

# Fallas en el mercado de medicamentos genéricos en Chile y recomendaciones para mejorar la competencia

Bárbara Flores Arenas  
Paul Rodríguez Lesmes

División de Protección Social y  
Salud

NOTA TÉCNICA N°  
IDB-TN-2414

# Fallas en el mercado de medicamentos genéricos en Chile y recomendaciones para mejorar la competencia

Bárbara Flores Arenas  
Paul Rodríguez Lesmes

Diciembre 2021

Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo  
Flores Arenas, Bárbara.

Fallas en el mercado de medicamentos genéricos en Chile y recomendaciones para  
mejorar la competencia / Bárbara Flores Arenas, Paul Rodríguez Lesmes.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2414)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Generic drugs-Economic aspects-Chile. 2. Drug-Prices-Chile. 3. Pharmaceutical  
industry-Chile. 4. Pharmaceutical policy-Chile. I. Rodríguez-Lesmes, Paul. II. Banco  
Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. III. Título. IV.  
Serie.

IDB-TN-2414

Códigos JEL: H44, H51, I11, I18

Palabras clave: medicamentos genéricos, gasto de bolsillo en medicamentos, gasto  
público en medicamentos, concentración de mercado, regulación.

<http://www.iadb.org>

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) (<http://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.



[scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

[www.iadb.org/es/proteccionsocial](http://www.iadb.org/es/proteccionsocial)

# Fallas en el mercado de **medicamentos genéricos en Chile** y recomendaciones para mejorar la competencia

## **Autores**

*Bárbara Flores Arenas<sup>1</sup>*  
*Paul Rodríguez Lesmes<sup>2</sup>*

Diciembre de 2021

---

<sup>1</sup>Bárbara Flores es Investigadora de Postdoctorado, Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES), Núcleo Milenio en Desarrollo Social (DESOC), Departamento de Economía de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Paul Rodríguez es Profesor en la Universidad del Rosario, Colombia. Experto en economía aplicada con énfasis en economía de la salud y educación.

*Los autores agradecen los valiosos comentarios y sugerencias de Úrsula Giedion, Juliana Aliberti, Patricia Jara, y Pamela Góngora.*



# Abstract

Esta nota técnica analiza el mercado de medicamentos genéricos y su nivel de competencia en Chile. Existe consenso sobre los beneficios generados por la existencia e incremento en la disponibilidad de genéricos, cuando caduca la patente del original, aumentan las alternativas de sustitutos disponibles en el mercado, disminuyendo los precios y mejorando la asequibilidad de medicamentos. Sin embargo, en la práctica, el funcionamiento del mercado de medicamentos presenta fallas que limitan los niveles de competencia aun cuando se han vencido las patentes. Adicionalmente, la nota indaga en las causas que limitan la competencia y su efecto sobre el precio final que enfrentan los consumidores. Para proponer recomendaciones concretas de política pública para el contexto chileno. En particular, el estudio presenta tres análisis cuantitativos de concentración de mercado: a nivel de los hogares, a nivel de las compras públicas y a nivel de las farmacias. Esta desagregación es importante, ya que, el nivel de competencia y las políticas para fomentarla suelen variar según el canal de adquisición de medicamentos. A partir de los resultados obtenidos y de un análisis cualitativo de entrevistas a actores clave, surgen recomendaciones que se clasifican en torno a un nivel macro o sistémico y según actor: distribuidores, prescriptores y pacientes. Más allá de que cada uno, presenta sus propias particularidades, para lograr eficiencia en el gasto público y privado en medicamentos se requiere de esfuerzos colectivos y de políticas complementarias entre los diferentes niveles del mercado.

**Palabras clave:** medicamentos genéricos, gasto de bolsillo en medicamentos, gasto público en medicamentos, concentración de mercado, regulación.

**Códigos JEL:** H44, H51, I11, I18.



# Índice

<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. El contexto chileno: sistema de salud y canales de acceso a medicamentos .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Competencia en el mercado de genéricos en Chile .....</b>	<b>14</b>
3.1. Competencia en el mercado de medicamentos más demandados a nivel de hogares.....	15
3.2. Competencia en las compras centralizadas para la red pública .....	17
3.3. Competencia a nivel de farmacias .....	22
<b>4. Discusión, visión de actores clave y recomendaciones de política .....</b>	<b>25</b>
4.1. Recomendaciones a nivel macro .....	26
4.2. Recomendaciones a nivel de distribuidores.....	28
4.3. Recomendaciones a nivel de prescriptores y pacientes.....	35
<b>5. Conclusiones .....</b>	<b>39</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>44</b>

# 1 Introducción

En Chile existe un alto gasto de bolsillo en salud, producto en gran medida de los pagos directos realizados por las personas por concepto de medicamentos (Villalobos, 2018). Si bien existen programas que garantizan el acceso gratuito a un amplio grupo de medicamentos para patologías específicas, la evidencia indica que los medicamentos representan el 55% del gasto de bolsillo total que desembolsan las familias en salud, que representa a su vez 4% del gasto total del hogar. Este es más marcado para los hogares más pobres el gasto en medicamentos representa el 68% del gasto de bolsillo en salud para los hogares del primer quintil de ingresos (Benítez et al, 2019).

Parte de este fenómeno se explica por los tipos de medicamentos disponibles en el mercado. Los encontrar medicamentos pueden ser originales<sup>3</sup> genéricos – con o sin marca –, que entran al mercado a un menor precio después de que caduca la patente del original (MDGGT Force, 2012). Aunque los genéricos<sup>4</sup> tienen la misma concentración del principio activo (componente químico del medicamento) y forma médica de un medicamento original (EMA, 2020)<sup>5</sup>, la tasa de consumo de los originales es relativamente alta a pesar de sus mayores precios. Chile, junto a México, tiene los precios más altos de medicamentos originales o genéricos con marca en América Latina. Sin embargo, también se observa que Chile presenta los valores más bajos de la región para medicamentos genéricos sin marca (Álvarez, González, 2018; Chávez y Gutiérrez, 2018). Si se revisa el consumo, la FNE (2020) muestra que durante el año 2019, cerca del 10% de los medicamentos vendidos fueron medicamentos originales, el 67% genéricos con marca, y sólo el 23% genéricos sin marca<sup>6</sup>.

Si el consumo de genéricos sin marca fuera mayor, existiría un espacio para reducir el gasto en medicamentos, ya sea realizado de manera directa por las personas o por parte del gobierno para abastecer la red pública de salud. En teoría, la existencia e incremento en la disponibilidad de medicamentos genéricos sin marca, cuando caduca la patente de un medicamento original, aumentan las alternativas disponibles en el mercado, disminuyendo los precios y mejorando la asequibilidad de medicamentos (MDGGT Force, 2012). ), todo lo cual Todo lo anterior, generaría un impacto positivo en el bienestar de todos los ciudadanos.

---

<sup>3</sup> También denominados medicamentos referentes o innovadores.

<sup>4</sup> Los medicamentos genéricos se clasifican en: i) genéricos similares o copias de otra marca; ii) genéricos similares o copias de marca propia; y iii) genéricos sin marca. En i) y ii) los medicamentos tienen un nombre comercial. En iii) los medicamentos son comercializados sólo utilizando la Denominación Común Internacional (DCI) (FNE, 2020).

<sup>5</sup> El Anexo B presenta la historia de los medicamentos genéricos, el funcionamiento del mercado en Chile y el mundo y cómo estos se promueven a través de las políticas públicas.

<sup>6</sup> El Anexo A contiene un panorama detallado sobre ventas y gasto de medicamentos genéricos en Chile.

Sin embargo, en la práctica, la presencia de más productos sustitutos en los anaqueles no garantiza necesariamente precios más bajos para el consumidor. Esto se debe a que, el funcionamiento del mercado de medicamentos presenta fallas específicas que la literatura ha documentado extensamente (Fiuza y Lisboa, 2003), y que se sintetizan a continuación.

- i. Barreras a la entrada: altos costos o impedimentos que dificultan el ingreso al mercado de nuevos productores o productos. En el mercado farmacéutico, existen limitaciones (costos, normativa, tiempo) para la homologación de medicamentos sustitutos. Además, aspectos logísticos de distribución pueden desincentivar la entrada de laboratorios más pequeños o reducir opciones a nivel local, aun teniendo opciones a nivel nacional.
- ii. Asimetrías de información: cuando un actor del mercado puede aprovecharse de la falta de conocimiento que tiene otro sobre el producto o servicio. Los consumidores finales no necesariamente pueden juzgar la calidad de los medicamentos de un mismo principio activo para sustituir aquel establecido en la prescripción médica. Por otro lado, los médicos no necesariamente conocen o confían en los mecanismos de certificación de medicamentos genéricos y, por lo tanto, no los prescriben. Por su parte, laboratorios y distribuidores aprovechan las percepciones de calidad de prescriptores individuales y pacientes, aumentando los precios de los medicamentos de marca.
- iii. Poder de mercado por parte de algunos vendedores y/o compradores: en mercados altamente concentrados, con uno o muy pocos laboratorios o importadores, los precios finales pueden ser establecidos por sobre el precio eficiente. La existencia de patentes, la falta de competencia, ventajas logísticas de laboratorios y/o la lealtad de los prescriptores y los pacientes hacia el medicamento original pueden conducir a esta situación. Por otro lado, los pacientes no tienen poder de mercado para negociar el precio de medicamentos.
- iv. Producto no homogéneo: en el mercado farmacéutico, los productos alternativos no siempre son exactamente iguales al original. Además, los laboratorios crean copias con marca para diferenciarse y competir por clientes leales.

Existe un argumento para la intervención del Estado a través de regulaciones que subsanen estas fallas de mercado y que fomenten la competencia en el mercado de medicamentos en general y, en especial, en el de medicamentos genéricos. Este papel de regulador es relevante para lograr asegurar el acceso efectivo a medicamentos a precios razonables, sin que se creen desincentivos para los distribuidores (farmacias e importadores) y los laboratorios farmacéuticos.

Si bien existen estudios que analizan el mercado de medicamentos en general y el gasto realizado por el gobierno y los consumidores en Chile (Vasallo, 2010; Cid y Prieto 2012; Ministerio de Economía 2013; CENAFAR 2013; Aguilera, 2018; Benítez, Hernando y Velasco, 2019; FNE, 2020), el análisis del mercado específico de genéricos y su nivel de competencia es limitado. El objetivo de este estudio es analizar el

grado de competencia del mercado de medicamentos genéricos en Chile a través de la construcción de índices de concentración de mercado. Éstos miden la falta de competencia; es decir, determinan si las cuotas de mercado no se distribuyen en forma equitativa entre laboratorios con registro sanitario o si existen sólo unos pocos participantes. Adicionalmente, se busca analizar las causas limitantes de la competencia y su efecto sobre el precio final que enfrentan los consumidores, con el fin último de proponer recomendaciones concretas de política pública para el contexto chileno, considerando la Política Nacional de Medicamentos de 2019 y el papel de intermediación<sup>7</sup> de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)<sup>8</sup>.

Para ello, el presente estudio implementa metodologías cuantitativas para determinar con métodos estadísticos los niveles de concentración industrial en los mercados de medicamentos genéricos, según la forma de adquisición: (i) compras al detalle, en las que interactúan directamente farmacias y pacientes; y (ii) compras al por mayor, en las que interactúan laboratorios, distribuidores, farmacias y el gobierno. Para luego, se analiza su potencial impacto de los niveles de concentración sobre la disponibilidad y los precios de los productos farmacéuticos. En particular, el estudio presenta tres análisis de concentración: a nivel de los hogares, a nivel de las compras de CENABAST y a nivel de las farmacias. Esta desagregación es importante, ya que, el nivel de competencia y las políticas asociadas para fomentarla suelen variar según el canal de adquisición de medicamentos.

Primero se busca responder: ¿qué tan concentrado está el mercado de medicamentos para la demanda a nivel de hogares? Utilizando la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2016, se estima un índice de concentración para el mercado de medicamentos en general y para el de medicamentos genéricos a partir de la distribución de consumo de medicamentos a nivel de hogar por laboratorio fabricante y por PA<sup>9</sup>.

En segundo lugar se analiza el grado de competencia en el mercado de medicamentos para la red pública de salud, diferenciando entre medicamentos originales y genéricos; para ello se utiliza la información de las licitaciones del sector público y las compras de CENABAST. Este ejercicio busca responder si la expansión del esquema de compras centralizadas puede llevar a una mayor concentración del mercado y, por ende, a menor competencia y eventualmente precios más altos.

Finalmente se realiza un análisis de la concentración del mercado a nivel de farmacias.

---

<sup>7</sup> La Ley N°21.198 de 2020, autoriza la intermediación de medicamentos por parte de CENABAST a almacenes farmacéuticos, farmacias privadas y establecimientos de salud sin fines de lucro.

<sup>8</sup> Los procesos de compra de medicamentos que se demandan en altos volúmenes para la red pública de salud son gestionados principalmente por CENABAST, una institución pública, descentralizada y dependiente del MINSAL. CENABAST se encarga de las compras mandatadas por el MINSAL, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, el FONASA, servicios de salud, municipalidades y corporaciones municipales, y, en general, por las entidades que se adscriban al Sistema Nacional de Servicios de Salud para el ejercicio de acciones de salud. Además, desde la entrada en vigencia en 2020 de la Ley de Intermediación, CENABAST también se encarga de las compras de un grupo de farmacias independientes.

<sup>9</sup> Es decir, por cada principio activo (ej. ibuprofeno), se determina el porcentaje de los hogares que utilizan el producto de un laboratorio particular (ej., Ubipirac de Chemopharma es usado por 9,52% de los hogares que usan ibuprofeno).



