



BREVE 22

EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN CHILE Y EL PAPEL DE LAS FARMACIAS MUNICIPALES

Juan Pablo Atal¹

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/es/salud - scl-sph@iadb.org
<https://criteria.iadb.org/es>

Copyright © 2021 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN CHILE Y EL PAPEL DE LAS FARMACIAS MUNICIPALES

INTRODUCCIÓN

El acceso a medicamentos seguros y de calidad es un eje esencial para garantizar el derecho a la salud de la población. La salud no solo es un objetivo en sí mismo, sino que es uno de los pilares fundamentales para reducir la pobreza y alcanzar el desarrollo económico sostenible (Comité Andino de Acceso a Medicamentos, 2017, Naciones Unidas 2020).

Alrededor del mundo, los gobiernos desempeñan diversos papeles para facilitar el acceso a medicamentos seguros y de calidad. Esto incluye la certificación de calidad, regulaciones al contenido de las recetas médicas y la sustitución entre medicamentos en los puntos de venta, regulaciones de precios en las distintas etapas de la cadena que unen a consumidores y productores y distintas formas de actuación en la cobertura financiera (total o parcial) del costo de los medicamentos mediante seguros públicos u otros mecanismos de asistencia financiera.

El objetivo de este documento es analizar una política emergente como potencial herramienta de política de medicamentos: el de las farmacias públicas de dependencia municipal o, como nos referiremos a ellas a continuación, farmacias municipales.

A diferencia de las políticas tradicionales basadas en regulaciones, las farmacias municipales buscan mejorar el acceso a medicamentos, tanto en términos económicos como geográficos, otorgando a los gobiernos locales un papel protagónico en la distribución de medicamentos a la población.

Este documento centra la discusión en la experiencia de Chile con la introducción de farmacias municipales a partir del año 2015, fruto de la iniciativa de alcaldes de diversas comunas.² Hoy, más del 40% de las comunas del país, que representan en conjunto a casi el 80% de la población, cuenta con una farmacia municipal.

Tal como revisaremos a continuación, las farmacias municipales emergieron en Chile como una competencia pública a un *retail* farmacéutico altamente concentrado y desregulado. La próxima sección presentará una visión teórica y abstracta del papel que pueden cumplir las farmacias municipales en este contexto. Luego, se revisará evidencia empírica respecto de la introducción de farmacias municipales chilenas y se discutirá su potencial papel futuro en el contexto de las nuevas políticas farmacéuticas en marcha en el país.

¹ Gran parte del material expuesto en este documento nace del trabajo junto a José Ignacio Cuesta, Felipe González, Cristóbal Otero y Morten Sæthre, a quienes les debo buena parte del conocimiento expuesto aquí. Agradezco también las discusiones con Alejandra Benítez y Andrés Osorio sobre la institucionalidad del sistema chileno. Al mismo tiempo, las opiniones vertidas en este documento reflejan única y exclusivamente mi opinión y son de mi exclusiva responsabilidad.

² En Chile, las comunas son la división administrativa de menor tamaño. Las comunas son administradas por municipalidades, entes públicos autónomos que, entre otras funciones, tienen a su cargo la salud primaria y tareas y atribuciones para implementar políticas subsidiarias y asistenciales.

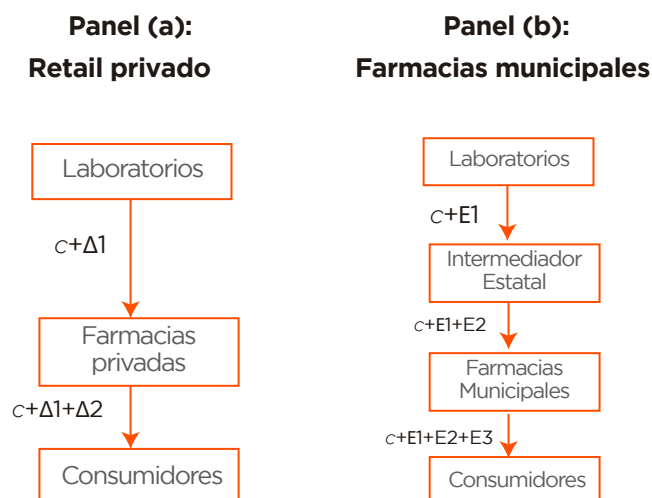
EL PAPEL DE LAS FARMACIAS MUNICIPALES EN LA CADENA FARMACÉUTICA

Para entender el efecto que pueden tener las farmacias municipales para mejorar el acceso a los medicamentos, es necesario comenzar revisando el papel que cumple el *retail* farmacéutico en la cadena que conecta a los productores de fármacos con el consumidor final.

El panel a) de la Figura 1 muestra de forma esquemática y simplificada las transacciones que ocurren del lado privado de la cadena farmacéutica. El proceso comienza con la producción de un medicamento por parte de un laboratorio, que fabrica el medicamento a un costo c , que es el costo unitario de producción. El productor vende este medicamento a un precio $c+\Delta 1$, donde $\Delta 1$ es el margen del productor. Las farmacias, por su parte, venden el producto a un precio $c+\Delta 1+\Delta 2$, donde $\Delta 2$ resume los costos operacionales y el margen de ganancia de las farmacias.

Este simple esquema ilustra cómo la diferencia entre el costo marginal de producción, c , y el precio final pagado por los consumidores, $c+\Delta 1+\Delta 2$, resulta de la acumulación de costos y márgenes a lo largo de la cadena.³

Figura 1: la cadena farmacéutica



Fuente: elaboración propia.

En este contexto, existen dos mecanismos principales por los cuáles las farmacias municipales pueden reducir el precio final pagado por los consumidores. En primer lugar, las farmacias municipales pueden hacer uso del poder de compra del Estado para acceder a menores precios que los que pagan los entes privados, al aprovechar en la negociación el volumen de compra del Estado, que agrega la demanda de distintos entes estatales. Esta situación (presente en el caso de Chile, como veremos a continuación), se encuentra ilustrada en el panel b) de la Figura 1. En este caso, el Estado (mediante un intermediador) ejerce su poder de negociación para obtener el medicamento a un precio $c+1$ donde $1<\Delta 1$. A su vez, el intermediador vende a las farmacias municipales a un precio $c+1+2$, donde 2 corresponde a la comisión de intermediación con la que cubre sus costos de operación.⁴

³ Por simplicidad, en este esquema se ha omitido la potencial presencia de distribuidores mayoristas que operan entre los productores y distribuidores, que también cobran un margen.

⁴ El intermediador estatal puede cumplir este papel tanto comprando a los laboratorios y vendiendo a los distribuidores tal como está descrito en el texto, o simplemente actuar de intermediador en la negociación y dejar que los distribuidores compren de forma directa a los laboratorios.

Finalmente, las farmacias municipales venden a sus consumidores a un precio $c+1+2+3$, donde 3 es el margen de las farmacias municipales. Es esperable que las farmacias municipales ofrezcan medicamentos a un precio cercano a su costo de adquisición porque tienen ventajas comparativas en costos (por ejemplo, pueden utilizar infraestructura de las municipalidades y no necesitan incurrir en gastos de publicidad) y porque no persiguen el lucro económico. Así, 3 debería tener un valor cercano a 0.

