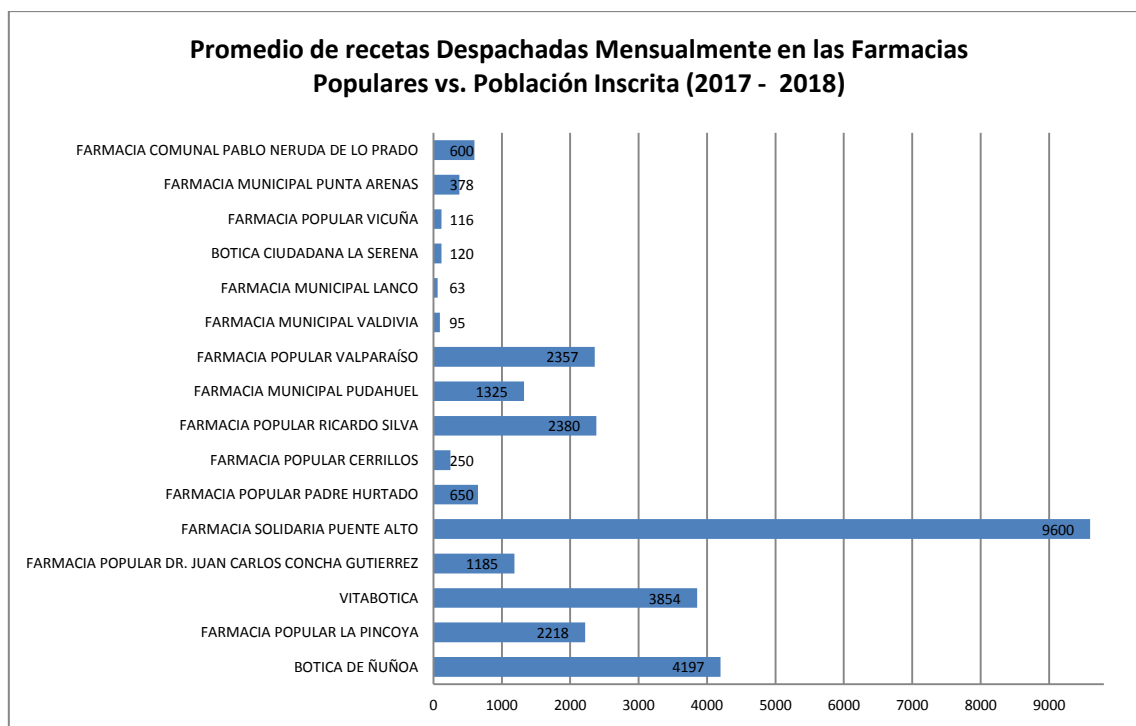
En este punto, primero se declararán cuáles farmacias pertenecen a las definiciones anteriores dadas en horarios de atención a público (Fig. 11). Dejando esto clarificado, es posible seguir filtrando la variable de atenciones por medio de recetas despachadas. El total de ellas en la muestra fue sumamente variable y correlativo a tamaño de la farmacia y horario de atención, teniendo un promedio de 160 recetas dispensadas en comunas de baja densidad poblacional (incluyendo comunas rurales) y un promedio de 2530 recetas en comunas urbanas no considerando a la farmacia solidaria de Puente Alto porque, debido a su extremo en alta densidad poblacional, se escapa siempre del promedio.

Fig. 11. Cuadro comparativo de la muestra según jornadas de atención diarias

Farmacias Populares que atiendan dos jornadas diarias	Farmacias Populares que atiendan media jornada diaria o menos
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Botica Ñuñoa</b></li> <li>2. <b>Farmacia Popular Ricardo Silva Soto</b></li> <li>3. <b>Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha Gutiérrez</b></li> <li>4. <b>Farmacia Comunal Pablo Neruda de Lo Prado</b></li> <li>5. <b>Vitabotica</b></li> <li>6. <b>Farmacia Solidaria de Puente Alto</b></li> <li>7. <b>Farmacia Popular La Pincoya</b></li> <li>8. <b>Botica Ciudadana de La Serena</b></li> <li>9. <b>Farmacia Comunal de Valparaíso</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Farmacia Popular Cerrillos</li> <li>2. Farmacia Municipal Pudahuel</li> <li>3. Farmacia Popular de Padre Hurtado</li> <li>4. Farmacia Popular de Vicuña</li> <li>5. Farmacia Municipal de Valdivia</li> <li>6. Farmacia Municipal de Lanco</li> <li>7. Farmacia Municipal de Punta Arenas</li> </ol>

Analizar la prestación de atenciones dentro de la farmacia popular basado en el indicador de recetas despachadas mensualmente está sujeto a condiciones externas e internas del equipo técnico y lugar, haciendo que sea de mayor complejidad filtrar esta variable. Un ejemplo es el caso de las farmacias del estudio que pertenecen a comunidades rurales, es difícil señalar el número que entregaron sin tener en cuenta su tamaño, flujo de movimiento (bastante menor a localidades urbanas) y única jornada de atención al día. De hecho, en las visitas se constatan que las jefaturas no pensaron la farmacia bajo la modalidad de atención todo el día, sino que han destinado otras labores farmacéuticas para el equipo en el área de salud municipal para el resto de su jornada semanal.

Fig. 12. Recetas despachadas mensualmente vs. Total de inscritos en Farmacias Populares



En la figura 12 también se puede evidenciar como son las farmacias con doble jornada o atención de todo el día las que generan mayores atenciones, por lo que estas son proporcionales a su capacidad operativa. No se pueden hacer mayores distinciones y no se optó por analizar ventas valorizadas puesto los costos en las farmacias populares son muy bajos y el tiempo de atención varía y, tomado en base a las entrevistas, son mayores que en otras farmacias especulativamente. Además, cada atención correspondiente a una receta puede corresponder a una prescripción completa, es decir, más de un medicamento.

v. Acciones que se desarrollen en el lugar

Los distintos directores técnicos, al momento de la visita, relatan cómo es que, desde sus espacios, han logrado alcanzar o impulsar diversas acciones de beneficio municipal, de conocimiento de sistema de salud o labores profesionales directamente. Pero cuando estas acciones son preguntadas directamente con énfasis y/o relación en el *Uso Racional de Medicamentos* tienen respuestas muy claras y han sido identificadas las siguientes:

- a) *Actividades de índole municipal con el fin de promoción de salud y uso de servicios municipales:* destacan ferias saludables y talleres (lo declaran institucionalmente municipalidades como Puente Alto y Pudahuel, también otras municipalidades fuera de la muestra de estudio); presentaciones en escuelas municipales (sobre todo en la ruralidad como es el caso de Lanco) y juntas de vecinos en el marco más general de actividades.
- b) *Talleres enfocados en una población específica como adulto mayor:* los temas varían y, en este caso a diferencia del anterior, el taller es solicitado particularmente al farmacéutico de la farmacia y no tiene que ver con otras instancias que agrupe a más servicios municipales. Se han relatado

instancias, donde clubes de adulto mayor piden ver el tema de fármacos analgésicos o cuidados en la diabetes. Experiencias de este tipo han sido relatadas por los directores técnicos de Puente Alto, Pudahuel y Lanco.

- c) *Empoderamiento de usuarios*: En muchas de estas visitas se escuchó la preocupación y la disponibilidad para enfrentar el tema de trabajar junto al usuario en pos de que este se empodere su condición de salud, ya sea con guías y orientaciones tanto médicas como servicios municipales o explicándoles cómo funciona el sistema de salud y si le corresponde alguna u otra atención. En Valparaíso le dan un particular incentivo a esto por su estrecha relación con organizaciones vecinales y cómo se formaron los comités de usuarios de farmacias populares Valparaíso. Así, también, nacieron las iniciativas “**Farmacia Comunal Valparaíso en el Territorio**”, creándose sucursales donde los vecinos y equipo técnico estimaron pertinentes, siendo los sectores de Laguna Verde, Placeres y Placilla.
- d) *Acciones que involucren la labor del personal de farmacia*: Labores más bien técnicas, donde se pueden encontrar: (i) Educación e información al paciente con el fin de que se empodere de su propia calidad de paciente. Esto se logra por medio de la presencia del Químico Farmacéutico en el mesón y equipo técnico activo, cumpliendo los criterios de la forma de dispensación y protocolos propios de cada lugar. Estos criterios son *per se* una acción en espíritu del *Uso Racional de Medicamentos*; (ii) Fraccionamiento, entendiéndose como herramienta técnica de uso racional de medicamentos en sí misma.
- e) *Criterios y Protocolos de dispensación*: se hablarán más adelante, puesto que son la base de la forma de dispensar de estas farmacias.

Por supuesto, hay lugares que en esta materia no tienen mucho desarrollo, por ejemplo, sucede con el caso de la comuna rural de Vicuña que recién está gestionando una administración más activa y desde protocolos para la farmacia. Pero al momento de preguntarles si está en sus proyecciones, afirman que lo está.

#### vi. Forma de dispensación

La poca incidencia de la publicidad, los criterios de venta y la falta de sesgos o incentivos de venta por parte del equipo, hacen que la forma de atención al usuario sea mucho más atenta y personalizada. Así lo declaran el 100 % de las farmacias visitadas. Los calificativos más usados fueron: “*informada*”, “*personalizada*” y “*orientada*”. Por la forma de atención antes señalada en la farmacia comunal de Valparaíso también se enfatiza la cualidad de “*privada*”. Igualmente indican que la forma de dispensar detrás del mesón se ve transparente. Para ir detallando, existen criterios y protocolos de dispensación para el funcionamiento de la farmacia popular. Lugares como Vitacura, Ñuñoa, Puente Alto y casi la mitad de las farmacias estudiadas los declaran públicamente. El resto, si no lo declara públicamente, igualmente se ocupa como práctica de gestión interna.

La generalidad de los protocolos converge en los siguientes puntos:

- Criterio de dispensación según condición legal de venta del medicamento. En otras palabras, para la mayoría de fármacos de uso crónico se requiere un despacho asistido por medio de receta médica al ser de condición venta bajo presentación de receta simple.

- Información al usuario del medicamento a dispensar, incluyendo una cotización económica del producto.
- Vigencia y actualización de receta en los tiempos meritorios: las recetas son consideradas documentos válidos por rangos no superiores a seis meses.
- Cantidad de medicamentos para la indicación del tratamiento mensual. Ejemplo, si se necesita una dosis diaria de un comprimido se despachan 30 para el mes y cajas de éste según corresponda.

#### vii. Canal de comunicación con la comunidad

En este apartado se ven expresiones bien particulares, pero hay condiciones básicas que toda la muestra comparte. A pesar de tenerlos, hay comunas en que la población responde menos comparada con otras.

Dentro de las expresiones básicas entre la farmacia municipal y su entorno se tienen los que se intermedia vía la municipalidad, como son: la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), medios virtuales (página web institucional y redes sociales) y eventos de promoción de servicios municipales (ejemplo: ferias y días de atención extra). También existen servicios básicos en la farmacia como *mail* y teléfono directo. No siempre puede ser fluida la respuesta de estos servicios más directos, ya que al personal le es difícil seguir dada la alta demanda de consultas por estos medios.

También se constataron otras formas de comunicación con la comunidad reflejo de cada territorio. Ejemplos:

- Presentaciones en diarios locales o boletines acerca de la farmacia ocurre en comunas como Puente Alto (diario *“Puente Alto al día”*) y Pudahuel (boletín *ASEMUP*).
- Habilitación de un teléfono destinado a consultas vía *whatsapp*, donde otorga mayor resolutivez desde la gestión en escritorio al mismo personal técnico.
- Delegaciones Municipales: no en todos los territorios se gestionan de esta manera, pero en varias instancias las comunidades declararon estar en permanente contacto a través de las delegaciones, donde la función principal de las delegaciones es justamente esa, estar comunicados con el territorio destinado y la municipalidad.

#### viii. Prestaciones brindadas por la Farmacia Popular

Al realizar esta pregunta durante las visitas a terreno, no se aclaró completamente el objetivo de la pregunta, quizá por la obviedad implícita en ella. La respuesta habitual era: *“las prestaciones de una farmacia popular son las obligadas a cualquier farmacia”*.

De la muestra, un número menor declara públicamente las prestaciones que brinda, ya sea en su página institucional o sus protocolos de gestión interna. Cito a modo de ejemplo, las prestaciones indicadas por la Botica Ñuñoa en su sitio web:

- Dispensación de medicamentos.
- Almacenamiento y dispensación de productos refrigerados.
- Dispensación de productos bioequivalentes.
- Fraccionamiento de productos en envase clínico.

- Re-embalaje de productos fraccionados según prescripción médica.
- Atención farmacéutica sobre indicaciones, eventos adversos e interacciones medicamentosas.
- Promoción de la correcta utilización y uso racional de medicamentos

La totalidad de las farmacias visitadas declara compartir estas prestaciones con ciertas distinciones como, por ejemplo, en base a la dispensación de bioequivalentes (contexto determinado por la gestión del stock y cumplimiento de proveedores) o una plena atención farmacéutica que se ve mermada en función de la alta demanda desde los usuarios y el corto alcance del equipo frente a esa situación.

La mayoría de las farmacias municipales no realizan fraccionamiento. Hay excepciones en la muestra estudiada, donde surgen otras acciones a modo de excepciones. Un ejemplo es la situación de la Farmacia Comunal Valparaíso que señala también estar implementando, en su medida, tener prestaciones de tres servicios farmacéuticos. Estos serían: farmacovigilancia activa focalizada en ciertos grupos farmacológicos previamente determinados, orientación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. La orientación farmacéutica, indican, debe estar fuertemente apoyada por el personal técnico de farmacia, lo que trae consigo capacitación y liderazgo desde la jefatura técnica de la farmacia popular.

El director técnico de la Farmacia Comunal de Lanco explicitó el siguiente alcance: *“las prestaciones de una farmacia popular completan la cartera de Atención Primaria”*. Esto referido tanto a servicios como recursos, lo que se hace más válido en pacientes que vienen del extra sistema.

Se nombran proyecciones variadas en los distintos territorios, se refiere de las entrevistas:

- Farmacia Municipal Pudahuel: incidencia a los Registros de Estadística Municipales (REM). Esto es una acción directa ligada al área de salud municipal, ya que el REM es un instrumento de gestión que utilizan los servicios de atención primaria para medir gestión asistencial.
- Farmacia Comunal Valparaíso: Conciliación Farmacéutica (como servicio farmacéutico). Concepto que aborda la trazabilidad del paciente conforme a sus tratamientos médicos vigentes tras una atención directa entre el paciente y el químico farmacéutico.
- Farmacia Popular de Cerrillos: Farmacovigilancia en salud mental. Este servicio orientado más a la estrecha relación que posee la farmacia Popular de Cerrillos con los recintos de atención primaria, pretende dar una mayor implicancia a la dispensación de medicamentos en el COSAM y, así, poder hacer un seguimiento de estos pacientes, focalizado en sus condiciones patológicas y respectivas necesidades.

Diversas farmacias declaran el deseo de poder empezar una gestión o proyección de servicios farmacéuticos, pero reconocen que no puede ser su prioridad en estos momentos cuando su población usuaria tiene otras urgencias.

#### ix. Adopción de sistema de control y seguimiento de pacientes

Este punto es un tema de gestión interna, que conlleva, como herramienta, el uso de un software o algún documento y/o planilla que lleve el control no sólo de usuarios, rotaciones de la farmacia en productos y valores, sino también información clínica.

El software más común es el denominado *Backline*<sup>®</sup> (Backline SGA - Farmacias & Ficha Clínica Electrónica), el cual fue diseñado por Backline Soluciones Integrales SpA. De las comunas de la muestra

lo tienen Ñuñoa, Vitacura, Valparaíso, Valdivia y Vicuña. En el relato suelen identificar al programa como: “moldeable, intuitivo y muy dinámico para el uso en Farmacia comunitaria de acción pública”. Existen otros programas computacionales análogos a *Backline*<sup>®</sup>, como es el caso de *CAS Chile*<sup>®</sup>, muy similar a *Backline*<sup>®</sup>, en que se puede ingresar al usuario con sus respectivas recetas e ir completando información según encuentre pertinente. La farmacia popular de Cerrillos utiliza este diseño.

Otros recintos han intentado utilizar *Rayen*<sup>®</sup>, un software principalmente utilizado en la red de salud en atención primaria en Chile. Lo que puede ser útil con un fin de análisis de base de datos de pacientes, pero pierde su foco al no estar diseñado para farmacia propiamente tal y no considerar usuarios extra sistema a FONASA. Hasta ahora farmacias que partieron usando *Rayen*<sup>®</sup> han migrado a *Backline*<sup>®</sup>, como la farmacia municipal de Valdivia. Por otro lado, Farmacia municipal Pudahuel aún lo emplea y logra optimizar algunos parámetros en él, como el Registro Estadístico Mensual (REM) para atención farmacéutica. Es posible también evidenciar otras herramientas desde planillas de google drive o Excel a invenciones propias de la municipalidad. Lo importante aquí es llevar un registro y un sistema palpable no sólo para quién lo utiliza y, ojalá, lo más eficiente posible.

#### x. Modelo de gestión

##### o Abastecimiento: Mecanismos y Proveedores

A primera vista, esto dependerá de la orgánica municipal y, como se ha señalado anteriormente, esto determina si las compras serán dentro del mercado público o privado, viéndose directo con los proveedores. En el mercado público participan todos los actores de producción existentes en Chile, dependiendo de las diferentes ofertas. Estos establecimientos corresponden a laboratorios internacionales y nacionales, de producción y/o envasado y droguerías. En el caso de intermediar vía CENABAST, este organismo público tiene la potestad de vetar a algún proveedor según sus propios protocolos de gestión interna en el caso de ser necesario.

Los laboratorios que participan en las licitaciones públicas y/o privadas del mercado público o que trabajan con CENABAST, ostentan listas de precios diferidas según sea el comprador (del sistema público asistencial o el privado). Inicialmente, cuando surgieron las farmacias populares, el modelo propuesto por Recoleta sugería tratar con CENABAST mediante abastecimiento mediado por la municipalidad. Pero, al no ser un recinto asistencial propiamente tal, les era complicado vincularse, ya sea bajo logística de cumplimiento o la modalidad de productos en envase clínico, enfatizando que la CENABAST consolida las demandas y destina un catálogo reducido de medicamentos en formato comercial. Además, a modo de prioridad en casos de emergencias, se debe abastecer a los centros de mayor complejidad primero, por lo que las farmacias populares no pueden depender estrechamente del suministro que da CENABAST.

A nivel de licitaciones públicas y privadas, los laboratorios que más participan con las farmacias populares son nacionales, como Laboratorios Chile<sup>®</sup>, Andrómaco<sup>®</sup>, Eton e internacionales como GSK<sup>®</sup> y Merck<sup>®</sup>. Se aclara que en el sector público no se puede trabajar con distribuidoras o droguerías, puesto que, como señala la ley 19.886, reglamentando los contratos de abastecimiento a entidades de derecho público (como lo son los municipios), deben ser los propios sostenedores de las patentes registradas en Chile con los que se comercialice directo. Los organismos privados, corporaciones municipales para estos efectos, pueden comprar como ellos estimen convenientes. En el caso de la muestra de estudio,

las corporaciones señalan que pueden llegar a buenos acuerdos tanto con laboratorios como droguerías desde sus posiciones.

- Situación de CENABAST

Desde los inicios del proyecto farmacia popular hubo un foco en un abastecimiento totalmente estatal, dado en Chile por la Central de Compras y Abastecimiento (CENABAST). Este organismo público es dependiente del MINSAL con un fin meramente técnico, creado para brindar mayor eficiencia en las adquisiciones de recursos sanitarios como medicamentos, insumos y dispositivos médicos por medio de la consideración de la demanda nacional. El foco de suministro son los prestadores públicos de salud de servicios asistenciales como los hospitales y la red primaria de salud, también sostenedores públicos de salud sin ser necesariamente los prestadores ellos mismos como es el caso de las corporaciones. En el fondo, el cliente CENABAST es: “cualquier organismo o entidad integrante o adscrita al SNSS (Servicios de Salud, Municipalidades, Corporaciones de Salud Municipal y Hospitales), como asimismo cualquier otro organismo público que dentro de sus fines institucionales tenga contemplada la realización de acciones de salud en favor de sus beneficiarios, es considerado como un establecimiento habilitado para programar una compra por intermedio de CENABAST” (Manual de Clientes CENABAST).

