

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



***POLICY BRIEF***

**“DISMINUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS DE  
PERSONAS MAYORES: ALTERNATIVAS DE POLÍTICAS”**

**SERGIO ESTEBAN MEDINA ZAPATA**

**ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE A TESIS  
PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUÍA: DR. CRISTIÁN REBOLLEDO DÍAZ  
CO-TUTOR: DR. PEDRO CROCCO ÁBALOS**

**Santiago, ENERO 2023**

## ***Dedicatoria***

*A mi querido hijo Gael ...*

## **Agradecimientos**

*A mi profesor guía Dr. Cristián Rebolledo Díaz, muchas gracias por su paciencia,*

*A mi profesor co-tutor Dr. Pedro Crocco Ábalos, muchas gracias por su carisma y sus sabios consejos para seguir adelante,*

*A la profesora Olivia Horna Campos, por su confianza,*

*A QF. Cecilia Palominos, QF. Óscar Aguilar Kent y Profesor Alberto Muñoz por contribuir a realizar este trabajo como experta y expertos invitados,*

*A mis compañeras y compañeros de cohorte 2019 -2020, fueron tiempos difíciles entre estallido social y pandemia,*

*A mis amigas, amigos y colegas por siempre tenerme fe,*

*A mi amada familia Tatiana, Gael y Uhtred por su amor incondicional, les amo,*

*Y a toda la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossens de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, por permitir graduarme y así contribuir con mis granitos de arena en la sociedad,*

*Muchas gracias ...*

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	3
MENSAJES CLAVES .....	4
RESUMEN EJECUTIVO DEL DOCUMENTO .....	5
Resumen de la caracterización del problema .....	6
Tablas de resumen de las opciones políticas .....	9
Tabla de resumen de las consideraciones en la implementación de las opciones política .....	12
INTRODUCCIÓN.....	15
Propósito del reporte .....	15
Cómo se estructurará el reporte .....	15
CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
Antecedentes del problema.....	16
Caracterización del Gasto de bolsillo en salud y su principal componente: medicamentos ..	16
Caracterización sanitaria y socioeconómica de las personas mayores .....	21
Caracterización del mercado de los medicamentos según su comercialización y participación. ....	24
Marco y dimensionamiento del problema .....	27
Factores subyacentes al problema .....	29
METODOLOGÍA .....	35
Criterios de búsqueda .....	35
Mecanismo de búsqueda .....	36
Proceso de selección .....	36
Diálogo de políticas.....	38
OPCIONES DE POLÍTICA.....	39
Opción 1: Seguro de medicamentos para personas mayores .....	39
Opción 2: Subsidio y regulación de precios de medicamentos a personas mayores .....	43
Opción 3: Ley de Fármacos III: Reforma farmacéutica en el sistema público de salud para personas mayores.....	48
CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN .....	54
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	60
LIMITACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES .....	74
ANEXOS.....	75

## MENSAJES CLAVES

- El gasto de bolsillo es el gasto que incurren los hogares desde sus ingresos de manera directa.
- El gasto de bolsillo se puede transformar en un problema cuando un hogar presenta más necesidad de incurrir en tal gasto, pudiendo llegar a constituirse en un gasto catastrófico.
- Incurrir en el gasto de bolsillo es la forma más injusta, inequitativa y menos eficiente de financiar los servicios de salud.
- Se pueden clasificar 3 tipos: pagos directos; costos compartidos (el *copago*, el *coseguro* y el *deducible*) y pagos informales.
- En términos absolutos el gasto de bolsillo en salud se incrementa al aumentar el ingreso, pero en términos relativos aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico del hogar.
- El gasto de bolsillo en medicamentos es el ítem en gasto de bolsillo en salud que más desembolsan los hogares en Chile.
- El envejecimiento es el principal fenómeno demográfico en el país y la región.
- Las personas mayores enfrentan un escenario socioeconómico complejo y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, incurriendo en un mayor uso de medicamentos, por lo que son la población más afectada por el gasto de bolsillo en medicamentos.
- Respecto al precio de los medicamentos en el mercado, la percepción fundada de la población es que éstos son elevados.
- Dentro de los factores que explican de cierta manera el elevado gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores en Chile, podemos encontrar:
  - Bajo gasto público en salud
  - Tendencia a dispensar sin receta correspondiente
  - Las aseguradoras no negocian precios para determinados medicamentos
  - Bajas coberturas de esquemas previsionales y acceso a medicamentos no garantizados
  - Baja confianza en el sistema público
  - Fidelización de marcas
  - Bajo incentivo y confianza en el uso de genéricos
  - Fallas de mercado
  - La industria de producción local y las marcas comerciales
  - Relación de los laboratorios y distribuidoras con las farmacias
  - Estrategias de innovación incremental que no incide en la eficacia del medicamento
  - Condiciones desfavorables en Personas Mayores
- Los esquemas de seguro de medicamentos son una alternativa razonable en políticas de salud pública para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores.
- La política de reembolsos de precios de referencia es una estrategia ampliamente utilizada en el contexto internacional en materia de regulación de precios para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores.
- Incorporar múltiples estrategias en distintos ámbitos de la gestión farmacéutica del sector público, mejoraría la confianza y garantías en el acceso, la oportunidad de entrega y la calidad de los medicamentos dispensados a personas mayores en este sector, desincentivando el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores en el sector privado de salud.

## RESUMEN EJECUTIVO DEL DOCUMENTO

**Propósito:** presentar un *Policy Brief* a fin de proponer a los tomadores de decisión, alternativas de políticas en salud pública que orienten la discusión de políticas públicas para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos de personas mayores en Chile. **Metodología:** búsqueda, revisión y selección estructurada de evidencia científica nacional e internacional de opciones de políticas que pudiesen ser aplicadas en Chile, tanto revisiones sistemáticas, estudios secundarios, estudios primarios y literatura gris. Las que serán enumeradas, evaluadas y, las más relevantes, presentadas considerando el contexto chileno. **Antecedentes:** el gasto de bolsillo en salud es el gasto directo de las familias que incurren en prestaciones de salud, aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico del hogar y es superior en hogares con mayor participación de personas mayores. **Marco y dimensionamiento:** el gasto de bolsillo en medicamentos en Chile es un 33% del gasto de bolsillo en salud, ítem que más desembolsan los hogares en Chile. **Factores subyacentes:** el problema puede ser explicado por el bajo gasto público en salud; tendencia a dispensar sin receta correspondiente; las aseguradoras no negocian precios para determinados medicamentos; bajas coberturas de esquemas previsionales y acceso a medicamentos no garantizados; baja confianza en el sistema público; fidelización de marcas; bajo incentivo y confianza en el uso de genéricos; fallas de mercado; la industria de producción local y las marcas comerciales; relación de los laboratorios y distribuidoras con las farmacias; estrategias de innovación incremental que no incide en la eficacia del medicamento; condiciones desfavorables en personas mayores. **Alternativas Políticas:** Opción 1: *Seguro de medicamentos para personas mayores*. Opción 2: *Subsidio y Regulación de precios de medicamentos a personas mayores*. Opción 3: *Ley de Fármacos III: Reforma farmacéutica en el sistema público de salud para personas mayores*.

## Resumen de la caracterización del problema

El *gasto de bolsillo* es el gasto que incurren los hogares desde sus ingresos de manera directa. En salud normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Se pueden clasificar 3 tipos: los pagos directos, los costos compartidos (el *copago*, el *coseguro* y el *deducible*) y los pagos informales.

Este tipo de gastos genera un problema cuando un hogar presenta más necesidad de incurrir en tal gasto, donde las familias corren con todos los riesgos financieros asociados al pago de la asistencia, incluso escoger entre pagar por los servicios sanitarios o pagar por otros bienes y servicios esenciales, siendo muchas veces obligadas a depender de "estrategias de afrontamiento" como ahorros, préstamos o reducir el consumo de alimentos u otros bienes o servicios. También existen los costos indirectos de la atención médica y los medicamentos, como los pagos no oficiales, donaciones, costos en cuidadores, costos en alimentos, el transporte y la pérdida de ingresos por falta de trabajo del paciente o de la familia.

Incurrir en el gasto de bolsillo es la forma más injusta, inequitativa y menos eficiente de financiar los servicios de salud, pudiendo llegar a constituirse en un *gasto catastrófico* para las familias afectadas. Estos gastos catastróficos pueden estar relacionados directamente con enfermedades graves, con tratamientos de alto costo, con desembolsos prolongados en el tiempo generalmente asociados a enfermedades crónicas o degenerativas, especialmente presentes en personas mayores. También es posible relacionarlo con las características del sistema de salud de cada país y sus arreglos en el aseguramiento en salud de su población.

En términos absolutos, el *gasto de bolsillo en salud* se incrementa al aumentar el ingreso, pero en términos relativos el gasto de bolsillo aumenta como proporción del ingreso a medida que disminuye el nivel socioeconómico del hogar.

A menudo, el gasto de bolsillo se ha traducido en la disminución de la utilización de los servicios de salud, particularmente entre la población de menores ingresos, explicando que el gasto de bolsillo es un mecanismo o estrategia de financiamiento regresiva e inequitativa en salud. Respecto a los tipos de servicios que se incurren en gasto de bolsillo en salud se ha observado que *la proporción del gasto que se destina a medicamentos es superior* en hogares de los quintiles más bajos y con mayor participación de personas mayores en el hogar.

El envejecimiento es el principal fenómeno demográfico en la región. Actualmente, en Chile, un 18% de la población nacional son personas mayores de 60 años o más, tendencia que seguirá intensificándose en los próximos años, lo cual representa un complejo escenario que abordar para los tomadores de decisión respecto a la salud pública dadas las condiciones de vida que enfrentan las personas en esta etapa de la vida, con un escenario socioeconómico complejo y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas las cuales aumentan con la edad, con mayor necesidad del uso concomitante de varios fármacos especialmente de forma crónica (polifarmacia), situación que también aumenta en forma progresiva con la edad.

Respecto al valor comercial en el mercado de los medicamentos, la percepción fundada de la población es que estos son elevados. Desde el punto de vista comercial, las farmacias dispensan

cuatro tipos de nombres comerciales: los de marca, los similares, los de marcas propias y los genéricos.

A los medicamentos similares, marcas propias y genéricos se les exige ser bioequivalentes con el medicamento innovador o con alguno de marca. En las principales cadenas farmacéuticas del país los productos de mayor participación en cuanto a ingresos son los medicamentos similares y marcas comparado con los genéricos. La mayor participación de los medicamentos de marca y similares se explica por su variedad y porque éstos son los de mayor precio unitario.

Las mayores alzas que se han observado en los últimos años son en los medicamentos genéricos y de marcas propias, lo que refleja que los precios de los medicamentos más baratos han tendido a acercarse a los medicamentos más caros (marca y similares). No obstante, el número de unidades vendidas de medicamentos genéricos ha disminuido un 14,6 %, a pesar de que su precio es significativamente inferior al de los otros tipos de fármacos, lo que explica el menor crecimiento y un notorio menor interés de las farmacias de comercializar estos productos.

Además, en el sector público, el mercado de los medicamentos y su comercialización es complejo ya que en cada etapa participan distintos actores que, en función de sus requerimientos y objetivos, fundamentan una multiplicidad de decisiones que impactan en la forma como se ejecuta el gasto en salud público en medicamentos.

Los distintos establecimientos que demandan medicamentos en el sector público cuentan con su propio arsenal farmacológico de entre 250 a 750 tipos de medicamentos que se van a comprar, de los 15.411 que registra el ISP, lo que limita la compra al momento de adquirir medicamentos. También existe una fuerte atomización en la regulación de la decisión, falta de transparencia respecto a quién y cómo se toman las decisiones y ausencia de un análisis metodológico en evaluación de tecnologías sanitarias, incluyendo costo-beneficio, costo utilidad y otros, en estos procedimientos, incentivando el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores en farmacias del sector privado.

En Chile, el gasto de bolsillo en medicamentos es el ítem en salud que más desembolsan los hogares, representando un 33% del gasto de bolsillo en salud. Siendo los medicamentos los componentes con mayores porcentajes de gasto de bolsillo, estos generalmente quedan parcial o completamente fuera de la cobertura de las aseguradoras obligando a las personas a subsanar las necesidades de acceso a estas prestaciones mediante gasto de bolsillo en salud.

Aunque la mayoría de la población está cubierta en Chile, el gasto público en salud está por debajo del 71% del gasto total en salud promedio OCDE, siendo un 50% del gasto total y el restante en gasto privado, gasto que a menudo las personas resuelven con el pago directo de prestaciones de servicios de salud, lo que se traduce finalmente en un gasto de bolsillo en salud.



Dentro de los factores incidentes que explican de cierta manera el elevado gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores en Chile, podemos encontrar:

- Bajo gasto público en salud
- Tendencia a dispensar sin receta correspondiente
- Las aseguradoras no negocian precios para determinados medicamentos
- Bajas coberturas de esquemas previsionales y acceso a medicamentos no garantizados
- Bajo nivel de confianza en el sistema público
- Fidelización de marcas
- Bajo incentivo y bajo nivel de confianza en el uso de genéricos
- Fallas de mercado
- La industria de producción local y las marcas comerciales
- Relación de los laboratorios y distribuidoras con las farmacias
- Estrategias de innovación incremental que no incide en la eficacia del medicamento
- Condiciones desfavorables para las Personas Mayores

## Tablas de resumen de las opciones políticas

Opción 1	Seguro de medicamentos para personas mayores
Los esquemas de seguro de medicamentos se presentan como una alternativa razonable en políticas de salud pública ya que brindan acceso a medicamentos de forma prepaga.	
En el sistema de salud mixto chileno, respecto a la cobertura de los seguros en medicamentos, el sistema de salud privado (ISAPRE y seguros complementarios) depende del contrato de cada afiliado.	
En el caso del Sistema de Salud Público, no se garantiza en general el acceso a medicamentos en la modalidad institucional (MAI) de FONASA y se obliga a beneficiarias y beneficiarios en la modalidad de libre elección (MLE) a incurrir en el gasto de bolsillo en medicamentos no garantizados.	
<b>Se plantea implementar un seguro público de cobertura de medicamentos para todas las personas mayores de 60 años.</b>	
<b>Beneficios</b>	Garantizaría que la población mayor tenga acceso a sus medicamentos esenciales.
	Reduciría los pagos de bolsillo por medicamentos crónicos esenciales en la población mayor.
	Preveniría pagos catastróficos por medicamentos.
	Garantizaría la adherencia y el uso adecuado de los medicamentos.
	Las personas mayores pueden necesitar menos servicios de atención médica.
	Pueden mejorar los resultados en salud de las personas mayores.
	Pueden ahorrar dinero para los gobiernos y las organizaciones privadas.
	Los gobiernos y las organizaciones que ejecutan estos esquemas también pueden negociar mejores precios con las compañías de la industria farmacéutica.
Las pólizas de seguro de medicamentos pueden reducir los gastos de bolsillo en medicamentos inmediatamente.	
<b>Riesgos</b>	Podría dar lugar a un pequeño aumento en el número de visitas al servicio de urgencias.
	Se podría promover un aumento del riesgo moral.
	Aumentaría el gasto en el erario fiscal.
	No cubriría todos los medicamentos.
	Evidencia limitada sobre quién paga y quién tiene la autoridad para tomar decisiones con respecto a la cobertura.
	Estudios inciertos sobre el gasto total en medicamentos, la utilización de la asistencia y los resultados sanitarios
	Aplicabilidad de esta evidencia a cualquier entorno fuera del sistema de salud de los EE. UU. es probablemente muy limitada

Opción 2	Subsidio y Regulación de precios de medicamentos a personas mayores.
	En este tipo de políticas se fija un monto máximo de reembolso, por parte de los seguros de salud, denominado precio de referencia, para un grupo de medicamentos con similar acción terapéutica, denominado grupo de referencia.
	Del sistema de salud chileno, en el sistema privado la cobertura de los medicamentos depende del contrato de cada afiliado, en el tipo de medicamentos y el porcentaje de cobertura, con cobertura parcial o sin cobertura (7)(8). En el Sistema Público se obliga a incurrir en el gasto de bolsillo en medicamentos no garantizados a beneficiarias y beneficiarios en la modalidad de libre elección (MLE).
	<b>Se plantea implementar una política de regulación de precios de referencia de medicamentos con subsidio garantizado por el estado del acceso oportunidad y protección financiera a las personas mayores</b>
	Se establecerá un listado acotado de medicamentos de referencia priorizado para personas mayores, del cual se establecerá un único precio de referencia máximo para cada grupo de medicamentos por parte del estado.
	El estado financiará a las aseguradoras, tanto públicas como privadas el costo de los medicamentos de esta garantía explícita en medicamentos que adscriban a esta política.
<b>Beneficios</b>	La política de reembolsos de precios de referencia es ampliamente utilizada en el contexto internacional.
	Puede dar lugar a que pacientes cambien a fármacos más baratos (como genéricos), y puede incentivar a los productores de fármacos a bajar sus precios.
	Permite al paciente conocer directamente al precio de un producto recetado.
	Los productores reducen significativamente los precios si se realiza de esta manera
	Tienen impacto en la disminución de precios en el corto plazo.
	Permite obtener una disminución en el gasto en los medicamentos sujetos a precios de referencia por parte de los seguros de salud en el corto y mediano plazo.
	La disminución en el precio en los medicamentos de marca es superior a la observada en los medicamentos genéricos
	Disminuye la compra de medicamentos que se encuentran por sobre el precio de referencia y aumenta el volumen de aquellos bajo el precio de referencia.
	Ha demostrado no tener un impacto en la utilización de medicamentos.
	Parece ser una de las pocas estrategias que probablemente sea efectiva para alentar a los médicos a usar los agentes menos costosos.
<b>Riesgos</b>	No existe evidencia del impacto en el largo plazo.
	Podría disminuir el volumen de mercado de los genéricos.
	Podría a la vez desincentivar la entrada de nuevos genéricos.
	Las políticas subsidiarias de contención de costos en medicamentos parecen afectar de distinta manera el acceso de los pacientes a los medicamentos dependiendo de la cantidad de grupos terapéuticos a subsidiar. Un dilema de asequibilidad (mayor cantidad disponible pero mayor el precio) y disponibilidad (Menor cantidad disponible pero menor el precio).
	No cubriría todos los medicamentos.

<b>Opción 3</b>	<b>Ley de Fármacos III: Reforma farmacéutica en el sistema público de salud para personas mayores.</b>
Las barreras de distribución son las razones más citadas para intentar explicar los desabastecimientos de medicamentos esenciales en el sistema público.	
Muchos usuarios que tienen cobertura en el seguro público, utilizan el sistema de distribución privado por problemas de confianza y calidad tanto con el servicio como con los productos entregados por el sistema público.	
Un contexto semejante se evidencia en nuestro país en estos temas, agregando el cuestionamiento del trato que reciben los pacientes de los funcionarios públicos y los tiempos de espera en su atención.	
Existe una desconfianza desde el mundo clínico hacia el sistema público y sus medicamentos.	
Las metas de eficiencia y garantías de entrega de medicamentos no están declaradas como un derecho en el sistema público en general.	
<b>Se propone una reforma farmacéutica para personas mayores en el sistema público de salud (Ley de Fármacos III)</b> con una serie de medidas enfocadas en garantizar y mejorar el sistema de entrega de los medicamentos a personas mayores en todos los establecimientos de salud públicos.	
<b>Beneficios</b>	Propone incorporar múltiples estrategias en distintos ámbitos de la gestión farmacéutica del sector público, las cuales pretende conseguir un impacto sanitario mejorando la confianza y garantías de acceso, oportunidad de entrega y calidad de los medicamentos dispensados a personas mayores en los dispositivos públicos, desincentivando el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores en el sector privado de salud.
	Disminuiría las recetas extrasistema (de las principales causas de gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores)
	Aumentaría la confianza en los medicamentos recibidos en el sistema público.
	Aumentaría la confianza de del mundo clínico en la prescripción de medicamentos del sistema público especialmente en los medicamentos genéricos.
	Puede mejorar tanto del acceso como la oportunidad de entrega de medicamentos.
	Una ampliación de arsenales enfocado en personas mayores en el sistema público, no solo teórica, sino que efectiva (CESFAM u hospitales) impactaría positivamente la reducción del gasto de bolsillo en medicamentos.
<b>Riesgos</b>	Afectarían a un importante sector del sistema público que realiza actualmente ciertas funciones de manera no profesional, principalmente de abastecimiento y adquisiciones.
	Aumentaría la cantidad y frecuencia de registros estadísticos a realizar para llevar a cabo el monitoreo y evaluación de esta política, aumentando la carga laboral y burocratizando los procesos más de lo que ya son.

**Tabla de resumen de las consideraciones en la implementación de las opciones política**

<b>Opción 1</b>	<b>Seguro de medicamentos para personas mayores.</b>
<b>Facilitadores</b>	FONASA sería quien administraría los fondos y facilitaría el financiamiento de la cobertura de medicamentos de la canasta de personas mayores.
	Se construiría un listado o arsenal farmacoterapéutico a incluir en la cobertura (Lista positiva).
	Se propendería a seleccionar de medicamentos sin patente vigente, como genéricos o marcas similares, para la contención de costos.
	Se debería incentivar a la industria a bajar el precio de los medicamentos .
	El mecanismo de dispensa sería en todas las farmacias comunitarias del país.
	Los Productores y distribuidores han manifestado interés en participar en una mesa de negociación.
	Se incluiría en el rol de vigilancia y fiscalización la exigencia de tener el inventario disponible de estos medicamentos.
	Aquellos medicamentos que tengan problemas de producción nacional de stock se solicitarían excepcionalmente que CENABAST los adquiriera y distribuya.
	Este tipo de iniciativa no es excluyente, puede ser implementada con otras iniciativas.
	Se plantea que las métricas de asequibilidad de medicamentos deben ser multidimensionales y holísticas para minimizar el uso de medidas que están potencialmente sesgadas a favor de ciertas partes interesadas.
Comprender las diferencias y similitudes, en particular a medida que los sistemas de atención médica cambian de sistemas basados en el volumen a sistemas basados en el valor y centrados en el paciente, permite tomar decisiones más informadas y holísticas en torno a los costos compartidos, la disposición a pagar y los esquemas de financiación óptimos y opciones clínicas.	
<b>Barreras</b>	No cubriría todos los medicamentos.
	El límite presupuestario.
	Podría ocasionar cierto descontento y desincentivo por el sector productor, distribuidor y dispensario.
	Podría disuadir a las empresas farmacéuticas de subvencionar de forma cruzada las actividades intensivas en investigación y desarrollo.
	Se debe considerar el problema de los aumentos en el gasto farmacéutico que ejercen presión sobre los presupuestos institucionales del estado.
	Considerar el gasto en medicamentos sesgado progresivamente hacia productos de alto costo debido a la mayor cantidad de productos biológicos y medicamentos especializados de alto costo que han ingresaron al mercado.

<b>Opción 2</b>	<b>Subsidio y Regulación de precios de medicamentos a personas mayores.</b>
<b>Facilitadores</b>	Los factores decisivos regulación de precios que los Estados deben tener en cuenta para la regulación son, a saber: la pluralidad de actores con intereses contrapuestos con la autoridad sobre el proceso; el grado de solidez de las instituciones; la transparencia de los procesos de regulación; y la <i>accountability</i> a la que están sujetas las autoridades regulatorias, entre otros.
	Tiene como requisito la existencia de medicamentos terapéuticamente intercambiables disponibles en el mercado.
	Se propendería a seleccionar de medicamentos sin patente vigente, como genéricos o marcas similares, para la contención de costos.
	Se debería incentivar a la industria a bajar el precio de los medicamentos.
	El mecanismo de dispensa sería todas las farmacias comunitarias del país.
	Los Productores y distribuidores han manifestado interés en participar en una mesa de negociación.
	Se incluiría en el rol de vigilancia y fiscalización la exigencia de tener el inventario disponible de estos medicamentos.
	Aquellos medicamentos que tengan problemas de producción nacional de stock se solicitarían excepcionalmente que CENABAST los adquiera y distribuya.
	Este tipo de iniciativa no es excluyente, puede ser implementada con otras iniciativas
	Se plantea que las métricas de asequibilidad de medicamentos deben ser multidimensionales y holísticas para minimizar el uso de medidas que están potencialmente sesgadas a favor de ciertas partes interesadas.
Comprender las diferencias y similitudes, en particular a medida que los sistemas de atención médica cambian de sistemas basados en el volumen a sistemas basados en el valor y centrados en el paciente, permite tomar decisiones más informadas y holísticas en torno a los costos compartidos, la disposición a pagar y los esquemas de financiación óptimos y opciones clínicas.	
<b>Barreras</b>	No cubriría todos los medicamentos.
	Considerar el límite presupuestario.
	Podría ocasionar cierto descontento y desincentivo por el sector productor, distribuidor y dispensario.
	Podría disuadir a las empresas farmacéuticas de subvencionar de forma cruzada las actividades intensivas en investigación.
	Se debe considerar el problema de los aumentos en el gasto farmacéutico que ejercen presión sobre los presupuestos institucionales.
	El gasto en medicamentos sesgado progresivamente hacia productos de alto costo debido a la mayor cantidad de productos biológicos y medicamentos especializados de alto costo que han ingresaron al mercado.
	El grado de efectividad de la regulación varía de país a país.
	Existe un escepticismo difuso sobre la confiabilidad de las pruebas de bioequivalencia.