La concentración geográfica del mercado de farmacias es una característica bien conocida del mercado minorista en Chile, así como la falta de farmacias en algunas áreas del país (FNE, 2020; Alé-Chilet, 2018a; Ministerio de Economía, 2013b). La pregunta que guía este ejercicio es: ¿cuál es la relación entre la competencia y el precio de los productos a nivel de farmacia? El objetivo es determinar si existe una relación entre concentración de mercado, y oferta (disponibilidad) de genéricos y precios a nivel de farmacia, teniendo en cuenta la cantidad y tipo de farmacias competidoras. En esta instancia, también se revisan los factores sociodemográficos que se relacionan con la cantidad de farmacias existentes en un territorio.

Adicionalmente, el estudio contiene un análisis cualitativo para confirmar diagnósticos y validar recomendaciones de política. En particular, todos los análisis son complementados con los resultados de entrevistas semi-estructuradas realizadas a actores claves del sistema (gobierno, productores, médicos y pacientes), que alimentan la discusión de los hallazgos cuantitativos. Esta información sienta las bases para recomendaciones de política que fomenten la competencia y aborden las fallas de mercado detectadas.

Las recomendaciones se han clasificado en torno a un nivel macro o sistémico y luego según actor participante en la cadena: distribuidores, prescriptores y pacientes. Para cada propuesta de política se presenta también experiencia internacional relacionada para establecer un marco de referencia o benchmark.

Los capítulos restantes presentan la sistematización de la información recogida y análisis realizados para cumplir con los objetivos del estudio. En particular, la segunda sección describe el sistema de salud en Chile y los canales de acceso a medicamentos, a fin de contextualizar el análisis. La tercera sección presenta los resultados del análisis empírico del mercado de genéricos en Chile. La cuarta sección incluye recomendaciones de política y la quinta sección presenta conclusiones finales.

Esta nota técnica se basa en el trabajo que los autores realizaron a pedido del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para Chile. Durante el proceso, se realizaron discusiones técnicas con los equipos nacionales y con equipos de la División de Protección Social y Salud y su Red Criteria<sup>10</sup>. Los autores desean agradecer a las instituciones locales y expertos que participaron en el proceso de recolección de información para la elaboración de este análisis y que dieron lugar a gran parte del material presentado en esta nota técnica.



<sup>10</sup> Para mayor detalle ver aquí: <https://criteria.iadb.org/es>.

## 2 El contexto chileno: sistema de salud y canales de acceso a medicamentos

En el sistema de salud chileno interactúan un sistema de aseguramiento obligatorio compuesto por un seguro público, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y utilizado por el 77% de la población, y uno privado, a cargo de las instituciones de salud previsual (ISAPRES). Las personas pueden elegir el régimen público o el privado, pero sus ingresos determinan las contribuciones y beneficios obtenidos en cada caso. Las ISAPRES están dirigidas principalmente al segmento con mayor ingreso y menor riesgo de la población y suelen tener primas más altas que las del FONASA. Adicionalmente, el FONASA incluye un régimen subsidiario donde los ciudadanos carentes de recursos tienen acceso gratuito<sup>11</sup>.

En este contexto, el acceso a medicamentos ocurre a través de tres rutas principales: (i) de manera gratuita en la red pública de salud; (ii) a través de compra directa en las farmacias, que pueden ser privadas (de cadena o independientes) o comunales<sup>12</sup>; o (iii) a través de programas nacionales que proveen cobertura para canastas específicas de medicamentos, según patología. Estos programas corresponden a las Garantías Explícitas en Salud (GES), que cubren a las personas diagnosticadas con una de las 85 patologías priorizadas<sup>13</sup>. Adicionalmente, la ley Ricarte Soto creó un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo, y el Fondo de Farmacia (FOFAR) que entrega gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos altos<sup>14</sup>.

La **Tabla 1** presenta una descripción de las tres rutas de acceso a medicamentos más utilizadas en Chile según la ENS 2016: red pública de salud, compra directa en farmacias, y GES. Además, se describen sus características, los actores relevantes para la elección del tipo de medicamento y las consiguientes fallas de mercado asociadas.

---

<sup>11</sup> El Anexo C describe el sistema de salud chileno en detalle y presenta el funcionamiento del FONASA y las ISAPRES, sus coberturas y planes generales.

<sup>12</sup> En Chile hay tres tipos de farmacias: comunales o populares, de cadena, e independientes. Las farmacias populares son controladas directamente por las municipalidades, y realizan ventas con márgenes de ganancia establecidos sobre los costos de las compras centralizadas (véase <https://www.achifarpchile.cl/>). Las farmacias de cadena e independientes son entidades de carácter privado, pero es clave destacar que sólo tres empresas - las farmacias de cadena - dominan el mercado al por menor privado (FNE, 2020; Vasallo, 2010). Según datos de la FNE (2020), el 48% de las ventas de medicamentos fueron a través de las cadenas, y un 30% mediante el sistema público.

<sup>13</sup> Las GES constituyen un beneficio legal para los beneficiarios del FONASA y de las ISAPRES, instituciones que deben asegurar obligatoriamente dichas garantías. En el caso de las ISAPRES, las GES se incorporan al plan de salud contratado, por lo que la cobertura corresponde a lo que contempla el plan de salud más todo aquello que se encuentra garantizado por ley. Para ello, los cotizantes deben pagar una prima establecida en la ley que varía por ISAPRE. Por su parte, los afiliados al FONASA no deben pagar el precio GES.

<sup>14</sup> El FOFAR está dirigido a mayores de 15 años atendidos en el sistema público de salud.

El primer mecanismo de acceso surge si los beneficiarios del FONASA se atienden en el sector público de salud bajo la modalidad de atención institucional<sup>15</sup>, ya sea por atenciones ambulatorias u hospitalizaciones. En dicho caso acceden a sus medicamentos de manera gratuita en la red pública de salud directamente, sean o no parte de las garantías GES. Según la ENS 2016, el 49% de los beneficiarios del FONASA accede a sus medicamentos a través de la red pública de salud. Sin embargo, generalmente este mecanismo involucra falta de stock, largas filas y tiempos de espera<sup>16</sup>, lo que contribuye a explicar la gran proporción de beneficiarios del FONASA (41%)<sup>17</sup> que compra sus medicamentos directamente en las farmacias, pagando de su propio bolsillo.

Respecto de los actores involucrados, las entidades públicas – como los hospitales – compran medicamentos en el mercado mayorista. Los medicamentos requeridos en grandes volúmenes son obtenidos con la intermediación de CENABAST a través de licitaciones públicas. En este caso, los pacientes y prescriptores no eligen marcas de medicamentos la elección de marca se realiza a nivel central y depende en gran medida de las licitaciones. Así toman relevancia las fallas de mercado referidas al poder de mercado experimentado principalmente por CENABAST<sup>18</sup> debido a las adquisiciones en grandes cantidades y las barreras a la entrada que tienen los productores debido al alto costo que se debe incurrir para homologar productos y por los extensos y selectivos requisitos para participar en las licitaciones. El segundo mecanismo de acceso corresponde a la obtención de medicamentos de venta libre o con receta a través de farmacias privadas o comunales. Según la ENS 2016, el 77% de los afiliados a ISAPRES y el 41% de beneficiarios del FONASA acceden a medicamentos a través de esta ruta<sup>19</sup>. En este caso el acceso al medicamento requerido es inmediato, a través de gasto de bolsillo directo, aunque es posible obtener reembolsos o descuentos que dependen del plan de aseguramiento elegido. En el caso de utilización de farmacias

---

<sup>15</sup> La red pública de salud en Chile cuenta con:

- (1) CESFAM (Centros de Salud Familiar);
- (2) SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia);
- (3) C.R.S. (Centros de Referencia de Salud);
- (4) C.D.T. (Centros de Diagnóstico y Tratamiento); y
- (5) Hospitales Públicos.

<sup>16</sup> Los tiempos de espera en la dispensación de medicamentos en el sector público varían entre 20 minutos a 8 horas, dependiendo del lugar y el medicamento (Clínicas de Chile, 2018; Superintendencia de Salud, 2007). Por otro lado, según IPSUSS (2017) el 35% de los usuarios de farmacias comunales señala que utiliza este mecanismo de acceso a medicamentos porque el medicamento no estaba disponible en el consultorio, mientras que el 8% indica que se debe esperar mucho por la atención de farmacia en el consultorio.

<sup>17</sup> Notar que la desagregación es según previsión de salud y no según mecanismo de acceso a medicamentos. Esto implica que, al analizar a los afiliados al FONASA, se considera el 41% que compra directamente sus medicamentos en farmacias. Esto podría hacer que el índice de concentración estimado para este grupo disminuya, ya que, una importante proporción de beneficiarios del FONASA tendría poder de decisión sobre el medicamento que consume. El Anexo D.2 contiene este análisis de concentración desagregado para la población beneficiaria del FONASA y los afiliados a ISAPRES.

<sup>18</sup> Es un hecho que Chile está expandiendo el sistema, como está consignado en la medida N°16 de la Política Nacional de Medicamentos de 2019 (establecer nuevos convenios de importación de medicamentos, a través de CENABAST), la medida N°17 (aumentar el número de medicamentos que intermedia CENABAST) y N°23 (aumento de medicamentos de la Canasta de Medicamentos Esenciales – CEM).

<sup>19</sup> La ENS 2016 no permite desagregar entre usuarios de farmacias privadas y farmacias comunales. Sólo se reporta si el medicamento fue adquirido en farmacia, de manera general.



comunales, éstas tienen requisitos para la compra, tales como el empadronamiento de los compradores según residencia en la comuna y presentación de documentación sobre su situación socioeconómica.

En el sistema privado, los prescriptores pueden recetar marcas (90% de los medicamentos, según FNE 2020). Por su parte, los pacientes pueden elegir marcas en farmacias privadas si es gasto de bolsillo y si la receta tiene la denominación común internacional (DCI). Es decir, los pacientes enfrentan la elección entre medicamentos originales, genéricos de marca y genéricos sin marca, si los obtienen mediante gasto de bolsillo. Por su parte, las farmacias deciden precios y disponibilidad de productos y marcas. Las fallas de mercado relevantes para el sector privado están relacionadas con las asimetrías de información que puedan tener médicos y pacientes respecto de la calidad de los productos, la existencia de productos no homogéneos y el poder de mercado de las farmacias.

El tercer mecanismo de acceso se refiere a que los afiliados a ISAPRES pueden utilizar los mecanismos de las GES y de la Ley Ricarte Soto para obtener medicamentos de manera gratuita a través de una farmacia de cadena que tenga un convenio con su respectiva ISAPRE<sup>20</sup>. Si el medicamento está asociado a las GES o a la Ley Ricarte Soto, la farmacia en convenio con la ISAPRE del afiliado elige el medicamento a dispensar y, por lo tanto, los pacientes y prescriptores no eligen marcas. En esta situación juegan papeles fundamentales, el poder de mercado de la farmacia en convenio de cada ISAPRE, y las barreras a la entrada que tengan los laboratorios para lograr posicionar sus medicamentos como GES.

---

<sup>20</sup> Los afiliados a las ISAPRES deben realizar un copago por los medicamentos bajo la cobertura GES, no mayor al 20% de un valor de referencia. Los planes de las ISAPRES pueden ser complejos, y los beneficiarios pueden optar por hacer uso de la cobertura GES de manera total o parcial, o pueden decidir utilizar la cobertura establecida en su plan de salud, en cualquier etapa de su enfermedad (AICH, 2019). Para el caso de medicamentos asociados a la Ley Ricarte Soto, el fondo –administrado por FONASA o la ISAPRE– cubre la totalidad del valor de los medicamentos, una vez que la persona es incluida dentro de este mecanismo.

**Tabla 1. Principales rutas de acceso a medicamentos según características, actores involucrados y fallas de mercado asociadas**

Formas principales de acceso <sup>21</sup>	Características	Actor relevante para la elección	Fallas de mercado asociadas
<b>Red pública de salud</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>49% de los beneficiarios del FONASA (aproximadamente 7,27 millones; modalidad institucional).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega gratuita.</li> <li>Disponibilidad no garantizada, puede generar concurrencias reiteradas y elevados tiempos de espera. Puede incluir medicamentos GES, Ricarte Soto, hospitalarios y prescripciones de atención ambulatoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel central (CENABAST) o entidades públicas.</li> <li>Pacientes y prescriptores no eligen marcas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreras a la entrada.</li> <li>Poder de mercado.</li> </ul>
<b>Farmacias (privadas + comunales)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>41% de los beneficiarios del FONASA (aproximadamente 6,08 millones; libre elección).</li> <li>70% de los afiliados a las ISAPRES (aproximadamente 2,60 millones).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gasto de bolsillo.</li> <li>Reembolsos o descuentos dependiendo del plan de aseguramiento.</li> <li>Acceso inmediato en farmacias privadas.</li> <li>Puede incluir prescripciones de atención ambulatoria y medicamentos de venta libre.</li> <li>Farmacias comunales requieren registro de residencia y otros documentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescriptores pueden recetar marcas.</li> <li>Pacientes pueden elegir marcas en farmacias privadas si es gasto de bolsillo y si la receta tiene la DCI.</li> <li>Farmacias deciden precios y disponibilidad de productos/marcas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asimetrías de información.</li> <li>Poder de mercado.</li> <li>Productos no homogéneos, copias de marca no necesariamente iguales al original.</li> </ul>
<b>GES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>6% de los afiliados a las ISAPRES (aproximadamente 202.000 afiliados).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega gratuita en farmacias en convenio con ISAPRE.</li> <li>Trámite explícito en ISAPRE.</li> <li>Incluye medicamentos con prescripciones de médicos asociados a GES.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ISAPRE y farmacias en convenio.</li> <li>Pacientes y prescriptores no eligen marcas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreras a la entrada.</li> <li>Poder de mercado.</li> </ul>

Finalmente, para tener en cuenta la magnitud en la utilización de las rutas de acceso a medicamentos descritos anteriormente, con los datos de la ENS 2016 es posible analizar cómo se obtienen los 15 principios activos más consumidos por la población en Chile<sup>22</sup>, según tipo de previsión de salud (FONASA o ISAPRE)<sup>23</sup>. Los resultados presentados en la **Tabla 2** sugieren que cerca del 50% de la población asegurada por el FONASA que accede a medicamentos lo hace a través de la red pública, lo que

<sup>21</sup> La ENS 2016 incluye otras categorías de acceso a medicamentos: en farmacia con tarjeta de ISAPRE o consultorio, lo compró en otro lugar distinto a una farmacia (feria, calle), regalo de un conocido. Estas no se reportan en esta tabla porque son utilizadas por una pequeña proporción de personas. Respecto a la última fila, asociada al mecanismo de acceso GES, los datos de la ENS 2016 dan cuenta de que los beneficiarios de FONASA no distinguen si el medicamento fue otorgado por GES, sólo solo reportan que fueron obtenidos en la red pública de salud. En contraste, los afiliados a las ISAPRES sí reconocen cuando el medicamento es obtenido a través de GES, ya que les significa un trámite explícito en su aseguradora de salud.

