



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE DERECHO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DEL DERECHO.**

“ANTECEDENTES DE LAS FARMACIAS POPULARES, UN TIPO DE FARMACIA COMUNAL:

ANÁLISIS ECONÓMICO EN DERECHO DENTRO DE LA GENEALOGÍA DEL PODER

FARMACOLÓGICO.”

LEYLA PAZ CONSTANTINO FARIÑA

PROF.: RICARDO CAMARGO BRITO

Santiago, Chile, 2016

INDICE

	Pág.
I. <u>RESUMEN</u>	4
II. <u>INTRODUCCIÓN</u>	5
III. <u>PRIMERA PARTE: EL SISTEMA DE SALUD CHILENO, BASES PARA EL SURGIMIENTOS DE LA FARMACIA POPULAR.</u>	
A. El Sistema de Salud en Chile: La Farmacia Dentro de la Administración Municipal y su Relación con el Gobierno Central en Salud	7
B. Modelo de Salud Familiar y Comunitario, La Atención Primaria de Salud Municipal y el Acceso a Medicamentos	13
C. Principales Problemáticas de los Sistemas de Salud y la Atención Primaria de Salud	20
D. Ámbito de Competencia del Municipio y La Creación de la Farmacia Popular	24
E. Sustento Jurídico del Artículo 4° de la Ley Orgánica de Municipalidades Antecedentes de la Competencia del Municipio y la Creación de la Farmacia Popular	29
IV. <u>SEGUNDA PARTE: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN CHILE.</u>	
A. La Protección a la Salud y Los Medicamentos Esenciales en Chile	43
B. Acceso, Calidad y Uso Racional: Componentes Principales de una Política Nacional de Medicamentos según la OMS	50
C. Política Nacional de Medicamentos y Mercado de Medicamentos en Chile: Principales Problemáticas	55

V.	<u>TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LAS FARMACIAS EN CHILE: FARMACIAS POPULARES.</u>	
A.	La Farmacia en Chile	67
B.	Farmacias Municipales	71
C.	Modelo Comparado En América Latina: caso de Brasil	74
D.	Análisis Económico de la Política Pública Farmacia Popular	78
E.	Farmacias Populares: ¿Una Nueva Concepción de Medicamento que se Instala en Nuestro País?	106
VI.	<u>CONCLUSIONES FINALES</u>	108
VII.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	112
VIII.	<u>ANEXOS</u>	121

I. RESUMEN

La siguiente investigación busca generar un antecedente sobre el reciente fenómeno de las farmacias populares. Estas se enmarcan dentro de la genealogía del poder farmacológico hasta ahora caracterizado por la economía como imperante, logrando un verdadero control o biopoder negativo en torno a la salud de la población. Las farmacias populares son una respuesta ante las fallas fuertes del mercado, y las ganas de mejorar los niveles cualitativos y cuantitativos del acceso a medicamentos en Chile, lo que debe ser gestionado en forma directa, a ojos de esta investigación, por la administración pública quien es capaz de transformar el medicamento de un bien de consumo a un bien social a través de la internalización del acceso a medicamentos en manos de los municipios.

Creemos que si delimitamos la estructura orgánica que envuelve a las farmacias populares y la dota de competencia, nos permitirá luego analizarla con más claridad como una política pública, pero desde un análisis económico de derecho basado en la eficiencia. Así, podremos vislumbrar las fortalezas y debilidades que se deben trabajar en la medida a largo plazo.

II. INTRODUCCIÓN

La falta de acceso a medicamentos esenciales sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial¹. En las sociedades de hoy, el contacto inicial con los medicamentos que ayudan a la salud, ocurre en las farmacias, y por tanto, es por medio de estas y el contexto farmacológico que las envuelve, en donde se establecen relaciones de poder, al lograr un control de las vidas de las personas, por medio de la salud.

El siguiente trabajo busca describir y analizar el bullado fenómeno implementado por la comuna de Recoleta, la llamada Farmacia Popular. De la cual, si bien a la fecha, no hay muchos datos referentes que permitan un mejor entendimiento y estudio de su aparición, funcionamiento y evaluación como una política pública sanitaria, es lo que se busca ir develando como resultado de la siguiente investigación a fin de aportar con algunos antecedentes sobre esta materia.

En esta línea se hace interesante inmiscuirse en el sistema de salud neoliberal imperante en Chile y como las farmacias populares vienen a remecer este biopoder alcanzado hasta ahora dentro de la farmacología y su relación con la salud.

Para lograrlo, se analizarán los procesos de creación, producción, distribución y comercialización de los medicamentos en Chile. Esto implica realizar un trabajo descriptivo sobre el sistema de salud preponderante en Chile y la Atención Primaria de Salud. Generando un marco de antecedentes respecto al modelo impulsado por la comuna de Recoleta, para alcanzar su entendimiento, y posterior análisis como una política pública sanitaria.

Se hace esencial además, revisar las problemáticas del mercado de los medicamentos y las farmacias en Chile, donde se visualiza el blanco de acción del poder regulatorio o

¹ **Organization, World Health.** Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Acceso Equitativo a los Medicamentos Esenciales: un marco para la acción colectiva.* [En línea] Marzo de 2004. http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_sp.pdf.

biopolítica, para determinar, las relaciones con la farmacia popular, así como una revisión comparada con Brasil, país en que se inspiró Recoleta para llevar a cabo la medida.

Debido a lo reciente de la medida, su tratamiento y análisis será a través de un análisis económico de derecho, en función de su eficiencia, por medio de la creación de una inecuación que represente gráficamente la implementación de la medida, de modo de, descubrir sus falencias y fortalezas, y generar un aporte a su desarrollo posterior.

De este modo, podremos percibir el sistema de salud preponderante en el que viene a irrumpir este nuevo modelo de farmacias a cargo del municipio, con su propuesta de un cambio sobre la arraigada idea que hasta aquí existía sobre los medicamentos como un bien de consumo dentro del movimiento incesante de una economía del poder instalada y controladora.

III. PRIMERA PARTE : EL SISTEMA DE SALUD CHILENO, BASES PARA EL SURGIMIENTO DE LA FARMACIA POPULAR

Esta primera parte busca introducir al sistema orgánico estructural existente en Chile, en materia de salud ya que este, se liga profundamente con la creación, producción, distribución y comercialización de los medicamentos. Esto permitirá comprender dónde se enmarca la creación de las llamadas Farmacias Populares, dando los atisbos que justifican tanto su implementación, como el ámbito de su competencia.

A) El Sistema de Salud en Chile: La Farmacia Dentro de la Administración Municipal y su Relación con el Gobierno Central en Salud.

El pertinente análisis de las llamadas Farmacias Populares, debe iniciarse por medio del entendimiento de las Farmacias Comunes, es decir aquellas instituciones de suministros asistenciales de salud dependientes de los municipios.

En este sentido, las farmacias comunales en Chile, se engloban en el sistema de salud y por tanto, se enmarcan en lo que se conoce como función de rectoría². Esta es la más importante de las funciones políticas del sistema de salud e implica el ejercicio de la política pública en salud, que es competencia indelegable del Estado y que se ejerce a través de la autoridad sanitaria abarcando, la conducción, regulación y responsabilización del sistema de salud³.

En Chile, la autoridad sanitaria corresponde al Ministerio de Salud, pero su institucionalidad se encuentra fragmentada en diversos organismos que ejercen este cometido en el ámbito de sus funciones específicas. De esta forma, se relaciona por

² **Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría.** La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago, Chile : s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.

³ Ídem.

ejemplo, con organismos como el municipio, que son en definitiva, organismos ejecutores de planes y programas de salud a cuyo respecto el Ministerio de Salud tiene tuición, como entidad rectora del sector, y a través de los cuales se concreta la protección constitucional consagrada en el artículo 19, N° 9, de la Carta Fundamental y las garantías explícitas que contempla la legislación sanitaria, sobre calidad, acceso y oportunidad de las prestaciones, en materia de salud, en teoría.

De este modo, la autoridad sanitaria, tiene como propósito definir e implementar las decisiones y acciones públicas, para garantizar la satisfacción de las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de actores sociales⁴, de manera de custodiar y velar por el bien público en el ámbito de salud.

El nacimiento de las farmacias dependientes del municipio, radica principalmente en la estructura histórica que adquirió nuestro sistema de salud y de las problemáticas que este trae aparejado. Ambas situaciones, se pueden resumir en lo que se conoce como; la fragmentación de la prestación de los servicios de salud, la que se concretiza tras el gobierno militar.

Cabe manifestar que con arreglo a lo previsto en el artículo 38 del decreto ley N° 3.063, de 1979, según su texto vigente a la sazón, y en el decreto con fuerza de ley N° 1-3.063, de 1980, del Ministerio del Interior, las municipalidades tomaron a su cargo la administración de los servicios de atención primaria, que con anterioridad ejercía el Ministerio de Salud. Esta entrega, se efectúa con el preciso objeto de obtener un adecuado desarrollo de la atención de salud en el nivel primario.

A esta fragmentación de los servicios se suma, que nuestro sistema de salud, es mixto o dual, separando a las personas en dos modelos principales de aseguramiento; uno público

⁴ Ídem.

y otro, privado, tanto para la previsión de servicios de salud como respecto a la estructura de financiamiento⁵. Esta situación dual, se institucionalizó en nuestro país, a partir del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 que en 1981, se impuso con la privatización de la contribución social de salud (7%) y simultáneamente, se facultó a las instituciones privadas para seleccionar a las personas por ingreso y riesgo.

El sector privado, se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES que cubren aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos⁶.

Los chilenos podemos escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios⁷. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud.

Además, en nuestro sistema de salud, alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas.

El sector de la población que comprende a los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud.

⁵ **Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría.** La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago, Chile : s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2

⁶ **Becerril-Montekio , Víctor; Reyes, Juan de Dios Reyes; Manuel , Annick.** Artículo de Revisión: Sistema de Salud en Chile. Salud Publica Mex 2011; vol. 53 supl 2:S132-S143.

⁷ Ídem.

El sector público, y que es el que importa, para efectos de esta investigación, está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que comprende; el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud⁸. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él⁹.

La estructura de este subsector público se puede comprender desde dos aspectos. Uno, el financiero, representado principalmente por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuyas fuentes de financiamiento provienen de aportes fiscales por medio de impuestos generales, de las contribuciones obligatorias de los trabajadores que han optado por atenderse en el sistema público y por copagos. Y dos, la prestación de los servicios, donde el sector público opera a través del Sistema Nacional de Salud en todas sus modalidades, como hospitales y centros de atención primaria. En este último, podemos ubicar al municipio, y por ende, comprender la administración municipal y su relación con el gobierno central en materia de salud, por medio de los programas familiares y comunitarios que se encuentran dentro de la prestación de servicios públicos a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales, más el Sistema Municipal de Atención Primaria.

El sistema sufrió una reforma en 2004, creando el Régimen General de Garantías en Salud, que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas que se tradujo, en 2005, en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso

⁸ **Becerril-Montekio , Víctor; Reyes, Juan de Dios Reyes; Manuel , Annick.** Artículo de Revisión: Sistema de Salud en Chile. *Salud Publica Mex* 2011;vol. 53 supl 2:S132-S143.

⁹ Ídem.

oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, incluyendo cáncer en niños, cáncer de mama, trastornos isquémicos del corazón, VIH/SIDA y diabetes¹⁰.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de los 29 Servicios de Salud Regionales en todo el territorio, provee servicios ambulatorios –donde se encuentra la dispensación de medicamentos- y hospitalarios para los afiliados al FONASA.

Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos modalidades de atención: la atención institucional (MAI) y la libre elección (MLE)¹¹. La primera comprende la atención que brindan las instituciones públicas de salud con cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Al momento de recibir la atención, los usuarios deben realizar copagos que van de 10 a 20% del precio del servicio fijado por FONASA de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres, los mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas¹². La modalidad institucional suele afiliar a los ciudadanos de menores recursos y a todas aquellas personas que se acogen al plan de beneficios del Plan AUGE.

En materia de acceso a medicamentos, este sistema se traduce, en que al menos ocho millones de personas, que son los que pertenecen hoy a los grupos A y B de FONASA, debiesen recibir sin costo alguno para sus tratamientos los medicamentos necesarios¹³.

El acceso a medicamentos para los afiliados al FONASA según lo establece la normativa vigente¹⁴, comprende a todos quienes se atiendan en consultorios generales urbanos y rurales o en postas rurales de salud, que recibirán de forma gratuita los productos

¹⁰ Ídem.

¹¹ Ídem.

¹² **Becerril-Montekio , Víctor; Reyes, Juan de Dios Reyes; Manuel , Annick.** Artículo de Revisión: Sistema de Salud en Chile. Salud Publica Mex 2011; vol. 53 supl 2:S132-S143.

¹³ **Libertad y Desarrollo.** Temas Públicos N° 1.234-1. “Farmacias Populares”: Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

¹⁴ **Resolución Exenta 1717 de 1985** que determina el porcentaje de contribución del Estado al financiamiento de las prestaciones de la modalidad institucional del régimen de prestaciones de salud, creado por la Ley 18.469.

farmacéuticos contenidos en el “Arsenal Farmacológico Básico”¹⁵. Por otra parte, en los consultorios de especialidad, todos los beneficiarios de FONASA de los grupos A y B, tienen derecho a recibir, también de manera completamente gratuita los productos incorporados en el “Formulario Nacional de Medicamentos”¹⁶ por la atención que se preste. En este caso, los beneficiarios de los grupos C y D, debiesen pagar solo 10% y 20% del valor de los medicamentos, respectivamente.

Lamentablemente, en la práctica existen bastantes deficiencias a la hora de traspasar las prestaciones y beneficios. A pesar de los importantes avances que en términos de cobertura de atención se han logrado en los últimos años. De acuerdo con estimaciones realizadas a partir de los resultados del Estudio Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud de 2005, todavía enfrentamos cifras muy altas de gastos excesivos por motivos de salud. A nivel urbano, se estimaba que entre 7 y 15% de la población tuvo que enfrentar gastos catastróficos en salud¹⁷.

Producto de este sistema mixto, se ha generado un sistema de salud en nuestro país, que cae en la categoría de regresivo, ya que a mayores aportes públicos, mayor es el traspaso al sector privado, generando un sistema de aseguramiento inequitativo, donde las mismas políticas de salud favorecen sustancialmente a las personas con más recursos económicos¹⁸. Esta problemática se conoce como deficiencia de atención inversa, la cual detallaremos en los capítulos sucesivos.

Este es el sistema de salud en Chile, que ha generado esta segmentación de la población según riesgo sanitario e ingreso económico, y que ha fomentado lo que llamamos el movimiento incesante del poder económico en la materia. Esto demuestra, como la

¹⁵ **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. “Farmacias Populares”: Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

¹⁶ **Decreto N° 194 de 2005** de la Subsecretaría de Salud Pública del MINSAL. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=247938>.

¹⁷ **Bitrán R, Muñoz R**. Financiamiento y gasto de los hogares en salud en Chile: análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud 2005. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2010.

¹⁸ **Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría**. La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago, Chile : s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.

biopolítica es un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo, haciendo posible un ajuste de los fenómenos de la población a los procesos económicos.

Esto constituye la base de la desigualdad en lo que respecta a la salud en nuestro país, y un llamado de atención, a la gestión estatal en la cartera.

Las deficiencias que hasta aquí podemos describir, son uno de los motivos que la llamada farmacia popular busca apalea de algún modo, pese al populismo que pueda existir en su intervención.

Pero... ¿por qué el municipio? ¿Es esta la institución que debe cubrir el déficit en la gestión Estatal en materia de salud? Son las interrogantes que busca develar la descripción del modelo de Atención primaria de salud a continuación.

B) Modelo de Salud Familiar y Comunitario, La Atención Primaria de Salud Municipal y el Acceso a Medicamentos.

La Atención Primaria de Salud, es un modelo que en nuestro país aún no alcanza su máximo provecho. Pero ahora, se da la oportunidad con el surgimiento de la farmacia popular, de que se genere un sistema complementario basado en conseguir el derecho de las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹⁹, mismo en el que se fundamenta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre el alcance por todos los pueblos del grado más alto posible de salud²⁰, quebrando con el control alcanzado por la genealogía farmacéutica hasta ahora en nuestro país, y que ha llevado a enviciar el sistema de acceso a medicamentos.

¹⁹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

²⁰ **Organization, World Health/OPS.** Servicios Farmacéuticos basados en la atención Primaria de Salud. Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N°6, Washington D.C., 2013. ISBN 978-92-75-31750-1.

En la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, celebrada en 1978, se definieron el concepto y las bases de la atención primaria de salud (APS). Sin embargo, pese a esto, en la región de las Américas persisten muchos desafíos que superar y en Chile también.

La Organización Panamericana de la Salud, define la Atención Primaria de Salud como aquella “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación”²¹.

En nuestro país, el sistema de salud se puede entender, como basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención integral de Salud, se establecen los principios que orienta el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación²², de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.

Este modelo de atención integral de salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud²³.

²¹ **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.** Evaluación e incorporación de Tecnologías Sanitarias al Sistema de Salud. Washington, D.C.:2012

²² **Chile, Gobierno.** Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientación para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud.

²³ Ídem.

Así, se puede definir el modelo de atención integral de salud como; “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente y a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social cultural”²⁴. Este modelo, se guía por tres principios que se resumen en; enfoque hacia las personas, la integralidad y la continuidad en el cuidado.

Estos son los lineamientos al sistema de modo que cumpla su función, permitiéndonos comparar nuestro sistema y lo que hemos logrado con lo que debiese ser.

Nuestro sistema primario de salud (APS) es heredero, del desarrollo de la salud pública en Chile, es la base de la “Reforma de Salud”, con un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, y constituye el límite palpable entre el Estado y la demanda ciudadana respecto a los temas de salud²⁵. Por tanto, una medida como la farmacia popular, puede contribuir al modelo de seguimiento, acercamiento y comunicación de los pacientes en sus tratamientos, desde la atención primaria de salud. La atención primaria es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del MINSAL, el cual establece las normas técnicas de su funcionamiento.

La normativa que rige la APS en nuestro país, es la Ley 19.378 en la cual se establece el Estatuto de Atención Primaria para Chile, y en su artículo segundo del título preliminar, establece los tipos de establecimientos que se rigen por esta ley.

²⁴ **Ministerio de Salud**. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Red Asistencial. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N°1, 2005.

²⁵ Ídem.

Así, reconocemos establecimientos municipales de atención primaria de salud y entidades administradoras de salud municipal. Los primeros la ley los define como; “los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro que los administren en virtud de convenios celebrados con ellas”²⁶. Los segundos, son definidos como “las personas jurídicas que tengan a su cargo la administración y operación de establecimientos de atención primaria de salud municipal, sean éstas las municipalidades o instituciones privadas sin fines de lucro a las que la municipalidad haya entregado la administración de los establecimientos de salud, en conformidad con el artículo 12 del decreto con fuerza de ley N° 1-3.063, del Ministerio del Interior, de 1980”²⁷.

En materia de financiamiento, la APS depende de aportes del MINSAL y aportes del municipio, y es dirigido principalmente por las entidades administradoras de salud municipal, operando a través de la red de establecimientos: Centro de Salud Familiar (CESFAM), centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), consultorios generales urbanos y rurales (CGU-CGR), postas rurales y servicios de atención primaria de urgencia (SAPU)²⁸. Así, debemos entender, que la APS, puede ser entendida desde la óptica de los servicios municipales delegados, donde esta misma institución recibe recursos desde la autoridad nacional o regional para su ejecución²⁹. El presupuesto municipal se nutre de esta manera, con las transferencias por servicios delegados de salud, entregados de acuerdo a los inscritos en los establecimientos de salud³⁰.

²⁶ Ley 19.378 artículo 2 letra a)

²⁷ Ley 19.378 artículo 2 letra b).

²⁸ Ídem.

²⁹ **Fuenzalida Javier**. Tesis sobre la Arquitectura para un sistema de alta dirección pública municipal. Estudio de Caso n° 118.

³⁰ **Vial Cossani, Camilo**. Las Municipalidades y su Papel en el contexto institucional en Chile.

En suma, entenderemos por APS “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país³¹”.

Veremos en los próximos párrafos que si bien estos lineamientos están establecidos como metas, se dan en la práctica con muchas deficiencias de gestión, no logrando de forma adecuada su objetivo. Esto motiva a los gobiernos locales a replantearse la labor efectuada. En esta línea, las Farmacias Populares, surgen de la facultad de los entes edilicios, en materia de salud, que tomaron a su cargo los servicios de atención primaria, para efectos de la administración y operación de ellos. Servicios que antiguamente eran ejercidos sólo por el MINSAL. Los municipios, buscan así, tratar de aumentar la garantía de acceso a la salud, mediante la venta de medicamentos, que no cubre el sector primario de salud, a precio justo a través del aparato estatal³², de modo que lo biológico encuentre expresión en lo político, pero ya no tan determinado por lo económico.

Debemos entender, que la farmacia popular es complementaria a la labor que hacen los municipios por medio de la APS, y que en definitiva se relacionan desde la delegación que se hace de la función salud. Como podremos revisar más adelante, la APS, también tiene farmacias en los consultorios u otros establecimientos para dicho fin. Pero la idea es que la farmacia popular genere un acceso universal, a los medicamentos que la gente no puede encontrar o acceder desde estos consultorios, ya sea porque no corresponde su distribución en ellos, o bien porque no llegan a las personas por déficit en la misma gestión.

El problema es que nuestro sistema de APS y los del mundo en general, poseen varias deficiencias que debemos analizar, para saber los puntos débiles en los que se enmarca

³¹ http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

³² <https://noticias.terra.cl/chile/crean-la-asociacion-chilena-de-farmacias-municipales,b80f8b6316a19841ac6394af4a27a0efvzbz8ptue.html>

una medida que se desarrolla dentro de esta función delegada de la salud a cargo del municipio, ya que también se verá afectado por ellos.

C) Principales Problemáticas de los Sistemas de Salud y la Atención Primaria de Salud.

La OMS plantea que los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos³³, a juicio de esta investigación, esto se debe a esa construcción de una economía de poder entorno a la salud. Al respecto, existen tres tendencias particularmente preocupantes, en las que también se puede clasificar nuestro país.

En primer lugar, existe la tendencia a sistemas de salud muy centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada³⁴. En segundo lugar, existen sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios³⁵. Y por último, existen sistemas de salud que basan su gobernanza en la no intervención, o también famosamente conocido como *laissez-faire*, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada³⁶.

En este sentido, Chile tiene un poco de los dos últimas categorías de sistemas de salud existentes; caracterizado por la fragmentación en la prestación de servicios, basado en una función de rectoría como señalamos más arriba, que se combina con la primacía de una atención de carácter comercial no regulada, y que marca a la población por ingreso y riesgo denegando el acceso a medicamentos de forma equitativa, lo que supone una

³³ **Organization, World Health.** Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca, Ginebra, 2008. ISSN 1020-6760.

³⁴ Ídem.

³⁵ Ídem.

³⁶ Ídem.

amenaza para la estabilidad social por la desconfianza que provoca la atención de salud para la población.

Estos sistemas generan deficiencias comunes que se repiten en los distintos sistemas de salud al momento de la prestación de atención de salud.

Las principales problemáticas o deficiencias que se dan actualmente en la prestación convencional de salud proporcionada a través de diversos mecanismos, que la hacen menos eficaz de lo que podría ser, son; La atención inversa, la atención empobrecedora, la atención fragmentada y en proceso de fragmentación, la atención peligrosa y la orientación inadecuada de la atención³⁷.

A continuación detallaremos cada una de estas deficiencias, que se dan de manera común en la prestación de atención de salud.

En primer lugar, la atención inversa, que es cuando las personas de más recursos o medios, cuyas necesidades de atención sanitaria, por regla general, son menores, son las que en definitiva, más atención consumen, mientras que las que tienen menos recursos y medios, y más problemas de salud son las que menos consumen³⁸. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres³⁹ en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos. Esta deficiencia la reconocemos en Chile dado nuestro Sistema de salud regresivo, como se señaló más arriba. En cifras por ejemplo, en el ámbito del gobierno local, que corresponde al municipio, se reproduce esta situación de desigualdad e inequidad. “Las comunas con población más rica tienen un gasto en salud 52% superior respecto de aquellas con mayor índice de pobreza. Simultáneamente el

³⁷ **Organization, World Health.** Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca, Ginebra, 2008. ISSN 1020-6760.

³⁸ **Hart T.** The inverse care law. *Lancet*, 1971. Pp. 405-412.

³⁹ **Banco Mundial.** Informe sobre Desarrollo Mundial 2004: Servicios para los Pobres. Washington D.C., 2003.

aporte municipal destinado a salud, en relación a sus ingresos, es el doble de las comunas del quinto quintil⁴⁰.

La atención empobrecedora, en segundo lugar, es aquella deficiencia que se da cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios⁴¹. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria⁴². En este sentido, Chile tiene un alto gasto de bolsillo por parte de la población al momento de acceder a medicamentos, en cifras por ejemplo, En 2003 aproximadamente la mitad del gasto de bolsillo en salud se destinó a la compra de medicamentos⁴³. Esto significa que alrededor de 13% del gasto total en salud correspondió a gasto en medicamentos. Este gasto se distribuye de manera extremadamente desigual entre los diferentes estratos socioeconómicos⁴⁴.

Respecto a la deficiencia referente a la atención fragmentada, esta se produce por la excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades, lo que impide que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas, no lográndose la comprensión de la necesidad de la continuidad asistencial⁴⁵. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos⁴⁶; por otra parte, la ayuda al desarrollo a

⁴⁰ [ver tabla anexa figura1].

Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría. La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago, Chile: s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.

⁴¹ **Organization, World Health.** Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca, Ginebra, 2008. ISSN 1020-6760.