La Central cuenta con un catálogo de 981 productos, distribuidos en medicamentos y productos refrigerados, insumos, psicotrópicos y sueros. La composición del catálogo, alias, “*Canasta de Intermediación y Programas Ministeriales*”, incluye la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM), previamente definida por la Subsecretaría de redes asistenciales, y destinada para el uso de recintos asistenciales (Manual de Clientes CENABAST). La CEM será considerada para la medición del cumplimiento de la Glosa Presupuestaria de estos prestadores. En cuanto a recursos monetarios que gestiona la distribuidora estatal, corresponde al segundo comprador más grande en el mercado público y, también del sector salud, superado sólo por la aseguradora pública de Salud, FONASA. En cuanto al monto bruto valorizado, el último año (2017) fue \$ 417.947.000, teniendo un incremento de un 12 % respecto al año anterior (Cuenta Pública CENABAST 2017).

Durante el año 2017, 88 farmacias populares hicieron compras por medio de CENABAST. Hoy existe una mayor claridad de cómo negociar entre ambos actores si se desea (la página web de CENABAST cuenta con una sección dedicada exclusivamente a Farmacias Populares). De este grupo, la mayoría tienen una orgánica de administración municipal, pero también hay corporaciones que se abastecen por esta vía.

En los municipios que no abastecen su farmacia popular por este canal, una de las razones para ello es la existencia de deudas de la administración municipal. Es el caso de La Serena, por ejemplo, donde el municipio señala y declara hacerse cargo de una deuda con CENABAST (Fernández y Huerta, 2017).

Otra razón es el mecanismo operativo que emplea CENABAST para funcionar, debido a la combinación de factores entre la programación anual altamente anticipada y la corta historia de las farmacias populares, vale decir, la incertidumbre del comportamiento de la población usuaria según la poca experiencia. Esto ha mermado la forma de suministro a la que pueden optar algunas farmacias populares.

- Gestión del stock en Farmacias Populares estudiadas

Parte importante de cualquier recinto de salud farmacéutico es el conjunto total de medicamentos que maneja. Inicialmente, estos recintos fueron pensados para solucionar problemas de medicamentos que causen impacto económico en el bolsillo de individuos y familias, sin ser necesariamente enfermedades raras, catastróficas o invalidantes. Es decir, medicamentos de uso y patologías crónicas como antihipertensivos, hipolipemiantes, hipoglicemiantes, tratamiento en patologías cardíacas y de tiroides, antidepresivos, etc. Todo esto se encuentra sujeto a la disponibilidad de recursos, necesidades y prioridades de cada establecimiento, ya que se deben justificar presupuestos municipales y un uso eficiente de recursos sanitarios. El objetivo es que, ante un medicamento pedido por un usuario, sea comprado por los gestores, dispensado y, finalmente, utilizado (Fig. 13). Esto da a entender que, para que una farmacia popular se mantenga en funcionamiento, debe haber productos con una “alta rotación” (Tabla 4), llamando así a medicamentos o insumos que cumplan con este ciclo fluidamente; también, que este pedido de los usuarios sea coherente en base a la demanda (consolidando un grueso de ésta) y el capital para adquirirlo, vale decir, idealmente debe responder a ser un producto que demande un grupo no menor de personas y que el mejor proveedor ofrezca un precio conveniente tanto para la farmacia como para los usuarios. La mayoría de los directores técnicos indica en este apartado: “con un mínimo de tres usuarios que lo necesiten cotizo el precio de los productos en los distintos proveedores. Si el precio es conveniente, averiguo cómo traer más cantidad (para el resto del año en el fondo) y más usuarios lo necesitan”. Indican también que esto se puede hacer en el transcurso entre que los pacientes se registran como usuarios, verifican si trabajan con su tratamiento médico y comienza el proceso de gestión.

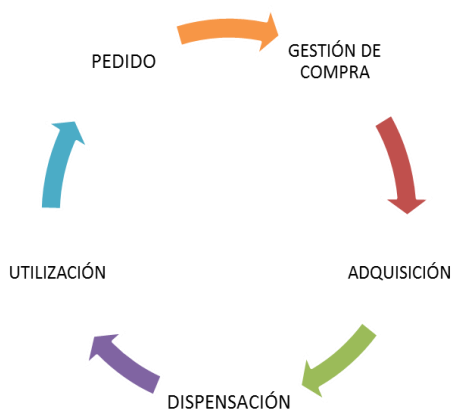


Fig. 13. Ciclo de rotación de medicamentos dentro de las farmacias populares

El stock de productos de los lugares visitados es diverso. Se presentan distinciones desde los tipos de medicamentos (según patologías y en algunas farmacias populares hay medicamentos de uso agudo); si trabajan o no con psicotrópicos, anticonceptivos, alimentos nutricionales o insumos médicos, además de pañales para adultos o condones. También han surgido peculiaridades en el stock como filtro solar (Farmacia Solidaria Puente Alto), fármacos veterinarios (Farmacia Comunal Pudahuel) y calcetines compuestos de fibras de cobres especiales para enfermedades como pie diabético o micosis resistente. En general, este catálogo de producto varía entre los doscientos y cuatrocientos dependiendo del lugar y sus necesidades comunales en geografía, edad y otros parámetros como población y epidemiología además. Lo que en su mayoría tienen en común es lo siguiente:



- a) No se cruzan con los medicamentos del arsenal farmacoterapéutico de los CESFAM o los COSAM, en el caso de pacientes correspondientes de estos lugares, ya que estos tratamientos son entregados en los servicios de atención primaria salvo casos puntuales de quiebre. De igual manera, este tipo de medicamentos deben estar disponibles para pacientes que no pertenecen a Fonasa.
- b) No tienen necesidad de “Petitorio Mínimo”, exigencia de la normativa vigente para farmacias comunitarias. Al ser declaradas por contraloría como recintos asistenciales y no como farmacias comerciales tiempo después de su creación, se regula esto eximiéndolas de ese requisito (también pasó con la exigencia de turnos de salud). Inicialmente, como relatan algunos jefes de farmacias populares, compraron petitorio mínimo, pero ya no se da la compra bajo lo anteriormente explicado.
- c) No son estáticos. Al ser una iniciativa reciente y, aún estar perfilando epidemiológicamente a su población, declaran mecanismos para incluir nuevos medicamentos a su canasta y, así, privilegiar dinamismo ante todo.
- d) A pesar de que todos los lugares nacieron con una oferta de medicamentos de uso crónico, muchas están ampliando su cartera hacia medicamentos de uso agudo, anticonceptivos, insumos médicos y suplementos nutricionales. Se destacan pañales para adultos y apósitos, leches y hasta test de embarazo.
- e) Estos *stocks* suelen estar medidos para evitar quiebra, pero también para que circule la mercadería y el dinero, ya que muchas de estas farmacias poseen entradas de dinero directo a sus propias cuentas. Hay que recalcar que sólo algunos recintos tratan directamente con dineros, puesto el pago se hace en tesorería municipal y de lo contrario se recauda al final del día por este mismo organismo.

Conforme a la cartera de productos que maneja una farmacia popular, se tiene que debe ser base, prioritario y, tener énfasis en tratamientos para dolencias crónicas más comunes de la población chilena, en especial adulto mayor. Estos medicamentos deben ser evaluados y comparados con el arsenal de Atención Primaria de la Comuna, declarando que quienes no son beneficiarios de este sistema deben poder acceder a los fármacos que fuesen del arsenal en la farmacia municipal sin problemas. El grupo de patologías que se encuentran en la anterior descripción engloba hipertensión, diabetes, tratamientos tiroideos, dislipidemias, tratamientos en enfermedades de salud mental como depresión y ansiedad, trastornos del aparato digestivo (reflujo, úlceras, etc), alergias crónicas, hormonas entre muchísimos otros.

Existen debates si a esta base de existencias se debe agregar otros tipos de productos, ya sean medicamentos o no. Por ejemplo, medicamentos de uso agudo como antibióticos e inhaladores. O también insumos del tipo sanitario muy importantes en tratamientos médicos como apósitos, media de pie diabético y vendajes. Así como también pañales para adultos, preservativos y test de embarazo.

- o Suministros de abastecimiento de la muestra

En general, la población total de farmacias populares (145 farmacias) presenta ochenta y ocho (88) que intermedian por CENABAST. En este grupo, los máximos lugares en compras son: farmacia la receta (Comuna Maipú), farmacia para todos (Comuna San Bernardo), farmacia junto a ti (Comuna Talca), farmacia comunal Quillota (Comuna Quillota), farmacia comunitaria Peñalolén (Comuna Peñalolén),

farmacia Solidaria Puente Alto (Comuna Puente Alto), farmacia comunal Estación Central (Comuna Estación Central), farmacia Vitabotica (Comuna Vitacura), farmacia popular Ricardo Silva (Comuna Recoleta) y farmacia comunal de Concepción (Comuna Concepción), presentadas en orden descendente. Sus montos de adquisición van desde los \$ 146.658.851 en Maipú hasta los \$ 80.433.704 en la farmacia comunal de Concepción.

Los extremos mínimos de compra para el año 2017 corresponden a farmacias populares de comunas de alto índice rural, como Carahue, Quellón, Coihueco y San Carlos, además de la comuna capitalina de San Miguel. Hay que puntualizar que esta información no es correlativa a una falta de suministro sino que, solamente, no trabajan vía CENABAST, pudiendo ser proveedor secundario o incluso terciario. Argumento para esto es señalar que la farmacia comunal de Coihueco es uno de los exponentes de mejor gestión, según breves estadísticas en medios nacionales. Para puntualizar, su deuda con CENABAST es pequeña y no ha aumentado, siendo esta secundaria de abastecimiento y, la primaria, sus convenios directos con veintisiete laboratorios.

Los diez medicamentos más solicitados el año 2017 por todo el grupo de farmacias populares que tramita vía CENABAST fueron:

1. Dutasterida/tamsolusina 0,5/4 mg libración sostenida
2. Glucosamina/condroitina 1500/1200 mg sobre
3. Escitalopram 10 mg comprimido recubierto
4. Clopidogrel 75 mg comprimido recubierto
5. Pregabalina 150 mg cápsulas
6. Cilostazol 150 mg
7. Levotiroxina 100 mcg
8. Valsartán 160 mg comprimido recubierto
9. Rosuvastatina 10 mg comprimido recubierto
10. Lágrimas artificiales oftálmica frasco 10 y 20 mL

Como puede verse, es un grupo variado dado el contexto detallado anteriormente. Vale decir, fármacos antihipertensivos, para patologías tiroideas, dislipidemias y salud mental entre otros.

Respecto al suministro de la muestra en cuestión, se puntualizaron los siguientes datos:

- i) Once (11) de las dieciséis (16) trabajan con CENABAST y tienen datos de años anteriores. El 2018 se sumaron dos farmacias populares más de la muestra (las comunas de Lo Prado y Padre Hurtado), dando un 81,25 % de la muestra que se abastece (en parte) por medio de CENABAST. Para la programación 2019 planea sumarse la farmacia municipal de la Comuna de Lanco.
- ii) En promedio, de los datos que se tienen a finales del año 2017, las farmacias populares que trabajaron con CENABAST estudiadas, mediaron el año pasado unos 120 productos aproximadamente, con un valorizado promedio de 39 millones y un cumplimiento mensual (declarados por los directores técnicos) de un 50 %. También declaran que tiene más de una fuente de suministro y CENABAST representa un 30 % de su abastecimiento total. El resto del abastecimiento será definido por cada territorio según sus circunstancias.
- iii) La otra fuente de provisión de las farmacias de la muestra varía según la naturaleza jurídica. Las que dependen de administración municipal directa retratan la conveniencia, para su jurisdicción,

de amplios tratos bajo el concepto de licitación pública. Mientras que las farmacias correspondientes a corporaciones municipales lo hacen bajo trato convenio directo a los laboratorios o, bien, bajo licitaciones privadas. Ambas jurisdicciones señalan que, a partir de este momento, están empezando a diseñar contratos de suministro, vía jurídica de mayor eficiencia para abastecer de bienes y servicios a municipalidades a largo plazo. Antes no podía hacerse por la falta de base informativa sobre comportamiento de usuarios y sus medicamentos.

- Medicamentos con mayor circulación en la muestra estudiada (Tabla 6): argumento para canasta *gold standard* de Farmacia Popular

Lo anteriormente expuesto sirve para evidenciar el consumo de medicamentos en la población usuaria de las farmacias populares y, aportando en su medida, al comportamiento tanto cultural como epidemiológico de los chilenos.

Se declaró, durante las visitas, que concurría una necesidad de medicamentos de alta demanda que en el sistema comercial eran de excesivo costo. Entre estos se encontraban fármacos con activo de metformina con tecnología de acción prolongada, hormona tiroidea como levotirixina de marca como *Eutirox*<sup>®</sup> y anticoagulantes innovadores como *Xarelto*<sup>®</sup>.

En la siguiente tabla se muestran otros ejemplos de productos con alta circulación:

Tabla 6. Medicamentos de alta circulación.

<b>Categorías</b>	<b>Fármacos/Productos</b>
<b>Tiroideos</b>	Eutirox <sup>®</sup> (Todas sus dosis)
<b>Estatinas</b>	Atorvastatina Rosuvastatina
<b>Antihipertensivos</b>	Enalapril Losartán Valsartán Valsartán + hidrocolortiazida Atenolol
<b>Antihistamínicos</b>	Cetirizina Levocetirizina Desloratadina
<b>Antidepresivos</b>	Sertralina fluoxetina escitalopram
<b>Analgésicos</b>	Paracetamol Paracetamol - tramadol Celecoxib Pregabalina
<b>Antiulcerosos</b>	Omeprazol Lanzoprazol
<b>Hipoglicemiantes</b>	Insulina (distintas presentaciones) Metformina (distintas dosis) Glafornil <sup>®</sup> /Glifortex <sup>®</sup> XR

<b>Otros medicamentos de gran circulación/demanda</b>	Neurobionta® Xarelto® Elcal-D® Piascledine® ciclobenzaprina Zopiclona* Clonazepam* <sup>21</sup>

xi. Descripción de labores administrativas del equipo en total

La mayoría de los lugares visitados presenta la misma estructura en recursos humanos y operativos. Hay salvedades según el tamaño y prestaciones o servicios que brindan a la comunidad, pero no más distante que eso entre ellas. Se relatará a continuación, el equipo de farmacia, para luego hablar de sus funciones.

- Equipo de Farmacia Popular

El equipo que trabaja en la farmacia popular se compone, en primer lugar, de la dirección técnica llevada por un o una Químico Farmacéutico. Luego, su personal de trabajo puede ser personas con el título de Auxiliares de Farmacia, Técnico en Farmacia o Técnico Superior de Enfermería (TENS), ya que la disposición jurídica no ha definido ninguna inconveniencia al respecto. Normalmente, si la farmacia es de alta demanda, se contratará de dos a tres técnicos, sino sólo el mínimo de una sola persona para este cargo. A veces también se encontró la figura de un administrativo, ya sea para adquisiciones, órdenes de compra e ingresos de factura; o estrictamente o un cajero al interior de la farmacia popular. Por lo tanto, el equipo a modo general quedaría formado así: Químico Farmacéutico/a (1) + Técnico/ Auxiliar de Farmacia/ TENS (2) + Administrativo/a.

- Labores Administrativas de cada miembro del equipo

Describiendo las labores del equipo que dan vida a la ejecución de la farmacia popular, junto con todos sus servicios prestados a la comunidad, se tiene que:

- i. El Químico Farmacéutico, en casi todos los lugares visitados (13 farmacias, un 81,25 % de la muestra), se encarga exclusivamente de la farmacia popular (contrato de 44 horas semanales), donde sus acciones se involucran en la gestión de abastecimiento, jefatura del personal y organización de otras tareas como la comunicación con jefaturas municipales y la comunidad, además de servicios farmacéuticos como fraccionamiento y prestaciones propias del farmacéutico como manejo de libros despacho de controlados y supervisión de dispensaciones simples realizadas por el personal. Los Químicos Farmacéuticos que no están trabajando sólo en la farmacia comunal, normalmente están

---

<sup>21</sup> \*Clonazepam y zopiclona corresponden a fármacos controlados. Muy pocas farmacias trabajan con este tipo de medicamentos. En la muestra sólo 7 de las 16.

contratados para otras actividades farmacéuticas en los distintos centros de salud. La totalidad de los directores técnicos declara que: “el 80 % del tiempo se destina a funciones netamente de abastecimiento y, el otro 20 %, a gestión interna principalmente”.

- ii. Técnico/Auxiliar de Farmacia/Técnico Superior de Enfermería: el personal técnico tiene, también, múltiples funciones a su haber. En primer lugar, son quienes dan la visibilidad en base a consultas, dispensación y despacho en el mesón en todas las farmacias (incluyendo las comunitarias privadas), por lo que es un ente muy importante en el equipo de farmacia y vale tener siempre presente su activa participación y actualización en diversos temas de contingencia. Las labores principales del personal técnico, de mayor a menor frecuencia, son: dispensación de medicamentos con su respectivo despacho de receta, consultas simples en mesón sobre el funcionamiento de farmacia y medicamentos.
- iii. Personal administrativo: este cargo o figura no existe en muchas de las farmacias visitadas, pero quienes lo poseen describen su función como: “quien se encarga de comunicación interna con la municipalidad respecto a órdenes de compra y facturas”. Señalan también que esta labor puede ser ejecutada perfectamente por un TENS o auxiliar, pero de ser así, se pierde sus competencias para otras funciones más especializadas como lo pueden ser el fraccionamiento o la dispensación.

También, en algunos lugares, se vio que trabajaban con cajero propio (una persona destinada a estas funciones), pero en otros recintos trabajaban directamente con la caja municipal para fines de pagos municipales (como infracciones u otros).

## xii. Marco Regulatorio

La normativa vigente, como se ha mencionado en más de una ocasión anteriormente, es escasa o nula en todos los ámbitos que le corresponden en específico a las farmacias populares.

La base que rige el funcionamiento de las farmacias es el Decreto Supremo 466, que complementa el Código Sanitario, pero esto es aplicable principalmente a farmacias comerciales. De ahí proviene que el decreto más importante en el área, a la fecha, es el pronunciamiento de la Controlaría de la República sobre la naturaleza asistencial de las farmacias populares, clarificando muchos puntos que estaban en cuestionamiento (dictamen 13636).

La mayoría de los directores técnicos cree que se debe hacer presente una normativa clara y precisa para las farmacias municipales chilenas, ya sea a través de un reglamento o norma específica.

Resumiendo, y siguiendo con los argumentos teóricos y la evidencia sostenida para llegar a este punto, las variables que involucra el concepto “Farmacia Popular” (que será similar a municipal) siguiendo la teoría y argumentación presentada por la normativa legal y la constitución del modelo de atención de salud, se tiene que:

- Corresponde a un centro de salud dependiente de la municipalidad según el organigrama de gestión que ésta utilice (municipal o corporación) y, por ende, se incorpora a la red de atención primaria de la comuna.
- Los componentes de la Farmacia Popular son: abastecimiento, recursos humanos (RR.HH), prestaciones y espacio físico, considerando los argumentos antes dados.

- El Abastecimiento es el pilar fundamental para que exista un flujo continuo del producto principal que son los medicamentos, insumos y alimentos. Dependiendo del tipo de abastecimiento es que se determinará cómo es, en gran parte, la dinámica de funcionamiento para con los usuarios.
- Por otro lado, cada uno de los demás componentes también deben ser detallados en manera específica en función de la farmacia popular y sus contextos.
- Al ser municipal dará cabida a los ciudadanos y ciudadanas de la comuna, con el carácter de público por su gestión y recursos económicos, materiales y humanos.

Como marco general (Fig. 14), se obtuvieron las observaciones detalladas en el esquema a continuación:



Fig. 14. Organigrama estructural y de dependencia de Farmacias Populares

Como se puede ver, este esquema resume las relaciones generales de la farmacia popular, tanto en su área interna con labores propias como externas hacia las jefaturas e interconectándose con la red de atención primaria comunal.