<sup>22</sup> Se podrían considerar canastas adicionales, tales como: (i) Los los 100 medicamentos asegurados por GES; (ii) Los los 24 medicamentos monitoreados por el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC); o (iii) Los los 80 medicamentos que más se prescriben en Europa y Estados Unidos según Wouters et al. (2017). Sin embargo, el diseño muestral de la ENS 2016 no considera representatividad por patología, por lo que este ejercicio no se incluye en este reporte, debido al pequeño tamaño muestral que resulta al considerar el consumo de algunos medicamentos.

<sup>23</sup> No se incluye en el análisis el sistema de previsión de las fuerzas armadas y de orden.

no implica un gasto de bolsillo directo en medicamentos<sup>24</sup>. En contraste, sólo un 4% de los afiliados a ISAPRES que consume algún medicamento lo adquiere a través de la red pública de salud y un 77% accede a medicamentos a través de las farmacias, incurriendo en un gasto de bolsillo directo en medicamentos.

Adicionalmente, en la **Tabla 2** es posible observar un patrón parecido para la mayoría de los medicamentos; solo en algunos casos juega un papel importante la participación del GES como financiador para los afiliados a ISAPRES. Cuando este análisis se desagrega por regiones del país se encuentra un mayor uso de la red pública de salud para acceder a medicamentos fuera de la Región Metropolitana<sup>25</sup>. Asimismo, se observa que en otras regiones las farmacias son menos utilizadas para comprar medicamentos de manera particular.

En suma, el análisis de la concentración de mercado de medicamentos genéricos se debe realizar bajo dos perspectivas. Primero, dado que la mayor proporción de la población en Chile se encuentra afiliada al FONASA y que parte importante de ésta (50%) accede a sus medicamentos a través de la red pública, resulta pertinente analizar la compra de medicamentos en el sector público a través de CENABAST. Ahí se define la competencia del mercado de medicamentos para la mayoría de la población de Chile. Segundo, dado que la mayoría de los afiliados a las ISAPRES (77%) y una parte de los afiliados al FONASA (41%) hacen las compras de medicamentos con gasto de bolsillo en las farmacias, se debe analizar en detalle el funcionamiento del mercado de medicamentos en el sector privado.

---

<sup>24</sup> El estudio de FNE (2020) describe en detalle la cobertura de medicamentos en la red pública de salud. Señala que el FONASA, a través de la modalidad institucional, bonifica el 100% de medicamentos de atención primaria. La cobertura de medicamentos en hospitales depende del tramo al que pertenezca el beneficiario. En los tramos A, B y en mayores de 60 años se obtiene 100% de bonificación; en el tramo C se obtiene un 60% de bonificación; y el tramo D cuenta con un 35% de bonificación. Sin embargo, la normativa indica que esta cobertura está garantizada mientras los medicamentos se encuentren disponibles.

<sup>25</sup> En el Anexo D.2 de esta nota se encuentran las tablas que muestran la proporción de personas que consumen medicamentos según el mecanismo de acceso a los 15 medicamentos más consumidos en Chile según la ENS 2016 por región y tipo de previsión de salud.

**Tabla 2. Proporción de personas que consumen medicamentos (principio activo) según forma de acceso y tipo de previsión de salud**

Medicamento	FONASA			ISAPRE		
	Beneficiarios: 14,841,562			Afiliados: 3,381,975		
	Red pública	GES	Farmacia	Red pública	GES	Farmacia
	(Gratuito)	(Gratuito)	(Gasto de bolsillo)	(Gratuito)	(Gratuito)	(Gasto de bolsillo)
Paracetamol	0.51	0	0.4	0	0	0.96
Ácido acetilsalicílico	0.78	0	0.18	0	0.1	0.75
Losartán	0.83	0	0.15	0.01	0.19	0.47
Metformina	0.83	0.01	0.13	0.07	0.08	0.83
Atorvastatina	0.84	0	0.16	0.02	0.26	0.61
Hidroclorotiazida	0.94	0	0.05	0.08	0.43	0.42
Omeprazol	0.73	0	0.24	0	0.12	0.85
Levotiroxina de sodio	0.65	0	0.35	0.04	0.09	0.86
Enalapril	0.86	0	0.13	0	0	0.97
Ibuprofeno	0.09	0	0.86	0	0	0.99
Atenolol	0.8	0.01	0.19	0.13	0	0.73
Furosemida	0.96	0	0.04	0	0.8	0.2
Salbutamol	0.75	0	0.23	0.02	0	0.94
Metamizol sódico	0.29	0	0.57			
Sertralina	0.8	0.03	0.16	0	0.14	0.7
Total	0.49	0	0.41	0.04	0.06	0.77

**Nota:** todos los medicamentos, excepto el Atenolol, están incorporado en alguna de las canastas GES. La ENS 2016 incluye otras categorías de acceso a medicamentos: en farmacia con tarjeta de ISAPRE o consultorio, lo compró en otro lugar distinto a una farmacia (feria, calle), regalo de un conocido. Éstas no se reportan en esta tabla por simplicidad y, por lo tanto, las columnas no suman 1. Las desviaciones estándar se presentan en el Anexo D de esta nota.

**Fuente:** elaboración propia con base en ENS 2016.



# 3 Competencia en el mercado de genéricos en Chile

De acuerdo con el contexto chileno y los canales de acceso a medicamentos que tiene la población según su cobertura de aseguramiento, un análisis de competencia en el mercado de medicamentos genéricos y su impacto en precios debe diferenciar entre el sector público y privado e identificar los incentivos de los actores clave que intervienen en cada etapa de la distribución de medicamentos: nivel macro (regulación y compras mayoristas), productores (laboratorios), ventas minoristas (farmacias), prescriptores (médicos) y consumidores o pacientes. Por consiguiente, en esta sección se realizan tres ejercicios cuantitativos que distinguen: (i) el consumo de medicamentos por parte de los hogares; (ii) las compras de medicamentos en el sistema público; y (iii) la competencia entre medicamentos a nivel de farmacias de cadena que, como se ve en la **Tabla 2**, cubre al 77% de los afiliados a ISAPRES y al 41% de los beneficiarios del FONASA.

La **Tabla 3** presenta la pregunta que guía cada ejercicio, su objetivo, la hipótesis que se busca probar y el método utilizado. En primer lugar, se busca determinar el grado de competencia en el mercado de los medicamentos más demandados a nivel de hogares, según cobertura (ISAPRES o FONASA). El nivel de competencia se estima a través del cálculo de la concentración industrial y de su relación con el número de oferentes y con las características de los hogares. Esto se hace para estudiar la hipótesis de que el mercado de los medicamentos que enfrentan los hogares es en general concentrado, pero que el que enfrentan los beneficiarios del FONASA sería más concentrado aun que el de los afiliados a las ISAPRES.

El segundo ejercicio empírico tiene como objetivo determinar el grado de competencia en el mercado de medicamentos para la red pública, utilizando las licitaciones del sector público y la información de compras de CENABAST. Para ello se calcula la concentración industrial y sus cambios en el tiempo y, luego, se contrasta con la concentración a nivel de hogares para probar la hipótesis de que existe una menor concentración en este último.

Finalmente, el tercer ejercicio pretende determinar la relación entre precios y la oferta (disponibilidad) de genéricos a nivel de farmacia, teniendo en cuenta la presencia y tipo de farmacias competidoras. Esto se hace para testear si una mayor oferta de productos genéricos y una mayor cantidad de farmacias competidoras en un territorio reduce los precios e incrementa la disponibilidad de medicamentos. Para ello se realizan análisis multivariados de la relación entre precios y disponibilidad de medicamentos con características de los productos y de las farmacias.

Para responder las preguntas planteadas es necesario contar con información de transacciones representativas de los diversos mercados de medicamentos que sea



desagregada, periódica, actualizada e, idealmente, de libre acceso. Sin embargo, no toda la información necesaria está disponible o accesible<sup>26</sup>. La falta de esta información limita la capacidad para realizar análisis detallados que sean replicables y que permitan generar conclusiones sólidas para tomar decisiones de política. Específicamente, para analizar la concentración de mercado de medicamentos para la demanda a nivel de hogar se requerirían las unidades consumidas y el precio de adquisición por cada producto (principio activo y laboratorio) a nivel de hogares. Sin embargo, los datos de la ENS 2016 no contienen precios, sólo unidades consumidas por producto, a nivel de hogares. Para analizar las compras del sistema público se necesitarían unidades consumidas y precio de adquisición por cada producto. En este caso, se utilizan los procesos CENABAST 2014-2019, que contienen el valor por cada proceso, según ingrediente activo. Por último, para analizar la concentración a nivel de farmacias sería ideal contar con unidades vendidas y precio de venta por cada producto a nivel de farmacia. En este caso solo están disponibles datos del Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) para 15 farmacias y la ubicación geográfica de las farmacias reportadas en Farmanet del MINSAL.

**Tabla 3. Resumen de los ejercicios cuantitativos: análisis del nivel de competencia y su impacto en precios**

Pregunta	Objetivo del ejercicio	Hipótesis	Método
¿Qué tan concentrado está el mercado de medicamentos para la demanda a nivel de hogar?	Determinar el grado de competencia en el mercado de los medicamentos más demandados a nivel de hogares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mercados concentrados en general.</li> <li>• Los usuarios del sistema público utilizan una menor variedad de productos por principio activo debido a que tienen un poder limitado de elección.</li> </ul>	Cálculo de la concentración industrial y su relación con el número de oferentes y con características de los hogares.
¿La expansión del esquema de compras centralizadas puede llevar a una mayor concentración del mercado?	Determinar el grado de competencia en el mercado de medicamentos para la red pública utilizando las licitaciones del sector público y la información de compras de CENABAST.	Los niveles de concentración en las compras de CENABAST son altos en comparación con los del sector privado. Por lo tanto, la expansión del sistema podría llevar a una menor competencia en el largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo de la concentración industrial y sus cambios en el tiempo.</li> <li>• Contraste con la concentración a nivel de hogares.</li> </ul>
¿Cuál es la relación entre la competencia y el precio de los productos a nivel de farmacia?	Determinar la relación entre precios y la oferta (disponibilidad) de genéricos sin marca a nivel de farmacia teniendo en cuenta la presencia y tipo de farmacias competidoras.	Una mayor oferta de productos genéricos sin marca, y de lugares donde conseguirlos, reduce los precios de dichos productos (y no de medicamentos originales o genéricos con marca).	Análisis de la relación entre precios y disponibilidad de medicamentos con características de los productos y de las farmacias.

### 3.1. Competencia en el mercado de medicamentos más demandados a nivel de hogares.

En este apartado se considera el nivel de concentración del mercado de medicamentos

<sup>26</sup> El Anexo D.1 presenta el detalle de los datos necesarios, aquellos disponibles y los que se pudieron utilizar en este estudio.

a nivel del hogar, del consumidor final. Se busca testear dos hipótesis: (i) si los mercados de medicamentos están concentrados en general; y (ii) si los usuarios del sistema público utilizan una menor variedad de productos por principio activo debido a que tienen un poder limitado de elección.

Estas hipótesis se plantean porque FNE (2020) encontró una alta concentración de ventas a nivel de farmacias y laboratorios por medicamento (principio activo). Sin embargo, no existe un análisis a nivel de hogar ni por tipo de aseguramiento. Además, los beneficiarios del FONASA no pueden seleccionar sus medicamentos si utilizan la red pública de salud. Esto permite comparar los niveles de concentración que percibe el usuario final y comparar los escenarios de los beneficiarios del FONASA y afiliados a ISAPRES.

En particular, con la información de la ENS 2016 es posible determinar el grado de competencia a nivel de hogares entre los laboratorios que producen los 15 medicamentos más consumidos por la población en Chile. Para este ejercicio se calcula para cada principio activo el índice Herfindal-Hirschman (IHH), un indicador estándar en el análisis de mercados<sup>27</sup>. Este índice se basa en la participación de cada firma en el total de unidades demandadas de un mismo principio activo<sup>28</sup> y puede variar entre 0, que indicaría un mercado sin concentración o situación de perfecta competencia, y 10.000 en situación de monopolio<sup>29</sup>.

En la **Tabla 4** se presenta para cada principio activo el IHH estimado general y según tipo de previsión de salud. A nivel general, el IHH varía entre 1.673,9 y 6.165,2 dependiendo del principio activo. Es decir, existen mercados específicos de medicamentos que son moderadamente concentrados, con valores entre 1.500 y 2.500 (ej.: metformina, omeprazol), y otros que son altamente concentrados, con valores por encima de 2.500 (ej.: levotiroxina de sodio, ácido acetilsalicílico, paracetamol). Específicamente, 12 de los 15 mercados analizados están altamente concentrados, exhibiendo un IHH mayor a 2.500, lo que sugiere que la primera hipótesis se cumple: los mercados están, en general, concentrados.