⁴² **Xu K et al.** Protecting households from catastrophic health expenditures. Health affairs, 2007. Pp. 972-983.

⁴³ **Ministerio de Salud.** Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud. Informe de Resultados. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Informe_final_Satisfaccion.pdf.

⁴⁴ **Becerril-Montekio, Víctor; Reyes, Juan de Dios Reyes; Manuel, Annick.** Artículo de Revisión: Sistema de Salud en Chile. Salud Publica Mex 2011; vol. 53 supl 2:S132-S143.

⁴⁵ **Satarfield B.** Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy, 2002, pp: 201-218.

⁴⁶ **Moore G, Showstack J.** Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. Annals of Internal Medicine, 2003. Pp: 244-247.

menudo acentúa esa fragmentación⁴⁷. Esta situación, se refleja en nuestro país en la parte del sistema de salud referente al sector público, que se relaciona en definitiva, con ciertas deficiencias de gestión del Estado respecto a los lineamientos planteados por nuestra normativa vigente.

Si bien las últimas dos deficiencias no tienen una marcada tendencia en nuestro país es importante mencionarlas, para poder reconocerlas, ya que, en materia de salud la naturaleza de los problemas sanitarios está cambiando en un sentido poco previsible y a un ritmo totalmente inesperado⁴⁸ y debemos saber reconocerlas.

La deficiencia llamada atención peligrosa, se puede identificar cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud⁴⁹.

Por último, la orientación inadecuada de la atención como deficiencia, se relaciona a que la asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad⁵⁰. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar en la materia⁵¹.

⁴⁷ **Shiffman J.** Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced air for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008. Pp; 95-100

⁴⁸ **Organization, World Health.** Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca, Ginebra, 2008. ISSN 1020-6760.

⁴⁹ **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds.** To Err is human: building a safer health system. Washington D.C. , National Academy Press, Comité on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.

⁵⁰ **Organization, World Health.** Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002: Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana, Ginebra, 2002.

⁵¹ **Sindall C.** Intersectoral Collaboration: The Best of Times, The worst of Times. *Health Promotion International*, 1997.

Frente a estas deficiencias es clave realzar, al momento de pensar las políticas sanitarias, los valores de la APS en pro de la salud para todos, esto quiere decir, que se requiere que los sistemas de salud “pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria⁵²” para así alcanzar la protección de la salud y el real acceso a medicamentos. Que es lo que en definitiva, busca hacer la farmacia popular, consiguiendo, sin duda, e incuestionablemente un cierto porcentaje a favor, en los resultados electorales para los impulsores de esta medida en sus comunas. Pero también, rompiendo con un sistema imperante y controlador que en vez de sanar, enferma y mata, teniendo un control en la administración de las vidas de la población.

De todas formas, el municipio se respalda en un ámbito de competencia para la creación de las llamadas farmacias populares, de modo de intervenir en la salud de la comuna con un sustento que respalde su accionar, y que es lo que se busca describir a continuación.

D) Ámbito de Competencia del Municipio y La Creación de la Farmacia Popular.

Dentro de este sistema con sus pros y deficiencias, las llamadas Farmacias Populares se enmarcan en nuestro país dentro del gobierno local. El municipio forma parte de la administración del Estado y, en tal sentido, no constituye un ente aislado y descoordinado del resto de los servicios públicos. La administración del Estado chileno, según lo establece la Constitución Política de Chile, debe ser funcional y territorialmente descentralizada, de conformidad a la ley⁵³.

Los gobiernos locales a cargo de los municipios, mediante la entrega de una serie de bienes y servicios, son un factor fundamental en la descentralización del país y en la

⁵² **Organization, World Health.** Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental y Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Ginebra, 2007.

⁵³ Artículo 3° de la Constitución Política

mejora de estos bienes y servicios. Actualmente en Chile los municipios cuentan con autonomía y con una serie de funciones y atribuciones establecidas por ley⁵⁴, para un actuar legítimo.

De este modo, las municipalidades representan la descentralización del poder central en Chile, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna. Esto es reiterado, tanto por nuestra carta fundamental en su artículo 118, como por el artículo uno inciso segundo de la Ley 18.695 Orgánica de Municipalidades.

De esta manera, es nuestra Constitución, como aquella que ordena y estructura cómo es el Estado, quien dispone, en primer lugar respecto de las funciones y atribuciones de los entes edilicios. En el antes precitado artículo 118 de la Carta Fundamental, en su inciso quinto, encontramos que; “una ley orgánica constitucional determinará las funciones y atribuciones de las municipalidades”, razón por la cual la Ley 18.695, precisamente de ese carácter, en el párrafo 2° del Título I distingue nítidamente entre sus “Funciones y atribuciones”. Para enseguida enumerar cuáles son esas “funciones” -privativas en el artículo 3° y relacionadas o compartidas en el artículo 4°- así como las “atribuciones” esenciales a que hace mención el artículo 5°, en su inciso primero.

Así, en Chile, la competencia de las diversas municipalidades, están asignadas por precepto constitucional o legal, de este modo, se les faculta para establecer servicios públicos precisos, que tiendan a satisfacer las necesidades colectivas localizadas en un territorio⁵⁵. Esto se relaciona con la naturaleza jurídica del municipio, que es dual, ya que, por un lado son órganos de la administración del Estado⁵⁶, y por otro lado, son

⁵⁴ **Gobierno de Chile**. Eficiencia de los Gobiernos Locales y sus determinantes. Un análisis de fronteras estocásticas en datos de panel para municipalidades chilenas.

⁵⁵ **Fernandez Richard, José**. Competencia del Municipio Chileno. págs. 97-103. Disponible en <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RDPU/article/download/38700/40347>.

⁵⁶ Artículo 1° de la ley N° 18.575.

autónomas en cuanto deben asumir sus propias decisiones en el contexto de sus atribuciones y funciones legales.

Para analizar el proceso de formación e implementación de las farmacias municipales, es necesario abordar este marco de competencia que legitima su actuar, específicamente, en materia de sus funciones.

Como señalamos, las funciones de los municipios se pueden clasificar en privativas y en compartidas. Las primeras, son aquellas que, sólo y exclusivamente, pueden ser cumplidas y desarrolladas por las municipalidades en el ámbito de su territorio, conforme a las leyes y a las normas técnicas de carácter general que dicten los ministerios cuando corresponda⁵⁷, estas tienen el carácter de permanentes, en cuanto siempre deben ser satisfechas⁵⁸.

Las segundas o funciones compartidas, las contempla el artículo 4° de la Ley Orgánica Constitucional letra b) que reza; “las municipalidades, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directa o indirectamente o con otros órganos de la administración del estado, funciones relacionadas con: b) la salud pública y la protección del medio ambiente.” Esto es, aquellas en que la responsabilidad de la ejecución de la función no es exclusiva, sino que debe involucrarse, en caso de ser necesario para su satisfacción, a los otros órganos de la administración del Estado con competencia en la materia de que se trate⁵⁹. Es de esta función, de donde debemos entender el surgimiento de las farmacias comunales, debido a que es el estatuto institucional del que se han tomado los distintos municipios para poder otorgar un mayor acceso a medicamentos a la población, lo que ha sido corroborado por medio de dictámenes del órgano superior de fiscalización de la Administración del Estado, la Contraloría General de la República.

⁵⁷ **Gobierno de Chile**, Manual de Gestión Municipal. 2008

⁵⁸ Estas funciones se encuentran enumeradas en el artículo 3° de la ley de municipalidades.

⁵⁹ Estas funciones se encuentran establecidas en el artículo 4° de la ley de municipalidades.

Es así, que dentro de este ejercicio de autoridad que los entes edilicios practican dentro de este marco de acción, en el ámbito de salud, que se implementa el 15 de octubre de 2015, la pionera y la más bullada farmacia comunal y denominada popular, por la comuna de Recoleta, pero con una naturaleza jurídica de programa social, enmarcado en satisfacer la necesidad manifiesta de medicamento por parte de la comunidad que lo requiera, por medio de un decreto de programa social.

Si bien, por muchos años ha existido la inquietud por el gasto y acceso de la gente en fármacos, las experiencias en este campo no han arrojado resultados positivos y las pocas iniciativas exitosas no se han generalizado hasta ahora. Desde hace unos 15 años, por ejemplo, que en la ciudad de Viña del Mar funciona el llamado "botiquín popular" de la Fundación Kaplán, que se hace cargo de conseguir medicamentos más baratos para las personas que sufren de enfermedades cardíacas⁶⁰. Aunque consiguen reducir hasta en un 50% los precios más relevantes, no han logrado un impacto similar al que ha conseguido, la impulsora de la iniciativa; La Municipalidad de Recoleta, que no solo obtiene precios mucho más baratos, sino que ha interesado al Ministerio de Salud y ha vuelto a agitar el tema del imperfecto mercado de los medicamentos⁶¹.

A nivel político la situación de la salud es un tema relevante a la hora de tomar medidas y gestionar políticas eficientes y eficaces. Para las autoridades y para la población, es preocupante la situación previa que acontecía en nuestro país previo al surgimiento de esta farmacia popular en Recoleta, y que ha incentivado a que otros entes edilicios la imiten. En 2013, según el catastro del Ministerio de Economía, elaborado en el marco de la tramitación de la Ley de Fármacos, cifró en 2.659 el total de farmacias y 69 las comunas sin expendio de medicamentos⁶². De acuerdo a catastros de salud más reciente, 54 comunas a lo largo del país no poseen farmacias ni almacenes autorizados donde se

⁶⁰ <http://www.fundacionkaplan.cl/index.html>

⁶¹ **Cortes Tomás**. "Laboratorios y precios de los remedios". En *El Mercurio* [Santiago de Chile], 11 de julio de 2016.

⁶² **Gobierno de Chile**. Ministerio de Salud. División Políticas Públicas Saludables y Promoción. Distribución de Farmacias por Región, Situación a Diciembre 2014. Santiago, 19 de enero de 2015

vendan medicamentos, lo que es muy alarmante, debido a que estos productos son clave a la hora de que los usuarios accedan a tratamientos⁶³. Este mismo catastro, señaló la existencia de 23 comunas que tienen sólo almacenes farmacéuticos o locales que pueden expender remedios de uso común, pero no los que requieren receta médica. Tampoco cuentan con químico farmacéutico ni pueden expender productos sicotrópicos⁶⁴. Se suma a esto, la concentración de locales farmacéuticos en la Región Metropolitana, donde existen 1.428 locales de este tipo, que corresponde al 48% del total⁶⁵. En Santiago Centro, por ejemplo, donde transita un millón de personas diariamente, hay 195 farmacias; en Las Condes hay 116 recintos y Maipú, donde vive medio millón de habitantes, tienen solo 88 establecimientos⁶⁶.

Frente a esta realidad país, que nos demuestra que lamentablemente la salud y los medicamentos siguen siendo un negocio que controla las vidas de las personas y que logra su máximo arquetipo con la colusión de farmacias en 2008. Es que la municipalidad de Recoleta decide inmiscuirse, sustentándose en esta función del artículo 4° de la LOCM, para poder responsabilizarse de la salud. Iniciativa que ha tenido un impacto positivo a nivel nacional, porque en definitiva, es un paso a la recuperación del derecho de todos a la salud.

A continuación, trataremos de develar el sustento jurídico de este ámbito de competencia y el desarrollo jurídico que ha traído consigo, desde la delegación de la función salud a los municipios.

⁶³ Ídem.

⁶⁴ Ídem.

⁶⁵ Ídem.

⁶⁶ **Gobierno de Chile**. Ministerio de Salud. División Políticas Públicas Saludables y Promoción. Distribución de Farmacias por Región, Situación a Diciembre 2014. Santiago, 19 de enero de 2015.

E) Sustento Jurídico del Artículo 4° de la Ley Orgánica de Municipalidades Antecedentes de la Competencia del Municipio y la Creación de la Farmacia Popular.

Como lo hemos señalado a lo largo de esta primera parte, para la consecución de los objetivos en materia de salud, la ley ha asignado a los municipios amplias funciones y las prerrogativas necesarias para satisfacer los más diversos requerimientos de la población, aún en los casos en que la atención de los mismos haya sido confiada a otro u otros órganos estatales⁶⁷, el sentido de este capítulo es ver el camino jurídico que ha tenido esta función que se le otorgó al municipio por medio del artículo 4° de la LOCM, de esta manera podremos entender mejor la implementación de la farmacia popular y su estudio como política pública sanitaria.

Para poder comprender de dónde surge esta atribución y el camino que ha tenido hasta la actualidad, debemos retroceder un poco en la historia del municipio, principalmente en las distintas reformas que estos tuvieron, lo que nos permitirá entender el sustento de legitimidad que ha obtenido la creación y desarrollo de las llamadas farmacias populares, lo que se ha concretado por medio de los dictámenes de la Contraloría General de la República que analizaremos a continuación.

En virtud de esto, cabe destacar algunas fechas claves que marcan el desarrollo del municipio en materia de salud. La primera fecha clave, es 1891, que corresponde con la creación de la Ley de Organización y Atribuciones de las Municipalidades, más conocida como “Ley de Comuna Autónoma”, que estableció la responsabilidad de la higiene pública y estado sanitario de la comuna a las municipalidades. De esta manera, estructuralmente

⁶⁷ **Latorre Vivar Patricio**, El control de la actividad municipal en la ley 18.695 orgánica constitucional de municipalidades. análisis del contenido y eficacia de sus disposiciones. Rev. de Derecho de la Universidad Católica de Valparaíso XVIII, 1997.

a nivel local, se comienzan a sentar las bases para la futura descentralización municipal experimentada por el país⁶⁸ y que se concretiza con el gobierno militar.

Así otro hito clave en la materia, fueron las transformaciones municipales tras el golpe militar.

El gobierno militar, con llevó entre otras cosas, a un profundo cambio en el modelo de gobierno y administración del país. Este fue un período en que se introdujeron definiciones, ámbitos de competencia, atribuciones, instrumentos y herramientas que, en parte importante, se mantienen hasta la actualidad⁶⁹. En esta línea, el gobierno central decidió poner en marcha dos procesos de profundas consecuencias a nivel municipal: los de desconcentración y delegación de la salud y la educación. Así, las comunas pasaron a ser entendidas como unidades básicas de división territorial, gobernadas por municipalidades con autonomía respecto al poder central⁷⁰.

“El proceso descentralizador en que se encontraba la administración del Estado, se reforzó con la Ley 19.097, modificatoria del art. 3 de la Constitución, que convirtió en un imperativo la descentralización. Esto en la salud primaria, se consolida con los traspasos iniciados en 1981 hasta la vigencia de la Ley 19.378, contemplándose en el título tercero, artículos 1 y 2, y los artículos 7, 8, 9 10, 11 y 13 transitorios, un conjunto de disposiciones que, en concordancia con las del DFL 1/3063/80, conformaron el estatuto orgánico de esos servicios”⁷¹.

⁶⁸ **Vial Cossani, Camilo.** Las Municipalidades y su Papel en el contexto institucional en Chile.

⁶⁹ **Vial Cossani, Camilo.** Las Municipalidades y su Papel en el contexto institucional en Chile.

⁷⁰ **Vial Cossani, Camilo.** Las Municipalidades y su Papel en el contexto institucional en Chile.

⁷¹ Dictamen 17.183/1998

En el ámbito de la salud, propiamente tal, las primeras reformas fueron a fines de la década de 1970, y ya en 1981, se traspasó toda la responsabilidad de la atención primaria a las municipalidades⁷².

De manera complementaria a este desarrollo, la normativa de relevancia a nivel local que se promulgó en la época es la Ley 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades (LOCM), que amplió considerablemente sus competencias y capacidades.

Así dentro de las responsabilidades encomendadas al municipio, se encontraba la planificación, regulación y promoción del desarrollo directa o indirectamente de funciones relacionadas con la asistencia social y la salud pública⁷³. Esto es precisado por el legislador en 1999 con la Ley 19.602 que modificó la Ley 18.695, y que terminó por ampliar a los municipios sus facultades.

Con esta reforma se les reconoce una serie de funciones privativas y otras compartidas con otros órganos del Estado, destacando dentro de esta última las responsabilidades en salud pública.

Así, tras este artículo 4° de la LOCM se generó un camino jurídico que podríamos llamar el sustento jurídico de esta función. Este camino se enmarca en lo que se reconoce como protección a la salud, función que como vemos se traspasó a algunos municipios por medio de la atención primaria de salud en la década de los 80. Este sustento de protección de la salud de las personas se consagra constitucionalmente en el artículo 19 n° 9 de la Constitución Política de la República.

Ahora bien, quien se encarga de interpretar estas normas jurídicas que inciden en el ámbito administrativo, por medio de dictámenes, permitiendo la elaboración de una

⁷² Vial Cossani, Camilo. Las Municipalidades y su Papel en el contexto institucional en Chile.

⁷³ Vial Cossani, Camilo. Las Municipalidades y su Papel en el contexto institucional en Chile.

doctrina administrativa conformada por un sistema de precedentes obligatorios, favoreciendo la unidad del sistema normativo mediante su interpretación uniforme y consistente, donde cada decisión contribuye a orientar otras múltiples decisiones posibles, haciendo que la regulación aplicable a los entes públicos sea más coherente, íntegra y estable, es la Contraloría General de la República. Este órgano cuenta con algunos dictámenes en materia de Facultades de los municipios, Atención Primaria de Salud y Farmacias Populares, que son atinentes para esta investigación. Estos comprenden el período entre 1997 a 2016, y se refieren principalmente a las acciones de salud que pueden desarrollar los entes edilicios según lo previsto en la normativa del país para el logro del bien común en el ámbito de la salud.

Se seleccionaron doce dictámenes en la materia, que sirven para comprender el camino que ha tenido la función compartida en materia municipal, desde lo jurídico. Comenzaremos con los más antiguos, y que coinciden con ser un precedente a la modificación antes dicha a la LOCM en 1999, y se continuará en orden cronológico.

Los primeros dictámenes que consideraremos, son los N° 37.325/1997 y 17.183/1998, que nos hablan del traspaso definitivo a los municipios de una parte de la función de atención de salud, formando parte así, de la estructura orgánica de los servicios de salud, por cuanto lo dispusieron el DL 3063/79 artículo 38, y el DFL 1/3063/80 del Ministerio del Interior. Lo que en definitiva no fue la simple entrega de ciertos bienes o establecimientos, sino que los cimientos de la descentralización antes mencionada.

Además por medio de estos dictámenes, la Contraloría ratifica, que en 1988 con la entrada en vigor de la LOCM y lo relativo a sus artículos 1 y 4 letra b), se encarga, en definitiva, a esta unidad de desarrollo comunitario la ejecución de las acciones relacionadas con las funciones de salud pública.

Resulta particularmente ilustrativo, la mención que hacen los dictámenes, relativo a la historia del establecimiento de la Ley 19.378, donde tanto el ejecutivo, como el congreso, al participar en su tramitación, entendieron como un hecho definitivo e irreversible el traspaso de la atención primaria de salud a los municipios, iniciado por los precitados DL y DFL que hoy ya no están en vigencia⁷⁴.

Confirma esta consolidación legal, el hecho de que el precepto contenido en el mensaje de la indicada Ley 19.378, que estatúa que las entidades edilicias debían estarse a lo dispuesto en ese texto legal al desarrollar la función de atención primaria de salud en los establecimientos traspasados, fue en definitiva, rechazado. Esto, por estimarse innecesario contemplar expresamente aquello, pues tales funciones ya estaban radicadas en las municipalidades.

Finalmente bastó con lo dispuesto en la Ley 19.378 artículo 1, que señala que dicho texto legal regula los aspectos que indica de la atención primaria de salud traspasada a las entidades edilicias, además de ser el mismo estatuto quien define los "establecimientos municipales de atención primaria de salud" y las "entidades administradoras de salud municipal", quedando así, institucionalizada la función de atención primaria de salud por parte de los municipios, con un régimen jurídico que comprende principalmente; la Ley 18.695, el aludido DFL, y la referida Ley 19.378. Este traspaso definitivo del servicio de atención primaria desde los servicios de salud a las municipalidades ha comprendido prácticamente todos los elementos que conforman un servicio público; funciones, personal, transferencia de bienes, financiamiento y parte orgánica estructural⁷⁵.

A partir de esto, el desarrollo de la función salud por los municipios constituye un imperativo jurídico, de derecho público, en donde los municipios están obligados a

⁷⁴ Dictamen N° 37.325/1997.

⁷⁵ Dictamen N°17.183/1998.

mantener en funcionamiento eficiente los servicios traspasados dependiendo de los recursos disponibles en el presupuesto.

Después de estos primeros dictámenes, saltamos al año 2009, donde encontramos un dictamen relativo a la normativa aplicable a las farmacias pertenecientes a los establecimiento públicos de salud, los que en definitiva, deben someterse a las normas que sobre la materia se contienen en el Código Sanitario y en el Decreto 466/84 del Ministerio de Salud, de manera que dichas secciones deben estar sujetas a la dirección técnica de un profesional químico- farmacéutico o farmacéutico⁷⁶, requisitos que aún en la actualidad se mantienen y deben seguirse por aquellos entes edilicios que decidan implementar hoy una farmacia del tipo “popular”.

En 2010 bajo el dictamen N° 45.454, la Contraloría establece que los servicios públicos deben actuar con estricta sujeción a las atribuciones que les confiere la ley y, en el orden financiero, deben atenerse a las disposiciones que regulan el gasto público, de manera que sus recursos únicamente pueden emplearse para los objetivos y casos expresamente contemplados en el ordenamiento jurídico vigente⁷⁷. Además se establece que los servicios como los ofrecidos por el municipio en materia de salud , están sujetos a los preceptos del Decreto con Fuerza de Ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, el que establece normas sobre los convenios que celebren dichos servicios con otras entidades, relativos a las acciones de salud que corresponde ejecutar a aquéllos. El artículo 1° del citado decreto con fuerza de ley, faculta a los servicios de salud para celebrar convenios con diversas entidades y personas naturales o jurídicas “a fin de que éstas tomen a su cargo, por cuenta de aquellos servicios, algunas de las acciones de salud que les corresponde ejecutar”. A su vez, el artículo 9°, inciso primero, de ese texto legal, permite que en tales contrataciones se estipule “el traspaso de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del Servicio de Salud, para ser utilizados en el diagnóstico y

⁷⁶ Dictamen 22.256/2009.

⁷⁷ Dictamen N° 45454/2010

tratamiento de sus beneficiarios”, agregando en su penúltimo inciso que “los aportes de recursos que haga el Servicio para la ejecución del convenio, deberán reflejarse proporcionalmente en la determinación de la cuantía de los pagos y otras prestaciones que pueda obligarse a efectuar en beneficio de su contraparte por la ejecución de las acciones de salud que le encomiende”.

Es del caso destacar que la adquisición, por parte de los servicios de salud, de los fármacos y otros insumos, está sujeta al principio de legalidad del gasto público, el cual, tal como expresa el dictamen N° 16.682, de 2010, se encuentra también establecido en los artículos 6°, 7° y 100 de la Constitución Política de la República; 5° de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado -cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia de la República-, y 56 de la ley N° 10.336, Orgánica Constitucional del Organismo de Control.

El mismo predicamento resulta aplicable a la prestación de los servicios a terceros, donde el artículo 29, letra c), del citado decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, el cual previene que los servicios de salud se financiarán “con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes”. También expresa una facultad genérica que se encuentra sujeta a las limitaciones precedentemente expuestas.

Luego de estos precedentes, en el año 2012, el dictamen N° 38.056 establece que las entidades municipales son organismos ejecutores de planes y programas de salud a cuyo respecto el Ministerio de Salud, tiene tuición, como entidad rectora del sector, y a través de los cuales se concreta la protección constitucional consagrada en el artículo 19, N° 9, de la Carta Fundamental y las garantías explícitas que contempla la legislación sanitaria, sobre calidad, acceso y oportunidad de las prestaciones, añadiendo que, en definitiva

tales establecimientos fueron entregados a los municipios con el preciso objeto de obtener un adecuado desarrollo de la atención de salud en el nivel primario⁷⁸.

Un año después, en 2013, el dictamen N° 26.915 plantea la validez de los acuerdos de voluntades entre Municipios y CENABAST. Dicha central puede celebrar los actos y contratos de suministro y prestación de servicios que resulten necesarios, en la medida, por cierto, que ellos se ajusten a lo prescrito en la normativa que rige la materia. Esto se enmarca dentro de la función que el ordenamiento jurídico encomienda a CENABAST, como lo es la provisión de medicamentos e insumos que se puedan requerir para el ejercicio de las acciones de salud, por parte de los establecimientos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Siguiendo esta idea, respecto a los establecimientos municipales de atención primaria de salud, no se advierte, entonces, impedimento para que las entidades edilicias, de estimarlo conveniente, encarguen a dicha central la gestión de los procesos de compra de ese tipo de bienes muebles para que los establecimientos de salud que administran puedan otorgar sus prestaciones. Lo anterior, sin perjuicio de que los servicios de salud y los otros organismo o entidades del aludido sistema de salud, determine adquirir tales bienes sin la intervención de CENABAST, según consta de lo prescrito en el inciso cuarto del citado artículo 68 y en relación con el 70 letra a) del Decreto con Fuerza de Ley n°1, de 2005.

En el año 2014, los dictámenes de la Contraloría en la materia nos abren el camino a la legitimación de las farmacias populares. El dictamen N° 80.730 se refiere al funcionamiento de farmacias y botiquines, en relación a las nuevas prescripciones que trajo consigo la dictación de la Ley N° 20.724, que modificó el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos, publicada el 14 de febrero de 2014. Esto, en

⁷⁸ Dictamen N° 38056/2012.

armonía con lo expresado por el dictamen N° 43.443 de 2014, corresponde a la autoridad de salud determinar, de conformidad a la normativa en la materia y ponderando las necesidades del respectivo establecimiento, cuando procede organizar dentro de su estructura una farmacia o botiquín.