<b>Opción 3</b>	<b>Ley de Fármacos III: Reforma farmacéutica en el sistema público de salud para personas mayores</b>
<b>Facilitadores</b>	El Estado se tiene que preocupar de proveer, por lo menos, algunos medicamentos a personas mayores.
	Se debe robustecer los mecanismos de compras públicos institucionales de acceso a medicamentos, garantizando el acceso, oportunidad.
	Factores determinantes: precios asequibles y competitivos; uso racional de medicamentos; financiamiento sostenible y confiabilidad de los sistemas.
	La promulgación de la Ley de Compras Públicas 19.886 y sus reglamentos, así como la creación de la plataforma de Mercado Público, no han tenido su correlato en el ámbito de las compras de fármacos e insumos, dado que el sistema de compras públicas no ha tenido un enfoque sectorial.
	Utilizar el poder de compra de CENABAST para negociar mejores precios y condiciones.
	Redefinir el rol de CENABAST como central de abastecimiento desde un organismo estatal a una empresa estatal.
	Alta exposición del tema con reclamos sociales para que tenga un rol más relevante en materia regulatoria.
	Una política como el plan Auge, con el financiamiento que implica, genera mayores posibilidades de definir políticas y establecer prioridades.
	El ISP debería reorganizar su estructura rectora .
	La fragmentación del poder ejecutivo estatal para regular el sector salud conspiró negativamente en el caso Colusión de Farmacias. Para superar estas limitaciones, la regulación debería permitir, por un lado, la generación de mecanismos para garantizar la disponibilidad, acceso y el uso racional de los medicamentos por parte de la población y, por otro lado, incrementar la vigilancia y fiscalización de los productos por parte del estado.
<b>Barreras</b>	Se debería incluir en el rol de vigilancia y fiscalización la exigencia de tener el inventario disponible de estos medicamentos
	Falta de voluntad política y displicencia de sectores que no se interesen por mejorar los sistemas de abastecimiento de medicamentos del sector público del país.
	Al momento de fiscalizar el cumplimiento de las políticas garantizadas, los recintos de salud pueden cumplir parcialmente con las obligaciones de acceso y oportunidad de entrega.
	Los problemas más importantes, en el caso de las compras centralizadas, se ha presentado entorno a la previsión de la demanda.
	Problemas de coordinación y organización de las capacidades regulatorias de los organismos estatales del sector salud.
Deficiencia en la definición del rol a cumplir por la CENABAST	

## INTRODUCCIÓN

### Propósito del reporte

El propósito de este documento es presentar un proyecto de Actividad Formativa Equivalente a Tesis (AFE) en la modalidad de *Policy Brief*, el cual tiene el objetivo de disponer alternativas de políticas en salud pública que orienten como insumo en la discusión de políticas públicas para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos de personas mayores en Chile y favorecer el interés de los tomadores de decisión de abordar este tema.

Los aspectos para indagar en el *Policy Brief* son entorno a los hallazgos obtenidos mediante la búsqueda estructurada de intervenciones encontradas y con ello realizar una caracterización fundamentada de propuestas respecto a las alternativas políticas seleccionadas las cuales son propuestas como viables. Se indican para cada una de ellas: el impacto de los beneficios, los riesgos asociados, costos inherentes, acciones de monitoreos y otras dimensiones de las opciones a proponer. Además, con el objeto de transparentar y mejorar la viabilidad en los tomadores de decisión, se entrega una sección de barreras y facilitadores como consideraciones en la implementación de las alternativas políticas propuestas a fin de dar perspectiva de contexto nacional de cada política a considerar para ser implementada.

Cabe señalar que *Policy Brief* es un informe que aborda un problema, aplica evidencia y hace recomendaciones, reuniendo información local y estudios con evidencia global, con el propósito de entregar claridad respecto de un problema de salud priorizado, sus causas, opciones de política para abordar dicho problema e identificar factores claves para la implementación de esas opciones (1). Esta definición es la establecida por el Programa de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, la cual ha sido adoptada por la *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), red establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objeto de promover el uso sistemático de la evidencia de investigación en el proceso de construcción de políticas de salud (1).

### Cómo se estructurará el reporte

La estructura de este *Policy Brief* se basará en “la Guía de Actividad Formativa Equivalente a la Tesis (AFE), del programa Magíster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile” (1), guía adaptada a partir de las Guías de la colaboración *SURE* o *Supporting The Use of Research Evidence Guides* (2)(3), las cuales dentro de su estructura propuesta consideran la presentación de una sección de mensajes claves, un resumen ejecutivo y el reporte detallado.

El detalle del reporte se estructura comenzando con la descripción del problema por medio de una revisión del estado del arte del gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores profundizando sobre sus antecedentes, tanto a nivel internacional como a nivel local, revisando las repercusiones que tiene el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores y cuáles podrían ser los factores que se les podrían atribuir (3).

En una etapa posterior se realiza una búsqueda, revisión y selección estructurada de evidencia científica nacional e internacional que aborda el problema por medio de opciones de políticas que pudiesen ser aplicadas en Chile, con la exploración de revisiones sistemáticas, estudios secundarios, estudios primarios de revistas indexadas y literatura gris (3). Tales opciones de políticas recopiladas de la literatura son enumeradas y evaluadas (3). Luego se realiza un diálogo de políticas con expertas y expertos mediante entrevistas individuales para analizar las distintas estrategias recabadas de la búsqueda de literatura y así orientar la formulación de opciones de políticas en nuestro país priorizando algunas.



Una vez analizadas y evaluadas, se presentan las opciones priorizadas más relevantes que se podrían implementar con base en la mejor evidencia disponible encontrada por el autor, y recomendadas por expertas y expertos mediante entrevistas individuales considerando el contexto chileno.

## **CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA**

### **Antecedentes del problema**

Para entender qué es el gasto de bolsillo en medicamentos, se detalla una caracterización de los principales componentes del gasto de bolsillo en salud, los cuales explican los contextos, comportamientos y mecanismos que evidencian el problema.

### **Caracterización del Gasto de bolsillo en salud y su principal componente: medicamentos**

El gasto de bolsillo es el gasto que incurren los hogares desde sus ingresos de manera directa. Es un gasto que afecta la capacidad de pago del hogar, que según NU-CEPAL, corresponde al *ingreso total menos sus gastos de subsistencia o suma que necesita una familia para alimentarse de acuerdo con la definición que haga cada país* (4).

Específicamente el gasto de bolsillo en salud es el gasto que incurren los hogares en la salud de su familia desde sus ingresos de manera directa, que según caracteriza la OMS “engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro” (5). Si bien esta definición rescata principalmente los gastos en que se incurren de las atenciones en salud, es interesante rescatar que no hace referencia al contexto de pagos informales que, si bien existen, pueden ser difíciles de cuantificar, pero de todas maneras se pudiesen considerar.

Ahora bien, para entender los mecanismos por los cuales los pacientes incurren en el gasto de bolsillo en salud debemos explicar los distintos tipos o formas de pagos que incurren las personas en este gasto, donde se pueden clasificar 3 tipos:

- pagos directos,
- costos compartidos y
- pagos informales.

Los **pagos directos** son aquellos pagos por bienes y servicios que no están cubiertos por ninguna forma de prepago<sup>1</sup> o aseguramiento en salud, incluyendo los pagos de medicamentos sin recetas, las cuotas de las consultas y sus procedimientos. La obligación de pagar directamente por los servicios de salud en el momento de necesitarlos podría impedir que las de personas reciban asistencia médica cuando la necesitan. Este tipo de pagos puede tener graves repercusiones en la salud, pues por el hecho de tener que pagar en el momento de requerir una atención sanitaria se

---

<sup>1</sup> El prepago significa que la gente paga por adelantado cuando está sana y, más tarde, recurre a los fondos mancomunados cuando se enferman.

puede disuadir a las personas de utilizar los servicios de salud. Además, para aquellos que realmente requieren tratamiento médicos y medicamentos, como las personas mayores, esto puede dar lugar a una situación económica grave, llegando incluso a empobrecerse (6).

La OMS indica que la forma más eficaz de lidiar con el riesgo financiero por el pago de los servicios sanitarios es que sea compartido y, cuanto más gente lo comparta, mejor será la protección. Además indica que la única manera de disminuir la dependencia de los pagos directos es que los gobiernos fomenten el prepago con mancomunación de los riesgos (o asegurar que los esfuerzos para contener el crecimiento de los gastos no aumenten, necesariamente, la dependencia de los pagos directos), siendo este el camino escogido por la mayoría de los países que más se han acercado a la cobertura universal (6).

Cabe señalar que los pagos directos (o gastos directos), constituyen el eje vertical incluido en el cubo de tres dimensiones que la OMS propone para avanzar hacia la cobertura universal, mostrada en la *figura N°2*, donde se plantea que estén cubiertos y no sean solventados por las personas (7) (24).

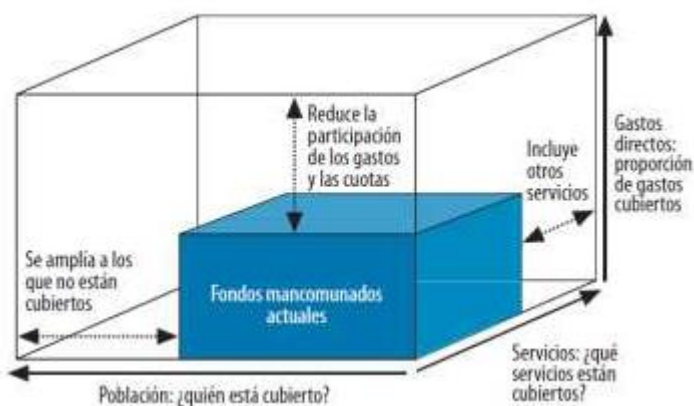


Figura N°2 Cubo o figura de tres dimensiones que la OMS propone para tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal. Fuente: OMS 2000. Informe sobre salud en el mundo.

Los **costos compartidos** se refieren al escenario en que una persona - con cobertura en salud -, paga parte del costo del servicio de salud recibido dada la necesidad de una atención en salud. Dentro de los costos compartidos, existen 3 tipos:

- ✓ El *copago*, donde el usuario paga una suma fija o tarifa plana por el producto o servicio;
- ✓ el *coseguro*, donde el usuario paga una proporción fija del costo y el asegurador paga el resto;
- ✓ el *deducible*, donde el usuario paga hasta una cantidad fija de los gastos y la aseguradora se hace cargo de los gastos que excedan esa cantidad.

Los costos compartidos son utilizados principalmente con el objeto de (8)(9)(10)(11):

- Moderar el consumo de servicios sanitarios, para prevenir o reducir la utilización innecesaria de una prestación que no aporta significativamente en salud, pero si genera costos, asociado a un comportamiento denominado *riesgo moral*, que es una falla de mercado en que las personas aseguradas no se restringen y pueden hacer

uso no necesario al incurrir en la utilización y gastos de ciertos servicios al estar aseguradas.

- Permiten desviar el uso de un determinado tipo de atención hacia otro, promoviendo la utilización de los servicios en determinados oferentes y/o conseguir que los servicios que se dejan de consumir sean los de menos valor para no afectar a la salud de las personas.
- Proporcionar y recabar información sobre las preferencias individuales y la valoración de servicios.
- Servir como instrumento de financiación adicional de los servicios, que, en el caso de los sistemas públicos, a pesar de que el objetivo recaudatorio no corresponde a tal sistema de salud sino al sistema fiscal, el propósito de compartir costos es moderar la demanda.

Los ***pagos informales***, pagos extraoficiales o “pagos por debajo de la mesa” son aquellos gastos en los que las personas incurrir para acceder a servicios de salud, pero cuyo financiamiento debería estar cubierto ya sea por ingresos mancomunados o por algún tipo de sistema de cobertura (8)(9)(12). Estos pagos son más frecuentes en países en desarrollo como una consecuencia de la deficiencia en el sistema de salud, proporcionándole un medio a los pacientes para que obtengan la atención médica que desean, cuando el gobierno no lo puede garantizar o existen deficientes arreglos de cobertura sanitaria (13), en los cuales se excluyen a las personas que no lo pueden pagar (14).

Aunque la existencia de pagos informales puede ser de conocimiento público, la transacción informal específica se realiza de manera secreta, sin revelar detalles, por lo cual son difíciles de medir y comparar entre países ya que, sumado a ello, existen diferentes enfoques metodológicos que pudiesen ser utilizados, así como diferencias en el momento de la recopilación de datos (13).

Ahora bien, el gasto de bolsillo genera un problema cuando un hogar presenta más necesidad de incurrir en tal gasto, en especial en familias con personas mayores, discapacitados o miembros con enfermedades crónicas, ya que suelen tener una mayor necesidad de recibir servicios de salud y, debido a eso, menos ingresos económicos, tendiendo a enfrentar mayores niveles de gastos de bolsillo en salud, pudiendo alcanzar un *gasto catastrófico*, gasto que se considera cuando la magnitud de la carga de gasto de bolsillo supera<sup>2</sup> el 40% de la capacidad de gasto de las familias (15), por lo cual serían a quienes más les afectaría este problema.

Si los hogares sufren dificultades financieras o se les impide utilizar los servicios porque tienen que pagar por ellos en el momento de usarlos (excluyendo los prepagos), las familias corren con todos los riesgos financieros asociados al pago de la asistencia, donde a quienes más presentan necesidad de incurrir en este gasto les pudiese significar escoger entre pagar por los servicios sanitarios o pagar por otros bienes y servicios esenciales, como la comida o la educación de sus miembros familiares (figura N°3) (6).

---

<sup>2</sup> La OMS establece como punto de corte el 40%, sin embargo, es posible que los países deseen utilizar un punto de corte diferente al establecer sus políticas nacionales de salud según lo publicado en *resúmenes técnicos para los responsables de la formulación de políticas: “diseñar sistemas de financiación de la salud para reducir los gastos sanitarios catastróficos”* Xu (2005).

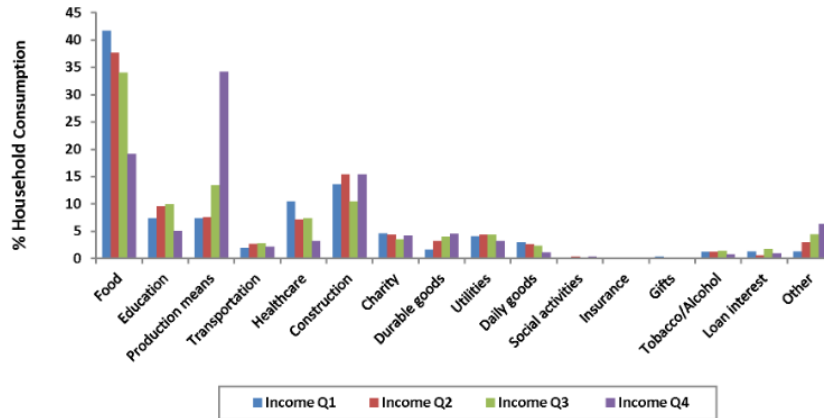


Figura N°3 Porcentaje de consumo de hogares por cuartiles de ingreso en un estudio de hogares de vietnam (Nguyen KT, Khuat OTH, Ma S, Pham DC, KhuatGTH, et al. 2012). Dada una necesidad del pago en la asistencia médica, en comparación con hogares sin tratamiento hospitalario, los hogares con tratamiento hospitalario redujeron el consumo de alimentos, educación y medios de producción, y la disminución más significativa se produce en el ítem alimentación del cuartil de ingresos más bajo de la población. Fuente: “An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health”. Ruger 2012.

Entonces las familias con elevados niveles de gastos de bolsillo estarían siendo obligadas a reducir el consumo necesario para el bienestar general y seguridad económica de su hogar o depender de otras *estrategias de afrontamiento* como: ahorros; préstamos de familiares o amigos; préstamos o créditos con una entidad financiera; o reducir el consumo de alimentos u otros bienes o servicios requeridos de la familia (figura N°4).

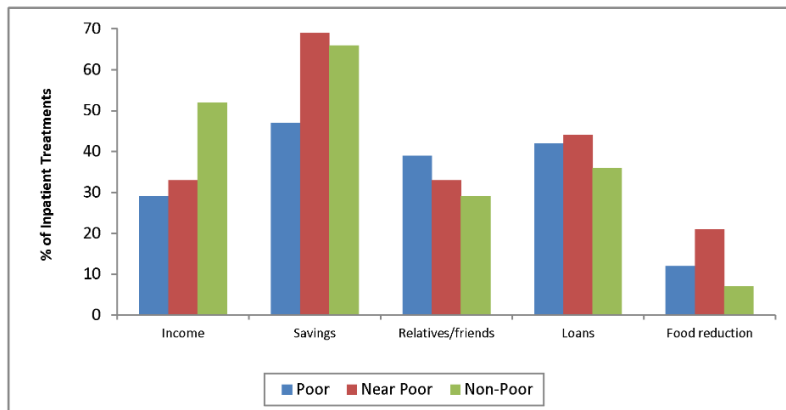


Figura N°4 de Porcentaje de Estrategias de afrontamiento del tratamiento hospitalario (i) ingresos o (ii) ahorros, (iii) préstamos de familiares o amigos, (iv) préstamos o créditos con una entidad financiera, y (v) reducir el consumo de alimentos, comparando de acuerdo con la condición socioeconómica de pobreza, cerca o no. Fuente: An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health. Ruger 2012.

Dichas medidas de financiación de la salud o *estrategias de afrontamiento* a menudo son las utilizadas para financiar los costos directos del tratamiento y la atención de la salud, pero también existen los *costos indirectos* de la atención médica y los medicamentos, como los pagos no oficiales, donaciones, costos en cuidadores, costos en alimentos, el transporte, la pérdida de ingresos por falta de trabajo del paciente o de la familia (Figura N°5). Así, comprender el impacto que puede generar el gasto de bolsillo en salud, requiere examinar el impacto agregado de todos estos costos, así como la cantidad y calidad de la alimentación que podría ser deficiente o del endeudamiento en que incurrir las familias, y no solo los del tratamiento en salud (16).

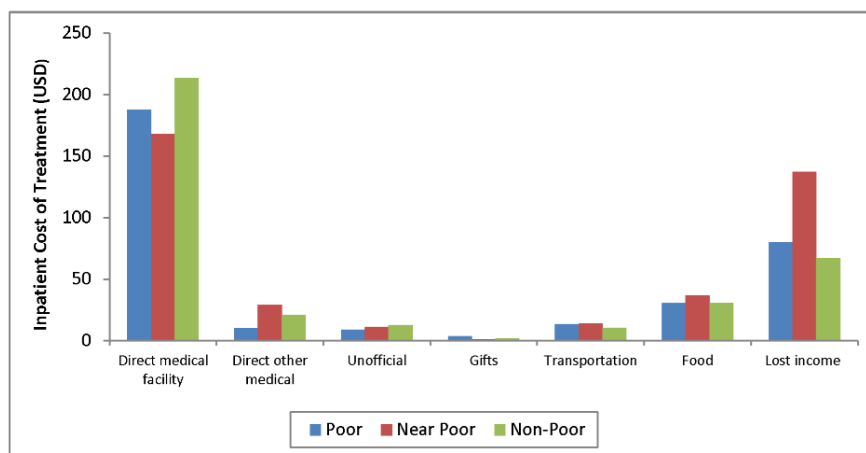


Figura N°5 costos totales del tratamiento en pacientes hospitalizados. Se puede observar que se incluyen no solo los costos médicos directos (como instalaciones y tratamientos de salud), sino también, según la cultura y el entorno, los costos indirectos, como pagos no oficiales, donaciones, transporte, costos de cuidadores, costos de alimentos y pérdida de ingresos por falta de trabajo. Las medidas convencionales de protección financiera subestiman estos costos. Fuente: An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health. Ruger 2012.

Según Xu (2015) (4), incurrir en el gasto de bolsillo es la forma más injusta, inequitativa y menos eficiente de financiar los servicios de salud, puesto que el acceso a los servicios médicos depende de la condición económica del hogar y no de las necesidades de salud de las personas, pudiendo llevar hacia el empobrecimiento del hogar cuando éste se transforma en gasto catastrófico (17). Según NU-CEPAL, los gastos catastróficos se pueden relacionar con enfermedades graves, con tratamientos de alto costo, así como también con desembolsos prolongados en el tiempo, generalmente asociados a enfermedades crónicas o degenerativas, especialmente presentes en personas mayores. También es posible relacionarlo con las características del sistema de salud de cada país y sus arreglos en el aseguramiento en salud de su población, no existiendo consenso acerca de los elementos a incluir en un seguro que proteja a los hogares de un gasto catastrófico (8).

Además, cabe señalar un concepto importante, *el gasto en salud reprimido*, el cual consiste en que, si un hogar tiene mermadas sus posibilidades de gasto, ya sea por escasos o pequeños ingresos o por falta de acceso a crédito ante una situación de gravedad en salud y/o estar sin acceso a servicios de salud, entonces no se reflejaría en cifras monetarias su necesidad real de gasto en salud. En otras palabras, la demanda por salud no se haría efectiva hasta que ese hogar precario pueda ser atendido de acuerdo con sus reales posibilidades económicas (8).

Si analizamos los componentes del gasto en salud en los cuales se incurren en el gasto de bolsillo en salud, tanto los servicios de laboratorio, kinesiología, psicología, dentales como los medicamentos, en general, quedan parcial o completamente fuera de la cobertura de las aseguradoras (principalmente privadas, tanto obligatorias como complementarias), obligando a las personas a subsanar las necesidades de acceso a estas prestaciones mediante gasto de bolsillo, siendo principalmente el gasto de bolsillo en medicamentos el que representa los mayores porcentajes de gasto de bolsillo en salud (Tabla N°1) (18), el cual es el componente que nos interesa abordar en este informe.

Ítem de gasto en salud	Quintil de ingreso					% adultos mayores		% mujeres	
	1	2	3	4	5	0-24	75 y más	0-24	75 y más
Medicamentos	39,4	35,8	33,8*	34,9*	35,7*	31,2	48,6*	36,3	37,2
Consultas médicas	14,1	17,8*	17,3*	19,1*	17,3*	18,7	13,2*	16,6	17,8
Servicios de laboratorio y rayos	10,4	11,7	11,8	9,9	8,8	10,8	9,8	8,6	9,9
Servicios dentales	9,8	8,4	9,1	10,8	11,6	11,1	7,4*	10,9	11,2
Artículos ópticos	5,9	6,1	6,0	6,8	5,0	6,3	4,6*	5,8	6,9
Servicios de hospitalización	2,8	3,1	5,0*	5,7*	6,6*	5,3	3,6*	4,1	3,8
Servicios de emergencia móvil	12,1	11,9	11,5	9,2*	10,3	12,1	6,5*	13,4	8,6*
Servicios quirúrgicos y procedimientos médicos ambulatorios	2,3	2,2	3,4	2,5	2,9	2,5	3,6*	2,6	1,9
Insumos médicos	2,7	2,7	1,7	1,2*	1,3*	1,9	1,7	1,4	2,1
Otros productos	0,5	0,3	0,4	0,3	0,2*	0,2	0,6*	0,2	0,4
Artículos ortopédicos y terapéuticos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4*	0,2	0,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla Nº1. Porcentaje del gasto de bolsillo en salud destinado a cada ítem de salud en promedio para los hogares, años 2012 y 2016, según características del hogar Fuente: Benítez A, Hernando A, Velasco C. 2018; En base al Instituto Nacional de Estadísticas (2013, 2018).

En Chile, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) indica que, según el quintil de ingreso, el gasto de bolsillo en medicamentos representa entre un 33,8% a un 39,4% del gasto de bolsillo en salud, llegando a un 48,6% en personas mayores de más de 75 años.

Esta caracterización del gasto de bolsillo en salud no solo nos evidencia que este representa una alta carga financiera para los hogares en Chile, sino que nos evidencia que es la compra de medicamentos la cual más afectarían a la población en este tipo de gastos en salud, donde se pone de manifiesto las inequidades en el gasto en salud de las familias, afectando regresivamente a la población con menores ingresos, mujeres y personas mayores, siendo estas últimas afectadas además por sus condiciones socio-económicas y de salud, con una alta prevalencia en enfermedades crónicas y multimorbididades o poli patologías (18)(19), lo que abordaremos a continuación.

### **Caracterización sanitaria y socioeconómica de las personas mayores**

El envejecimiento de la población es el principal fenómeno demográfico de esta época en la región, reflejado en la creciente proporción de personas mayores, tendencia que seguirá intensificándose en los próximos años según las proyecciones más recientes de las Naciones Unidas, que indican que las personas de 60 años y más suman actualmente alrededor de 85 millones, representando el 13% de la población total de la región. Además indican que en el 2050 este grupo alcanzará los 190 millones de personas, lo que representará el 25% de la población regional (20).

Ya en el año 2019 en nuestro país hay 3.449.362 personas mayores (60 años y más), lo que representa un 18% de la población. A su vez, la esperanza de vida al nacer ha aumentado más de tres años entre los quinquenios 2000-2005 y 2020-2025, pasando de 77 años a 80,7 años, por lo que no solamente aumentará la población mayor, sino que además su longevidad (20).