En resumen, tanto el poder de negociación del intermediador estatal como los bajos márgenes de éste y de las farmacias municipales hacen que el precio resultante para el consumidor $c+1+2+3$ pueda ser significativamente menor que en el retail privado $c+\Delta 1+\Delta 2$. En otras palabras, los menores costos y márgenes se traducen en que el impacto directo de las farmacias comunales sea el de lograr una oferta de medicamentos a precios (significativamente) menores que los del retail privado.

Las farmacias municipales también pueden afectar el mercado farmacéutico de forma indirecta. La presencia de un nuevo competidor eventualmente genera presiones competitivas al sector privado. En principio, el efecto esperado es que la mayor competencia se traduzca en menores precios en el sector privado. De esta forma, las farmacias municipales no sólo aumentarían el acceso a medicamentos al ofrecerlos a menores precios, sino también de forma indirecta al causar una baja en los precios en el sector privado.

alza en los precios en el retail privado a través de un mecanismo de segmentación. Las farmacias municipales ofrecen un servicio a menor precio pero posiblemente de acceso más limitado (por ejemplo, respecto de su cobertura geográfica, horarios de atención, stock de productos y rapidez en la entrega); en consecuencia, atraen a los consumidores más sensibles al precio (es decir, aquellos con una mayor elasticidad-precio de la demanda). La estrategia óptima resultante para las farmacias privadas podría ser entonces la de aumentar los precios a los consumidores que no se cambian a las farmacias municipales (que son aquellos con una menor elasticidad-precio de la demanda). Por lo tanto, la entrada al mercado de⁵ las farmacias municipales podría indirectamente afectar de forma negativa al segmento de la población que no las utiliza. El efecto que prevalecerá (menores o mayores precios) dependerá de las características particulares de cada mercado.

Además de mejorar el acceso al disminuir los precios, las farmacias municipales pueden mejorar el acceso en su dimensión geográfica al insertarse en localidades donde no exista presencia del *retail* privado. Ya sea por eventuales ventajas comparativas en costos, por no perseguir rentabilidad financiera o por recibir subsidios que les permitan operar aún con déficits financieros, las farmacias municipales podrían emplazarse en localidades donde la oferta privada sea acotada o incluso inexistente, mejorando de forma directa el acceso de la población a los medicamentos. Los objetivos del sector privado pueden traducirse en una provisión subóptima de farmacias; para el sector privado puede no ser rentable una localización que sí podría presentar una alta rentabilidad social; así, las farmacias municipales pueden resolver

⁵ Estas limitaciones están presentes en el caso de Chile que se discutirá a continuación.

problemas de acceso geográfico y lograr una mejora del bienestar.⁶

Desde una mirada más general, las farmacias municipales constituyen una competencia pública a un mercado privado. Los costos y beneficios de introducir competencia pública a las firmas privadas es un tema de largo debate en la literatura económica. Por una parte, la injerencia del Estado puede ser deseable en sectores económicos donde la competencia del sector privado es ineficiente, ya sea por la existencia de asimetrías de información, comportamientos anticompetitivos u otras fallas de mercado (Atkinson y Stiglitz, 1980). Además, tal como se discutió en párrafos anteriores, los gobiernos pueden acceder a precios menores usando su poder de negociación. Hay evidencia reciente proveniente de mercados farmacéuticos de varias economías en desarrollo que lo comprueban (Dubois et al., 2019).

Los mercados farmacéuticos presentan diversas características que pueden traducirse en fallas de mercado como las mencionadas en el párrafo anterior. Entre ellas se destacan la falta de información por parte de los consumidores respecto de la pertinencia de cada uno de los productos para el tratamiento de su condición particular. En este contexto, los pacientes descansan en las recomendaciones, mediadas por la receta médica, de médicos y químicos farmacéuticos, cuyos incentivos pueden no estar del todo alineados con los intereses de los pacientes; esta falta de alineación puede darse por incentivos económicos directos de parte de

los laboratorios, cuando el retail está integrado verticalmente con los productores o por otras razones que hagan que los márgenes del retail sean heterogéneos a través de los productos (Dickstein, 2016, Brekke et al, 2010, Iizuka 2010, 2012). La influencia de los médicos es particularmente relevante en contextos donde la sustitución hacia alternativas no explicitadas en la receta médica está prohibida.

La falta de información se traduce también en que los consumidores tienen una valoración espuria por productos llamados de marca; es decir, aquellos individualizados por un nombre comercial de fantasía que los diferencia de los medicamentos genéricos comercializados con la denominación común internacional (genéricos sin marca). Así, los consumidores tienen una disposición a pagar un precio mayor por los productos de marca más allá del beneficio adicional que éstos generen, lo que puede derivar en que los consumidores adquieran productos distintos a los que escogerían en una situación de información completa (Bronnenberg et al., 2015). Es decir, la falta de información genera una sobredemanda por ciertos productos (generalmente aquellos de marca), lo que implica pérdidas de bienestar para los consumidores.

Las asimetrías de información y el valor de marca se reflejan en la Figura 1 de dos formas. En primer lugar, el consumidor está dispuesto a comprar un medicamento a un precio artificialmente alto, lo que permite a las farmacias cobrar un margen (2) alto. Así, el valor de marca generado por las asimetrías de información reduce la elasticidad-precio de la demanda y permite a los distribuidores cobrar

⁶ La ausencia de farmacias en mercados locales aumenta los costos de cumplir con los tratamientos, lo que está generalmente asociado con mayores gastos en salud (Cutler y Everett, 2010).

precios más altos que los que resultarían en un escenario de información simétrica. En segundo lugar, una sobredemanda por productos de marca le resta poder de negociación al distribuidor vis a vis los laboratorios, dado que las farmacias no pueden sustituir entre laboratorios. En este caso, la negociación entre distribuidores y productores resulta en un margen para el productor (1) artificialmente alto que también se traduce eventualmente en mayores precios para los consumidores.

La presencia de farmacias municipales puede aliviar en parte los problemas derivados de la asimetría de información. Al ser entidades sin fines de lucro, que tienen entre sus objetivos principales mejorar la salud de la población, es esperable que los consumidores reciban recomendaciones alineadas con sus necesidades. En tal caso, los vendedores en las farmacias municipales pueden disminuir el grado de información asimétrica, disminuyendo el valor de marca. Cabe destacar, sin embargo, que el papel que jueguen las farmacias municipales dependerá de la medida en que existan políticas que permitan o faciliten la sustitución entre medicamentos de marca y genéricos en los puntos de venta.