### iii. Análisis de canasta modelo de medicamentos y precios

Se confeccionó una canasta de medicamentos esenciales para el funcionamiento de una farmacia popular. Esto se hizo teóricamente primero, pero luego fue adaptado tras conocer la realidad de las farmacias populares. La canasta mide precios, pero también presenta una propuesta de “gold estándar de medicamentos populares”. La canasta se compone de los siguientes grupos terapéuticos: tiroideos, antihipertensivos, tratamiento de colesterol alto, antidepresivos, antihistamínicos y paliativos para el dolor.

Se evaluaron precios de cada una de los participantes de la muestra, pero para el análisis se concretaron 14 farmacias de las 16 entrevistadas (no se trabajó con Lo Prado y Vicuña). Adicionalmente se descarta una de ellas (Farmacia Comunal Punta Arenas) por problemas de gestión y abastecimiento (además de cambios ocurridos desde la entrevista. También se efectúa una canasta comparación en base a las tres grandes cadenas de farmacia de Chile (*retail*) (Ver anexo 2 de Resultados). Las

comparaciones finales de las 13 Farmacias Populares y la canasta *retail* se puede observar en el anexo 3 de resultados. Detallando, se encontró una diferencia inferior a favor de las Farmacias Populares significativa en todos los productos en comparación al *retail*, de un 18,96 hasta 62,20 % en representación de Farmacias Populares, incluyendo el promedio de toda la canasta (Canasta total en Farmacias Populares tiene un valor promedio de \$3,106 y en el *retail* de \$8,859). Vale decir, la canasta en FP representa un casi un tercio del valor del mismo grupo de fármacos (35,65 %).

Se hace evidente el beneficio de abastecerse vía CENABAST (Fig. 15). De las 10 farmacias de la muestra que actualmente intermedian de esta manera (Botica Ñuñoa, Vitabotica, Farmacia Popular Ricardo Silva, Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha, Farmacia Municipal Valdivia, Valparaíso, Farmacia Solidaria Puente Alto, Farmacia Popular La Pincoya, Padre Hurtado y Cerrillos) mantiene sus precios iguales o con un margen no mayor al 10 %, a excepción de Valparaíso. Ejemplo:

Costo para <i>Eutirox</i> ® 100 mg 100 comprimidos	
<b>\$1.210</b>	(4) Farmacia Popular Ricardo Silva, Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha, Cerrillos y Botica Ñuñoa
<b>\$1.200</b>	(3) Vitabotica, Farmacia Solidaria Puente Alto, Farmacia Popular Padre Hurtado
<b>\$1.209</b>	(1) Farmacia Popular La Pincoya
<b>\$1.300</b>	(1) Farmacia Municipal Valdivia
<b>\$4.990</b>	(1) Farmacia Municipal de Valparaíso*

Fig. 15. Cuadro comparativo de costos en farmacias populares para *Eutirox*® 100 mg 100 comprimidos

En el caso de las Farmacias que no negocian con CENABAST (Botica Ciudadana La Serena, Farmacia Municipal Pudahuel y Lanco), aun demuestran tener precios más económicos y competitivos que el *retail* con un 80 % y 50 % de diferencia a su favor. Y en la misma situación del medicamento de marca *Eutirox*® 100 mg 100 comprimidos, logran un precio de venta promedio de \$7.020 (*retail* \$12.810). Señalando además que Pudahuel maneja la presentación de 50 comprimidos solamente.

La canasta de medicamentos evaluada más baja y con mayor cantidad de productos disponibles corresponde a la de la Farmacia Popular de Padre Hurtado con un valor de \$2.384 (Tabla 7).

A continuación, se presentan en orden descendente del total de productos de la canasta (13), cruzado de menor a mayor con el promedio de venta de los respectivos productos en cada Farmacia.

Tabla 7. Resultados de precios para canasta de medicamentos confeccionada muestra de Farmacias Populares chilenas estudiada

FARMACIA POPULAR	Promedio canasta	Disponibilidad de medicamentos (Total 13)
<b>FARMACIA POPULAR PADRE HURTADO</b>	<b>\$2.384</b>	<b>13/13</b>
<b>FARMACIA SOLIDARIA PUENTE ALTO</b>	<b>\$3.139</b>	<b>13/13</b>
<b>FARMACIA POPULAR VALPARAÍSO</b>	<b>\$3.193</b>	<b>13/13</b>

<b>FARMACIA POPULAR (continuación)</b>	Promedio canasta	Disponibilidad de medicamentos (Total 13)
<b>FARMACIA MUNICIPAL VALDIVIA</b>	\$4.141	13/13
<b>BOTICA DE ÑUÑO A</b>	<b>\$2.782</b>	<b>12/13</b>
<b>FARMACIA POPULAR CERRILLOS</b>	\$3.462	12/13
<b>FARMACIA MUNICIPAL PUDAHUEL</b>	\$2.535	12/13
<b>VITABOTICA</b>	\$2.029	11/13
<b>FARMACIA POPULAR LA PINCOYA</b>	\$2.853	11/13
<b>FARMACIA MUNICIPAL LANCO</b>	\$3.377	11/13
<b>BOTICA CIUDADANA LA SERENA</b>	\$3.876	11/13
<b>FARMACIA POPULAR RICARDO SILVA</b>	\$2.632	9/13
<b>FARMACIA POPULAR DR. JUAN CARLOS CONCHA GUTIERREZ</b>	\$3.709	9/13

No todas las farmacias trabajan todos los medicamentos requeridos en este análisis, pero la canasta termina siendo un 88,76 % representativa para la muestra. Los medicamentos menos encontrados en la FP fueron los antihistamínicos. Por otro lado, los más variados en sus proveedores (origen y precio) fueron la pregabalina y el celecoxib. Frente a estas distinciones se deben acotar los factores que influyen, entre estos: las listas de precios de los laboratorios no son fijas, y se debe recurrir a ellos cuando un fármaco no se encuentra en la canasta de CENABAST; cuando se demanda por los usuarios y demora desde la misma central. Otro factor a considerar es la disponibilidad de los distintos proveedores para cada medicamento, lo que no fue analizado a profundidad y da pie a trabajos posteriores.

Se determina que existe claramente en la canasta una evidencia de mejores precios cuando son medicamentos con antecedentes históricos de uso con existencia de genéricos como, por ejemplo, enalapril, atorvastatina y fluoxetina. Las disparidades se dan en medicamentos que no poseen un uso de genérico establecido y, a pesar de alternativas y bioequivalencia, no hay un patrón claro desde los proveedores. Ejemplos son: rosuvastatina, celecoxib y, en menor proporción, sertralina.

Por último, como resultado final de este apartado, se toma una comparación de cuatro clases de medicamentos representativos (tiroideo, antidepresivo y analgésicos fuertes) y se construyen extremos, de la Farmacia Popular con el fármaco más económico y la Farmacia Popular con el mayor costo en el mismo medicamento, utilizando como control el promedio de *retail* de las tres grandes cadenas.



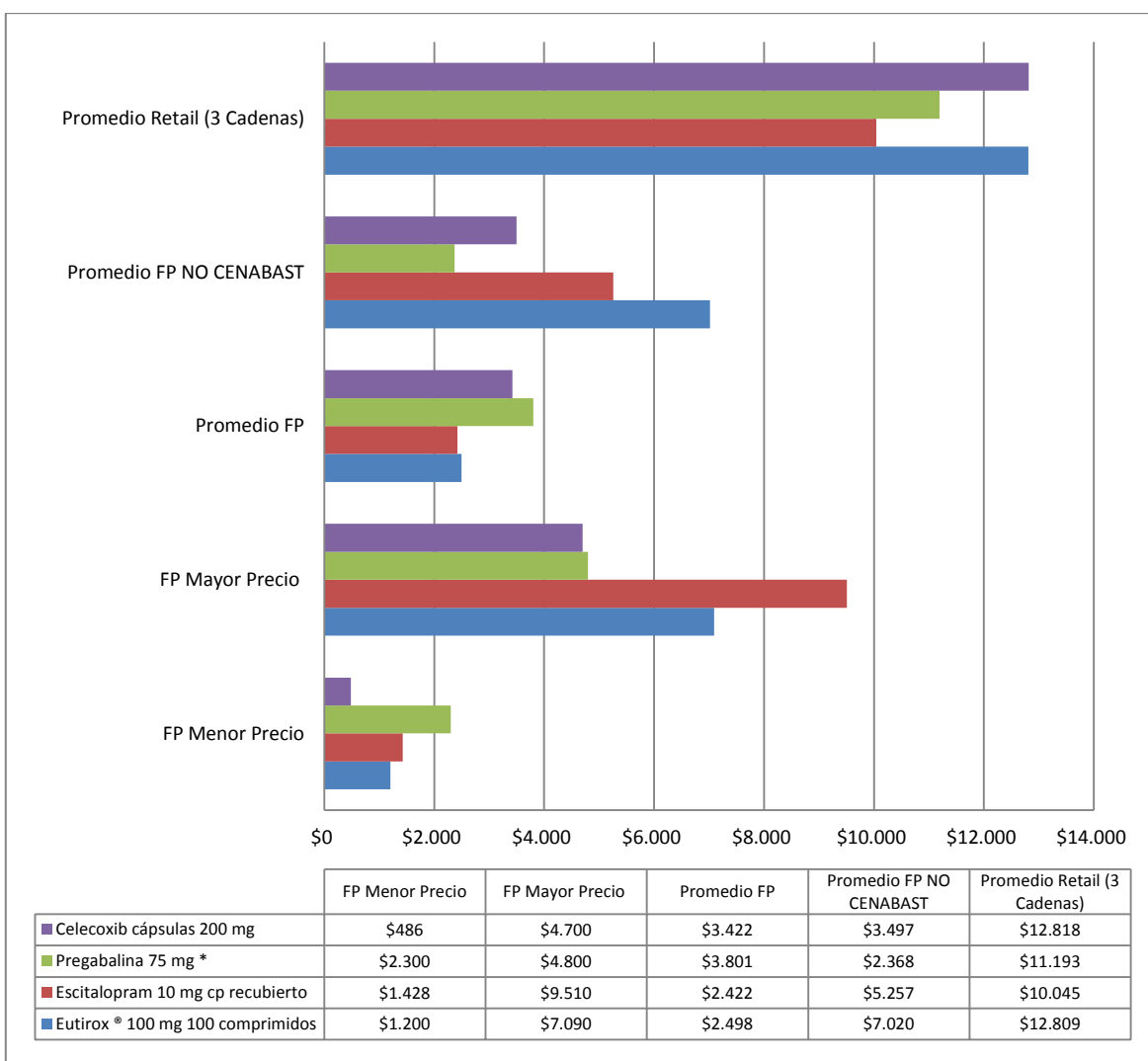


Fig. 16. Gráfico de comparación extremo-a-extremo a precios asociados a los medicamentos: *Eutirox*<sup>®</sup> 100 mg de 100 comprimidos, escitalopram 10 mg comprimido recubierto, pregabalina 75 mg y celecoxib cápsulas 200 mg

La figura anterior (Fig. 16) está construida en base a comparación de extremo a extremo con el fin de obtener una visión más acabada de la situación de precios de venta real de la que da cuenta la muestra. Las farmacias populares con el menor precio (FP menor precio) corresponden a: Botica Ñuñoa, farmacia popular Dr. Juan Carlos Concha Gutiérrez de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, Vitabotica y farmacia popular Ricardo Silva Soto de Recoleta en el mismo lugar y, también simultáneamente, farmacia solidaria de Puente Alto, Vitabotica y farmacia popular Padre Hurtado siguiendo el orden de lectura de celecoxib hacia abajo. Análogamente, en las farmacias populares de mayor precio se encuentran: farmacia popular Dr. Juan Carlos Concha Gutiérrez de la comuna de Pedro Aguirre Cerda Botica ciudadana La Serena, farmacia municipal Lanco y Botica ciudadana La Serena. Los precios promedio farmacia popular y *retail* presentan diferencias en estos casos particulares desde un mínimo de 294,48 % (pregabalina 75 mg) hasta 512,78 % en el caso del Eutirox<sup>®</sup> 100 mg de 100 comprimidos.

#### iv. Análisis georreferencial de la muestra de Farmacias Populares

Parte importante de esta investigación es hacer un análisis de las comunas muestreadas (Tabla 8) y su relación con el acceso geográfico a farmacias, diferenciando características. Esto tiene un enfoque de cobertura poblacional y no territorial, puesto que no se tienen las herramientas para evaluar todas las comunas en esta dimensión. Este puede ser un alcance para futuras investigaciones.

Se establece como referencia los últimos datos publicados por la OCDE; los cuales señalan un promedio de farmacias por cien mil habitantes de 24,7 (aproximadamente 4.049 habitantes por farmacia) en conjunto total de integrantes OCDE al año 2015 (OCDE, 2015). Según el mismo informe, países con altos indicadores de salud como Canadá, España y Japón superan el promedio OCDE y logran casi un 100 % de cobertura poblacional, pero a través de sus legislaciones se evitan grandes concentraciones territoriales y se logran buenos indicadores de cobertura territorial. Cabe recordar en este apartado que es necesario no sólo referirse a un valor estático de la relación farmacias por habitantes del territorio.

En el caso de Chile, de acuerdo a cifras actualizadas, se tiene que la población total del país corresponde a 17.574.003 habitantes (Censo 2017), mientras que el total de farmacias alcanza el número de 3.117, dando una relación promedio de 5.638 habitantes por farmacia (según lo informado por FARMANET a julio de 2018).

La muestra, como ya se ha mencionado anteriormente, tiene la siguiente composición geográfica:

Tabla 8. Muestra de farmacias populares estudiadas

<b>Zona Norte (Región de Coquimbo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Botica Ciudadana de La Serena</li> <li>• Farmacia Municipal de Vicuña</li> </ul>
<b>Ciudad de Valparaíso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacia Comunal de Valparaíso</li> </ul>
<b>Región Metropolitana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Botica Ñuñoa (Comuna de Ñuñoa)</li> <li>• Farmacia Popular La Pincoya (Comuna de Huechuraba)</li> <li>• Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha Gutiérrez (Comuna de Pedro Aguirre Cerda)</li> <li>• Farmacia Solidaria Puente Alto (Comuna de Puente Alto)</li> <li>• Vitabotica (Comuna de Vitacura)</li> <li>• Farmacia Popular de Cerrillos (Comuna de Cerrillos)</li> <li>• Farmacia Popular Ricardo Silva Soto (Comuna de Recoleta)</li> <li>• Farmacia Municipal de Pudahuel (Comuna de Pudahuel)</li> <li>• Farmacia Comunal Pablo Neruda de Lo Prado (Comuna de Lo Prado)</li> <li>• Farmacia Popular de Padre Hurtado (Comuna de Padre Hurtado)</li> </ul>
<b>Zona Sur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacia Municipal de Valdivia (Comuna de Valdivia)</li> <li>• Farmacia Municipal de Lanco (Comuna de Lanco)</li> </ul>
<b>Zona Austral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacia Comunal de Punta Arenas (Comuna de Punta Arenas)</li> </ul>

Para la obtención de resultados (Tabla 9), se hizo la relación conforme al tamaño de población comunal y el número total de farmacias disponibles declaradas por la herramienta en FARMANET<sup>22</sup>. Luego, se vio la composición de ese grupo distinguiendo si corresponden a las cadenas de *retail* u otro. A continuación se adjunta tabla con dichos resultados:

<sup>22</sup> FARMANET es una base de datos del Ministerio de Salud de la República de Chile que no posee mayor control fehaciente por otro organismo. La información almacenada es suministrada por cada Secretaría Regional Ministerial a voluntad propia.

Tabla 9. Resultados para la muestra de: cantidad de farmacias por comuna, índice habitantes por farmacia e incidencia del *retail* de cadenas de farmacias por comuna.

FARMACIA POPULAR MUESTRA	COMUNA	POBLACIÓN (habitantes)	TOTAL DE FARMACIAS	HABITANTES * FARMACIA	% PRESENCIA DEL RETAIL EN LA COMUNA
FARMACIA POPULAR RICARDO SILVA	Recoleta	157,851	38	4154	18.42
FARMACIA POPULAR PINCOYA LA	Huechuraba	98,671	22	4485	63.64
VITABOTICA	Vitacura	85,384	39	2189	87.18
FARMACIA COMUNAL PABLO NERUDA DE LO PRADO	Lo Prado	96,249	17	5662	41.18
FARMACIA POPULAR DR. JUAN CARLOS CONCHA GUTIERREZ	Pedro Aguirre Cerda	101,174	20	5059	10
FARMACIA SOLIDARIA PUENTE ALTO	Puente alto	568,106	76	7475	38.16
FARMACIA POPULAR PADRE HURTADO	Padre Hurtado	63,250	10	6325	20
FARMACIA POPULAR CERRILLOS	Cerrillos	80,232	8	10029	62.5
BOTICA DE ÑUÑO A	Ñuñoa	208,237	77	2704	76.62
FARMACIA MUNICIPAL PUDAHUEL	Pudahuel	230,293	35	6580	20
FARMACIA POPULAR VALPARAÍSO	Valparaíso	296,655	61	4863	31.15
FARMACIA MUNICIPAL VALDIVIA	Valdivia	166,080	21	7908	61.9

FARMACIA POPULAR MUESTRA (CONTINUACIÓN)	COMUNA	POBLACIÓN (habitantes)	TOTAL DE FARMACIAS	HABITANTES * FARMACIA	% DE PRESENCIA DEL RETAIL EN LA COMUNA
FARMACIA MUNICIPAL LANCO	Lanco	16,752	3	5584	0
BOTICA CIUDADANA SERENA LA	La Serena	221,054	31	7131	74.19
FARMACIA POPULAR VICUÑA	Vicuña	27,771	4	6943	50
FARMACIA MUNICIPAL PUNTA ARENAS	Punta Arenas	131,592	21	6266	61.9

Mediante los siguientes resultados se determinó que:

- Todas las comunas de la muestra superan el último promedio OCDE 2015, a excepción de Vitacura que cumple una proporción bastante cercana a países que lideran el ranking OCDE (2000 a 2200 habitantes por farmacia).
- Sin embargo, los casos más emblemáticos de cobertura poblacional con estas cifras se dan en comunas que superan los 6.000, 7.000 e incluso los 10.000 habitantes por farmacia como sucede con las comunas de Padre Hurtado, Pudahuel, Puente Alto y las capitales regionales Valdivia y Punta Arenas, con el extremo de 10.029 en Cerrillos.
- La incidencia del *retail* también es observable, sobre todo en comunas que tienen un alto índice de cobertura en conjunto a alta densidad poblacional urbana, se ve una alta concentración de farmacias de *retail*.
- Es muy difícil que sólo concepto y ejecución de “farmacia popular” incida directamente en superar estas cifras. Para tener algún efecto sobre esta situación, queda expuesto a la necesidad en que se crearon sucursal(es) de FP u otro tipo de redes que den cabida a ir solucionando esta problemática.

#### v. Percepción de los usuarios de farmacias populares: presentación resultados encuesta aplicada

Tras el término de las visitas a las farmacias populares muestreadas, se confeccionó un sub-grupo correspondiente a farmacias populares donde fue posible realizar encuestas a usuarios regulares (Fig. 17), teniendo énfasis el instrumento en la percepción y satisfacción según la propia e individual experiencia de cada usuario. La sub-muestra se constituyó de nueve farmacias y se alcanzó la cifra de 322 usuarios encuestados. El detalle a continuación:

#### Descripción de la sub-muestra

- 322 usuarios encuestados
- Farmacias Populares: Farmacia Solidaria de Puente alto (45)  
Botica Ñuñoa (30)  
Botica Ciudadana La Serena (10)  
Farmacia Municipal de Valdivia (53)  
Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha (29)  
Farmacia Municipal de Pudahuel (30)  
Farmacia Popular Ricardo Silva (30)  
Farmacia Popular de Padre Hurtado (2)  
Farmacia Municipal de Valparaíso (93)

Fig. 17. Sub-muestra en aplicación de encuesta de percepción y satisfacción usuaria a usuarios regulares de farmacia popular.

En primer lugar, se evidencia un perfil de usuarios de farmacias populares en que el 65,2 % corresponden a mujeres. Además, el grupo etario mayoritario corresponde a la tercera edad con un 47,2 %, seguido del grupo adulto de 46-60 años con un 32,3 %. Un grupo considerable también son los adultos jóvenes con un 13,66 % (Fig. 18).