Adicionalmente, como era esperado, se observa una relación negativa entre el número de laboratorios con registros del principio activo en el Instituto de Salud Pública (ISP) y el índice de concentración (para más detalles ver anexo D.4). No obstante, hay casos en los que hay un alto nivel de concentración con muchos laboratorios participando; un ejemplo es el del paracetamol, con 17 laboratorios en el registro en 2020 pero con un IHH mayor a 4.000.

Respecto de las diferencias según tipo de previsión de salud, en 9 de los 15 mercados

<sup>27</sup> En el Anexo D.2 se describe la construcción del indicador y se presenta una versión alternativa considerando sólo los medicamentos genéricos.

<sup>28</sup> El IHH para el mercado del medicamento  $i$  se calcula como la suma de los cuadrados de la cuota de mercado a nivel de ATC4, si cada laboratorio  $l$  posee con el total de laboratorios que produce el medicamento  $i$ , igual a  $L_i$ . Entonces, el índice se define como:  $IHH_i = \sum_{l=1}^{L_i} s_{li}^2$ .

<sup>29</sup> Se sugiere interpretar el IHH según la siguiente escala: 0 - 1.500 baja concentración, 1.501 - 2.500 concentración moderada, 2.501 - 9.999 alta concentración y 10.000 monopolio.

analizados la demanda de los afiliados a ISAPRES está más concentrada que la demanda del FONASA. Este resultado rechazaría la segunda hipótesis planteada porque en estos casos no se ve reflejada la mayor libertad de elección que tienen los afiliados a ISAPRES y que, en teoría, debería redundar en menores índices de concentración. Hay casos, como el del Losartán, en que ocurre exactamente lo contrario: existe una concentración moderada para los beneficiarios del FONASA, que tienen menor poder de decisión (1.969,1), pero alta para los afiliados a ISAPRES, que pueden decidir su producto (5.089,5).

Así, con la limitada información actualmente disponible, la primera hipótesis sobre concentración general de mercado a nivel de demanda tiene fundamento – es decir, al parecer hay concentración de mercado. Pero no parece ser el caso de la segunda hipótesis planteada: esto es, a primera vista, contraintuitivo, dado que los afiliados a las ISAPRES tienden a realizar más compras en farmacias (con gasto de bolsillo directo), pueden elegir el producto que desean y, por lo tanto, la competencia debería jugar un papel importante. Para ayudar a entender este resultado resulta relevante analizar entonces la competencia de mercado exhibido en las compras de CENABAST – el actor clave en la selección de los medicamentos a los que accede parte importante de los afiliados al FONASA – y la distribución de medicamentos realizada a nivel de farmacias – los actores clave en la determinación de precios y disponibilidad a nivel del sector privado.

### **3.2. Competencia en las compras centralizadas para la red pública.**

Este apartado busca entender si la expansión del esquema de compras centralizadas puede llevar a una mayor concentración del mercado. La hipótesis que se testea es que los niveles de concentración en las compras de CENABAST son altos en comparación con los del sector privado. Si así fuera, la expansión del sistema podría llevar a una menor competencia en el largo plazo.

Esta hipótesis se formula porque CENABAST tiene un amplio poder de negociación debido a los volúmenes que maneja, logrando precios mucho menores a los de cualquier otro actor. CENABAST intermedia el 30% del total del mercado de medicamentos en Chile y logra ahorros de un 30% en los precios en comparación con otros grandes mayoristas (FNE, 2020). Sin embargo, el número de oferentes que realmente pueden participar en el mercado es limitado ya que algunos laboratorios tienen una capacidad de producción limitada, enfrentan barreras logísticas o no cumplen con todos los requisitos financieros establecidos por Mercado Público para ingresar al proceso. Así, podría haber a largo plazo una mayor concentración del mercado (y precios más altos); si persiste un mismo ganador a través del tiempo, otros productores podrían salir del mercado, disminuyendo la oferta de medicamentos y eventualmente generando riesgo de desabastecimiento (Carradinha, 2009; Maniadakis et al., 2018). Estas preocupaciones no son exclusivas del sector salud y se presentan en discusiones como la de la prestación de servicios de transporte (Mathisen y Solvoll, 2008; Odeck y Høyem, 2020).



Para realizar su mandato, CENABAST realiza términos de referencia y gestión de ofertas a través de Mercado Público, el sistema nacional de licitaciones en Chile<sup>30</sup>. Las ofertas en Mercado Público se estructuran a nivel de presentaciones de principio activo, no de marca. Por tal motivo no hay una diferenciación entre medicamentos originales, genéricos de marca y genéricos sin marca<sup>31,32</sup>.

La información actualmente disponible no permite responder de forma contundente a la pregunta planteada porque no se cuenta con datos a través del tiempo sobre unidades consumidas y precio de adquisición por cada producto (principio activo por laboratorio) obtenido en la red pública de salud. En la práctica, sólo se cuenta con el valor por cada proceso de licitación según principio activo. Entonces, se puede avanzar hacia la comprobación de la hipótesis estudiando la concentración de las compras de CENABAST y comparándola con otros contextos y con la concentración a nivel de hogares.

En primer lugar se analiza el nivel de competencia en las compras realizadas por CENABAST desde 2014 a 2020. Esto es, se determina la concentración de mercado en las licitaciones del sector público a través del índice IHH<sup>33</sup>. Siguiendo a Wouters et al (2019) para el caso de Sudáfrica<sup>34</sup>, el análisis de concentración se realiza a un nivel agregado, los grupos ATC. Se observa que algunos grupos tienen niveles bajos o moderados de concentración: los anti-infecciosos; los del aparato genitourinario y hormonas sexuales; sistema cardiovascular; sistema nervioso; agentes antineoplásicos e inmuno-moduladores; en la frontera están los medicamentos del sistema respiratorio y del sistema digestivo y metabolismo – que en el último año se volvieron la categoría más competitiva. Estos dos son los grupos de medicamentos más demandados en Chile según la EPF y los datos IQVIA (Benítez, Hernando y Velasco, 2019). Los productos dermatológicos y aquellos asociados a la sangre y órganos hematopoyéticos están altamente concentrados. Finalmente, hay otros grupos con niveles bastante altos de concentración: los asociados al sistema musculo esquelético; los preparados hormonales sistémicos; órganos de los sentidos; productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes. Estos altos niveles de concentración son similares al del esquema de

---

<sup>30</sup> Puede verse un estudio detallado sobre el papel del sistema de licitaciones sobre las compras del sistema en Galdames (2015).

<sup>31</sup> Bioequivalentes para el mismo API.

<sup>32</sup> En su sitio web, CENABAST cuenta con un Observatorio de Gestión en el que se encuentran 12 indicadores: compras de CENABAST, productos monoproveedores, seguimiento de contrato de productos, observatorio de precios internacionales, precios vigentes de los contratos, tratos directos y renovaciones, cumplimiento de intermediación, importaciones, ahorro generado, medición de participación en CEM, apoyo a farmacias comunales y distribución de stock de fármacos EPP COVID-19.

<sup>33</sup> El índice Herfindal-Hirschman (IHH) para el mercado  $j$  se define como:  $IHH_j = m = 1/M_j^2$ . Donde la participación del mercado para cada firma o laboratorio es  $sm$ , y  $M_j$  corresponde a todas las firmas que fueron ganadoras de alguna licitación del mercado. El índice se acerca a 0 en un mercado de competencia perfecta y toma el valor de 10.000 en un monopolio. Los detalles metodológicos se presentan en el Anexo D.3.

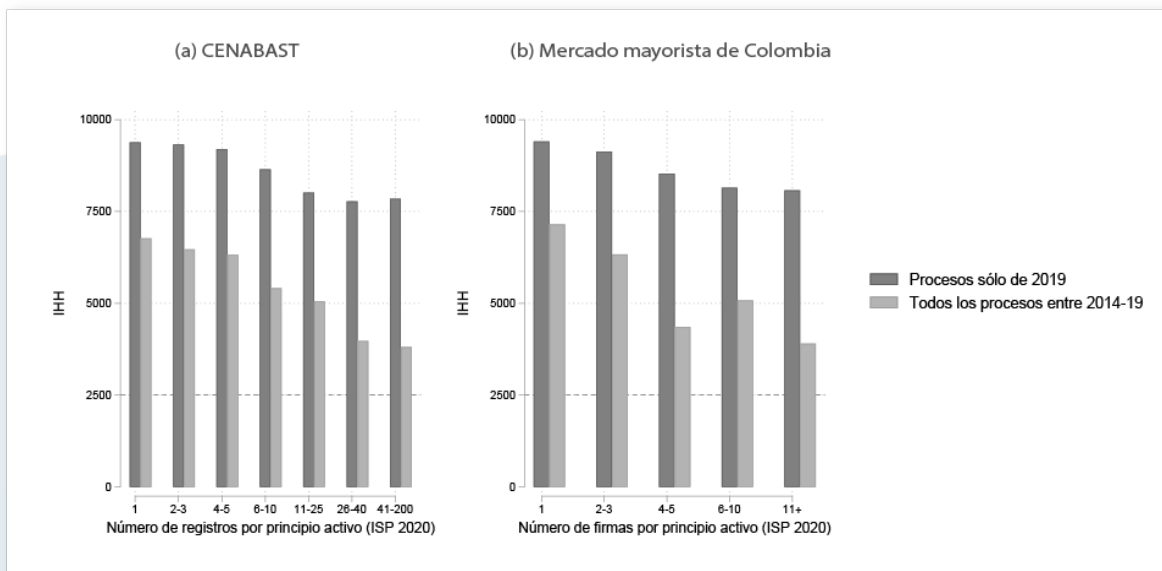
<sup>34</sup> El uso de la concentración por ATC es común en política pública, especialmente por países que utilizan estrategias de regulación de precios. Dos ejemplos en la región son Brasil y Colombia. La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil publica periódicamente los índices de concentración del mercado de medicamentos en el nivel industrial por ATC. Para mayor información véase <http://antigo.anvisa.gov.br/>. En Colombia, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos utiliza información del Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) para determinar si existen mercados altamente concentrados (con diferentes agrupaciones del ATC) y así justificar la imposición de precios techo al comercio mayorista de principios activos específicos.

compra centralizada de Sudáfrica (Wouters et al., 2019)<sup>35</sup>.

En segundo lugar se analiza la relación entre concentración de mercado en las compras de CENABAST, medida a través del IHH, y el número de firmas registradas por principio activo. Esto se hace para testear si un mayor número de oferentes potenciales reduce la concentración y, por lo tanto, si existe una mayor competencia de mercado. La **Figura 1** presenta esta información para las compras de CENABAST y en comparación con el mercado general de medicamentos en Colombia. Para Colombia se utiliza información del Sistema de Información de Precios de Medicamentos de Colombia (SISMED). Allí no hay una entidad con un poder de compra similar al CENABAST, pero la comparación se realiza para comparar la relación entre concentración del mercado y número de oferentes con otro contexto<sup>36</sup>.

En CENABAST y SISMED se observa una correlación negativa: a medida que aumenta el número de registros por principio activo disminuye la concentración de mercado. Sin embargo, en CENABAST la relación negativa no es tan marcada como en SISMED. Es decir, en las compras centralizadas de Chile se da una menor reacción al número de oferentes en el mercado relativo a otros contextos. Esto ocurre porque en las licitaciones realizadas por CENABAST pocos laboratorios ganan el proceso o son adjudicados con un contrato al año, aun cuando existe un número alto de oferentes.

**Figura 1. Competidores y concentración industrial en las compras del CENABAST y SISMED de Colombia**



**Nota:** en la izquierda se utilizan cálculos propios del índice de concentración industrial IHH con base a las compras del CENABAST en 2019 y el registro sanitario del ISP en septiembre de 2020. En la derecha la fuente son cálculos propios basados en la información del SISMED.

**Fuente:** Elaboración de los autores.

<sup>35</sup> Para más detalles ver apéndice D.3.

<sup>36</sup> Sería deseable realizar esta comparación con el sector privado chileno, pero no hay una fuente de información abierta que permita realizar este ejercicio.

En tercer lugar se puede comparar la concentración de las compras CENABAST frente a la demanda a nivel de hogares. En este ejercicio se consideran los 15 medicamentos (principios activos) más consumidos en Chile según la ENS 2016<sup>37</sup>. En las dos últimas columnas de la Tabla 4 presenta el IHH para los principios activos de todas las operaciones entre 2014 y 2019 y el número de procesos analizados.

Los resultados evidencian altos niveles de concentración por principio activo. Cuando se mira el período 2014-19, sólo 3 de los 15 medicamentos estudiados están moderadamente concentrados y los demás están altamente concentrados. En particular, hay un producto con el máximo posible de 10.000: la levotiroxina de sodio, donde todas las compras son del producto Eutirox de Merck, a pesar de que hay seis empresas con registro en el ISP. El segundo caso de mayor concentración, con un IHH de 8.296, es el de la hidroclorotiazida, de la cual hay 27 compras a sólo tres empresas sobre un total de once registros en el ISP.