El aumento de personas mayores y su longevidad en nuestra sociedad presenta un complejo escenario que abordar para los tomadores de decisión respecto a la salud pública de la población,

dadas las condiciones que enfrenta la población mayor, teniendo presente su elevada prevalencia en enfermedades crónicas no transmisibles (ENCT), las cuales aumentan con la edad (Figura N° 6), debido a que con el paso del tiempo se van acumulando diversos factores de riesgo en salud, considerando que con los años los órganos y tejidos del cuerpo humano se van deteriorando natural o aceleradamente, dependiendo de los estilos de vida, del entorno en que viva cada persona y sus determinantes sociales. Además, se sabe que la población mayor tiende a padecer más de una ECNT a la vez, lo que se denomina multimorbilidad o poli patología (21)(22), aumentando la necesidad de atenciones sanitarias y tratamientos de salud, entre ellos sus medicamentos.

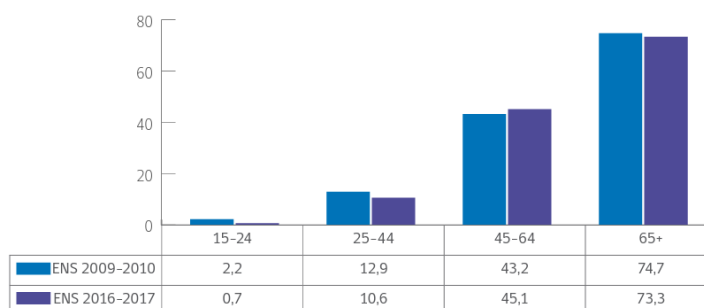


Figura N°6 Sospecha de Hipertensión Arterial (HTA) por grupos de edad. Fuentes: Encuestas nacionales de salud 2009-2010 y 2016-2017. Adaptado del plan nacional de salud integral para personas mayores su plan de acción 2020-2030 (2021).

Un estudio en el 2009 del ministerio de sanidad y política social de España (23) señala que las personas entre 65 y 74 años de edad tienen en promedio 2,8 enfermedades crónicas, mientras que los mayores de 75 años padecen en promedio 3,2 enfermedades crónicas. En este mismo sentido, un experimento Australiano del año 2007 (24), señala que el 57% en individuos entre 40 y 59 años de edad vive con tres o más ECNT a la vez, ascendiendo a 80% en personas de 60 y 74 años de edad, llegando a un 86% en personas de 75 años o más.

En Chile aproximadamente 11 millones de adultos de 15 o más años viven con dos o más enfermedades crónicas simultáneas que requieren atención médica y control crónico de por vida, de los cuales se cree que 2,4 millones viven con cinco o más de esas condiciones simultáneamente, carga de enfermedad la cual aumenta en las personas mayores (Tabla N°2) (21) .

	POBLACIÓN GENERAL	PERSONAS MAYORES
Hipertensión arterial	27,6%	73,3%
Autoreporte de infarto al miocardio	3,3%	10%
Ataque cerebro vascular	2,6%	8,2%
Riesgo cardiovascular moderado	26,0%	25,5%
Riesgo cardiovascular alto	16,2%	65,6%
Síndrome metabólico	40,1%	60,8%
Diabetes Mellitus tipo2	12,3%	30,6%
Obesidad	34,4%	35,6%
Enfermedad obstructiva pulmonar (no logra control adecuado) (DEIS)	12,9%	74,3%
Percepción de salud mental como mala o muy mala	13,6%	22,6%
Dentición no funcional	27,0%	81,7%

Tabla N°2 Prevalencia de enfermedades no transmisibles (%). Comparación entre grupos de edades. Fuente Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017). Adaptado del plan nacional de salud integral para personas mayores su plan de acción 2020-2030 (2021).

Además, a mayor edad la necesidad del uso de 1 o más fármacos aumenta, fenómeno denominado polifarmacia (25), el cual también aumenta progresivamente con la edad (Figura N°7), probablemente en relación con la mayor carga de enfermedad de las personas mayores (21).

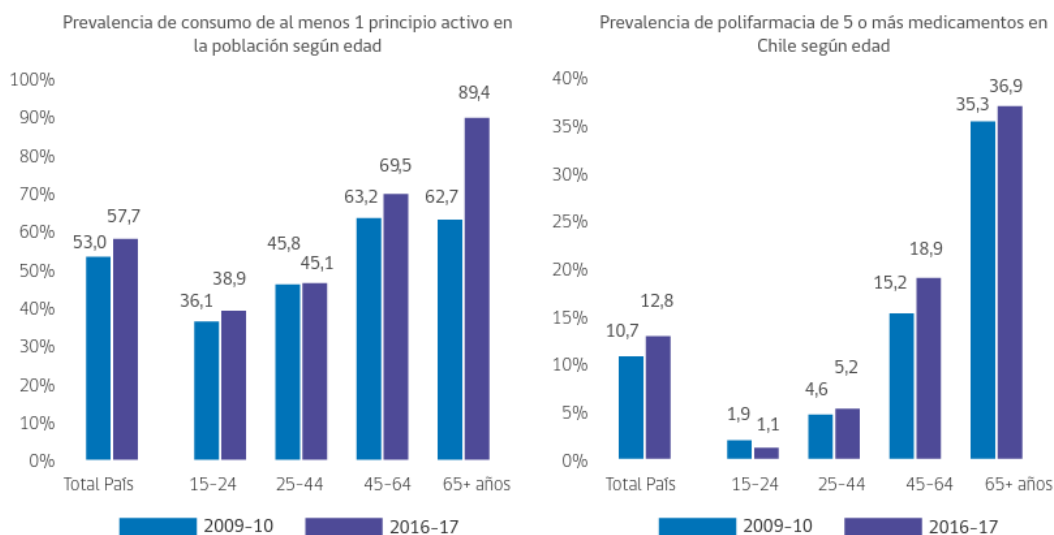


Figura N°7 Prevalencia del consumo de medicamentos Fuentes: Encuestas nacionales de salud 2009-2010 y 2016-17. Adaptado del plan nacional de salud integral para personas mayores su plan de acción 2020-2030 (2021).

No existe un consenso definido sobre cuántos fármacos en polifarmacia son utilizados en forma simultánea, donde se pueden encontrar en la literatura definiciones que van desde 2 a 9 fármacos a la vez, siendo 5 el más aceptado en la práctica clínica (25). Datos del estudio latinoamericano "Estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento)" muestran una prevalencia de un 36% de polifarmacia en las personas mayores (26).



Sumado a lo anterior, las personas mayores en Chile no solo enfrentan mayor necesidad en medicamentos, sino que además presentan un escenario socioeconómico complejo, donde según un estudio denominado “Generación silenciosa: Una mirada a las personas mayores en Chile” un tercio de las personas mayores no alcanza a cubrir sus necesidades con sus ingresos y un 46.5% considera que sus ingresos son superiores a los gastos. Además el 38% de las personas mayores declara que sus ingresos mensuales son menores a \$200 mil al mes (27). Esto pudiese ser explicado ya que en Chile existe un sistema previsional de capitalización individual, con pensiones de vejez muy bajas, menores al sueldo mínimo en promedio y, en más de la mitad de los casos, están bajo la línea de la pobreza (\$164.329 mensuales por persona a mayo 2019) (28).

Dadas las características de alta prevalencia en polifarmacia de la población mayor, se plantea profundizar en las características del mercado de los medicamentos a continuación.

### **Caracterización del mercado de los medicamentos según su comercialización y participación.**

Para entender mejor el problema del gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores es necesario comprender el mercado de los medicamentos según su tipo de comercialización y participación en el mercado.

La industria farmacéutica nacional, está compuesta por más de 159 empresas, nacionales y multinacionales, que acreditan tener registros y que producen y/o importan *productos terminados* (29).

El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) registra la existencia de 15.411 productos catalogados como medicamentos, los que incluyen un mismo fármaco en distintas presentaciones y concentraciones (30).

De los medicamentos registrados, un 15,8% son de venta directa (también: *over de counter* - OTC), y el 84,2 % son con condición de venta bajo receta médica (también: medicamentos *éticos*). Desde el punto de vista comercial, las farmacias dispensan los medicamentos bajo cuatro tipos de *nombres comerciales*:

- *Medicamentos de **marca*** (medicamento de marca comercial del laboratorio que produce el fármaco y es dueño de la patente),
- *Medicamentos **similares*** (medicamento que utilizan una patente desarrollada por otro laboratorio también con un nombre comercial),
- *Medicamentos de **marcas propias*** (medicamentos producidos por los laboratorios de cada farmacia)
- *Medicamentos **genéricos*** (medicamentos con nombre del principio activo o denominación común internacional o DCI).

A los medicamentos similares, marca propia y genéricos se le exige ser *bioequivalentes* con el medicamento original (también: *innovador, el primero en ser fabricado, dueño de la patente original*) o con alguno de marca (30).

La participación en cuanto a ingresos de las principales cadenas farmacéuticas del país de los medicamentos *similares* son un 47%, los de *marca* un 41%, los *marcas propias* un 7% y los *genéricos* un 5% (30). La mayor participación que ostentan los medicamentos de marca y similares se explica por su variedad y porque éstos son los de mayor precio unitario. Además entre los años 2008 y 2012 en promedio, los medicamentos similares y de *marca* tuvieron un precio de \$3.641 y \$6.061 respectivamente, los de *marca propia* tuvieron un precio promedio de \$1.716 y los *genéricos* un promedio de \$562 (30).

En cuanto a la evolución de los precios de los medicamentos por tipo de producto, las mayores alzas que se han observado en los últimos años es en los medicamentos *genéricos* que han aumentado su valor en un 40,5%, y en los medicamentos de *marcas propias* que aumentaron un 23,5%, lo que refleja que los precios de los medicamentos más baratos (*genéricos* y *marcas propias*) han tendido a acercarse a los medicamentos más caros (*marca* y *similares*). No obstante, el número de unidades vendidas de medicamentos genéricos ha disminuido un 14,6 %, a pesar de que su precio es significativamente inferior al de los otros tipos de fármacos, lo que explica el menor crecimiento y un notorio menor interés de las farmacias de comercializar estos productos (30).

Por otra parte, la percepción de la población respecto al precio de los medicamentos en el mercado es que son elevados, donde la diferencia promedio entre el precio por unidad de medicamentos de marca y similares en relación con precio de genéricos puede llegar a ser 17 y 7 veces más elevado respectivamente, las más altas de Sudamérica (31). Sobre esto, una Encuesta Nacional de Salud del año 2021 realizada por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello en Chile, arrojó que una de cada siete familias declara que algún miembro del hogar dejó un tratamiento médico con fármacos, de estos el 68% dijo que por el alto costo de éstos, mientras un 25% lo relacionó con una baja de ingresos (32).

Respecto a la percepción de las farmacias comunitarias del sector privado, *farmacias privadas* cabe señalar que en el año 2009 las denominadas *cadena de farmacias (farmacias de retail)* a cargo del 80% de ventas de medicamentos del sector privado en el país, fueron sancionadas por el tribunal de la libre competencia (33), ya que acordaron aumentar el precio de 222 medicamentos durante los meses de noviembre de 2007 hasta marzo de 2008, práctica denominada *colusión de precios*, afectando negativamente la percepción de mercado de tales farmacias privadas y al mercado del rubro farmacéutico en general. Sin embargo, lo más cuestionable desde el punto de vista de salud pública, es que esta práctica impactó (y podría seguir impactando) en el gasto de bolsillo de cada paciente que incurrió en este tipo de gasto para obtener sus tratamientos. Además dentro de los medicamentos evidenciados se encontraban terapias esenciales para tratamientos de uso crónico (34)(35)(36)(37).

También es recomendable revisar y entender el mercado de los medicamentos y su comercialización en el sector público, el cual, tanto por la cantidad de actores involucrados en el origen del requerimiento de medicamentos, por las distintas variables que intervienen en la decisión de su compra (como de tipo epidemiológico, presupuestario o logístico), su gestión de existencias, como por su utilización, es complejo. En cada una de estas etapas participan distintos actores que,

en función de sus requerimientos y objetivos, fundamentan una multiplicidad de decisiones que impactan en la forma como se ejecuta el gasto en medicamentos en el sector público (38).

Según los datos mostrados por el informe de *análisis del gasto y mecanismos de compra de medicamentos del sistema nacional de servicios de salud* (del sector público) por el departamento de estudios de la dirección de presupuestos del ministerio de hacienda, un 37% de los establecimientos públicos declara contar con un arsenal farmacológico de entre 251 y 500 medicamentos y le sigue un 28% que declara contar con un arsenal que contiene entre 501 y 750 medicamentos, y sólo un 5% señala gestionar arsenales de más de 1.000 medicamentos (tabla N°3) (38).

Respuesta	Direcciones de Servicio de Salud	EAR y Alta Complejidad	Otros Establecimientos Hospitalarios	Total
Menor a 250 productos	78%	4%	29%	25%
Entre 251 y 500 productos	11%	30%	57%	37%
Entre 501 y 750 productos	0%	56%	5%	28%
Mayor a 1.000 productos	11%	4%	5%	5%
Sin respuesta	0%	7%	5%	5%

Tabla N°3 Análisis del gasto y mecanismos de compra de medicamentos del sistema nacional de servicios de salud, Fuente: Ministerio de Hacienda 2017.

Según la Fiscalía Nacional Económica (FNE), en su *estudio de mercado de los medicamentos del año 2018* indica que los distintos establecimientos que demandan medicamentos en el sector público cuentan con su propio arsenal farmacológico que detalla el listado de medicamentos clínicos del que se van a abastecer, donde este listado de medicamentos debe contener al menos aquellos productos farmacéuticos establecidos por el listado específico de prestaciones GES (LEP GES), el Fondo de Farmacia (FOFAR), los programas ministeriales y el formulario nacional (39).

Además, indica que el sector público limita la compra, seleccionando los medicamentos para los distintos seguros y programas de determinadas patologías. En algunos casos (como las GES), estos medicamentos son seleccionados a nivel de principio activo (ATC-5) o alguno dentro de un grupo terapéuticos (ATC-2) y en otros casos, se detalla específicamente el medicamento clínico (como en los programas ministeriales y el formulario nacional de medicamentos). También declara que existe una regulación dispersa y atomizada respecto a la forma cómo el estado selecciona los medicamentos que serán parte del aseguramiento del sector público o sus programas (39), donde cabe señalar que según la fundación Observatorio Fiscal en su informe *“Gestión de fármacos en las instituciones de salud del estado”* del año 2013 se indica que no existe un comité de farmacia y terapéutica nacional o ministerial ni un arsenal farmacoterapéutico en este nivel, sólo existen ciertos comités de expertos sobre ciertas patologías (40).

También interesa saber que, en el sector administrado por el estado, la FNE indica que en general no existen actas de un acceso público o de fácil acceso de quiénes conformaron los *comités de farmacia*, ni tampoco las justificaciones de cómo se selecciona un principio activo o un medicamento clínico en desmedro de otro con base en metodologías validadas o por alguna entidad de evaluación en tecnologías sanitarias. También es de interés saber que se desconoce cuántos comités existen a nivel ministerial y si efectivamente realizan un análisis de costo beneficio cuando definen los respectivos medicamentos (39).

Por lo que, tanto a nivel ministerial como a nivel de otros organismos públicos que adquieren medicamentos, se puede constatar que existe una fuerte atomización de la decisión, falta de transparencia y confianza respecto a quién y cómo se toman las decisiones (incluyendo el mundo clínico), y ausencia de un análisis metodológico en evaluación de tecnologías sanitarias, incluyendo análisis costo beneficio, costo utilidad u otro, en estos procedimientos (39), incentivando a las personas mayores a acudir a las farmacias del sector privado para recibir sus terapias de medicamentos incurriendo en gasto de bolsillo, incluyendo el incentivo incluso de sus prescriptoras y prescriptores mediante recetas para despacho fuera del establecimiento público de salud (41).

Dados los antecedentes antedicho, también interesa explicar el marco y dimensionamiento del el elevado gasto de bolsillo en medicamentos que afecta en especial pacientes de la población mayor, por la necesidad impostergable de adquirir sus medicamentos principalmente de uso crónico (19).

### **Marco y dimensionamiento del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos países siguen dependiendo excesivamente del gasto de bolsillo que incurren las personas como medio de pago a los prestadores de servicios sanitarios para financiar sus sistemas de salud, organismo que indica que es la forma de financiación sanitaria menos equitativa ya que funciona de manera *regresiva*, permitiendo que los ricos paguen la misma cantidad que los pobres por el mismo servicio sanitario (6).

En Chile, el elevado nivel de gasto de bolsillo para las familias es un problema latente dentro del presupuesto familiar, ya que el 33% del gasto total de salud es financiado por el gasto de bolsillo (Figura nº8), un porcentaje bastante elevado si lo comparamos con el 20 % promedio de los países OCDE (42).

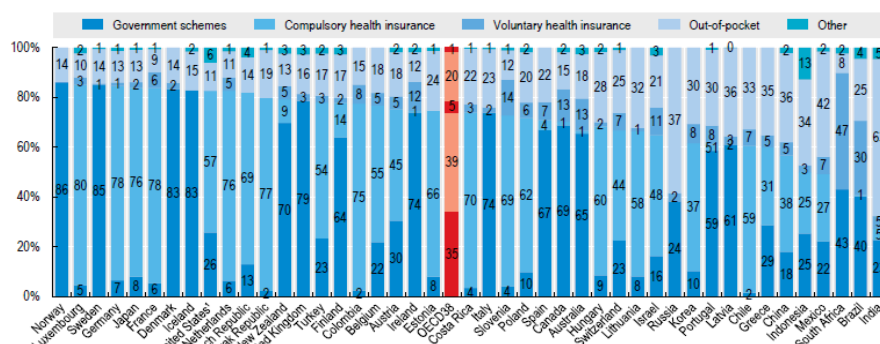


Figura Nº8. Gasto total en salud por tipo de financiamiento 2019. Fuente: OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris 2021

También existe una alta concentración del gasto de bolsillo en los hogares donde el 20% de los hogares que más desembolsan en salud acumulan cerca del 80% del gasto de bolsillo en salud del país, siendo la carga que representa el gasto de bolsillo en salud en el gasto total en los hogares en Chile (GBS/GTH) superior (en términos absolutos) en aquellos hogares de mayor nivel

socioeconómico (43) y en hogares cuya jefa o jefe de hogar está adscrito a alguna ISAPRE<sup>3</sup>, alcanzando cifras de hasta 4 veces más de gasto de bolsillo en salud <sup>4</sup> en comparación con el caso de FONASA<sup>5</sup> (18), esto explicado principalmente por el mayor gasto en términos absolutos en los quintiles de mayores ingresos (familias acomodadas), lo que explicaría mayores niveles de utilización y consumo de prestaciones más caras asociadas al sector privado de salud, el cual es más recurrente en este sector de la población (18).

Sin embargo, hay que entender que lo anterior solo explica que el sector de mayores ingresos de la población es el que más desembolsa en términos absolutos, porque si vemos desde una perspectiva relativa, se puede comprender que en realidad el gasto de bolsillo en salud a quienes más afecta es al sector de menores ingresos, incluyendo las personas mayores. Un estudio realizado por Jossie Alvis-Zakzuk y cols (2018) en Colombia concluye que el gasto de bolsillo en salud se incrementa al aumentar el ingreso en términos absolutos, pero en términos relativos el gasto de bolsillo aumenta como proporción del ingreso a medida que disminuye el nivel socioeconómico del hogar (28). Donde a menudo, el gasto de bolsillo se ha traducido en la disminución de la utilización de los servicios de salud, particularmente entre la población de menos ingresos (5)(18), explicando que el gasto de bolsillo es un mecanismo o estrategia de financiamiento *regresiva* e inequitativa en salud.

Por otro lado, estudios realizados en México demuestran que las personas mayores de 60 años a pesar de contar con un seguro público en salud, pagan más de su bolsillo para atender su salud, lo que representaría una inequidad en el acceso, principalmente para este grupo de población que más requiere atenciones en salud (44). Sumado a lo anterior, en Perú, 6 de cada 10 personas mayores que habitan en sectores rurales del país incurrir en gasto de bolsillo para poder recibir su atención de salud (45).

Una forma de comparar el gasto en salud en el mundo es mediante el PIB (*producto interno bruto*) de cada país, donde se estima que el promedio de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico) es de 8.8% del PIB, y se ha mantenido estable desde el 2013.

En el caso de Chile, este se encuentra con un gasto total en salud del 8.9% del PIB, cercano al promedio OCDE. El gasto público, como los esquemas gubernamentales y el seguro obligatorio, según la OCDE para efectos de comparar entre países, forman el principal acuerdo de financiamiento en salud, alcanzando un 76% en promedio del gasto en salud dentro de los países de la OECD según su reporte en el 2019 (46), pero en Chile el gasto total en salud pública promedio es alrededor de un 50% y siendo el restante en gasto privado, aunque casi el 98% de la población está cubierta en algún seguro público o privado (47)(48).

En este contexto, dado el menor aporte en el PIB en el gasto total en salud del sector público en Chile, se podría explicar de algún modo porqué las personas tienden a resolver de mayor manera mediante el pago directo de prestaciones los servicios de salud. Si bien la cobertura nacional en salud por algún esquema previsional alcanza casi el 100% de la población, *Bruzzo, Henríquez y Velasco (2018)* hacen mención que 6 de cada 10 personas en Chile creen que no podrán pagar la atención que necesiten ante una enfermedad grave (18). Esto podría explicarse dado que la contribución del gasto de bolsillo en salud sobrepasa el 30% del gasto total en salud, siendo uno de los más altos de

---

<sup>3</sup> ISAPRE Institución de Salud Previsional, Sistema de Salud Privado de aseguramiento en Chile

<sup>4</sup> Gasto de bolsillo en salud per cápita promedio ISAPRE \$41.489 y FONASA \$10.858 (18)

<sup>5</sup> FONASA Fondo Nacional de Salud, Sistema de Salud Público de aseguramiento en Chile

la OCDE (46)(18). Únicamente cuando los pagos directos están por debajo del 15–20% del gasto sanitario total, la posibilidad de gasto catastrófico y el empobrecimiento desciende hasta niveles insignificantes (6), por lo que en Chile este es problema sigue muy latente.

Respecto a los tipos de servicios que se incurren en gasto de bolsillo en salud, se ha observado que la proporción del gasto que se destina a medicamentos es superior en hogares de los quintiles más bajos y con mayor participación de personas mayores en el hogar (5)(18). Siendo en Chile, el mayor gasto de bolsillo en medicamentos, representando el 35,8% del gasto total en salud de los hogares (49), afectando de manera importante la salud pública en nuestra población en términos de financiamiento, ya que por ejemplo en el 2012 hubo 13 mil hogares que se empobrecieron por el gasto de bolsillo en salud y dentro de este gasto, el 29% corresponde a gasto de bolsillo en medicamentos (50).

Dado lo anteriormente indicado es interesante revisar también cuales serían los factores subyacentes que explicarían que aún se siga manteniendo un elevado gasto de bolsillo en medicamentos, lo cual revisaremos a continuación.

### **Factores subyacentes al problema**

En materia de disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos, cabe destacar que en estos últimos años en Chile se han realizado algunos esfuerzos e iniciativas políticas, tanto por el poder ejecutivo, el legislativo, como por algunas iniciativas locales, siendo las más notables las siguientes:

- ✓ Fondo de Farmacia (39), que con la Resolución Exenta N° 535 del día 28 de Abril de 2014 se aprueba el programa Fondo de Farmacia o FOFAR que introduce recursos para mejorar la gestión en la entrega oportuna y gratuita de medicamentos para el tratamiento de hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos altos en el sector público, asegurando disponibilidad y acceso a medicamentos para población con Enfermedades no transmisibles priorizando en los problemas de salud Cardiovascular (51).
- ✓ Ley de Fármacos, Ley N.º 20.724 del año 2014 es una ley que busca regular, entre otras medidas, intercambiabilidad de los medicamentos introduciendo el concepto de bioequivalencia, dictamina la eliminación de incentivos económicos en las farmacias privadas, introduce la venta de dosis unitarias (fraccionamiento) en farmacias privadas, introduce cambios en la forma de realizar prescripciones por nombres genéricos o denominación común internacional (DCI) en las recetas.
- ✓ Ley Ricarte Soto, Ley N.º 20.850 implementada desde el año 2015 es una ley de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos en este tipo de enfermedades
- ✓ Las Farmacias Populares, iniciativas locales de propiedad municipal refrendadas por la contraloría general de la república en el dictamen N.º 13636 del año 2016, que dispensan medicamentos a su población inscrita a precio al costo con el objeto de disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos.
- ✓ Aumento de Cobertura a 85 patologías GES el 2019, que entre otras medidas incorpora más medicamentos en las canastas del listado específico de prestaciones GES (LEP GES)(52).
- ✓ Ley CENABAST(53), Ley N.º 21.198 que entrega la facultad a la Central de Abastecimiento de intermediar la compra de medicamentos para farmacias privadas, organizaciones sin fines de

lucro y farmacias independientes, lo que significa que estos establecimientos comprarán a los laboratorios medicamentos a un precio menor, para posteriormente venderlos a la población a un precio mucho más económico, estableciendo un precio máximo de venta al público, con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo en medicamentos, esto el año 2020.

- ✓ Ley de Fármacos 2 en el año 2022 (54) que aún se encuentra en discusión, la cual propone, entre otras medidas, modificar el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes, genéricos y evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias.