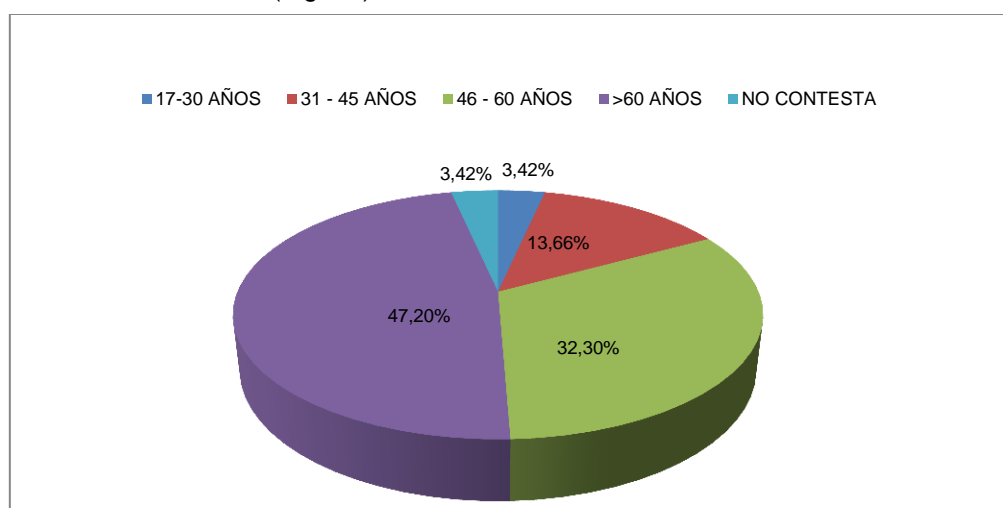


Fig. 18. Representación etaria de usuarios encuestados de Farmacia Popular

El instrumento de medición presenta dos preguntas directamente indicadas para evaluar el comportamiento de los usuarios y aceptación de la farmacia popular en su rutina de salud. La primera pregunta señala: “¿Habitualmente encuentra sus medicamentos en este lugar?” y se obtuvo 52 % “sí”, 30 % indica que “casi siempre” le ocurre, 14 % indica que “a veces” y un 4 % declara un “no”. A continuación se consulta bajo un supuesto hipotético donde el usuario no encuentra el medicamento que busca el día que visita la farmacia y debe buscar una farmacia alternativa o algún mecanismo de compensación de acuerdo a su situación particular (urgencia de medicamentos y capacidad económica). Los resultados fueron los siguientes: 46 % de los usuarios recurre a farmacias de cadena; 21 % permanece (o espera) en la farmacia popular; 19 % acude a las farmacias de barrio o independientes; 11 % indica “otro lugar” y 3 % consulta en farmacias de especialidad.

Estos resultados revelan un grupo numeroso de usuarios que manifiestan no tener otra opción a la par de conocer el mecanismo de funcionamiento de la farmacia, decidiendo esperar. Así se construyó la opción “alternativa de farmacia popular” que, más que una alternativa en sí misma a comparación de las otras, fue más bien un mecanismo de compensación desarrollado por este grupo de encuestados que relata su experiencia relacionándose con los canales de comunicación que tiene la farmacia. También, al realizar las encuestas en esta pregunta, usuarios que seleccionaron otro lugar indicaban regularmente la marca *Dr. Simi®* o franquicia no perteneciente a las tres grandes cadenas.

Luego, se hicieron preguntas respecto a la distancia que los usuarios consideran a su rutina de farmacia, tanto para la farmacia alternativa como la popular. En ambos casos, es declarada “cerca” en la mayoría de los usuarios encuestados con 45 % y 50 % respectivamente. Esta pregunta es relevante para pesquisar problemas con territorialización de la farmacia popular. Ya se había comentado en la etapa de entrevistas que la mayoría de ellas está en una posición bastante estratégica.

Posteriormente se enfatizó en la percepción de ahorro que tienen los usuarios tras obtener sus medicamentos en la farmacia popular, haciendo una selección de conceptos por medio de la escala *Likert* con alternativas de “mucho” (referido a mayor al 50 %), “Algo” (menor al 50 % sin ser considerado poco o nulo), “Poco ahorro” (baja notoriedad, analíticamente como un 20 %), “Muy poco ahorro” y “ningún ahorro”. Se encontró lo siguiente: el concepto de mayor preponderancia es el de “mucho ahorro” o sobre el 50 % obteniendo un 77,02 % de los 322 encuestados en las distintas zonas del país. Le sigue la alternativa seguido de la opción “algo de ahorro” con un 19,25 % de la muestra. Después de esto se pidió que escogieran binariamente si los precios encontrados en la farmacia los dejaban satisfechos, a lo que un 95,34 % señala estar satisfecho con los precios en su compra en la farmacia popular. En el caso de estimar ahorro realizado por los usuarios su relato es una herramienta más que se suma a las otras encontradas consiguiente a esta dimensión.

Todo lo anteriormente señalado es parte de un perfil grupal compartido por todas las farmacias sin distinción aparente. Por ello, la segunda parte de instrumento se enfocó en dos áreas: 1) relacionadas a la farmacia y 2) comportamientos y hábitos posibles de pesquisar. Además, son áreas más factibles de detallar por lugar.

#### a. Información revelada conforme a la experiencia vinculada a la Farmacia Popular

Respecto a la experiencia al interior de la farmacia, uno de los aspectos consultados fue infraestructura (Fig. 19). A simple vista, conflictivo en los lugares con mayor cantidad de usuarios inscritos: fue el punto más álgido de la encuesta en 5 de los 9 lugares encuestados. Bajo las alternativas dadas y la estructura preguntada “¿Qué me parece la infraestructura de esta Farmacia Popular?”, se encontró: el 68 % de los usuarios señala encontrarla “buena”, pero muchas veces con el comentario de: “es muy estrecha, pequeña o simplemente insuficiente”. En total, este comentario se registró 55 veces (un 17,08 % de las experiencias). El 12 % de la muestra encuentra la infraestructura excelente y, el mismo porcentaje, la indica como “mala”, finalizando como “muy mala” un 4 % de los encuestados. Las comunas donde más se determinó problemas con la infraestructura fueron Puente Alto, Ñuñoa, Recoleta, Valparaíso y, en menor grado, Valdivia. Puente Alto y Valparaíso reciben el mayor valor estadístico para connotaciones negativas.

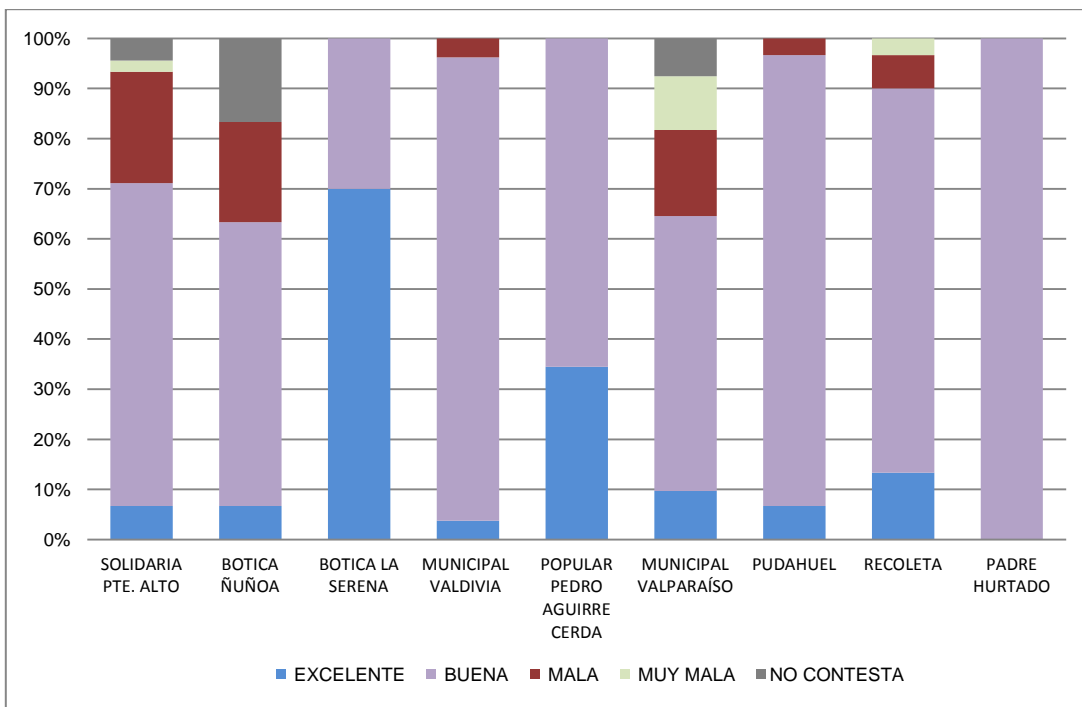


Fig. 19. Consideración de la infraestructura de la Farmacia Popular por parte de usuarios (en cada farmacia encuestada).

Otra arista de la experiencia es la atención al interior de la farmacia (Fig. 20), es decir, del equipo que constituye la farmacia popular, una dimensión considerable al momento de evaluar desempeño. En general, más de la mitad de la muestra considera la atención del personal como “excelente” (51,24 %), seguido de buena con un 44,41 %.

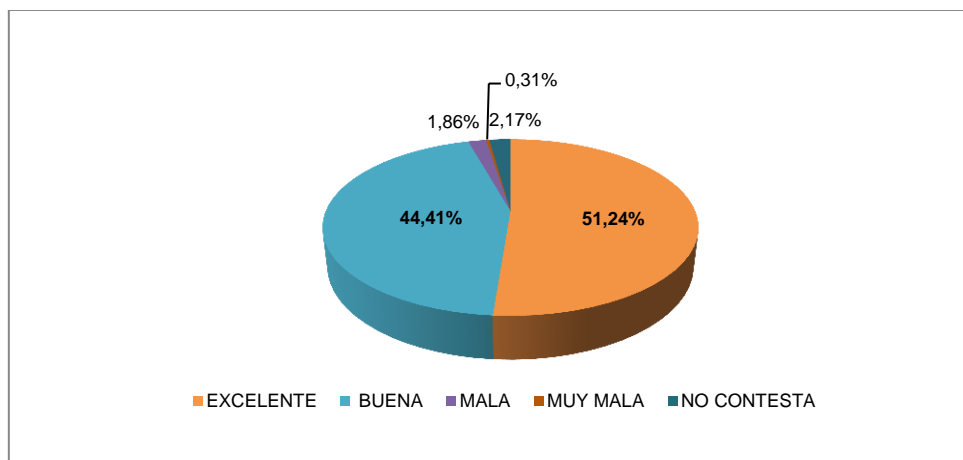


Fig. 20. Percepción usuaria de la atención en farmacia popular

En el detalle por farmacia, cada lugar sugiere un comportamiento similar al general y sólo hay respuestas negativas puntuales teniendo en cuenta la proporción de las encuestas realizadas. Pero también hay lugares que no reportan ninguna connotación negativa como las farmacias de Pedro Aguirre Cerda (Popular Dr. Juan Pedro Concha), Botica Ciudadana La Serena, Farmacia municipal Pudahuel y Farmacia Popular Padre Hurtado.

Siguiendo la línea de esta área, se preguntó si al momento de ser atendidos recibían información para el uso adecuado de medicamentos. El 77,85 % de la muestra declara que sí ocurre. El porcentaje restante generalmente indica motivos (sin pedírsele necesariamente); ejemplos: de largos tiempos de espera, falta de personal o simplemente porque no encuentran sea necesario, ya que viene indicado claramente en la receta médica o padecen de la condición y tratamiento hace bastante tiempo.

Otra variable a pesquisar fue el grado de conformidad con la disponibilidad de medicamentos y variedad (Fig. 21), donde se observó conflicto de parte de los usuarios, sobre todo por los cambios mes a mes y los flujos del suministro. Se escuchó mucho el: “como era antes y cómo es ahora”. En cifras, la mayor opción es “Bastante Conforme” como representación global de la situación con un 54,97 %, seguido de “Muy Conforme” e “Insatisfecho” con 25,47 % y 13,66 % respectivamente.

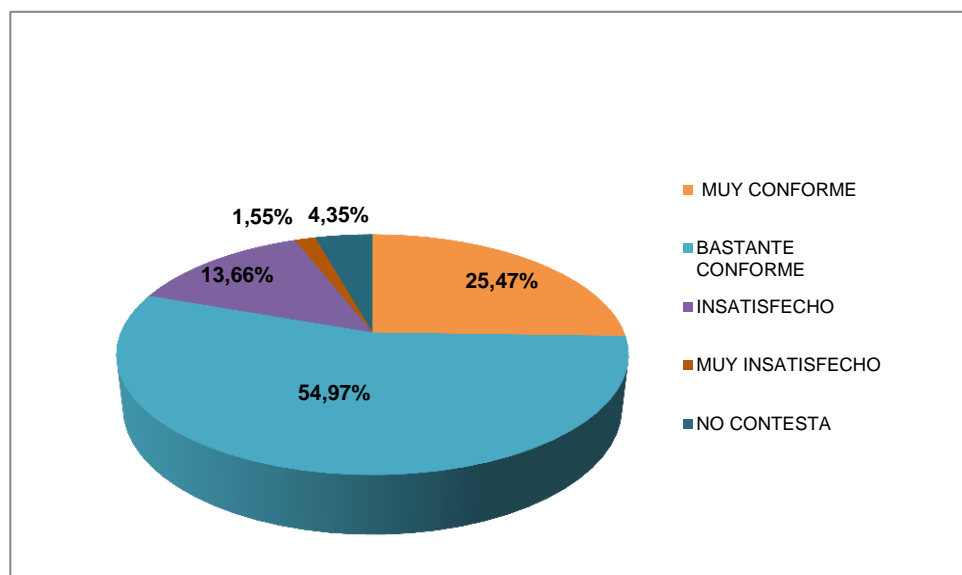


Fig. 21. Grado de conformidad de los usuarios según disponibilidad y variedad de medicamentos (datos agrupados)

Específicamente los lugares con mayor índice de inconformidad son Valparaíso, Valdivia y Puente Alto, corregido a su proporcionalidad según cantidad de encuestas, cada lugar presenta un índice de 17,24 % y 15 %, respectivamente (Fig. 22). Los mayores comentarios en este tema fueron la falta de suministro o escasez en algunos medicamentos, falta de fluidez y ampliaciones del *stock* de medicamentos.



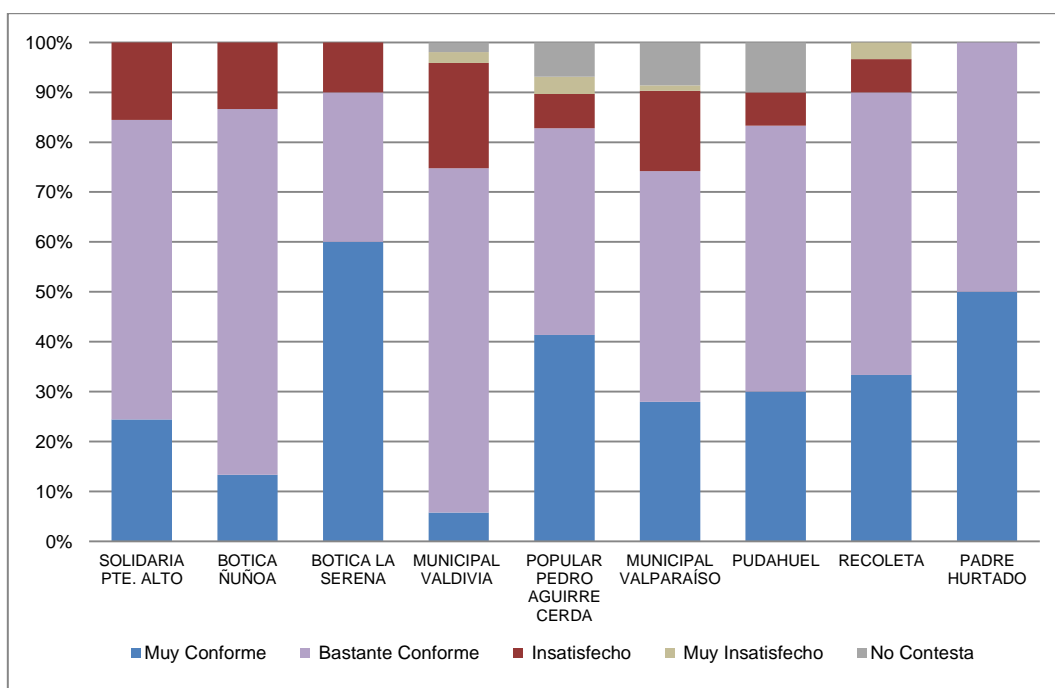


Fig. 22. Grado de conformidad de los usuarios según disponibilidad y variedad de medicamentos disgregado por Farmacia Popular.

b. Comportamientos y hábitos posibles de pesquisar en usuarios de farmacia popular

Una de las intenciones de incluir este segmento dentro del instrumento de medición fue evidenciar la adquisición de patrones sanitarios en estos usuarios. Respecto a estas correlaciones se hicieron tres preguntas de respuestas binarias: “Cuando Ud. Se prepara para visitar la Farmacia Popular: ¿Lleva su receta para consultar o llevar sus medicamentos dados para Ud.?”, “Desde que acude a la Farmacia Popular: ¿Ha podido mantenerse cumpliendo con su terapia?”, “Finalmente, ¿Ud. recomendaría venir a la farmacia popular a sus familiares y amigos?”. Se obtuvo un perfil general detallando lo siguiente:

- i. El 84,47 % de los usuarios encuestados declara traer su receta al momento de visitar la farmacia popular, aun cuando está inscrito muchas veces. Del 13,66 % restante que declara no traerla es por estar adecuados al sistema de adquisición e informático de la farmacia (renovación cada 6 meses con avisos y comunicaciones). En este caso, Valdivia es el lugar con mayor declaraciones negativas frente la receta y rescatan el sistema que maneja la farmacia para hacer uso de esta opción, pues les facilita seguir en mejores condiciones su terapia.
- ii. Frente a la continuidad de tratamiento a consecuencia del surgimiento de la farmacia popular, un 84,16 % indica haber sido capaz de seguir desde que acude a la farmacia popular, es decir, sin quiebres o visitas a otras farmacias. Por otra parte, los usuarios que declararon no poder cumplir con su tratamiento en la farmacia popular, anteriormente, podían cumplir sin problemas en la misma farmacia popular y ahora ya no pueden por falta de medicamentos o problemas en su fluidez. Las farmacias que reportan más negativas en esta pregunta son Valparaíso y Valdivia.
- iii. Finalmente, un 97 % de los usuarios encuestados declarar recomendaría la farmacia popular a familiares y amigos.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

### i. Sobre el modelo de farmacia popular resultante en Chile

Después de esta investigación, concebir un solo modelo de farmacia popular en Chile no es lo más coherente. Se hace plausible catalogar distintas expresiones de modelos adaptados en cada comuna de acuerdo a cuatro dimensiones identificadas que originan sus diferencias y, cada farmacia popular, profundizada en menor o mayor medida según sea el caso. Primariamente, estas dimensiones fundamentales se originan tras las interconexiones de características de la comuna, la población y el territorio como lo son la relación entre: densidad poblacional comunal, clave para dimensionar la cantidad de usuarios que puede proyectar la farmacia; niveles de urbanización de la comuna; condiciones del territorio y servicios sanitarios; requerimientos epidemiológicos comunales y recursos; y administración municipal. Esta última de vital importancia para empezar a concebir el modelo al que puede optar la comuna, considerando las condiciones anteriormente mencionadas y, por supuesto, en el marco de la normativa vigente que, tras los dictámenes de Contraloría N° 13636 y N° 4491, se otorgó claridad a las facultades municipales atingentes; indicando respectivamente: expendio de medicamento por parte de las municipalidades y relación de la farmacia popular con otra comuna si convenios previos lo enmarcan.