**Tabla 4. Concentración del mercado de los 15 principios activos más consumidos**

Encuesta Nacional de Salud 2016												
Medicamento	% consumo en la población	% copia de marca	% genérico	% original	N laboratorios	IHH	Beneficiarios FONASA		Afiliados		Compras CENABAST	
						general	% Farmacia	IHH	ISAPRE		2014-2019	
									% Farmacia	IHH	IHH	N procesos
Paracetamol	12.4	13.1	87	0	17	4,124.70	40	4,238.00	96	4,904.40	2,560.80	45
Ácido acetilsalicílico	10.9	21	29.5	49.6	7	4,917.50	18	4,989.90	75	4,336.10	3,820.40	37
Losartán	10.4	1.3	98.8	0	12	1,980.70	15	1,969.10	47	5,089.50	3,044.60	33
Metformina	9.8	21.3	69.1	9.7	14	1,673.90	13	1,802.90	83	1,917.80	3,767.40	57
Atorvastatina	7.9	2.8	97.3	0	11	2,159.50	16	2,189.30	61	2,126.10	2,193.30	82
Hidroclorotiazida	5.6	12.5	66.1	21.4	11	3,881.70	5	4,080.30	42	4,071.60	8,296.20	27
Omeprazol	5.5	0.8	99.2	0	12	1,975.10	24	1,816.10	85	4,912.50	3,640.50	32
Levotiroxina de sodio	5.1	80.1	19.9	0	4	6,165.20	35	6,959.70	86	4,635.10	10,000.00	17
Enalapril	4.8	1.3	98.7	0	8	2,649.50	13	2,660.20	97	6,694.80	2,335.40	43
Ibuprofeno	3.1	4.2	95.8	0	12	2,677.00	86	2,493.80	99	4,430.80	4,539.10	38
Atenolol	2.2	0	99.8	0.2	7	4,463.20	19	5,014.40	73	4,895.20	3,352.50	19
Furosemida	2.2	0	100	0	4	4,910.50	4	4,885.80	20	6,779.70	2,425.00	48
Salbutamol	1.9	36.2	63.8	0	12	2,641.10	23	2,826.20	94	3,285.70	2,532.20	48
Metamizol sódico	1.9	44.7	55.3	0	5	3,551.50	57	3,424.90			5,657.60	22
Sertralina	1.9	4.8	93.8	1.5	11	1,925.00	16	1,921.70	70	3,882.30	3,672.80	27

**Nota:** en la izquierda se utilizan cálculos propios del índice de concentración industrial IHH con base a las compras del CENABAST en 2019 y el registro sanitario del ISP en septiembre de 2020. En la derecha la fuente son cálculos propios basados en la información del SISMED.

**Fuente:** Elaboración de los autores.

Con la información presentada en la **Tabla 4** se observa que la concentración de CENABAST no es mayor a la encontrada a nivel de hogares en todos los casos, lo que contradice la hipótesis planteada. Aunque en el caso del consumo de los hogares

<sup>37</sup> También se puede utilizar el índice anatómico, terapéutico y químico ATC (por sus siglas en inglés). El Anexo D.3 presenta los resultados del análisis de concentración de las compras CENABAST según ATC.

no se cuenta con valores de venta, como en las compras CENABAST<sup>38</sup>, es posible ver que los niveles de concentración son, en general, menores que los resultados de las licitaciones. Efectivamente, en 9 de los 15 medicamentos analizados las compras de CENABAST están más concentradas (el IHH es mayor) que el del consumo de los hogares. Adicionalmente, la Tabla 4 muestra que, en algunos casos, un mismo ganador persiste en los procesos llevados a cabo por CENABAST, desplazando sistemáticamente a otros oferentes. Específicamente, la levotiroxina de sodio se compró a un solo laboratorio en todos los procesos realizados entre 2014 y 2019 a pesar de que 4 laboratorios tenían registros en el ISP.

Lo anterior plantea una pregunta importante: ¿es posible que algunos laboratorios o empresas salgan del mercado en el largo plazo si se continúa expandiendo el sistema? Lamentablemente, la información disponible actualmente no permite realizar análisis dinámicos robustos para simular escenarios futuros<sup>39</sup>.

En síntesis, las compras vía CENABAST demuestran una alta concentración de mercado, lo que se explicaría por la naturaleza del proceso de licitaciones que requiere la producción de un alto volumen al precio más bajo posible y otros exigentes requisitos administrativos, por lo que pocos productores podrían participar. Esto implica que los usuarios de la red pública de salud no eligen sus productos porque es el resultado del proceso licitatorio.

No obstante, la concentración de mercado en las compras de CENABAST no necesariamente es mayor a la observada a nivel de hogares y la concentración es aún mayor para la demanda de afiliados a ISAPRES. Este resultado es paradójico ya que estos son usuarios con mayor libertad de elección y, presumiblemente, más sensibles a los precios. Una posible explicación está en el hecho de que los afiliados a ISAPRES usan más medicamentos originales y genéricos de marca que los beneficiarios del FONASA. Por esto resulta primordial entender las estrategias de venta de los productos que son dirigidos a la población de mayores recursos vía farmacias.

---

<sup>38</sup> Como fue señalado anteriormente, el IHH a nivel de hogares está construido con datos de consumo de medicamentos; esto es, a partir del porcentaje de hogares (mercado) que es abarcado por cada laboratorio según principio activo. Es importante resaltar que si el IHH del consumo de los hogares se realizara según el valor de las ventas, los niveles de concentración serían muy probablemente mayores dada la alta dispersión de precios por producto en el mercado chileno. En tal situación, es posible que ya no sea tan evidente que, como regla general, las compras estatales estén más concentradas.

<sup>39</sup> En primer lugar, y dado que sólo hay 5 períodos para el análisis, es difícil hacer inferencias respecto de cómo la inclusión de medicamentos en el proceso de intermediación genera cambios en la estructura de mercado a mediano plazo. En segundo lugar, para determinar dichos impactos se requiere información sobre la estructura del mercado privado de medicamentos que no está públicamente disponible.

### 3.3. Competencia a nivel de farmacias.

El tercer ejercicio cuantitativo busca entender cuál es la relación entre competencia y precios de los medicamentos genéricos a nivel de farmacias. La hipótesis a testear es que una mayor oferta de productos genéricos, y de lugares donde conseguirlos, reduce los precios de dichos productos (y no de medicamentos originales) y aumenta la disponibilidad<sup>40</sup> de los mismos.

La concentración del mercado de farmacias y la falta de farmacias en algunas zonas del país son características bien conocidas del mercado minorista de medicamentos en Chile (FNE, 2020; Alé-Chilet, 2018a; Ministerio de Economía, 2013b). Parte de la respuesta institucional a esta situación fue la creación, hacia 2015, de farmacias populares, aunque no se han creado e instalado en todas las comunas. Por lo tanto, es importante identificar los factores comunales asociados a una mayor presencia de farmacias.

En efecto, al analizar la relación entre las características socio-demográficas de las comunas y la presencia de farmacias, a través de un modelo de regresión<sup>41</sup>, se encuentra que el nivel de ingresos es uno de los factores que determina el tipo y cantidad de farmacias en un territorio. Efectivamente, los tipos de farmacias están segmentados: las farmacias de cadena se concentran en las comunas de más altos ingresos mientras que las farmacias independientes y populares lo hacen en comunas de nivel medio de ingresos<sup>42</sup>. Además, a menor tasa de pobreza más alta es la proporción de farmacias de cadena en una comuna, y este resultado se mantiene al considerar diferencias regionales. Otro factor importante es la densidad poblacional: en comunas más densas hay una mayor presencia de farmacias independientes. Esta es la lógica de los barrios de ingreso medio, donde proliferan toda clase de negocios independientes.

De este análisis surge que las farmacias siguen una lógica de mercado estándar: a mayor cantidad de personas y mayor nivel adquisitivo, mayor número de farmacias tendrá la comuna y, en consecuencia, existirá mayor competencia (**ver figura 2**). Esto se debería a que en los sectores más ricos de la población existe una mayor probabilidad de encontrar afiliados a ISAPRES, quienes son más propensos a realizar gastos de bolsillo en medicamentos.

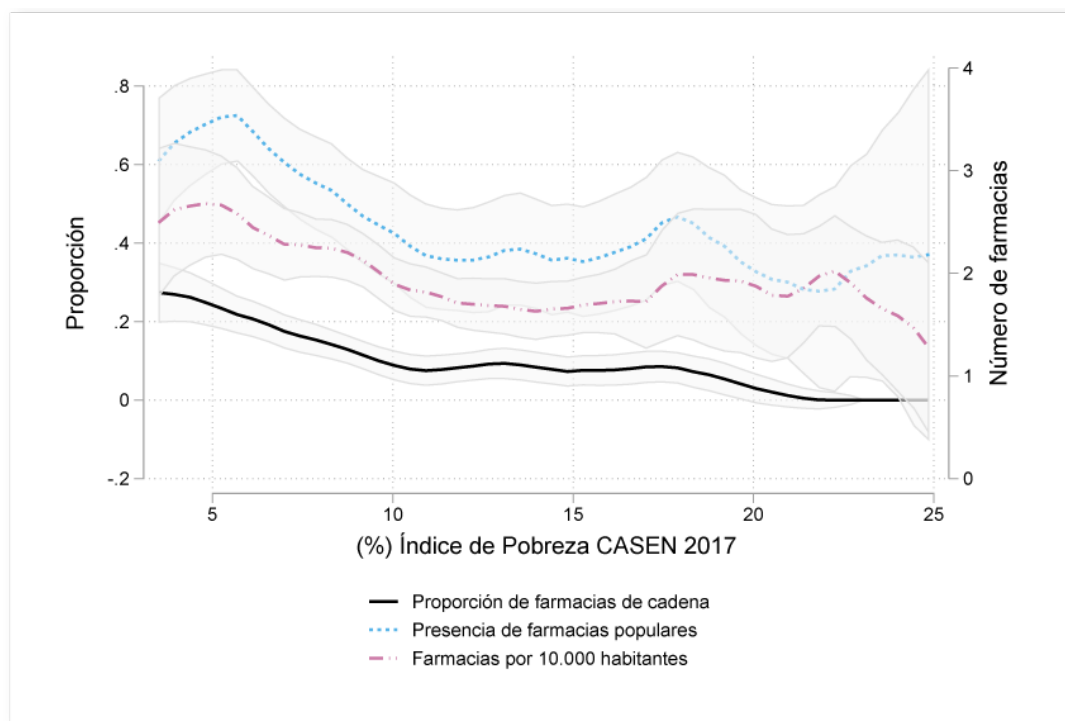
---

<sup>40</sup> Disponibilidad se mide con un indicador binario: 1 si el producto está disponible en la farmacia y 0 si no lo está.

<sup>41</sup> El Anexo D.5 presenta los detalles de este análisis.

<sup>42</sup> También se encuentra que cuanto más rural es una comuna menor es la densidad de farmacias y la probabilidad de que haya una farmacia de cadena. Además, cuanto mayor es la población es más probable que haya farmacias de cadena y populares. Esta correlación de presencia de farmacias populares y de cadena motiva algunas críticas que señalan que las farmacias populares no se ubican en los lugares en los que se necesitan sino que se posicionan en lugares en los cuáles ya hay opciones. Para determinar si este es el caso es necesario un análisis más detallado sobre escasez y costos percibidos por el consumidor (precios – si se pagan de bolsillo –, tiempos de espera, burocracia, etc.), lo cual va más allá del alcance del presente estudio.

**Figura 2. Pobreza y presencia (proporción y número) de farmacias por comuna**



**Nota:** en la izquierda se utilizan cálculos propios del índice de concentración industrial IHH con base a las compras del CENABAST en 2019 y el registro sanitario del ISP en septiembre de 2020. En la derecha la fuente son cálculos propios basados en la información del SIMED.

**Fuente:** elaboración propia en base a datos de Farmanet del MINSAL y CASEN 2017.

Respecto de la relación entre el número de productos registrados en el país y los precios y disponibilidad en las farmacias se debe señalar que sólo se cuenta con el sondeo de precios realizado por el SERNAC (2019) para 141 principios activos en 15 farmacias del país entre febrero de 2017 y abril de 2018<sup>43</sup>. Por lo tanto, es un ejercicio exploratorio a través de modelos de regresión. El análisis considera como unidad de análisis la marca (laboratorio) por principio activo en cada farmacia por unidad de tiempo<sup>44</sup>. Esta base se complementa con el número de farmacias totales, independientes y populares a 250 y 500 metros de cada una de las 15 farmacias del estudio<sup>45</sup>; y con el número de registros por principio activo en el ISP, disponibles en su página web<sup>46</sup>.

En primer lugar, los resultados del análisis econométrico muestran que la mayor

<sup>43</sup> SERNAC realizó un sondeo de precios de una farmacia por cada gran cadena (Ahumada, Cruz Verde, Salcobrand) en cinco comunas de la Región Metropolitana (Santiago, Independencia, La Florida, Las Condes y Maipú). Es decir, se analizaron 15 farmacias de un total de 3.993 farmacias en el registro del ISP. En estos lugares se revisaron 141 principios activos, incluyendo precios por cada variedad (laboratorio, presentación, dosis y unidades). Con estos datos, SERNAC encontró diferencias de la trilogía de productos (medicamento original, genérico con marca, genérico sin marca) de hasta el 3.163% (caso omeprazol).

<sup>44</sup> En otras palabras, para un mismo principio activo las variantes según presentación y unidades fueron estandarizadas y un único valor de precio se derivó para cada marca.

<sup>45</sup> Cálculos realizados en STATA 16 usando el comando geonear con la base de datos Farmanet del MINSAL disponible en: <https://datos.gob.cl/dataset/farmacias-en-chile>.

<sup>46</sup> El anexo D.6 presenta en detalle este análisis.



competencia dentro de un mismo anaquel – más productos de un mismo principio activo en una farmacia – no implica un menor precio de los productos disponibles en la farmacia pero sí más disponibilidad<sup>47</sup>. Además, al analizar las diferencias en precios y disponibilidad según tipos de productos los resultados son el estándar encontrado en la literatura y estadísticas descriptivas. Esto es, el precio de un medicamento original es siempre más alto que el precio de genéricos de marca, y los genéricos de marca presentan un precio mayor a los genéricos sin marca. Sin embargo, estos últimos tienen una menor probabilidad de estar disponibles en las farmacias. Este resultado se explicaría porque las farmacias tienen un fuerte incentivo a vender medicamentos originales y con marcas para obtener mayores ganancias.