Sin embargo, a pesar de tales iniciativas, este problema persiste, donde cabe preguntarse *¿cuáles serían los factores que profundizan o hacen persistir el problema del gasto de bolsillo en medicamentos?*, encontrando lo siguientes factores subyacentes que estarían afectando en especial a las personas mayores:

**Bajo gasto público en salud:** algunos estudios demuestran en términos generales que el gasto total en salud ha ido en aumento a lo largo de los años (16)(55), identificándose como fuentes principales de crecimiento del gasto:

- El aumento de los ingresos nacionales, argumentándose que los servicios de salud son un bien "superior" y por ende explica un aumento en la participación presupuestaria a medida que aumentan los ingresos del país pues la gente consume más servicios de salud para resolver los mismos problemas.
- Los cambios en tecnología y prácticas médicas.
- El envejecimiento de la población, que modifica el perfil de consumo total.
- Los precios más altos en el personal de salud, explicado por el aumento en la fuerza laboral y por un crecimiento en el salario nominal superior a su productividad.
- Los cambios en el financiamiento y gestión de la asistencia sanitaria (24)(25), a lo que se le puede incluir los precios de bienes y servicios de consumo, además de los medicamentos e insumos para prevenir y tratar enfermedades.

En este sentido, el nivel de gasto en salud en un país cubre tanto las necesidades individuales como de la población en su conjunto y puede cambiar en el tiempo dependiendo de una amplia gama de factores demográficos, sociales y económicos, así como de los arreglos financieros y organizativos del Sistema de salud de cada país (46).

Para subsanar esta necesidad en el aumento de los gastos en salud, se sugiere que el crecimiento económico de un país debería asociarse con un aumento de la priorización de los gastos en salud, movilizando recursos internos adicionales para la salud y reemplazar gradualmente los altos gastos de bolsillo, y así cuando el gasto en salud familiar aumenta, la proporción del gasto en salud que paga de su bolsillo debiese disminuir (55)(56).

Si analizamos que el gasto público en salud OCDE es de 71% en promedio, pero en Chile es un 50% como gasto total en salud público y el restante es mediante gasto privado, gasto que a menudo las personas resuelven con el pago directo de prestaciones de servicios de salud (30),

nuestro país estaría destinando menos gasto en salud público que en países de la OCDE, lo que pudiese explicar que se mantenga un elevado gasto de bolsillo en salud en nuestro país.

**Tendencia a dispensar sin receta correspondiente:** las *farmacias del retail* han promovido fuertemente una práctica, ya muy extendida, de dispensar medicamentos sin la receta correspondiente, promoviendo una compra indiscriminada, promoviendo un gasto de bolsillo presuntamente innecesario en algunos casos y hasta riesgoso. El hecho de que los medicamentos no cuenten con financiación convierte al medicamento en un bien de consumo más, donde el precio y los descuentos que se pueden obtener por cantidad es la lógica dominante. Si el estado comenzara a financiar más ampliamente a los medicamentos, esto agregaría un factor que deberá ser considerado al momento de analizar el nuevo comportamiento del mercado de los medicamentos (29).

**Las aseguradoras no negocian precios para determinados medicamentos:** el accionar de FONASA y de las ISAPRE es nulo en la utilización de su capacidad para negociar precios y condiciones y obtener descuentos y acceso especial para determinados medicamentos. El tema se hace particularmente importante para los pacientes crónicos (diabetes, hipertensión y otros) que requieren medicaciones que deben ser compradas de manera diaria y permanente y que impactan fuertemente en los ingresos personales (29).

**Bajas coberturas de esquemas previsionales y acceso a medicamentos no garantizados:** en el sistema de salud privado de nuestro país, tanto en las ISAPRE como los seguros privados complementarios, la cobertura en medicamentos dependen del contrato de cada afiliado tanto en el tipo de medicamentos como en el porcentaje de cobertura, lo cual permite incurrir en indistintos tipos y cifras de gasto de bolsillo en medicamentos en muchos casos, cubriendo parcialmente o no cubriendo esta prestación (39)(43).

Además en el sistema de salud público no se garantiza en general el acceso a medicamentos en la modalidad institucional (MAI) de FONASA y obliga a beneficiarias y beneficiarios en la modalidad de libre elección (MLE) a incurrir en el gasto de bolsillo en medicamentos no garantizados (39).

En este sentido, el 41% de la población percibe que su seguro de salud no le entrega buena cobertura (especialmente en medicamentos), lo que puede ocasionar la búsqueda de servicios por fuera de su previsión con pagos directos mediante gasto de bolsillo (43). Además la falta de estrategias de contención de costos por parte de las aseguradoras y prestadores de salud, así como las bajas coberturas efectivas (o la no cobertura de ciertas prestaciones como medicamentos ambulatorios) podrían ser escenarios que incentiven el gasto de los hogares mediante el gasto de bolsillo para conseguir sus medicamentos (43)(57).

**Baja confianza en el sistema público y sus medicamentos:** existe una insatisfacción percibida en la atención de salud del sistema de salud chileno en general (58) y en particular del sistema público estatal (59) por parte de la población (39), como por ejemplo, hay cuestionamientos por parte de los pacientes respecto al trato que reciben de los funcionarios públicos (57), como de los tiempo de espera en su atención (60), desincentivando la opción de los afiliados de FONASA en atenderse en prestadores públicos, lo que explicaría de algún modo que estos pacientes decidan acudir a proveedores privados para recibir atención sanitaria, incluyendo la compra mediante gasto de bolsillo de sus medicamentos en farmacias privadas o del *retail* (57).



Además, existe una desconfianza del mismo mundo clínico del sistema público y sus medicamentos, esto ya que los comités de farmacia, definidos como el *organismo técnico-asesor en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos en los establecimientos de la red asistencial de salud pública*, según lo publicado por la fundación *Observatorio Fiscal* en su informe "*Gestión de fármacos en las instituciones de salud del estado*" del año 2013, han demostrado en la práctica ser regulaciones administrativas y burocráticas, sin hacer referencia a metodologías, ni a sistemas de monitoreo, ni estándares de transparencia, ni de conflictos de interés, por lo que se han convertido en instancias meramente formales no legitimadas por el mundo clínico, por ende de los prescriptores de medicamentos, generando una desconfianza en cómo se decide incluir cada medicamento en los arsenales farmacoterapéuticos, especialmente respecto a la calidad de los medicamentos disponibles en las *farmacias asistenciales públicas* (40).

Dado el anterior desincentivo y desconfianza en los *arsenales farmacoterapéuticos* de los establecimientos del sector público de salud, los prescriptores de estos establecimiento evalúan la opción de extender recetas médicas con prescripciones de fármacos para retiro en el farmacias privadas con la intención que el paciente adquiera otros medicamentos, incluyendo de marcas, lo que se conoce como *recetas extrasistema*, a pesar de la indicación expresa de prescribir por arsenales farmacoterapéuticos en sistema público y estar en contra de las normas generales (41), promoviendo una mala práctica en la que el paciente incurre en gasto de bolsillo en medicamentos.

Es relevante señalar en este sentido que un 42% de los profesionales prescriptores en Chile declaran que su fuente principal de información respecto a los medicamentos disponibles en el mercado son mediante visitas médicas o congresos proporcionados por los laboratorios farmacéuticos, los cuales incentivan y promocionan fuertemente sus medicamentos de marcas por sobre los medicamentos similares o genéricos con un interés más de *marketing* económico que de evaluación de tecnologías sanitaria, explicando una realidad de profundización y mayor confianza en el mundo privado que en el público en cuanto a evaluaciones de tecnologías sanitarias de los profesionales prescriptores en Chile (39).

Si consideramos que el listado de medicamentos disponibles en el mercado de los medicamentos en nuestro país es de 15.411 en contraste con los arsenales farmacoterapéuticos de los establecimientos del sector público que en su mayoría declara contar con un arsenal farmacológico de entre 250 y 750 medicamentos (38), la variedad de medicamentos disponibles que tendría garantizado el estado es más limitada, tanto para el acceso como para la cobertura en medicamentos, comparada con la gran variedad disponibles en el mercado, lo cual sería explicado ya que en el sistema público se sacrificaría variedad de medicamentos para disminuir los gastos y así obtener contención de costos mediante la selección por precio de las compras, incluyendo medicamentos, lo que incluso podría sacrificar calidad (61).

Sumado a lo anterior, cabe señalar que existe una fuerte atomización para la decisión en incluir nuevos medicamentos en los arsenales farmacoterapéuticos de los establecimientos públicos, una falta de transparencia respecto quién y cómo se toman las decisiones, y una ausencia de un análisis costo beneficio obligatorio en los procedimientos de abastecimiento de medicamentos en este sector, por lo que es razonable revisar alternativas políticas que también aborden estos aspectos del mercado de los medicamentos incluyendo los entregados en el sector público (39).

**Fidelización de marcas:** en las farmacias privadas, un gran número de medicamentos de marca cuenta con programas de fidelización de clientes a través de la entrega de descuentos, esto es de forma directa o con una promoción (por ejemplo: cada cierta cantidad de unidades la siguiente es gratis). Estas estrategias comerciales (típicas de *retail*) normalmente se enfocan en enfermedades crónicas en que es importante fidelizar a los pacientes, asimilando a estos más bien con una lógica de consumidores de mercado que de pacientes con problemas de salud. Un término utilizado para referirse a esta práctica es el de “blindaje de la receta” y dado que los “consumidores” demandan productos comerciales (con marca) y que las farmacias tienen interés en proveer (39), es un esquema que profundiza el gasto de bolsillo en medicamentos.

Para ciertos autores, el elevado uso de medicamentos de marca constituye una preocupación, ya que corresponde a un gasto que no necesariamente agrega valor al sistema de salud en comparación con los medicamentos genéricos, siendo que la diferencia promedio entre el precio por unidad de medicamentos de marca y similares en relación con precio de genéricos es 17 y 7 veces respectivamente, las más altas de Sudamérica (31).

**Bajo incentivo y confianza en el uso de genéricos:** si bien el uso de medicamentos genéricos pretende reducir la diferenciación de productos para un mismo principio activo, la cual podría dar alternativas más económicas en medicamentos, existe una confianza moderada en estos medicamentos, inclusive una escasa convicción en políticas públicas (29), siendo que son hasta 17 veces más baratos que los de marca en Chile (62)(31). Cabe señalar que en países con alta cantidad de genéricos en el mercado, como Estados Unidos, Alemania, Holanda, Reino Unido y Dinamarca, este tipo de medicamentos da cuenta de más de 70% del volumen de mercado (39).

Además, los prescriptores en Chile, por un lado, defienden que los medicamentos deben ser bajo receta médica, pero, por el otro, se arroga el derecho de prescribir por marca y no por nombre genérico. De esta manera, se intenta conservar poder ante el paciente y el Estado, y convertirse en un actor clave para los laboratorios que intentan colocar sus nuevos productos de marca, que en el fondo muchas veces pueden ser productos con innovaciones incrementales mínimas, pero con precios muchas veces injustificadamente superiores (29).

**Fallas de mercado:** el mercado de los medicamentos, al igual que el mercado de la salud, se caracteriza por diversas “fallas de mercado”, donde los pacientes enfrentan *asimetrías de información* en relación con su capacidad de valorar adecuadamente el beneficio que entrega un determinado medicamento, ya sea en relación con otras alternativas terapéuticas o con las marcas. Los médicos suelen desconocer los precios de medicamentos, y a menudo no existen mecanismos de rendición de cuentas con respecto al impacto presupuestario o carga financiera que implican sus prescripciones, sumado a los *problemas del agente-principal* que surgen en la relación médico-paciente en un contexto de importantes conflictos de intereses (31).

Además, este mercado en Chile es *altamente concentrado*, teniendo un 72% de los medicamentos clínicos vendidos con un único laboratorio que lo provee en el sector de farmacias del *retail*, estos medicamentos representan un 34% de las ventas totales de medicamentos. Lo anterior no es de extrañar, ya que el mismo mercado farmacéutico global también es altamente concentrado, donde las 10 compañías líderes dominan el 40 % del mercado global (39).

Estos son algunos elementos denominados por la economía del bienestar como "fallas de mercado" los cuales tienden a generar condiciones para que existan precios mayores a los que se generarían en mercados sin estas características (31).

**La industria de producción local y las marcas comerciales:** las empresas de capital nacional, si bien siguen esquemas de incorporar principios activos, tienden a imponer su propia marca o trabajar con *polidrogas* (compuestos). En un mercado dominado por la marca, la competencia directa se ve altamente restringida, porque si bien los productos pueden contener idénticos principios activos, su dispensa e ingreso al circuito comercial se hace con denominaciones, o marcas, distintas. Además, existe un reducido número de competidores (laboratorios) en el mercado, los cuales tienen la mayoría de los registros farmacéuticos, donde a su vez existe una baja elasticidad precio de la demanda de *medicamentos éticos* (bajo receta médica), lo cual facilita el aumento arbitrario de rentas (29).

**Relación de los laboratorios y distribuidoras con las farmacias:** respecto a la compra de medicamentos, la FNE señala que en el 2018 el 48% del valor de las compras de medicamentos en Chile se hizo en cadenas de farmacias, el 12% en farmacias que no son de cadenas, el 30% en compras públicas de medicamentos que se destinan a hospitales y centros de atención y el 10% fueron compras de instituciones privadas como clínicas. Donde es interesante señalar que los laboratorios farmacéuticos y las distribuidoras, cobran en promedio un 70% más alto a las cadenas de farmacias en comparación a las compras de medicamentos que realiza el sector público y un 60% más que los compradores privados institucionales (por ejemplo clínicas) (61).

La hipótesis de la FNE para explicar estas diferencias se basa en una diferencia de estrategia comercial, dada la forma en cómo los médicos recetan medicamentos, las cadenas de farmacia priorizan tener una gran variedad de una misma categoría de medicamento mientras que el estado y los compradores institucionales privilegian el precio y sacrifican variedad. Esto limita la capacidad de negociación de las farmacias e implica que paguen precios más altos, lo que explicaría que los precios de los medicamentos en las farmacias comunitarias privadas sean elevados en comparación al sistema público (61).

**Estrategias de innovación incremental que no incide en la eficacia del medicamento:** los lanzamientos de nuevos productos son un correlato directo de las características innovadoras de este mercado que tuvo, durante mucho tiempo, una gran cantidad de saltos tecnológicos permanentes. Sin embargo, dada la disminución de lanzamientos de innovaciones, en los últimos años la industria asiste a una cantidad de lanzamientos vinculados a la estrategia comercial de posicionar marcas o modernizarla o, directamente, aumentar el precio (figura N°9) alegando alguna adaptación o innovación incremental que no necesariamente incide en la eficacia del medicamento (29).

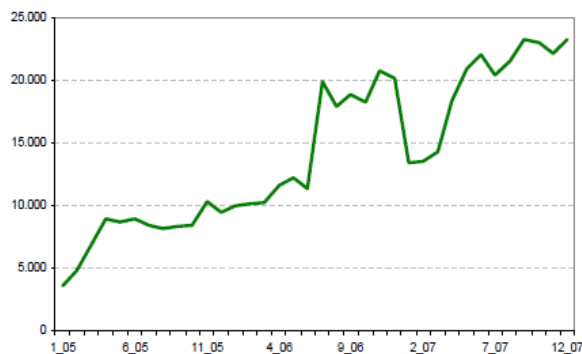


Figura N°9: Gráfico de evolución de precios promedio de las innovaciones (2005 -2007), Vasallo 2010, (datos IMS, análisis DESAL)

**Condiciones desfavorables en Personas Mayores:** si bien el gasto de bolsillo en salud se incrementa al aumentar el ingreso en términos absolutos, aumenta en términos relativos a medida que disminuye el nivel socioeconómico del hogar como proporción del ingreso (28), y las personas mayores, que se caracterizan por sus bajos ingresos y pensiones (27), tienen una alta prevalencia de enfermedades crónicas (21)(22) que aumentan con la edad (22), una elevada probabilidad de padecer más de una ECNT a la vez (multimorbilidad o polipatología) y una alta necesidad en la cantidad y variedad de medicamentos a requerir (polifarmacia) (22), donde el gasto de bolsillo en medicamentos es un problema que agudiza su condición muchas veces precaria. Así, para el conjunto de personas mayores en Chile específicamente, esta problemática se presenta en un escenario de múltiples y costosos requerimientos *versus* recursos disponibles deficitarios. En consecuencia, las necesidades urgentes no pueden ser cubiertas satisfactoriamente y ello tiende a constituirse en una situación catastrófica.

## METODOLOGÍA

Para cumplir con los objetivos de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica estructurada de la siguiente forma:

### Criterios de búsqueda

Se aplicaron criterios PICO (Siglas en inglés de “Population, intervention, comparator, outcome”) para la inclusión de estudios (3)(63), de la siguiente manera:

- *(Population)* Población: Que incluya al menos en sus estudios a las Personas Mayores (no exclusivamente)
- *(Intervention)* Intervención: Cualquier intervención, desde el nivel del sistema de salud, incluyendo los ámbitos de gobernanza, financiamiento, prestación de servicios de salud y estrategias de implementación, hasta en el nivel del usuario.
- *(Comparator)* Comparador: No aplicado
- *(Outcome)* Resultado: Disminuir el Gasto de Bolsillo en Medicamentos en Personas mayores

Se determinó un período de tiempo de los estudios a incluir hasta agosto 2022.

Dados los criterios propuestos, se estableció responder la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuáles intervenciones realizadas hasta agosto del año 2022 permiten disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos al menos en personas mayores en algún país del mundo?*

Dados los criterios de búsqueda y se filtró la bibliografía por tipo de estudio (revisiones sistemáticas, fuentes secundarias, estudios primarios y literatura gris), en idioma español e inglés, utilizando las palabras claves, descriptores en ciencias de la salud o palabras *MeSH* en inglés: *out-of-pocket, expenditures, payments, old people, medicines, policies, cost containment, measures, catastrophic, pharmaceutical*; en español: Gasto de bolsillo, pago directo, personas mayores, medicamentos, fármacos y farmacéutico (3).

### **Mecanismo de búsqueda**

Se comenzó una búsqueda principal de revisiones sistemáticas, estudios secundarios y estudios primarios que aludieran a la pregunta de investigación a nivel tanto nacional como internacional en los siguientes buscadores y bases de datos electrónicas: *The Cochrane Library, Trip Database, SumSearch, SciELO Salud Pública* y *Epistemonikos*, que cuenta con fuentes de información que incluyen Pubmed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS, *Science Direct, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)*.

Se utilizaron los operadores booleanos “Y” /”AND” y “O”/OR entre las palabras claves para aumentar la pertinencia de la literatura recabada en los motores de búsqueda (3).

Luego se amplió la búsqueda a evidencia complementaria de documentos e información de estudios de fuentes secundarias, literatura gris como reportes o informes gubernamentales y boletines de los organismos chilenos como MINSAL, Fiscalía Nacional Económica (FNE), fundaciones u ONG, tesis de pre y postgrado de carreras afines y opiniones de expertos por medio del motor de búsqueda *Google Scholar*, Biblioteca Digital Universidad de Chile y/o directamente en sus páginas web oficiales (3).

### **Proceso de selección**

Para el proceso de selección fue aplicada la metodología indicada en el siguiente flujograma (3):

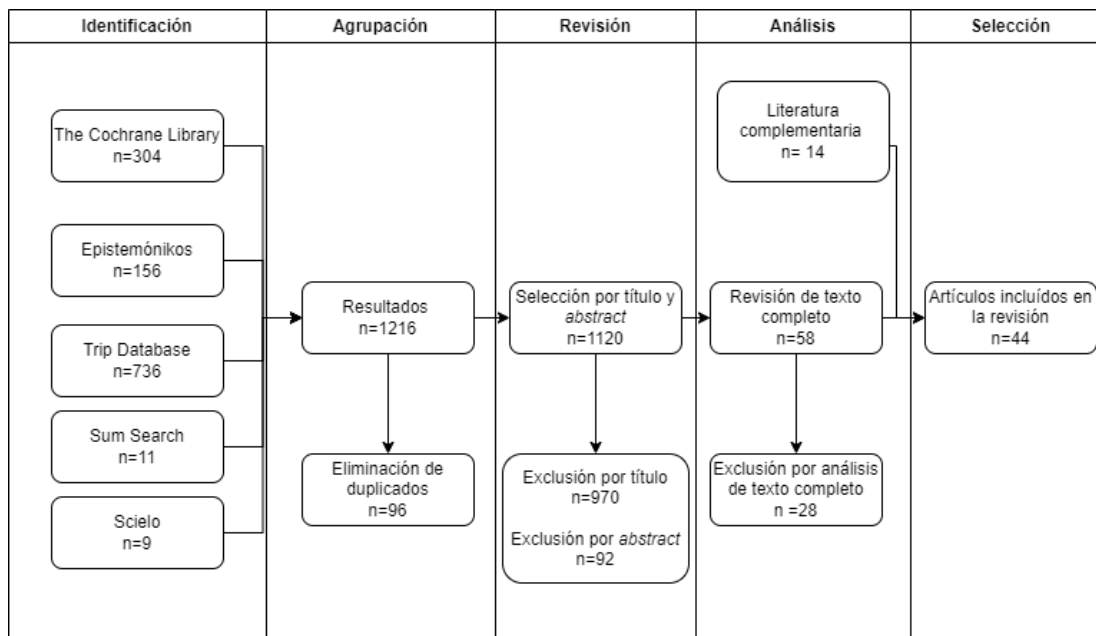


Figura N°1: Flujograma resumen del proceso de selección de la literatura. Fuente: Elaborado por el autor.

La literatura **identificada** a partir de la búsqueda principal en las diversas bases de datos alcanzó un total de 1216 artículos.

Los documentos fueron **agrupados** en 1120 artículos, ya que 96 fueron eliminados por duplicación.

Luego se procedió a **revisar** de manera independiente los documentos leyendo primero el título y luego su resumen o *abstract* descartando 970 artículos por título y 92 por *abstract* por considerarse estudios irrelevantes (criterio de exclusión) para efectos del presente resumen de política.

Donde quedaron seleccionados en este proceso 58 artículos. Éstos posteriormente se **analizaron** a texto completo, siendo excluidos 28 documentos por considerarse estudios irrelevantes para efectos del presente resumen de política.

Como resultado 30 artículos cumplieron los criterios de inclusión para la extracción y síntesis de información, desglosándose en 7 revisiones sistemáticas y 23 estudios primarios en la búsqueda principal.

Para la extracción y síntesis de los datos, una vez que los artículos cumplieron con los criterios de inclusión y se consideraron documentos relevantes según su título y *abstract*, éstos fueron enumerados y clasificados por medio de la "Evaluación de la importancia relativa de los resultados" (Anexo 1) (3). Si bien no hay una manera estandarizada de extraer los datos, en el presente reporte se utilizó la metodología sugerida por las "Guías de la Colaboración SURE" (*Supporting the Use of Research Evidence*) (2)(3), las cuales tienen como objetivo enumerar los resultados de la evidencia científica y evaluar su importancia relativa para el presente estudio mediante una escala de 1 – 9, siendo 1 "no importante" y 9 como "crítico". Los artículos que tuvieron un rango de puntuación entre

7 a 9 en el análisis de documento completo fueron seleccionados para la siguiente etapa. Así, de los 58 documentos analizados, 30 de estos cumplieron con los criterios de evaluación.

En cuanto a la literatura identificada a partir de las búsquedas complementarias, se recopilaron 14 documentos: 1 *review*, 2 estudios secundarios, un estudio primario y 10 fuentes de literatura gris los cuales mencionan intervenciones y políticas que en su conjunto favorecerían al objetivo de este reporte de manera indirecta, por lo cual se consideraron como literatura complementaria para sugerir opciones de políticas y contextualizarlas a nivel nacional (3).

Luego de haber calificado y seleccionado los resultados con las calificaciones más altas (puntuación de 7 a 9) de la búsqueda bibliográfica principal e incorporada la literatura de búsqueda complementaria, se analizaron las diversas alternativas de intervenciones por medio de los criterios de búsqueda propuestos, las que fueron traspasados a la "Tabla resumen de hallazgos" (Anexo 2) (3).

### **Diálogo de políticas**

Luego se hizo un diálogo de políticas con dos expertos y una experta en materia de políticas públicas farmacéuticas, evaluación económica en salud y salud pública, con diferentes enfoques del problema, realizado mediante **entrevistas individuales** con el objetivo de analizar los resultados obtenidos de todas las intervenciones seleccionadas como candidatas, resumidas de tal manera que pudiesen ser de fácil comprensión. De estas entrevistas, cada experta y experto recomendó priorizar ciertas estrategias en el contexto país actual, de las cuales se consideraron las más viables, priorizando el contexto político de implementación desde un corto a un mediano plazo.

Finalmente, el autor seleccionó 3 escenarios como opciones de implementación de políticas profundizando en beneficios, riesgos, barreras, facilitadores, entre otros, que se ahondarán en el desarrollo del documento. Dada la amplitud de los estudios y documentos recabados, se evitó la agrupación estadística de los datos, por tanto los resultados fueron expresados de manera narrativa (3)(64).

## OPCIONES DE POLÍTICA

Dada la caracterización del problema señalada y los resultados de la metodología de revisión de la literatura disponible, se plantean las siguientes opciones de políticas:

### Opción 1: Seguro de medicamentos para personas mayores

Según la evidencia revisada, los esquemas de seguro de medicamentos son una alternativa razonable en políticas de salud pública, ya que brindan acceso a medicamentos de forma prepaga, abordando el problema que enfrentan los gobiernos tanto en Chile como en el mundo, con respecto a la asequibilidad a los medicamentos, los pagos inadecuados de gastos de bolsillo y, en algunos casos, protección respecto a costos compartidos (65)(66) (67).