Así, los municipios cuentan con facultades legales y una infraestructura orgánica para fijar el modelo en virtud del cual otorgarán las prestaciones de salud insertas en el plan comunal respectivo, en la medida que este último se ajuste a las normas técnicas que imparta la cartera del ramo, generando así la debida coordinación técnica exigida por la propia ley ⁷⁹⁸⁰.

Frente a este desarrollo en materia de salud en 2013, mediante la resolución exenta N° 519, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, aprobó el “Programa Piloto sobre entrega automática de medicamentos e insumos en Atención Primaria” el cual establece que esto se haría a través de un dispositivo o maquinaria automatizada, contemplando medidas de seguridad asociadas a la identidad del paciente y al despacho controlado de los productos, en cumplimiento de una orden específica. Si bien no tuvo gran aceptación, debido a la necesidad de un profesional de la salud a cargo de la dispensación de los medicamentos, se determinaron dos cosas que también fundamenta el desarrollo de la farmacia popular a partir de la creación del artículo 4° de la LOCM y el posterior desarrollo que permitió que se estableciera la salud como una función compartida del municipio. En primer lugar, en armonía con los dictámenes N° 22.256, de 2009, y 17.438, de 2014, cabe precisar que compete a la autoridad administrativa determinar, de acuerdo con las reglas vigentes y ponderando las necesidades del respectivo establecimiento, cuando procede organizar dentro de su estructura, una farmacia -en cuyo caso la dirección técnica de la misma corresponderá necesariamente a un químico farmacéutico- o un botiquín, que quedará a cargo de otro profesional o auxiliar. Y en segundo lugar, se suma a esto, el nuevo artículo

⁷⁹ Dictamen N° 87.004/2014.

⁸⁰ Aplica criterio contenido en el Dictamen N° 52.422, de 2013.

129 C del Código Sanitario, introducido por la Ley N° 20.724, su inciso segundo, autoriza a los establecimientos asistenciales para suministrar al público productos farmacéuticos en determinadas comunas.

En febrero de 2016, la Contraloría emitió un dictamen específico en relación a las Farmacias Populares, sobre las facultades que las municipalidades deben tener para la implementación de este tipo de farmacias que tanto se han masificado. Este dictamen es emitido, en virtud de una solicitud realizada por el Municipio de Panguipulli, pidiendo un pronunciamiento en relación con la procedencia jurídica de que los municipios expendan medicamentos a la ciudadanía a través de farmacias administradas por ellos, ya sea directamente o en virtud de su participación en corporaciones municipales.

Mediante este dictamen se concluyó que las entidades edilicias se encuentran facultadas para expender medicamentos a la ciudadanía a través de farmacias de los establecimientos de atención primaria de salud que ellos administran, es decir, se establece como requisito, que los municipios tengan delegada la función salud en sus manos. Además, deben cumplir otros requisitos y condiciones que establece la ley respecto a la instalación de la farmacia como tal⁸¹.

Este reconocimiento de la Contraloría, implica que los establecimientos de salud municipal se encuentran habilitados legalmente para entregar medicamentos distintos de los que deben suministrar a sus beneficiarios en virtud de la ley o de aquellos complementarios que proporcionan con cargo a programas del Ministerio de Salud⁸².

Cabe destacar, que complementa a las funciones compartidas en materia de salud de los entes edilicios que encontramos en la LOCM, la Ley 17.378, en su artículo 56, que previene que los centros municipales de atención primaria de salud pueden ampliar,

⁸¹ Dictamen 13.636/2016.

⁸² **Gobierno de Chile**. Superintendencia de Salud. Jurisprudencia Judicial y Administrativa Destacada de la Superintendencia de Salud 2015-2016.

siempre sin necesidad de autorización alguna, a costo municipal o mediante cobro al usuario, la atención de salud a otras prestaciones. Debe tenerse en cuenta que según el Órgano de Control en el dictamen N° 33.072, de 2013, los cambios en el otorgamiento de aquellas tienen que ser comunicadas oportunamente a la población.

De esta manera, los municipios dentro de estas “otras prestaciones” que pueden otorgar en materia de atención de salud, comprende el expendio de medicamentos a través de sus farmacias, en la medida que esa actividad se desarrolle con una finalidad de salud pública, como lo es la de facilitar el acceso a dichos productos a la población.

Así entonces, es en el marco de las acciones que ejecutan las farmacias pertenecientes a los establecimientos de atención primaria de salud municipal, que existe habilitación legal para expender medicamentos con una finalidad de salud pública, como lo es la de facilitar a la población el acceso a dichos productos.

En este dictamen, se estableció, que tratándose de la instalación y operación de farmacias al margen de dichos establecimientos asistenciales, no existe una norma legal que autorice a los municipios a realizar aquello, de modo que en atención al principio de jurisdicción que rige a los órganos de la Administración del Estado, en virtud de los artículos 6° y 7° de la Constitución Política de la República, y 2° de la ley N° 18.575, no corresponde que tales entidades edilicias desarrollen la actividad fuera del referido ámbito.

Con este dictamen se abrió la interrogante respecto al límite de los municipios en materia “popular”, que va de la mano de la subjetividad con que se interpreta la legalidad de las medidas. En este sentido, poco tiempo después, el 31 de abril de 2016, la municipalidad de Tocopilla se somete al pronunciamiento de la Contraloría respecto a la posibilidad de implementar un mercado y una farmacia popular. Donde respecto del primero, se pronunció como no procedente, y respecto el segundo, solo procedía en la medida que cumpliera con los requisitos señalados en el precitado dictamen de febrero, N° 13.636.

El último dictamen en la materia es del mes de mayo de 2016, N° 33.699 donde se vuelve a establecer que las farmacias municipales deben depender administrativamente de un establecimiento de atención primaria de salud municipal, lo que no implica que necesariamente deba funcionar en el mismo recinto o edificio en el que aquel otorga otras prestaciones de salud, pudiendo operar en un inmueble distinto, es decir, puede estar implementada físicamente en un lugar distinto a los centros de salud familiar con que cuenta esa localidad.

Todo esto ha abierto la interpretación de los artículos 4° letra b) y el 11 de la LOCM, así como el art. 56 de la Ley 17.378, a la posibilidad, de que vuelva manos de lo público una tarea que la ejercen hoy los privados, lo que podríamos catalogar el desafío de crear empresas municipales.

Es decir, autorizar, en virtud de su autonomía, el desarrollo de la actividad empresarial o la participación de ellas sobre las base de la estricta aplicación de los dispuesto en la LOCM, permitiendo así la creación de empresas públicas municipales o empresas mixtas, en las que el municipio tenga responsabilidad limitada al monto de sus aportes. Este desafío que se vislumbra con el surgimiento de las farmacias populares, se entiende en la medida, que el municipio debe desempeñar muchas materias en distintos ámbitos dentro del gobierno local y por tanto, sus recursos siempre serán insuficientes para el desempeño eficiente de todas las necesidades de la comunidad, y por tanto, debe existir una reinversión de recursos por medio de estos servicios que funcionan como “empresas”. Porque si dejamos los recursos de lado, y solo consideramos facultades, el aparato municipal tiene mejores atribuciones en materia de gestión que lo entes privados, por tanto nos hace replantear la remunicipalización, o vuelta de ciertos ámbitos a manos de lo público.

Podemos además considerar en este análisis, algunos proyectos de Ley que se encuentran en tramitación respecto a estos temas, dos previos a la implementación de la Farmacia Popular de Recoleta, es decir, antes de octubre de 2015, y uno posterior a esa fecha.

El 20 de marzo de 2014, tras el informe que revelaba que en el país existían 69 comunas sin ningún tipo de establecimiento que dispusiera de medicamentos para la población, además de otras deficiencias en el mercado de las farmacias, generando condiciones que van en contra de algunos de los principales objetivos de salud pública nacional, es que comienza el interés de la comisión de salud para trabajar en el área en materia legislativa.

Frente a esta provisión de medicamentos limitada o escasa en varias comunas se comienza la tramitación de un proyecto de Ley. Este busca facultar a los almacenes de las postas, consultorios y todo organismo público dependiente del Ministerio de Salud, en las comunas en que no exista un establecimiento de venta abierta de remedios al público, a vender medicamentos libres de receta médica a los usuarios y habitantes de la misma, a fin de dar una mejor cobertura en cuanto al acceso a medicamentos de la población permitiendo además una mayor competencia dentro de este mercado, actualmente considerado como muy concentrado, lo que redundaría en menores precios para los consumidores⁸³.

El otro proyecto de Ley previo a la implementación de la Farmacia Popular de Recoleta, es un proyecto que modifica la Ley 20.724 estableciendo la obligación de las empresas farmacéuticas de incorporar en sus sitios web el listado de precios de los medicamentos⁸⁴. De esta manera, acercar a los consumidores por medio de internet, de un conjunto de herramientas que faciliten el acceso a la información y compra de medicamentos promoviendo su celeridad y circulación.

⁸³ Boletín Proyecto de Ley N° 9280-11 de 20 de Marzo de 2014.

⁸⁴ Boletín Proyecto de Ley N° 9995-11 de 15 de Abril de 2015.

La farmacia Popular de Recoleta, fue el producto de un incentivo frente a la colusión de las grandes cadenas farmacéuticas en relación a los precios de los medicamentos en 2008. Esta última constituyó una temática de gran trascendencia para el devenir político y normativo de Chile, como lo es este proyecto de Ley de 19 de Noviembre de 2015 que busca modificar el Código Sanitario, para obligar a farmacias y almacenes farmacéuticos a poner a disposición del público medicamentos para su venta fraccionada⁸⁵, lo que implica que las personas no tendrán que comprar una caja de medicamentos para tomarse sólo dos pastillas, sino que éstas ahora se venderían por separado, disminuyendo, por tanto, el gasto en el que se incurre hasta ahora por estar obligados a una venta no fraccionada de fármacos.

Como vemos, durante los últimos años el rubro farmacéutico en nuestro país ha sido foco de discusión y análisis a nivel de nuestra clase política como asimismo en la sociedad civil, configurándose como uno de los tópicos cabeceras de la agenda pública.

Antes de la creación de las Farmacias Populares la ciudadanía percibía que el mercado de farmacias era poco competitivo y transparente, en vez de ser algo cercano a ellos debido a su vital importancia. Esto ha llevado hoy, a que las farmacias vuelvan a ponerse en el tapete de lo político, alejándose de lo económico, tomando el rol de importancia que juegan en la ejecución de políticas de salud, donde específicamente corresponde al Gobierno, velar por la salubridad pública y ponderar el riesgo involucrado en la venta de medicamentos y el poder económico que se ejerce con estos.

En esta primera parte, hemos podido conocer cómo se estructura nuestro sistema de salud, vislumbrando algunas deficiencias, de las cuales las farmacias comunales pueden hacerse cargo en virtud de la facultades otorgadas en materia de salud en el momento de nuestra historia en que se desconcentró y se delegó la salud a los municipios.

⁸⁵ Boletín Proyecto de Ley N° 10408-11 de 19 de Noviembre de 2015.

El otorgamiento de estas prestaciones por medio de esta estructura que pudimos observar en esta primera parte, concreta la protección y prestación de la salud en Chile. Pero... ¿Cuáles son los parámetros que rigen la protección de la salud en Chile? ¿Existe alguna normativa o principios rectores en que se enmarcan las prestaciones sanitarias de salud?, ¿Existe alguna garantía mínima en materia de salud que pueda ser exigida por los Chilenos? ¿La farmacia popular responde a estos parámetros? ¿Qué ha permitido que las farmacias populares se hayan replicado, sin perecer pese a todo el ruido que trajo consigo su implementación?

A partir de la segunda parte de esta investigación, podremos reconocer los parámetros que como ciudadanos debemos exigir en materia de salud, y que dan respuesta a algunas de estas interrogantes.

IV. SEGUNDA PARTE: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN CHILE.

Esta segunda parte, busca introducirnos en los parámetros principales en materia de protección y prestación de la salud en nuestro país, de modo de conocer las máximas de eficiencia que debe de seguir la política pública farmacia popular, así como también poder vislumbrar sus deficiencias hasta el momento. En definitiva, poder determinar todo aquello contrario a los principios de equidad que debieran sustentar una política sanitaria en una sociedad democrática. Esta parte de la investigación es clave al momento de realizar el análisis económico en derecho de la farmacia popular, que se efectuará en la tercera parte de esta investigación. Así como para comprender el cambio de paradigma que trajo consigo respecto al medicamento, la implementación de una farmacia popular en Chile. De este modo, determinar si es que la Farmacia Popular trae consigo un sustento de permanencia en materia de salud en nuestro país.

A) La Protección a la Salud y Los Medicamentos Esenciales en Chile.

Nuestro país reconoce tanto, la protección de la salud como los medicamentos esenciales, y trata de integrarlos a las distintas políticas que se han ido realizando para poder beneficiar a la población. A continuación se busca dejar en claro cómo se construyeron y cuáles son estos parámetros que debiesen seguir las políticas públicas en materia sanitaria en un país como Chile.

Los derechos sociales, y en especial, el de protección de la salud comenzaron a ser reconocidos constitucionalmente en diversas naciones tras la Primera Guerra Mundial. En efecto, en esa época se desarrollaron corrientes intelectuales que propugnaban el reconocimiento de los llamados “derechos económicos-sociales” o “derechos positivos”⁸⁶.

En Chile, nuestro ordenamiento constitucional, reconoce el derecho a la salud, el que se encuentra en directa relación con la protección de la salud, como reza el artículo 19 n°9 de nuestra Carta Fundamental⁸⁷, y que se relaciona con la Ley 18.469⁸⁸.

La configuración del derecho a la salud en Chile, su establecimiento y su regulación constitucional, legal y administrativa, son un fenómeno del siglo XX, y que comienza con la constitución de 1925⁸⁹.

⁸⁶**Couso, Javier y Reyes, Mauricio.** *Notas Acerca del Origen y Trayectoria del Derecho Constitucional a la Protección a la Salud en Chile.* Revista de Derecho de la Universidad Católica del Norte, 2009,N°2.

⁸⁷ “Artículo 19: La Constitución le asegura a todas las personas:
N°9 :- ...El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;..”

⁸⁸ El artículo 1° de la Ley 18.469 4 que Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud, reza; “El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse”.

⁸⁹ **Couso, Javier y Reyes, Mauricio.** *Notas Acerca del Origen y Trayectoria del Derecho Constitucional a la Protección a la Salud en Chile.* Revista de Derecho de la Universidad Católica del Norte, 2009,N°2.

Por otra parte, Chile a lo largo de su historia, ha suscrito tratados y pactos en materia internacional que hacen referencia al derecho a la salud y su protección. El derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, para muchos autores son distintos, pero para efectos de este trabajo los consideraremos como sinónimos, debido a la interrelación que existe entre uno y otro.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) lo reconoce como el “derecho al más elevado estándar de salud posible”⁹⁰. El PIDESC es uno de los tratados ratificado por Chile y que se encuentra vigente. Este tratado recoge el derecho a la salud, enfatizando que se trata de un derecho al más alto nivel de salud posible tanto física como mental. Esta fórmula es interesante porque introduce un nivel de relatividad en el contenido del derecho. En efecto, el más alto nivel de salud posible es algo que varía según el lugar y la época.

En Chile, la delimitación de la protección de la salud no era muy clara. En este sentido, fue una reforma sanitaria la encargada de generar un piso básico en la materia, pero esto más bien es algo reciente e incipiente en nuestro país. Esta Reforma Sanitaria, conocida como *PLAN AUGE, o Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas* marcó un antes y un después en la prestación de la salud en Chile. Así, antes del AUGE, la Constitución de 1980 impone al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Y a continuación, se reconoce, el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

En este período previo al AUGE, la distinción de la que hablamos se puede evidenciar por la jurisprudencia nacional, en materia de derecho a la vida y su relación con el derecho a

⁹⁰ **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Artículo 12.1.

la protección de la salud, ya que, no se había construido aun una teoría coherente que permitiera una aplicación igualitaria de la garantía constitucional a los distintos casos que se le presentaban. Lo que generó una jurisprudencia contradictoria y confusa en la materia⁹¹. Siguiendo a Zúñiga, “después de la referida reforma sanitaria, la jurisprudencia de la Corte Suprema como del Tribunal Constitucional permite defender la tesis de que nuestra Constitución y legislación común adhieren a los postulados del liberalismo igualitario apuntando a garantizar, de modo universal, un “mínimo sanitario decente”⁹².

El poder legislativo, por medio de la reforma sanitaria, especificó tanto el núcleo del derecho constitucional a la salud reconocido por la Carta Fundamental, es decir, el “mínimo sanitario decente”, que estaría conformado por las enfermedades GES vigentes, como sus garantías asociadas, asegurándose sin discriminación⁹³.

Hoy, los prestadores de servicios sanitarios deben ofrecer a todos sus beneficiarios un “plan de salud mínimo” construido sobre la base de ciertas garantías explícitas, cuya infracción puede denunciarse a la Superintendencia de Salud.

Así, para efectos de esta investigación, nos quedaremos con los parámetros establecidos por el Tribunal Constitucional, respecto a la protección de la salud, donde en definitiva, el Estado debe velar, como se lo exige la Constitución, por la vida de las personas. Y lo hace directamente a través de su poder público para cautelar de acciones a terceros, y se reconoce el derecho a la protección de la salud, conforme al artículo 19 n°9, con el objeto que en caso de enfermedades se preserven las vidas de las personas⁹⁴. Esto quiere decir, que el derecho a la protección de la salud es de índole social, y por tanto, involucra

⁹¹ **Zuñiga Fajuri, Alejandra**. El Derecho a la Vida y el Derecho a la Protección de la Salud en la Constitución: Una Relación Necesaria. Estudios constitucionales.

⁹² **Zuñiga Fajuri, Alejandra**. El Derecho a la Vida y el Derecho a la Protección de la Salud en la Constitución: Una Relación Necesaria. Estudios constitucionales.

⁹³ **Zuñiga Fajuri, Alejandra**. El Derecho a la Vida y el Derecho a la Protección de la Salud en la Constitución: Una Relación Necesaria. Estudios constitucionales.

⁹⁴ **Tribunal Constitucional**, sentencia Rol: 976 de 26 de Junio de 2008.

conductas activas de los órganos estatales y de los particulares para llevar a la práctica su materialización.

En este sentido, debemos entender que el derecho a protección de la salud, forma parte de los derechos sociales o de segunda generación, también llamados derechos de prestación, que en definitiva, no son simples declamaciones o meras expectativas, cuya materialización efectiva queda suspendida hasta que las disponibilidades presupuestarias del Estado puedan llevarlos a la práctica. Si no que, son más bien una obligación que el texto de la Constitución le asigna al Estado para que dirija su acción a garantizar prestaciones básicas, de modo que no se pase a llevar la dignidad de las personas.

El acceso a servicios de salud es un componente central de estos derechos económicos y sociales de segunda generación. Si bien nuestra normativa vigente, mira hacia estos objetivos en la teoría, su ejecución no logra concretarlos en la práctica y por ende, no llega al sentimiento de la comunidad el aporte Estatal logrado hasta hoy, y solo se vislumbra por la población las deficiencias del sistema y la marcada tendencia hacia lo económico.

La materialización efectiva de estos derechos y su exigibilidad, solo se logra en la medida que se pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad⁹⁵. Esto quiere decir, que una correcta comprensión del derecho a la protección de la salud debe considerar los problemas relacionados con la distribución equitativa de los recursos sanitarios y su necesario racionamiento.

La implementación de la farmacia popular busca, en definitiva, generar esta efectiva materialización y exigibilidad.

⁹⁵ Centro de Estudios para América Latina. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.2006.

Hasta aquí, entonces, tenemos el primer criterio para considerar respecto al análisis de las farmacias populares. Este se traduce en que la protección de la salud, debe ser entendida como la protección al acceso universal a determinadas prestaciones básicas. Esta cobertura sanitaria es exigida en definitiva por nuestra Carta Fundamental y sus leyes complementarias.

Otro criterio a considerar, y que se relaciona con lo anterior, es el que nos otorga la concepción de medicamento esencial (ME). El acceso a la atención sanitaria y, por consiguiente, a los medicamentos esenciales es parte del cumplimiento del derecho fundamental a la salud, que “establece el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de las personas, así como el derecho a la protección de la salud, y la responsabilidad del estado en el acceso”⁹⁶. Este criterio, nos demuestra el poder que alcanza la farmacología en las vidas de las personas, tanto positiva como negativamente, al lograr un control en relación a la vida, la enfermedad y la muerte de la población.

En 1977 se lanzó el concepto de Medicamento Esencial (ME), y poco después, a partir de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, los ME fueron considerados como uno de los ocho elementos necesarios para lograr la meta de salud para todos. “Desde entonces, los ME han constituido uno de los pilares de la formulación e implementación de políticas farmacéuticas nacionales, con un enfoque de salud pública y de derecho”⁹⁷.

Los ME son definidos como “aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población, son seleccionados teniendo en cuenta su pertinencia para la salud pública, la evidencia de seguridad y eficacia, y su eficacia comparativa en relación con el

⁹⁶ **Roberts M., Raimundo.** Biblioteca del Congreso Nacional. Minuta: La Salud como un Derecho fundamental. Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones, Asesoría Técnica Parlamentaria, Anexo1791. 31/03/2014.

⁹⁷ **Organization, World Health,** Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC : OPS, 2013. ISBN 978-92-75-31750-1.

costo”⁹⁸. “Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en los servicios de salud en todo momento en cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas apropiadas, con calidad asegurada y a un precio que los individuos y la comunidad puedan pagar”⁹⁹.

Los medicamentos esenciales son sólo uno de los aspectos de la prestación de asistencia sanitaria, pero un aspecto vital. “Cuando están disponibles, son asequibles, poseen una calidad garantizada y se usan de modo apropiado, los medicamentos esenciales salvan vidas y mejoran la salud”¹⁰⁰. Pero la falta de acceso a medicamentos esenciales sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial¹⁰¹.

Los países tienen que trabajar hacia la consecución de un acceso equitativo a los servicios y productos de salud, incluidos los medicamentos esenciales necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades prevalentes¹⁰².

Según lo señalado, podemos establecer que los ME deben constituir el arsenal mínimo que debe poseer una farmacia popular para garantizar la protección de la salud. Este arsenal se debe respaldar en los pilares o criterios de calidad, de uso racional y acceso que determina la OMS y que, acreditan las políticas sanitarias que se están llevando a cabo en el ámbito de la protección de la salud y que se describirán a continuación.

⁹⁸ Ídem.

⁹⁹ Ídem.

¹⁰⁰ **Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría**. La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago, Chile: s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.

¹⁰¹ **Organization, World Health**. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Acceso Equitativo a los Medicamentos Esenciales: un marco para la acción colectiva*. [En línea] Marzo de 2004. http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_sp.pdf.

¹⁰² **Organization, World Health**. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Acceso Equitativo a los Medicamentos Esenciales: un marco para la acción colectiva*. [En línea] Marzo de 2004. http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_sp.pdf.

B) Acceso, Calidad y Uso Racional: Componentes Principales de una Política Nacional de Medicamentos según la OMS.

Acceso, calidad y uso racional, son otros criterios a considerar a la hora de evaluar una política sanitaria como lo es la farmacia popular, estos criterios, son como señalamos más arriba la concreción o los pilares de la protección a la salud, desde la mirada de los medicamentos.

Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud, los medicamentos han sido considerados como insumos prioritarios para alcanzar el derecho al nivel máximo de salud, es por esto que cuando se habla de acceso equitativo a los medicamentos esenciales (ME), se establece por este organismo un marco para la acción colectiva, el cual establece estos tres elementos como claves para el desarrollo de buenas políticas nacionales, en el área de la salud, y en específico de medicamentos.

En primer lugar, el elemento acceso se puede desarrollar y entender a partir del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales donde el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales y que se interrelacionan, de los cuales uno, corresponde a la accesibilidad. En este contexto, se debe procurar que “...los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.”¹⁰³. A su vez, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas¹⁰⁴: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información¹⁰⁵.

El acceso equitativo a medicamentos de calidad asegurada es un imperativo a nivel mundial.

¹⁰³ <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12382>

¹⁰⁴ **Organización Mundial de la Salud.** (s.f.). Salud y derechos humanos. Recuperado el 02 de febrero de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

¹⁰⁵ http://www.minsal.cl/medicamentos_acceso/

En nuestro país, el Ministerio de Salud posee como misión institucional elevar el nivel de salud de la población y en este sentido el acceso equitativo a medicamentos de calidad es un compromiso adquirido que debe ser permanente y continuo. Por esta razón, el Ministerio vela por un manejo apropiado de la normativa con el fin de favorecer el acceso de medicamentos de calidad y que estos sean utilizados de manera racional¹⁰⁶.

En suma, en los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) y en los servicios de salud, los medicamentos esenciales deben estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para las personas y la comunidad.

La OMS señala que estos medicamentos esenciales están destinados a cubrir las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. La realidad muestra que hasta ahora, este objetivo no se ha alcanzado, ya que cerca de un tercio de la población mundial aún no tiene acceso regular a medicamentos esenciales y están ausentes, en buena parte de servicios de salud de los países en vías de desarrollo, especialmente en áreas rurales y periféricas¹⁰⁷.

En segundo lugar el elemento calidad, se refiere a la aptitud del medicamento para el uso para el cual se destina, la que está determinada por su eficacia, seguridad y estabilidad, conforme a las características de identidad, potencia, pureza y otras, conforme al respectivo registro sanitario¹⁰⁸.

La disponibilidad del medicamento es importante, pero la calidad del mismo es un aspecto clave. Esto involucra la cadena de producción de la cual proviene el medicamento, su transporte y posterior almacenamiento, etapas que deben estar inmersas en estrictos controles de calidad y certificada por la autoridad sanitaria¹⁰⁹.