La alta concentración en el sector del retail farmacéutico es otra condición que propicia que el mercado derive en equilibrios indeseados. En mercados con un bajo número de competidores, las empresas son más proclives a incurrir en conductas anticompetitivas como la colusión (Leveinstein y Suslow, 2006). La presencia de un competidor público y sin fines de lucro puede acotar este comportamiento, dado que una alternativa de bajo costo hace más difícil a las

empresas privadas subir los precios sin perder ventas significativas.⁷

Más allá de los potenciales beneficios citados anteriormente, cabe destacar que, en general, la presencia del sector público como competidor del sector privado no está exenta de críticas. El Estado puede introducir competencia injusta al utilizar el aparato del Estado para obtener ventajas competitivas ficticias. En esta línea, se apunta que las empresas estatales son ineficientes porque son simplemente una vía para que los políticos persigan sus intereses personales (Shleifer y Vishny, 1994, Shleifer 1998). También, las empresas públicas pueden utilizarse con fines de clientelismo, o favorecer a grupos de interés específicos en vez de velar por el bienestar general de la población.⁸

ESTRUCTURA DE MERCADO Y COMPETENCIA

Antes de la aparición de las farmacias municipales, el mercado del retail farmacéutico estaba exclusivamente compuesto por farmacias privadas. El retail privado en Chile está dominado por tres grandes cadenas de farmacias que, en su conjunto, tienen una participación de mercado cercana al 80% (FNE, 2019). Los márgenes de los laboratorios y las farmacias reportadas en el informe reciente de la Fiscalía Nacional Económica entrega varias luces respecto del funcionamiento real de la cadena descrita de forma teórica en el Panel a) de la Figura 1.

⁷ Moura y Pita-Barros (2020) y Bennet y Yin (2019) estudian el efecto de la competencia en el retail farmacéutico pero en contextos particulares que no son necesariamente generalizables. Moura y Pita-Barros estudian la entrada de supermercados en el mercado de medicamentos sin receta en Portugal. Bennet y Yin estudian la entrada de farmacias de cadena, asociadas a mayor calidad, en India. Ambos estudios muestran caídas en los precios como consecuencia de la mayor competencia.

⁸ Por ejemplo, Sapienza (2004) muestra que bancos estatales en Italia favorecen, mediante menores tasas de interés, a empresas ubicadas en zonas en que el partido político que gobierna es más popular. Fisman (2001) y Johnson y Mitton (2003) muestra evidencia que los políticos usan su poder para conceder favores a firmas relacionadas.

En particular, el informe muestra altos márgenes para las farmacias (35-40%), lo que es consistente con la poca competencia en el mercado del retail.⁹ El informe revela que los márgenes de los laboratorios también son altos (cerca al 50%). Los márgenes de los laboratorios son particularmente altos en los productos de marca, lo que es consistente con el hecho de que el valor de marca pone en una posición favorable a los productores en relación a los distribuidores (ya que estos últimos se ven en la imposibilidad de sustituir hacia distintas marcas o hacia los genéricos), lo que reduce el poder de negociación de las farmacias.

Otra característica relevante del mercado del retail es la distribución geográfica de las farmacias. A junio del 2015 (meses antes de la entrada de las farmacias municipales), en Chile existían 3.013 farmacias, de las cuales un 49% se concentraba en la región metropolitana de Santiago, con grandes disparidades a través de comunas en la densidad de farmacias por número de habitantes. Más aún, existían 53 comunas (de un total de 356) sin ningún tipo de farmacia o almacén farmacéutico.¹⁰

REGULACIONES

El retail farmacéutico en Chile está altamente desregulado desde el punto de vista económico.¹¹ A diferencia de lo que ocurre en otros países, no existen regulaciones en la estructura de mercado ni del precio o margen de venta. Entre otras estrategias, los países de la OCDE utilizan controles de precios directos para medicamentos innovadores y/o genéricos y la regulación de los márgenes de las farmacias que

usualmente otorgan incentivos a la dispensación de genéricos.¹²

Algunos países, como Dinamarca, también regulan la estructura de mercado en lo que respecta tanto al número como a la ubicación de las farmacias (Kaiser y Méndez, 2015).

En Chile, en cambio, los precios, los márgenes y la estructura de mercado se determinan de forma completamente libre por el mercado. La ley también establece que la receta médica debe individualizar el producto farmacéutico por su denominación de fantasía. La regulación más significativa de los últimos años en el país ha sido la introducción paulatina de requisitos de bioequivalencia para genéricos, que complementa el antiguo estándar basado en buenas prácticas de manufactura. Estos requisitos exigen que los genéricos vendidos en el país demuestren que son bioequivalentes al medicamento innovador referente.¹³ La bioequivalencia es un requisito central en el proceso de aprobación de los genéricos en los países de ingresos altos y se han ido introduciendo de forma paulatina en el resto del mundo, particularmente en mercados importantes como los de India y China.

Un objetivo principal de la bioequivalencia es aumentar la sustitución hacia medicamentos genéricos. De hecho, junto con la introducción de los requisitos de bioequivalencia, la ley exige que la receta médica incluya la denominación común internacional, aunque este requisito aplica solo en el caso de que exista un bioequivalente certificado.

⁹ Cabe notar también que las tres grandes cadenas fueron declaradas culpables de colusión en 2012. La colusión de las farmacias es analizada en detalle por Alé-Chilet (2017). El caso tuvo amplia cobertura en los medios de comunicación y causó mucha conmoción entre la población, en particular la absolución en el año 2015 de todos los ejecutivos de las farmacias involucradas.

¹⁰ Ver https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2015_06-DISTRIBUCION-FARMACIAS-junio-2015-2.pdf.

¹¹ El cuerpo legal que regula el mercado de los medicamentos es la Ley 20.724 de 2014.

¹² Ver Sood et. al (2008) para un análisis de las regulaciones de precios más comunes entre 19 países de la OCDE.

¹³ De forma más precisa, un genérico es bioequivalente al innovador referente si el perfil temporal de absorción del principio activo de ambos productos no difiere de forma significativa cuando son administrados en las mismas condiciones (Davitt et al., 2013).

En tal situación, y únicamente a solicitud del paciente, el químico farmacéutico de la farmacia podrá dispensar un genérico bioequivalente como sustituto.¹⁴ Es relevante destacar aquí que distintos actores de la industria coinciden en que este requisito no ha sido fiscalizado de forma sistemática.¹⁵

A pesar del avance introducido por la bioequivalencia, en Chile los mecanismos que incentivan la sustitución hacia genéricos son relativamente acotados cuando se les compara con lo que ocurre en varios países de altos ingresos, donde la sustitución hacia genéricos es obligatoria o altamente influida por mecanismos de reembolso que favorecen a los genéricos. A modo de ejemplo, en Suecia los farmacéuticos están en la obligación de informar a los consumidores de la presencia de un sustituto más barato y de dispensar este último a menos que el médico prohíba explícitamente la sustitución o que el consumidor acceda a pagar de su bolsillo la diferencia de precios (Grandlund y Rudholm, 2012).¹⁶

COBERTURA FINANCIERA

En Chile no existe un seguro de medicamentos integral, sino que la cobertura financiera de medicamentos ocurre a través de diversos programas fragmentados, que se detallan en el Anexo de este documento.