Muchos países tienen sistemas mixtos de seguros de medicamentos públicos y privados. Algunos esquemas de seguro de medicamentos cubren a todo un país. Otros esquemas solo cubren a ciertos grupos. Por ejemplo, algunos esquemas solo cubren a las personas que trabajan, mientras que otros solo cubren a personas de bajos ingresos o personas mayores (65).

Los enfoques para el seguro de medicamentos varían sustancialmente entre países por varias razones, tales como diferencias en la priorización de los objetivos del estado por diferencias políticas, el grado de solidaridad social y/o diferencias económicas. Estos enfoques son un reflejo de la forma en que los gobiernos eligen regular la gobernanza, el financiamiento y la provisión de planes de seguro de medicamentos (65).

En el sistema de salud chileno, que es mixto, respecto a la cobertura de los seguros en medicamentos, el sistema de salud privado (ISAPRE y seguros complementarios) depende del contrato de cada afiliado, tanto en el tipo de medicamentos como en el porcentaje de cobertura, lo cual en muchos casos, cubre de manera parcial o no cubre esta prestación (43)(39). En el caso del sistema de salud público no se garantiza en general el acceso a medicamentos en la modalidad institucional (MAI) de FONASA y se obliga a beneficiarias y beneficiarios en la modalidad de libre elección (MLE) a incurrir en el gasto de bolsillo en medicamentos no garantizados (39). Además, la falta de estrategias de contención de costos por parte de las aseguradoras y prestadores de salud, así como las bajas coberturas efectivas, son escenarios que incentivan el gasto de bolsillo para conseguir medicamentos (43)(57).

Ante este escenario, se plantea implementar un seguro público de cobertura de medicamentos para todas las personas mayores de 60 años, debido a que en Chile la mayoría de este segmento, es la principal población afectada por los gastos de bolsillo en medicamentos debido a sus condiciones socioeconómicas y sanitarias (27)(21)(22).

### **Beneficios**

- Garantizaría que la población mayor tenga acceso a sus medicamentos esenciales (65). Según la evidencia recabada, por ejemplo en el esquema de seguridad en salud en Estados Unidos, el *Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D* ofrece medicamentos recetados gratuitos a las personas mayores, lo que aumenta el acceso en la cantidad de medicamentos que usan las personas mayores, disminuyendo el gasto de bolsillo en medicamentos (65).



- Reduciría los pagos de bolsillo por medicamentos crónicos esenciales en la población mayor (65), ya que en evidencia revisada de los esquemas de seguro de medicamentos en personas mayores, en general se apunta a que la mayoría de esta población informa haber pagado cantidades relativamente pequeñas de su propio bolsillo por receta (68).
- Preveniría pagos catastróficos por medicamentos en este segmento socioeconómicamente vulnerable (65).
- Garantizaría la adherencia y el uso adecuado de los medicamentos (69) (70), previniendo las probabilidades de restringir el uso de medicamentos (69), donde la restricción de medicamentos es común en personas mayores que carecen de cobertura de recetas, particularmente entre ciertos grupos vulnerables (69). Un estudio revisado en este trabajo evidencia las consecuencias de la restricción de medicamentos entre personas de mediana edad y personas mayores, el cual concluyó que la restricción de medicamentos se asocia con un mayor riesgo de una disminución posterior en su estado de salud, y entre aquellos con enfermedad cardiovascular preexistente con tasas más altas de angina y ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares no fatales (70).
- Por otro lado si las personas mayores usan los medicamentos de manera correcta y mantienen una adherencia al tratamiento, pueden necesitar menos servicios de atención médica (65), y por obtener una externalidad positiva de descongestionar el sistema de asistencia sanitaria.
- Los esquemas exitosos de seguro de medicamentos pueden mejorar los resultados en salud de las personas mayores, brindándoles los medicamentos que necesitan, ya sea gratis o a un precio asequible (65).
- Los esquemas de seguro de medicamentos también pueden ahorrar dinero para los gobiernos y las organizaciones privadas (65).
- Los gobiernos y las organizaciones que ejecutan estos esquemas también pueden negociar mejores precios con las compañías de la industria farmacéutica (65).
- Las pólizas de seguro de medicamentos pueden reducir los gastos en medicamentos inmediatamente y hasta 36 meses después de la implementación de la póliza (65).

## Riesgos

- También existe evidencia que este tipo de políticas podría dar lugar a un pequeño aumento en el número de visitas al servicio de urgencias por parte de beneficiarias y beneficiarios del plan (65).
- Se podría promover un aumento del riesgo moral (71) y sobreutilización de los medicamentos, sobre todo en caso de que no se acompañe de una dispensación informada del uso racional de los medicamentos y/o no haya una educación suficiente tanto a prescriptores como a los pacientes del uso racional de los medicamentos (72) (73) (74).
- Aumentaría el gasto en el erario fiscal, teniendo que revisar y ajustar el presupuesto, pudiendo ocasionar un costo-oportunidad afectando la subvención de otros asuntos públicos.
- Este sistema contempla formular una canasta acotada de medicamentos a incluir, por lo que no cubriría todos los medicamentos, por ejemplo medicamentos psicotrópicos como benzodiazepinas (75) los cuales deben ser pagados con gasto de bolsillo.
- La evidencia sobre quién puede proporcionar o proporciona, quién lo paga y quién tiene la autoridad para tomar decisiones con respecto a la cobertura del seguro de medicamentos sigue siendo limitada (65).

- Algunos estudios relacionados a los efectos de esta política sobre el gasto total en medicamentos, la utilización de la asistencia y los resultados sanitarios son inciertos (65).
- La aplicabilidad de esta evidencia a cualquier entorno fuera del sistema de salud de los EE. UU. es probablemente muy limitada (65).

### **Equidad**

- Desde el punto de vista de equidad y política fiscal, debido las condiciones socioeconómicas desfavorables en la mayoría de las personas mayores en el país (27), estas propenden a ingresar al seguro público FONASA, haciendo que el costo de este seguro público para personas mayores eficiente desde el punto de vista fiscal y, como política universal, igualitario al no excluir al sector privado.

### **Costos**

- Las primas (pagos anticipados) del seguro de medicamentos pueden ser pagadas con los ingresos fiscales generales, los impuestos asignados, por los empleadores o directamente por los asegurados. Muchos países tienen sistemas mixtos en los que las primas son parcialmente pagadas por dos o más de estas fuentes o donde diferentes fuentes pagan las primas de diferentes grupos de personas (65).
- Con el objeto de no aumentar el costo de la vida de los pacientes mayores, Se sugiere aumentar el espacio fiscal destinado a salud con mayores impuestos, principalmente específicos (evitar carga impositiva a beneficiarias y beneficiarios del plan), deuda del gobierno, crecimiento económico y/o eficiencia en el gasto fiscal (76).

### **Monitoreo y evaluación**

- La evidencia recomienda monitorear esta iniciativa mediante reportes y evaluaciones de tecnologías sanitarias, la cual promovería incentivar o no un tratamiento en función del beneficio potencial que tiene para la salud comparado con los costos, impactando en la magnitud del costo de los medicamentos (77) (78) (39) (79)(80), para poder actualizar la canasta o arsenal farmacoterapéutico a incluir en la cobertura, que daría prioridad de revisar evidencia a medicamentos genéricos en el mercado al ser más costo-efectivos (81) (39) (82).
- Es importante que se realicen evaluaciones de este tipo de política en otros entornos donde se están introduciendo políticas que regulan los esquemas de seguro de medicamentos, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Idealmente, las evaluaciones deberían planificarse antes de introducir la política, como parte rutinaria del proceso de implementación de la política (65).
- También se necesita una evaluación rigurosa de los diferentes alcances de la cobertura, por ejemplo, cobertura de poblaciones vulnerables (p. ej., grupos de bajos ingresos) o cobertura universal para toda la población (65).

### **Evidencia en otros países**

Otros países que han implementado seguros en medicamentos: EEUU (77) (65) (68) , México (83), Canadá (65).

**Tabla de resumen de los hallazgos**

Tipo de Política	N°	Intervención	Autor	año	Fuente	País	Población
Educación de control de costes	6	Información de asequibilidad de los tratamientos previa prescripción a prescriptores y pacientes.	Tamblyn	2018	Primario	Canadá	Toda
	7	Intervención de educación de control de costes a prescriptores y pacientes.	Frazier	1991	Primario	EE. UU.	Toda
			McNitt	1998	Primario	EE. UU.	Toda
Promover los medicamentos Genéricos	11	Incentivo y confianza en el uso de los medicamentos genéricos	Fabiano	2012	Primario	Italia	Toda
			Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			FNE	2020	Gris	Chile	Toda
			Celedón	2021	Secundaria	Internacional	Toda
Seguros Basados en el valor	13	Política farmacéutica con enfoque asequibilidad multidimensional de un sistema basado en el valor	Rachev	2021	Review	EE. UU. y otros	Toda
	14	Seguros Basados en el valor en medicamentos	Lee	2013	Review	EE. UU.	Toda
			OCDE	2005	Gris	Internacional	Toda
Esquema de seguros	15	Esquema de seguros en medicamentos	Steinman	2001	Primario	EE. UU.	Población Mayor
			Heisler	2004	Primario	EE. UU.	
			Pantoja	2022	Review	Canadá, EE. UU y otros	
	16	Cobertura en medicamentos de seguro independiente transitando a un modelo de reembolsos	Moïse	2007	Primario	México	Toda
	17	Cobertura de medicamentos para personas Mayores	Mott	2002	Primario	EE. UU.	Población Mayor
			Chen	2008	Primario	EE. UU.	Toda
18	Deducible específico, opción de medicamento especializado y límite de pago mensual	Robinson	2016	Primario	EE. UU.	Toda	
Disminuir costos compartidos	19	Disminución mesurada de los costos compartidos para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos	Kulik	2014	Primario	EE. UU.	Población Mayor
Política de Reembolsos	22	Reformas de Políticas de Precios de los medicamentos y reembolsos	Puig-Junoy	2004	Primario	España	Toda
	25	Plan de reembolso de seguros en Alemania como alternativa a la regulación directa de precios	Pavenik	2002	Primario	Alemania	Toda
Regulación de márgenes	28	Regulación de márgenes, margins o mark-ups en la cadena de distribución	Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			Moreno-Torres	2011	Primario	España	Toda

Fuente: Elaboración propia.

## Opción 2: Subsidio y regulación de precios de medicamentos a personas mayores

Los países en vías de desarrollo han continuado por el camino de la desregulación de los precios de los medicamentos, que en Latinoamérica han sido parte del denominado *consenso de Washington* desde los años noventa y hasta la fecha, principalmente por debilidades institucionales (29), mientras que los países desarrollados como los Europeos han intensificado su rol en el control y regulación de los medicamentos (84).

Según la evidencia revisada en Europa (85) e incluso algunos países de Latinoamérica como Argentina y Colombia, han implementado políticas de asistencia farmacéutica centradas en el reembolso a los pacientes. Esta admite diferentes tipos de incentivos como la utilización de precios de referencia que promuevan la sustitución genérica (29) (31).

Las políticas de reembolsos apuntan a regular el gasto farmacéutico de forma indirecta, incentivando la disminución de precios y el aumento en el consumo relativo de medicamentos genéricos (más económicos) por sobre medicamentos originales o más costosos (31) .

En este tipo de políticas se fija un monto máximo de reembolso, por parte de los seguros de salud, denominado precio de referencia, para un grupo de medicamentos con similar acción terapéutica, denominado grupo de referencia. Para cada grupo de medicamentos se establece un único nivel de reembolso o precio de referencia. El costo diferencial entre el precio de los medicamentos y el precio de referencia es pagado por el paciente. Se encuentra dentro de un tipo de política de costos compartidos de medicamentos (31) (86) (87).

Su potencial está restringido a aquellos segmentos específicos del mercado de medicamentos donde existen varios medicamentos (y/o sus formas genéricas) sin evidencia sustancial de que algún agente en particular sea superior (86).

Se han adoptado tres enfoques amplios (86):

- ✓ Agregación de medicamentos en grupos genéricos (mismo DCI)
- ✓ Grupos de medicamentos relacionados (p. ej., inhibidores de la ECA)
- ✓ Medicamentos agrupados por indicación terapéutica (p. ej., antihipertensivos).

En el contexto de nuestro país, los precios de los medicamentos se encuentran desregulados, lo que convierte al medicamento en un bien de consumo más, donde el precio y los descuentos que se pueden obtener por la cantidad de compra es la lógica dominante (29). La evidencia empírica demuestra que en el ámbito farmacéutico la eliminación del control de precios ha estado asociada al crecimiento de estos (84).

Como se mencionó en la opción política N°1, en el sistema privado la cobertura de los medicamentos dependen del contrato de cada afiliado, en el tipo de medicamentos y el porcentaje de cobertura, con cobertura parcial o sin cobertura (43)(39), mientras que en el sistema público se obliga a incurrir en el gasto de bolsillo en medicamentos no garantizados a beneficiarias y beneficiarios en la modalidad de libre elección (MLE) (39).

Ante este escenario, se plantea implementar una *política de regulación precios de referencia de medicamentos con subsidio garantizado por el estado del acceso, oportunidad y protección financiera a las personas en mayores*.

Esta política contempla 2 componentes en su implementación:

Por un lado, se establecerá un listado acotado de medicamentos de referencia priorizado para personas mayores, del cual se establecerá un único precio de referencia máximo para cada grupo de medicamentos por parte del estado, del cual el costo será reembolsado por las aseguradoras tanto públicas como privadas a los pacientes mayores, en donde el paciente podrá elegir el medicamento a utilizar, pero el costo diferencial entre el precio de los medicamentos y el precio de referencia deberá ser costado con gasto de bolsillo de cada paciente (31) (86) (87).

Por otro lado, el estado financiará por medio de un subsidio a las aseguradoras, tanto públicas como privadas, el costo de los medicamentos de esta garantía explícita en medicamentos que adscriban a esta política, la cual funcionaría de forma similar a las actuales Garantías Explícitas de Salud o GES (88).

### **Beneficios**

- La política de reembolsos de precios de referencia es ampliamente utilizada en el contexto internacional (31) (89) (90) (82).
- Se supone que este tipo de políticas puede dar lugar a que pacientes cambien a fármacos más baratos, y puede animar a los productores de fármacos a bajar sus precios (91).
- Dado la evidencia recabada en este documento, ciertos estudios realizados al respecto proponen realizar un sistema de reembolso para exponer al paciente directamente al precio de un producto recetado y así promover también la baja en el precio de los productos en el mercado como externalidad positiva para la disminución del gasto de bolsillo en medicamentos en general (92). Se plantea que los productores reducen significativamente los precios si se realiza de esta manera, contribuyendo a la disminución de gastos de bolsillo en medicamentos del paciente, siendo las caídas de precios más pronunciadas para los productos de marca. Además, los productos de marca que se enfrentan a competidores genéricos reducen más los precios (92).
- Las políticas de reembolso de fijación de precios tienen impacto en la disminución de precios en el corto plazo (31).
- Permite obtener una disminución en el gasto en los medicamentos sujetos a precios de referencia por parte de los seguros de salud en el corto y mediano plazo (31) .
- Disminución en el precio en los medicamentos de marca es superior a la observada en los medicamentos genéricos (31) .
- Disminuye la compra de medicamentos que se encuentran por sobre el precio de referencia y aumenta el volumen de aquellos bajo el precio de referencia (31).
- En el contexto del sector privado de Sudáfrica, los productos genéricamente similares se agrupan y la tasa de reembolso se establece en el precio promedio de los productos genéricamente equivalentes. La intervención de precios de referencia genéricos ha demostrado no tener un impacto en la utilización de medicamentos, pero reduce el precio y el gasto de ciertos medicamentos (EJ: condesarán y rosuvastatina) (93).

- Cuando el precio de referencia se basa en los medicamentos de menor precio del grupo, la fijación precios basado en referencias parece ser una de las pocas estrategias que probablemente sea efectiva para alentar a los médicos a usar los agentes menos costosos como terapia de primera línea y utilizar agentes más costosos solo en aquellos que experimentan efectos secundarios o poca eficacia (93).

## Riesgos

- En las políticas de reembolso de fijación de precios no existe evidencia del impacto en el largo plazo (31)
- La evidencia empírica apunta a que las políticas de precios de referencia son efectivas, pero su impacto es menor al esperado, probablemente debido a la existencia de otros efectos que podrían mitigar su impacto. Una de estas razones es que, si bien esta política incentiva a los medicamentos de marca a reducir su precio y acercarse al precio de referencia para no perder mercado, si este efecto es grande, ello podría disminuir el volumen de mercado de los genéricos y los obligaría además a disminuir su precio, lo que podría a la vez desincentivar la entrada de nuevos genéricos. Este efecto podría verse contrarrestado si existiese al mismo tiempo una regulación estricta de tipo “precios de referencia externos” para los medicamentos originales (81).
- En el caso de las políticas subsidiarias de contención de costos en medicamentos parecen afectar de distinta manera el acceso de los pacientes a los medicamentos dependiendo de la cantidad de grupos terapéuticos a subsidiar. Un dilema de asequibilidad (mayor cantidad disponible pero mayor el precio) y disponibilidad (menor cantidad disponible pero menor el precio). Por ejemplo dado un mismo nivel de financiamiento, si los medicamentos están fuertemente subsidiados en todos los grupos de terapia, los subsidios se destinarían más a principios activos y fórmulas más antiguas, por tanto no tendería a financiarse medicamentos nuevos disponibles (94). En cambio, si hay más medicamentos “nuevos” subvencionados y disponibles, el nivel y la cobertura del subsidio tienden a ser menores y, por lo tanto, la carga del costo para el paciente es mayor. Esta evidencia corresponde al caso de Nueva Zelanda que tiende a mayor asequibilidad y al caso de Finlandia que tiende a mayor tipo de disponibilidad (94).
- No cubriría todos los medicamentos.

## Equidad

- Desde el punto de vista de equidad y política fiscal, esta política propone garantizar explícitamente el acceso, oportunidad y protección financiera a la población mayor tanto del sistema público como del sistema privado y debido las condiciones socioeconómicas desfavorables en la mayoría de las personas mayores en el país (27), estas propenden a ingresar al seguro público FONASA, haciendo que el costo de la subvención para personas mayores eficiente desde el punto de vista fiscal e igualitario al no excluir al sector privado.

## **Costos**

- Se plantea una estrategia de reembolso la cual apunta a evitar las ineficiencias en el sistema de compras y dispensación públicas, como las limitaciones en el presupuesto público, el desperdicio de medicamentos por caducidad y fallas de almacenamiento, así como la escasez de productos en los establecimiento de salud pública por mala planificación en la compra de medicamentos, apuntan al valor prospectivo de la experimentación en el uso del reembolso de las farmacias privadas (83).
- El mecanismo de financiación es selectiva, centrada en la demanda, es con focalización de la financiación con recursos públicos y del seguro social. (84).

## **Monitoreo y evaluación**

- La evidencia recabada muestra que este tipo de políticas se implementan mediante la selección que se materializa a través de listas positivas (que define cuales productos son financiados) (84) .
- Los estudios recomiendan realizar una revisión de actualización de los medicamentos subsidiados periódicamente, por ejemplo se encuentra evidencia que en Nueva Zelanda se realiza mensualmente (95) (94).

## **Evidencia en otros países**

Otros países que han implementado subvención en medicamentos: Subsidio (Nueva Zelanda y Finlandia (94) ), Precios de Referencia (Alemania, Bélgica, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Holanda, Hungría, Italia, Nueva Zelanda, Sudáfrica y Suecia. Alemania, España, Sud África, Suecia, y Bélgica (31)).

**Tabla de resumen de los hallazgos**

Tipo de Política	N°	Intervención	Autor	año	Fuente	País	Población
Subsidio de medicamentos	4	Subsidio de medicamentos gestionados mediante una agencia gubernamental	Aaltonen	2010	Primaria	Nueva Zelanda y Finlandia	Toda
	5	Financiación selectiva y listas positivas o negativas	Tobar & Godoy	1999	Gris	Internacional	Toda
Educación de control de costes	6	Información de asequibilidad de los tratamientos previa prescripción a prescriptores y pacientes.	Tamblyn	2018	Primario	Canadá	Toda
	7	Intervención de educación de control de costes a prescriptores y pacientes.	Frazier	1991	Primario	EE. UU.	Toda
			McNitt	1998	Primario	EE. UU.	Toda
Promover los medicamentos Genéricos	11	Incentivo y confianza en el uso de los medicamentos genéricos	Fabiano	2012	Primario	Italia	Toda
			Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			FNE	2020	Gris	Chile	Toda
Esquema de seguros	16	Cobertura en medicamentos de seguro independiente transitando a un modelo de reembolsos	Moïse	2007	Primario	México	Toda
Política de Reembolsos	20	Precios De Referencia	Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			OMS	2018	Gris	Europa	Toda
			Vasallo	2010	Gris	Chile	Toda
			Ioannides-Demos	2002	Review	Australia y otros	Toda
			Schneeweiss	2003	Primario	Canadá	Población Mayor
			Acosta	2014	Review	Canadá y otros	Población Mayor
			Jager	2019	Primario	Sudáfrica	Toda
	22	Reformas de Políticas de Precios de los medicamentos y reembolsos	Puig-Junoy	2004	Primario	España	Toda
	23	Sistema de reembolso y regulación de precios mediante una agencia dedicada	Jönsson	1994	Primario	Suecia	Toda
	24	Políticas que limitan el reembolso de fármacos por prescripción de medicamentos específicos	Green	2010	Review	Canadá, EE. UU y otros	Toda
25	Plan de reembolso de seguros en Alemania como alternativa a la regulación directa de precios	Pavenik	2002	Primario	Alemania	Toda	

Fuente: Elaboración propia.



### Opción 3: Ley de Fármacos III: Reforma farmacéutica en el sistema público de salud para personas mayores

En Europa se ha requerido de importantes dispositivos institucionales para avanzar en materia de acceso y garantías en la regulación del mercado de los medicamentos, que en los países de Latinoamérica como Chile resultan difíciles de garantizar (29).

Existe evidencia en que las barreras de distribución son las razones más citadas para los desabastecimientos de medicamentos esenciales, en donde los pacientes son los más afectados ya que dan lugar a gastos de bolsillo para comprar medicamentos no disponibles, mala adherencia a los regímenes de medicamentos, insatisfacción y baja utilización de servicios sanitarios (96).

También existe evidencia que sugiere que en los desabastecimientos existen barreras particulares en los centros de salud, por lo que se plantea una necesidad urgente de abordar las limitaciones de los sistemas sanitarios y no sanitarios que impiden que los medicamentos esenciales adquiridos por las partes interesadas lleguen a las personas que más los necesitan (96).

Por ejemplo en México, los precios de los medicamentos en las farmacias relativamente altos tienen implicaciones tanto para los no asegurados como para los que tienen cobertura pública, ya que muchos de estos últimos utilizan el sistema de distribución privado, para evitar requisitos de prescripción, problemas de confianza y calidad tanto con el servicio como con los productos entregados por el sistema público y problemas de escasez de productos en los dispensarios públicos (83),

Además, en el mismo país, la disponibilidad de productos del sistema público difiere para beneficiarias y beneficiarios de la seguridad social y del seguro de salud financiado con fondos públicos que carecen de los ingresos para participar en el mercado privado de medicamentos ya que no siempre están disponibles en los establecimientos de salud pública, a pesar de estar incluidos en los formularios, lo que se explica factores como las limitaciones de costos y mala planificación en la compra de medicamentos (83).

Un contexto semejante se evidencia en nuestro país, donde además existe una insatisfacción percibida en la atención de salud del sistema de salud chileno en general (58) y en particular del sistema público estatal (59) por parte de la población (39), en temas como el cuestionamientos de los pacientes respecto al trato que reciben de los funcionarios públicos (57) o los tiempo de espera en su atención (60), desincentivando la opción de los afiliados de FONASA en atenderse en prestadores públicos, promoviendo acudir a proveedores privados para recibir atención sanitaria, incluyendo la compra mediante gasto de bolsillo de sus medicamentos en farmacias privadas o del *retail* (57).

Además, existe una desconfianza del mismo mundo clínico del sistema público y sus medicamentos, esto ya que los comités de farmacia han demostrado en la práctica ser regulaciones administrativas y burocráticas, sin hacer referencia a metodologías, ni a sistemas de monitoreo, ni estándares de transparencia, ni de conflictos de interés, por lo que se han convertido en instancias meramente formales no legitimadas por el mundo clínico, por ende de los prescriptores de medicamentos, generando una desconfianza en cómo se decide incluir cada medicamentos en los

arsenales farmacoterapéuticos, especialmente respecto a la calidad de los medicamentos disponibles en las farmacias asistenciales públicas (40).

En el diálogo de políticas realizado con expertas y expertos mediante entrevistas individuales para elaborar este documento, fue referido que, respecto a *las metas de eficiencia de entrega de medicamentos, estas no están declaradas como un derecho en el sistema público, incluso no está tan claro si se consideran a las personas mayores prioritarias en su entrega*. También fue referido que *los medicamentos son entregados de manera gratuita por el sistema público al 50% de la población (97), y que dentro de ella se encuentra una cantidad importante de personas mayores*.

Con una fuerte atomización para la decisión en incluir nuevos medicamentos en los arsenales farmacoterapéuticos de los establecimientos públicos, una falta de transparencia respecto quién y cómo se toman las decisiones de su selección, y una ausencia de un análisis costo beneficio obligatorio en los procedimientos de abastecimiento de medicamentos en este sector (39) este problema afecta ampliamente más a los pacientes mayores ya que en su mayoría utilizan más los dispositivos públicos, donde dadas la desconfianza por causas evidenciadas y las estrategias de prescripción en el extrasistema entre otras cosas, este problema aumentaría el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores al incentivar el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores en el sector privado de salud.