¹⁰⁶ http://www.minsal.cl/medicamentos_acceso/

¹⁰⁷ <http://esencialesparalavida.org/2015/01/07/sistemas-de-salud-universales-y-uso-racional-de-los-medicamentos/>

¹⁰⁸ Artículo 5º. Decreto 3/2010

¹⁰⁹ http://www.minsal.cl/medicamentos_calidad/

Sin embargo, aun cuando la población acceda a los medicamentos y estos posean una calidad certificada, se ha constatado que existe un uso inadecuado de ellos, lo cual tiene serias consecuencias médicas, sociales y económicas, lo que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud y a los Ministerios de Salud de los diferentes países a realizar acciones orientadas a promover el Uso Racional de Medicamentos o tercer elemento a considerar. Este elemento además, se relaciona con la selección que debe realizar una autoridad sanitaria a cargo de la salud de su nación, la selección cuidadosa de los medicamentos esenciales es el primer paso para asegurar el acceso¹¹⁰.

Así, el uso racional de los medicamentos es una de las actividades básicas de los trabajadores de la salud y de los pacientes. Para asegurar que los tratamientos sean seguros y eficaces, y reducir los riesgos y el despilfarro relacionados con la prescripción y el uso irracionales de los medicamentos, se requiere personal sanitario formado y motivado, y el equipamiento diagnóstico necesario¹¹¹.

Las entidades sanitarias internacionales han definido que hay uso racional de medicamentos “cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad¹¹²”.

No hay en el mundo un sistema de salud que ofrezca acceso ilimitado a todos los medicamentos. Pero la selección racional de medicamentos esenciales es uno de los

¹¹⁰ **Organization, World Health.** Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Acceso Equitativo a los Medicamentos Esenciales: un marco para la acción colectiva.* [En línea] Marzo de 2004. http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_sp.pdf.

¹¹¹ **Organization, World Health.** Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Acceso Equitativo a los Medicamentos Esenciales: un marco para la acción colectiva.* [En línea] Marzo de 2004. http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_sp.pdf.

¹¹² **Organización Mundial de la Salud,** Conferencia de Nairobi 1985.

principios básicos de una política farmacéutica nacional¹¹³ y que debe ser considerada a la hora de analizar la farmacia popular como una política pública a largo plazo.

Los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas más utilizadas en la práctica de la medicina, constituyendo un bien de consumo esencial para el desarrollo de los países. Para la obtención de los beneficios que pudiese conllevar la aplicación de un medicamento, se debe precaver su uso apropiado, partiendo desde una correcta prescripción, una apropiada dispensación y su oportuna administración¹¹⁴.

Cuando los medicamentos se utilizan después de la aplicación de un método diagnóstico adecuado permiten la prevención, curación, atenuación y tratamiento de las enfermedades y sus síntomas. Sin embargo, cuando éstos se utilizan de manera inapropiada se convierten en una amenaza para la salud individual y colectiva, derivado de su falta de efecto, toxicidad o efectos no previstos y que van más allá de una relación riesgo/beneficio adecuada¹¹⁵.

Las estadísticas de la OMS muestran que “en el mundo más del 50 % de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta”¹¹⁶. La irracionalidad en el uso de medicamentos ha alcanzado su máxima expresión en la inapropiada utilización de los antibióticos, por ejemplo, cuyo impacto se ha calculado en

¹¹³ **Organization, World Health.** Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Acceso Equitativo a los Medicamentos Esenciales: un marco para la acción colectiva.* [En línea] Marzo de 2004. http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_sp.pdf.

¹¹⁴ **Gobierno, de Chile.** División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Dpto.de políticas farmacéuticas y profesiones médicas. Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. Contenidos e Información del Uso Racional de Medicamentos para el personal técnico de salud. 2010.

¹¹⁵ **Gobierno, de Chile.** División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Dpto.de políticas farmacéuticas y profesiones médicas. Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. Contenidos e Información del Uso Racional de Medicamentos para el personal técnico de salud. 2010.

¹¹⁶ **Organization, World Health.** “Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales”, OMS-Septiembre 2002

aproximadamente USD 4.000 a USD 5.000 millones en los EEUU y € 9.000 millones en Europa¹¹⁷.

En vista de esta problemática, es necesario establecer estrategias de uso racional, que permitan obtener un uso adecuado, propicio y eficiente de las alternativas farmacoterapéuticas disponibles, optimizando los resultados sanitarios y manejando eficientemente los recursos que se disponen¹¹⁸, en este sentido, la farmacia popular, podría contribuir mucho como política pública sanitaria, por poder conectarse con el sistema de atención primaria sanitaria, de modo de ofrecer una prestación de servicio vinculado, cercano y de seguimiento de los pacientes, fortaleciendo el sistema de salud del país. Es por esto, la importancia de analizarla.

Hasta el momento, en Chile, los tres preceptos antes señalados, han sido recogidos en la Política Nacional de Medicamentos, aprobada mediante la Res. Ex. MINSAL Nº 512/2004, que establece las políticas relativas al acceso a medicamentos de eficacia, seguridad y calidad garantizada. En la Política Nacional de Medicamentos se han establecido las estrategias gubernamentales en torno a la racionalidad del uso de los medicamentos, que se expresan en una serie de líneas de acción destinadas a verificar procesos de selección, prescripción, dispensación y uso de medicamentos, para que se desarrollen de manera técnica, independiente de intereses económicos y en la búsqueda de la mejor terapéutica posible, pero como vimos en cifras de CASEN, aún hay deficiencias al respecto que no se logran subsanar pese a que existen los lineamientos en nuestra normativa vigente, es aquí donde la farmacia popular puede ser la respuesta en nuestro sistema de salud a estas deficiencias.

¹¹⁷ Con los medicamentos no se juega: El uso inapropiado de medicamentos limita sus beneficios, aumenta los riesgos y malgasta recursos”, Acción para la Salud, Latinoamérica y el Caribe; Correo de AIS; Edición Nro. 92, Marzo de 2009.

¹¹⁸ **Gobierno, de Chile.** División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Dpto.de políticas farmacéuticas y profesiones médicas. Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. Contenidos e Información del Uso Racional de Medicamentos para el personal técnico de salud. 2010.

Estas deficiencias, se enmarcan tanto en el traspaso de una labor del Estado en materia de salud de las personas, a manos de privados, como en la falta de regulación a estos entes privados por parte del Estado. Es por esto, que surge la posibilidad con la farmacia popular del regreso de la labor a manos de lo público, de considerarse de manera real y efectiva estos criterios.

Como hemos señalado más arriba, estos criterios son considerados por nuestra normativa vigente en teoría. Por lo que cabe hacernos algunas preguntas hasta este punto; ¿qué problemáticas aún no se resuelven y hacen deficiente el sistema? ¿Existen políticas de medicamentos en Chile? ¿Cómo es el mercado de medicamentos en Chile y cómo se desenvuelve la normativa vigente en la práctica dentro de este mercado?

**C) Política Nacional de Medicamentos y Mercado de Medicamentos en Chile:
Principales Problemáticas.**

Para poder acercarnos a estas últimas interrogantes, debemos adentrarnos en lo que se ha desarrollado hasta hora en nuestro país en materia de política nacional de medicamentos, y tratar de entender las características del mercado en que se envuelven los medicamentos. Este último, ha alcanzado un enorme poder de control en las vidas de las personas, también conocido filosóficamente como biopoder, y que, a ojos de esta investigación, la farmacia popular con su implementación viene a irrumpir con un llamado de alerta.

Como hemos visto, el acceso, calidad y uso racional de los medicamentos destinados para la población, deben ser considerados en las políticas nacionales implementadas por los países en esta materia.

Los primeros parámetros más concretos en la materia fueron mediante la Resolución N° 1.248 del Ministerio de Salud publicada en agosto del año 1996, por medio de la cual se dio a conocer una Política Nacional de Medicamentos en Chile, propuesta que vendría a reemplazar lo vigente desde 1985. Dicha política definía al medicamento como un bien social primordial para la salud de la población y estableció una serie de lineamientos de acción en torno a este concepto. Proponiendo el acceso equitativo a medicamentos esenciales, el aseguramiento de la eficiencia en el uso de recursos destinados a medicamentos, la promoción del uso racional del medicamento y el aseguramiento de normas de calidad¹¹⁹. Sus lineamientos se basaban en la actualización del listado del Formulario Nacional de Medicamentos y del Sistema Nacional de Registro de Medicamentos y Cosméticos¹²⁰.

Promulgada la última Reforma Sanitaria y con el fin de adoptarla al régimen de Garantías Explícitas en Salud, dicha política fue actualizada en el año 2004 proponiendo 61 medidas que apuntaban a la calidad, seguridad y uso racional de los fármacos.

Se plantea además, que es el MINSAL, a través de su instancia rectora, quien formulará las políticas, normas, planes y programa que permitan cumplir con el propósito de la política de medicamentos.

El problema es que en materia de política nacional de medicamentos Chile, es uno de los países con mayor gasto de bolsillo en medicamentos, y el de mayor gasto en farmacia de la OCDE¹²¹. Esto es producto de la desregulación propiciada en la comercialización de medicamentos durante los años ochenta, que da cuenta de una realidad reproducida por años: “pocos competidores en la producción nacional, alta concentración de locales de farmacias, que son las principales cadenas que reconocemos, y una dispensación mediada

¹¹⁹ **Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría.** La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago, Chile : s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.

¹²⁰ Resolución N° 1248

¹²¹ **Gobierno, de Chile.** División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Dpto.de políticas farmacéuticas y profesiones médicas. Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. Contenidos e Información del Uso Racional de Medicamentos para el personal técnico de salud. 2010.

por incentivos económicos que nos alejan de los estándares internacionales en materia de políticas farmacéuticas”¹²². Esto se traduce en una falta de acceso para la población, que se explica además, por lo complejo que es combinar los esfuerzos, conocimientos y colaboración a las soluciones, por parte de los agentes que trabajan en el suministro de medicamentos.

Se suma a lo anterior, que la industria farmacéutica está sometida a las leyes del mercado, en el sentido que justifica sus altos precios porque requiere de grandes ventas y ganancias para acreditar los altos costos en investigación y desarrollo¹²³, que son piezas claves para la generación de conocimiento para nuevas terapias o para la mejora de las ya existentes.

En este sentido, en nuestro país el problema actual en esta materia, y que incentiva la implementación de farmacias populares en distintas comunas a lo largo del país, lo constituye el aporte individual que las familias o los individuos deben hacer para poder acceder a las intervenciones sanitarias. Esto afecta de forma tal que aquellos más pobres terminan finalmente pagando más por las prestaciones en salud que reciben ya que, por condiciones de empleo, acceso u otro, terminan no accediendo a las prestaciones del sistema y gastan de su bolsillo tanto en consulta, como en exámenes y fármacos¹²⁴.

En la figura 2 y 3, se observa la evolución de la estructura del gasto en salud en Chile durante el período 2005-2012¹²⁵. Particularmente se destaca lo que se denomina como “gasto de bolsillo”, es decir, el gasto directo que los propios usuarios deben enfrentar para financiar las prestaciones de salud. Lo que en nuestro país ha fluctuado, en promedio, en

¹²² **Gobierno, de Chile.** División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Dpto. de políticas farmacéuticas y profesiones médicas. Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. Contenidos e Información del Uso Racional de Medicamentos para el personal técnico de salud. 2010.

¹²³ **Paez Moreno, Ricardo.** La Investigación de la Industria farmacéutica: ¿condicionada por los intereses del mercado?. Acta bioethica[online]. 2011. Vol. 17, n.2. [citado 2016-04-18], pp. 237-246 .
Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-569X. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200010>.

¹²⁴ Ídem.

¹²⁵ **Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría.** La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago , Chile : s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.

torno al 38% del gasto total en salud, considerando las cifras desde el año 2005 al 2012¹²⁶. No obstante entre los años 2009 al 2012 presenta un alza de cinco puntos porcentuales lo que acrecienta el esfuerzo que las personas deben hacer para complementar sus atenciones de salud¹²⁷.

En 2015 los chilenos gastaron en salud más de \$ 15 mil millones; de este gasto \$4.800 millones corresponde a "gasto de bolsillo", es decir al desembolso directo efectuado por todos nosotros para costear aquello no cubierto por nuestros sistemas previsionales ni por subsidios del Estado, como por ejemplo los gastos en farmacia, que en el mismo año superaron los \$1.400 millones, afectando a todos los sectores sociales, pero impactando como siempre de manera principal, a pacientes de clase media y baja¹²⁸.

Esto demuestra que las propuestas de políticas de medicamentos que hemos tenido como país, no han tenido la fuerza de una ley que impulse cambios estructurales importantes en el mercado farmacéutico, manteniendo el gasto de bolsillo como fuente importante de su financiamiento, manteniendo la economía del poder por sobre la salud de las personas.

Además, tampoco consideran de forma concreta la integralidad de las relaciones con el municipio para lograrlo, por medio de la APS. Así mismo, la baja inversión pública en esta materia se enmarca en un sistema desagregado que le asigna a los establecimientos sanitarios la libertad de elegir entre compras directas o centralizadas, escenario que agrade directamente a los quintiles de menores recursos¹²⁹.

Se complementa a la problemática del gasto de bolsillo, dentro de la realidad de nuestro país, en relación al acceso a medicamentos, la situación de los afiliados a FONASA.

¹²⁶ Ídem.

¹²⁷ Ídem.

¹²⁸ <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/mario-fernandez/farmacias-populares-respuesta-populista-a-economia-imperfecta/2016-02-16/124404.html>

¹²⁹ **Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría.** La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago , Chile : s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.

Utilizando información de la encuesta CASEN 2013, el Instituto de Libertad y Desarrollo consultó a aquellos afiliados de los grupos A y B de FONOSA, que como señalamos en la primera parte de esta investigación, son los que siempre deberían tener acceso de manera gratuita a los medicamentos en caso de atenderse en los consultorios municipales¹³⁰. El resultado arrojó que un 43,6% de aquellos a quienes les recetaron algún medicamento tuvo problemas de acceso a éste, ya sea porque sencillamente no lo consiguió o porque tuvo que pagar por todos o parte de los fármacos¹³¹.

En este sentido, en Chile solo en caso de atenderse en consultorios municipales es posible ejercer el derecho a medicamentos gratuitos¹³², cifra que también esconde los problemas del sector público en cuanto a atención en dichos establecimientos¹³³. Creemos que estos porcentajes pueden ser aún mayores ya que solo se consideró a personas que consiguieron receta de los grupos de FONASA A y B, y por tanto, que lograron atenderse, ya sea en un consultorio o teniendo que pagar por su receta en un prestador privado¹³⁴.

En relación con esto mismo, la encuesta CASEN 2013, reveló además, que el 16% de las personas de los grupos A y B de FONASA tiene problemas para conseguir horas y otro 12% para ser atendidos¹³⁵.

Se suma a estos datos, que en nuestro país la lista de espera para una consulta con un especialista en el sector público bordeó en septiembre de 2015, el millón seiscientos mil personas, de las cuales más de 1,2 millones han esperado por más de 120 días¹³⁶.

¹³⁰ **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. "Farmacias Populares": Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

¹³¹ Ídem. (ver tabla anexa, figura 4 con mayores detalles del estudio).

¹³² Ídem.

¹³³ **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. "Farmacias Populares": Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

¹³⁴ Ídem.

¹³⁵ Ídem.

¹³⁶ **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. "Farmacias Populares": Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

Estas cifras, ponen a la farmacia popular, y su aparición como una herramienta de acceso a la salud para la población, frente a lo alarmante de las cifras para un país en vías de desarrollo, con una población con características en materia de salud de un país desarrollado, esto es, una población que envejece y con enfermedades crónicas principalmente.

Esta problemática que trajimos a cifras, pero que se resumen en falta de acceso y alto gasto de bolsillo para las personas está altamente influenciada por las características del mercado de medicamentos en Chile. Donde por un lado, particularmente nos encontramos con un reducido número de laboratorios en el mercado, los cuales tienen la mayoría de los registros farmacéuticos. Y por otro lado, existen barreras de entrada a la venta minorista de medicamentos y la interacción entre los competidores es frecuente, al punto de llegar a colusiones por una participación relevante solo de tres cadenas principales de comercialización dentro del retail farmacéutico. Salcobrand, Cruz Verde y Farmacias Ahumadas, concentran más del 90% del mercado. Estas fueron acusadas de subir el precio de 222 medicamentos a fines de 2008, último antecedente que detonó la implementación de la farmacia popular en Recoleta.

A esto se suma que el Estado solo cumple, por un lado, funciones reguladoras a través del ISP, quien otorga los permisos y fiscaliza, y por otro, funciones de demanda a través de las compras que realiza CENABAST, teniendo poca o nula influencia en el mercado que en definitiva es quien controla y domina.

Este mercado de medicamentos, es altamente complejo, ya que se encuentra compuesto además, por un conjunto de submercados con dinámicas de comportamiento diferenciadas en función de los agentes interventores y de las características de ese

submercado¹³⁷. Así se reconocen, medicamentos de venta libre, éticos o de venta bajo receta y medicamentos de internación.

Los primeros, son aquellos que compra de forma directa el paciente, sin la intervención de financiadores, por lo que aquí la dinámica es semejante a la de un mercado competitivo.

Los medicamentos éticos o de venta bajo receta, se subclasifican en medicamentos éticos con y sin archivo de receta. En este submercado, a los oferentes y consumidores, se suman los agentes encargados de la financiación y los agentes encargados de la prescripción¹³⁸.

Por último, los medicamentos de internación son aquellos que habitualmente son adquiridos por hospitales y consultorios del país, o directamente a los laboratorios a través de licitaciones a cargo de CENABAST.

Estas características deben estar presentes al momento de evaluar la farmacia popular como una política pública desde el enfoque económico que veremos en lo sucesivo de esta investigación, en específico, cuando deseemos analizar el tipo de dispensación que realiza a la población y la afectación generada en el mercado con su intervención.

Ahora bien, se hace necesario tomar en cuenta otras características, de modo de rescatar la lógica de funcionamiento del mercado de medicamentos en Chile, y así entender su dinámica y sus diferencias respecto a otros mercados.

Estas otras características condicionan en definitiva, la inequidad en el acceso a medicamentos para la población, y por tanto, deben ser tomados en cuenta a la hora de comprender el nacimiento de estos nuevos tipos de farmacias a cargo de municipios y posiblemente proyectar su análisis en un desarrollo futuro.

¹³⁷ **Vasallo Carlos**. El Mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Informe Final. 2010.

¹³⁸ **Vasallo Carlos**. El Mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Informe Final. 2010.

Podemos establecer tres, como las principales características para tomar en cuenta dentro del mercado de medicamentos en nuestro país, a modo de entenderlo, y de comprender las problemáticas y cuestionamientos a que se ve enfrentado el surgimiento de las Farmacias Populares y como estas vienen a quebrar con un modelo de control farmacológico, que ejerce un biopoder, porque en definitiva, administra las vidas de las personas, al poder jugar con la vida y la muerte, enfermando y sanándonos, restringiéndonos o no el acceso.

En primer lugar, una característica que debemos señalar es que los medicamentos son tratados como un bien y no como un servicio en nuestro país, razón por la cual se distingue del resto de los componentes de la función de producción de la salud¹³⁹.

Una segunda característica del mercado de los medicamentos, es que impera la información asimétrica, ya que las características del bien hacen que las relaciones de intercambio que se verifican en este mercado no se den en condiciones de igualdad de información¹⁴⁰.

Por último, existe una multitud de agentes que, ocupando diferentes roles, participan en las distintas etapas del intercambio. Donde en definitiva, “el precio pagado por un medicamento será la retribución al bien en sí mismo, el cual incorpora a los costos emanados del proceso de producción a los beneficios de los agentes encargados del mismo, así como a los servicios vinculados a la distribución y dispensa”¹⁴¹. Además, la formación de los precios de los medicamentos está fuertemente vinculada con la regulación y la financiación de los mismos.

En Chile, la libertad de precios es amplia y convive con una doble ausencia de regulación dentro del mercado de medicamentos. Por un lado, la escasa compra pública, que ahora

¹³⁹ **Vasallo Carlos**. El Mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Informe Final. 2010.

¹⁴⁰ Ídem.

¹⁴¹ Ídem.

está en vías de ampliación por la introducción del Plan Auge. Y por otro lado, existe una ausencia de regulación sobre las ventas de todas y cada una de las especialidades farmacéuticas en el momento de su primera comercialización¹⁴².

Otro elemento a rescatar de las características del mercado de medicamentos, es la forma en que los principales distribuidores de medicamentos en nuestro país; Instituciones públicas, Instituciones privadas y farmacias privadas obtienen y se abastecen comprando a los laboratorios los medicamentos para la población.

Los laboratorios que dispensan medicamentos, poseen venta directa e indirecta, dentro de las cuales, están estos tres clientes.

Por un lado, las instituciones públicas, siendo la principal el Estado, compra a los laboratorios mediante CENABAST. CENABAST a su vez, a través de licitaciones intermedia la compra de medicamentos a ser distribuidos en los hospitales y consultorios que conforman los Servicios de Salud, donde por ley sólo se puede comprar para el sector público¹⁴³.

Las instituciones privadas, como clínicas y entidades como la Liga Chilena contra la Epilepsia o la Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile (ASODI), entre otras, son un segundo cliente que poseen los laboratorios.

En tercer lugar, los laboratorios venden también a las cadenas o farmacias independientes, que se clasifican como farmacias privadas.

¹⁴² **Ídem.**

¹⁴³ **Libertad y Desarrollo.** Temas Públicos N° 1.234-1. "Farmacias Populares": Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

Estos tres clientes, conviven en el mercado de los medicamentos en nuestro país, y la forma en que los laboratorios les venden depende y difiere según el tipo de cliente, afectando de una u otra forma el mercado y al consumidor final.

En esta línea cabe hacer la distinción entre el sector público y el retail de las farmacias privadas. El primero, mediante el servicio de intermediación de CENABAST, en un momento del año se consolida la demanda por fármacos e insumos de más de los 500 consultorios y hospitales del país que constituyen los establecimientos de salud para la población¹⁴⁴. En el caso de los fármacos, se definen listas de principios activos para los cuales se realizan licitaciones públicas. Estas licitaciones, son por principio activo y no por medicamento, lo que consolida las compras en menos productos¹⁴⁵.

En relación con esto, un reciente informe de la Fiscalía Nacional Económica señala que los precios más bajos obtenidos por el mercado institucional se debería a que “son compradores que poseen mayor información, tienen la capacidad de escoger los medicamentos que quieren aprovisionarse y además, pueden optar por compras a través de licitaciones¹⁴⁶”

En cambio, las farmacias privadas no pueden consolidar su demanda según un listado de principios activos, sino que demandan diferentes tipos de medicamentos para cada uno de ellos. Este mercado privado se compone de 2.955 farmacias, de las cuales 1.463 son independientes¹⁴⁷. Este mercado no pueden consolidar su demanda como el sector público, porque que deben atender la total variedad de requerimientos de sus clientes¹⁴⁸. En esta línea, para cada principio activo se pueden identificar tres tipos de medicamentos;

¹⁴⁴ **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. “Farmacias Populares”: Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528

¹⁴⁵ Ídem.

¹⁴⁶ **Fiscalía Nacional Económica**. Estudio sobre los Efectos de la bioequivalencia y la penetración de genéricos en el ámbito de la libre competencia”. Septiembre 2013.

¹⁴⁷ Presentación Instituto de Salud Pública, disponible en <http://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2015/10/ISP.pdf>

¹⁴⁸ **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. “Farmacias Populares”: Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

Medicamentos de marca, que son aquellos que corresponden al primero en el mercado y se le otorga una patente por 20 años¹⁴⁹. Medicamentos similares, que son aquellos que aparecen como sustitutos al de marca una vez vencida su patente¹⁵⁰. Y por último, medicamentos genéricos, que son aquellos de denominación común internacional (DCI), y que en nuestro país, corresponde a un principio activo presentado en idéntica forma farmacéutica y vía de administración, pero que no necesariamente contiene los mismo excipientes y que cumple con las mismas o comparables especificaciones de calidad¹⁵¹.

En suma, la variedad que ofrece la farmacia privada y la demanda que enfrentan no le permite seguir el modelo de compra del sector público. Así, compran a los laboratorios según los precios de lista y condiciones que estos establecen, con posibilidad de descuentos por compras masivas, como ocurre en otros mercados¹⁵².

El gráfico de la figura 5, muestra la distribución de los precios a que acceden por parte de los laboratorios las farmacias privadas según tipo de medicamentos. Los medicamentos de marca muestran precios más de diez veces por sobre los genéricos, lo cual se explica principalmente por la patente de la cual gozan. Por su parte, los medicamentos similares y los de marca propia superan el valor de los genéricos. Los de marca propia, son aquellos que proliferaron con el tiempo en manos de las farmacias privadas y que entran como subcategoría dentro del grupo similares. Cabe destacar que la mayoría de fármacos de marca, marca propia y similar requiere de receta médica¹⁵³.

Esta forma de compra dentro del mercado de medicamentos en Chile, tanto del sector público como privado, explica en primera instancia, las diferencias de precios que se

¹⁴⁹ Ídem.

¹⁵⁰ Ídem.

¹⁵¹ **Fiscalía Nacional Económica**. Estudio sobre los Efectos de la bioequivalencia y la penetración de genéricos en el ámbito de la libre competencia". Septiembre 2013.

¹⁵² **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. "Farmacias Populares": Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

¹⁵³ Fuente: IMS Health 2015.

pueden observar en la compra del consumidor final y que afectan directamente en materia de acceso a medicamentos que se tiene y que explican también los intentos de los municipios por acercar los medicamentos a la población.