Es así que, a través de la investigación bibliográfica, la recopilación de resoluciones sanitarias para el funcionamiento de farmacias populares en todo Chile, las dieciséis vistas y entrevistas a las farmacias populares muestreadas y el análisis de la percepción de usuarios regulares de la farmacia, se distinguen claramente cuatro ejes estructurales y fundamentales para el funcionamiento de la farmacia (Fig. 23). Estos ejes estructurales son: abastecimiento, recurso humano (RR.HH), prestaciones o servicios y espacio físico (infraestructura).

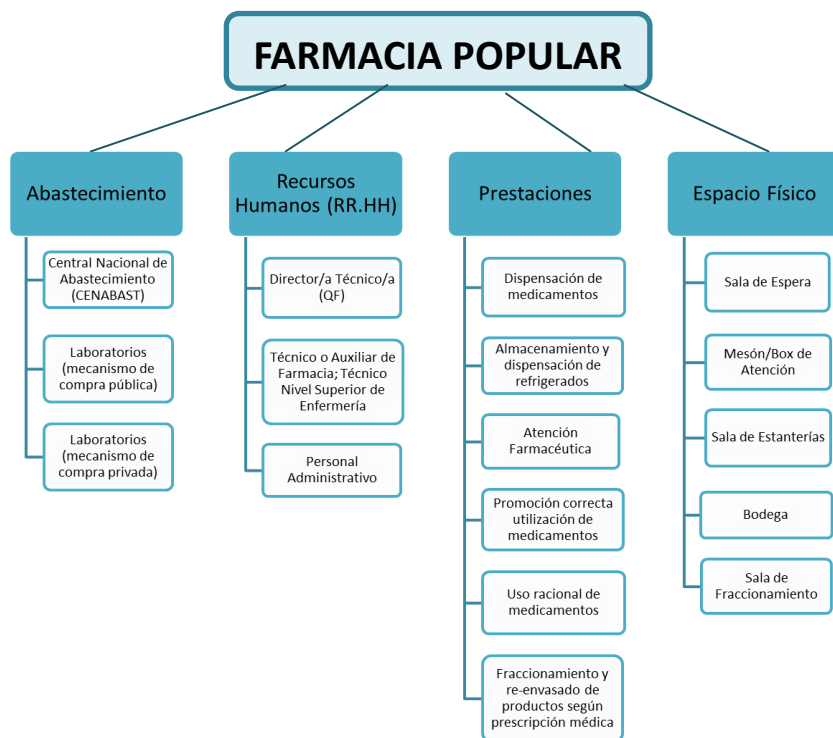


Fig. 23. Pilares de funcionamiento eficiente de una farmacia popular

Los ejes estructurales del funcionamiento de la farmacia popular encontrados coinciden con las recomendaciones dadas por el MINSAL hacia las Farmacias Populares (Ministerio de Salud, 2018). Cabe señalar que dichas recomendaciones fueron base para las visitas y entrevistas realizadas en las farmacias populares, por lo que puede ser coherente, más que a similitud, un aspecto de evolución y continuidad de la panorámica desde la construcción de las recomendaciones a la fecha de la entrega de esta tesis. Para clarificar estos hallazgos se procederá a detallarlos a continuación.

- **Abastecimiento:** centrado esencialmente en la caracterización de un flujo constante, capaz de sostener la demanda de los usuarios y dar base a la atención sanitaria y farmacéutica mínima de un centro de salud que albergue hasta el 5 % de la población comunal en dos años de funcionamiento (dato obtenido en farmacias populares de alta demanda). Inicialmente, con las primeras farmacias populares, se esperaba pudieran abastecerse mayoritariamente vía intermediación de CENABAST, pero los resultados del comportamiento hasta ahora no avalan una provisión mayoritaria sino más bien parcial y complementaria, buscando en estos dos años de desarrollo la mejor opción de abastecimiento principal para cada farmacia popular, ya sea en el mercado público o privado según corresponda. Para esta definición se debe dimensionar la cantidad y descripción adecuada; que sea capaz de brindar fluidez, alta calidad y al menor costo posible. Al mismo tiempo hay que considerar la naturaleza jurídica del establecimiento popular (78,6 % del total en Chile están al amparo de la normativa del derecho público). Aclarando que el capital primordial (sobre todo inicial) depende directamente de la municipalidad en cuestión, es por eso que se deben privilegiar guías de compras en el mercado público y preferentemente a CENABAST cuando corresponda el producto (las corporaciones municipales pueden acceder a CENABAST si no presentan deuda), pero también favorecer convenios a plazos anuales que promuevan incentivos para el cumplimiento, como es el caso de los **contratos de suministro o convenio tipo marco**. Esto se encontró tras el trabajo de directores técnicos que ya han podido obtener un historial de comportamiento, luego de tiempo prolongado de funcionamiento. El estudio de la realidad de las farmacias populares muestreadas entrega un promedio de participación de CENABAST de un 30 % con un mínimo de 34 productos involucrados hasta 290. Consiguientemente, se determinó el beneficio de un arsenal dinámico y abierto en cada farmacia popular visitada. El arsenal terapéutico que da sustento al concepto de farmacia popular es finalmente el eje principal. Lo que se halló vincula estrechamente al abastecimiento mínimo para un funcionamiento óptimo de la farmacia (tamaño y tipo de medicamentos, insumos y dispositivos médicos) junto a las necesidades epidemiológicas a satisfacer. Se especulaba que la mayor necesidad la tendría el grupo de adultos mayores y, así fue que, su presencia en el arsenal es mayor (aproximadamente un 60 %). Ejemplos en la muestra fueron comunas con alta densidad de adultos mayores como Vitacura, Pedro Aguirre Cerda y Ñuñoa. También se hacen patente los criterios que están siendo adoptados por las farmacias para no caer en la compra de todas las variedades de un medicamento y consolidar en sus establecimientos agrupación de la demanda local; desarrollando el concepto que en la farmacia popular el arsenal no se encuentra un stock de competencia de mercado sino usos meritorios. Esto puede verse en conflicto si se repara en el desamparo que frente a las prescripciones provenientes de prestadores públicos y privados y que sólo se puede apaciguar dentro del establecimiento popular.

En los lugares visitados también se confirmaron mecanismos que autorregulan la duplicidad del arsenal popular con el de APS para usuarios que deben recibir su medicamento en los consultorios. Mientras más integrada esté la farmacia popular a red de salud municipal, mejores resultados se obtienen bajo este prisma. Lo que optimiza gestión y recursos municipales y beneficia directamente a los usuarios y vecinos de la comuna.

Para cerrar temas en el eje de abastecimiento, se encontró que incorporar un sistema informático adecuado para la administración del arsenal terapéutico es muy útil para poder contar con información de calidad y hacer el trabajo más eficiente.

- Recurso humano: referido en función de responder a la cantidad de usuarios del lugar. Estas farmacias han demostrado ser altamente operativas en base a un equipo técnico compuesto por el o la director técnico, técnicos y técnicas en farmacia (o superior de enfermería en algunos casos) y un/a administrativo. Este equipo adoptará la modalidad de atención (una o dos jornadas) el flujo de atención y necesidades de medicamentos entre otras variables. Fundamentalmente, para un trabajo óptimo es necesario tener en cuenta cuántos usuarios puede abarcar una farmacia popular y cuál es la necesidad real de la comuna.

Paralelamente en este apartado, se evidenció que el trabajo del equipo técnico farmacia popular es crucial para obtener un óptimo arsenal terapéutico y la promoción de servicios, en especial, el rol del Químico Farmacéutico. Hay lugares donde este rol se compone de tareas más complejas y esto también va estar dado según el apoyo y capacitación que tengan los técnicos y administrativos del equipo. Aclarando, en principio el farmacéutico gastaba la mayor parte de su jornada en preocupaciones de compras y adquisiciones. Esto está empezando a adaptarse y el farmacéutico comienza a asumir aún más la tarea general de coordinación de las labores dentro de la farmacia en función de la colaboración del equipo técnico donde, por ejemplo, los técnicos ejecutan inventarios y están constantemente dispensando medicamentos y el personal administrativo realiza ordenes de compras y permanece en comunicación con la dirección de salud municipal u otras redes.

- Prestaciones o servicios: no todas las farmacias populares requieren el mismo nivel de complejidad en servicios y atención, ya sea por tener una red de atención primaria altamente diferenciada o simplemente no tener la cantidad de usuarios que puedan demandar mayor servicio. Por lo que se vio, lugares con niveles bajos de urbanización que no presentan recintos hospitalarios tipo hospital pueden desarrollar una farmacia popular en su forma más básica, es decir, asegurando una buena dispensación de acuerdo a los protocolos y guías convenidas; además de un eficiente abastecimiento. Retener esta forma básica de farmacia o decidir ampliar sus servicios es de acuerdo a este criterio principalmente.

Lo más importante de este punto es el realce la calidad y oferta sanitaria que ofrecen (y pueden ampliar) las farmacias populares. Además, la relación el equipo técnico de la Farmacia Popular, la administración municipal y la red de salud es de vital importancia. Vale decir, durante el estudio se constató establecimientos que coordinaron estos tres actores pudieron determinar distintas clases de prestaciones y servicios que podían brindar a la comunidad, ejemplos en la muestra son: la red de farmacias populares en la ciudad de Valparaíso, diseñada con participación de la ciudadanía y con estudio y énfasis en sus respectivas necesidades, originó 4 sucursales (una en el plano, dos en los cerros

Placilla y Placeres y la otra en localidad de Comuna Verde). Otros casos con decisión de trabajar con sucursales son las comunas de Huechuraba y Pudahuel, muy distintas en sus respectivas farmacias populares llegaron a la misma determinación. Fuera de la muestra se observaron los casos de farmacias móviles (comunas de San Ignacio, Colina y Machalí), variaciones pensadas para responder en los problemas de acceso y cobertura territorial de la población.

- Espacio físico: Este puede parecer un detalle o de una significancia menor a los otros pilares, pero no lo es. Un espacio físico de correcta infraestructura y equipamiento, bien diseñado e implementado es la base de una óptima atención y percepción usuaria. Esto se pudo comprobar en terreno con las visitas a los establecimientos, entrevistas a los directores técnicos y encuestas a la población usuaria regular de la farmacia; desde donde han salido experiencias innovadoras, carismáticas y que merecen reflexión. Ejemplos son las salas de fraccionamiento, de talleres a la comunidad, box de atención para los usuarios, estantes y paredes libres de publicidad, pero con afiches que brinden comunicación y/o un sistema que permita la llegada de información a los usuarios acerca de stock, precios y temas sanitarios relevantes.

Una desventaja derivada de este punto son los inconvenientes con la infraestructura, ya que debido al gran número de usuarios el espacio físico se ve reducido y condiciona la atención dentro de la farmacia popular. Esta situación se está dando en un gran número de las farmacias populares y se evidenció en la muestra que terminan siendo superadas y produciendo problemas que serían fáciles de reducir.

Otra arista que no pertenece específicamente a un eje estructural, sino que proviene de un punto expuesto previamente (Fig. 16) perteneciente al área de la administración; entendido como la generación de alianzas con otras municipalidades dada la jurisprudencia creada con el dictamen de Contraloría N° 4491 de Malahue, el cual indica que si el municipio ya tiene convenio con otro, la farmacia popular también puede. Dentro de este grupo se encuentran: Malahue-Lanco, Curacaví-María Pinto y San Fabián de Alico-San Carlos. Se recomienda analizar la realidad de las arcas municipales para evaluar una alianza y es sugerente para comunas rurales o ciudades pequeñas inferior a cincuenta o cuarenta mil habitantes.

En resumen, se deben concretar cuatro pilares para la obtención y determinación de una farmacia popular, en base a las características antes mencionadas. Y, con estos argumentos, desarrollar las áreas de ejecución para la función óptima de la farmacia: abastecimiento, recursos humanos, prestaciones y espacio físico. Cada una de estas aristas se explora en Chile con mayor o menor complejidad y han surgido experiencias novedosas e innovadoras posibles de replicar como la modificación del espacio físico para brindar una atención más cercana, personalizada e integral (Ejemplo en Valparaíso en atención vía módulos), talleres o educación a pacientes o adaptaciones de canales de comunicación que den a la población usuaria herramientas para superar brechas de información.

Sin lugar a dudas, este nuevo recinto de salud brinda una opción de mayor acceso a los medicamentos a la población en distintos niveles, partiendo desde la base económica y de disponibilidad donde están los resultados no sólo de los costos finales entregados, sino también de la apreciación que tienen los usuarios del programa.

## **ii. Observación final respecto al programa brasileño de Farmacia Popular (PFPB) y las farmacias populares chilenas.**

El programa farmacia popular de Brasil presenta ventajas y desventajas comparado con la incipiente propuesta chilena. Una propuesta que utiliza mayor autonomía desde el gobierno local, mientras el PFPB corresponde a un complejo farmacéutico altamente estandarizado y específico que, aún con deficiencias, ha podido brindar mayor cobertura y acceso a la población al igual que los modelos chilenos. Haciendo hincapié en las fortalezas y debilidades de ambos, se encuentran que su diferencia central radica en el financiamiento y administración de los programas. Una ventaja de utilizar presupuesto estatal y no municipal es que vela por el principio de equidad en salud y disminuye las desigualdades presentes en las distintas comunas.

Por otro lado, la administración (pública y privada del PFPB) presenta una mayor transparencia que la existente en Chile, gracias a los sistemas de control, estandarización y organización centralizada. En la red pública del PFPB (Red Propia), la estandarización de protocolos y servicios visados por la Fundación Oswaldo Cruz y el Ministerio es una excelente estructura de un sistema farmacéutico *ad-hoc* al requerimiento de la población brasileña. Una falencia en su sistema (PFPB) es el poco dinamismo del arsenal farmacoterapéutico y cómo esto puede afectar a la ciudadanía que, a fin de cuentas, tiene que terminar abasteciéndose por otros medios. También presentan articulación limitada con otros establecimientos que dependen del SUS (a pesar que, tras años de debate y controversias, autoridades tanto del CONASEMS como del Ministerio de Salud de Brasil determinaron que el programa Farmacia Popular de Brasil no pertenecía al SUS).

En el caso chileno, las farmacias populares o municipales tienen potencial de incluso llegar más lejos asumiendo un rol inexistente en el espacio público hasta ahora. Estas no poseen una institucionalidad contundente desde rectoría, lo que da paso a carencia de estándares mínimos, lo que vaticina complejidades en alcanzar por completo el potencial. Además, que aún se arrastran las desigualdades en la red municipal, como el acceso a recursos o gestiones disímiles, lo que conlleva a que usuarios tendrán acceso a mejores establecimientos populares que otros, sobre todo si se considera la cantidad de municipios que poseen una farmacia popular y pertenecen al grupo de comunas de desarrollo medio-bajo y bajo la línea de la pobreza (54 comunas de las 145 del total)

## **iii. Farmacia Popular como Política Pública Local**

Esta iniciativa, que partió como un proyecto acotado, ha demostrado una transición de envergadura hacia la constitución de un centro de salud propiamente tal, tal y como señala el artículo 129 del Código Sanitario. Como ya se ha mencionado anteriormente, se ha ido adaptando según las necesidades comunales de acuerdo a tamaño poblacional, características epidemiológicas y sociodemográficas, además de considerar los recursos municipales para infraestructura y equipo técnico adecuado.

Las políticas públicas responden precisamente a eso, a dar solución a un problema público, vale decir, contribuir al sistema ordenando las irregularidades que el mercado no ha podido equilibrar; o en su defecto, no hacer nada al respecto se puede entender como una política pública en sí. Al mismo tiempo, acotar que pese de sufrir los percances del ensayo y error, y no haber sido una política pública estructurada como la brasileña, ha podido tener mayor éxito que el previsto logrando una aceptabilidad

casi total de parte de la población usuaria (en el caso estudiado 97 % de recomendación usuaria). Sería ideal en esta línea, contar con un apoyo más sólido desde rectoría así como ha gestado otros programas como el Fondo de Medicamentos (FOFAR), el cual ha sido muy exitoso en el ámbito de acceso a medicinas esenciales; y pudiendo considerar este apoyo en áreas técnicas en atención farmacéutica o abastecimiento desde CENABAST o respecto a asociaciones entre municipios, etc. Una clara recomendación que deriva de este estudio es la promoción de una integración real y efectiva de la farmacia popular al resto de la red asistencial primaria municipal, otorgando el valor de centro de salud a la farmacia popular y brindando al país por primera vez la posibilidad de contar con sistema de atención y servicios farmacéuticos de calidad de acceso público.

Se indica expresamente que iniciativas como estas empoderan a la ciudadanía y al gobierno local desde lo que pueden hacer, siendo recomendadas por esta investigación siempre cuando sea bien evaluada su implementación y posterior ejecución respecto al modelo que necesita la comuna en cuestión.

#### **iv. Nivel de acceso a medicamentos para los usuarios tras la implementación de la Farmacia Popular en las comunas visitadas.**

Tras esta investigación, se constató una vez más las problemáticas de acceso a medicamentos, tanto esenciales como otros que sufre la población chilena en un sistema de salud fragmentado y altamente dispar en los seguros público-privado (80 %-20 % Fonasa/Isapre). El usuario más desprotegido permanece en el grupo de Fonasa, al ser el grupo más grande del aseguramiento en salud presenta heterogeneidad en edades, patologías y utilización de los servicios de salud, considerando que también un alto porcentaje de este conjunto termina accediendo a prestadores privados de salud. Mientras que los usuarios de Isapre y otros seguros complementarios de salud tienen opciones a descuentos y, en menor proporción, reembolsos en medicamentos, también sufren una fuerte coaptación por parte de sus respectivas Isapres.

A nivel cualitativo, los directores técnicos de las farmacias populares entrevistadas detallan cómo cotizan y compran encargándose de conseguir el menor costo posible. Esto se correlaciona con los precios que entregaron para la evaluación económica de la canasta de medicamentos esenciales, representando en promedio un 35,65 % conforme al valor de la misma en el *retail*. Bajo el mismo argumento, se comprobó que los usuarios regulares encuestados en esta muestra perciben las diferencias económicas de su compra afirmando un ahorro mayor a la mitad del precio original otorgando un porcentaje de la muestra del 77,02 % y una satisfacción de precios encontrados en la farmacia popular de 95,34 %. Estas justificaciones llevan a los índices de aceptabilidad que presenta el funcionamiento de la farmacia popular a pesar de dificultades puntuales encontradas en el suministro, precios o infraestructura. Más de la mitad del universo encuestado (54,97 %) señala estar bastante conforme con la atención y un 13,66 % muy conforme. El perfil del usuario de la farmacia popular se caracterizó por declarar que recibe la información adecuada para su tratamiento, traer su receta médica y poder continuar su terapia farmacológica gracias a la gestión de la farmacia popular.

Se hizo evidente que esta plataforma es indispensable para un número considerable de usuarios regulares y fidelizados (21 %), que desarrolló una forma de comunicación con el equipo de farmacia y se adaptó a cómo estas se encuentran respondiendo.

A nivel territorial, 43 % de los municipios en Chile tienen en funcionamiento una farmacia popular y se espera este número crezca un poco más hasta estabilizarse. La ubicación física de estas farmacias es habitualmente en dependencias municipales (estas fueron diseñadas en el centro de la ciudad para llegar a toda la comunidad), a partir de este momento es posible evaluar y repensar si de esta forma se está llegando a la mayor parte de la población o se puede ejecutar alguna estrategia para aminorar la brecha de habitantes por farmacia con sentido territorial que, como se constató en resultados geográficos, sólo una comuna de la muestra logra un índice recomendado de habitantes por farmacia (Vitacura). Se estima que esta situación sea muy similar en el resto del país y de no ser diseñadas e implementadas las futuras farmacias populares, es muy difícil romper esta relación jerárquica entre las farmacias, el *retail* y los usuarios.

El medicamento en sí, aún permanece en el inconsciente colectivo de una forma comercial (debiéndose pagar para obtener un tratamiento), traduciéndose en considerar la atención sanitaria como lo prioritario frente a otros bienes y servicios del área de la salud. Y, como todo objeto dispuesto a las lógicas de la oferta y la demanda, se ha ido moldeando conforme a las necesidades del mercado en sus distintos niveles: producción, distribución, comercialización, regulación, etc. y sólo queda el discurso del medicamento como bien social, moral o altruista, en la Política Nacional de Medicamentos del año 1996 y en principios de la medicina social más que la práctica y evidencia empírica de una estructura más robusta comparada al discurso.