Por lo antes expuesto se propone una **reforma farmacéutica para personas mayores en el sistema público de salud (Ley de Fármacos III)**.

Para ello se proponen las siguientes series de medidas enfocadas en los tratamientos de personas mayores en todos los establecimientos de salud públicos:

- ✓ **Garantizar explícitamente el acceso, oportunidad en la entrega de medicamentos a la población mayor del sistema público (Diálogo de Políticas)**
- ✓ **Construir un arsenal farmacoterapéutico o extender los actuales arsenales de medicamentos** (Lista positiva) revisando los principales tratamientos de personas mayores (82)
- ✓ **Mejorar el sistema de gestión de compras y adquisiciones de medicamentos**, incorporando criterios de buenas práctica de bioequivalentes, eliminar el criterio puntaje de fármacos originales, marca o uso previo en otra institución; profesionalizar las funciones de compra y de distribución; Levantar los procesos de forma sistémica y realizar mejoras necesarias para lograr mayores niveles de eficiencia y efectividad sanitaria en la gestión de medicamentos (40). Importante es señalar que se recomienda convertir la CENABAST de organismo a empresa pública para permitirle obtener mayor agilidad y flexibilidad para actuar en el mercado (29).
- ✓ **Mejorar el uso racional de los medicamentos en tratamientos**, incorporando a equipos directivos en procesos de selección transparentes, basados en competencias, con compromisos de desempeño alineados con el objetivo estratégico del uso racional de medicamentos; potenciar un organismo nacional multidisciplinario autorizado para la coordinación de políticas de uso de medicamentos en personas mayores; gestionar la creación de una plataforma con indicadores de gestión de uso seguro y eficiente de medicamentos de personas mayores de los prestadores públicos (40).

- ✓ **Mejorar la calidad en la evaluación de tecnologías sanitarias** acercando una estrategia de implementación que desarrolle, robustezca y promueva autónomamente a nivel ministerial la incorporación de la evaluación de tecnología sanitaria, la utilización de la medicina basada en la evidencia, las evaluaciones de costo efectividad en las decisiones sobre fármacos y tratamientos de personas mayores (similar a lo que en Chile se hizo en la Ley Ricarte Soto o al NICE Ingles); asociar este proceso a una plataforma pública accesible con información disponible; Crear de un comité de farmacia ministerial con uso de metodología ETESA para los medicamentos en personas mayores priorizados que evalúe, monitorice y actualice periódicamente el arsenal de personas mayores (a excepción de fármacos incorporados a tratamiento de problemas de salud garantizados o que pertenezcan a los problemas de salud de la ley Ricarte Soto) (40) (77) (78) (39) (79)(80).
- ✓ **Aumentar la transparencia, resolutividad y empoderamiento de los comité de farmacia en los procesos de selección de tratamientos** incorporando estrategia de transparencia activa de actas de los comité de farmacias de establecimientos públicos, con declaración de intereses a los miembros del comité de farmacia y de quienes solicitan presentar fármacos o tratamientos a incorporar o a evaluar; fortalecer los comités de farmacia, comités de expertos, foros interdisciplinarios a nivel ministerial, en las instituciones de salud como hospitales, centros de salud familiar y redes de servicios de salud, entregando una mayor capacidad resolutive de quienes lo componen, con apoyo de los directivos de cada institución y los cuales deben dar empoderamiento y reconocimiento de la importancia de estos comité, con altos niveles de transparencia, amplia representación de la organización, competencias técnicas validadas del equipo y con un enfoque multidisciplinario y multidimensional de la asequibilidad al abordar las temáticas priorizadas en adultos mayores (40) (66).
- ✓ **Disminuir la asimetría de información acerca de los fármacos.** Desde el MINSAL, generar estrategias que logren marcos comunes de colaboración entre los comités de farmacia, las unidades de compra de los establecimientos, los servicios de salud, la subsecretaria de redes y de salud pública, el ISP su agencia ANAMED y CENABAST (40). Desarrollar una plataforma de acceso pública con los registros de los medicamentos, productor habilitado, distribuidor habilitado, DCI, tipo de rol comercial (si es genérico, marca similar, marca original, marca propia (si aplica)) disponibles, bioequivalentes disponibles (indicando su innovador o marca de referencia), precios promedio de minoristas disponibles. Además dentro de su información evidencia (si se tiene) de evaluaciones de tecnología de terapias usadas medicamentos para determinados problemas de salud priorizados, por uso, seguridad, impacto económico, evaluaciones de costo efectividad de terapias, entre otras informaciones de interés tanto a la comunidad institucional, prescriptora como usuaria de medicamentos enfocado en personas mayores(40).

## **Beneficios**

- Esta opción propone incorporar múltiples estrategias en distintos ámbitos de la gestión farmacéutica del sector público, las cuales pretende un impacto sanitario mejorando la confianza y garantías de acceso, oportunidad de entrega y calidad de los medicamentos dispensados a personas mayores en los dispositivos públicos, desincentivando el gasto de bolsillo en medicamentos en personas mayores en el sector privado de salud.
- Disminuiría las recetas extrasistema (principal mecanismo de gasto de bolsillo en personas mayores a partir del sistema público) (40).
- Aumentaría la confianza de las personas mayores en los medicamentos recibidos en el sistema público (57) (40).
- Aumentaría la confianza de del mundo clínico en la prescripción de medicamentos del sistema público (57) (40), especialmente en los medicamentos genéricos (98) (81)(99).
- Una adecuada regulación del abastecimiento público puede mejorar tanto del acceso como la oportunidad de entrega de medicamentos en personas mayores, ya que estas no cuentan con los recursos ni la seguridad social suficientes para comprar sus medicamentos en una farmacia comercial (27).
- En el diálogo de políticas realizado con expertas y expertos mediante entrevistas individuales para elaborar este documento, fue referido que una ampliación de arsenales enfocado en personas mayores en el sistema público, no solo teórica, sino que efectiva (CESFAM u hospitales) impactaría positivamente en la población desfavorecida como las personas mayores.
- Convertir la CENABAST de organismo a empresa pública (con derecho privado) le permitiría obtener mayor agilidad y flexibilidad para actuar en el mercado.

## **Riesgos**

- Las propuestas en esta reforma afectarían a un importante sector del sistema público que realiza actualmente ciertas funciones de manera no profesional, principalmente de abastecimiento y adquisiciones.
- Aumentaría la cantidad de registros estadísticos a realizar para llevar a cabo el monitoreo y evaluación de esta política (40).

## **Equidad**

- Debido las condiciones socioeconómicas desfavorables en la mayoría de las Personas Mayores en el país (27), estas propenden a ingresar al seguro público FONASA, haciendo que el costo de política pública para personas mayores más eficiente y equitativa desde el punto de vista fiscal y social respectivamente.
- Esta política propone garantizar el acceso, oportunidad a la población mayor que se atiende en el sector público (27).
- El desabastecimiento de medicamentos esenciales a nivel comunitario constituye una grave amenaza para lograr la cobertura sanitaria universal y la mejora equitativa de los resultados sanitarios (96).

## **Costos**

- Respecto a los costos incurridos en este tipo de políticas, estos serían los mismos evaluados dentro de la planificación del presupuesto destinado a la gestión de los establecimientos públicos de salud solicitados al ministerio de hacienda en el presupuesto anual de la nación y de los gobiernos locales en el caso de la salud municipal.
- El origen de estos fondos es los conseguidos mediante los impuestos generales y la capacidad crediticia de la nación y que son destinados a salud pública.
- Con el objeto de no aumentar el costo de la vida de los pacientes mayores, Se sugiere aumentar el espacio fiscal destinado a salud con mayores impuestos, principalmente específicos (evitar carga impositiva a beneficiarias y beneficiarios del plan), deuda del gobierno, crecimiento económico y/o eficiencia en el gasto fiscal (76).

## **Monitoreo y evaluación**

- Mejorar el sistema de información y monitoreo de funcionamiento de CENABAST (29).
- La evidencia recomienda monitorear esta iniciativa mediante reportes y evaluaciones de tecnologías sanitarias, la cual promovería incentivar la selección o no un tratamiento en función del beneficio potencial que tiene para la salud comparado con los costos, impactando en la magnitud del costo de los medicamentos (77) (78) (39) (79)(80), para poder actualizar la canasta o arsenal farmacoterapéutico a incluir, que daría prioridad de revisar evidencia a medicamentos genéricos en el mercado al ser más costo-efectivos (81) (39) (82).
- Es importante que se realicen evaluaciones de este tipo de política en otros entornos donde se están introduciendo políticas que regulan medicamentos, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Idealmente, las evaluaciones deberían planificarse antes de introducir la política, como parte rutinaria del proceso de implementación de la política (65).

## **Evidencia en otros países**

Otros países que han implementado reformas estrategias de fortalecimiento en la gestión pública de medicamentos: México (83), Países Africanos y otros (96), España (82).

**Tabla de resumen de los hallazgos**

Tipo de Política	N°	Intervención	Autor	año	Fuente	País	Población
Subsidio de medicamentos	5	Financiación selectiva y listas positivas o negativas	Tobar & Godoy	1999	Gris	Internacional	Toda
Abastecimiento del Sector Público	10	Intervención en el desabastecimiento de medicamentos esenciales, mediante una modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud en la gestión de fármacos	Olaniran	2022	Review	Países Africanos y otros*	Toda
			Arteaga	2017	Gris	Chile	Toda
			Vasallo	2010	Gris	Chile	Toda
			Yarza	2020	Gris	Chile	Toda
Promover los medicamentos Genéricos	11	Incentivo y confianza en el uso de los medicamentos genéricos	Fabiano	2012	Primario	Italia	Toda
			Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			FNE	2020	Gris	Chile	Toda
			Celedón	2021	Secundaria	Internacional	Toda
Seguros Basados en el valor	13	Política farmacéutica con enfoque asequibilidad multidimensional de un sistema basado en el valor	Rachev	2021	Review	EE. UU. y otros	Toda
	14	Seguros Basados en el valor en medicamentos	Lee	2013	Review	EE. UU.	Toda
			OCDE	2005	Gris	Internacional	Toda
Esquema de seguros	15	Esquema de seguros en medicamentos	Pantoja	2022	Review	Canadá, EE. UU y otros*	Población Mayor
	16	Cobertura en medicamentos de seguro independiente transitando a un modelo de reembolsos	Moïse	2007	Primario	México	Toda
Política de Reembolsos	20	Precios De Referencia	Vasallo	2010	Gris	Chile	Toda
	22	Reformas de Políticas de Precios de los medicamentos y reembolsos	Puig-Junoy	2004	Primario	España	Toda

Fuente: Elaboración propia.

## CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN

Se recomienda revisar los siguientes facilitadores y barreras de implementación en cada opción de política propuesta como sigue:

### Opción 1: Seguro de medicamentos para personas mayores

#### Facilitadores de implementación

- FONASA sería quien administraría los fondos y facilitaría el financiamiento de la cobertura de medicamentos de la canasta de personas mayores (79).
- Se construiría un listado o arsenal farmacoterapéutico a incluir en la cobertura (Lista positiva) (82)
- Se propendería a seleccionar de medicamentos sin patente vigente, como genéricos o marcas similares, para la contención de costos.
- Se establecería un rol de negociador en FONASA de forma integral con la industria para, en conjunto, establecer y garantizar el abastecimiento de los productos de la canasta del seguro universal, comprometiendo recursos destinados a fortalecer esta política (82).
- Se debería incentivar a la industria a bajar el precio de los medicamentos del *listado de cobertura* (82).
- El mecanismo de dispensa sería todas las farmacias comunitarias del país, incluyendo las populares. Además las Farmacias Independientes o de Barrio podrían ser un punto vital dentro un esquema público para promover una asistencia farmacéutica que privilegie la dispensa de una canasta de estos productos con más enfoque social(29).
- Los Productores y distribuidores han manifestado interés en participar en una mesa de negociación que avance en regulaciones estables y transparentes (29).
- Se incluiría en el rol de vigilancia y fiscalización la exigencia de tener el inventario disponible de estos medicamentos.
- Aquellos medicamentos que tengan problemas de producción nacional de stock se solicitarían excepcionalmente que CENABAST los adquiera y distribuya.
- Es importante aclarar que este tipo de iniciativa no es excluyente, por lo que puede ser perfectamente implementada en conjunto con otras iniciativas que apunten a obtener los mismos resultados.
- Se plantea que las métricas de asequibilidad de medicamentos deben ser multidimensionales y holísticas para minimizar el uso de medidas que están potencialmente sesgadas a favor de ciertas partes interesadas (pagadores, formuladores de políticas y fabricantes), donde se destaca el peligro potencial en que las decisiones relacionadas con los gastos de bolsillo, la cobertura, el reembolso, el racionamiento y la fijación de precios se tomen sin considerar las perspectivas del paciente y del proveedor, donde la mayoría de las intervenciones de políticas sólo se enfocan en ayudar a aliviar una parte de los problemas de asequibilidad (66).
- Comprender las diferencias y similitudes, en particular a medida que los sistemas de atención médica cambian de sistemas basados en el volumen a sistemas basados en el valor y centrados en el paciente, permite tomar decisiones más informadas y holísticas en torno a los costos compartidos, la disposición a pagar y los esquemas de financiación óptimos y opciones clínicas. La falta de superposición entre las partes interesadas destaca los peligros

potenciales en que las decisiones relacionadas con los gastos de bolsillo, la cobertura del seguro, el reembolso y el racionamiento los que se producen al no considerar explícitamente las perspectivas del paciente y del proveedor (66).

### **Barreras de implementación**

- No cubriría todos los medicamentos, solo de uso crónico, definidos dentro de la cobertura (por ejemplo medicamentos psicotrópicos como benzodiazepinas serían excluidos (75)).
- El límite presupuestario producto del aumento en los costos del erario fiscal, donde el gobierno tendría que generar estrategias de contención de costos y aumentar los impuestos y el endeudamiento fiscal (76).
- Ciertos medicamentos no tendrían cobertura (82), lo cual podría ocasionar cierto descontento y desincentivo por el sector productor, distribuidor y dispensario (100).
- Esta política si bien podría generar disminución en los precios de los medicamentos indirectamente al promocionar los medicamentos genéricos por sobre los de marca comercial, podría disuadir a las empresas farmacéuticas de subvencionar de forma cruzada las actividades intensivas en investigación, ya que es menos probable que los productores recuperen su inversión en I+D (92).
- En la industria farmacéutica nacional pudiese haber desabastecimiento de stock por diversos motivos (discontinuidad, retiro de mercado, etc.)
- Cualquier decisión de crear o ampliar los esquemas de seguro de medicamentos existentes, independientemente del nivel de ingresos del país, debe considerar el problema de los aumentos en el gasto farmacéutico que ejercen presión sobre los presupuestos institucionales (públicos y privados) y de las personas(65).
- El aumento de los costos de los productos farmacéuticos es uno de los desafíos comunes que enfrentan actualmente prácticamente todos los sistemas de salud, con el gasto en medicamentos sesgado progresivamente hacia productos de alto costo (OCDE 2017), lo que afecta los presupuestos de los hogares, las aseguradoras y/o los gobiernos. Una parte cada vez mayor gasto total en medicamentos se está moviendo hacia afiliados que llegan a una fase catastrófica de los planes, principalmente debido a la mayor cantidad de productos biológicos y medicamentos especializados de alto costo que han ingresaron al mercado y son prescritos en el sistema de salud (65).  
Al promover la cobertura de medicamentos sin patente como genéricos, pudiese haber un desincentivo en la utilización de esta política ya que existe una confianza moderada en fármacos genéricos (62) (98).



## Opción 2: Subsidio y regulación de precios de medicamentos a personas mayores

### Facilitadores de implementación

- Los factores decisivos regulación de precios que los Estados deben tener en cuenta para la regulación son, a saber: la pluralidad de actores con intereses contrapuestos con la autoridad sobre el proceso; el grado de solidez de las instituciones; la transparencia de los procesos de regulación; y la *accountability* a la que están sujetas las autoridades regulatorias, entre otros (29).
- Tiene como requisito la existencia de medicamentos terapéuticamente intercambiables disponibles en el mercado. Los países agrupan los medicamentos utilizando distintos criterios (ATC-5, ATC-4, ATC-3, o combinación de ellos).
- Se propendería a seleccionar de medicamentos sin patente vigente, como genéricos o marcas similares, para la contención de costos.
- Se establecería un rol de negociador en FONASA de forma integral con la industria para, en conjunto, establecer y garantizar el abastecimiento de los productos de la listado de productos priorizados, comprometiendo recursos destinados a fortalecer esta política (82)
- Se debería incentivar a la industria a bajar el precio de los medicamentos del *listado de cobertura* (82).
- Los Productores y distribuidores han manifestado interés en participar en una mesa de negociación que avance en regulaciones estables y transparentes (29).
- Aquellos medicamentos que tengan problemas de producción nacional de stock se solicitarían excepcionalmente que CENABAST los adquiriera y distribuya.
- Es importante aclarar que este tipo de iniciativa no es excluyente, por lo que puede ser perfectamente implementada en conjunto con otras iniciativas que apunten a obtener los mismos resultados.
- Se plantea que las métricas de asequibilidad de medicamentos deben ser multidimensionales y holísticas para minimizar el uso de medidas que están potencialmente sesgadas a favor de ciertas partes interesadas (pagadores, formuladores de políticas y fabricantes), donde se destaca el peligro potencial en que las decisiones relacionadas con los gastos de bolsillo, la cobertura, el reembolso, el racionamiento y la fijación de precios se tomen sin considerar las perspectivas del paciente y del proveedor, donde la mayoría de las intervenciones de políticas sólo se enfocan en ayudar a aliviar una parte de los problemas de asequibilidad (66).
- Comprender las diferencias y similitudes, en particular a medida que los sistemas de atención médica cambian de sistemas basados en el volumen a sistemas basados en el valor y centrados en el paciente, permite tomar decisiones más informadas y holísticas en torno a los costos compartidos, la disposición a pagar y los esquemas de financiación óptimos y opciones clínicas. La falta de superposición entre las partes interesadas destaca los peligros potenciales en que las decisiones relacionadas con los gastos de bolsillo, la cobertura del seguro, el reembolso y el racionamiento los que se producen al no considerar explícitamente las perspectivas del paciente y del proveedor (66).

## Barreras de implementación

- No cubriría todos los medicamentos, solo de uso crónico, definidos dentro de la cobertura (por ejemplo medicamentos psicotrópicos como benzodiazepinas serían excluidos (75)).
- El límite presupuestario producto del aumento en los costos del erario fiscal, donde el gobierno tendría que generar estrategias de contención de costos y aumentar los impuestos y el endeudamiento fiscal (76).
- Ciertos medicamentos no tendrían cobertura (82), lo cual podría ocasionar cierto descontento y desincentivo por el sector productor, distribuidor y dispensario (100).
- Esta política si bien podría generar disminución en los precios de los medicamentos indirectamente al promocionar los medicamentos genéricos por sobre los de marca comercial, podría disuadir a las empresas farmacéuticas de subvencionar de forma cruzada las actividades intensivas en investigación, ya que es menos probable que los productores recuperen su inversión en I+D (92).
- En la industria farmacéutica nacional pudiese haber desabastecimiento de stock por diversos motivos (discontinuidad, retiro de mercado, etc.)
- El aumento de los costos de los productos farmacéuticos es uno de los desafíos comunes que enfrentan actualmente prácticamente todos los sistemas de salud, con el gasto en medicamentos sesgado progresivamente hacia productos de alto costo (OCDE 2017), lo que afecta los presupuestos de los hogares, las aseguradoras y/o los gobiernos. Una parte cada vez mayor gasto total en medicamentos se está moviendo hacia afiliados que llegan a una fase catastrófica de los planes, principalmente debido a la mayor cantidad de productos biológicos y medicamentos especializados de alto costo que han ingresaron al mercado y son prescritos en el sistema de salud (65).
- Al promover la cobertura de medicamentos sin patente como genéricos, pudiese haber un desincentivo en la utilización de esta política ya que existe una confianza moderada en fármacos genéricos (62) (98).
- En América Latina el control del Estado sobre los precios es muy limitado. En primer lugar, en la mayoría de los países los precios aún permanecen libres como resultado de la ola desreguladora del mercado iniciada en la década del 90. En segundo lugar, porque algunos de los países que han incorporado mecanismos de control no han logrado aún implementarlos de forma efectiva. Se puede sospechar que, al menos en parte, esto responde a debilidades institucionales.
- El grado de efectividad de la regulación varía de país a país. Esta divergencia resulta de tres hechos de importancia: a) la articulación de la estrategia de control de precios con una política nacional de medicamentos; b) el método de regulación de los precios; y c) la composición de la autoridad regulatoria (29).
- Con respecto a la intercambiabilidad hay que considerar que existe un escepticismo difuso sobre la confiabilidad de las pruebas de bioequivalencia y la seguridad de la posibilidad de cambiar de equivalentes de marca a genéricos (98) , por lo que se debe acompañar de educación tanto a prescriptores como a la población (72) (73) (74).

### **Opción 3: Ley de Fármacos III: *Reforma farmacéutica en el sistema público de salud para personas mayores***

#### **Facilitadores de implementación**

- El Estado se tiene que preocupar de proveer, por lo menos, algunos medicamentos a Personas Mayores. Es decir, debe velar en particular por aquellos grupos más vulnerables para que puedan disponer de un conjunto restringido de medicamentos esenciales toda vez que los necesiten (29). Si el estado comenzara a financiar más ampliamente a los medicamentos, esto agregaría un factor que deberá ser considerado al momento de analizar el nuevo comportamiento del mercado de los medicamentos (29).
- Se debe robustecer los mecanismos de compras públicos institucionales de acceso a medicamentos, garantizando el acceso, oportunidad
- Factores determinantes para un sistema de abastecimiento eficiente (40), son:
  - Precios asequibles y competitivos
  - El uso racional de medicamentos
  - El financiamiento sostenible
  - La confiabilidad de los sistemas.
- La promulgación de la Ley de Compras Públicas 19.886 y sus reglamentos, así como la creación de la plataforma de Mercado Publico, no han tenido su correlato en el ámbito de las compras de fármacos e insumos, dado que el sistema de compras públicas no ha tenido un enfoque sectorial. El sistema de compras públicas no ha tenido un enfoque sectorial. En este sentido, se recomienda la revisión integral del sistema de compras públicas de medicamentos e insumos; así como la modernización de los procesos y de la estructura orgánica de la CENABAST es un pendiente del Estado (40).
- Utilizar el poder de compra de CENABAST para negociar mejores precios y condiciones. (29).
- Redefinir el rol de CENABAST como central de abastecimiento desde un organismo estatal a una empresa estatal (29).
- Alta exposición del tema con reclamos sociales para que tenga un rol más relevante en materia regulatoria (29).
- Una política como el plan Auge, con el financiamiento que implica, genera mayores posibilidades de definir políticas y establecer prioridades (29).
- El ISP, dada su condición de organismo autónomo del estado se debería reorganizar en su estructura rectora en materia de medicamentos, ampliando su capacidad de control y fiscalización del sector público. Acompañado de la implementación de un plan estratégico con objetivos y plazos claramente definidos (29).
- La fragmentación del poder ejecutivo estatal para regular el sector salud conspiró negativamente (caso Colusión de Farmacias). En consecuencia, los estudios y diagnósticos de situación se hicieron en forma aislada y desde diferentes planos que no permitieron un abordaje integral de la problemática regulatoria de una transacción que involucraba bienes con alto impacto social como son los medicamentos. Para superar estas limitaciones, la regulación debería permitir, por un lado, la generación de mecanismos para garantizar la disponibilidad, acceso y el uso racional de los medicamentos por parte de la población y, por

otro lado, incrementar la vigilancia y fiscalización de los productos por parte del Estado (29) incluyendo el aparato estatal de dispensa de medicamentos.

- Se debería incluiría en el rol de vigilancia y fiscalización la exigencia de tener el inventario disponible de estos medicamentos

### **Barreras de implementación**

- Falta de voluntad política y displicencia de sectores que no se interesen por mejorar los sistemas de abastecimiento de medicamentos del sector público del país.
- En el diálogo de políticas realizado con expertas y expertos mediante entrevistas individuales para elaborar este documento, fue referido que al momento de fiscalizar el cumplimiento de las políticas garantizadas, los recintos de salud pueden cumplir parcialmente con las obligaciones de acceso y oportunidad de entrega, ya que pudiesen enmascaran problemas de abastecimiento de medicamentos garantizados incurriendo en préstamos o adquisición de bajas cantidades suficiente para cumplir con la garantía en la supervisión, sin embargo puede persistir el tema de rechazos de entrega por desabastecimiento, pudiendo extender recetas al extrasistema y manteniendo una mala percepción del sistema público.
- Los problemas más importantes en el caso de las compras centralizadas se ha presentado entorno a la previsión de la demanda —y, consecuentemente, de los stocks—, y la distribución eficaz de los medicamentos entre las unidades ejecutoras de salud. De otro lado, si se opta por descentralizar las compras el precio medio pagado por el sistema aumenta significativamente (84).
- Problemas de coordinación y organización de las capacidades regulatorias de los organismos estatales del sector salud (29).
- Deficiencia en la definición del rol a cumplir por la CENABAST (29).
- No parece adecuado que una misma entidad proponga regulaciones y programas, luego vele por su cumplimiento y, además, coordine su ejecución, como en el caso de los servicios de salud con los establecimientos de la red (57).