En términos generales, los afiliados al seguro público (Fondo Nacional de Salud, FONASA), que cubre aproximadamente a un 80% de la población, acceden al 100% de la cobertura financiera en la red de atención primaria para los medicamentos presentes en el formulario nacional de medicamentos. Además, existen planes que cubren parcial o totalmente el costo de los medicamentos para un conjunto específico de enfermedades; el más importante es el plan AUGE/GES, que cubre entre un 80% y un 100% del costo de los medicamentos pertenecientes a la canasta de tratamiento de un conjunto de 85 patologías.¹⁸

El Chile, el gasto en bolsillo en salud (GBS), que es la proporción del gasto en salud no cubierto por el sistema de previsión público o privado, alcanza un 32%; esto ubica a Chile como uno de los países con mayor GBS entre los países miembros de la OCDE (OCDE, 2019). Mas aún, el gasto en medicamentos es el principal ítem del GBS, representando cerca de un 40% (Benítez Bruzzo et al., 2018).

Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud, aproximadamente un 40% de los medicamentos (ambulatorios) a los que accede la población chilena son adquiridos de forma particular en el *retail* privado.¹⁹ Si bien no existen estudios detallados al respecto, algunos artículos de prensa sugieren que existen deficiencias en la operación de la entrega de los medicamentos en el sector público, incluyendo faltas de stock y altos tiempos de espera, lo que puede incidir en

¹⁴ El artículo 101 de la Ley 20.724 establece que “La receta es el instrumento privado mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación de fantasía, debiendo agregar, a modo de información, la denominación común internacional que autorizará su intercambio, en caso de existir medicamentos bioequivalentes certificados”.

¹⁵ En Chile las farmacias tienen la obligación de contar con un petitorio mínimo de medicamentos, lo que asegura la presencia de aquellos medicamentos bioequivalentes que forman parte de esa lista. La fiscalización está a cargo del Instituto de Salud Pública (ISP). Fiscalizaciones recientes han mostrado resultados positivos respecto del cumplimiento de esta normativa (ver <https://www.minsal.cl/34-fiscalizaciones-y-2-sumarios-en-semana-de-fiscalizacion-especial-para-constatar-disponibilidad-de-bioequivalentes/>).

¹⁶ Panteli et al. (2016) revisa en detalle las regulaciones en el mercado farmacéutico de 16 países europeos pertenecientes a la OCDE. Sweet (2017) discute las regulaciones en 17 de países de América Latina.

¹⁷ Centraremos la discusión en lo que respecta la cobertura de medicamentos ambulatorios (mercado en el que operan las farmacias municipales), omitiendo la cobertura de medicamentos utilizados en el contexto de hospitalizaciones.

¹⁸ La Ley 19.966 del año 2004 estableció un Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), que establece garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de 85 enfermedades. Las prestaciones cubiertas por el GES incluyen los medicamentos necesarios en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un problema de salud.

¹⁹ Resultado en base a cálculos propios usando la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

que los pacientes se vean forzados a comprar los medicamentos en el *retail* privado. La alta participación del *retail* privado confluye con bajos niveles de reembolso para medicamentos adquiridos mediante esa vía. Algunas estimaciones indican que los mecanismos de cobertura financiera cubren sólo un 20% del gasto de medicamentos en el *retail* privado,²⁰ siendo el resto financiado con gasto de bolsillo (Osorio, 2020).

Al panorama anterior se añade el hecho de que la participación de mercado de los medicamentos genéricos sin marca es baja para los estándares internacionales. A modo de ejemplo, mientras que en Estados Unidos la participación de los medicamentos genéricos es mayor al 80%, en Chile es cercana al 30%, aún cuando los precios de los productos de marca son en promedio tres veces mayores que su contraparte sin marca (Berndt et al., 2017; FNE, 2019).^{21,22} Casos emblemáticos de estas diferencias de precios son, entre otros, el del Omeprazol (usado para el tratamiento de úlceras gástricas y reflujo gastroesofágico), donde el medicamento sin marca se ha encontrado a la venta por 850 pesos al mismo tiempo que el del innovador se vendía a más de 33.000 pesos. En el caso de la Atorvastatina (usado para disminuir el colesterol), el genérico sin marca se vende por 2.500 pesos mientras que el de marca se vende por 50.000 pesos (SERNAC, 2016).²³ Este fenómeno es particularmente relevante toda vez que los medicamentos innovadores tienen una

cobertura financiera muy baja en comparación con los países de la OCDE (IQVIA, 2018).

LAS FARMACIAS MUNICIPALES EN CHILE

Es a partir del contexto anterior que nacieron en Chile las farmacias municipales, también conocidas como farmacias populares o farmacias comunales.²⁴

La primera farmacia municipal de Chile fue inaugurada en el año 2015, fruto de la iniciativa del alcalde de la comuna de Recoleta, en Santiago²⁶. Esta idea fue rápidamente replicada por comunas de todo Chile, al punto que hoy aproximadamente 43% de las municipalidades cuenta con una farmacia municipal.

Algunos documentos sugieren que las farmacias municipales chilenas fueron inspiradas en el programa de farmacias populares de Brasil; creadas en 2004, éstas comparten algunas similitudes con sus pares chilenas. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en Brasil, las farmacias municipales en Chile operan de forma independiente y descentralizada y no están estandarizadas a través de las municipalidades.²⁷

Algunos documentos sugieren que las farmacias municipales chilenas fueron inspiradas en el programa de farmacias populares de Brasil; creadas en 2004, éstas comparten algunas similitudes con sus pares chilenas.

²⁰ Ver, por ejemplo, <http://www.clinicasdechile.cl/noticias/pacientes-esperan-hasta-ochos-horas-para-retirar-sus-medicamentos-en-los-hospitales/> que evidencia los altos tiempos de espera en el sector público y la falta de medicamentos garantizados en la red de atención pública.

²¹ Estudios comparativos indican que, si bien los precios de los medicamentos innovadores son más altos en Chile que en otros países de la región, los medicamentos genéricos estarían cerca del promedio o incluso más bajos que en la región (Alvarez y Gonzalez, 2020).

²² El hecho de que ciudadanos de países de menores ingresos consuman medicamentos más caros es un patrón observado a un nivel más general que la comparación de Chile con Estados Unidos. Ver, por ejemplo, Liebowitz y Slabbert (2005).

²³ Atal, Cuesta y Sæthre (2019) muestra comparaciones similares para el caso de 40 principios activos y su evolución en el tiempo entre 2010 y 2017.

²⁴ Si bien la prensa ha establecido distinciones entre estos nombres en función del esquema de financiamiento y operación de las farmacias (por ejemplo, si la farmacia intermedia o no con la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)), en la práctica no existe una convención clara para la denominación de estas farmacias. Dado que estas distinciones no son relevantes a efectos de este documento, nos referimos al conjunto de farmacias populares, comunales y municipales como farmacias municipales.

²⁵ La comuna de Recoleta tiene aproximadamente 150.000 habitantes, lo que la ubica en el 30º lugar en términos de población entre las 346 comunas de Chile (según el censo de 2017).

²⁶ La apertura de las farmacias municipales no estuvo exenta de polémica y hasta se puso en duda su constitucionalidad. Sin embargo, la Contraloría General de la República ratificó en 2016 su procedencia jurídica, dado que los municipios están facultados a ofertar medicamentos con una finalidad de salud pública.