Se suma a esto que, en materia de formación de precios las cadenas tienen un rol clave en este proceso considerando su poder de compra, su logística y articulación con la industria del retail. Esto les ha permitido negociar mejores condiciones y establecer el precio final, con sus ciclos de alzas y bajas dado que está subordinado a una estrategia de expansión de las cadenas. Esto significa que en nuestro país, en términos económicos, el poder de negociación del mercado pasó del fabricante al mayorista o incluso al minorista agrupado en cadenas. Para comprender este paso, debemos entender que son y cómo funcionan las farmacias en Chile.

Hasta aquí hemos logrado comprender los parámetros que pueden ser exigidos en materia de salud, específicamente en lo que son las políticas sanitarias en Chile, así podemos establecer los lineamientos para poder analizar la Farmacia Popular como una política pública a la hora de ver su análisis económico. Pero ahora con claridad respecto; al sistema y la orgánica estructural, el ámbito de competencias y la normativa en la que se desenvuelve y con la que interactúa, así como el complejo mercado en el que se inserta.

Esto en conjunto, se entiende como un biopoder, en donde se pueden reconocer sus dos niveles de análisis, es decir, un poder disciplinario, ejercido por la institucionalidad descrita, y por otro, por un poder regulatorio, que se ocupa de la población bajo consideraciones biológicas e higiénicas. Ambos se resumen en aquellas tecnologías que sobre las vidas de las personas se mueven de forma incesante hacia una economía de poder a través de un control sobre la vida y muerte de la población por medio de la salud.

Estos aspectos, son claves y complementarios para lo que viene a continuación, que corresponde al acercamiento de lo que son las farmacias y su desarrollo en Chile, en específico las farmacias comunales. De estas últimas, se desprende la clasificación de lo que hoy se conoce como farmacia popular, lo que nos permitirá ver los modelos a nivel comparado dentro de Sudamérica, específicamente el caso de Brasil, así como realizar un análisis económico de la misma, a partir del razonamiento de las distintas variables que construyen y dan forma a la política, en términos de costo versus beneficios.

V. TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LAS FARMACIAS EN CHILE: EL SURGIMIENTO DE LA FARMACIA POPULAR.

En esta parte de la investigación corresponde buscar entender qué pasa con las farmacias en Chile, qué son las farmacias populares, y cuál es la diferencia con las tradicionales. Para luego establecer un análisis de modelos comparados con el caso de Brasil, quien fue el mentor observado por Recoleta para emular.

Teniendo esto claro, para finalizar, se realizará un análisis económico de la política, Farmacia Popular, donde se busca hacer el ejercicio de racionalizar desde la perspectiva económica el acto administrativo, tomando la medida, en términos de eficiencia. Esto permitirá percibir mejor como la farmacia popular se inmiscuye, como un llamado de alerta, dentro del poder logrado hasta hora por la farmacología.

A) La Farmacia en Chile.

Las farmacias en Chile, se ligan fuertemente tanto al sistema de salud en nuestro país, como al mercado de medicamentos. Se suma a esto, que en ellas se dan todas las fases de lo que podemos entender en la actividad práctica de la farmacología, vale decir, creación, producción y comercialización de medicamentos. Y por tanto, son en nuestro país, la

institución que ilustra por excelencia, el poder disciplinario y la biopolítica que administran las vidas de los ciudadanos por medio del acceso a los medicamentos.

En Chile convive, a nivel de acceso de medicamentos y de dispensación de los mismos, cadenas de farmacia privadas y públicas. El sector público, se caracteriza por emanar de la atención primaria de salud, donde el ente rector, Ministerio de Salud, en representación del Estado, delega los servicios de salud al ámbito local por medio de los municipios y el Sistema de Atención Primaria de Salud, como lo vimos en la primera parte.

En términos generales, el modelo existente en Chile en particular, es que las farmacias del sector público se ocupan de la distribución y dispensación de los medicamentos y las privadas de su comercialización. En este sentido, sigue enfocándose la provisión de medicamentos, en la distribución de ingresos, lo que segmenta aún más el sistema de salud que impera en nuestro país, ocasionando inequidades en el acceso a los medicamentos, además de un uso irracional e inadecuado de los mismos por parte de los prescriptores y de la población, con consecuencias sanitarias, económicas y sociales.

Las farmacias en nuestro país, son aquellos establecimientos en los cuales se venden diferentes tipos de productos relacionados con la salud, especialmente medicamentos. Una farmacia es un tipo de negocio, muy necesario, y por tanto, con el que debe contar un barrio ya que es ella el único espacio donde se pueden conseguir algunos tipos de medicamentos de gran importancia para la cura de determinadas complicaciones médicas.

Así podemos identificarlas como establecimientos principalmente privados, sujetos a regulación estatal para su apertura, traspaso y funcionamiento¹⁵⁴. Deben cumplirse una serie de requisitos de infraestructura y funcionalidad para que estas se localicen en determinados sectores a comercializar. Así, el retail farmacéutico obtiene su

¹⁵⁴ **Vasallo Carlos**. El Mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Informe Final. 2010.

rentabilidad de la oferta de una variedad de productos vinculados a lo farmacéutico, como lo son los rubros de bienestar, higiene, vida, ambiente y alimentación especial. Aunque quizás el principal y de mayor capacidad de atracción sea el medicamento¹⁵⁵.

El ámbito de regulación en nuestro país respecto de estos establecimientos son, tanto el Código Sanitario¹⁵⁶ como el Decreto Supremo N°466¹⁵⁷, que establecen definiciones legales sobre lo que se debe entender por farmacias, y que se puede interpretar como; aquellos centros de salud de dispensación por venta, de productos de uso médico de distinta índole y que buscan garantizar en la atención de salud el uso racional de los mismos, con miras a contribuir a la farmacovigilancia.

Nuestra legislación no regula el ámbito de localización de estos establecimientos, y por tanto, se han concentrado fundamentalmente en la zona céntrica de las ciudades. Es decir, existe una gran cantidad de farmacias, por ejemplo en la Región Metropolitana principalmente.

Esta libertad de localización existente, ha generado amplias zonas del territorio con desprotección, lo que no es suficiente para atender la dispersión poblacional existente. Esto significa una tendencia, a un alto número de habitantes por farmacias en lugares como zonas céntricas, así como una problemática al acceso en regiones más alejadas, de hecho existen varias comunas de diversas regiones del país con menos de cinco mil

¹⁵⁵ Ídem. .

¹⁵⁶ El **artículo 129 inciso segundo del Código Sanitario** reza : (...)“*Las farmacias son centros de salud, esto es, lugares en los cuales se realizan acciones sanitarias y, en tal carácter, cooperarán con el fin de garantizar el uso racional de los medicamentos en la atención de salud. Serán dirigidas por un químico farmacéutico y contarán con un petitorio mínimo de medicamentos para contribuir a las labores de fármaco vigilancia*”.

¹⁵⁷ El **Decreto Supremo N° 466** sobre Reglamento de Farmacias, Droguerías y Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos autorizados en su **artículo 8°** otorga la definición de farmacia como: “*todo establecimiento, o parte de él, destinado a la venta de productos farmacéuticos y alimentos de uso médico; a la confección de productos farmacéuticos de carácter ofical y a los que se preparen extemporáneamente conforme a fórmulas magistrales prescritas por profesionales legalmente habilitados; y al fraccionamiento de envases clínicos de productos farmacéuticos, conforme a las normas que se indican en el presente reglamento*”

habitantes, donde no se registran farmacias¹⁵⁸, ya que estas prefieren los lugares con mayor poder adquisitivo de la población.

A esto se suma, la formación de cadenas farmacéuticas, siendo las tres más grandes farmacias, Ahumada, SalcoBrand y Cruz Verde, que llegan a abarcar el 93%¹⁵⁹ del mercado en la actualidad, desplazando a las farmacias de barrio.

A estas condiciones, aún no hemos considerado el factor precio, que se caracteriza por su dispersión, es decir, por una gran diferencia entre el precio de mercado más alto y el más bajo para un mismo principio activo, síntoma de que existe un problema en el mercado de medicamentos¹⁶⁰.

Si bien la normativa chilena, no regula estos aspectos, si regula los principales requisitos que deben cumplir los establecimientos farmacéuticos, como los es el equipamiento de implementación que debe tener para su funcionamiento y otorgamiento del respectivo permiso del ISP, así como los profesionales que deben estar a cargo de estos.

En suma, las farmacias en nuestro país, se caracteriza como vemos, por un alto nivel de concentración de ventas en un reducido número de oferentes para el público final, esto ha llevado a un mayor gasto de bolsillo en la población que se ve expuesta en gran medida solo a tres opciones de compra – Ahumada, Salcobrand y Cruz verde-, o simplemente no existe una farmacia en su comuna, teniendo que incurrir en más gastos para poder acceder a un medicamento para sus tratamientos, o simplemente no logrando acceder a ellos perjudicando su salud y por tanto, generando un control en la administración de sus vidas.

¹⁵⁸ **Vasallo Carlos**. El Mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Informe Final. 2010.

¹⁵⁹ **Vasallo Carlos**. El Mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Informe Final. 2010.

¹⁶⁰ **Ídem**.

Ha existido además en nuestro país un desarrollo de las farmacias a cargo de los entes edilicios desde el traspaso de la salud en los años 80', pero que no ha sido considerado, sino hasta el surgimiento de este modelo de farmacia comunal, bautizado como "farmacia popular" en Recoleta. Las Farmacias de los municipios han estado presentes hace ya, por lo menos tres décadas, pero no han tenido las consideraciones políticas que ha logrado generar este tipo de farmacia municipal que implementó Recoleta. Esto es lo que pasamos a tratar a continuación.

Como veremos, no hay un modelo único de farmacia comunal, los municipios chilenos no son uniformes, menos en materia de salud y de desarrollo social, es por esto, que es importante reconocer los principales tipos que existen y ver dónde se clasifica el modelo implementado por Recoleta.

B) Farmacias Municipales

Las farmacias comunales son implementadas para acercar los tratamientos médicos a la población al delegarse la función salud a los municipios, de modo que sea entendido como un servicio que se presta a la población a partir de la gestión del gobierno, específicamente, del gobierno local. En este sentido, las farmacias comunales, tienen la posibilidad de mejorar y perfeccionar el sistema de salud en Chile, si se trabaja coordinadamente entre el Ministerio de Salud, CENABAST y el ISP, con miras a una atención de calidad en salud.

Así, las farmacias dependientes de los municipios, buscan generar un mayor acceso a medicamentos a la población en virtud del costo de estos, el problema, es que la heterogeneidad de los municipios no ha podido hacer posible un modelo estándar para

todas, sino que los tipos de farmacias que se pueden reconocer a cargo del municipio, dependen del territorio en particular, y por tanto, varían según su composición y estructuras propias, pero coinciden en el fin último, que es el acceso a medicamentos a un bajo costo.

De esta manera, los entes edilicios en virtud de su autonomía y diversidad en la gestión municipal y territorial es que determinan; sus demandas comunales, el grupo objetivo al que apuntar, la forma de abastecimiento y la entrega al público. Esta gestión, puede clasificarse en cuatro categorías de farmacias dependientes de los municipios.

Los cuatro tipos de farmacias comunales que existen actualmente se pueden clasificar dentro de dos grandes grupos, por un lado aquellas ligadas a la atención primaria de salud (APS), producto de la Ley de Atención Primaria de Salud, y por otra, ligado a la relación con privados¹⁶¹, fruto del Código Sanitario y el Reglamento por DS N° 466 que permiten esta opción¹⁶². Esto se vincula, además, con las fórmulas de comercialización que autoriza la Ley de Atención Primaria de Salud (APS), y que corresponde, a gratuidad y cobro o copago¹⁶³.

Así, se pueden diferenciar cuatro tipologías o modelos dentro de estos dos grupos; el modelo de consultorio, el de dirección de salud, el de corporación de salud y el modelo de asociación con farmacias privadas. Estos son los cuatro posibles, donde los tres primeros tienen mayor relevancia y aplicación.

¹⁶¹ El Código sanitario y el artículo cuarto del Reglamento en virtud del Decreto Supremo N° 466, *permiten: "que cualquier persona natural o jurídica pueda instalar o adquirir una farmacia, es decir, ser propietario de una farmacia. Ya sea a través de la Corporación Municipal, que es una entidad privada, aunque sin fines de lucro, y que puede instalar una farmacia siempre que inviertan en un recinto que cumpla con los estándares que exige la autoridad de salud y que además asuman todos los gastos que resultan de su administración, o asociándose a una farmacia establecida. También asociándose a privados, es decir, podrá también hacerse cargo de una farmacia asociándose a otra establecida con anterioridad para así obtener descuentos especiales, sin importar si éstos son usuarios del sistema de salud público o privado"*.

¹⁶² **AMUNCH**. Manual de Implementación Farmacias Comunales. 2016.

¹⁶³ Ley 19.378 que Establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud, artículo 56° inciso primero establece: *"Los establecimientos municipales de atención primaria de salud cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. No obstante, siempre sin necesidad de autorización alguna, podrán extender a costo municipal o mediante cobro al usuario, la atención de salud a otras prestaciones"*.

En primer lugar, el *Modelo de Consultorio (MC)*, se refiere al modelo vigente y común de farmacias comunales en todo el territorio nacional. A este modelo, acceden a medicamentos las personas inscritas en éste, y que corresponde a aquellos municipios que desde la APS, tienen un consultorio propio donde se dispensan los medicamentos tras la atención médica que puedan obtener los pacientes.

En segundo lugar, se encuentra el *Modelo de Dirección de Salud (MDS)*, donde los municipios tienen la salud a su cargo, pero los medicamentos se entregan en un recinto especial, distinto al consultorio, en horario extendido o diferente al municipal y puede acceder más gente sin las restricciones de inscripción.

Estos dos entrarían en el primer grupo que se asocia a la APS. Y dentro del otro grupo, que se asocia a lo privado tenemos; en tercer lugar, los municipios que funcionan en este ámbito, como una farmacia prácticamente independiente con los mismos requisitos de una farmacia tradicional, y que recibe el nombre de *Modelo de Corporación de Salud (MCS)*.

Por último, un modelo más minoritario, pero posible y viable, es el *Modelo de Asociación con Farmacias Privadas (MAFP)*, en este, la farmacia genera convenios con farmacias privadas. Como por ejemplo, con la Asociación de Farmacias Independientes. Este modelo, permite eliminar la inscripción de modo que se incorporen personas, tanto afiliadas a Fonasa como a ISAPRES.

Con esta clasificación, podemos ubicar a la farmacia popular de Recoleta como una que ocupa aspectos de dos de estas tipologías. Por un lado, funciona como una farmacia independiente con los mismos requisitos de una tradicional, compartiendo aspectos del modelo de corporación de salud. Y por otro, tiene elementos del modelo de dirección de salud, en donde tienen la salud a su cargo, pero los medicamentos se entregan en un

recinto especial, distinto al consultorio, en horario extendido o diferente al municipal y al de la farmacia tradicional.

Es así, como las municipalidades, con el objeto de promover la salud y el desarrollo comunal, han ido implementando estas nuevas prestaciones de salud, insertas en planes comunales, dentro de los ámbitos de competencia que hemos ido viendo a lo largo de esta investigación.

¿Pero qué pasa a nivel comparado respecto a las farmacias a cargo de los gobiernos locales?

Tomaremos, un caso de América del Sur, el caso de Brasil, que fue a donde puso sus ojos el alcalde de Recoleta para imitar e iniciar la implementación de una política que asegure a la población el acceso a los medicamentos.

C) Modelo Comparado En América Latina: caso de Brasil.

A nivel de políticas de medicamentos y de su acceso Brasil implemento de manera reciente también un modelo que permite compararlo con Chile.

La Farmacia Popular de Brasil, fue el modelo observado por la comuna de Recoleta para imitar. Esto ha traído consecuencias en nuestro país, ya que ha dado paso a diversas discusiones, respecto al mercado de medicamentos, al acceso, a su legitimidad y al populismo de la medida, que no dejan de ser interesantes para tomar acción real respecto a estas problemática.

Brasil tiene una política pública cuyo objetivo fundamental es la ampliación de acceso de la población a medicamentos esenciales por medio de un programa de farmacia popular desde 2006, y que surge, en el ámbito del programa de Salud del Gobierno Federal y en

contexto de las acciones de asistencia farmacéutica¹⁶⁴. Este programa surge con el apoyo conjunto del Ministerio de Salud y la Fundación Oswaldo Cruz-Fiocruz. Esta última es quien ejecuta las acciones que corresponden a la adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos.

Los recursos para su implementación y mantención provienen descentralizadamente del programa específico de presupuesto del Ministerio de Salud. Por tanto, no se confunde con el financiamiento establecido para la adquisición de medicamentos para la distribución gratuita en la red de salud pública.

Esto fue producto de que los mecanismos tradicionales no eran suficientes y por lo tanto generaron mecanismos diferentes, tanto de adquisición, distribución y almacenamiento. Instalaron estas farmacias en lugares de alta vulnerabilidad económica y ciudadana. El programa consideró para su nacimiento, el perfil socio económico de la población como criterio inicial de su integralidad, bajo la problemática de los ciudadanos para financiar desde sus presupuestos familiares los costos de tratamientos en salud, como además, de otros criterios cualitativos de implementación y expansión del mismo.

Para alcanzar sus objetivos, el país ha adoptado estrategias y acciones en el sentido de compartir las responsabilidades en la implementación y mantención de las unidades del programa¹⁶⁵.

Sus beneficiarios directos son las personas que ganan entre 4:10 salarios mínimos, con un poco de poder adquisitivo, pero con dificultades para soportar la carga sobre el presupuesto familiar con la compra de medicamentos.

¹⁶⁴ MIDEPLAN. Sistema integrado de evaluación de intervenciones públicas. Documento N° 4: Metodología de Análisis de Políticas Públicas: Conceptos y criterios. Diciembre 2000. Santiago de Chile.

¹⁶⁵ Ruz Peña, José. Organización Panamericana de Salud/OMS. Farmacia Popular de Brasil. Junio 2013, Santiago, Chile.

Las Farmacias Populares de Brasil, se instalan en los centros urbanos de todo el país, partieron con 557 farmacias en 425 comunas. El éxito hizo crecer la medida y actualmente tienen unas 20 mil farmacias en el país. Donde se prioriza con medicamentos derivados de la producción pública de laboratorios Brasileños. Y se adquieren medicamentos del mercado privado con el único objeto de completar la lista de los productos seleccionados¹⁶⁶, y por tanto incurre en menos gastos que Chile.

Podemos caracterizarlas, ya que tiene prácticas de atención farmacéutica con dispensación de los medicamentos con actividades de atención, orientación y registro de los usuarios, lo que se complementa con el seguimiento de los tratamientos.

Al igual que en Chile, su instalación involucra procedimientos específicos relacionados con la elección del local, el área en que se desea instalar y también con las disponibilidad de muebles, equipamientos y medicamentos¹⁶⁷. Así también en las exigencias de personal químico farmacéutico a cargo, y horario. Pero a diferencia de Chile, Brasil recluta, selecciona, contrata y capacita de forma específica al personal acerca de la orientación al público en cuanto al uso adecuado y racional de los medicamentos¹⁶⁸, basándose también en la educación de la población respecto a la materia. Además se realzan las técnicas de comunicación y seguimiento de los que acceden al servicio de modo de garantizar adhesión a los tratamientos y un uso correcto de los medicamentos¹⁶⁹. En Chile, se creó un sitio de internet llamado farmacia popular, que va informando las comunas que se van agregando al sistema y algunas noticias, por tanto, es bastante precario, y en definitiva, no sirve como una canal de comunicación e información de la población para el uso racional y correcto de los medicamentos, a modo de evitar por ejemplo, la automedicación o suspensión de los tratamientos.

¹⁶⁶ Ídem.

¹⁶⁷ **Instituto de Salud Pública**. Ministerios de Salud. Farmacias Populares. Octubre 2015. Santiago, Chile.

¹⁶⁸ **Ruz Peña, José**. Organización Panamericana de Salud/OMS. Farmacia Popular de Brasil. Junio 2013, Santiago, Chile.

¹⁶⁹ Ídem.

Otra diferencia, tiene que ver con la dispensación de medicamentos donde Brasil privilegia el confort del usuario, equipando las farmacias con videos y TV, donde son exhibidos con fines educativos e informativos de salud¹⁷⁰.

Como vemos, la imitación realizada por Chile, es bastante incipiente y débil en comparación con el caso de Brasil, pero de todas maneras, posee el germen para generar una gran política sanitaria nacional si es gestionada por el gobierno con los propósitos de mejorar la salud en la población. En definitiva, el municipio abrió las puertas de posible solución a bastantes irregularidades y falencias que están ocurriendo en nuestro sistema de salud.

Este análisis nos permitirá ir de lleno con este panorama más completo que llevamos hasta aquí, del marco que encierra el desarrollo de la Farmacia Popular en Chile y el complejo mundo farmacológico que lo envuelve. Recopilación descriptiva, necesaria para lo que sigue a continuación, y que definimos como un análisis económico en derecho, que permite evaluar el impacto de un acto administrativo por medio del desarrollo de una inecuación que grafique la implementación de la medida en términos de eficiencia, de modo de, poder entender su puesta en marcha, así como sus fortalezas y falencias, posibilitando una discusión en torno a su proyección futura y como se significa dentro de la sociedad y el sistema imperante.

Cabe preguntarnos entonces, si la farmacia popular viene a cambiar la percepción y concepciones del mercado de medicamentos hasta ahora y si en definitiva, trae un giro en el sistema en pro del consumidor final, lo que trataremos luego del análisis económico.

¹⁷⁰ **Tobar, Federico.** Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas Sociales. Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina. Enero 2004. Washington D.C.

D) Análisis Económico de la Política Pública Farmacia Popular

Para iniciar el análisis económico de las farmacias populares debemos comprender primero que estas se enmarcan como una política pública sanitaria. Pero... ¿qué son las políticas públicas y para qué analizarlas?

Existen múltiples definiciones de lo que es una política pública, pero para efectos de esta investigación podemos guiarnos, por la idea de *“aquel conjunto de medidas e intervenciones que se impulsan desde el Estado, que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de la población y lograr crecientes niveles de integración social, habilitando a los grupos socialmente excluidos, en las diversas dimensiones en que se expresa su exclusión (económica, política, territorial y sociocultural)”*¹⁷¹.

Entenderemos por política pública un instrumento de trabajo mediante el cual se pretende alcanzar desde el Estado, en forma sistemática y coherente, ciertos objetivos de interés para el bienestar de toda la sociedad civil¹⁷².

Desde un punto más práctico, podemos clasificar las políticas públicas según categorías relativas a estrategias de intervención; donde se clasifican en políticas compensatorias, normalizadoras, habilitadoras e integrativas. En este caso, podemos ubicar a las farmacias comunales como una política compensadora, es decir, aquella que se caracteriza por objetivos que tienden a paliar necesidades básicas insatisfechas, lo que se traduce en acciones de tipo asistencial, las que por lo general se centran en un área de necesidad¹⁷³.

¹⁷¹ MIDEPLAN. Sistema integrado de evaluación de intervenciones públicas. Documento N° 4: Metodología de Análisis de Políticas Públicas: Conceptos y criterios. Diciembre 2000. Santiago de Chile.

¹⁷² Podesta Arzubíaga, Juan. *Problematización de las políticas públicas desde la óptica regional*. Última década. [online]. 2001, vol.9, n.15 [citado 2016-04-18], pp. 163-175. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362001000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2236. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362001000200007>.

¹⁷³ MIDEPLAN. Sistema integrado de evaluación de intervenciones públicas. Documento N° 4: Metodología de Análisis de Políticas Públicas: Conceptos y criterios. Diciembre 2000. Santiago de Chile.

El análisis de políticas públicas es una disciplina aplicada que busca producir información en torno a un objeto concreto. De esta manera, se establecerán relaciones que puedan ser manipuladas y transformadas a través de las acciones gubernamentales, en nuestro caso, en relación a la política pública sanitaria farmacia popular.

La idea es realizar el análisis de la farmacia popular como una política pública sanitaria, con un enfoque económico. La economía utiliza la eficiencia como método para pronosticar los efectos de las políticas, debido a que la eficiencia es relevante en la creación de una política, donde siempre será mejor el resultado de cualquier política a un costo menor¹⁷⁴.

La siguiente parte de este capítulo, entrará de lleno en el análisis de la farmacia popular. Basando su método en el análisis económico del derecho, que se basa en los principios de la teoría microeconómica, ya que es esta última la que se ocupa de la toma de decisiones por parte de grupos humanos y que podemos relacionarla además con la economía del poder en materia de salud.

A continuación, se realizará un análisis funcional de una respuesta al bienestar social, en donde lo que se busca hacer, es tomar la política y analizarla en términos de eficiencia. La eficiencia, en un análisis económico del derecho, está determinada en el razonamiento de las diversas variables que son consideradas por la autoridad al momento de implementar una decisión política en términos de costos y beneficios. Estos costos y beneficios son llevados a una inequación que explican el porqué de la implementación de la política. Esto permite una consideración proyectiva sobre la medida en el tiempo, distinguiendo así sus fortalezas y falencias.

Al mismo tiempo que vislumbramos la eficiencia de la medida y el impacto del acto de autoridad, podemos ver las relaciones de poder en lo político y que se ligan con el ámbito de la farmacología.

¹⁷⁴ Cooter Robert, Ulen Thomas. Derecho y Economía. Fondo de Cultura Económica. Mexico 1998, ISBN 968-16-5273-8.

INECUACIÓN FARMACIA POPULAR

Esta investigación de la Farmacia Popular permitió crear la siguiente inecuación que explica, como ya mencionamos, la decisión de implementar esta política por parte de los municipios, en específico, el de Recoleta, de esta forma podemos transparentar el razonamiento que hay detrás de esa formulación y vislumbrar el impacto de la medida.

$$\underbrace{\mathbf{G_b + A_m + C_v}}_{\text{BENEFICIOS}} > \underbrace{\mathbf{C_i + C_o + P_p(vt) + C_{OP} + A_{LC} + [Su-Ru]}}_{\text{COSTOS}}$$

$\{ P_i + P_a \}$

$[C_D + C_F + C_{inf} + C_B]$

VARIABLES:

G_b: Gasto de bolsillo.