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo fue elaborado desde información ya publicada en sus fuentes respectivas. Además, está basado en las guías de la colaboración SURE, siguiendo criterios de investigación metodológicas y estructuradas de tal manera en que no se intervino directamente en seres humanos, ni tampoco se trabajó con información confidencial o datos sensibles, no siendo necesario establecer para este tipo de investigación consentimientos informados. El autor declara haber redactado el documento con lenguaje neutral (ej. de ancianos o adultos mayores a personas mayores, entre otros) y con enfoque de equidad de género (ej. de beneficiarios a beneficiarias y beneficiarios, entre otros) para promover su utilización en futuras investigaciones y así contribuir a dar conciencia también en estas instancias académicas.

El autor declara que este se desempeñaba en un establecimiento vinculado a la red asistencial de salud del sector público que depende de una corporación municipal con derecho privado del país al momento de realizar este documento. También el autor declara conocer personalmente en su experiencia laboral y académica a las expertas y expertos del diálogo de políticas con anterioridad a la realización de este documento, los cuales dispusieron de su expertiz para colaborar en la selección de las opciones de políticas propuestas por el autor.

## LIMITACIONES

El autor establece las siguientes limitaciones del reporte:

- Sesgo personal, ya que es solo un autor para este trabajo
- La experiencia del investigador en el problema abordado
- La disponibilidad de las fuentes de información y la información de calidad del tema es probable que exista mayor evidencia a la recabada si se buscara en más bases de datos
- Escasos estudios abordan el gasto de bolsillo en medicamentos específicamente en personas mayores, por lo que el autor determinó ampliar ciertos parámetros en la búsqueda de evidencia (como la temporalidad y descriptores en ciencias de la salud)
- Algunos documentos seleccionados no abordan el tema del gasto de bolsillo ni intervenciones para su disminución directamente o de manera específica, pero fueron considerados críticos como parte del marco teórico y conceptual de las intervenciones y estrategias encontradas en la búsqueda estructurada las cuales fueron mencionadas dentro de los hallazgos.
- Es un resumen de políticas limitado temporalmente a la realidad de la política contemporánea al momento de su publicación, por lo que puede que al momento de su publicación haya cambiado el escenario político a considerar
- Es muy importante declarar a las y los lectores que este trabajo no pretende ser una revisión sistemática debido a lo declarado en su propósito inicial, el cual es conseguir ser un resumen de políticas basado en evidencia (*policy brief*) destinado a conminar a tomadores de decisión a revisar la relevancia y posibles alternativas políticas del problema en salud pública señalado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arteaga Ó, Fuentes García A, Martínez MS. Guía de Actividad Formativa Equivalente a la Tesis (AFE), Universidad de Chile. 2021;1-41.
2. The SURE Collaboration. Version 2.1. SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs [Internet]. 2011 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure\\_guides.html](https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html)
3. Claudio Salgado. Reducción del Gasto de Bolsillo en el Sector Salud en Chile: Opciones de políticas (Policy Brief) 2021. 2021 sep.
4. Xu K, Evans, D, Carrin, G, Aguilar-Rivera A. Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. World Health Organization 2005. 2005; Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70005/WHO\\_EIP\\_HSF\\_PB\\_05.02\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70005/WHO_EIP_HSF_PB_05.02_eng.pdf)
5. Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. Sistematización de las Metodologías de Medición del Gasto de Bolsillo en Salud y Propuesta Metodológica para Chile [Internet]. 2013. p. 146. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/296671946\\_SISTEMATIZACION\\_DE\\_LAS\\_METODOLOGIAS\\_DE\\_MEDICION\\_DEL\\_GASTO\\_DE\\_BOLSILLO\\_EN\\_SALUD\\_Y\\_PROPUUESTA\\_METODOLOGICA\\_PARA\\_CHILE](https://www.researchgate.net/publication/296671946_SISTEMATIZACION_DE_LAS_METODOLOGIAS_DE_MEDICION_DEL_GASTO_DE_BOLSILLO_EN_SALUD_Y_PROPUUESTA_METODOLOGICA_PARA_CHILE)
6. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal [Internet]. OMS. 2010. p. 144. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70498>
7. OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. [Internet]. 2000. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
8. Rivas L, Farina S, Oreggioni I. Costos compartidos en salud. Parte I. Revisión del marco conceptual y experiencias en la región de las Américas y el Caribe. OPS - OMS / DIGESNIS - DES. 2013. p. 64.
9. Carrasco P. Costos compartidos en salud: gasto de bolsillo y protección financiera [Internet]. División Economía de la Salud (DES-MSP). 2013. p. 39. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Capitulo\\_5.pdf](https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Capitulo_5.pdf)
10. Díaz MJL, Sánchez OD, Andrés JLP. Copago en la farmacia de hospital. Farm Hosp. 2013;37(5):345-7.
11. Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. Gac Sanit. 2012;26(1):78-9.
12. Repullo JR. Copago sí, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. Amf. 2009;5(11):625-32.
13. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Murauskiene L, Groot W. Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine. J Eurasian Stud. 2015;6(1):46-58.
14. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses [Internet]. 2009. p. 224. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326415>

15. Organización Panamericana de la Salud. Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud en la Región de las Américas [Internet]. 2017. p. 300. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34114>
16. Ruger JP. An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health. *PLoS Med.* 2012;9(8):1-6.
17. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gomez de la Rosa F, Florez-Tanus A, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2018;20(5):591-8.
18. Bruzzo S, Henríquez J, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada. En 2018. p. 1-2. Disponible en: [https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20180316/asocfile/20180316105839/pder478\\_jhenriquez\\_sbruzzo\\_cvelasco.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20180316/asocfile/20180316105839/pder478_jhenriquez_sbruzzo_cvelasco.pdf)
19. Superintendencia de Salud. IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO EN EL GASTO EN SALUD : CHILE 2002 - 2020 Departamento de Estudios y Desarrollo [Internet]. 2006. Disponible en: [https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4021\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4021_recurso_1.pdf)
20. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - CEPAL. Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. Cepal/Onu [Internet]. 2021;1-362. Disponible en: <https://www.cepal.org/fr/node/55610>
21. Santander Sylvia, Leyton Barbara. Plan Nacional De Salud Integral Para Personas Mayores Y Su Plan De Acción 2020-2030 [Internet]. 2021. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores\\_v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf)
22. Olivares P. Documento de Trabajo: Perfil epidemiológico del Adulto Mayor en Chile [Internet]. Departamento de estudios y desarrollo Superintendencia de Salud Gobierno de Chile. 2006. p. 1-20. Disponible en: [http://www.paho.org/enfermedadescronicas%0Awww.paho.org/ncds%0Ahttp://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4020\\_recurso\\_1.pdf](http://www.paho.org/enfermedadescronicas%0Awww.paho.org/ncds%0Ahttp://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4020_recurso_1.pdf)
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos Estándares y Recomendaciones [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. p. 11. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
24. Walker AE. Multiple chronic diseases and quality of life: Patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illn* [Internet]. 2007;3(3):202-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18083677/>
25. Salech F, Daniel Palma QF, Pablo Garrido QF. Epidemiología Del Uso De Medicamentos En El Adulto Mayor. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2016;27(5):660-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.09.011>
26. Ferreira Catão, Carvalho Nicolina Silvana Romano-Lieber II MI, Regina Secoli Eliane Ribeiro V Maria Lúcia Lebrão VI Yeda Aparecida de Oliveira Duarte IV SI, Silvana Romano Lieber N. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil-SABE Study Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo-Estudo SABE Gun Bergsten-Mendes III. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012;15(4):817-44. Disponible en: <http://www.fsp.usp.br/sabe>.

27. CIPEM. Generación silenciosa: Una mirada a las personas mayores en Chile [Internet]. 2019. p. 168. Disponible en: <https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/06/CIPEM-I-Una-mirada-a-las-personas-mayores-en-Chile.pdf>
28. Undurraga R, Becker J. Mujeres trabajadoras jóvenes y pensiones en Chile. *Psicoperspectivas Individuo y Soc.* 2019;18(3).
29. Vasallo C. El Mercado de Medicamentos en Chile: Caracterización y Recomendaciones para la Regulación Económica [Internet]. Junio 2010. 2010. p. 129. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/PUBLICACIONES-2010-2009-2008.html>
30. Ministerio de Economía. El Mercado de Medicamentos en Chile [Internet]. Ministerio de economía, fomento y turismo. 2013. p. 9. Disponible en: <http://www.economia.gob.cl/wp-content/uploads/2013/04/Boletin-Mercado-de-Medicamentos.pdf>
31. Silva-Illanes N., Cuadrado C., Mendoza C. GC. Resumen de evidencia para política de regulación de precios de medicamentos para apoyar la toma de decisiones en Políticas de Salud. (Enero 2017).
32. Andres U, Bello. Encuesta Nacional De Salud 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2021/08/encuesta-nacional-salud-2021c.pdf>
33. Atal J P. El Acceso a los Medicamentos en Chile y el papel de las farmacias municipales [Internet]. 2021. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/breve-22-el-acceso-medicamentos-en-chile-y-el-papel-de-las-farmacias-municipales>
34. Tribunal de la Libre Competencia. Sentencia Colusión Farmacias [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.tdlc.cl/c-184-08-requerimiento-de-la-fne-en-contra-de-farmacias-ahumada-s-a-y-otros/>
35. Checa L, Lagos C, Peña y Lillo M, Cabalín C. Cobertura de prensa del caso “Colusión de las Farmacias”: Análisis de contenido. *Comun y Medios.* 2013;0(25):6-27.
36. Serey V. Indicadores de colusión en el mercado farmacéutico chileno. [Internet]. 2012. p. 18-22. Disponible en: <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/Post.pdf>
37. Rodríguez P. Las farmacias y la ética social [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2009/03/26/las-farmacias-y-la-etica-social/>
38. Herrera DS, Laborde CC, Ahumada B, Lagos MP. Análisis del gasto y mecanismos de compra de medicamentos del sistema nacional de servicios de salud [Internet]. 2017. p. 1-58. Disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/598/articulos-168363\\_recurso\\_1.pdf](http://www.dipres.gob.cl/598/articulos-168363_recurso_1.pdf)
39. Fiscalía Nacional Económica. Estudio de Mercado sobre Medicamentos (EM03-2018) [Internet]. Reporte de la División de Estudios de Mercado. 2020. p. 1-254. Disponible en: <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2020/01/Informe-Final.pdf>
40. Yarza Begoña. Gestión de fármacos en las instituciones de Salud del Estado [Internet]. 2020. p. 3-33. Disponible en: <https://observatoriofiscal.cl/archivos/documento/20200812205130219.pdf>
41. MINSAL. Circular DIVAP C5 N 24 Prescripción, Dispensación e Información al Paciente en establecimientos APS [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.sscoquimbo.cl/gob->



cl/documentos/files/inred/farmacia/28-05-2018/Circular DIVAP C5 N 24 Prescripcion, Dispensacion e Informacion al Paciente en establecimientos APS.pdf

42. OECD. Informal carers | Health at a Glance 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0ebfc7c0-en/index.html?itemId=/content/component/0ebfc7c0-en>
43. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos Ref [Internet]. 2018;(491):1-22. Disponible en: [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491\\_abenitez.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491_abenitez.pdf)
44. Pavón-León P, Reyes-Morales H, Martínez AJ, Méndez-Maín SM, Gogeoascoechea-Trejo M del C, Blázquez-Morales MSL. Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. Gac Sanit. 2017;31(4):286-91.
45. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Galbarro FJ, Rosselli D. Health-related out-of-pocket expenses in older Peruvian adults: Analysis of the national household survey on living conditions and poverty 2017. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018;35(3):390-9.
46. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [Internet]. OECD Publishing. Paris; 2019. p. 243. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)
47. OPS. Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud [Internet]. 53° Consejo Directivo de la OPS, 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2014. p. 26. Disponible en: <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>
48. Barrios OA, Méndez CA. Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2020;44(March):1. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/339765752\\_Crisis\\_social\\_y\\_politica\\_en\\_Chile\\_la\\_demanda\\_por\\_acceso\\_y\\_cobertura\\_universal\\_de\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/339765752_Crisis_social_y_politica_en_Chile_la_demanda_por_acceso_y_cobertura_universal_de_salud)
49. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Gasto de bolsillo: una mirada al gasto en medicamentos [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20190130/20190130113629/pder502\\_abenitez\\_ahernando\\_cvelasco.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20190130/20190130113629/pder502_abenitez_ahernando_cvelasco.pdf)
50. Ministerio de Salud. Informe Final Gasto Catastrófico y de Bolsillo en Salud para el período 1997 – 2012. [Internet]. 2015. p. 0-303. Disponible en: <https://cnlaboratorios.cl/wp-content/uploads/2019/07/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO-1997-2012.pdf>
51. SSMS. Fondo Farmacia [Internet]. 2014. Disponible en: <https://ssms.gob.cl/como-me-cuido/programas-de-salud/fondo-de-farmacia-fofar/>
52. MINSAL. Listado Específico de Prestaciones (LEP) GES [Internet]. 2019. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/lep>
53. MINSAL. Ley 21.198 o Ley CENABAST [Internet]. 2020. p. 1-3. Disponible en: <https://www.cenabast.cl/ley-cenabast-remedios-mas-baratoss-y-de-calidad/>

54. Senado de Chile. Discusión en el senado de Ley de Fármacos II [Internet]. 2022. Disponible en: <https://senado.cl/ley-de-farmacos-2-ad-portas-de-su-llegada-a-sala>
55. Fan VY, Savedoff WD. The health financing transition: A conceptual framework and empirical evidence. *Soc Sci Med*. 2014;105(cspb):112-21.
56. Chang AY, Cowling K, Micah AE, Chapin A, Chen CS, Ikilezi G, et al. Past, present, and future of global health financing: A review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *Lancet*. 2019;393(10187):2233-60.
57. Arteaga Ó, Beyer H, Martínez S, Santelices E, Velasco C, Villarino S. Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud. Cep [Internet]. 2017;23. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/cep/libros/libros-digitales/propuesta-de-modernizacion-y-fortalecimiento-de-los-prestadores>
58. Seong Ju KANG. Government at a Glance 2019 [Internet]. Vol. 6, *Journal of Governance Studies*. 2019. p. 261-75. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2019\\_8ccf5c38-en](https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2019_8ccf5c38-en)
59. Superintendencia de Salud. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global [Internet]. 2013. p. 45. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130118/Memoria.pdf>
60. Julio C, Wolff P, Vegoña Yarza M. Waiting lists management model based on timeliness and justice. *Rev Med Chil*. 2016;144(6):781-7.
61. Arguello S. Estructura del mercado de medicamentos en Chile y gasto de bolsillo en salud en la OCDE. *Bibl del Congr Nac Chile*. 2022;(134.456):1-10.
62. Celedón N., González C., Cuadrado C.. Cuáles son las perspectivas de los pacientes o consumidores sobre el uso de medicamentos genéricos. *Medwave* [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.medwave.cl/puestadia/resepis/8156.html#:~:text=Los fármacos genéricos son entre,nivel del sistema de salud.>
63. Martínez J; Ortega V; Muñoz F. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. *Modelos de formulación. Rev electrónica Trimest enfermería* [Internet]. 2016;43:431-8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300016)
64. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 8: Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Heal Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl 1):S8.
65. Pantoja T, Peñaloza B, Cid C, Herrera CA, Ramsay CR, Hudson J. Pharmaceutical policies: effects of regulating drug insurance schemes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;2022(5).
66. Rachev B, Uyei J, Singh R, Kowal S, Johnson CE. Stakeholder point of view on prescription drug affordability - a systematic literature review and content analysis. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021;125(9):1158-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.06.013>
67. Robinson J, Price A, Goldman Z. The redesign of consumer cost sharing for specialty drugs at

- the California Health Insurance Exchange. *Am J Manag Care*. 2016;22(4):s87-91.
68. Mott DA, Schommer JC. Exploring prescription drug coverage and drug use for older Americans. *Ann Pharmacother*. 2002;36(11):1704-11.
  69. Steinman MA, Sands LP, Covinsky KE. Self-restriction of medications due to cost in seniors without prescription coverage: A national survey. *J Gen Intern Med*. 2001;16(12):793-9.
  70. Heisler M, Langa KM, Eby EL, Fendrick AM, Kabeto MU, Piette JD. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *J Manag care Pharm*. 2004;42(7):626-34.
  71. Kulik A, Desai NR, Shrank WH, Antman EM, Glynn RJ, Levin R, et al. Full prescription coverage versus usual prescription coverage after coronary artery bypass graft surgery: Analysis from the post-myocardial infarction free rx event and economic evaluation (FREEE) randomized trial. *Circulation*. 2013;128(SUPPL.1):219-26.
  72. Tamblyn R, Winslade N, Qian CJ, Moraga T, Huang A. What is in your wallet? A cluster randomized trial of the effects of showing comparative patient out-of-pocket costs on primary care prescribing for uncomplicated hypertension. *Implement Sci*. 2018;13(1):1-14.
  73. Frazier LM, Trig Brown ; J, Divine GW, Fleming GR, Philips NM, Siegal WC, et al. Can physician education lower the cost of prescription drugs? A prospective, controlled trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 1991;115:116-21. Disponible en: <http://annals.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/aim/19730/>
  74. McNitt JD, Bode ET, Nelson E. Long-Term Pharmaceutical Management System. *Anesth Analg*. 1998;87(4):837-42.
  75. Chen, H., Nwangwu, A., Aparasu, R., Essien, E., Sun, S., & Lee K. The Impact of Medicare Part D on Self-Employment. *Res Aging*. 2017;39(1):64-85.
  76. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile CM de CAG. Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/05/Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud.pdf>
  77. Lee JL, Maciejewski M, Raju S, Shrank WH, Choudhry NK. Value-based insurance design: Quality improvement but no cost savings. *Health Aff*. 2013;32(7):1251-7.
  78. Jiménez J. Acceso a Medicamentos De Alto Costo En Enfermedades De Baja Frecuencia. Estudio del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 2012;64.
  79. OCDE. Proyecto de salud de la OCDE: Tecnologías sanitarias y toma de decisiones. *OECD Heal Proj Heal Technol Decis Mak Summ*. 2005;1-8.
  80. Escobar L. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), ¿Una Necesidad para Chile? [Internet]. Super Intendencia de Salud. 2013. Disponible en: [https://www.paho.org/chi/dmdocuments/SUPERINTENDENCIA\\_Liliana\\_ETESA.pdf](https://www.paho.org/chi/dmdocuments/SUPERINTENDENCIA_Liliana_ETESA.pdf)
  81. Silva-Illanes N, Cuadrado C, Mendoza C, Guerrero C. Resumen de evidencia para política de regulación de precios de medicamentos para apoyar la toma de decisiones en Políticas de Salud. *Cent Evid Inf Heal Policy UChile*. 2019;

82. Puig-junoy J. Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain. *Health Policy (New York)*. 2004;67(2):149-65.
83. Moïse P, Docteur E. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico [Internet]. OECD HEALTH WORKING PAPERS. 2007. Disponible en: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-pricing-and-reimbursement-policies-in-mexico\\_302355455158#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-pricing-and-reimbursement-policies-in-mexico_302355455158#page1)
84. Tobar F, Garraza LG. Estrategias económicas y financiamiento del medicamento [Internet]. 1999. Disponible en: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/09/n80a382.pdf>
85. World Health Organization. Medicines reimbursement policies in europe [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf)
86. Ioannides-demos LL, Ibrahim JE, Mcneil JJ. Reference-Based Pricing Schemes Effect on Pharmaceutical Expenditure , Resource Utilisation and Health Outcomes. *Pharmacoeconomics*. 2002;20(9):577-91.
87. Schneeweiss S, Soumerai SB, Maclure M, Dormuth C, Walker AM, Glynn RJ. Clinical and economic consequences of reference pricing for dihydropyridine calcium channel blockers. *Clin Pharmacol Ther*. 2003;74(4):388-400.
88. MINSAL. Listado específico de prestaciones GES [Internet]. Vol. 4. 2022. p. 88-100. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/lep>
89. Green CJ, Maclure M, Fortin PM, Ramsay CR, Aaserud M, Bardal S. Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(8).
90. Jonsson B. Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Sweden. *Pharmacoeconomics*. 1994;6(1):51-60.
91. Acosta A, Ciapponi A, Aaserud M, Vietto V, Austvoll-Dahlgren A, Kösters JP, Vacca C, Machado M, Diaz Ayala DH OA. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10).
92. Pavcnik N. Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-Pocket Expenses? *RAND J Econ*. 2013;33(3):469-87.
93. Jager H De, Suleman F. The impact of generics and generic reference pricing on candesartan and rosuvastatin utilisation , price and expenditure in South Africa. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2018; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0758-x>
94. Aaltonen K, Ragupathy R, Tordoff J, Reith D, Norris P. The impact of pharmaceutical cost containment policies on the range of medicines available and subsidized in Finland and New Zealand. *Value Heal*. 2010;13(1):148-56.
95. New Zealand Government. Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) [Internet]. Catalogue data of New Zealand Government. 2022. Disponible en: [https://catalogue.data.govt.nz/organization/about/pharmaceutical-management-agency#:~:text=Pharmaceutical Management Agency \(PHARMAC\) is,products available in](https://catalogue.data.govt.nz/organization/about/pharmaceutical-management-agency#:~:text=Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) is,products available in)

New Zealand.

96. Olaniran A, Briggs J, Pradhan A, Bogue E, Schreiber B, Dini HS, et al. Stock-outs of essential medicines among community health workers (CHWs) in low- and middle-income countries (LMICs): a systematic literature review of the extent, reasons, and consequences. *Hum Resour Health* [Internet]. 2022;20(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00755-8>
97. Cid C. ¿Qué sabemos del gasto de bolsillo en medicamentos en Chile? [Internet]. 2013. p. 1-14. Disponible en: [https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Medicamentos\\_2013\\_Camilo\\_Cid.pdf](https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Medicamentos_2013_Camilo_Cid.pdf)
98. Fabiano V, Mameli C, Cattaneo D, Delle Fave A, Preziosa A, Mele G, et al. Perceptions and patterns of use of generic drugs among Italian Family Pediatricians: First round results of a web survey. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2012;104(3):247-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.005>
99. Celedón N, González C, Cuadrado C. Perspectivas de los pacientes o consumidores sobre el uso de medicamentos genéricos. *Medwave*. 2021;21(11):e8155.
100. Moreno-Torres I, Puig-Junoy J, M. Raya J. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure : experience in Spain. *Eur J Heal Econ*. 2011;(12):563-73.

## GLOSARIO

Concepto	Glosario
Arsenales Farmacoterapéuticos	Listado de medicamentos disponibles en un establecimiento de salud. También: Arsenal Farmacológico.
Blindaje de recetas	programas de fidelización de clientes a través de la entrega de descuentos, esto es de forma directa o con una promoción que, cada cierta cantidad de unidades, la siguiente es gratis
Cobertura universal	Es el acceso de todas las personas al servicio de salud que necesiten, asegurando una calidad suficiente para ser efectivas y al mismo tiempo que el uso de tales servicios no les exponga a dificultades financieras.
Colusión de precios	Acordar aumentar el precio de un bien o servicio concertadamente entre varios actores del mismo mercado
Comité Farmacoterapéutico o Comité de Farmacia	Organismo técnico-asesor en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos en los establecimientos de la red asistencial de salud pública. Son foros de deliberación en relación con la gestión de fármacos a nivel de establecimientos en salud y a nivel de los Servicios de Salud en Chile. También: Comité de Farmacia.
Copagos	El usuario paga una suma fija o tarifa plana por el producto o servicio.
Coseguros	El usuario paga una proporción fija del costo y el asegurador paga el resto.
Costos Compartidos	Se refieren a que una persona con cobertura en salud pague parte del costo del servicio de salud recibido dada la necesidad de una atención en salud. También: Gastos Compartidos o Pagos Compartidos.
Deducible	Consiste en un mecanismo de pago a un seguro donde el usuario paga hasta una cantidad fija de los gastos y la aseguradora se hace cargo de los gastos que excedan esa cantidad.
Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT)	Grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, que dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Estrategias de afrontamiento	Ayudan a lidiar con los costos directos del tratamiento, así como con los costos indirectos de la atención médica y los medicamentos. Las cinco estrategias de afrontamiento más comunes para financiar tratamientos ambulatorios y hospitalarios son: (i) ingresos o (ii) ahorros, (iii) préstamos de familiares o amigos, (iv) préstamos o créditos con una entidad financiera, y (v) reducir el consumo de alimentos.
<i>Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)</i>	Red establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objeto de promover el uso sistemático de la evidencia de investigación en el proceso de construcción de políticas de salud
Extrasistema	Son aquellas recetas médicas entregadas por profesionales prescriptores para ser retiradas fuera de los establecimientos asistenciales, en especial del sistema público estatal. También se le dice a aquellos pacientes de Isapre, FONASA libre elección, sin previsión u otros que recurren al sistema público de atención
Farmacia Popular	Farmacia de propiedad municipal que dispensa medicamentos a su población inscrita a precio al costo para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos
Farmacias del <i>Retail</i>	Se le dice Farmacia de <i>Retail</i> a todas las farmacias privadas con fines de lucro, especialmente a las de cadenas farmacéuticas.
Fondo de Farmacia (FOFAR)	Con la Resolución Exenta N° 535 del día 28 de abril de 2014 se aprueba el programa Fondo de Farmacia o FOFAR que introduce recursos para mejorar la gestión en la entrega oportuna y gratuita de medicamentos para el tratamiento de hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos altos en el sector público, asegurando disponibilidad y acceso a medicamentos para población con Enfermedades no transmisibles priorizando en los problemas de salud Cardiovascular
Formulario Nacional de Medicamentos	Formulario Nacional de Medicamentos es la nómina de medicamentos esenciales identificados con su denominación común internacional (DCI), forma farmacéutica, dosis y uso indicado. Este formulario servirá de base para determinar las listas mínimas de medicamentos que deberán tener los establecimientos de expendio de productos farmacéuticos. Mediante resolución del MINSAL se aprobarán las monografías, es decir un texto con la descripción de cada medicamento incluido en el listado.