²⁷ Ver Filón (2018) para una descripción detallada del caso de Brasil. Ramírez (2018) menciona la existencia de experiencias similares en República Dominicana y Ecuador. Sin embargo, hasta la fecha, no existen estudios profundos analizando tales casos.

Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en Brasil, las farmacias municipales en Chile operan de forma independiente y descentralizada y no están estandarizadas a través de las municipalidades.

A *grosso modo*, las farmacias municipales se pueden dividir en dos tipos respecto de su operación. Parte de ellas realiza sus compras mediante la intermediación de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), la entidad encargada de agregar la demanda de medicamentos de la red de atención pública (que cumple el papel del intermediador estatal ilustrado en el Panel b) de la Figura 1). Otro grupo realiza compras directas a los laboratorios de forma independiente, ya sea mediante contratos directos o a través de licitaciones públicas.²⁸

El carácter descentralizado de las farmacias municipales ha hecho que el modelo operativo de éstas sea diverso y responda a las particularidades institucionales y a las características sociodemográficas de cada comuna. En términos de su ubicación, existen farmacias insertadas en los centros de atención de la red de atención primaria de salud de la municipalidad, farmacias que operan dentro del edificio municipal e incluso farmacias itinerantes (o móviles) que operan con un vehículo propiamente acondicionado para el traslado y la dispensación de medicamentos. La composición de los medicamentos y otros productos ofrecidos se decide también de forma independiente por cada farmacia. Si bien la evidencia indica que la mayoría de las farmacias partió concentrándose casi exclusivamente en medicamentos para enfermedades crónicas, otras farmacias ofrecen, por ejemplo, insumos para el cuidado del adulto mayor (Filún, 2018).

A pesar de sus diferencias, las farmacias municipales tienen varias características comunes que reducen su atractivo respecto de las farmacias privadas.

1. Las farmacias municipales son para uso exclusivo de ciertos grupos. La gran mayoría de las farmacias municipales, aproximadamente 80% en la capital, Santiago, son para uso exclusivo de los residentes de la comuna. El resto también beneficia a aquellos que estudian o trabajan en la comuna (Filún, 2018).
2. Las farmacias municipales operan en un horario limitado durante la semana y la mayoría no atiende al público durante el fin de semana.
3. La entrega de los productos generalmente no es inmediata sino que requiere que el paciente realice un pedido del producto, que luego es adquirido por la farmacia y posteriormente vendido al paciente. Es decir, las farmacias municipales son centros de atención cerrada, y lo usuarios deben inscribirse e informar sus requerimientos. Por lo tanto, en la mayoría de los casos se abastecen con los productos que han sido solicitados previamente por los usuarios.

²⁸ Este grupo, entonces, no se beneficia de forma directa del poder de compra del Estado. Algunas de las farmacias municipales no pueden intermediar con la CENABAST debido a deudas históricas que los municipios mantienen con entidad.

EL EFECTO DE LAS FARMACIAS MUNICIPALES EN EL MERCADO FARMACÉUTICO

La descentralización y poca estandarización de las farmacias municipales genera dificultades para caracterizarlas y para estudiar en detalle su funcionamiento. Sin embargo, un estudio reciente de *Atal et al.* (2020) constituye un primer esfuerzo para analizar empíricamente el efecto de la entrada de las farmacias municipales en el sector farmacéutico chileno y sus efectos en el *retail* privado.²⁹ El estudio utiliza tanto datos observacionales de precios y ventas en el *retail* como evidencia experimental para estimar los efectos que han tenido las farmacias municipales chilenas en el mercado farmacéutico local y en el acceso a medicamentos.³⁰

Algunos de los resultados en *Atal et al.* (2020) otorgan luces importantes respecto de la distribución de las farmacias populares en el país. En primer lugar, los autores analizan las diferencias sociodemográficas entre las comunas con y sin farmacias populares. Los resultados indican que la entrada de las farmacias municipales en Chile se ha concentrado en comunas relativamente grandes (en términos poblacionales), de mayores ingresos y con un mayor número de farmacias privadas per cápita.

Es decir, los autores no encuentran evidencia de que las farmacias municipales se hayan ubicado mayoritariamente en lugares de menores recursos o con bajo acceso al *retail* de medicamentos. El estudio también muestra que las farmacias municipales tienden a ubicarse en lugares dentro de la comuna que tienen una densidad relativamente alta de farmacias privadas. Este resultado es consistente con el hecho de que, tres años después de la aparición de las farmacias municipales, 59 comunas de Chile aún no contaban con ningún tipo de farmacia.³¹

Si bien las farmacias municipales no parecen haber mejorado de forma importante el acceso geográfico a medicamentos, los habitantes de comunas con farmacias municipales acceden en éstas a medicamentos significativamente más baratos. Los autores documentan diferencias de precio del orden del 70% entre las farmacias municipales y privadas por el mismo producto.³²

El estudio también hace uso del patrón temporal de la entrada de las farmacias populares para estimar su efecto sobre los precios del mercado privado usando una estimación de estudio de eventos. Esta estrategia permite cuantificar los cambios de tendencia en precios y ventas en el sector privado atribuibles a la entrada de las farmacias municipales en la comuna. Los autores encuentran que, durante el período de 18 meses posterior a la entrada de la farmacia pública, el volumen de ventas en el *retail* privado bajó en promedio alrededor del 3%, con una clara tendencia a la baja en el período analizado.

²⁹ Hasta la fecha, existen dos estudios más sobre las farmacias municipales en Chile. Filún (2018) realiza una descripción detallada de la operación de las farmacias municipales en Chile y compara el modelo chileno con el modelo brasileño. Ramírez (2018) describe el sistema de compras de las farmacias populares.

³⁰ El estudio analiza también los efectos sanitarios de las farmacias municipales así como los réditos políticos de la apertura de una farmacia municipal en las elecciones municipales de 2016.

³¹ Ver https://www.cnnchile.com/pais/comunas-chile-sin-farmacias_20190829/.

³² Es importante destacar que esta diferencia de precios resulta de un cálculo indirecto, ya que los autores no observan los precios de las farmacias municipales de forma directa. Esta alta diferencia de precios muestra de forma inequívoca que las farmacias municipales han tenido un efecto directo en el acceso a medicamentos de menor precio.

³³ Filún (2018) reporta que, en una muestra de 15 comunas a lo largo de Chile, el 5% de la población está inscrita en una farmacia municipal.

Por otra parte, los autores reportan un leve aumento de los precios en las farmacias privadas. Este resultado es contrario a la hipótesis de que las farmacias municipales inyectarían competencia en precios al mercado privado. En cambio, es consistente con la hipótesis de que la entrada de las farmacias municipales estaría segmentando el mercado. Bajo este mecanismo, el *retail* privado internaliza que el segmento de la población mas sensible al precio (generalmente la población de menores ingresos) es el que opta por farmacias municipales. En ese escenario, la respuesta óptima para las farmacias privadas es la de aumentar los precios.³⁴

En resumen, la experiencia chilena muestra que las farmacias municipales han tenido, hasta la fecha, un efecto creciente pero aún bastante limitado en el acceso a los medicamentos en Chile.