Finalmente, es factible decir que las farmacias populares contribuyen a la problemática del acceso de medicamentos de la población chilena en sus tres dimensiones fundamentales, pero no son capaces de solucionar del todo el problema por sí solas y se necesita de herramientas complementarias que fortalezcan esta propuesta de parte de la institucionalidad como el Ministerio de Salud como otros agentes gubernamentales o civiles, lo que incluye alianzas municipio-municipio como las ya antes mencionadas, con universidades u otros actores del mercado mientras esté sustentado frente a los principios de transparencia, probidad y función de proveer y, más importante, beneficiar a la comunidad.



## **CAPÍTULO VI: ALCANCES, LIMITACIONES Y PROYECCIONES DE ESTA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación no es la primera en visitar farmacias populares, pero sí lo es al tener una panorámica de dieciséis recintos en distintos lugares de Chile, siendo este su mayor valor y contribución; y consiguientemente brindar información precisa de sus realidades, necesidades y proyecciones.

El reciente análisis da para indicar que las siguientes indagaciones deben ir en línea a datos más detallados respecto a seguro de salud, medicamentos específicos y cruces de información adecuados en edad y lugares de residencia o trabajo. Además de profundizar en los comportamientos de los usuarios de estas farmacias, contribuir a su orientación y mayor provecho de servicios.

La comparación de variables entre diversos modelos o adaptaciones de farmacias populares y realidades es múltiple, tanto en Chile como en Brasil. El encontrar una relación entre variables no necesariamente implica una correlación y por ende, se requieren mayores revisiones tanto de tipo cualitativas como cuantitativas. Estas revisiones, a su vez, no son inmóviles en el tiempo, y por ende también pueden variar, realizando ajustes de tipo administrativos/legales como de funcionamiento asociados a servicios o demandas ciudadanas.

Respecto a las proyecciones ligadas al tema estudio central (acceso a medicamentos a través de farmacias populares) aún quedan bastantes interrogantes sujetas a discusión, considerando el panorama político como de ejecución y gestión en ambos países tratados. Idealmente, sería pertinente evaluar las lógicas de sistematización que se adquiriera en Chile posterior a concretar las bases durante estos primeros años. Y, en Brasil, observar la transición del modelo “Red Propia” al SUS directamente considerando un mediano o largo plazo.

## REFERENCIAS

1. 29NA. CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA: estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Julio 2017.
2. DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [En línea, [www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm)]. <Consultado: 10 de marzo de 2018>.
3. AMUCH (2015). Informe de alud municipal en perspectiva: Caracterización del sistema de salud comunal, aportes financieros totales y según grupo de municipios de la Asociación de Municipalidades de Chile. [[https://www.amuch.cl/pdf/estudio\\_salud\\_municipal.pdf](https://www.amuch.cl/pdf/estudio_salud_municipal.pdf)] <Consultado: 20 de Abril de 2018>.
4. AMUCH (2015). Municipalidades y diversidad: ¿Qué Caracteriza a las comunas rurales chilenas? [[https://www.amuch.cl/pdf/estudio\\_municipalidades\\_y\\_diversidad.pdf](https://www.amuch.cl/pdf/estudio_municipalidades_y_diversidad.pdf)] <Consultado: 20 de Abril de 2018>.
5. ARAGAO JUNIOR, G. (2012). “Avaliação política do Programa Farmácia Popular do Brasil á luz dois principios do Sistema Único Saúde”. Memoria para optar al master de Políticas Públicas. Universidad Federal do Maranhao.
6. ARSENAL TERAPÉUTICO DE FARMACIA POPULARES PERTENECIENTES A RED PROPIA (2012) [En línea: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/20/elenco-fp1-20-08-12.pdf>] <consultado: 20 de Junio>
7. ARTEAGA et al. (2002). “Información para la equidad en salud en Chile”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5/6) 397-408.
8. BALMACEDA, C., ESPINOZA, M., DIAZ, J. (2015). “Impacto de una Política de Equivalencia Terapéutica en el Precio de Medicamentos en Chile”, en: Value in Health Regional Issues, Volume 8, pp 43-48,
9. BENÍTEZ, A., HERNANDO, A Y VELASCO, C. (2018). Encuesta de Presupuestos Familiares y gasto en salud: una primera mirada. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
10. BRUZZO, S., HENRÍQUEZ, J Y VELASCO, C. (2018). *Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
11. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD (2008). “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Ginebra. Ediciones OMS.
12. CUENTA PÚBLICA ANUAL CENABAST. (2017) [En línea, <https://www.cenabast.cl/cuenta-publica/> ] . <Consultado: 11 de Junio de 2018>.
13. DE CARVALHO B, G. (2015) “serviços clínicos farmacêuticos em unidades do programa farmácia popular do Brasil do estado de sergipe: implantação, implementação e consolidação”. Memoria para optar al grado de doctor en Ciencias de la Salud. Universidad Federal de Sergipe.
14. DIDERICHSEN, F. (2012). “Health Inequalities –determinants and policies”, en: *Scandinavian Journal of Public Health*; 40(8), 12 – 105.
15. FERREIRA, JOSÉ ROBERTO, & FONSECA, LUIZ EDUARDO. (2017). Cooperación estructurante, la experiencia de la Fiocruz. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2129-2133.
16. FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2012). “Guía para el análisis de operaciones de concentración”. Santiago.

17. FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA DE CHILE (2018). Minuta del lanzamiento del estudio sobre el mercado de medicamentos. Santiago [En línea: [http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2018/04/Minuta\\_EM03\\_2018.pdf](http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2018/04/Minuta_EM03_2018.pdf)] <consultado: 30 de Abril del 2018>
18. FUNDACIÓN SOL. (2007). Cuaderno de Investigación N°3: Informe de Farmacias de la Fundación Sol. [<http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-3-Farmacias.pdf>] <Consultado: 18 de Abril de 2018>.
19. FROST, L. Y REICH, M. (2008). *Acceso: ¿Cómo las buenas tecnologías sanitarias se acercan a los pobres en países pobres?* Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies.
20. GIOVANELLA et al. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2da. Ed. Rio de Janeiro: Editorial Fiozacruz.
21. LLAMBÍAS W, J. (2015). *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*. Santiago: Ril editores.
22. MANKIW, G. (2002). *Principios de Economía*. 6ta Edición. México D.F: Cengage Learning Editores.
23. MASTROIANNI, P.C. (2010) "Acesso a medicamentos essenciais em farmácias e drogarias do Município de Araraquara", *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*; 31(2), 177-182.
24. MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA FEDERAL DE BRASIL, FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ (2005). "Programa Farmacia Popular do Brasil". 1era edición. Série a. normas e manuais técnicos. Brasília.
25. MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA FEDERAL DE BRASIL (2008). *Programa farmácia popular do Brasil: manual de informações às unidades credenciada*. 2da. Edición. Brasília.
26. MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE CHILE. *Recomendaciones para Farmacias Populares*. Departamento de Políticas Farmacéuticas. 2018. [<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Recomendaciones-Farmacias-Populares.pdf>] <Consultado: 21 de Abril de 2018>.
27. MUÑOZ PORRAS, F. (2017). "El panorama epidemiológico", en *Revista Chilena de Salud Pública*, 21(2), 107-110.
28. OCDE (2015). *Panorama de la Salud 2015: Indicadores OCDE*. [En línea: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264270626-es.pdf?expires=1544673139&id=id&accname=guest&checksum=FA65D68CD0496915FA9611808F7555B6>] <Consultado: 27 de Julio de 2018>.
29. ONG POLÍTICAS FARMACÉUTICAS (2015). *Bioequivalencia en Chile: Análisis y recomendaciones*. Santiago.
30. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998). *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. 2da. Ed. Ginebra: OMS.
31. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final*. Ginebra: OMS.
32. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2016). *Conceptos, estrategias y herramientas para una política farmacéutica nacional en las Américas*. Washington D.C: Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias Departamento de Sistemas y Servicios de Salud.
33. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010). *Serie La Renovación de Atención Primaria de Salud en las Américas: Redes Integradas de Servicios de Salud*. Washington, DC: OPS.

34. PALMA, A. (2009). *Las políticas públicas que no contribuyen a la cohesión social*. Santiago: Editorial Catalonia/Flacso.
35. PETERS, G. (1995). "Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo" en: *Gestión y Política Pública*, 4 (2), 257-276
36. PINEDA, E., Y LUZ DE ALVARADO, E. (2008). *Metodología de la investigación*. 3ra. Ed. Washington D.C: OPS.
37. SILVA, RONDINELI MENDES DA, & CAETANO, ROSANGELA. (2015). "Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012", *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 2943-2956.
38. SOUZA TRINDADE, J. (2018). "El fin de la Red Propia del Programa Farmacia Popular de Brasil y el principio de vedación de Retroceso Social"; en: *Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario*, 7 (2), 79-99.
39. TIBBLE, J. (2013). "¿Una nueva clase media en Brasil?: El lulismo como fenómeno político-social", en: *Nueva Sociedad*. 243, 4-18.
40. VASALLO, C. (2010). *El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica*. Informe Ministerio de Salud.
41. VILLALOBOS DINTRANS, P. (2015). "El mercado de las farmacias en Chile: ¿Competencia por localización?", en: *Economía y Política*. 2., 33-73.
42. VISCUSI, W.K., HARRINGTON J.E. AND VERNON, J.M. (2005) *Economics of Regulation and Antitrust*. 4th Edition. Cambridge: The MIT Press.
43. WAGSTAFF, A. (2002). "Pobreza y desigualdades en el sector de la salud", en: *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6), 316-326.
44. WHITEHEAD, M. (1992). "The concepts and principles of equity and health", en: *International Journal of Health Services*. 22(3) 429-445.
45. YAMAUTI, S. M., BARBERATO-FILHO, S., y LOPES, L. C. (2015). "Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica", *Cadernos de Saúde Pública*, 31(8), 1648-1662.

## ANEXOS

### 1. Listado de Farmacias Populares en Regiones

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
Arica	Farmacia Municipal Arica Sector Centro	Arica y Parinacota	24/08/2016	221,364	Gerardo Espínola Rojas	PL	NO	Municipal
Pozo al monte	Farmacia "La Botica Pampina"	Tarapacá	17/10/2016	15,711	Richard Godoy Aguirre	PDC	NO	Corporación
Iquique	Farmacia Comunal de Iquique	Tarapacá	06/01/2016	191,468	Mauricio Soria Macchiavello	IND /PPD	SI	Corporación
Alto Hospicio	Farmacia Municipal Dr. Pedro Pulgar Melgarejo	Tarapacá	22/07/2016	108,375	Patricio Ferreira Rivera	UDI	NO	Municipal
Antofagasta	Farmacia Ciudadana Antofagasta	Antofagasta	17/03/2016	361,873	Karen Rojo Venegas	IND	NO	Corporación
Calama	Farmacia Comunal de Calama	Antofagasta	28/04/2016	165,731	Daniel Augusto	RN	NO	Corporación
	<b>Tocopilla* (NO AUTORIZADA)</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>(NO AUTORIZADA)</b>	<b>25,186</b>	<b>Luis Moyano Cruz</b>	<b>IND</b>		
Copiapó	Botica Comunal "La Estrella"	Atacama		3,937	Marcos López Rivera	PS	NO	Municipal
Vallenar	Farmacia Popular Nicolás Naranjo Palacios	Atacama	13/05/2016	51,917	Cristian Ramos Tapia	IND	NO	Municipal
Illapel	Farmacia Comunitaris de Illapel	Coquimbo	09/07/2016	30,848	Denis Vargas Cortés	IND	NO	Municipal

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
La Serena	Farmacia Botica Ciudadana	Coquimbo	28/09/2016	221,054	Roberto Jacob Jure	PRSD	NO	Corporación
Coquimbo	Farmacia Municipal de Coquimbo	Coquimbo	30/06/2016	227,73	Marcelo Pereira Peralta (DC)	DC	NO	Municipal
Vicuña	Farmacia Municipal de Vicuña Dr Pedro Contreras Arancibia	Coquimbo	22/08/2016	27,771	Rafael Vera Castillo (DC)	DC	NO	Municipal
Los Vilos	Farmacia Popular de Los Vilos	Coquimbo	13/06/2016	21,382	Manuel Marcarian Julio (IND)	IND	NO	Municipal
Ovalle	Farmacia Municipal de Ovalle	Coquimbo	05/06/2016	111,272	Claudio Rentería Larrondo (IN)	IND	NO	Municipal
Cabildo	Farmacia Popular de Cabildo	Valparaíso	30/09/2016	19,388	Patricio Aliaga Díaz		NO	Municipal
La Ligua	Farmacia Popular de La Ligua	Valparaíso	14/07/2016	35,390	Raúl Sánchez Villalobos (PC)	PC	NO	Municipal
Viña del Mar	Farmacia Comunal Viña del Mar	Valparaíso	30/12/2015	334,248	Virginia Reginato Bozzo (UDI)	UDI	NO	Corporación
Quintero	Farmacia Comunal Quinterp	Valparaíso	14/12/2017	31,923	Mauricio Carrasco Pardo (IND)	IND	NO	Municipal
Concón	Farmacia Comunal de Concón	Valparaíso	02/08/2017	42,152	Oscar Sumonte (IND)	IND	NO	Municipal
Valparaíso	Farmacia Comunal de Valparaíso	Valparaíso	24/08/2016	296,655	Jorge Sharp Fajardo (MA)	MA	NO	Corporación
Cartagena	Farmacia Municipal de Cartagena	Valparaíso	29/03/2017	22,738	Rodrigo García (PPD)	PPD	NO	Municipal
El Quisco	Farmacia Municipal El Quisco	Valparaíso	08/09/2016	15,955	Natalia Carrasco (DC)	DC	NO	Municipal
Santo Domingo	Farmacia Municipal Santo Remedio	Valparaíso	28/11/2017	10,900	Fernando Rodríguez	CHILE VAMOS	NO	Municipal

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
Limache	Farmacia Comunitaria Dr. Germán Irrázabal jaque	Valparaíso	20/04/2016	46,121	Daniel Morales (RN)	RN	SI	Municipal
La Calera	Farmacia Comunal de La Calera	Valparaíso	27/12/2017	50,554	Trinidad Rojo (RN)	RN	NO	Municipal
Quilpué	Farmacia Municipal Quilpué	Valparaíso	17/05/2016	151,708	Mauricio Viñambres (PS)	PS	NO	Corporación
Quilpué	Farmacia Comunal El Belloto	Valparaíso	(Belloto) 07/12/2017	151,708	Mauricio Viñambres (PS)	PS	NO	Corporación
San Felipe	Farmacia Municipal de San Felipe	Valparaíso	05/11/2016	76,844	Patricio Freire (IND)	IND	NO	Municipal
Los Andes	Farmacia Popular Solidaria e Integral comuna de Los Andes	Valparaíso	17/10/2016	66,708	Manuel Rivera (UDI)	UDI	NO	Municipal
Putendo	Farmacia Popular Municipal de Putaendo	Valparaíso	17/10/2016	16,754	Guillermo Reyes (PS)	PS	NO	Municipal
Quillota	Farmacia Benamor	Valparaíso	07/12/2016	90,517	Luis Mella (DC)	DC	NO	Municipal
Villa Alemana	Botica Municipal	Valparaíso	24/05/2016	126,548	José Sabat (IND)	IND	NO	Corporación
Olmué	Farmacia Comunal de Olmué	Valparaíso	28/07/2016	17,516	Macarena Santelices (UDI)	UDI	NO	Municipal
Coltauco	Farmacia del Pueblo Coltauco (Farmacia Popular)	Bernardo O'Higgins	02/12/2016	19,597	Rubén Jorquera (PS)	PS	NO	Municipal
Marchigue	Farmacia Popular de Marchigue	Bernardo O'Higgins	11/07/2017	7,308	Héctor Flores (UDI)	UDI	NO	Municipal
Rengo	Farmacia Comunitaria de Rengo	Bernardo O'Higgins	02/11/2016	58,825	Carlos Soto (Nueva Mayoría)	NUEVA MAYORÍA	NO	Municipal

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
Santa Cruz	Farmacia Tu Santa Cruz	Bernardo O'Higgins	24/03/2016	37,855	William Arévalo	UDI	NO	Municipal
San Vicente de Tagua Tagua	Farmacia Popular de San Vicente	Bernardo O'Higgins	29/08/2016	46,766	Jaime González	PS	NO	Municipal
Requinoa	Farmacia Popular de Requinoa	Bernardo O'Higgins	25/04/2016	27,968	Antonio Silva	IND	NO	Municipal
Machalí*	Farmacia Móvil de Machalí	Bernardo O'Higgins	18/7/2017	52,505	José Miguel Urrutia	UDI	NO	Municipal
Peumo	Farmacia Comunitaria de Peumo	Bernardo O'Higgins	09/09/2016	14,313	Fermín Carreño	IND	NO	Municipal
Placilla	Farmacia Comunitaria de Placilla	Bernardo O'Higgins	16/09/2016	8,738	Tulio Contreras	DC	NO	Municipal
Curicó	Farmacia Popular Comunitaria de Curicó	Maule	22/03/2016	149,136	Javier Muñoz	DC	NO	Municipal
Rauco	Farmacia Popular Comunitaria de Rauco	Maule	03/01/2016	10,484	Enrique Olivares	PRSD	NO	Municipal
Talca	Farmacia Junto a ti (Popular Comunitaria)	Maule	07/08/2016	220,357	Juan Carlos Díaz	RN	NO	Corporación
Teno	Farmacia Popular de Teno	Maule	28/04/2017	28,921	Sandra Valenzuela	UDI	NO	Municipal
Maule	Farmacia Popular del Maule	Maule	28/04/2017	49,721	Luis Vásquez (DC)	Cierre temporal: 20/10/21017	NO	Municipal
Constitución	Farmacia Popular Comunitaria de Constitución	Maule	28/06/2016	46,068	Carlos Valenzuela	UDI	NO	Municipal
Molina	Farmacia Popular Comunitaria de Molina	Maule	17/05/2016	45,976	Priscila Castillo	DC	NO	Municipal
San Javier	Farmacia Popular Comunitaria de San Javier	Maule	22/03/2016	45,547	Jorge Silva	DC	NO	Municipal



COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
Parral	Farmacia Dr. Patricio Blanco	Maule	20/09/2016	41,637	Paula Retamal	UDI	NO	Municipal
Pencahue	Farmacia Popular Comunitaria de Pencahue	Maule	25/08/2016	8,245	Lucy Lara	RN	NO	Municipal
Hualañé	Farmacia Popular de Hualañé	Maule	20/09/2016	9,657	Claudio Pucher	RN	NO	Municipal
Licantén	Farmacia Popular Comunitaria de Licantén	Maule	16/06/2016	6,653	Marcelo fernández	IND	NO	Municipal
Coihueco	Farmacia comunal "Salud de Coihue"	Bio Bio	22/11/2016	26,881	Carlos Chandia	CHILE VAMOS	SI	Municipal
San Carlos	Farmacia Comunal de San Carlos	Bio Bio	28/07/2016	53,024	Hugo Gebrie	RN	NO	Municipal
Arauco	Farmarauco	Bio Bio	23/11/2016	36,257	Mauricio Alarcón	CHILE VAMOS	SI	Municipal
San Fabián de Alico	(Actualmente en asociación con San Carlos)	Bio Bio	28/07/2016	4,308	Claudio Almuna	PEV	NO	Municipal
Ñiquen	Farmacia Comunal de Ñiquén	Bio Bio	14/04/2016	11,152	Manuel Pino	UDI	NO	Municipal
Chillán	Farmacia Comunal Chillán	Bio Bio	21/06/2016	184,739	Sergio Zarzar	CHILE VAMOS	NO	Municipal
Chillán (viejo)	Farmacia Comunal Chillán Viejo	Bio Bio	29/08/2016	30,907	Felipe Alwyn	PS	NO	Municipal
Penco	Farmacia Municipal de Penco	Bio Bio	16/03/2017	47,367	Victor Hugo Figueroa	DC	SI	Municipal
San Ignacio	Farmacia Asistencial Comunal San ignacio Móvil	Bio Bio	09/12/2016	16,079	Osiel Soto	UDI	NO	Municipal
Coronel	Farmacia Municipal de Coronel	Bio Bio	17/06/2016	116,262	Boris Chamorro	MAS	SI	Municipal