Gasto de Bolsillo en Salud (GBS)	Gasto de bolsillo en salud es el gasto que incurren los hogares en la salud de su familia desde sus ingresos de manera directa
Gasto en Salud Reprimido	Gasto en salud “reprimido” es aquel gasto que no refleja en cifras monetarias su necesidad real de gasto en salud, ya que, si un hogar tiene mermadas sus posibilidades de gasto, ya sea por bajos ingresos o por falta de acceso a crédito ante una situación de gravedad y/o sin acceso a salud.
Gasto Total de Salud	Sumatoria de los gastos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud
Gastos Catastróficos	Gastos que se consideran cuando la magnitud de la carga de gasto de bolsillo supera el 40% de la capacidad de gasto de las familias. La OMS establece como punto de corte el 40%, sin embargo, es posible que los países deseen utilizar un punto de corte diferente al establecer sus políticas nacionales de salud según lo publicado en los resúmenes técnicos para los responsables de la formulación de políticas: “diseñar sistemas de financiación de la salud para reducir los gastos sanitarios catastróficos” Xu (2005).
Gastos de subsistencia	suma que necesita una familia para alimentarse de acuerdo con la definición que haga cada país
Gastos directos	Los honorarios o cargos cobrados frecuentemente por llevar a cabo las consultas médicas, los procedimientos médicos o de investigación, para pagar los medicamentos y otros suministros, así como para los análisis clínicos. También se entiende como los gastos que tiene que hacer el asegurado y que salen de su propio bolsillo al momento de utilizar el servicio, porque estos gastos no están cubiertos por el plan de seguros. también: Pagos o Costos directos
Gastos indirectos	Son aquellos gastos que no tienen relación directa asociada a los gastos en salud, como por ejemplo los gastos asociados al transporte o a los insumos no incluidos en la atención de salud. Además del costo de oportunidad del tiempo determinado por traslados y esperas (tiempo no disponible para cuidado de familia y trabajo formal o informal). También: Costos Indirectos o Pagos Indirectos.
Gastos informales	Pagos extraoficiales o a veces se los denominados “pagos por debajo de la mesa” son aquellos en los que las personas incurren para acceder a servicios de salud, pero cuyo financiamiento debería estar cubierto ya sea por ingresos mancomunados o por algún tipo de sistema de cobertura. También: Pagos o Costos informales.



Integración vertical de Laboratorios y farmacias	Un tipo de estrategia de crecimiento de las empresas farmacéuticas en el que una misma empresa lleva a cabo actividades que tradicionalmente se habían delegado en terceros
Marketing económico de los laboratorios farmacéuticos	Mecanismo por el cual son promovidos medicamentos principalmente de marcas de laboratorios o afines, muchas veces más con un interés económico que clínico, desde una perspectiva fármaco económica.
Mecanismo Regresivo	Mecanismo de financiación que permite que los ricos paguen la misma cantidad que los pobres por un mismo bien o servicio
Medicamento original	Denominado también innovador, o el primero en ser fabricado utilizado como referente en los estudios de bioequivalencia
Medicamentos Ambulatorios	Son aquellos medicamentos que se dispensan en una farmacia generalmente con una receta médica
Medicamentos Bioequivalentes	Son aquellos que, habiéndose registrado como copia de un medicamento innovador, han demostrado mediante estudios biofarmacéuticos que poseen la misma eficacia y seguridad que el producto innovador, y que por ende son intercambiables
Medicamentos de marca	medicamento de marca comercial del laboratorio que produce el fármaco y es dueño de la patente
Medicamentos de marcas propias	medicamentos producidos por los laboratorios de cada farmacia propias
Medicamentos genéricos	medicamentos con nombre del principio activo o denominación común internacional DCI
Medicamentos similares	medicamento que utilizan una patente desarrollada por otro laboratorio también con un nombre comercial
Parlamento	Parlamento se dice al poder parlamentario representado por las cámaras baja o de diputados y alta o de senadores
Poder Ejecutivo	Poder Ejecutivo o ejecutivo, se dice al poder ejercido por el gobierno de turno encabezado por la presidencia de la república
Poli patología o multimorbilidad	Padecer más de una enfermedad crónica a la vez, regularmente no transmisible
<i>Policy Brief</i>	Informe que aborda un problema, aplica evidencia y hace recomendaciones, reuniendo información local y estudios con evidencia global, con el propósito de entregar claridad respecto de un problema de salud priorizado, sus causas, opciones de política para abordar dicho problema e identificar factores claves para la implementación de esas opciones

Polifarmacia	Necesidad del uso concomitante de varios fármacos
Prepago	Significa que la gente paga por adelantado cuando está sana y, más tarde, recurre a los fondos mancomunados cuando se enferman.
Principio Activo	toda sustancia o mezcla de sustancias destinadas a la fabricación de un medicamento y que, al ser utilizadas en su producción, se convierten en un componente activo de dicho medicamento destinado a ejercer una acción farmacológica, inmunológica o metabólica con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, o de establecer un diagnóstico
Producto Interno Bruto	Es un indicador económico que refleja el valor monetario de todos los bienes y servicios finales producidos por un territorio en un determinado periodo de tiempo. Se utiliza para medir la riqueza que genera un país.
Profesionales prescriptores en Chile	Son profesionales habilitados para prescribir una receta médica en donde encontramos de profesiones médicas, dentistas, de obstetricia, de tecnología médica o cualquier otro profesional que esté legalmente habilitado extenderla.
Riesgo Moral	La teoría económica reconoce dos tipos de riesgo moral. El primero se ha dado en llamar riesgo moral ex ante y se asocia con el cambio en el comportamiento de los individuos una vez que estos reciben cobertura bajo algún régimen de aseguramiento, pero antes de la ocurrencia del evento ante el cual están cubiertos. El segundo, se habla de riesgo moral ex post para identificar aquellas conductas que, una vez ocurrido el episodio de enfermedad, implican una utilización de los servicios mayor que lo que se hubiera esperado en ausencia del seguro.
Seguros complementarios	Son aquellos seguros contratados por fuera de la cobertura de salud convencional como ISAPRE o FONASA y que en general otorgan coberturas que sus seguros no cubren.
Sistema previsional de la capitalización individual	El sistema de capitalización individual obligatoria consiste en que las y los trabajadores deben depositar cada mes un porcentaje de su remuneración, sueldo o ingreso imponible en una cuenta personal en una administradora de fondos de pensiones (AFP). Esos recursos tienen como objetivo financiar la pensión futura que recibirá la persona en la etapa de retiro y, en caso de fallecimiento, una pensión de sobrevivencia para sus beneficiarias y beneficiarios

## ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES

AFE	Actividad Formativa Equivalente a Tesis
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento
DCI	Denominación Común Internacional
ECNT	Enfermedades Crónicas No transmisibles
EVIPNet	<i>Evidence-Informed Policy Network</i>
FNE	Fiscalía Nacional Económica
FOFAR	Fondo de Farmacia para ECNT
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GBS	Gasto de Bolsillo en Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
GTH	Gasto total en los hogares
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
LEP GES	listado específico de prestaciones GES
MAI	modalidad de atención institucional
MLE	Modalidad de libre elección
NU-CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, también <i>OECD Organisation for Economic Cooperation and Development</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
SABE	Salud, Bienestar y Envejecimiento
SURE	<i>Supporting The Use of Research Evidence Guides</i>

## ANEXOS

### Anexo 1: Evaluación de la importancia relativa de los resultados.

Revisión:

Evaluada por:

Fecha:

Califique la importancia relativa de cada resultado en una escala de 9 puntos que va de 1 (no importante) a 9 (crítico).

1-3: No es importante y no se incluye en la Tabla resumen de hallazgos / *Summary of Findings* (SoF).

4-6: Importante pero no crítico para tomar una decisión (la inclusión en la tabla SoF puede depender de cuántos otros resultados importantes existen)

7-9: Fundamental para tomar una decisión y definitivamente debe incluirse en la Tabla SoF.

Incluya los posibles efectos indeseables (daños) y el uso de recursos (costos), así como los efectos deseables (beneficios).

Resultado/desenlace	Iniciales de las personas que evalúan la importancia relativa de los resultados				Consenso
	Importancia relativa (1-9)				
<b>A</b>					
<b>B</b>					
<b>C</b>					

**Fuente:** Basado y adaptado de SURE Worksheet for preparing a summary of findings using the GRADE framework. From the SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs. Version 2.1 [updated November 2011]. Available from [www.evipnet.org/sure](http://www.evipnet.org/sure)

## Anexo 2: Tabla resumen de hallazgos

Título: <sup>i</sup>		
Pacientes o población: <sup>ii</sup>		
Escenario/entorno:		
Intervención:		
Comparación:		
Resultados (beneficio, perjuicio, costos) <sup>iii</sup>	Impacto <sup>iv</sup>	Número de participantes/ Cantidad de estudios <sup>v</sup>

**Fuente:** Basado y adaptado de SURE Worksheet for preparing a summary of findings using the GRADE framework. From the SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs. Version 2.1 [updated November 2011]. Available from [www.evipnet.org/sure](http://www.evipnet.org/sure)

### Clave para la tabla resumen de hallazgos

- I. Un título que indica la comparación resumida en la tabla.
- II. Las características de la evidencia, incluidos los tipos de participantes (pacientes o poblaciones), los tipos de entornos (por ejemplo, países) donde se realizaron los estudios, la intervención y con qué se comparó la intervención.
- III. Los resultados más importantes, incluidos los beneficios previstos, los posibles daños y costos
- IV. El impacto estimado de la intervención en cada resultado (preferiblemente proporcionado cuantitativamente)
- V. La cantidad de información en la que se basa la información, como el número de participantes o unidades (por ejemplo, instalaciones), así como el número de estudios.

### Anexo 3: Figuras y Tablas del documento

- ✓ Figura N°1: Flujograma resumen del proceso de selección de la literatura. Fuente: Elaborado por el autor.
- ✓ Figura N°2 Cubo o figura de tres dimensiones que la OMS propone para tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal. Fuente: OMS 2000. Informe sobre salud en el mundo.
- ✓ Figura N°3 Porcentaje de consumo de hogares por cuartiles de ingreso en un estudio de hogares de vietnam (Nguyen KT, Khuat OTH, Ma S, Pham DC, KhuatGTH, et al. 2012). Dada una necesidad del pago en la asistencia médica, en comparación con hogares sin tratamiento hospitalario, los hogares con tratamiento hospitalario redujeron el consumo de alimentos, educación y medios de producción, y la disminución más significativa se produce en el ítem alimentación del cuartil de ingresos más bajo de la población. Fuente: "An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health". Ruger 2012.
- ✓ Figura N°4 de Porcentaje de Estrategias de afrontamiento del tratamiento hospitalario (i) ingresos o (ii) ahorros, (iii) préstamos de familiares o amigos, (iv) préstamos o créditos con una entidad financiera, y (v) reducir el consumo de alimentos, comparando de acuerdo con la condición socioeconómica de pobreza, cerca o no. Fuente: An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health. Ruger 2012

- ✓ Figura N°5 costos totales del tratamiento en pacientes hospitalizados. Se puede observar que se incluyen no solo los costos médicos directos (como instalaciones y tratamientos de salud), sino también, según la cultura y el entorno, los costos indirectos, como pagos no oficiales, donaciones, transporte, costos de cuidadores, costos de alimentos y pérdida de ingresos por falta de trabajo. Las medidas convencionales de protección financiera subestiman estos costos. Fuente: An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health. Ruger 2012.
- ✓ Figura N°6 Sospecha de Hipertensión Arterial (HTA) por grupos de edad. Fuentes: Encuestas nacionales de salud 2009-2010 y 2016-2017. Adaptado del plan nacional de salud integral para personas mayores su plan de acción 2020-2030 (2021).
- ✓ Figura N°7 Prevalencia del consumo de medicamentos Fuentes: Encuestas nacionales de salud 2009-2010 y 2016-17. Adaptado del plan nacional de salud integral para personas mayores su plan de acción 2020-2030 (2021).
- ✓ Figura N°8. Gasto total en salud por tipo de financiamiento 2019. Fuente: OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris 2021
- ✓ Figura N°9: Gráfico de evolución de precios promedio de las innovaciones (2005 -2007), Vasallo 2010, (datos IMS, análisis DESAL)
- ✓ Tabla N°1. Porcentaje del gasto de bolsillo en salud destinado a cada ítem de salud en promedio para los hogares, años 2012 y 2016, según características del hogar Fuente: Benitez A, Hernando A, Velasco C. 2018; En base al Instituto Nacional de Estadísticas (2013, 2018).
- ✓ Tabla N°2 Prevalencia de enfermedades no transmisibles (%). Comparación entre grupos de edades. Fuente Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017). Adaptado del plan nacional de salud integral para personas mayores su plan de acción 2020-2030 (2021).
- ✓ Tabla N°3 Análisis del gasto y mecanismos de compra de medicamentos del sistema nacional de servicios de salud, Fuente: Ministerio de Hacienda 2017.

#### Anexo 4: Tabla resumen de artículos seleccionados en el documento

Búsqueda	Artículo	Autor	Año	Estudio	País	Población
Principal	The impact of pharmaceutical cost containment policies on the range of medicines available and subsidized in Finland and New Zealand	Aaltonen	2009	Primario	Finlandia y Nueva Zelanda	Toda
Principal	Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies	Acosta	2014	Review	Canadá y otros	Población Mayor
Principal	The Impact of Medicare Part D on Self-Employment	Chen	2008	Primario	EE. UU.	Toda
Principal	Perceptions and patterns of use of generic drugs among Italian Family Pediatricians: First round results of a web survey	Fabiano	2012	Primario	Italia	Toda
Principal	Can physician education lower the cost of prescription drugs? A prospective, controlled trial	Frazier	1991	Primario	EE. UU.	Toda
Principal	Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement	Green	2010	Review	Canadá, EE. UU y otros	Toda
Principal	The health effects of restricting prescription medication use because of cost	Heisler	2004	Primario	EE. UU.	Población Mayor
Principal	Reference-Based Pricing Schemes Effect on Pharmaceutical Expenditure, Resource Utilisation and Health Outcomes	Ioannides-Demos	2002	Review	Australia y otros	Toda
Principal	The impact of generics and generic reference pricing on candesartan and rosuvastatin utilisation, price and expenditure in South Africa	Jager	2019	Primario	Sudáfrica	Toda
Principal	Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Sweden	Jönsson	1994	Primario	Suecia	Toda
Principal	Piloting a financial counseling intervention for patients with cancer receiving chemotherapy	Kircher	2019	Primario	EE. UU.	Toda
Principal	The effects of payments for pharmaceuticals: A systematic literature review	Kolasa	2019	Review	EE. UU. y otros	Toda
Principal	Full prescription coverage versus usual prescription coverage after coronary artery bypass graft surgery: Analysis from the post-myocardial infarction free rx event and economic evaluation (FREEE) randomized trial	Kulik	2014	Primario	EE. UU.	Población Mayor
Principal	Long-Term Pharmaceutical Management System	McNitt	1998	Primario	EE. UU.	Toda
Principal	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico	Moïse	2007	Primario	México	Toda
Principal	The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain	Moreno-Torres	2011	Primario	España	Toda
Principal	Exploring prescription drug coverage and drug use for older Americans	Mott	2002	Primario	EE. UU.	Población Mayor
Principal	Stock-outs of essential medicines among community health workers (CHWs) in low- and middle-income countries (LMICs): a systematic literature review of the extent, reasons, and consequences	Olaniran	2022	Review	Países Africanos y otros	Toda
Principal	Pharmaceutical policies: effects of regulating drug insurance schemes	Pantoja	2022	Review	Canadá, EE. UU y otros	Población Mayor
Principal	Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-Pocket Expenses?	Pavenik	2002	Primario	Alemania	Toda
Principal	Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain	Puig-Junoy	2004	Primario	España	Toda
Principal	Stakeholder point of view on prescription drug affordability - a systematic literature review and content analysis	Rachev	2021	Review	EE. UU. y otros	Toda

Principal	The redesign of consumer cost sharing for specialty drugs at the California Health Insurance Exchange	Robinson	2016	Primario	EE. UU.	Toda
Principal	Clinical and economic consequences of reference pricing for dihydropyridine calcium channel blockers	Schneeweiss	2003	Primario	Canadá	Población Mayor
Principal	The PRICE clinic for low-income elderly: a managed care model for implementing pharmacist-directed services	Stebbins	2005	Primario	EE. UU.	Población Mayor
Principal	Self-restriction of medications due to cost in seniors without prescription coverage: A national survey	Steinman	2001	Primario	EE. UU.	Población Mayor
Principal	What is in your wallet? A cluster randomized trial of the effects of showing comparative patient out-of-pocket costs on primary care prescribing for uncomplicated hypertension	Tamblyn	2018	Primario	Canadá	Toda
Principal	Does pharmacist-supervised intervention through pharmaceutical care program influence direct healthcare cost burden of newly diagnosed diabetics in a tertiary care teaching hospital in Nepal: A non-clinical randomised controlled trial approach	Upadhyay	2016	Primario	Nepal	Toda
Principal	How value-based policy interventions influence price negotiations for new medicines: An experimental approach and initial evidence	Wettstein	2021	Primario	Holanda	Toda
Principal	Therapeutic substitution and therapeutic conservatism as cost-containment strategies in primary care: a study of fundholders and non-fundholders	Wilson	1999	Primario	Inglaterra	Toda
Comp.	Value-Based Insurance Design: Quality Improvement but No Cost Savings	Lee	2013	Review	EE. UU.	Toda
Comp.	Resumen de evidencia para política de regulación de precios de medicamentos para apoyar la toma de decisiones en Políticas de Salud	Silva-Illanes	2017	Secundario	Internacional	Toda
Comp.	Beneficios tributarios al gasto de bolsillo en salud	Eterovic	2018	Primario	Chile	Toda
Comp.	Tributación de medicamentos	Cavada	2016	Gris	Chile	Toda
Comp.	Coloquio: 'Se busca' liderazgo en tema farmacéutico, TEMA: ¿Laboratorio farmacéutico estatal?	Santa Cruz	2015	Gris	Chile	Toda
Comp.	Proyecto de salud de la OCDE: Tecnologías sanitarias y toma de decisiones	OCDE	2005	Gris	OCDE	Toda
Comp.	Estudio de Mercado sobre Medicamentos	FNE	2020	Gris	Chile	Toda
Comp.	Perspectivas de los pacientes o consumidores sobre el uso de medicamentos genéricos	Celedón	2021	Secundario	Internacional	Toda
Comp.	Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile	ESP, COLMED	2018	Gris	Chile	Toda
Comp.	Estrategias económicas y financiamiento del medicamento	Tobar & Godoy	1999	Gris	Internacional	Toda
Comp.	Medicines reimbursement policies in Europe	OMS	2018	Gris	Europa	Toda
Comp.	Gestión de fármacos en instituciones de salud del Estado	Yarza	2020	Gris	Chile	Toda
Comp.	Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud	Arteaga	2017	Gris	Chile	Toda
Comp.	El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica	Vasallo	2010	Gris	Chile	Toda



**Anexo 5: Tabla resumen de intervenciones analizadas como resultado del análisis de los artículos seleccionados**

Tipo de Política	N°	Intervención	Autor	año	Fuente	País	Población
Beneficio tributario	1	Beneficio tributario en gasto de bolsillo en medicamentos	Eterovic	2018	Primaria	Chile	Toda
	2	Exención de pago de IVA en medicamentos	Cavada	2016	Gris	Chile	Toda
Mayorista Estatal	3	Implementación de un laboratorio farmacéutico estatal	Santa Cruz	2015	Gris	Chile	Toda
Subsidio de medicamentos	4	Subsidio de medicamentos gestionados mediante una agencia gubernamental	Aaltonen	2010	Primaria	Nueva Zelanda y Finlandia	Toda
	5	Financiación selectiva y listas positivas o negativas	Tobar & Godoy	1999	Gris	Internacional	Toda
Educación de control de costes	6	Información de asequibilidad de los tratamientos previa prescripción a prescriptores y pacientes.	Tamblyn	2018	Primario	Canadá	Toda
	7	Intervención de educación de control de costes a prescriptores y pacientes.	Kirtcher	2019	Primario	EE. UU.	Toda
			Frazier	1991	Primario	EE. UU.	Toda
McNitt	1998	Primario	EE. UU.	Toda			
Intervención de Farmacéuticos en control de costos	8	Modelo "PRICE Clinic"	Stebbins	2005	Primario	EE. UU.	Población Mayor
	9	Intervención de farmacéuticos en programas de atención farmacéutica en la carga de costos directos	Upadhyay	2016	Primario	Nepal	Toda
Abastecimiento del Sector Público	10	Intervención en el desabastecimiento de medicamentos esenciales, mediante una modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud en la Gestión de fármacos	Olaniran	2022	Review	Países Africanos y otros	Toda
			Arteaga	2017	Gris	Chile	Toda
			Vasallo	2010	Gris	Chile	Toda
			Yarza	2020	Gris	Chile	Toda
Promover los medicamentos Genéricos	11	Incentivo y confianza en el uso de los medicamentos genéricos	Fabiano	2012	Primario	Italia	Toda
			Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			FNE	2020	Gris	Chile	Toda
			Celedón	2021	Secundaria	Internacional	Toda
12	Sustitución Terapéutica o conservadurismo terapéutico como estrategias de contención de costes	Wilson	1999	Primario	Inglaterra	Toda	
Seguros Basados en el valor	13	Política farmacéutica con enfoque asequibilidad multidimensional de un sistema basado en el valor	Rachev	2021	Review	EE. UU. y otros	Toda
	14	Seguros Basados en el valor en medicamentos	Lee	2013	Review	EE. UU.	Toda
			OCDE	2005	Gris	Internacional	Toda
Esquema de seguros	15	Esquema de seguros en medicamentos	Steinman	2001	Primario	EE. UU.	Población Mayor
			Heisler	2004	Primario	EE. UU.	
			Pantoja	2022	Review	Canadá, EE. UU y otros	
	16	Cobertura en medicamentos de seguro independiente transitando a un modelo de reembolsos	Moïse	2007	Primario	México	Toda

	17	Cobertura de medicamentos para personas Mayores	Mott	2002	Primario	EE. UU.	Población Mayor
			Chen	2008	Primario	EE. UU.	Toda
	18	Deducible específico, opción de medicamento especializado y límite de pago mensual	Robinson	2016	Primario	EE. UU.	Toda
Disminuir costos compartidos	19	Disminución medida de los costos compartidos para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos	Kulik	2014	Primario	EE. UU.	Población Mayor
			Kolasa	2019	Review	EE. UU. y otros*	Toda
Política de Reembolsos	20	Precios De Referencia	Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			OMS	2018	Gris	Europa	Toda
			Vasallo	2010	Gris	Chile	Toda
			Ioannides-Demos	2002	Review	Australia y otros*	Toda
			Schneeweiss	2003	Primario	Canadá	Población Mayor
			Acosta	2014	Review	Canadá y otros*	Población Mayor
			Jager	2019	Primario	Sudáfrica	Toda
	21	Precios Índice	Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			Acosta	2014	Review	Canadá y otros*	Población Mayor
	22	Reformas de Políticas de Precios de los medicamentos y reembolsos	Puig-Junoy	2004	Primario	España	Toda
	23	Sistema de reembolso y regulación de precios mediante una agencia dedicada	Jönsson	1994	Primario	Suecia	Toda
	24	Políticas que limitan el reembolso de fármacos por prescripción de medicamentos específicos	Green	2010	Review	Canadá, EE. UU y otros*	Toda
	25	Plan de reembolso de seguros en Alemania como alternativa a la regulación directa de precios	Pavenik	2002	Primario	Alemania	Toda
Política de Precio máximo (Price Cap)	26	Precios de Referencia Externa	Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			Wettstein	2021	Primario	Holanda	Toda
27	Política de Precio máximo o Price Cap: Vinculación del precio del genérico	Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda	
Regulación de márgenes	28	Regulación de márgenes, margins o mark-ups en la cadena de distribución	Silva-Illanes	2017	Secundaria	Internacional	Toda
			Moreno-Torres	2011	Primario	España	Toda

#### Anexo 6: Expertas y expertos entrevistados individualmente en el diálogo de políticas.

- QF. **Cecilia Veas Palominos**, Magíster en Salud Pública (Universidad de Chile), Investigadora de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, MINSAL.
- **Alberto Muñoz Vergara**, *Master of Arts in Economics (Georgetown University)* Académico del Programa de Políticas, Sistemas y Gestión de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile,
- QF. **Óscar Aguilar Kent**, Director Técnico de Farmacia Popular de Pudahuel Sur