A_m: Acceso a medicamentos

C_v: Calidad de vida

C_i: Costos de implementación

C_o: Costos de operativización.

P_p(vt): Probabilidad de pérdida del valor total

A_{LC}: Afectación a la Libre Competencia.

Su: Sobre utilización.

Ru: Regulación a la utilización.

P_i: Probabilidad Institucional.

P_a: Probabilidad de Abastecimiento.

BENEFICIOS

COSTOS

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

Lo atractivo de este análisis es que dadas ciertas condiciones, todos pueden beneficiarse si la sociedad se organiza de un modo eficiente. Esto hace aún más relevante el análisis económico en materia de políticas sanitarias, ya que se relacionan con un estándar de protección de la salud, y con un bienestar social en la calidad de vida de la población.

Como vemos, logramos una inequación que racionaliza las variables que conforman la política pública Farmacia Popular, en términos de la eficiencia que implica su implementación para la población, donde los beneficios son mayores a los costos en que se pueda incurrir, el llevarla a la práctica.

A continuación, se realizará el trabajo de descomponer estas variables de modo de comprobar qué tan real es la eficiencia que plantea la política, así como determinar los factores que pueden ser mejorados de modo que permitan proyectar su permanencia en el tiempo de una forma eficiente.

Análisis Variables Correspondientes a los Beneficios

Los beneficios se identifican con la eficiencia, en la medida en que, esta última es el reflejo de la simple idea de obtener el máximo por lo menos, o lograr un objetivo al menor costo. La eficiencia no es algo que queramos por sí mismo, sino porque nos ayuda a alcanzar más de las cosas que valoramos. Es por esto, que se ha convertido en una forma prestigiosa de discutir y evaluar las políticas públicas, por permitir una noción comparativa a nivel de impacto de un acto que emana de autoridad.

En este sentido, los beneficios se componen de variables que representa un máximo bienestar social, en contraposición al gasto para incurrir en ese bienestar, que se considera menor, en relación al beneficio que otorga.

Respecto a las variables que abarcan los beneficios de la política, encontramos, en primer lugar, una variación en el *gasto de bolsillo (Gb)* que desembolsa la población para

satisfacer sus necesidades en medicamentos. De acuerdo al informe de la OCDE "Panorama de la Salud 2013", el gasto de bolsillo en salud en Chile representa un 4,6% del consumo final del hogar y es el más alto de la OCDE junto a México y Corea. Además representa sobre un 30% del gasto total en salud. Para un hogar que tiene un nivel de gastos totales de \$700.000, lo anterior es equivalente a casi \$33.000 mensuales. Es una estrategia que demuestra que existe una necesidad sanitaria importante y estos establecimientos alivian el gasto de bolsillo de las personas, que excede incluso a los usuarios del sector público, porque muchos pacientes del sector privado o de las Fuerzas Armadas y de Orden, acuden a estas farmacias para comprar medicamentos¹⁷⁵.

La variable *Gb* viene a graficar la disminución de lo que significa para la gente tener que costear sus tratamientos de salud. Al inicio de la implementación de la farmacia popular en Recoleta, se lograba una diferencia con el retail farmacéutico de más de un 100%, debido a que se logró hacer el primer pedido por CENABAST. Por ejemplo, el remedio para la tiroides, *Eutirox*, de 100 mcg, la caja de 100 comprimidos, los municipios pueden darla a un precio costo de \$630, por el contrario en las principales cadenas, el valor bordea los \$10.190. El *Acebron* de 4mg, la caja de 20 comprimidos, alcanza un valor en el mercado de \$14.810, este anticoagulante es entregado por la farmacia popular a \$1.280. Estos son solo algunos de los ejemplos, donde podemos identificar el aporte que significa para las familias la labor que efectúa la farmacia popular.

Como lo vimos en los capítulos anteriores, los municipios pueden comprar los medicamentos a los laboratorios ya sea por CENABAST, o de forma autónoma y directa a los laboratorios, esto último puede provocar un sobreprecio. Esta ha sido una de las principales críticas que ha tenido la medida si se piensa en cuán sostenible es en el tiempo. En números, en la medida que CENABAST no intervenga apoyando al municipio,

¹⁷⁵ <http://web.minsal.cl/ministra-de-salud-las-farmacias-populares-alivian-el-gasto-de-bolsillo-de-todas-las-personas-no-solo-de-los-usuarios-del-sector-publico/>

se verificó un sobreprecio del 55%¹⁷⁶ respecto a la compra a través de la CENABAST. Aun así, los entes edilicios frente a estas compras directas a los laboratorios, generan de igual forma una disminución del gasto de bolsillo final para la población, el que sigue siendo significativo en relación a la oferta del mercado. Actualmente, en términos generales, los precios se logran reducir, entre un 30% y un 50% respecto al valor del mercado dependiendo del caso. De todas maneras, esto está siendo resuelto por los municipios, que buscan lograr un mayor poder negociador, asociándose, de modo de hacer las compras de forma directa a los laboratorios, sin la CENABAST como intermediario, teniendo mayor independencia, y entrando de lleno dentro del mercado de medicamento como una agente más, con un mayor poder de mercado, lo que se conoce como La ACHIFARP, o *Asociación Chilena de Municipalidades con Farmacias Populares*. Lo que en definitiva, viene a modificar las leyes que regulaban la comercialización, marcada por el capitalismo de la industria farmacéutica hasta ahora, generando un quiebre en este sistema basado en la economía del poder.

El tema, es que en el corto plazo estas medidas de compra directa con el respectivo sobreprecio pueden funcionar, pero en el largo plazo, si las farmacias populares desean proyectarse, deben encargarse de regular el pedido de compras cuando compran en conjunto, de modo que se responda a la heterogeneidad de las características en materia de salubridad de las comunas, lo que debe ser equiparado a las arcas de cada municipio que se suscribe a la asociación.

La verdad es que frente a esta posible problemática que surge se pueden considerar varias soluciones, como por ejemplo; una vez asociados, determinar una cuota proporcional de pago por municipio según su demanda, y que no signifique un gasto estratosférico, pero que permita el abastecimiento de las comunas asociadas de manera distributiva y equitativa. O también, estableciendo una proporcionalidad entre la

¹⁷⁶ **Libertad y Desarrollo**. Temas Públicos N° 1.234-1. "Farmacias Populares": Antecedentes para la Discusión. 27 de Noviembre de 2015. ISSN 0717-1528.

demanda de las respectivas comunas y las arcas municipales, ambas soluciones buscan una redistribución equitativa con miras a la demanda de la población.

Si miramos un poco más allá, la farmacia popular puede ser la respuesta al mejoramiento del Sistema de Atención Primaria de salud, con un enfoque familiar, comunitario y cercano al paciente, contribuyendo de forma real en un seguimiento de las problemáticas de salud de la población, pudiendo enfocar de mejor medida, las necesidades que viene presentando cada comuna del país, y pudiendo responder a esas demandas sociales, mejorando así la calidad de vida de las personas y acercándonos como país, a los principales estándares en materia de atención primaria de salud, logrando un desarrollo de la misma, más eficiente y eficaz.

Si se coordina realmente la labor que hace el municipio por medio de la APS, y el complemento que genera la farmacia popular, al facilitar la dispensación de aquellos medicamentos que no cubre el sistema de APS, se podrían lograr grandes avances en materia de salud en la población. Debido al incremento en el acceso que se generaría, lo que iría acompañado de un real seguimiento de los pacientes. Esto se podría lograr si se trabajará en acoplar ambos sistemas, de modo de mejorar las prestaciones en atención a la salud.

Esta disminución significativa del gasto de bolsillo de la población, conlleva en definitiva a un mayor acceso a medicamentos por parte de la población.

Esto nos hace ir directo a la variable *Acceso a Medicamentos (Am)*, la cual involucra, como vimos en el segunda parte de esta investigación los pilares; de la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información. A lo primero que no lleva el análisis, es a observar el pilar de la discriminación, y por tanto, señalar los requisitos, o más bien obstáculos que utiliza la medida para que los consumidores lleguen a los medicamentos que ofrece el municipio por medio de la farmacia popular, en este sentido frente a la heterogeneidad que caracteriza al gobierno

local en nuestro territorio, es que se ponen como barreras, que los beneficiados sean habitantes o trabajadores de la comuna, por lo que deben acreditar su relación con el municipio.

Si bien, esto es entendible para poder ir probando la medida, evitar abusos e ir regulando el gasto municipal de cada comuna, la idea es que se logre una universalidad en la entrega por medio de la coordinación del MINSAL, CENABAST y Municipios, ya que lo que se está entregando, es salud a la población, que va de la mano del bienestar social, y que debe ser entendido como uno de los motores del desarrollo de un país.

Un segundo pilar que se encuentra al debe, es el que alude a la información, como vimos al compararla con el modelo de Brasil, las farmacias populares en Chile, no consideraron el factor información para los consumidores, lo que implica un factor de riesgo en el uso de los tratamientos o medicamentos en general. Y como vimos anteriormente, independiente que exista un acceso a medicamentos, si este conlleva un uso indiscriminado e irracional por parte de quienes pueden acceder a los mismos, trae consigo problemas a nivel salud. Para graficar esto; podemos mencionar la resistencia que generan los micro-organismos que nos enferman, como por ejemplo, han re-aparecido brotes de tuberculosis que se pensaba algo ya erradicado. O también, nuestros propios cuerpos al sobre usar por ejemplo un antibiótico, va generando inmunidad a sus beneficios, necesitando nuevos, mejores y mayores dosis del medicamento.

Lo bueno, es que las deficiencias de estos dos pilares de la variable son corregibles. Si buscamos proyectar la política sanitaria en el tiempo, sanearla implicaría un aumento en el sector de los costos, tanto respecto del gasto que implicaría reformar, legislar la medida, y disponer de recursos técnicos y humanos que permitan llevarlo a la práctica, de forma concreta a la población, de modo de lograr una población informada y educada en cuanto al uso de los medicamentos, al diagnóstico y control de los tratamientos. Si esto se logra, la balanza hacia los beneficios se inclinaría aún más, ya que el costo de implementar medidas informativas y educativas, son más bien económicas frente a los beneficios que

trae asociado, debido a que de igual forma se cuenta con los recursos para poder hacerlo, tanto humanos, a través de la misma red de APS, así como de la misma farmacia popular, solo que se debe innovar en cómo hacerlo llegar a la población y considerarlo como parte en la medida.

Este costo, independiente que se eleve, al parecer de esta investigación, responde a una política más eficiente y equitativa, manteniendo aún la inequación con mayores beneficios que costos, ya que, si logramos informar a la población sobre el uso de los medicamentos, así como de los riesgos que puede traer un uso irracional de estos, genera una población consciente en cuanto a automedicación, y las consecuencias negativas de un uso inadecuado de los mismos y por tanto, esta consciencia ayuda en los índices de salud de la población, que se reflejarían a nivel nacional mejorados.

Como vemos, una política sanitaria con un enfoque comunitario, como es el cimiento de la farmacia popular, permite proyectarla respecto a nuestro sistema de salud, específicamente con la APS. Si la medida logra entrar en coordinación con el desarrollo de la atención primaria de salud se lograría un aumento en los niveles de la *calidad de vida* de la población (*Cv*), que se traduce, en mejorar las molestias de enfermedades crónicas, una disminución en las tasas de enfermedad de la población, mejoría en los tratamientos permanentes y ambulatorios, un mayor acercamiento y seguimiento de los pacientes, logrando generar un bienestar social en la población en materia de salud, que más bien se maximiza, lo que se refleja, en los distintos aspectos de la vida de las personas, que estando más sanas, más felices y más productivas, generan un máximo bienestar social.

La variable *Cv*, trae consigo el reflejo de la significación para la población del acceso a medicamentos y como esto repercute en sus vidas. La calidad de vida, es lo que debe primar en la industria de los fármacos, no el lucro con la muerte y la enfermedad. Esta variable viene a demostrar el poder político que trae aparejada la medida de las farmacias de los gobiernos locales, y que rompe con el esquema de la economía del poder por medio de la salud. Las farmacias populares vienen a hacer un alto con la intromisión en la

vida de la gente del biopoder que trae consigo la industria farmacéutica, que nos ha venido dominando desde hace ya algún tiempo, con la creación, producción y comercialización de fármacos y medicamentos. De esta manera, se visualiza como la farmacia popular irrumpe y quiebra con el control de las condiciones de la vida humana, que administra las vidas de las personas desde un enfoque neoliberal, siendo un llamado de atención a la labor real que deben cumplir, que es en miras a la vida de las personas y a mejorarla. Las tecnologías del poder, dadas en la farmacología, deben actuar mediante mecanismos globales de tal manera que se logren estados de equilibrio globales y de regularidad hacia un acceso a la salud, y no hacia los procesos económicos.

Dejaremos hasta aquí, por un momento este análisis, para pasar a comprender las variables del otro lado de nuestra inequación, es decir, los costos que se consideraron dentro de lo que significa implementar esta política en una comuna.

Análisis Variables Correspondientes a los Costos

Los costos de cualquier actividad, nos dicen los economistas, incluyen no sólo los gastos reales de dinero para ello sino también las oportunidades perdidas que podrían haberse logrado con el mismo gasto, es por esto que tratamos de considerar el máximo de variables representativas de esta situación.

Respecto a estas variables que componen lo que implica los costos, y que deben ser menores a los beneficios, para concretarse como una política eficiente, y poder optar por ella como una decisión política para la población. Debemos considerar, en primer lugar, tanto los *costos de implementación (Ci)*, como los *costos de operativización (Co)* de la misma, que serán las variables más significativas en cuanto al gasto en que debe incurrir un municipio que desea adscribir a crear una farmacia popular.

En primer lugar, los *Costos de Implementación (Ci)*, implican por una parte un *aspecto burocrático* de exigencias que deben ser cumplidas por quien desee hacerse cargo de una farmacia del tipo popular así como, de un *aspecto material*, que tiene que ver con los requisitos que debe cumplir en materia de equipamiento para poder desarrollar el servicio de forma adecuada, así como también contempla, el arsenal de medicamentos básico que debe poseer.

El aspecto burocrático, es aquel que tiene que ver con la tramitación de los permisos para poder instalar una farmacia en un determinado lugar, este está a cargo del ISP¹⁷⁷. El artículo 10° del Decreto N° 466¹⁷⁸, establece los documentos que son requeridos para aquel interesado en obtener la autorización de instalación y funcionamiento o traslado de una farmacia.

Respecto al aspecto material, este se divide en el equipamiento adecuado para poder desarrollar la farmacia popular y en requisitos respecto a la dispensación de medicamentos que debe tener.

El equipamiento adecuado que deben reunir las instalaciones de las farmacias comunales, son los mismos que se exigen a una farmacia tradicional. Se pueden agrupar, según, las condiciones que deben concurrir en su planta física, que deberá contar con un local debidamente circunscrito. Equipamiento que asegure el almacenamiento y conservación adecuada de los productos farmacéuticos. Todo esto complementado con el cumplimiento de las condiciones sanitarias y ambientales mínimas de los lugares de trabajo.

¹⁷⁷ De acuerdo al Código Sanitario, compete al Instituto de Salud Pública (ISP) la autorización de instalación de farmacias y demás establecimientos de expendio o entrega de medicamentos. Esta función se ejerce en la Región Metropolitana de manera directa por parte del ISP y en regiones la ejercen las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremi), bajo la fórmula de encomendación de funciones del primero.

¹⁷⁸ Documentos Requeridos (art. 10° D N° 466): Solicitud en que deberá constar la individualización del propietario o del representante legal según el caso, nombre del Director Técnico y la ubicación del establecimiento, Declaración del químico-farmacéutico o farmacéutico que asumirá la dirección técnica de la farmacia acreditando su calidad de tal y señalando su cédula de identidad y domicilio particular, y copia autorizada de los instrumentos legales que acrediten el dominio del establecimiento.

El equipamiento con que debe contar la farmacia, también implica los requisitos de la forma de almacenamiento, que debe cumplir la instalación de una farmacia comunal. Esto es, contar con bodegas, salas de ventas y cadenas de frío. En específico; estanterías adecuadas para almacenar fármacos e insumos. Termómetro/s ambiental/es de máxima y mínima, y planilla para registro y control de temperatura ambiental. Refrigerador para almacenamiento de medicamentos con cadena de frío, con una capacidad adecuada al volumen de medicamentos, hoja de vida del refrigerador que detalle fechas de mantenimiento y existencia de termómetro de máxima y mínima en refrigerador.

Pero también existen requisitos de carácter específico, como lo son; la obligación de tener en forma permanente respecto a los productos para dispensación; los productos del petitorio de medicamentos. Medicamentos bioequivalentes a la vista de público. Un listado de productos bioequivalentes a disposición del público. Todos los medicamentos etiquetados con precio. Y un listado de precios accesible al público.

Ahora bien, respecto a este costo de implementación, los municipios pueden abaratar costos en la medida que destinen recursos municipales que ya tengan en su poder, por ejemplo, Recoleta instaló dentro del mismo municipio, un lugar para la farmacia popular. La farmacia municipal “Ricardo Silva Soto”, se encuentra en el primer piso del edificio municipal. Es decir, los municipios por lo general, no buscan un lugar sino que utilizan el mobiliario del municipio y establecimientos del mismo, por lo que solo debiesen gastar para su implementación en los otros aspectos como los es el equipamiento más técnico necesario para la implementación, que es más bien un equipamiento resistente en el tiempo y que no requiere de constantes recambios. Se reduce en este sentido mucho más los costos, que por ejemplo, para una farmacia tradicional, a la que además de estas cosas se le pide un capital de respaldo.

En los costos de implementación Recoleta también incurrió, en cerca de un año, previo a su implementación, en investigación y planeación de la política, a lo que se debe sumar la respectiva marcha blanca, necesaria para establecer la primera demanda de la población y cómo se organizaría el funcionamiento de la misma. Este más bien, es un gasto que se puede clasificar como logístico, y que en general se incurre solo una vez, para su implementación, de modo de llevar a cabo la medida.

Respecto a la variable *Costos de Operativización*, estos contemplan, los *costos directos*, los *costos fijos*, los *costos burocráticos* y los *costos de ineficiencia*. Estos cuatro costos deben ser considerados cuando pensamos en la capacidad que tiene la política sanitaria de estar activa. Es decir, los gastos que conlleva su ejecución constante en el tiempo, generándose de esta forma, un funcionamiento para el logro del objetivo de la implementación. A continuación analizaremos cada una de estas subvariables de los costos de operativización.

Los *costos directos*, contemplan el gasto que debe hacer el municipio para poder conseguir los medicamentos de su demanda comunal, ya sea de forma directa y autónoma, a laboratorios nacionales o internacionales, directa y asociada con otros municipios o por medio de la CENEBAST, como vimos en los capítulos anteriores de esta investigación.

Se hace relevante profundizar principalmente en el costo directo que conlleva el abastecerse de medicamentos para poder luego redistribuir beneficiando a la población.

Como sabemos, las farmacias comunales pueden abastecerse desde CENABAST, en tanto dicha entidad de acuerdo al DFL N° 1/2005, está facultada para proveer medicamentos, instrumental y demás elementos o insumos que puedan requerir las entidades pertenecientes o adscritas al Servicio Nacional Sanitario de Salud y a los demás organismos públicos, entre cuyos fines institucionales esté la realización de acciones de

salud en favor de sus beneficiarios, como las municipalidades. Si se opta por el abastecimiento a través de CENABAST, éstas se incorporarán al proceso de Intermediación.

Este proceso de abastecimiento, considera como requisitos generales que el municipio no tenga deuda vigente con CENABAST, por el contrario se deberá realizar un convenio de pago. Y que tenga la autorización sanitaria respectiva para poder realizar la entrega.

La intermediación se descompone en cinco etapas: la primera es la declaración de interés, etapa en la cual, la municipalidad y/o corporación informará a CENABAST su intención de abastecer su farmacia comunal a través del proceso de intermediación. En segundo lugar, la revisión de antecedentes, donde CENABAST procede a la revisión y evaluación de antecedentes del solicitante con el fin de determinar si cumple con los requisitos mínimos de exigencia para realizar el convenio.

Como tercera etapa del proceso de intermediación, es la firma del mandato. En esta etapa se realiza un acto jurídico con la firma del mandato en el cual el municipio y/o corporación autoriza a CENABAST a la realización de compras, abastecimiento e intermediación.

La declaración escrita o cuarta etapa del proceso, corresponde a que la municipalidad y/o corporación informen a CENABAST la demanda de un mes, o proyectada en el tiempo, si corresponde. Esta será ingresada con una antelación de 60 días al mes de entrega solicitado. Estos 60 días de demora fueron un problema para aquellos municipios que iban imitando la idea, que realizaban demandas por primera vez generando una tardanza en la entrega de medicamentos a la población, una descoordinación con CENABAST, y un aumento en la demanda no esperada por esta.

Por último, está la etapa de la concreción del abastecimiento, donde CENABAST procederá, a través de la entrega directa del proveedor y/u operador logístico cuando

corresponda, el abastecimiento de la demanda aceptada, confirmada y dada a conocer en el informe de cumplimiento.

Paralelamente, CENABAST, con la demanda ingresada, deberá: Consolidar mensualmente la demanda, para ajustar el programa de compras (alza, bajas, nuevos productos, etc.). Con todo, el modelo de abastecimiento se encuentra en estudio, con el objetivo de determinar una canasta óptima y eficiente que permita satisfacer plenamente las necesidades de salud de la población.

En definitiva, las farmacia popular logra un acceso a los medicamentos a un precio justo, que se traduce en el precio costo de los medicamentos que se venden al Estado, logrando ser el municipio un intermediador para la transacción final, de modo que la salud, deje de ser un negocio y vuelva a ser un derecho, de este modo los recursos del ente edilicio se reinvierten en la misma medida haciéndola sostenible en el tiempo.

Como otra subvariable, tenemos a los *costos fijos*, que son aquellos que se dan de forma independiente y constante sin importar, si lo demás cambia, estos costos fijos son el pago del sueldo del personal, entre ellos principalmente y a cargo de la farmacia el del químico-farmacéutico, además de las capacitaciones que se deben realizar en la materia a quienes trabajaran dentro de la farmacia popular. En este sentido, podemos encontrar un vicio muy común dentro de los gobiernos locales, y de lo cual para no ensuciar la medida las farmacias comunales deben de cuidar. Esto es, lo que se conoce como la ineficiencia estatal, dada principalmente en la contratación de personal en donde pueden existir fácilmente problemas de corrupción por sobre contratación, generando ineficiencias ya sea por tener personal menos capacitado realizando las diversas funciones, o más personal que el necesario para realizar las funciones por mero nepotismo. Como posible problemática, implica que la medida debe considerar un gasto externo en fiscalización de contratación y transparencia para la población.

Como otros costos fijos están los gastos de gestión y transporte, así como el gasto del consumo por los servicios básicos que se utilizan mientras funciona la farmacia popular para el público.

Las farmacia populares se regulan de la misma forma que una farmacia cerrada o tradicional, y por tanto, deben incurrir en gastos muy similares, solo que la gran diferencia con las otras farmacias que se encuentran en el mercado, es que las que se crean en el municipio, puede tener un horario de funcionamiento acotado y son sin fines de lucro, ya que hay una circulación de los recursos que se reinvierte una y otra vez para otorgar un servicio a la comunidad.

Esto quiere decir, que es un tipo de farmacia no abierta al público, sino que sirve de manera exclusiva a vecinos y vecinas de la comuna inscritos oficialmente en un registro administrado por la municipalidad, al contrario de una farmacia tipo abierta al público en general y con un horario más extenso, por tanto, en este sentido se abaratan costos, cumpliendo de todas formas con el fin último.

Estos costos de operación, pueden ser saneados por el municipio de dos formas, una es por medio del traspaso directo al consumidor final¹⁷⁹, y otro, que es el que está usando Recoleta, internalizando estos gastos, es decir subsidiándolo, por medio del programa de desarrollo comunitario, el gasto operacional que hace el municipio es aproximadamente de dos millones de pesos. En uno y otro caso, se sigue logrando una diferencia de precios cerca de veinte veces más barato, en relación al mercado beneficiando a más de 700 inscritos, solo en la comuna de Recoleta.

¹⁷⁹ En virtud del artículo 56° de la Ley 19.378.

Respecto a los *costos de ineficiencia*, son aquellos que buscan ilustrar las problemáticas que se encuentran fuera del ámbito de manejo o control del municipio, son un tipo de externalidad que puede afectar o no a la política dentro de su desarrollo.

Los *costos de ineficiencia (Cinf)*, involucra todo lo que tiene que ver con la buena gestión de la medida, esto es la eficiencia para que el modelo funcione bien, y por tanto debe ser un costo bajo. Específicamente, involucra la coordinación de recursos humanos, financieros, materiales e informativos con el fin de cumplir con los objetivos, de modo de operar de manera eficiente.

Los principales costos que reconocemos en esta investigación, están dado por la posibilidad de que no pueda cumplirse o realizarse adecuadamente la labor de otorgar un acceso a medicamentos a precio costo. Estos se explican, por situaciones que están fuera del ámbito de regulación del municipio, como lo puede ser; problemas de coordinación entre el municipio y la CENABAST, o de no poder realizar las compras por medio de la CENABAST, y tener que optar por comprar directamente a los laboratorios con el respectivo sobre precio que ello implica y que debe ser traspasado al consumidor final, así como posibles paros de los funcionarios municipales, y todos aquellos problemas que impidan un desarrollo fluido hacia el objetivo final.

Los costos de ineficiencia involucran también lo que podemos llamar, *costos burocráticos*, que se pueden entender como aquellos problemas que se dan a nivel político, ya sea el populismo o críticas que trae la medida, el uso de la medida como objeto de campaña para las elecciones municipales, así como, la problemática de coordinación entre los distintos involucrados que configuran la posibilidad de llevar a cabo la política, esto es conocido como la burocracia propiamente tal en términos peyorativos o mala burocracia.