Tras la aparición en Chile de la primera farmacia municipal, la problemática del acceso a medicamentos tomó un papel central en el debate público y en las prioridades de la agenda política, que derivó en una serie de medidas anunciadas recientemente por el gobierno. A continuación discutimos estas medidas y el papel que las farmacias populares podrían tener en el nuevo contexto regulatorio.

LA NUEVA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EN CHILE Y EL PAPEL DE LAS FARMACIAS

La importancia que adquirió el tema de los medicamentos en Chile en los últimos años se plasmó a fines de 2019 en un paquete de 31 medidas anunciadas por el gobierno con el objetivo de mejorar el acceso a medicamentos de bajo costo y de calidad.³⁵

Varias iniciativas incluidas en estas 31 medidas apuntan a disminuir de forma directa el gasto de bolsillo en medicamentos. Entre ellas se destacan la recientemente promulgada Ley CENABAST (Ley 21.198, promulgada en diciembre de 2019), que permite la opción de que las farmacias privadas usen la intermediación de la CENABAST para sus compras; y el establecimiento de un precio máximo de venta al público para los medicamentos adquiridos a través de este medio. Se busca que las farmacias que decidan utilizar esta opción accedan a precios significativamente menores y, al establecerse un precio máximo, que los menores precios de compra se traspasen a los consumidores. Esto es particularmente relevante para el conjunto de farmacias de menor tamaño (llamadas independientes), dado que su menor volumen les dificulta la posibilidad de negociar términos de compra convenientes.³⁶

³⁴ Frank y Salkever (1997) muestra un mecanismo similar en mercados farmacéuticos, al documentar casos en que los medicamentos innovadores que pierden sus patentes de exclusividad aumentan los precios luego de la entrada de competidores genéricos.

³⁵ Un listado de estas medidas se encuentra en <https://www.minsal.cl/remedios-mas-baratos/31-medidas/>.

³⁶ En el contexto de la Figura (1), se espera que esta medida reduzca el margen de los laboratorios en sus transacciones con las farmacias, 1, así como el margen de las farmacias en la venta a consumidores 2.

Así, Chile avanza en la estrategia de profundizar el papel del sistema de compras estatales para aprovechar el poder de negociación del Estado en el contexto de los fármacos, un mecanismo generalmente utilizado en el contexto de los seguros públicos de medicamentos (entre ellos, los de Inglaterra, Francia, Estados Unidos y Holanda).³⁷

Datos de la Fiscalía Nacional Económica sugieren que permitir que las farmacias compren a través de la CENABAST puede tener efectos importantes. Incluso las grandes cadenas acceden actualmente a precios que son en promedio 70% más altos que los precios de la CENABAST, alcanzando diferencias de más de 80% en los productos de marca y de 52% en los genéricos sin marca (FNE, 2019).

Varias de las medidas apuntan al fortalecimiento de la bioequivalencia, una política que apunta a promover la sustitución hacia medicamentos genéricos. Sin embargo, Atal, Cuesta y Sæthre (2019) analiza el efecto en precios y ventas de la bioequivalencia y encuentran que, hasta la fecha, no ha logrado los resultados esperados.³⁸ Estas medidas incluyen aumentar el número de principios activos sujetos a los requisitos de bioequivalencia y la exigencia de un petitorio mínimo de medicamentos bioequivalentes disponibles en las farmacias. También se proponen campañas informativas que promuevan el uso de bioequivalentes; esto es consistente con la encuesta a consumidores en Atal, Cuesta y Sæthre (2019), que sugiere que el bajo impacto de la política se ha debido en parte a una baja comprensión del concepto de la bioequivalencia en la población.

Dadas las altas diferencias de precios entre medicamentos genéricos y medicamentos de marca, promover la sustitución hacia medicamentos genéricos sin marca tendría un impacto directo en el gasto de bolsillo de medicamentos en Chile (Pinto et al., 2018). Aumentar la sustitución puede también impactar los precios de forma indirecta al aumentar la competencia.³⁹

Además del fortalecimiento de la bioequivalencia, varias medidas buscan reducir las asimetrías de información y aumentar la competencia en el mercado. Entre ellas se destaca la Ley de Fármacos II, que está en discusión en el Congreso al momento de la elaboración de este documento y que incluye medidas que buscan facilitar el intercambio hacia medicamentos genéricos en el punto de venta al normar el contenido de la receta médica.⁴⁰ Además, un set de medidas tiene por objetivo transparentar los precios y normar la venta electrónica de medicamentos para garantizar mayor oferta y competencia en la venta de medicamentos de manera regulada.

¿QUÉ DEPARA EL FUTURO PARA LAS FARMACIAS MUNICIPALES?

Dados los avances que supone esta nueva política de fármacos: ¿cuál será el papel futuro de las farmacias municipales?

³⁷ Ver Cohen et al. (2007).

³⁸ La bioequivalencia puede ayudar a aumentar la confianza de médicos y pacientes en el consumo de medicamentos genéricos. Aumentar la confianza en genéricos es un elemento clave para fomentar su uso (Cohen et al., 2007; Danzon and Furukawa, 2011). Atal, Cuesta y Sæthre (2019) analiza los efectos de la política y muestran que redujo de forma significativa la competencia, generando alzas de precios en los medicamentos genéricos. Además, no generó un cambio sustantivo en la participación de mercado de medicamentos genéricos.

³⁹ Tal como se discutió anteriormente, medidas que aumenten la sustitución a genéricos reducen de forma directa e indirecta el gasto de bolsillo en medicamentos, al reducir el margen 2 que los consumidores están dispuestos a pagar por medicamentos de marca, así como el poder de negociación de los laboratorios y, por ende, el margen 1 que éstos cobran a las farmacias.

⁴⁰ La encuesta en Atal, Cuesta y Sæthre (2019) también sugiere que el bajo impacto de la ley de bioequivalencia se puede atribuir en parte a la influencia que ejercen los médicos al recetar medicamentos de marca.

Por una parte, permitir la intermediación de las farmacias privadas con CENABAST incorpora al mercado del retail privado la mayor ventaja competitiva que de momento tenían las farmacias municipales. Así, es posible que la intermediación de CENABAST reduzca de forma sustancial los precios en el sector privado y disminuya la importancia que puedan tener las farmacias municipales. Varias de las medidas, como aquellas que fortalecen la bioequivalencia, también apuntan a resolver parte de las fallas de mercado que aquejan al sector privado, tal como se discutió anteriormente, lo que podría contribuir a mejorar su funcionamiento.

A pesar de que estas medidas representan avances importantes, existen razones para tomar el optimismo con cautela. Por un lado, la alta concentración en el mercado del retail es una amenaza constante al buen funcionamiento del mercado. La Ley CENABAST permitiría, en teoría, un mercado más competitivo; pero existen razones para esperar que la posición dominante de las grandes cadenas perdure, tales como el grado de fidelización que han logrado con sus clientes y las ventajas que le otorga su amplia presencia geográfica en ciertas zonas del país. Por otra parte, la experiencia internacional sugiere que incluso en países con larga data de políticas de bioequivalencia, éstas no son suficientes para promover la sustitución y eliminar los sesgos en contra de los medicamentos genéricos per se (Colgan et. al, 2015). Las políticas de bioequivalencia se entienden más bien como una condición necesaria pero no suficiente para promover el uso de genéricos, que deben complementarse con otras políticas que promueven la sustitución de forma directa, tales como las contenidas en la Ley de Fármacos II.