En segundo lugar, cuando se considera la competencia entre farmacias a nivel de territorio se encuentra que en farmacias rodeadas por un mayor número de farmacias privadas (a 250 y 500 metros a la redonda) el precio de los medicamentos originales es mayor. En contraste, una mayor densidad de farmacias está asociada a menores precios de genéricos sin marca, pero también a una menor disponibilidad de éstos.

Al analizar cómo afecta la presencia de farmacias populares sobre los precios y disponibilidad de las farmacias privadas se mantiene la dirección de los resultados pero con magnitudes notablemente mayores. En efecto, si existe una farmacia popular en un radio de 250 metros el medicamento original puede ser hasta 50% más caro que un original en otra farmacia de cadena que no enfrenta dicha competencia y es 8,5% más probable que esté disponible. Un genérico de marca es hasta 63% más barato pero es hasta 8% menos probable que esté disponible. Es decir, la presencia de farmacias populares (a 250/500 metros) incrementa los precios de los medicamentos originales en las farmacias de cadena, baja el precio de genéricos sin marca pero disminuye su disponibilidad.

A pesar de tener una muestra pequeña, el patrón observado va en línea con los hallazgos de Atal et al. (2018) que muestra que la presencia de las farmacias populares aumenta las brechas entre medicamentos originales y genéricos sin marca. Esto se debe a que las farmacias privadas obtienen sus ganancias principalmente a partir de los afiliados a ISAPRES. Son éstos quienes compran sus medicamentos a través de gasto de bolsillo y son leales a la recomendación específica del médico prescriptor (solicitar un medicamento original, por ejemplo). Por otro lado, la competencia funcionaría para los medicamentos genéricos sin marca. Las farmacias de cadena no se enfocarían en los consumidores de genéricos sin marca donde es difícil competir en precios con las populares ya que les resulta poco rentable.



<sup>47</sup> Disponibilidad se mide con un indicador binario: 1 si el producto está disponible en la farmacia y 0 si no lo está.

## 4 Discusión, visión de actores clave y recomendaciones de política

El análisis realizado indica que los mercados de medicamentos genéricos en Chile - tanto en lo que hace a las compras del sector público como a las compras por el consumidor final - están entre moderadamente y altamente concentrados. Otro aspecto relevante que surge del análisis empírico es la concentración de farmacias según nivel socioeconómico de los hogares en un determinado territorio, y la relación entre la competencia local que enfrentan las farmacias y sus decisiones de disponibilidad y precio. Ambos aspectos implican precios más altos de los deseables por la sociedad debido al ejercicio del poder de mercado.

Existen problemas adicionales asociados a los mercados de genéricos que se han detectado y sistematizado a través de la revisión de estudios previos. Asimismo, la experiencia de actores clave es crucial para confirmar el diagnóstico y validar propuestas de política. Por ello, y como complemento al análisis empírico, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a diversos actores del gobierno central, productores-distribuidores, médicos y pacientes<sup>48</sup> para explorar con más detalle la situación actual del mercado de genéricos y generar insumos para elaborar recomendaciones.

En esta sección se profundiza el diagnóstico respecto de la situación del mercado de medicamentos genéricos y se proponen recomendaciones de política para avanzar hacia mayores niveles de competencia. Como se discutió anteriormente, es importante tener en cuenta que la competencia per se no garantiza la eficiencia de un mercado que presenta fuertes distorsiones, como el poder de mercado y la información asimétrica. En efecto, con el análisis empírico, la revisión de estudios anteriores y la opinión de los actores clave se desprenden múltiples factores que afectan los niveles de competencia en el mercado de medicamentos genéricos y que, por lo tanto, incrementan el gasto público y privado en medicamentos. También se tiene en cuenta la normativa y las actuales propuestas para su modificación. En octubre de 2019, el gobierno de Chile impulsó nuevamente una Política Nacional de Medicamentos que, producto de las demandas sociales, tomó mayor relevancia. Se trata de 31 medidas para mejorar el acceso, disminuir el gasto de bolsillo, facilitar trámites y asegurar la calidad de los medicamentos<sup>49</sup>. Adicionalmente, existe una moción en el Senado para modificar nuevamente el Código Sanitario y así regular la forma de emisión de recetas médicas, la distribución de medicamentos genéricos sin marca, los elementos de uso médico y los dispositivos médicos, y ampliar además las competencias del MINSAL, las secretarías regionales ministeriales (SEREMIS) y el ISP para la encomienda de una nueva política de equivalencia terapéutica, entre otros

<sup>48</sup> Se realizaron siete entrevistas. El Anexo E de esta nota presenta la metodología utilizada para este análisis cualitativo.

<sup>49</sup> Pueden consultarse en <https://www.minsal.cl/politica-nacional-de-medicamentos/30-medidas/>.



puntos. Esta nueva modificación al Código Sanitario se pretende materializar a través de la denominada Ley de Fármacos II, que se encuentra en discusión al momento de la publicación de este estudio.

A continuación se presenta una síntesis de los problemas identificados, la política vigente y propuestas de política, diferenciando por los actores que participan en cada etapa de la cadena. Se comienza con el nivel macro y luego se realiza el análisis para distribuidores, prescriptores y pacientes.

## **4.1. Recomendaciones a nivel macro.**

Parte del análisis empírico busca echar luz sobre las posibles consecuencias de la expansión del mecanismo de compra centralizada vía CENABAST sobre los niveles de concentración del mercado. La preocupación radica en que los procesos de alto volumen son adjudicados a un grupo reducido de laboratorios al año. Adicionalmente, si bien la concentración de las compras es menor si hay más oferentes en el mercado chileno, esta reducción es menor si se compara con otros mercados farmacéuticos que no tienen este esquema. Algunas de las 31 medidas que tomó el gobierno van de la mano de ampliar el papel de intermediación del CENABAST. Esto incluye llegar a más medicamentos y expandir sus servicios a farmacias privadas (Ley de intermediación de CENABAST, N° 21.198 de 2020)<sup>50</sup>. Dadas estas dos características, la participación de CENABAST en el mercado mayorista podría aumentar sustancialmente y potencialmente llevar a una concentración de mercado en torno a los ganadores usuales de los procesos de licitación. Esta concentración podría eventualmente dejar firmas fuera del mercado.

Cabe notar, sin embargo, que los resultados empíricos evidencian que la concentración en CENABAST, vista en 5 años, no es mucho más alta que la del mercado general. Además, los niveles de concentración de las compras se han mantenido relativamente estables en los últimos años y se parecen a los encontrados en mecanismos similares, como el de Sudáfrica.

A continuación se presentan los antecedentes de política de Chile y dos recomendaciones generales para minimizar potenciales problemas en la concentración a largo plazo y para aumentar el número de oferentes

### ***4.1.1. Antecedentes de políticas en Chile***

Dentro de las 31 medidas, el acceso al mercado es un elemento central. Un primer grupo de medidas tiene como objetivo facilitar el ingreso de más productos. Por ejemplo, se redujeron los trámites para registro y se buscó un tiempo máximo de 3 meses para los procesos; además, se garantizó la homologación automática de

---

<sup>50</sup> La Ley N°21.198 otorga a CENABAST la facultad de intermediar la compra de medicamentos para farmacias privadas y organizaciones sin fines de lucro, estableciendo un precio máximo de venta al público para asegurar que la ciudadanía pague un precio justo por los fármacos, reduciendo el gasto de bolsillo. Véase <https://www.cenabast.cl/ley-cenabast-remedios-mas-baratos-y-de-calidad/>.

requisitos con agencias de primer nivel como las autoridades regulatorias estrictas de la OMS (ej. FDA, EMA) y las autoridades de referencia regional de la OPS<sup>51</sup>. Por otra parte, se ha buscado la expansión del CENABAST, como se discutió anteriormente.

Estas políticas están encaminadas a lograr un mayor acceso a los medicamentos pero es importante tener en cuenta sus posibles efectos secundarios sobre la competencia. La misma experiencia de Chile con la adopción de la ley de bioequivalencia en 2011 es importante<sup>52</sup>. La ley de 2011 creó la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED) y la Ley de Fármacos I de 2014 (Ley N°20.724) generó la exigencia de tener disponibilidad de productos bioequivalentes en farmacias para un grupo básico de medicamentos (petitorio mínimo). Así, Chile se convirtió en un líder regional y parte de un movimiento transversal para lograr mayor calidad en los medicamentos<sup>53</sup>.

Las implicaciones de esta política se han discutido en la literatura. Chueke (2018) menciona dos aspectos críticos que limitaron sus beneficios: (i) la capacidad de los laboratorios que emiten la certificación para cumplir los volúmenes usuales de moléculas a analizar por año; y (ii) los requisitos solicitados a las farmacias, que hacen que sea más difícil para las independientes mantenerse en el mercado. Atal, Cuesta y Saethre (2018), a su vez, muestra que, dadas las tasas normales de rentabilidad, los costos de la certificación son inviables para muchos productos.

#### *4.1.2. Facilitar la entrada al mercado de nuevos competidores y productos a través de acuerdos regionales para la estandarización de requisitos*

El impacto de las licitaciones de CENABAST sobre la concentración del mercado de los genéricos podría mitigarse al facilitar la entrada al mercado de nuevos competidores y productos y así contar con un mayor número de oferentes con alta capacidad de producción. La evidencia internacional sugiere que el número de empresas en el mercado reduce notablemente el precio de los genéricos (FDA, 2019).

Una limitación para entrar en cada mercado es la necesidad de ajustarse a las condiciones y certificaciones de cada país; por lo tanto, se propone buscar un acuerdo regional para la homologación de registros y para la estandarización de requisitos de ingreso de laboratorios y medicamentos a mercados comunes (MERCOSUR, Alianza

---

<sup>51</sup> Ambas medidas fueron introducidas por el Decreto N°54 de 2019 del Ministerio de Salud. Ver: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/08/21/42736/01/1802539.pdf>. Adicionalmente, el Decreto N°65 de 2019 del Ministerio de Salud extendió ese mismo concepto de homologación automática de los certificados de bioequivalencia.<sup>44</sup> En otras palabras, para un mismo principio activo las variantes según presentación y unidades fueron estandarizadas y un único valor de precio de derivó para cada marca.

<sup>52</sup> Chile buscaba solicitar certificaciones de bioequivalencia desde 1995, pero el MINSAL estableció una primera lista de principios activos en los que aplicaría recién en 2005. En 2008 se establecieron plazos y requisitos específicos, dando inicio formal a la regulación (Balmaceda et al, 2015).

<sup>53</sup> Dado el alto desarrollo de su industria farmacéutica, el líder regional es México, que comenzó en 1998. Otros países iniciaron el proceso a la par de Chile, como Colombia en 2001, pero con una mayor lentitud en su implementación general. Otros iniciaron el proceso hace muy poco, como Perú, en 2015. Es un proceso diferente en cada país, y faltan esfuerzos para lograr una completa armonización de normas para lograr economías de escala y una mayor competencia en áreas económicas como la Alianza del Pacífico (Briceño, 2018).

del Pacífico). Chile puede profundizar la cooperación en bloque que ha funcionado para otros objetivos. Por ejemplo, desde 2015, MERCOSUR planteó la medida de realizar compras de medicamentos de alto costo en bloque con el objetivo de “garantizar el acceso a productos que pesan en el presupuesto de los diversos países y ayudar a ampliar el acceso a los tratamientos y la sostenibilidad de sus sistemas de salud”, siendo la primera de ellas en 2018 (MERCOSUR, 2015; 2018). De manera similar, cabe mencionar el caso de mecanismos regionales de otorgamiento de registros sanitarios como la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), una agencia regional que está en funciones desde 1995.

#### ***4.1.3. Estructurar procesos de licitaciones públicas con menores volúmenes pero que expresamente incluyan requisitos logísticos para llegar a farmacias independientes***

El estilo de compras en bloque por subastas es una forma reconocida de lograr precios más bajos al romper la capacidad de los laboratorios y distribuidores de explotar el desconocimiento sobre diferenciales de calidad que pueden tener compradores a baja escala. En Chile, la existencia de CENABAST responde a este tipo de política. Al mismo tiempo, Sorenson y Kanavos (2011) alerta sobre la necesidad de tener contratos más dinámicos y flexibles con el fin de evitar que estos esquemas impacten la diversidad de oferentes.

Frente al riesgo de reducción del número de oferentes en el mediano y largo plazo se propone estructurar contratos que no necesariamente prioricen volúmenes, sino que también tengan en cuenta la diversidad de los proponentes: industria internacional o regional, importadores y distribuidores nacionales e industria local. Por ejemplo, contratos de baja escala que tengan en cuenta como criterio de adjudicación los procesos logísticos para llegar a las farmacias populares y a las farmacias independientes. El tema de los procesos logísticos es de crucial importancia en momentos en los que el país busca llevar el esquema a las farmacias independientes<sup>54</sup> que, dado su esquema de negocios y escala, solicitan bajos volúmenes y con una frecuencia menor a la anual. Requerimientos de esta clase suelen ser complejos para las grandes industrias pero podría darle una opción a los distribuidores y productores de menor escala. Garantizar la diversidad de los proponentes es una de las recomendaciones usuales para mantener sistemas de compra sostenibles (Maniadakis et al, 2018).

### **4.2. Recomendaciones a nivel de distribuidores**

Las farmacias juegan un papel fundamental en la promoción de los genéricos sin marca en muchos países. En estas situaciones, a menos que el prescriptor indique explícitamente lo contrario (lo que puede ser válido por razones clínicas muy específicas), las farmacias pueden sustituir productos de marca por genéricos sin

---

<sup>54</sup> Esta línea de acción sigue de la implementación de la medida N°18 de la Política Nacional de Medicamentos de 2019: aumentar la intermediación con farmacias comunales. Se favorecerá el desarrollo de farmacias de dependencia municipal, también en comunas sin farmacias comerciales.

marca. Esto tiene sentido cuando hay incentivos fuertes a que lo hagan (Hollis y Grootendorst, 2017).