Dentro de estos costos podemos sumar, los esfuerzos que ha hecho la CENABAST, para realizar una mejor función, más coordinada y más eficiente con el municipio. Tras la puesta en marcha de Recoleta, se generó un destape de relevancia para el país, con esta presión la CENABAST incorporó una línea especial operacional para los municipios, aumento la canasta de medicamentos a comprar y se está conversando en el senado la posibilidad de que CENABAST venda a las otras farmacias, de modo de hacer más equiparable los precios.

Se puede considerar, además, como parte de estos costos, la problemática que puede existir, por aquellos que solo acudan a la farmacia popular por medicamentos para revenderlos, en este sentido, existen requisitos para los beneficiarios que deseen acceder a la farmacias, de modo de tener un control respecto a esto. Son dos los principales requisitos para evitar estas situaciones, independiente que cada municipio puede exigir más, o menos, y distintos requisitos. En primer lugar, y de manera general, es pertenecer a la comuna, y el otro es, solicitar los medicamentos con la receta médica del tratamiento, las que deben contar con vigencia de hasta no más de seis meses atrás, además se generará un registro de los beneficiarios, en donde se otorgará su tratamiento mes a mes, bajo un seguimiento cauteloso, de modo, que si se observa discontinuidad, se hará abandono del beneficio, necesitando nuevamente una receta que acredite su tratamiento, de modo de poder reactivarlo.

Por último, encontramos también, inevitablemente un *costo de oportunidad (Cop)*, es decir, el costo económico de una alternativa sacrificada por llevar a cabo otra, en este sentido, los recursos que se deciden invertir en llevar a cabo la farmacia popular son recursos que pueden ser usados para otras políticas quizás igualmente necesarias dentro de la comuna, pero que en definitiva, se optó por la ventaja comparativa que presentaba la farmacia popular y que se sustenta en las tasas de retorno que la hacen sostenible, es decir, si se traspasa por ejemplo al consumidor final el costo, se logra un retorno tanto de

recursos como de transparencia logrando que sean los mismos beneficiarios quienes controlen el costo de operativización.

Hasta aquí, las variables analizadas tienen que ver de una forma directa con la política, y se presentan como los gastos en que incurre la autoridad local para poder implementar una farmacia popular dentro de la comuna. La gran mayoría de estos gastos son justificados y adecuados, y representan hasta aquí, un mayor beneficio que costo, en términos de eficiencia. Se suma a esto, que cada problemática que se puede identificar en las variables puede ser saneada de alguna u otra forma, no alterando la balanza de la eficiencia, sino que generando mayores beneficios, porque la medida se va perfeccionando.

Pero ahora, nos toca integrar, aquellas variables que comprometen actores y situaciones externas a la política y que pueden llegar a obstaculizar, e incluso perjudicar la eficacia de la medida.

En primer lugar, dentro de este grupo tenemos, la variable identificada como *Probabilidad de Pérdida del Valor Total (Pp(vt))*, que está determinada por las subvariables; *Probabilidad Institucional (Pi)* y *Probabilidad de Abastecimiento (Pa)*, que buscan ilustrar las posibles problemáticas a las que se puede ver expuesta una farmacia comunal, y que tienen que ver con la probabilidad de que existan obstáculos respecto al abastecimiento material, por un lado, y por otro, con las posibilidad de que órganos de la administración del Estado, la Contraloría, el Tribunal de la Libre Competencia, el Tribunal Constitucional u otros ente con facultades similares, entorpezca con cuestionamientos o sanciones el accionar del municipio, dada la interpretación subjetiva que puede existir sobre la medida.

En este ámbito institucional, se desarrollaron los principales problemas al implementarse la farmacia popular en Recoleta, donde se cuestionaba la legalidad y constitucionalidad de una medida sin un marco regulatorio claro, pero cuyo fin sí se encuentra regulado y protegido. El problema respecto a este punto, es que se hace complejo generar una interpretación uniforme sobre la legalidad de una medida que surge en contra de un sistema dominante, preponderante e inserto de tal forma que se encuentra manejando nuestras vidas. Se suma a esto que no hay por ejemplo jurisprudencia sobre el fenómeno de las farmacias populares que dé certeza. De este modo, se hace más inseguro para los incrédulos y aquellos dominados por la administración del poder farmacológico a aceptarla y considerarla dentro de los parámetros de la legalidad. En este sentido, la probabilidad de los parámetros de esta variable son disminuidos por la Contraloría con sus dictámenes, quien resolvió que era una actividad legal del municipio, dejando los cuestionamientos atrás y permitiendo que se replicara en otras comunas.

Desde otra perspectiva, también se puede pensar, dentro de esta variable, que con la medida se está encubriendo un problema de acceso a medicamentos en los propios consultorios. Esto es, un acceso a medicamentos y a atención de salud, que el alcalde de Recoleta trató de solucionar con la farmacia popular, pero que en definitiva tampoco soluciona el problema de fondo. Sabemos que la población no solo necesita medicamentos, requiere de una atención integral de salud que asegure una prescripción segura y racional de los fármacos. Es en virtud a estas posibles críticas, que esta investigación, se inclina por la idea de generar una política complementaria que integre a las Farmacias populares y a la APS.

Otro problema que surge como cuestionable de la medida, y dentro de lo que representa esta variable, es la posibilidad de lucro por parte del municipio con esta medida, la alta corruptibilidad que puede presentar la idea de que se maneje una farmacia por parte del

municipio, trae consigo este peligro, el cual se fomenta por la desconfianza que existe últimamente por parte de la población hacia las autoridades.

Se ha cuestionado también el hecho de instalar un modelo de esta naturaleza sin tener una política pública ministerial que la avale, que implique leyes y reglamentos, de modo de responderle a la ciudadanía pero con seguridad. Si se quiere tomar este modelo, es imprescindible que el Ministerio de Salud tome la iniciativa de promulgar una ley que permita un marco real y apropiado para llevarla de manera eficiente y eficaz a la ciudadanía. Es por esto, que en esta investigación se hace tanto hincapié en la posibilidad de integrar la APS con el modelo de la farmacia popular de modo que se complementen generando un sistema integral de salud con un enfoque familiar y comunitario de seguimiento de los pacientes.

A juicio de esta investigación, estos cuestionamientos se consideran cosas que a la larga se pueden sanear. En la medida que se fiscalice y legisle de forma correcta la idea de la farmacia popular, ya más como una política sanitaria nacional dentro del gobierno local y se adopte la decisión de considerarla realmente, reinternalizándola como un servicio público, por la labor que está realizando y la significación que tiene en la población. Se podrá generar una regulación que se haga cargo de estas pequeñas cosas de modo que se permita un desarrollo de la política limpio, seguro, eficiente y eficaz. Esto se relaciona con una idea de innovación de la gestión estatal, en la cual nuestro país está claramente al debe.

Pero... ¿Cómo se puede fiscalizar y regular estas situaciones? Creemos, en vista del estudio realizado, que como país tenemos la institucionalidad y las herramientas para lograrlo, si nos apoyamos de la función rectora del Ministerio Salud, que junto a una colaboración coordinada entre los distintos organismos deje atrás la fragmentación, o que en el fondo, exista una fragmentación funcional orgánica, que no pierda su sentido, como

ha pasado hasta ahora, y como lo hemos podido analizar en la primera parte de esta investigación.

Respecto a la subvariable de *abastecimiento*, las problemáticas que se pueden dar están relacionadas con el desabastecimiento de medicamentos desde la intermediación que hace CENABAST con el laboratorio, así como a nivel del traslado, almacenamiento o refrigeración de los medicamentos, que provoque mermas en el abastecimiento. Así como los mismos problemas en caso, de que el municipio deba hacer la compra de forma directa con los laboratorios.

En este sentido, hasta ahora, las farmacias populares no se han visto perjudicadas con desabastecimientos de medicamentos. De hecho, en la actualidad, se manejan algunas cifras respecto a la repercusión de la popular farmacia comunal. A mayo de 2016, CENABAST había captado la demanda de 25 farmacias municipales a lo largo del país, con satisfactoria recepción de los respectivos abastecimientos.

Actualmente podemos determinar que la demanda de la farmacia comunal representa entre el 3% y 7% de la demanda total de una municipalidad para su red de Atención Primaria de Salud.

Esto quiere decir, que si bien no se han presentado problemas en este punto, aún es necesario perfeccionar y mejorar el sistema de salud a nivel local, y la entrega de medicamentos por esta vía, para que su desarrollo sea aprovechado al máximo de su capacidad.

Hasta aquí hemos podido analizar problemáticas, asociados a la política en particular, con efectos externos, por tanto, pasaremos al desglose de las siguientes variables que contemplan elementos más macro en relación a la medida que ha tomado Recoleta, como los son aquellas que se relacionan con el mercado de los medicamentos en particular.

En esta línea más macro, tenemos la variable *Afectación a La Libre Competencia (ALC)*, que es aquella representativa de las repercusiones que trajo la medida entre los distintos agentes del mercado; cadenas de farmacias, farmacias independientes, laboratorios, gobierno, consumidores, etc. En este sentido, la iniciativa Farmacia Popular parte por la idea de que el mercado no se está regulando por sus propias leyes, y tampoco el Estado estaba interviniendo frente al mal funcionamiento de este, lo que ha generado que la industria de los medicamentos tenga un alto poder de intervención, dominando las vidas de las personas. Esto convirtió la salud de la gente en un negocio y no en el derecho exigible que corresponde.

Si bien existe una gran afectación a la libre competencia, o mejor dicho al mercado de medicamentos en Chile, creemos que es un factor positivo, ya que vino a mostrar las deficiencias e irregularidades en el funcionamiento y administración del mismo, en donde los únicos afectados son los consumidores finales. Es decir, la principal consecuencia de la afectación de la libre competencia, es el impacto positivo en la calidad de vida del núcleo familiar. Ya que no existía libre competencia, sino más bien, un imperfecto mercado, definido como oligopolio. Este impacto positivo se logra, en la medida en que entra un nuevo agente al mercado de los medicamentos, compitiendo con precios más accesibles que las principales cadenas de farmacia que concentran el mercado en sus manos, en perjuicio de salud de la población. Con la entrada del municipio al mercado, se desvía el poder de mercado de estas principales cadenas, se cuestiona y recupera un poco la balanza del justo precio, se genera una intromisión obligatoria del Estado, generando más competitividad entre los agentes lo que genera beneficios directos para los consumidores finales. Y quien sabe si es que hará más adelante que el gobierno regule realmente este mercado basado en un sistema de salud neoliberal, que olvida el fin último de buscar la cura y saneamiento de las personas.

A juicio de esta investigación, la afectación a la libre competencia como variables, es más bien un beneficio, y por tanto debiese encontrarse en esa parte de la inecuación, ya que permite una regulación del mercado, lo que genera un beneficio social.

Esta variable de afectación a la libre competencia con lleva también otras consideraciones que podemos mencionar. En primer lugar, la farmacia popular mientras más sostenible sea menos afectación a libre competencia existirá, porque en definitiva, estará funcionando cada vez más en los hechos como privado, en términos de gestión, auto sustentándose. En este sentido, en la medida que existan subsidios se verán como una competencia desleal.

Desde otro punto de vista, muchas veces el Estado realiza una mejor labor a la hora de la gestión que un privado como lo es por ejemplo la cadena de farmacias Cruz Verde. Pero sucede, que para el usuario es pérdida tanto, la ganancia de una empresa como la burocracia y deficiencia de la gestión estatal, solo que la empresa y su utilidad es mejor entendida, y por tanto, mejor visto a la hora de su consideración, que la deficiencia que puede existir en la gestión del Estado, quien se somete a un juicio mucho más crítico y político.

Las *Variables Sobre Uso y Regulación al Uso*, van juntas por la relación existente entre una y otra, lo que se expresa también en la inecuación por medio de $[Su - Ru]$. Lo que quieren graficar estas variables dentro de la inecuación, es demostrar otro problema al que se puede ver expuesta la farmacia popular, y que tiene que ver con una tendencia a nivel mundial de no manejar un uso racional de los medicamentos, es decir, tendemos a la automedicación sin considerar la consecuencias que trae consigo esta situación, ¿Cuántas veces nos hemos administrado un antibiótico u otro tipo de medicamento, sin el respectivo diagnóstico médico?

En este sentido, se puede pensar, que un mayor acceso a medicamentos por poder obtenerse a precio costo generaría una posibilidad mayor de autoconsumo e irracionalidad en el uso de los fármacos, lo que se grafica como la variable de Sobre Uso (*Su*). Este sobre uso que se puede generar va de la mano de la regulación al uso. En este sentido, tenemos varias opciones, algunas ya son consideradas por la farmacia popular y en otras se está al debe. Por un lado, la farmacia popular, ha considerado el elemento seguimiento del tratamiento del beneficiario, de este modo se puede informar de mejor manera de su tratamiento con un control más permanente del mismo. Si bien ha tomado estas precauciones, no ha considerado como lo hizo Brasil, la perspectiva de la educación a la población sobre el uso de los medicamentos. Brasil, como vimos con anterioridad, tiene prácticas de atención farmacéutica con dispensación de los medicamentos con actividades de atención, orientación y registro de los usuarios, lo que se complementa con el seguimiento de los tratamientos, realzando las técnicas de comunicación y seguimiento de los que acceden al servicio de modo de garantizar adhesión a los tratamientos y un uso correcto de los medicamentos.

Tras este desglose, debemos realizar algunas modificaciones a la inecuación de modo que exprese de mejor forma los elementos que componen a la medida en términos de eficiencia, de modo de, lograr un mejor entendimiento del impacto de la medida. De esta manera, la inecuación definitiva que explica la implementación de la farmacia popular quedaría algo así:

$$G_b + A_m + C_v + A_{LC} > C_i + C_o + P_p(vt) + C_{OP} + [Su-Ru] + BE$$

**MAXIMIZACIÓN
DEL
BENEFICIO SOCIAL**
COSTOS

Luego del análisis planteado, consideramos que varían dos cosas, una a nivel de beneficios, y otra a nivel de costo.

Respecto a los beneficios, creemos que se debe de considerar la afectación a la libre competencia, ya que en definitiva es beneficioso que se regule un mercado que se encuentra funcionando muy mal hace ya muchos años. Y respecto a los costos, creemos que debemos considerar las problemáticas bioéticas (*BE*) que surjan. Este, es un problema que se identificó ya al final de la investigación, y que creemos que debe ser considerado por la autoridad para poder analizarlo y repararlo o pensar en sus posibles reparaciones, en la proyección en el tiempo de la política.

Los resultados en salud mejoran de manera notable cuando se eliminan prácticas éticamente inaceptables que pueden ocurrir en la toma de decisiones en distintos momentos de la cadena de desarrollo y comercialización de los medicamentos, prácticas como sobornos, la falsificación, la desviación de la investigación, y los conflictos de interés, son algunos ejemplos.

Estos problemas pueden repercutir; en la disponibilidad y acceso de la población, en la afectación a la salud, por falsas o malas rotulaciones de los medicamentos, siendo

perjudiciales, ineficaces o de mala calidad, a lo que se suma la pérdida de recursos, tanto públicos como privados. De darse estas problemáticas, merman profundamente todo el avance alcanzado por los beneficios de nuestra inequación.

En suma, *la bioética (BE)* es un elemento que debe de considerarse, al momento de construir la política pública farmacia popular, ya que engloba, las problemáticas éticas que surgen en la salud pública, la atención de salud, y la investigación en salud. Esto es relevante, ya que se liga a un control de la población en la materia, en términos biopolíticos, y al cambio de la visión sobre los medicamentos que impulsa la medida.

A partir del análisis económico de la farmacia popular podemos diferenciar además, indicadores de impacto. Estos, permitirán decidir qué externalizar o internalizar de la medida, ya que su breve tiempo en marcha, hace posible su moldeamiento hacia la creación de una mejor política pública sanitaria. Algunos de los indicadores de impacto que se reconocen para considerar son; la transformación del mercado, dado en la variable de la libre competencia en la inequación, los costes de inversión o gestión, dados en los distintos costos analizados, los impactos en la calidad de la prestación, que se vislumbran en los beneficios de la inequación, y por último, la transparencia y calidad democrática que se pueda observar en la medida. Estos indicadores son claves a la hora de decidir, no en manos de quién, sino cómo gestionamos este servicio a nivel local.

Como hemos observado existe una re-internalización del servicio público, donde la farmacia popular, es una política que busca el acceso de medicamentos, sin restricciones de género, raza, edad o ingresos económicos, lo importante es que el beneficio llegue a la población de la comuna que lo necesite, porque el gasto de medicamentos está repercutiendo en una parte importante del ingreso familiar. De esta manera, afecta directamente en la calidad de vida del núcleo familiar. Este aumento en la calidad de vida en materia de salud, que significa la medida, se traslada a varios ámbitos de la vida de las

personas, como por ejemplo, su ámbito personal, anímico, familiar, laboral, etc. Lo que se puede traducir en un máximo beneficio social a nivel país.

En suma, en materia de deficiencias de la medida, la principal que se pueden identificar es; a nivel de información y educación de los beneficiarios sobre el uso racional de los medicamentos. Esta deficiencia, se identifica como tal porque no hay una proyección de mejorarlo por parte de las autoridades a corto y mediano plazo, en relación a otras deficiencias.

De todas formas, las distintas problemáticas que se presentan, al analizar las variables, son corregibles sin incurrir en grandes gasto y por tanto, se mantiene la constante de eficiencia.

Según este análisis económico, la farmacia popular, presenta grandes ventajas en materia de beneficios sociales, y abre las puertas para su perfeccionamiento y coordinación con otros entes del estado de modo de subsanar en el país las problemáticas a nivel de salud. Solo debemos abrir los ojos hacia la innovación pública, donde tome fuerza y presencia la búsqueda del Estado por optimizar sus recursos y servicios, imponiéndose al control neoliberal preponderante.

En vista de este giro en el sistema en pro del consumidor final, cabe preguntarnos entonces, si la farmacia popular viene a cambiar la percepción y concepciones del mercado de medicamentos hasta ahora.

E) Farmacias Populares: ¿Una Nueva Concepción de Medicamento que se Instala en Nuestro País?

Para determinar si es que en nuestro país, la creación de este modelo de farmacia a cargo del municipio ha generado una nueva concepción de los medicamentos debemos delimitar esta concepción que ha prevalecido hasta ahora, del medicamento como un bien. ¿Pero...cómo se llegó a esta concepción?

Esta concepción se fue instaurando y aferrando con más fuerza, ya que la dispensa de medicamentos, por parte de las farmacias privadas, a partir de la desregulación en los 80' se fue haciendo más competitiva y sujeta a las reglas del mercado. El sector se alejó del enfoque sanitario y se estableció un enfoque netamente comercial. A esto se suma, que a partir de 1985, existe en el mundo, un aumento en el consumo de medicamentos, que se debe, por una parte, al crecimiento de la población, al alargamiento de la vida en general y a la detección temprana de enfermedades crónicas¹⁸⁰. Y por otra, al crecimiento económico y las innovaciones terapéuticas. A esto, se suma la aparición de enfermedades nuevas y la medicalización de los procesos fisiológicos normales. Esto, en definitiva, se traduce en un mercado mundial de medicamentos que ha crecido rápidamente en las últimas décadas, donde el objetivo del modelo ya no es la innovación en los valores terapéuticos que puedan ser alcanzados, sino más bien la maximización de ganancias generando una economía de poder.

Los medicamentos, se han visto, de un tiempo a esta parte, sometidos a un modelo empresarial que da prioridad a las ventas y busca ir creando una dependencia de la población a los medicamentos¹⁸¹, perdiendo contacto con la gente que debían servir, generándose por la farmacología un gobierno de la vida y no sobre la vida. Controlando las condiciones de la vida humana en un asunto expreso como lo es la salud.

¹⁸⁰ Ugalde Antonio, Homedes Nuria .Medicamentos para Lucrar. La Transformación de la Industria Farmacéutica.Salud Colectiva.

¹⁸¹ Ídem.

Los científicos focalizados en la innovación clínica, se transformaron en mercaderes concentrados en la innovación mercantil y ya no terapéutica. Esto implica, que el precio de los medicamentos siga en aumento, y esta industria innovadora, encargada de la generación de medicamentos, incremente los gastos en elementos como los son el marketing. Esto ayuda a ocultar los efectos adversos de los medicamentos, crea necesidades innecesaria, y puede causar efectos negativos severos en la salud de la población y el bienestar social, este control generado en la farmacología, está administrando las vidas de las personas desde lo económico, dado el perfil tecnológico que la materia salud representa, las personas confían y se someten a este control que pone en juego su salud. Se ha generado así, una biopolítica negativa entorno a la materia, es decir, el perfil neoliberal que se instaló en la farmacología, direcciona todos los propósitos respecto a la población en relación con fenómenos, tales como la proliferación, la mortalidad, los nacimientos, la longevidad y la salud, hacia la mercantilización y la utilidad, y no hacia el bienestar y vida de las personas, transgrediendo el derecho que todos tenemos a la protección de la salud.

Hasta aquí, los medicamentos han sido vistos como un bien de consumo ordinario, pero la farmacia popular ha traído a la palestra la idea de que su desarrollo, producción y dispensación debería guiarse por criterios diferentes a los que rigen a otras industrias. De esta manera, la farmacia popular, se opone proponiendo otro biopoder, donde las tecnologías que tienen por objeto y objetivo la vida ejerzan un orden político y de control positivo basado en el bienestar social.

Es así, como podríamos decir, que la farmacia popular está comenzando a instalar la idea del medicamento como un servicio y no más como un bien. Servicio que debe ser reclamado y exigido por la población en virtud de los lineamientos constitucionales respecto a la salud, su protección y la normativa complementaria vigente.

La farmacia popular vino a hacer un alto dentro de la concepción del mercado de medicamentos, para los distintos agentes del mercado que interactúan y lo hacen posible, poniendo el foco en la necesidad del consumo de medicamentos, por un derecho a la salud. Y ya no, en la existencia de un consumo de medicamentos por gusto, por ser un negocio al que unos pueden y otros no pueden acceder. Es esto lo que ha incentivado el interés y su multiplicidad por otros entes edilicios a lo largo de nuestro país, así como también por gobierno central.

La farmacia popular es una iniciativa que busca y puede mejorar el acceso con seguridad, eficacia y seguimiento farmacológico de los pacientes, y como tal debe ser tomada en cuenta por las posibilidades que abre al sistema de salud en Chile, porque en definitiva permite un mejor acceso a los medicamentos y reduce el gasto de bolsillo en ellos.

En este sentido, la farmacia popular viene a llenar o tiene la posibilidad de generar cambios dentro del mercado, lo que repercute en mejoras en el bienestar social, ya sea al generar mayor competencia, rompiendo con la concentración del mercado, así como, dando posibilidad al marco normativo para que se reformule con miras a mejorar las deficiencias hasta ahora surgidas en materia de salud.

VI. CONCLUSIONES FINALES

A lo largo de esta investigación hemos podido recorrer el orden de una política determinada en su conjunto por la vida, orientado a su conservación y su control.

Logramos identificar las principales características de las farmacias populares, como aquellas instituciones municipales que buscan cubrir una necesidad de la población respecto al acceso de medicamentos, funcionan de igual forma que cualquier otro tipo de farmacia tradicional, pero su horario es acotado ya que son de atención exclusiva a la

comunidad, sin fines de lucro, traspasando el costo a los vecinos inscritos o subsidiando la diferencia según los recursos del municipio, teniendo por fin, otorgar acceso a medicamentos a precio costo, a modo de disminuir el gasto de bolsillo de las comunas, y por tanto, generando un impacto directo en la calidad de vida del núcleo familiar de las comunas de Chile.

Así también, logramos conocer, su marco tanto normativo, como orgánico estructural, que la dota de competencia en el servicio delegado de la salud, en el ámbito del gobierno local. Donde logramos reconocer, la historia de las farmacias a cargo del municipio, quien nunca ha estado al margen en la materia, solo que Recoleta logró un nuevo modelo de intervención en la comunidad.

Con estos antecedentes, se logró realizar un análisis de la política específicamente un análisis económico en derecho, que permitió evaluarla en términos de eficiencia, por medio de la racionalización de las variables que la componen en una inequación, este análisis permite evaluar las fortalezas y debilidades de la medida, así como la generación de indicadores de impacto para su reinternalización como servicio público en manos del Estado.

A partir de lo cual, podemos concluir que la farmacia popular, presenta grandes ventajas en materia de beneficios sociales, y abre las puertas para su perfeccionamiento y coordinación con otros entes del estado de modo de subsanar nuestras problemáticas a nivel de salud, solo debemos abrir los ojos hacia la innovación pública, donde tome fuerza y presencia la búsqueda del Estado por optimizar sus recursos y servicios.

Como hemos podido observar la farmacia popular es un hecho político de gran impacto al sistema de salud neoliberal, de lo cual salieron a la palestra varios temas en relación a la

afectación de la salud de la población en Chile, siendo un llamado de atención al sistema preponderante.

La farmacia popular surge en un escenario, en donde los precios de los medicamentos se determinan por “leyes de mercado”. En donde el Estado no tiene opciones de intervenir. Las políticas de protección de salud no consideran de una forma real a los medicamentos, y sólo las personas que se atienden en el sistema público y los pacientes con patologías cubiertas por GES, pueden acceder a medicamentos gratuitos o de muy bajo costo, pero esto no es suficiente y el sistema posee grandes deficiencias, que siguen repercutiendo en el bolsillo y en la salud de la población. A esto se suma que, las farmacias se distribuyen geográficamente con inequidad, y concretándose como un negocio altamente lucrativo, donde tres cadenas de farmacias tienen más del 90% del control del mercado farmacéutico chileno, estas pertenecen a grandes grupos económicos, reduciendo el medicamento a un bien de consumo.