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
Tomé	Farmacia Popular Tomé	Bio Bio	30/05/2016	54,946	Eduardo Aguilera	IND	NO	Municipal
Chihuayante	Farmacia Municipal de Chihuayante	Bio Bio	30/05/2016	85,938	Antoni Rivas	PS	NO	Municipal
Lota	La Botica del Carbón	Bio Bio	30/06/2016	43,535	Mauricio Velásquez	PS	NO	Municipal
San Pedro de la Paz	Farmacia Popular Llacolén	Bio Bio	24/02/2016	131,808	Audito Retamal	IND	NO	Municipal
Concepción	Farmacia Municipal de Concepción	Bio Bio	13/05/2016	223,574	Álvaro Ortiz	DC	SI	Municipal
Hualpén	Farmacia Comunal de Hualpén	Bio Bio	21/06/2017	91,773	Katherine Torres	IND	SI	Municipal
San Rosendo	Farmacia Comunal	Bio Bio	29/07/2016	3,412	Rabindranath Acuña	IND	NO	Municipal
Lebu	Farmacia Comunitaria de Lebu	Bio Bio	08/08/2016	25,522	Cristián Peña	NUEVA MAYORÍA	SI	Municipal
Nacimiento	Farmacia Municipal	Bio Bio	07/12/2016	26,315	Hugo Inostroza	PPD	NO	Municipal
Tucapel	Farmacia Municipal	Bio Bio	18/08/2016	14,134	Jaime Veloso	RN	NO	Municipal
Los Ángeles	Farmacia Comunitaria	Bio Bio	30/05/2016	202,331	Esteban Krause	PRSD	NO	Municipal
Curanilahue	Farmacia Municipal de Curanilahue	Bio Bio	11/06/2017	32,288	Luis Gengnagel	UDI	SI	Municipal
Yumbel	Farmacia Popular	Bio Bio	23/08/2016	21,198	Juan Cabezas	IND	NO	Municipal
Cabrero	Farmacia Municipal Cabrero	Bio Bio	07/12/2016	28,573	Mario GiErke	IND	NO	Municipal
Mulchén	Farmacia Bernardino Yáñez Quinteros	Bio Bio	09/12/2016	29,627	Jorge Rivas	DC	NO	Municipal

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
Laja	Farmacia Comunitaria Laja	Bio Bio	23/09/2016	22,389	Vladimir Fica	RN	NO	Municipal
Santa Bárbara	Farmacia Social Municipal	Bio Bio	14/04/2016	13,773	Daniel Salamanca	DC	NO	Municipal
Angol	Farmacia Municipal de Angol	La Araucanía	08/08/2017	53,262	Enrique Neira	CHILE VAMOS	NO	Municipal
Collipulli	Farmacia Municipal de Collipulli	La Araucanía	14/07/2016	24,598	Manuel Macaya	IND	NO	Municipal
Victoria	Farmacia Municipal de Victoria	La Araucanía	31/08/2016	34,182	Javier Jaramillo	PPD	NO	Municipal
Lautaro	Farmacia Popular El Toqui	La Araucanía	06/02/2016	38,013	Raúl Schifferli	DC	NO	Municipal
Carahue	Farmacia Comunitaria Florencia Concha	La Araucanía	24/06/2016	24,533	Alejandro Sáez	UDI	NO	Municipal
Temuco	Farmacia Municipal	La Araucanía	06/08/2016	282,415	Miguel becker	RN	NO	Municipal
Padre las Casas	Farmacia Municipal	La Araucanía	06/08/2016	76,126	Juan Delgado	RN	NO	Municipal
Pitrufquén	Farmacia Municipal de Pitrufquén	La Araucanía	20/07/2017	24,837	Jorge Jaramillo	PPD	NO	Municipal
Villarrica	Farmacia Municipal de Villarrica	La Araucanía	09/12/2016	55,478	Pablo Astete	RN	NO	Municipal
Pucón	Farmacia Municipal de Pucón	La Araucanía	31/08/2016	28,523	Carlos Barra	RN	NO	Municipal
Vilcún(*)	Farmacia Municipal de Vilcún	La Araucanía	13/10/2016	28,151	Susana Aguilera	PPD	NO	Municipal
Lanco	Farmacia Municipal Lanco	Los Ríos	24/03/2017	16,752	Rolando Peña	RN	NO	Municipal
Panguipulli	Farmacia Municipal de Panguipulli	Los Ríos	21/09/2016	34,539	Rodrigo Valdivia	PS	NO	Municipal

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	REGIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	FRACCIONAMIENTO	CORPORACIÓN O MUNICIPAL
Valdivia	Farmacia Municipal de Valdivia	Los Ríos	30/11/2016	166,08	Omar Sabat	UDI	SI	Municipal
La Unión	Farmacia Municipal de La Unión	Los Ríos	08/03/2016	38,036	Aldo Pinuer	CHILE VAMOS	NO	Municipal
San Pablo	Farmacia Municipal San Pablo	Los Lagos	05/04/2016	10,030	Juan Carlos Soto	PRI	NO	Municipal
Osorno	Farmacia Vecina	Los Lagos	16/06/2016	161,46	Jaime Bertín	DC	NO	Municipal
Frutillar	Farmacia Municipal de Frutillar	Los Lagos	30/08/2016	18,428	Clauss Lindemann	CHILE VAMOS	NO	Municipal
Llanquihue	Farmacia Comunitaria	Los Lagos	22/08/2016	17,591	Victor Angulo	DC	SI	Municipal
Puerto Varas	Farmacia Popular La Botica de Todos	Los Lagos	05/05/2016	44,578	Ramón Bahamonde	IND	NO	Municipal
Los Muermos	Farmacia Comunal Los Muermos	Los Lagos	21/09/2016	17,068	Emilio Gonzáles	UDI	NO	Municipal
Puerto Montt	Farmacia Ciudadana	Los Lagos	05/05/2016	245,902	Gervoy Paredes	PS	NO	Municipal
Mauullín	Farmacia Popular Mauullín	Los Lagos	16/09/2016	14,216	Jorge Westermeier	DC	NO	Municipal
Castro	Farmacia Municipal de Castro	Los Lagos	08/05/2016	43,807	Juan Eduardo Vera	UDI	NO	Municipal
Quellón	Farmacia Municipal de Quellón	Los Lagos	09/05/2016	27,192	Cristián Ojeda	DC	NO	Municipal
Coyhaique	Farmacia Popular Patagona	Aysén	08/10/2016	57,818	Alejandro Huala	PS	NO	Municipal
Punta Arenas	Farmacia Municipal de Punta Arenas	Magallanes	30/08/2016	131,592	Claudi Radonich	RN	NO	Corporación

## 2. Listado de Farmacias Populares en la Región Metropolitana

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	CORPORACIÓN/MUNICIPAL
María Pinto	Farmacia de cesfam Adriana Madrid de Costabal	27/04/2016	13,59	Jessica Mualim	IND	Corporación
La Florida	Farmacia Ciudadana Local1	13/09/2016	366,916	Rodolfo Carter	UDI	Corporación
La Florida	Farmacia Ciudadana Local 2	21/11/2016		Rodolfo Carter	UDI	Corporación
Estación Central	Comunal de Estación Central	08/08/2016	147,041	Rodrigo Delgado	UDI	Municipal
Macul	Comunal de Macul	04/01/2016	116,534	Gonzalo Montoya	IND	Corporación
Lo Prado	Comunal Pablo Neruda	18/04/2016	96,249	Maximiliano Ríos	PPD	Corporación
Maipú	Farmacia Familiar La Receta	05/02/2016	521,627	Catherine Barriga	UDI	Municipal
Colina*	Farmacia Comunal Colina	09/01/2016	146,207	Mario Olavarría	UDI	Corporación
Conchalí	Farmacia Municipal de Conchalí	22/04/2016	126,955	René de la Vega	IND	Corporación
La Reina	Farmacia Comunitaria de La Reina	04/08/2016	92,787	José Manuel palacios	UDI	Corporación
El Bosque	Farmacia Comunitaria El Bosque	25/08/2016	162,505	Sadi melo	PS	Municipal
La Pintana	Farmacia Comunitaria La Pintana	15/07/2016	177,335	Claudia Pizarro	DC	Municipal
Peñalolén	Farmacia Comunitaria de Peñalolén	04/01/2016	241,599	Carolina Leitaó	DC	Municipal
La Granja	Farmacia Comunitaria Vida Buena	05/12/2016	116,571	Felipe Delpín	DC	Municipal
Independencia	Farmacia Municipal Carlos Lorca Tobar	04/01/2016	100,281	Gonzalo Durán	PS	Municipal

COMUNA	FARMACIA POPULAR (NOMBRE)	FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI	POBLACIÓN	ALCALDE	PARTIDO	CORPORACIÓN/MUNICIPAL
Pudahuel	Farmacia Municipal de Pudahuel	05/01/2016	230,293	Jonhhy Carrasco	PS	Corporación
La Cisterna	Farmacia Municipal La Cisterna	19/05/2016	90,199	Santiago Rebolledo	PPD	Municipal
Peñaflor	Farmacia Municipal Peñaflor	31/08/2016	90,201	Nibaldo Meza	DC	Municipal
Padre Hurtado	Farmacia Popular de Padre Hurtado	14/12/2016	63,25	José Miguel Arellano	RN	Municipal
Cerrillos	Farmacia Popular de Cerrillos	09/07/2016	80,832	Arturo Gacitúa	PS	Municipal
Pedro Aguirre Cerda	Farmacia Popular Dr. Juan Carlos Concha Gutiérrez	31/05/2016	101,174	Juan Rozas	IND	Municipal
Huechuraba	Farmacia Popular La Pincoya	02/05/2016	98,671	Carlos Cuadrado	PPD	Municipal
Recoleta	Farmacia Popular Ricardo Silva	10/05/2015	157,851	Daniel Jadue	PC	Municipal
Melipilla	Farmacia Solidaria de Melipilla	28/09/2016	123,627	Iván Campos	RN	Municipal
Providencia	Farmacia Comunitaria de Providencia	18/03/2016	142,079	Evelyn Matthei	UDI	Corporación
Puente Alto	Farmacia Solidaria de Puente Alto	28/03/2016	568,106	Germán Codina	RN	Corporación
Nuñoa	Botica Nuñoa	17/06/2016	208,237	Andrés Zarhi	RN	Corporación
Buín	Farmacia Popular de Buín Concejal Ramón Calderón Hormázabal	18/04/2016	96,614	Miguel Araya	UDI	Corporación
Renca	Farmacia Renca Amiga 1	19/08/2016		Claudio castro	DC	Corporación
Renca	Farmacia Renca Amiga 2	01/09/2017	147,151	Claudio castro	DC	Corporación
San Ramón	Popular comuna Sna Ramón	20/01/2016	82,9	Miguel Ángel Aguilera	PS	Municipal
San Joaquín	Farmacia Popular de San Joaquín	28/03/2016	94,492	Sergio Echeverría	PS	Corporación

<b>COMUNA</b>	<b>FARMACIA POPULAR (NOMBRE)</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN SEREMI</b>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>ALCALDE</b>	<b>PARTIDO</b>	<b>CORPORACIÓN/MUNICIPAL</b>
Talagante	Tala Farmacia	15/03/2016	74,237	Carlos Álvarez	PS	Municipal
Santiago	Botica Comunitaria Dra. Eloísa Díaz	30/03/2016	404,495	Felipe Alessandri	RN	Municipal
San Bernardo	Farmacia para Todos	22/04/2016	301,313	Nora Cuevas	UDI	Corporación
Quinta Normal	Farmacia Comunitaria Quinta Normal	05/10/2016	110,026	Carmen Gloria Fernández	DC	Municipal
Quilicura	Farmacia Municipal Solidaria de Quilicura	13/05/2016	210,41	Juan carrasco	IND	Corporación
San Miguel	Farmacia Comunal San Miguel	31/05/2016	107,954	Luis Sanhueza	RN	Corporación
Vitacura	Vitabotica	18/08/2016	85,384	Raúl Torrealba	RN	Municipal

## **INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1. Ficha de Entrevista a Directores Técnicos de Farmacias Populares**

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE FARMACIA POPULAR**

Nombre del recinto: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Fecha entrevista: \_\_\_\_\_ Lugar entrevista: \_\_\_\_\_

COMUNA		OBSERVACIONES
POBLACIÓN		
FECHA DE APERTURA/AUTORIZACIÓN		
DIRECTOR TÉCNICO		
ALCALDE (PARTIDIDO)		
HORARIO Y MODALIDAD DE ATENCIÓN		
CANTIDAD DE INSCRITOS	HOMBRES	
	MUJERES	
	3ERA EDAD	
	FONASA	
	ISAPRE	
	TOTAL	
CANTIDAD DE RECETAS DESPACHADAS	DIARIAS	
	MENSUAL	
	SEMANAL	

#### **ENTREVISTA:**

##### **I. Uso racional de Medicamentos:**

- i. Acciones concretas que se desarrollen en el lugar
- ii. Forma/tipo de dispensación
- iii. Canal de comunicación con la comunidad

##### **II. Vinculación con APS**

- i. Definición de cartera de prestaciones
- ii. Adopción de sistema de control y seguimiento de pacientes

##### **III. Abastecimiento. Modelo de gestión**

- i. Proveedores
- ii. Construcción de stock
- iii. Descripción labores administrativas

##### **IV. Marco Regulatorio**



**2. Canasta de Medicamentos evaluada en parámetros de precios**

**Lugar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Medicamento		Precio Farmacia <i>Retail</i>	Promedio <i>Retail</i> (x)	Precio Farmacia Comunal xxxxx (valor con y sin fraccionar si corresponde)	
Tiroides	Eutirox® 150 mg 50 comprimidos	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Eutirox® 100 mg 100 comprimidos	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
Estatina	Rosugras 20 mg comprimido recubierto (o rosuvastatina similar)*	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Atorvastatina 10 mg comprimidos (genérica o equivalente)*	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
Antihipertensivo	Enalapril maleato 10 mg 20 cp (Lab Andrómaco o Bioequivalente)	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Valsartán 80 mg cp (Valaplex® u otro bioequivalente)	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Valsartán + Hidroclorotiazida 160/12,5 mg (Laboratorio Eurofarma u otro equivalente)	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			

Antidepresivos	Fluoxetina 20 mg Lab. Chile o Bioequivalente	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Escitalopram 10 mg cp recubierto (genérico o bioequivalente)*	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Sertralina 50 mg comprimidos recubiertos (*)	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
Antihistamínico	Cetirizina bioequivalente 10 mg laboratorio Synthron	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Desloratadina bioequivalente 5 mg (Neo-Alledryl® Laboratorio Prater)	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
Medicamentos para el dolor	Pregabalina 75 mg cápsulas	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Tramadol 100mg; 20 mL (Lab. Chile u otro equivalente)*	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			
	Celecoxib cápsulas 200 mg Lab Andrómaco u otro equivalente*	Cruz Verde (CV)			
		Farmacias Ahumada (FA)			
		Salco Brand (SB)			

\*Señalar laboratorio de ser necesario. Idealmente genérico o bioequivalente.

### 3. Encuesta a usuarios de Farmacias Populares

#### ENCUESTA A USUARIOS DE FARMACIA POPULAR

Marque X donde corresponda:

Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Rango etario (años)

17 – 30	31 - 45	46 – 60	+60
---------	---------	---------	-----

Las siguientes preguntas deben ser respondidas según su experiencia en la Farmacia Popular a la que Ud. Concorre.

1. ¿Habitualmente, encuentra los remedios que busca en este lugar?

SI	CASI SIEMPRE	A VECES	NO
----	--------------	---------	----

2. De no encontrar su fármaco en la Farmacia Popular, ¿Dónde iría a adquirirlo en primera instancia?

Farmacia de cadena	Farmacia de barrio	Farmacia popular de su comuna	Farmacia de Especialidad (Ej: Liga chilena contra la epilepsia)	Otro lugar
--------------------	--------------------	-------------------------------	---	------------

3. En la misma situación de no encontrar su fármaco en la Farmacia Popular, ¿Qué tan lejos del lugar que Ud. normalmente transite, vive o estudia queda este recinto alternativo?

Muy cerca	Cerca	lejos	Muy lejos
-----------	-------	-------	-----------

4. Respecto a su forma de llegar a la Farmacia Popular desde el lugar que reside, trabaja o estudia: ¿Cuánto debe transitar para llegar?

Muy cerca	Cerca	lejos	Muy lejos
-----------	-------	-------	-----------

5. Respecto a la compra que realiza comprando en la Farmacia Popular v/s otro lugar: indique la cantidad que ahorra Ud. y su grupo familiar al llevar su(s) medicamento(s) desde una Farmacia Popular y no otro lugar.

Mucho ahorro	Algo ahorro	de	Ningún ahorro	Poco ahorro	Muy poco
--------------	-------------	----	---------------	-------------	----------

6. ¿Estos precios obtenidos en su compra en la farmacia Popular lo dejan a Ud. Satisfecho?

a) SI\_\_\_\_\_ b) NO\_\_\_\_\_

7. Bajo su experiencia, ¿Cómo encuentra la atención al interior de esta Farmacia Popular?

Excelente	Buena	Mala	Muy mala
-----------	-------	------	----------

8. Cuando vengo, ¿recibo la información adecuada de cómo utilizar mis medicamentos?

a) SI\_\_\_\_\_ b) NO\_\_\_\_\_

9. ¿Qué me parece la infraestructura de esta Farmacia Popular?

Excelente	Buena	Mala	Muy mala
-----------	-------	------	----------

10. Conforme a la disponibilidad y variedad de medicamentos, ¿Cómo se siente Ud.?

Muy conforme	Bastante conforme	Insatisfecho	Muy insatisfecho
--------------	-------------------	--------------	------------------

11. Cuando Ud. Se prepara para visitar la Farmacia Popular: ¿Lleva su receta para consultar o llevar sus medicamentos dados para Ud.?

b) SI\_\_\_\_\_ b) NO\_\_\_\_\_

12. Desde que acude a la Farmacia Popular: ¿Ha podido mantenerse cumpliendo con su terapia?

a) SI\_\_\_\_\_ b) NO\_\_\_\_\_

13. Finalmente, ¿Ud. recomendaría venir a la farmacia popular a sus familiares y amigos?

a) SI\_\_\_\_\_ b) NO\_\_\_\_\_

## A. RESULTADOS

### 1. Resumen de indicadores de desarrollo de Farmacias Populares

FARMACIA POPULAR	COMUNA	POBLACIÓN (habitantes)	% ADULTO MAYOR SEGÚN POBLACIÓN COMUNAL	CANTIDAD INSCRITOS TOTALES	% USUARIOS 3ERA. EDAD	% USUARIOS FONASA	N° RECETAS MENSUALES	ALCALDE (PARTIDO)	CORPORACIÓN ASIGNADA / DIRECCIÓN MUNICIPAL	FECHA AUTORIZACIÓN (ENTIDAD REGULATORIA)	% PARTICIPACIÓN CENABAST	DIRECTOR TÉCNICO	HORARIO Y MODALIDAD DE ATENCIÓN
BOTICA DE ÑUÑO A	ÑUÑO A	208,237	19,54%	5123	25,26%	95,78%	3402	Andrés Zarhi Troy (Ind.)	Corporación de Desarrollo Social	17/06/2016	~30% [150 productos +65millones]	Andrés Soria Rojas	Decorrido hasta 17.30 (Lun - Vie)
FARMACIA POPULAR LA PINCOYA	HUECHURABA	98,671	16,04%	25469	Sin dato válido	Sin dato válido	2218	CARLOS CUADRADO PRATS (PPD)	Dirección de Salud Municipal	02-05-2016	Si [130 productos +27millones]	Jorge Maldonado	Variable según día (hasta el sábado)
VITABOTICA	VITACURA	85,384	22,89%	5541	67,00%	24,17%	3854	RAUL TORREALBA DEL PEDREGAL (RN)	Dirección de Salud Municipal	18/08/2016	30% [205 productos +90millones]	Natalia Gálvez	Decorrido hasta 17.30 (Lun - Vie)
FARMACIA COMUNAL PABLO NERUDA DE LO PRADO	LO PRADO	96,249	19,14%	Sin dato válido	Sin dato válido	Sin dato válido	600	Maximiliano Ríos Galleguillos (PPD)	Dirección de Salud Municipal	18/04/2016	Sin datos 2017. Actual ~10%	Diego Manetti	Lun - vie: 08 - 20
FARMACIA POPULAR DR. JUAN CARLOS CONCHA GUTIERREZ	PEDRO AGUIRRE CERDA	101,174	20,17%	4578	53,00 %	87%	1185	JUAN ROZAS ROMERO (IND)	Dirección de Salud Municipal	31/05/2016	Si [159 productos +37millones]	Julio García	Lun a Vier casi todo el día.