No obstante, en el análisis exploratorio de los datos del SERNAC se encuentra que las farmacias de cadena tienden a ofrecer productos con mayor rentabilidad; es decir, los que tienen alguna marca asociada y que tienen precios altos (originales y genéricos de marca). Adicionalmente, se encontró que la competencia entre farmacias no parece tener un impacto fuerte sobre los precios de los genéricos de marca, aunque sí reduce los precios pero también la disponibilidad de los genéricos sin marca. De hecho, los resultados indican que es posible que las menores disponibilidades de productos sin marca obedezcan al objetivo de vender medicamentos referentes o genéricos de marca a consumidores con alta capacidad de pago.

Siguiendo los resultados y lo encontrado en la literatura, se propone explorar políticas en tres áreas. Primero, considerar políticas de controles de precios para productos con y sin patente, que requiere además la implementación de un sistema de información sobre transacciones del mercado farmacéutico de forma obligatoria. Segundo, impulsar la intercambiabilidad de productos a nivel de farmacia. Tercero, fomentar la competencia entre farmacias privadas, reduciendo las ventajas que pueden tener algunos participantes frente a otros. Antes de exponer las recomendaciones se presentan los antecedentes de política en el caso específico de Chile.

#### *4.2.1. Antecedentes de políticas en Chile*

El tema de la disponibilidad de medicamentos genéricos con y sin marca en farmacias ha sido ampliamente discutido en la política chilena. Como se mencionó, la Ley de Fármacos I buscó que las farmacias tuviesen de forma obligatoria un stock mínimo disponible de medicamentos genéricos bioequivalentes sin marca de una lista de principios activos<sup>55</sup>. Sin embargo, la falta de reglamentos asociados a la ley ha dificultado su implementación en la práctica.

Varias de las 31 medidas propuestas por el gobierno de Chile que guían el desarrollo de la política nacional de medicamentos están asociadas directamente a aspectos de la distribución, incluyendo algunas ya implementadas. Por ejemplo, se ha buscado fomentar la inclusión de nuevas formas de distribución, como el despacho a domicilio para las personas con dependencia severa, y reglamentar la venta electrónica de medicamentos. También se buscan ventajas logísticas para lograr menores precios en comunas con bajos niveles de competencia de farmacias. En esa línea van la propuesta de creación de almacenes de medicamentos en zonas sin farmacias y la ya mencionada intermediación de CENABAST en la adquisición de medicamentos por parte de las farmacias independientes. Algunas otras se refieren a sistemas de información y monitoreo, como el Hospital Digital para listar precios de medicamentos de las farmacias y la creación de un observatorio de precios internacional. También

<sup>55</sup> Recientemente, la resolución N°1.813 exenta de 2019 del Ministerio de Salud establece la lista de 144 medicamentos que conforman el petitorio farmacéutico.

se busca garantizar la intercambiabilidad mediante la prescripción por DCI y su promoción con la campaña Exige el Amarillo<sup>56</sup>.

#### *4.2.2. Implementar una política de regulación de precios de medicamentos basada en un sistema de monitoreo de transacciones*

La regulación de precios es una estrategia ampliamente utilizada por países de alto ingreso y de ingreso bajo y medio para contener el gasto en salud (Scherer, 2000; Silva-Illanes, et al. 2017). Adicionalmente, la regulación de precios puede tener como objetivo alternativo la promoción de medicamentos genéricos. En el caso chileno podría utilizarse para reducir la amplia brecha de precios entre productos referentes y genéricos con marca y los genéricos sin marca.

En consecuencia, se propone los dos cursos de acción que se describe a continuación.

- i. Implementar una regulación de precios de medicamentos que incluya a productos fuera de patente. En general, esto involucra imponer un precio techo a los medicamentos genéricos con o sin marca. La diferencia radica usualmente en cómo asignar el precio de referencia.

En primer lugar, la forma más común de realizar la promoción expresa de genéricos con y sin marca es la política de descuentos obligatorios o generic price linkage (Silva-Illanes, et al. 2017). Esta política impone un precio techo a los medicamentos que entren a un mercado sin patente<sup>57</sup> utilizando como referencia el valor que tenga el medicamento original o una mezcla de los demás productos ya existentes en el mercado (también llamada referenciación interna). Si bien las formas de implementación son múltiples, el objetivo es garantizar que los productos que entren al mercado ofrezcan una reducción real del precio frente a lo que se encuentran ya disponibles. Un buen ejemplo es Brasil, donde todo producto debe ser registrado con un precio al menos 35% menor al producto referente (Nishijima, Biadoto y Lagroteria, 2014; Bertoldi, Wagner, et al., 2019). Esta política y otras que buscaron fomentar la calidad y la prescripción de genéricos llevaron a un notable crecimiento de la participación de los genéricos sin marca en Brasil (Bertoldi, Wagner, et al., 2019).

El ejemplo de Brasil debe enmarcarse en la lógica general de su política de medicamentos, donde además hay una regulación de precios de productos

---

<sup>56</sup> Exige el Amarillo es una campaña del gobierno de Chile que busca informar a los consumidores sobre la forma de identificar certificados como equivalentes en las farmacias; al mismo tiempo, la campaña busca resaltar la intercambiabilidad de los productos y su menor precio. Más detalles en: <https://www.minsal.cl/exige-el-amarillo/>.

<sup>57</sup> Una variante consiste en definir valores máximos de reembolso ("maximum allowable cost" - MAC) en vez de un valor máximo de comercialización. Esto ocurre en varios países europeos pero requiere un plan de salud que incluya medicamentos y que sean reconocidos vía reembolso. Por ejemplo, le reembolsan al paciente o al regente de farmacia sólo un valor de referencia dada la disponibilidad de precios en el mercado. En Chile, dado que el medicamento dispensado es elegido al nivel central bajo el sistema de compras públicas, esta versión de la regulación sólo se podría aplicar a los esquemas de algunas ISAPRES donde se reembolsan productos cubiertos por el GES.



innovadores basada en referenciación internacional. Es decir, los precios del producto innovador no pueden superar el valor de un precio de referencia basado en el valor que tiene el mismo producto en otros mercados a nivel internacional. Esta política es una herramienta común para la reducción de precios en varios países del mundo (Zhang et al, 2016; Vogler, Martikainen, 2014) y en algunos componentes del Medicaid (OCDE, 2019)<sup>58</sup>. Además, en Brasil la variación anual de los precios de cualquier medicamento también está sujeta a controles. En consecuencia, al imponer precios de referencia internos, los precios de los referentes ya estaban controlados aún antes de salir de patente. Este es un aspecto relevante para Chile porque, como se mencionó, el problema no radica en que los genéricos sin marca sean muy caros sino que los referentes y los genéricos con marca tienen precios bastante altos. Por tal motivo, la estrategia de referenciación interna no sería suficiente en este contexto sin un control de precios a los referentes para reducir la amplia dispersión de precios entre productos con y sin marca.

Un caso particular es el de Colombia, que utiliza referenciación de precios internacional para productos con y sin patente y que puede aplicar a medicamentos genéricos con y sin marca. Colombia incluso ha entrado a controlar productos con múltiples oferentes, como en anticonceptivos orales, logrando reducciones notables en los precios (Andia et al, 2020).

- ii. Implementar la entrega obligatoria de información de transacciones realizadas (trazabilidad del precio de venta de cada unidad) por las farmacias y listas de precios al MINSAL para disminuir la probabilidad de conductas anticompetitivas y tener trazabilidad del cumplimiento de las regulaciones asociadas a las farmacias.

Un buen referente es El Salvador, que tiene un sistema centralizado de monitoreo de precios y disponibilidad de productos en las farmacias<sup>59</sup>. El sistema incluye un reporte al regulador y ofrece además un servicio de búsqueda al consumidor. Esta información es clave para la regulación ya que constituye el medio primario para determinar si se están cumpliendo o no las restricciones de precios o a las cantidades mínimas disponibles de productos<sup>60</sup>. Chile ha avanzado con el sistema TuFarmacia del MINSAL, que tiene características similares al de El Salvador, pero con un grupo reducido y voluntario de farmacias. Chile también cuenta con sistemas privados de monitoreo como REMEDIA, que incluye varias farmacias independientes, para hacer contrapeso a los sistemas de las grandes cadenas. Sin embargo, es necesario que el reporte sea obligatorio y

<sup>58</sup> Health Action International tiene un buen reporte sobre el uso del esquema a nivel mundial. Ver: <http://www.haiweb.org/medicineprices/>.

<sup>59</sup> El sistema de consulta se puede encontrar en: <http://info.medicamentos.gob.sv/>.

<sup>60</sup> Una ventaja adicional de un sistema de seguimiento a las transacciones realizadas sería que el sistema permitiría la fiscalización de stock del petitorio farmacéutico en farmacias de cadena para que efectivamente se encuentren productos intercambiables de bajo costo. De las 31 medidas, la N°3 indica que se exigirá a las farmacias disponer de un petitorio mínimo de remedios bioequivalentes por principio activo para garantizar intercambiabilidad; se establecen sanciones en caso de que esto no se cumpla, pero no se señala el mecanismo de fiscalización.

periódico para poder usarlo como fuente para el seguimiento de política y como herramienta efectiva para que los consumidores puedan comparar precios entre farmacias y formarse una mejor idea de si podrían obtener mejores alternativas.

Existen algunas iniciativas en este ámbito. El listado de precios de las farmacias se pretende publicar en Hospital Digital como parte de la Política Nacional de Medicamentos<sup>61</sup>. En efecto, la medida N°12 contempla un comparador de precios de medicamentos disponible en Hospital Digital. Sin embargo, esta política no se ha hecho efectiva y los actores clave señalan que la entrega de información por parte de las farmacias es voluntaria y no necesariamente estará actualizada en línea. Estas experiencias pueden ser profundizadas a un sistema obligatorio centralizado en el MINSAL. El Decreto N°58 de 2020 dio un paso sustancial en este sentido: el artículo 45 I obliga a todas las farmacias que realicen comercialización electrónica a entregar los precios de los productos e informar modificaciones en tiempo real.

#### *4.2.3. Garantizar la utilización de la denominación común internacional (DCI) en toda prescripción del sector privado y permitir así la sustitución de productos en farmacia*

Para incrementar los niveles de competencia en el mercado de medicamentos es deseable sustituir prescripciones de marca por sus versiones genéricas (Comisión Europea, 2009). La inclusión de la DCI permite que los químicos farmacéuticos de las farmacias tengan un papel activo y que las farmacias participen en la promoción de genéricos sin marca. De hecho, en algunos países es obligatoria la sustitución basada en principio activo y se permite incluso la sustitución terapéutica. El gobierno chileno ha apoyado directamente la obligatoriedad de inclusión del DCI en las prescripciones; la medida N°25 de la Política Nacional de Medicamentos de 2019 señala: “Ley de Fármacos II, que actualmente se tramita en el Congreso se le colocará urgencia suma. Esta permitirá al paciente escoger qué medicamento tomar, de entre aquellos que compartan el mismo principio activo del prescrito.”

La discusión ha sido amplia y actores como la Cámara de la Innovación Farmacéutica y la Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos han marcado su oposición por la posibilidad de “intercambiabilidad indiscriminada” a nivel de farmacia y por la violación de principios de competencia. Esto ha llevado la discusión a garantizar la presencia de la DCI en la receta más que a la eliminación de las marcas de la receta. Una alternativa extra se ha presentado recientemente en el comercio electrónico: el artículo 87 F del Decreto N°58 de 2020 obliga a que los sitios web que comercialicen medicamentos ofrezcan la alternativa de comprar productos alternos para aquellos medicamentos que deban demostrar bioequivalencia.

---

<sup>61</sup> El Hospital Digital es el sistema de información del sistema de salud en Chile que busca aprovechar las tecnologías de la información para mejorar la provisión de servicios de salud: <https://www.hospitaldigital.gob.cl/hospital-digital/que-es-hospital-digital>.

Una política que podría contribuir a garantizar la DCI es la masificación de las recetas electrónicas. Aunque hay muchos ejemplos en la región, la mayoría no ha sido llevada a escala<sup>62</sup>. La evidencia existente sugiere que la prescripción electrónica facilitaría el monitoreo de la iniciativa, contribuyendo a que los prescriptores cumplan con la norma. En la actualidad, acelerado por las condiciones de la pandemia de la COVID-19, el ISP ha establecido reglas sobre el funcionamiento de las recetas electrónicas, que son un elemento clave para la comercialización digital de medicamentos que no son de venta directa<sup>63</sup>. El Ministerio de Salud desarrolló un sistema para la digitalización de recetas médicas que cumple con dichas reglas, especialmente para la validación de prescripciones de medicamentos que tienen una vigilancia estricta (psicotrópicos y estupefacientes), conocidas en Chile como recetas retenidas. Por otra parte, organizaciones privadas como Recemed han desarrollado sistemas que también cumplen los reglamentos y que además proveen servicios de gestión de las recetas. Los requisitos, por ahora, no incluyen la presencia del DCI en la receta.

Para los medicamentos que tienen muy pocos genéricos dentro de su mismo ingrediente activo una opción a ser explorada es la sustitución terapéutica. Ejemplos claros son los anticonceptivos o las terapias para reducir el colesterol. Dado que los sustitutos terapéuticos no son tan evidentes como los bioequivalentes, deben desarrollarse protocolos claros y concertados con las sociedades científicas respecto de en qué casos es posible utilizar estas estrategias (Johansen y Richardson, 2016; Ross, 2016).

#### *4.2.4. Promover la competencia entre farmacias*

La literatura recoge distintas medidas propuestas e implementadas en algunos países para fomentar la competencia entre farmacias y lograr reducciones en los precios. Esto es fundamental para Chile, por lo que se proponen las siguientes líneas de acción.

- i. Incrementar esquemas de licitación para dispensación de medicamentos a través de farmacias privadas (de cadena e independientes).