La concentración de la tecnología farmacéutica, en pocas manos, permitió un aumento del desarrollo del capitalismo ajustando los procesos de la población a los procesos económicos, usufructuando de un mercado desregulado por años, manipulando la salud de las personas y por tanto, administrando sus vidas, lo que podemos entender como un biopoder negativo.

Ante estas situaciones irregulares surge como un llamado de alerta, la farmacia popular, con una concepción del medicamento como un derecho a la salud, que debe volver a manos del estado, reinternalizándose como un servicio público en manos del municipio, que puede garantizar una mejor gestión que los particulares hasta ahora, y por tanto, un biopoder positivo.

Las crisis económicas han generado un fracaso del mercado económico, abriendo el debate, de cómo gestionar los servicios a nivel local, frente al descontento causado por el

actuar de los privados y su gestión hasta ahora. En este sentido, son claves los indicadores de impacto que surgen a partir del análisis económico de la medida por medio del análisis racional de las variables que la componen graficándola por medio de una inecuación en términos de eficiencia, guiando los pasos a seguir a largo plazo.

La farmacia popular, es un ejemplo de que la internalización de los servicios parece ser la alternativa económica más eficaz y eficiente a la provisión de esos servicios.

Para finalizar, esta investigación permitió, descubrir la relación entre el municipio con la APS. Relación que concluimos es clave para darle continuidad a esta política en la medida que se innove, en un trabajo conjunto, donde se complemente tanto la labor que hace la APS así como la farmacia popular, generando una atención de salud más completa, cercana y continua, con miras al derecho de protección a la salud y a los objetivos de acceso equitativo de la OMS, pudiendo dejar atrás la idea del medicamento como un bien de consumo, para pasar a la concepción del medicamento como un bien social.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. **AMUNCH.** Manual de Implementación Farmacias Comunes. 2016.
2. **Banco Mundial.** Informe sobre Desarrollo Mundial 2004: Servicios para los Pobres. Washington D.C., 2003.
3. **Becerril-Montekio , Víctor; Reyes, Juan de Dios Reyes; Manuel , Annick.** Artículo de Revisión: Sistema de Salud en Chile. Salud Publica Mex 2011; vol. 53 supl 2:S132-S143.
4. **Bitrán R, Muñoz R.** Financiamiento y gasto de los hogares en salud en Chile: análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud 2005. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2010.
5. **CENTRO DE ESTUDIOS PARA AMÉRICA LATINA.** La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.2006.
6. **COMISIÓN NACIONAL DE SALUD DE LA NUEVA MAYORÍA.** La Salud en Chile: Sentando las Bases para un nuevo sistema para todos y todas. Santiago, Chile: s.n., 17 de Marzo de 2014. Vol. 2.
7. **COMAPDDR.** Propuesta de Política de Estado y Agenda para la Descentralización y Desarrollo Territorial de Chile, hacia un país desarrollado y justo. *Informe de la Comisión Asesora Presidencial para la Descentralización y Desarrollo Regional.* Santiago: s.n., 7 de Octubre de 2017.
8. **DÍAZ, JOSÉ LUIS SANCHEZ.** Competencia y Autonomía Municipal.REVISTA DE ESTUDIOS DE LA VIDA LOCAL (1942-1984). n.205. disponible en <http://revistasonline.inap.es/index.php?journal=REALA&page=issue&op=view&path5B%5D=516>.
9. **DUSSAILLANT CHRISTIE, JACQUELINE. TURNOS. TÍTULOS E "INTRUSOS": LOS DOLORES DE CABEZA DE LOS BOTICARIOS (SANTIAGO, 1846-1943).**

- Historia (Santiago) [online]. 2015, vol.48, n.1 [citado 2016-04-18], pp. 99-118 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942015000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7194. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-71942015000>.
10. **ERAZO, XIMENA.** *Políticas Públicas: exigibilidad y realización de derechos.* Primera. Santiago : LOM Ediciones/ Fundación Henry Dunant América Latina, 2013. ISBN 978-956-00-0447-5.
 11. **ESPINA AMPUERO, JAIME.** *Farmacias Comunes y Cenabast.* 2016.
 12. **FERNANDEZ RICHARD, José.** Competencia del Municipio Chileno. págs. 97-103. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RDPU/article/download/38700/40347>.
 13. **FERNÁNDEZ RICHARD, José.** La Administración del Estado y las Municipalidades en Chile. . Rev. IUS [online]. 2013, vol.7, n.32. págs. 148-160. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472013000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1870-2147.
 14. **FERNANDEZ RICHARD, JOSÉ.** *Derecho Municipal Chileno.* Santiago: Editorial Jurídica, 2007.
 15. **FUENMAYOR, JENNIFER.** *Política Pública en América Latina en un Contexto Neoliberal: Una Revisión Crítica de sus Enfoques, Teorías y Modelos.* Cinta moebio [online]. 2014, n.50 [citado 2016-04-18], pp. 39-52. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/scielo.php>>.
 16. **FLORES CÁCERES, TITO.** Análisis y diseño de alternativas de políticas públicas con enfoque a derechos. En *Políticas públicas: exigibilidad y realización de derechos.* LOM ediciones. 2013. Santiago de Chile.
 17. **FRENZ, PATRICIA.** *Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud.* Revista Chilena de Salud Pública. 2005, Vol. 9, págs. 103-110.
 18. **GALDAMES RAFAEL, KRAG PIA, MENÉNDEZ JORGE, YEVENES ARIEL.**

Propuesta conceptual para una medición del proceso de descentralización y regionalización. [Revista Estudios Regionales].

19. **GALDAMES RAFAEL, MENÉNDEZ JORGE, YÉVENES ARIEL.** ¿Tiene futuro Nacimiento? Una visión paradigmática del desarrollo local. Revista de Estudios Regionales Universidad del Bío-bío.n.21. Concepción, Chile : s.n., Diciembre de 2001. Disponible en: <http://www.ceur.ubiobio.cl/pdf/est-ceur21.pdf>
20. **GALLEGOS, JORGE MENÉNDEZ.** Desarrollo Local, sus desafíos ante la estrategia de desarrollo chilena y el reto de la globalización.Sus posibilidades en el caso Penco, Región del Bio-Bio. Centro de Estudios Urbano Regionales Universidad del Bío-Bío. Disponible en: <http://www.ceur.ubiobio.cl/pdf/est-ceur11.pdf>
21. **GOBIERNO DE CHILE.** Eficiencia de los Gobiernos Locales y sus determinantes. Un análisis de fronteras estocásticas en datos de panel para municipalidades chilenas.2006.
22. **GOBIERNO DE CHILE. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA.** Ministerios de Salud. Farmacias Populares. Octubre 2015. Santiago, Chile.
23. **GOBIERNO DE CHILE. ISP.** Farmacias Populares. Octubre 2015.
24. **GOBIERNO DE CHILE. SUBSECRETARÍA DE DESARROLLO REGIONAL Y ADMINISTRATIVO.** *Tipología: Herramienta Base para el Reconocimiento de la Diversidad Comunal- Municipal. Documento preparado por el departamento de estudios municipales de la división de políticas y estudios.* 2005.
25. **GOBIERNO DE CHILE, SUBSECRETARIA DE DESARROLLO REGIONAL Y ADMINISTRATIVO.** Programa de mejoramiento Progresivo de la calidad de la gestión municipal. Gestión de Calidad de los Servicios Municipales. Abril de 2012. Disponible en: <http://www.subdere.cl/documentacion/programa-mejoramiento-progresivo-de-la-calidad-de-la-gestion-municipal-1>.
26. **GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DEL INTERIOR.** Manual de Gestión Municipal. 2008. Disponible en : [1. http://www.subdere.cl/documentacion/manual-de-gestion-municipal-](http://www.subdere.cl/documentacion/manual-de-gestion-municipal-1)

27. **GONZALEZ-BURBOA, ALEXIS; MANRIQUEZ, CAMILO Y VENEGAS, MACARENA.** Clima en una Dirección de Administración de Salud Municipal. Cienc Trab.[online]. 2014, vol.16, n.51 [citado 2016-04-18], pp. 152-157.
28. **Hart T.** The inverse care law. Lancet, 1971. Pp. 405-412.
29. **HENRÍQUEZ JOSEFA, VELASCO CAROLINA.** Las desigualdades en la atención médica en los últimos 20 años. CEP. Propuesta de Políticas Públicas. n.13. Noviembre de 2015. Disponible en:
http://www.cepchile.cl/1_6144/doc/las_desigualdades_en_la_atencion_médica_en_los_ultimos_20_anos.html#.VyFAlfnhDIU.
30. **HEERLEIN, ANDRÉS.** La Relación entre la Medicina y los Proveedores Médicos.Rev. méd. Chile [online]. 2014, vol.142, n.3. [citado 2016-04-27], pp. 361-367 . Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000300011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000300011>.
31. **HUIDOBRO, RAMÓN.** La Potestad Normativa Municipal, Estudio Histórico-Doctrinario para la Reconstrucción del Derecho Municipal Chileno. págs. 193-224.
32. **IRARRÁZAVAL, IGNACIO.** Informe de la Comisión de Estudios sobre el Sistema de Financiamiento Municipal. 1992. n.47. Disponible en:
http://www.cepchile.cl/1_1295/doc/informe_de_la_comision_de_estudios_sobre_el_sistema_de_financiamiento_municipal.html#.VyEvsfnhDIV.
33. **IRARRÁZABAL, IGNACIO.** Autonomía Municipal: Un Proyecto Pendiente. 1993. Vol. 19, 57, págs. 79-94. Disponible en:
<http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/1104>.
34. **LIBERTAD Y DESARROLLO [sitio web].** “FARMACIAS POPULARES”: ANTECEDENTES PARA LA DISCUSIÓN. Rev. Temas Públicos Nº 1.234 – 1. 27 de noviembre de 2015. ISSN 0717-1526. Disponible en: <http://lyd.org/wp-content/uploads/2015/11/TP-1234-farmacia-popular.pdf>.

35. **LOWI, THEODORE.** Políticas Públicas, Estudios de Caso y Teorías Política, en Aguilar Villanueva, Luis: La Hechura de las Políticas públicas, 2ª ed., Mexico: Miguel Ángel Porrua, 89-117/ versión original: Lowi, Theodore. American business, Public policy, case studies and political theory, en World politics, XV 1964, 677-715.
36. **MARDONES Z, RODRIGO.** DESCENTRALIZACIÓN Y TRANSICIÓN EN CHILE. Rev. cienc. polít. (Santiago) [online]. 2006, vol.26, n.1 [citado 2016-04-18], pp. 03-24. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-090X2006000100001&lng=es.
37. **MENY, Y Y J. THOENING.** Las políticas Públicas , 1ª ed.Barcelona: editorial Ariel.1992.
38. **MIDEPLAN.** Sistema integrado de evaluación de intervenciones públicas. Documento N° 4: Metodología de Análisis de Políticas Públicas: Conceptos y criterios. Diciembre 2000. Santiago de Chile.
39. **MIRANDA, ERNESTO.** Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno. [Rev. Estudios Públicos]. 1990. 39. Disponible en:
http://www.cepchile.cl/1_1640/doc/descentralizacion_y_privatizacion_del_sistema_de_salud_chileno.html#.VyD1P_nhDIU.
40. **MONTECINOS, EGON.** DESCENTRALIZACIÓN Y DEMOCRACIA EN CHILE: análisis sobre la participación ciudadana en el presupuesto participativo y el plan de desarrollo comunal.Rev. cienc. polít. (Santiago) [online]. Vol. 26, n2, págs. 191-208.Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-090X2006000200011&lng=es&nrm=iso>.ISSN0718-090X.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2006000200011>.
41. **MUÑOZ, RICARDO NUÑEZ.** Realidad y Desafíos del Municipio Chileno. Santiago, Chile : s.n.,2006. Disponible en:
http://www.munitel.cl/file_admin/archivos_munitel/estudios/estudios2.pdf

- 42. OCDE (2012).** Guía para mejorar la calidad regulatoria de trámites estatales y municipales e impulsar la competitividad de México. s.l.: OECD Publishing.
- 43. ORGANIZATION, WORLD HEALTH.** Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Acceso Equitativo a los Medicamentos Esenciales: un marco para la acción colectiva.* [En línea] Marzo de 2004. http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_sp.pdf
- 44. ORGANIZATION, WORLD HEALTH,** Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. ISBN 978-92-75-31750-1.
- 45. ORGANIZATION, WORLD HEALTH.** Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008. ISSN 1020-6760
- 46. ORELLANA ARTURO; NESPOLO PABLO Y MERCADO JOSÉ.** Gestión Urbana Municipal a Escala Metropolitana: Modelo en Competencia. *Rev. Georg. Norte Gd.* [online]. 2012, n.51 [citado 2016-04-22], pp. 67-80. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022012000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-3402. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022012000100004>.
- 47. OERELLANA, ARTURO.** La Gobernabilidad Metropolitana de Santiago: La dispar relación de poder de los municipios. [Rev. EURE]. Santiago [online]: s.n., 2009. Vol. 35, 104, págs. 101-120. [citado 2016-04-22], pp. 101-120. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612009000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0250-7161. <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612009000100005>.
- 48. PAEZ MORENO, Ricardo.** La Investigación de la Industria farmacéutica: ¿condicionada por los intereses del mercado? *Acta bioethica*[online]. 2011. Vol. 17, n.2. [citado 2016-04-18], pp. 237-246. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200010&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-569X.

<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200010>.

49. **PEREZ GALVEZ, Juan Francisco.** Salud, Sanidad y Frmacia en el nuevo estatuto de autonomía de andalucía. [Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso [online]]. 2007. n.29. [citado 2016-04-18], pp. 299-347. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512007000100010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-6851.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512007000100010>.
50. **PERONI, ANDREA.** El desarrollo local a escala humana: experiencias de desarrollo comunitario en el sector salud. Chile. Polis [online]. 2009, vol.8, n.22. [citado 2016-04-18], pp. 99-120. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-6568.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682009000100007>.
51. **PODESTA ARZUBIAGA, JUAN.** Problematización de las políticas públicas desde la óptica regional. Ultima décad. [online]. 2001, vol.9, n.15 [citado 2016-04-18], pp. 163-175. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-2362001000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2236.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362001000200007>
52. **REBOLLO ALVARADO, WILLIAM.** *Despolitización de la función pública: Analisis de eficacia de la alta dirección pública en la republica de chile.* 2, Santiago : s.n., noviembre de 2015, Revista Estudios de Políticas Públicas [En línea], págs. 73-97. doi:10.5354/0719-6296.2015.38428.
53. **RICHARD, JOSÉ FERNANDEZ.** *La Administración del Estado y las Municipalidades en Chile.* Rev. IUS 32, Mexico : s.n., julio-diciembre de 2013, págs. 148-160. ISSN 1870-2247.
54. **ROBERTS M., RAIMUNDO.** Biblioteca del Congreso Nacional. Minuta: La Salud como un Derecho fundamental. Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones, Asesoría Técnica Parlamentaria, Anexo1791. 31/03/2014.

55. **RUZ PEÑA, JOSÉ.** Organización Panamericana de Salud/OMS. Farmacia Popular de Brasil. Junio 2013, Santiago, Chile.
56. **SILVA CIMMA, ENRIQUE.** Derecho Administrativo y comparado. El servicio público. Santiago : Editorial Jurídica de Chile, 1995. pág. 48.
57. **STONE, DEBORAH.** Policy Paradox: The Art of Political Decision Making. 3th edition. W.W. Norton & Company .2012.
58. **TÉLLEZ, ÁLVARO.** Dirección de Asuntos Públicos Pontificia Universidad Católica de Chile. Temas de la Agenda pública. Atención Primaria: Factor Clave en la Reforma al Sistema de Salud. . Año 1, n° 2. Agosto 2006.
59. **TOSCANO LÓPEZ, DANIEL.** Un estudio del biopoder en Michael Foucault. Tesis de Grado. Bogotá, D.C. 2008.
60. **URRIOLA, R.** Chile: protección social de la salud. Rev Panam Salud Pública. 2006;20(4):273-286.
61. **VARELA, EDGAR.** Nuevos Roles de los Gobiernos Locales en Implementación de Políticas Públicas.Gobernabilidad Territorial y Competividad Global. IURE. Santiago de Calí , Colombia : s.n., mayo de 2015. Vol. 41, n.123, págs. 213-237. Diponible en:
<http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/653>.
62. **VASALLO CARLOS.** El Mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Informe Final. 2010.
63. **VÁSQUEZ ROCCA, LILIANA.** La noción de biopoder en Foucault y su relación con las antropotécnicas en la obra del último Sloterdijk. 2013.
64. **VERGARA MARCOS, BISAMA LIGIA, MONDACA PATRICIO.** Competencias esenciales para la gestión en red. [Rev.méd.]. 2012. Vol. 140, n.12, págs. 1593-1605. Disponible en:

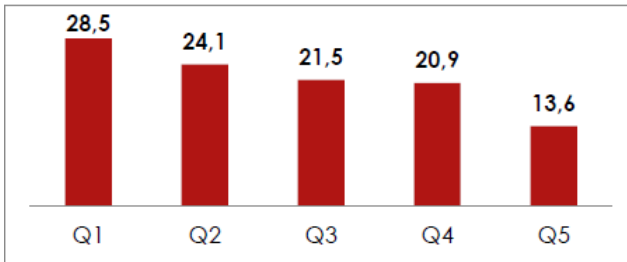
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001200013&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887.

65. **WOLLMANN HELLMUT.** La Experiencia de los Ordenamientos Europeos: ¿un “ retorno” a las gestiones públicas/municipales?. Publicado en: Cuaderno de Derecho Local, N°31, Febrero 2013, pp 70-80.
66. **VILLALOBOS DINTRANS, PABLO.** El Mercado de Las Farmacias en Chile ¿competencia por localización?. Revista Economía y Política UAI. 2015. Vol. n.2, págs. 33-73. Disponible en: <http://www.economiaypolitica.cl/el-mercado-de-las-farmacias-en-chile-competencia-por-localizacion/>
67. **YARDIN, AMARO Y DEMONTE, NORBERTO.** Gestión de entes municipales. Doc. aportes adm. pública gest. estatal [online]. 2005, n.6 [citado 2016-05-23],. pp. 91-110. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37272005000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-3727

I. ANEXOS

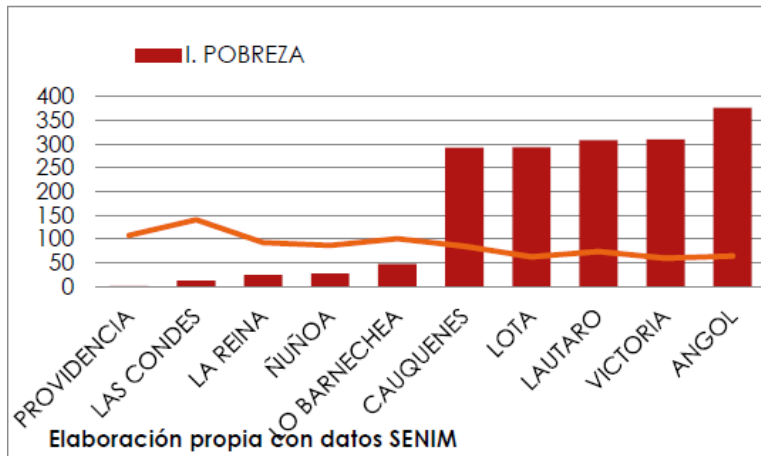
FIGURA 1:

Porcentaje de gasto en salud sobre gasto municipal total, según quintil de ingreso.



Si consideramos el gasto total devengado, constituido por recursos MINSAL y comunal, las comunas más ricas (quintil 5), generan aporte financiero per cápita significativamente mayor respecto de las más pobres. En la Figura 10 se observa la relación entre las comunas con menor índice de pobreza y aquellas con mayor índice de pobreza. El promedio del gasto en salud, es de \$106.600 y \$69.500 por persona, respectivamente.

Índice de pobreza versus gasto salud per cápita comunal (\$ 2012). Se seleccionaron comunas con más de 30 mil inscritos.



IGURA 2:

Distribución porcentual de la estructura del gasto en salud en Chile, 2005-2012⁽⁴⁾.

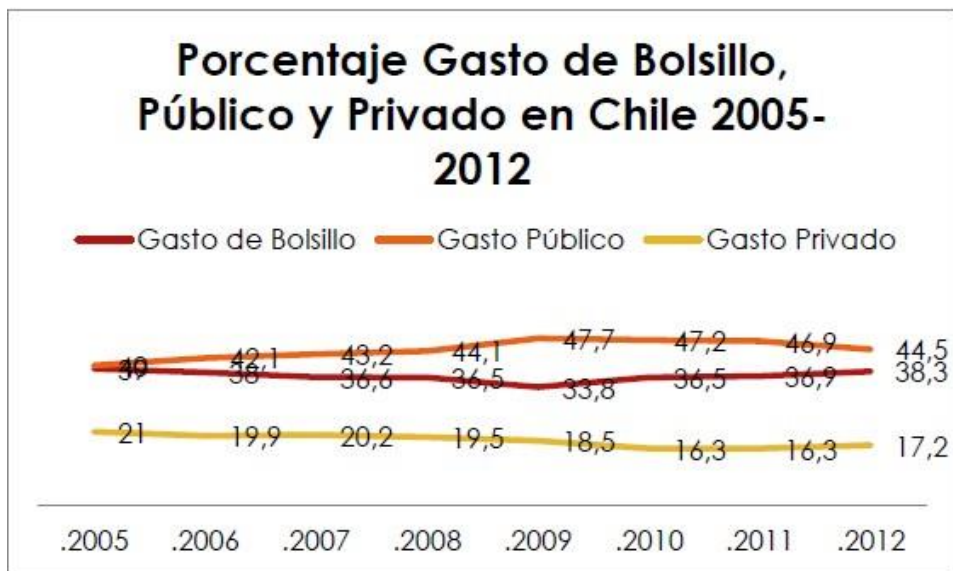


FIGURA 3:

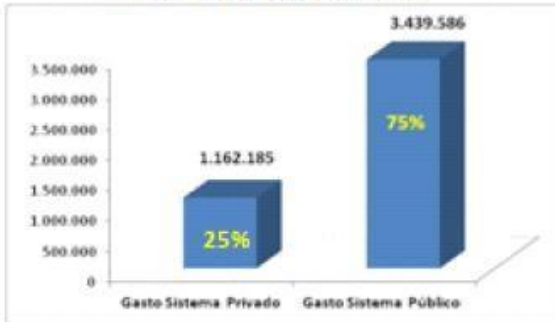
Evolución del gasto público y privado en salud (2005-2012), expresado como porcentaje del Producto Interno Bruto.

GASTO DE SALUD PÚBLICO Y PRIVADO, como % PRODUCTO INTERNO BRUTO.

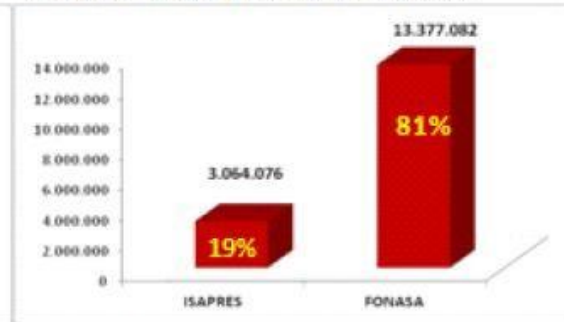


El origen del gasto privado está dado principalmente por el aporte del 7% a las ISAPRE, por aportes adicionales a los planes de salud y el gasto directo de los usuarios, públicos y privados o "gasto de bolsillo".

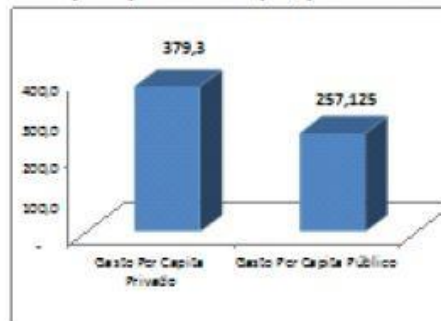
Porcentaje de Gasto de Sistema Público y Privado. Año 2012. (MM\$)



Número y Porcentaje de Beneficiarios Sistemas Isapre y FONASA. Año 2012.



Gasto Per-Cápita de Beneficiarios Isapres y FONASA. (M\$). Año 2012



Los Beneficiarios de Isapres tienen un 47,5% más de financiamiento Per-cápita que los Beneficiarios de FONASA

Fuente: Boletín Estadístico 2012. FONASA

FIGURA 4: POBLACIÓN DE FONASA CON PROBLEMAS DE ACCESO A MEDICAMENTOS.

43,6% DE POBLACIÓN FONASA A O B TUVO PROBLEMAS PARA ACCEDER A ALGÚN MEDICAMENTO

Tabla N° 1. Acceso a medicamentos para FONASA A o B

	Número de Personas	% sobre total a quienes le recetaron medicamentos
(a) No pudo acceder a NINGUNO de los medicamentos recetados	32.092	2,2%
(b) Pudo acceder, pero PAGANDO por TODOS los medicamentos recetados	420.680	28,7%
(c) Pudo acceder, pero pagando por ALGUNOS de los medicamentos recetados	186.698	12,7%
(d) = (a) + (b) + (c) Total de personas con PROBLEMAS DE ACCESO a medicamentos	639.470	43,6%
(e) Recibieron TODOS los medicamentos gratis	801.535	54,7%
(f) = (d) + (e) Total de personas a quienes se les recetó medicamentos	1.465.765	100%

Fuente: LyD sobre la base de CASEN 2013. Sólo considera personas pertenecientes a FONASA A o B.

FIGURA 5 PRECIO PROMEDIO SEGÚN TIPO DE MEDICAMENTO.