<b>FARMACIA SOLIDARIA PUENTE ALTO</b>	PUENTE ALTO	568,106	12,20%	21.242 (4,3% DEL TOTAL)	47,58%	78,75 %	9600	GERMAN CODINA POWERS (RN)	Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de menores (área salud?)	28/03/2016	30% productos [127 +93millones]	Damaris Ávila	Todo el día dependiendo (Incluye Sábados)
<b>FARMACIA POPULAR PADRE HURTADO</b>	PADRE HURTADO	63250	12,92%	2220	52,4	70%	650	José Miguel Arellano (RN)	Dirección de Salud Municipal	28/03/2017	SI (150 ITEMS, +30 MILLONES)	Carolina Orellana	Lun a Vie: 09.30 – 14
<b>FARMACIA POPULAR CERRILLOS</b>	CERRILLOS	80,232	16,34%	3442	Sin dato válido	Sin dato válido	250	Arturo Aguirre Gacitúa (PS)	Dirección de Salud Municipal	09-07-2016	SI productos; [34 millones] 1,5	Katherine Pino	Lun a Vie: 08.30 – 14
<b>FARMACIA POPULAR RICARDO SILVA</b>	RECOLETA	157,851	17,35%	6946	Sin dato válido	Sin dato válido	2380	Daniel Jadue Jadue (PC)	Dirección de Salud Municipal	10-05-2015	SI [250productos +90millones]	Carolina Olmedo	Todo el día dependiendo (Incluye Sábados)
<b>FARMACIA MUNICIPAL PUDAHUEL</b>	PUDAHUEL	230,293	12,83%	4,601	57,25%	92,02%	1325	Johnny Carrasco Cerda (PSCH)	Corporación Municipal de Pudahuel (Área Salud)	18/05/2016	NO	Sergio Medina	Lun a Vie: 09 – 14
<b>FARMACIA POPULAR VALPARAÍSO</b>	VALPARAÍSO	296.655	18,49%	14592	38,42%	84,80%	2356,7	Jorge Sharp Fajardo (FA)	Corporación Municipal de Valparaíso (Área Salud)	1era apertura: 05/092016 y reinauguración: 20/01/2018	35% productos [289 +67millones]	Ana Victoria Nieto	Todo el día dependiendo
<b>FARMACIA MUNICIPAL VALDIVIA</b>	VALDIVIA	166080	16,15%	3735	16,65%	78,77%	90 -100	Omar Sabat (Independiente)	Dirección de Salud Municipal	30/11/2016	SI productos [204 +32millones]	Ferial Sajer	Lun a Vie: 08.30 – 14

<b>FARMACIA MUNICIPAL LANCO</b>	LANCO	16,752	18,62%	750	90%	Sin dato válido	63	Rolando Peña (RN)	Dirección de Salud Municipal	05-05-2017	NO	Gabriela Matrai	Lun a Vie: 09 – 12
<b>BOTICA CIUDADANA LA SERENA</b>	LA SERENA	221,054	15,59%	2,358	68,49%	78,88%	120	Roberto Jacob Jure (PRSD)	Corporación Municipal Gabriel González Videla - Depto Salud	16/09/2017 (*)	NO	Jimena Angulo	Lunes a Jueves: de 8:30 hrs a 17:30 hrs y Viernes hasta 16.30
<b>FARMACIA POPULAR VICUÑA</b>	VICUÑA	27,771	17,33%	720	90%	90%	116 app.	Rafael Vera Castillo (DC)	Dirección de Salud Municipal	24/06/2016	30% productos +5millones] [71	Carolina Troncoso	Lun a Vie: 09 – 14
<b>FARMACIA MUNICIPAL PUNTA ARENAS</b>	PUNTA ARENAS	131,592	17,18%	2200	Sin dato válido	Sin dato válido	378	Claudio Radonich (RN)	Corporación Municipal Punta Arenas	09-01-2016	30% productos +10millones] [69	Nicole Schlageter	Lun a Vie: 14 – 18

## 2. Resumen de canasta de precios del *retail*

CADENA RETAIL	Eutirox® 150 mg 50 comprimidos	Eutirox® 100 mg 100 comprimidos	Rosugras 20 mg comprimido recubierto	Atorvastatina 10 mg comprimidos	Enalapril maleato 10 mg 20 cp	Valsartán 80 mg cp (Valaplex® u otro bioequivalente)	Valsartán + Hidroclorotiazida 160/12,5 mg	Fluoxetina 20 mg Lab. Chile o Bioequivalente	Escitalopram 10 mg cp recubierto	Sertralina 50 mg	Sertralina 100 mg	Cetirizina genérica o bioequivalente 10 mg	Desloratadina bioequivalente 5 mg	Pregabalina 75 mg cápsulas	Tramadol 100mg; 20 mL (genérico)	Celecoxib cápsulas 200 mg	
CRUZ VERDE S.A	11980	12440	15990	2405	725	13930		1250	9855	2930	6390			11290		10275	
AHUMADA S.A	13690	12990	19990	2400	620	15530		1250	10280	2820	6710	4990	7390	10290	5190	14580	
SALCOBRAND S.A	13999	12999	22099 (o ROSUVITAE 19999)	2299	699	13999 (VALVITAE)	15399	1299	9999	2899	6399	4799	7399 (neocalledryl)	11999	5199	13599	(celedox)
PROMEDIO 3 CADENAS	13223	12809,66667	17990	2368	681,333333	14730	15399	1266,33333	10044,6667	2883	6499,66667	4894,5	7390	11193	5194,5	12818	



### 3. Resumen comparación global preciso canasta de medicamentos Farmacias Populares vs. Retail cadenas de Farmacias

MEDICAMENTO	FARMACIA MUNICIPAL VALDIVIA	FARMACIA POPULAR RICARDO SILVA	BOTICA CIUDADANA LA SERENA	FARMACIA POPULAR LA PINCOYA	VITABOTICA	FARMACIA SOLIDARIA PUENTE ALTO	FARMACIA POPULAR PADRE HURTADO	FARMACIA POPULAR VALPARAÍSO	FARMACIA POPULAR DR. JUAN CARLOS CONCHA GUTIERREZ	BOTICA DE ÑUÑO A	FARMACIA POPULAR CERRILLOS	FARMACIA MUNICIPAL PUDAHUEL	FARMACIA MUNICIPAL LANCO	Promedio Farmacia Popular	Promedio FP NO CENABAST	Promedio Retail (3 Cadenas)	Fración FP VS. Retail
Eutirox® 150 mg 50 comprimidos	\$8.000	NO APLICA	\$6.920	\$8.236	\$8.236	\$8.240	\$10.530	\$8.250	\$8.230	\$8.399	NO APLICA	\$8.150	\$7.286	\$8.225	\$7.452	\$13.223	62,20%
Eutirox® 100 mg 100 comprimidos	\$1.300	\$1.210	\$7.090	\$1.209	\$1.200	\$1.200	\$1.200	\$4.990	\$1.210	\$1.210	\$1.210	NO APLICA	\$6.950	\$2.498	\$7.020	\$12.810	19,50%
Rosuvastatina* 20 mg comprimido recubierto	\$10.128	\$13.848	\$6.500	\$3.199	\$5.498	\$11.310	\$6.000	\$7.850	\$13.920	\$7.283	\$12.790	NO APLICA	\$12.420	\$9.229	\$9.460	\$17.990	51,30%
Atorvastatina 10 mg comprimidos	\$340	NO APLICA	\$560	NO APLICA	\$510	\$730	\$500	\$600	\$500	\$660	\$700	\$670	\$780	\$595	\$670	\$2.368	22,17%
Enalapril maleato 10 mg 20 cp	\$100	\$100	\$140	\$150	\$150	\$170	\$310	\$230	NO APLICA	\$210	\$310	\$1.810	\$390	\$339	\$780	\$681	49,78%
Fluoxetina 20 mg Lab. Chile o Bioequivalente	\$540	NO APLICA	\$240	\$360	\$360	\$290	\$300	\$350	NO APLICA	\$390	\$450	\$290	NO APLICA	\$357	\$265	\$1.266	28,20%
Escitalopram 10 mg cp recubierto	\$2.490	\$1.428	\$3.760	\$2.499	\$1.428	\$1.790	\$2.100	\$3.260	\$1.430	\$2.911	\$3.150	\$2.500	\$9.510	\$2.943	\$5.257	\$10.045	29,29%
Sertralina 50 mg	\$570	\$570	\$370	\$570	\$540	\$460	\$450	\$640	\$450	\$570	\$440	\$580	\$660	\$528	\$537	\$2.883	18,31%
Cetirizina genérica o bioequivalente 10 mg	\$1.260	\$1.260	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	\$2.480	\$1.250	\$860	NO APLICA	NO APLICA	\$1.260	\$3.150	NO APLICA	\$1.646	NO APLICA	\$4.895	33,63%
Desloratadina bioequivalente 5 mg	\$840	NO APLICA	NO APLICA	\$840	\$840	\$1.630	\$2.150	\$2.390	NO APLICA	\$3.641	\$1.110	\$2.140	\$1.800	\$1.738	\$1.970	\$7.390	23,51%
Pregabalina 75 mg cápsulas	\$3.210	\$2.678	\$4.800	\$2.332	\$2.713	\$4.290	\$2.500	6990*	\$2.300	\$3.960	\$2.710	\$2.680	\$5.250	\$3.285	\$4.243	\$11.193	31,89%
Tramadol 100mg; 20 mL	\$1.230	\$637	\$2.820	\$637	NO APLICA	\$870	\$600	\$1.100	\$640	\$649	\$870	\$540	\$1.471	\$1.005	\$1.610	\$5.195	19,34%
Celecoxib cápsulas 200 mg	\$1.530	\$1.960	\$4.560	\$2.490	\$1.528	5000*	\$2.700	\$3.200	\$4.700	\$486	8300*	\$1.790	\$4.140	\$2.644	\$3.497	\$12.818	25,43%
<b>Promedio canasta</b>	<b>\$4.141</b>	<b>\$2.632</b>	<b>\$3.876</b>	<b>\$2.853</b>	<b>\$2.029</b>	<b>\$3.139</b>	<b>\$2.384</b>	<b>\$3.193</b>	<b>\$3.709</b>	<b>\$2.782</b>	<b>\$3.462</b>	<b>\$2.535</b>	<b>\$3.377</b>	<b>\$2.695</b>	<b>\$3.263</b>	<b>\$8.859</b>	<b>32,49%</b>

#### 4. Tabulación General encuesta a usuarios de Farmacias Populares y gráficos correspondientes

##### Preguntas 1 y 2

FARMACIA ENCUESTADA	CANTIDAD DE ENCUESTAS	FEMENINO	MASCULINO	NO MARCA	17-30 AÑOS	31 - 45 AÑOS	46 - 60 AÑOS	>60 AÑOS	NO MARCA	PREGUNTA 1: SI	PREGUNTA 1: CASI SIEMPRE	PREGUNTA 1: A VECES	PREGUNTA 1: NO	PREGUNTA 2: FARMACIA DE CADENA	PREGUNTA 2: FARMACIA DE BARRIO	PREGUNTA 2: FARMACIA POPULAR DE SU COMUNA	PREGUNTA 2: FARMACIA ESPECIALIDAD DE SU COMUNA	OTRA
SOLIDARIA PTE. ALTO	45	33	11	1	2	11	20	11	1	28	11	5	1	19	10	12	3	1
BOTICA ÑUÑO A	30	21	9	0	1	3	6	20	0	13	15	1	1	18	7	5	0	0
BOTICA LA SERENA	10	6	4	0	0	1	3	5	1	4	5	0	1	6	3	1	0	0
MUNICIPAL VALDIVIA	53	40	13	0	1	4	17	30	1	21	13	12	5	39	2	5	1	6
POPULAR PEDRO AGUIRRE CERDA	29	15	11	3	1	2	7	14	4	19	10	0	0	14	8	4	1	1
MUNICIPAL VALPARAÍSO	93	54	27	12	5	9	28	47	4	39	26	24	3	33	13	17	2	25
PUDAHUEL	30	17	13	0	0	5	12	13	0	18	8	2	2	8	11	10	0	1
RECOLETA*	30	22	8	0	1	8	10	12	0	22	7	0	1	8	5	13	4	1
PADRE HURTADO*	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>	<b>210</b>	<b>96</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>104</b>	<b>152</b>	<b>11</b>	<b>164</b>	<b>97</b>	<b>44</b>	<b>14</b>	<b>145</b>	<b>61</b>	<b>67</b>	<b>11</b>	<b>35</b>

##### Preguntas 3 y 4

FARMACIA ENCUESTADA	CANTIDAD DE ENCUESTAS	Farmacia alternativa: MUY CERCA	Farmacia alternativa: CERCA	Farmacia alternativa: LEJOS	Farmacia alternativa: MUY LEJOS	NO APLICA POR DECIR FP	NO MARCA	FP_DISTANCIA: MUY CERCA	FP_DISTANCIA: CERCA	FP_DISTANCIA: LEJOS	FP_DISTANCIA: MUY LEJOS	NO MARCA	
SOLIDARIA PTE. ALTO	45	1	20	12	3	9		2	22	19	2	0	
BOTICA ÑUÑO A	30	4	22	0	0	4		4	22	4	0	0	
BOTICA LA SERENA	10	5	1	4	0	0		5	1	3	0	1	
MUNICIPAL VALDIVIA	53	5	30	10	4	4		4	24	21	4	0	
POPULAR PEDRO AGUIRRE CERDA	29	6	8	12	3	0		8	14	6	1	0	
MUNICIPAL VALPARAÍSO	93	7	47	30	8	0	1	8	50	32	3		
PUDAHUEL	30	6	9	4	1	10		7	10	9	4		
RECOLETA	30	3	7	5	2	13		9	19	2	0	0	
PADRE HURTADO	2	0	1	1	0	0		0	0	2	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>	<b>37</b>	<b>145</b>	<b>78</b>	<b>21</b>	<b>40</b>		<b>47</b>	<b>162</b>	<b>98</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>322</b>

Pregunta 5

FARMACIA ENCUESTADA	CANTIDAD DE ENCUESTAS	Mucho ahorro (>50%)	Algo de ahorro (30-40%)	Ninguno	Poco	Muy Poco	No Marca	
SOLIDARIA PTE. ALTO	45	32	12	0	1	0	0	
BOTICA ÑUÑO A	30	21	9					
BOTICA LA SERENA	10	8	1	0	0	1	0	
MUNICIPAL VALDIVIA	53	40	12	0	1	0	0	
POPULAR PEDRO AGUIRRE CERDA	29	24	5	0	0	0	0	
MUNICIPAL VALPARAÍSO	93	69	17	1	2	1	3	
PUDAHUEL	30	26	4	0	0	0	0	
RECOLETA	30	26	2	0	2	0	0	
PADRE HURTADO	2	2	0	0	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>	<b>248</b>	<b>62</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>322</b>

Preguntas 6 a 8

SOLIDARIA PTE. ALTO	CANTIDAD DE ENCUESTAS	Satisfacción \$: SI	Satisfacción \$: NO	No Marca	Atención al Interior: EXCELENTE	Atención al Interior: BUENA	Atención al Interior: MALA	Atención al Interior: MUY MALA	NO CONTESTA	Recepción de información : SI	Recepción de información : NO	No Marca	COMENTARIOS MAYORITARIOS
SOLIDARIA PTE. ALTO	45	40	5	0	17	25	2	0	1	31	13	1	
BOTICA ÑUÑO A	30	30	0	0	10	19	1	0	0	19	10	1	
BOTICA LA SERENA	10	10	0	0	8	2	0	0		10	0		
MUNICIPAL VALDIVIA	53	52	1	0	15	35	2	0	1	46	7	0	Declaran: (1) no resp
POPULAR PEDRO AGUIRRE CERDA	29	28	0	1	23	6	0	0		10	19		
MUNICIPAL VALPARAÍSO	93	87	1	5	61	26	0	1	5	85	2	0	Falta Personal
PUDAHUEL	30	29	1	0	10	20	0	0	0	21	8	1	
RECOLETA	30	29	1	0	19	10	1	0	0	22	8	0	
PADRE HURTADO	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>	<b>307</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>165</b>	<b>143</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>246</b>	<b>67</b>	<b>3</b>	

### Pregunta 9

Farmacia popular encuestada	Cantidad de encuestas	Infraestructura: EXCELENTE	Infraestructura: BUENA	Infraestructura: MALA	Infraestructura: MUY MALA	No marca	Comentarios mayoritarios
Solidaria Pte. Alto	45	3	29	10	1	2	Muy Pequeña, estrecha (27/45)
Botica Ñuñoa	30	2	17	6	0	5	Muy Pequeña, estrecha (13/30)
Botica La Serena	10	7	3	0	0	0	
Municipal Valdivia	53	2	49	2	0	0	Falta calefacción, muy pequeña (3. otros indican cómoda (2)
Pedro Aguirre Cerda	29	10	19	0	0	0	
Municipal Valparaíso	93	9	51	16	10	7	Muy Pequeña, estrecha
Pudahuel	30	2	27	1	0	0	Pequeña
Recoleta*	30	4	23	2	1	0	Muy Pequeña, estrecha (12/30)
Padre Hurtado*	2	0	2	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>	<b>39</b>	<b>220</b>	<b>37</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>322</b>

### Pregunta 10

Farmacia popular encuestada	Cantidad de encuestas	Disponibilidad y Variedad de medicamentos: Muy Conforme	Disponibilidad y Variedad de medicamentos: BASTANTE CONFORME	Disponibilidad y Variedad de medicamentos: Insatisfecho	Disponibilidad y Variedad de medicamentos: Insatisfecho	No marca	Comentarios mayoritarios
Solidaria Pte. Alto	45	11	27	7	0	0	
Botica Ñuñoa	30	4	22	4	0	0	cantidad de medicamentos
Botica La Serena	10	6	3	1	0		
Municipal Valdivia	53	3	36	11	2	1	Faltan cosas, Mejorar fluidez de suministro
Pedro Aguirre Cerda	29	12	12	2	1	2	
Municipal Valparaíso	93	26	43	15	1	8	
Pudahuel	30	9	16	2	0	3	
Recoleta*	30	10	17	2	1	0	Faltan cosas, Mejorar fluidez de suministro
Padre Hurtado*	2	1	1	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>	<b>82</b>	<b>177</b>	<b>44</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>322</b>

Preguntas 11 a 13

FARMACIA ENCUESTADA	CANTIDAD DE ENCUESTAS	Trae RECETA: SI	Trae RECETA: NO	NO MARCA		Continuación tto: SI	Continuación tto: NO	NO MARCA		Recomendación FP: SI	Recomendación: NO	NO MARCA		COMENTARIOS MAYORITARIOS
SOLIDARIA PTE. ALTO	45	35	9	1		38	6	1		44	0	1		
BOTICA ÑUÑO	30	29	1	0		28	2	0		30	0	0		
BOTICA LA SERENA	10	8	2			10	0			10	0			
MUNICIPAL VALDIVIA	53	35	17	1		42	10	1		51	0	2		Declaran no traer r
POPULAR PEDRO AGUIRRE CERDA	29	27	2			26	3			28	1			
MUNICIPAL VALPARAÍSO	93	83	7	3		72	16	5		89	0	4		
PUDAHUEL	30	27	2	1		26	3	1		30	0	0		
RECOLETA	30	26	4	0		27	3	0		29	1	0		No se consigue el n
PADRE HURTADO*	2	2	0	0		2	0	0		2	0	0		
TOTAL	322	272	44	6		322	271	43		322	313	2	7	322