La estrategia anunciada por el gobierno complementa las medidas anteriores con una serie de medidas que buscan, de forma paralela, fortalecer el modelo de las farmacias municipales. En particular, se planea aumentar la intermediación de éstas con la CENABAST y favorecer el desarrollo de más farmacias de dependencia municipal. Las medidas incluyen también la implementación de almacenes farmacéuticos de venta al público de medicamentos para ciertas comunas que no cuenten con farmacias. Así, las medidas plantean a las farmacias municipales como un eje central de las políticas de medicamentos del país.

Cabe notar que, según encuestas, un 35% de los usuarios de farmacias municipales acuden a éstas por no encontrar su medicamento en la red de atención primaria; y un 8% indica que lo hacen para evitar las largas filas o la mala atención en el sector público.⁴¹ Este hecho revela que las farmacias municipales están atendiendo a un segmento de la población que no está siendo atendida de forma efectiva por el seguro público y que, sin reformas en este ámbito, es posible que las farmacias municipales tengan un papel cada vez más importante y relevante.

Existen varios desafíos para un modelo en que las farmacias municipales tienen un papel preponderante.⁴² Primero, los resultados a la fecha indican que las barreras de acceso discutidas en este documento han tenido un efecto importante en limitar la participación de las farmacias municipales. Liberar estas barreras ampliando el acceso geográfico y aumentando los horarios de atención y la rapidez en la entrega, por ejemplo, podría tener un efecto importante en aumentar la importancia de las farmacias municipales en la venta de medicamentos en Chile.

⁴¹ Ver IPSUSS (2017).

⁴² Algunas de las ideas expuestas aquí recogen recomendaciones hechas por un grupo de trabajo del ministerio de salud en MINSAL (2018).

Para ello es importante que las farmacias municipales cuenten con mecanismos de compra que les permitan un abastecimiento rápido y eficiente, pero siempre manteniendo los estándares de probidad en las compras públicas de medicamentos.⁴³ También se deben establecer los mecanismos y la infraestructura de datos necesarios para que exista una coordinación efectiva entre las farmacias municipales y los distintos organismos que componen la red de atención primaria en salud. Sólo con un sistema de información adecuado se puede asegurar un correcto seguimiento a la farmacoterapia de los pacientes, asegurar un uso responsable de los medicamentos y compartir datos de problemas de salud para apoyar los sistemas de farmacovigilancia del país. Por último, un modelo centrado en farmacias municipales presenta desafíos para el aseguramiento de la equidad en el acceso. Decisiones locales tanto en lo que respecta a la apertura como a la operación de las farmacias comunales pueden generar desigualdades arbitrarias dependiendo de la comuna de residencia de los pacientes.⁴⁴ Asegurar un acceso equitativo a los beneficios de las farmacias municipales requeriría de la homogeneización de los productos y servicios que entregan.

CONCLUSIONES

Las farmacias municipales en Chile nacieron como una respuesta a los problemas del mercado farmacéutico del país. Si bien sus beneficios han sido aprovechados por una proporción menor de la población, su importancia ha ido en constante aumento desde su creación.

Los mercados farmacéuticos se caracterizan por presentar diversas fallas de mercado. Las soluciones estructurales adoptadas por la mayoría de los países pasan por establecer diversos marcos regulatorios, tal como se avanza actualmente en Chile. Sin embargo, la experiencia chilena muestra que los caminos regulatorios en el mercado farmacéutico pueden ser largos y estar sujetos a la férrea oposición de grupos de interés. Aún cuando las farmacias municipales no sean la vía exclusiva para resolver todas las complejidades de los mercados farmacéuticos, sí han demostrado proveer mientras tanto cierto alivio a grupos específicos.

Mirando hacia adelante, es importante destacar que las ventajas que han explotado las farmacias municipales no son inherentes a un sistema de farmacias con dependencia municipal como el que emergió en Chile. Las farmacias municipales han demostrado el gran potencial que tiene el Estado para reducir el precio de los medicamentos; pero la de las farmacias municipales no es la vía exclusiva para aprovechar este poder de negociación. Los costos y beneficios discutidos en este documento de explotar el poder comprador del Estado mediante iniciativas descentralizadas como farmacias municipales deben ser comparados con los de vías alternativas; en particular, la de profundizar la cobertura de medicamentos mediante un seguro público, lo que ampliaría la protección financiera y ampliaría aún más el poder de compra del Estado.

⁴³ La adquisición de medicamentos por las farmacias municipales está sujeta a la Ley de Compras Públicas, lo que implica un proceso que puede tardar bastante tiempo.

⁴⁴ Pearson y Rawlins (2005) discute este fenómeno, comúnmente llamado “la lotería del código postal” en el caso del sistema de salud británico.

REFERENCIAS

- Alé-Chilet, J. (2017). “Gradually Rebuilding a Relationship: The Emergence of Collusion in Retail Pharmacies in Chile”. Manuscrito.
- Alvarez, R., & González, A. (2020). “Análisis comparativo de los precios de los medicamentos en América Latina”. Revista CEPAL.
- Atal, J. P., Cuesta, J. I., González, F., & Otero, C. (2020). “The Economics of the Public Option, Evidence from Local Pharmaceutical Markets”. Manuscrito.
- Atal, J. P., Cuesta, J. I., & Sæthre, M. (2019). “Quality Regulation and Competition: Evidence from Pharmaceutical Markets”. Manuscrito.
- Atkinson, A. B. (1980). Stiglitz. Lectures in Public Economics, London: McGraw-Hill.
- Bruzzo, S., Henríquez, J., Velasco, C. (2018). “Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada”, Centro de Estudios Públicos, Punto de Referencia, N 478.
- Bennett, D., & Yin, W. (2019). “The market for high-quality medicine: Retail chain entry and drug quality in India”. Review of Economics and Statistics, 101(1), 76-90.
- Bronnenberg, B. J., Dubé, J. P., Gentzkow, M., & Shapiro, J. M. (2015). “Do pharmacists buy Bayer? Informed shoppers and the brand premium”. The Quarterly Journal of Economics, 130(4), 1669-1726.
- Cohen, J., Faden, L., Predaris, S., & Young, B. (2007). “Patient access to pharmaceuticals: an international comparison”. The European Journal of Health Economics, 8(3), 253-266.
- Colgan, S., K. F., Martin, L. R., Stephens, M. H., & Grey, A. (2015). “Perceptions of Generic Medication in the General Population, Doctors and Pharmacists: A Systematic Review”. British Medical Journal.
- Comité Andino de Acceso a Medicamentos (2017). Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Lima: ORAS-CONHU.
- Cutler, D. M., & Everett, W. (2010). “Thinking outside the pillbox—medication adherence as a priority for health care reform”. New England Journal of Medicine.
- Davit, B., Braddy, A., Conner, D., & Yu, L. (2013). “International Guidelines for Bioequivalence of Systemically Available Orally Administered Generic Drug Products : A Survey of Similarities and Differences”. The AAPS Journal, 15(4).
- Dickstein, M. (2016), “Physician v.s Patient Incentives in Prescription Drug Choice”. Manuscrito.
- Dubois, P., Y. Lefouilli, Y., & S. Straub (2019). “Pooled procurement of drugs in low and middleincome countries”. Working Paper 508, National Bureau of Economic Research.

Filún, M.P (2018). Modelos de farmacias populares en Chile y Brasil y los resultados en Chile Evaluación de impacto en lo económico, social y sanitario, Memoria para optar al título de Química Farmacéutica, Universidad de Chile.

Fisman, R. (2001). Estimating the value of political connections. *American Economic Review*, 91(4), 1095-1102.

Frank, R. G., & Salkever, D. S. (1997). "Generic entry and the pricing of pharmaceuticals". *Journal of Economics & Management Strategy*, 6(1), 75-90.

Granlund, D., & Rudholm, N. (2012). "The prescribing physician's influence on consumer choice between medically equivalent pharmaceuticals". *Review of Industrial Organization*, 41(3), 207-222.

IPSUSS (2017). Encuesta sobre la percepción de las farmacias comunales, Disponible en http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20170113/asocfile/20170113093837/ppt_usuarios_farm_comunales.pdf

IQVIA (2018). Análisis del Acceso a Medicamentos Innovadores en Chile en comparación con otros países OCDE. Disponible en http://www.cifchile.cl/wp-content/uploads/2018/11/fifarma_analisis-del-acceso-a-medicamentos-innovadores-en-chile_nov2018_v3.3.pdf

Johnson, S., & Mitton, T. (2003). Cronyism and capital controls: evidence from Malaysia. *Journal of Financial Economics*, 67(2), 351-382.

Kaiser, U., & Méndez, S. J. (2015). "How do drug prices respond to a change from external to internal reference pricing? Evidence from a Danish Regulatory Reform" (January 5, 2015). ZEW-Centre for European Economic Research Discussion Paper, (15-004).

Kaplan, W. A., Ritz, L. S., Vitello, M., & Wirtz, V. J. (2012). "Policies to promote use of generic medicines in low and middle income countries: a review of published literature, 2000-2010". *Health policy*, 106(3), 211-224.

Leveinstein, M.C. & V. Y. Suslow (2006). "What determines cartel success?" *Journal of Economic Literature*, 44 (1), 43-95.

MINECON (2013). Reporte Técnico, División de Estudios, Ministerio de Economía, Fomento y Turismo.

MINSAL (2018). Recomendaciones para Farmacias Populares. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Recomendaciones-Farmacias-Populares.pdf>.

Moura, A., & Barros, P. P. (2020). "Entry and price competition in the over-the-counter drug market after deregulation: Evidence from Portugal". *Health Economics*.

Naciones Unidas (2020), The Sustainable Development Goals Report 2020, UN, New York, <https://doi.org/10.18356/214e6642-en>.

OCDE (2019) Health at a Glance.

Panteli, D., Arickx, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, H., Fogarty, E. & Kaitelidou, D. (2016). "Pharmaceutical regulation in 15 European countries. Review."

Pearson, S. D., & Rawlins, M. D. (2005). "Quality, innovation, and value for money: NICE and the British National Health Service". *Jama*, 294(20), 2618-2622.

Pinto, D., Moreno-Serra, R., Cafagna, G., & Giles, L. (2018). "Efficient Spending for Healthier Lives". Inter-American Development Bank, Flagship Report.

Ramírez, P. (2018) "Descripción de farmacias populares: Intermediación y precios." Tesis para optar al grado de magíster en políticas públicas, Universidad de Chile.

Sapienza, P. (2004). "The effects of government ownership on bank lending". *Journal of Financial Economics*, 72(2), 357-384.

SERNAC (2016). "Monitoreo de Precios de Productos Farmacéuticos Bioequivalentes en el Área Metropolitana", División de Estudios e Inteligencia, Servicio Nacional del Consumidor. Disponible en https://www.sernac.cl/portal/604/articles-4609_archivo_01.pdf.

Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1994). "Politicians and Firms", *The Quarterly Journal of Economics*.

Shleifer, A. (1998). "State versus private ownership". *Journal of economic perspectives*, 12(4), 133-150.

Sood, N., De Vries, H., Gutierrez, I., Lakdawalla, D. N., & Goldman, D. P. (2008). "The Effect Of Regulation On Pharmaceutical Revenues: Experience In Nineteen Countries: If the United States implemented price controls and negotiations similar to those in other developed countries, US revenues would fall by as much as 20.3 percent". *Health Affairs*, 27(Suppl1), w125-w137.

Sweet, C. 2017. "The Politics and Policies of Regulating Generics in Latin America: A Survey of Seventeen States". *The Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 42, No. 3, June 2017.

Toshiaki Iizuka (2007). "Experts' agency problems: evidence from the prescription drug market in Japan". *The RAND Journal of Economics*, Vol. 38, N°3. 844-862.

Toshiaki Iizuka (2012). "Physician agency and adoption of generic pharmaceuticals". *American Economic Review*, Vol. 102, N°6.

ANEXO.

COBERTURA FINANCIERA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

- Los afiliados al seguro público (FONASA) que reciben atención primaria reciben una cobertura del 100% del costo de los medicamentos presentes en el formulario nacional de medicamentos.
- La Ley 19.966 del año 2004 estableció un Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que establece garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de 85 enfermedades. Las prestaciones cubiertas por el GES incluyen los medicamentos necesarios en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un problema de salud.⁴⁵
- El programa de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC) es un beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas aseguradoras privadas (Isapres). Este programa permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país. El CAEC incluye la cobertura de una canasta para el tratamiento de un conjunto limitado de enfermedades catastróficas.
- La Ley Ricarte Soto (Ley 20.850, promulgada en junio de 2015) crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo. Establece una cobertura del 100% del valor de los medicamentos, dispositivos médicos o alimentos de alto costo que se encuentran expresamente garantizados para cada problema de salud definido.⁴⁶ Actualmente, la Ley Ricarte Soto entrega cobertura para 27 enfermedades o patologías.⁴⁷
- El FOFAR (Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud) se orienta a asegurar continuidad en los tratamientos farmacológicos de la población que se atiende en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), con prioridad en problemas de salud cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y colesterol elevado).

⁴⁵ Tanto el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) tienen el mandato legal de asegurar dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, pues constituye un beneficio legal.

⁴⁶ Para algunos de estos problemas de salud también garantiza la cobertura del examen de confirmación diagnóstica definido, exámenes específicos que, siendo también de alto costo, le permitirán verificar si posee el problema de salud. La ley otorga protección financiera a todos los usuarios de los sistemas previsionales de salud sin importar su situación socioeconómica.

⁴⁷ El listado de patologías se encuentra en <https://www.minsal.cl/leyricarte/>.



<https://criteria.iadb.org/es>