Integrar a farmacias privadas al proceso de entrega de medicamentos prescritos en la red pública reduciría los tiempos de espera y la burocracia observados actualmente. Las farmacias pueden competir en subastas para ser la red de dispensación de medicamentos de las aseguradoras (Hollis y Grootendorst, 2017). Los expertos consultados concuerdan en que esta propuesta es una manera de reducir los costos asociados al acceso a medicamentos en la red pública de salud.

---

<sup>62</sup> En casi todos los países de la región hay obligatoriedad de prescripción con DCI en los esquemas obligatorios de salud y en al menos 10 países también es obligatorio en el sector privado, aunque con bajos niveles de fiscalización (OPS, 2007, 2010). La mayoría de los ejemplos en la región son de países pequeños, como la receta médica para enfermos crónicos de Trinidad y Tobago, donde la receta se recibe en una tarjeta que es leída en las farmacias privadas. También hay ejemplos en comunidades autónomas como Andalucía y Baleares (Fernandez y Oviedo, 2010).

<sup>63</sup> La ley N°21.267 de 2020 permitió, dentro de la alerta sanitaria, la dispensación de medicamentos con la presentación de una copia (física o digital) de la receta original. Si bien esto incluye imagen digitalizada de recetas físicas, también permite las recetas firmadas electrónicamente (recetas electrónicas). El reglamento puede encontrarse en <https://www.ispch.cl/sites/default/files/InstructivoVRE02-03112020A.pdf>.



Este tipo de política es similar a las utilizadas en el Reino Unido, donde los pacientes pueden acudir a farmacias privadas asociadas al sistema de salud nacional (NHS, por sus siglas en inglés) a retirar sus medicamentos con la prescripción correspondiente. El copago se determina dependiendo de las características socio-demográficas del paciente.

Así, podría introducirse en los planes de salud, para grupos poblacionales con ingresos medios o altos, la opción de tener que realizar copagos a cambio de obtener beneficios como la dispensación de medicamentos en una farmacia local o para la entrega a domicilio. Si bien los copagos se pueden utilizar para sensibilizar al precio a los consumidores (Hollis y Grootendorst, 2017), en este caso el objetivo sería generar competencia entre las cadenas para lograr convenios con las aseguradoras. De hecho, el esquema actual de una farmacia en convenio con el FONASA o las ISAPRES genera un estímulo a la competencia entre farmacias, ya que para cautivar demanda han aumentado los convenios con otras instituciones, tales como las cajas de compensación, tiendas minoristas, aseguradoras, ópticas, clínicas de estética, centros de medicina deportiva y centros odontológicos. También se han creado clubes de socios que otorgan descuentos especiales, servicios y beneficios a sus beneficiarios.

ii. Ampliar los despachos a domicilio de la red pública.

Esta política se propone como una manera de reducir el gasto de bolsillo en medicamentos, especialmente de aquellos beneficiarios del FONASA que, pudiendo acceder de manera gratuita a sus medicamentos prescritos, no lo hacen por la burocracia y tiempos de espera que implica.

Las entrevistas realizadas sugieren que la cuarentena obligatoria establecida durante la pandemia del Covid-19 en la mayoría de las comunas de Chile aceleró la implementación de esta política, establecida en la medida N°4 de la Política Nacional de Medicamentos de 2019 (Entrega de medicamentos a domicilio para personas con dependencia severa y que se controlan en centros de atención primaria de salud). Durante la cuarentena se demostró que es posible llegar a un público más amplio, por lo que resulta relevante profundizar esta medida.

iii. Fomentar la compra conjunta a nivel local.

La ley de intermediación de CENABAST frente a los privados busca precios más bajos para la población pero las farmacias independientes más pequeñas pueden tener problemas para participar del esquema debido a sus dificultades para hacer pedidos con la periodicidad y volumen que son eficientes para la central. Esta preocupación es compartida por los expertos consultados en las entrevistas. La CENABAST podría asumir con un operador logístico parte de las complicaciones y traducirlo en un precio techo mayor; otra opción es fomentar la asociación entre farmacias para lograr asumir parte de la gestión logística y lograr precios finales competitivos.

Estas estrategias son comunes en Colombia, donde las farmacias se afilian a una cooperativa o a una droguería más grande y así logran aumentar su capacidad logística y poder de compra<sup>64</sup>, esquema que también es utilizado en Turquía (ILO, 2012).

### 4.3. Recomendaciones a nivel de prescriptores y pacientes

A partir de la experiencia internacional se pueden extraer importantes enseñanzas para la promoción de medicamentos genéricos. Hassali et al (2014) identifica cuatro facilitadores: (i) generar información de genéricos y acercarla a profesionales de la salud y pacientes; (ii) elaborar pautas de intercambiabilidad entre referentes y genéricos con y sin marca; (iii) regular la sustitución de genéricos en las farmacias; y iv) establecer incentivos para el uso de genéricos por médicos y pacientes. En la recomendación anterior se habló del facilitador (iii), por lo que aquí se discuten recomendaciones asociadas a los otros tres.

Los facilitadores (i) y (ii) están asociados al papel de articulación entre las diversas autoridades del sector salud para la creación y ajuste de las guías de práctica clínica de la prescripción de genéricos como primera opción, incluyendo las instituciones asociadas al Estado (ej. Ministerio de Salud) y los cuerpos colegiados académicos (ej. sociedades científicas, facultades de ciencias de la salud). Además de este esfuerzo, es necesario realizar actividades de promoción y divulgación con los prescriptores para lograr la difusión de las guías, para lo cual se promueve implementar visitas de divulgación educativa.

Por otra parte, para el facilitador (iv) es necesario tener en cuenta el esquema de incentivos para la prescripción, dispensación y consumo de medicamentos genéricos que enfrenta cada actor.

Respecto de la prescripción y dispensación, en mercados donde las farmacias no tienen incentivos (o permiso) a cambiar el medicamento indicado en la prescripción, el ideal sería buscar que los prescriptores realicen la elección del genérico sin marca, y no solo garantizar la presencia del DCI en la receta (Hollis y Grootendorst, 2017). En general, y no sólo en Chile, los prescriptores no tienen mayor incentivo a realizar prescripciones a favor de los medicamentos genéricos dado que no hay un esquema que dé reconocimiento (monetario o no) al profesional basado en la contención del gasto. Esto se soluciona en las instituciones en las que los médicos están bajo el control de una organización que se encarga de pagar los medicamentos (en el caso de Chile, el FONASA). No obstante, es una consideración importante cuando los prescriptores tienen total libertad en la elección de los medicamentos (fondos privados, aseguradoras que no incluyen medicamentos, etc.). Bajo esta lógica, es importante que las campañas de divulgación se orienten con prioridad a aquellos profesionales que trabajen principalmente en instituciones donde no se internaliza el

<sup>64</sup> Ver por ejemplo el caso de Coopidrogas: <https://www.coopidrogas.com.co/index.php/conozcanos/historia-coopidrogas>.

costo de los medicamentos.

Respecto de los pacientes, en Chile los beneficiarios del sistema público y los afiliados al privado que utilizan las garantías GES no participan en la decisión del tipo de medicamento a consumir; los demás, en cambio, sí tienen la posibilidad de elección. Este último grupo de pacientes tiene todos los incentivos para comprar medicamentos genéricos sin marca debido a que el copago es del 100% (i. e. no están cubiertos por su aseguradora). No obstante, y dado el trasfondo técnico, los pacientes son quienes menos entienden las diferencias entre los productos y, por lo tanto, tienden a seguir la recomendación directa del prescriptor. Los ejercicios empíricos mostraron que, aunque hay una gran diferencia en capacidad de elección, no hay diferencias notables entre los niveles de concentración en el consumo de los 15 medicamentos más comunes del mercado entre beneficiarios del FONASA y afiliados a ISAPRE. Los beneficiarios del FONASA obtienen en mayor proporción productos elegidos por el sistema, mientras que los afiliados a ISAPRES (o sus médicos prescriptores) elijen el producto deseado. Es decir que la capacidad de elección no parece estar dinamizando el mercado notablemente.

Finalmente, en las entrevistas que se realizaron y en las discusiones de política en Chile se puede ver que, a pesar de los esfuerzos en campos como la política de bioequivalencia, aún existe desconfianza de algunos médicos prescriptores frente a los productos genéricos.

Teniendo en cuenta estos dos aspectos clave, se realizan las siguientes recomendaciones.

#### *4.3.1. Implementar visitas de divulgación educativa (educational outreach visits)*

Así como los visitadores médicos promueven productos dentro del personal clínico y organizan eventos académicos, instituciones sin conflictos de interés como universidades e instituciones oficiales podrían utilizar estrategias similares. Se sugiere organizar programas de visitas a médicos prescriptores fomentando el uso de genéricos. Hay evidencia clara de que este tipo de iniciativas, también conocidas como academic detailing, puede reducir sesgos y mejorar las prácticas de prescripción (O'Brien y Rogers, 2007).

Estos esfuerzos deben ser liderados o al menos coordinados con los encargados de llevar a cabo la evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), como un esfuerzo entre las sociedades científicas y las entidades del MINSAL. En esta línea, deberían crearse guías de práctica clínica sobre intercambiabilidad allí donde exista evidencia clara y concertada para la sustitución de originales por genéricos de marca y sin marca en cada área terapéutica donde se evidencien dudas por parte de los prescriptores.

### *4.3.2. Fortalecer y mantener campañas comunicacionales de promoción de genéricos y enfocarlas en prescriptores y químicos farmacéuticos*

Se recomienda fortalecer las campañas comunicacionales para empoderar a los pacientes respecto de la intercambiabilidad de medicamentos y el uso de medicamentos genéricos. Un ejemplo es España, que ha utilizado amplios recursos para promover el uso de genéricos (Engenérico, 2014). La Política Nacional de Medicamentos de 2019 incluye en su medida N°2 el objetivo de educar a la población a través de una campaña informativa “Exige el amarillo” para que los usuarios soliciten el remedio bioequivalente en la farmacia. Sin embargo, esta política supone que el paciente está informado y debe ser el protagonista de la intercambiabilidad: la decisión de elección entre genéricos sin marca, genéricos de marca y originales tiene mayor fuerza en los pasos previos (distribuidores y prescriptores) y no tanto en la decisión final del paciente. En Australia, los consumidores tienen un papel importante en la decisión del producto a utilizar y están mucho más informados que en el Reino Unido (donde no hay mucha capacidad de elección) sobre aspectos como la bioequivalencia, pero el consumo de bioequivalentes es mucho mayor en el Reino Unido (Mansfield, 2014). En consecuencia, es fundamental que esta campaña tenga un foco en convencer a los prescriptores y a los químicos farmacéuticos de las farmacias.

Tabla 5: Problemas identificados y recomendaciones de política

Nivel	Política	Problema identificado	Recomendaciones de política	Estado en Chile	Referencia	Ejemplo de buenas prácticas
Macro	Facilitar la entrada al mercado de competidores.	Altos costos para entrar al mercado.	Homologar certificaciones internacionales y buscar un mecanismo regional para estandarizar requisitos de integración de mercados.	En parte.	Entrevistas, Wouters, Kanavos y Mokke (2017).	Agencia Europea de Medicamentos (EMA).
	Licitaciones públicas (CENABAST).	Posibilidad de salida de productos del mercado.	Estructurar contratos más pequeños, que incluyan mayor diversidad de proveedores y faciliten procesos logísticos con pequeñas farmacias.	Ley CENABAST.	Entrevistas.	Chile.
Distribuidores	Regulación de precios.	Petitorio farmacéutico no necesariamente disponible y brecha en precios entre productos con y sin marca.	Entrega obligatoria de información de transacciones y listas de precios al MINSAL.	Política Nacional de Medicamentos 2019, medida N°3.	Scherer (2000), entrevistas	El Salvador.
			Control de precios de medicamentos para deducir la brecha entre genéricos sin marca y productos con marca.	No hay.	Zhang et al (2016); Vogler, Paris, Panteli (2008).	Brasil y Colombia.
	Sustitución de prescripciones.	Bajos niveles de intercambiabilidad.	Prescripción con DCI y permisos de sustitución.	Ley de Fármacos II.	OPS (2010), Johansen y Richardson, (2016); Ross, (2016); entrevistas.	Trinidad y Tobago.
	Competencia entre farmacias.	Alto poder de mercado de farmacias locales de cadena con pocos competidores.	Despacho de medicamentos a domicilio, ventas por internet.	Implementado debido a la pandemia.	Entrevistas	Chile
		Baja competitividad de farmacias independientes.	Fomentar la compra conjunta a nivel local y la asociatividad (cooperativas) para el manejo de temas logísticos.	Ley Intermediación CENABAST.	ILO (2012).	Colombia, Turquía.
Prescriptores y pacientes	Visitas de divulgación educativa.	Desconfianza en certificaciones de bioequivalencia y falta de incentivos a la prescripción de genéricos sin marca en el sector privado.	Promoción de genéricos por parte de instituciones sin conflictos de interés.		O'Brien y Rogers; 2007.	EE.UU.
			Mayor fuerza a la ETS para establecer guías de práctica clínica con clara evidencia para la sustitución de medicamentos originales por genéricos y genéricos de marca.	Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.	Entrevistas	Argentina.
		Consumidor no informado y sujeto solo a la decisión del prescriptor; la única referencia de "calidad" es el precio.	Campaña comunicacional (ej. Exige el amarillo) y mantener la prescripción obligatoria que incluya el DCI.	Campaña ya existente y Ley de Fármacos II.	Entrevistas	España.

# 5 Conclusiones

Este estudio analiza los **niveles de competencia en el mercado de medicamentos en Chile con foco en medicamentos genéricos sin marca** con el objetivo de proponer recomendaciones de política para mejorar el acceso efectivo a los mismos y lograr un menor costo social, implicando mayores niveles de bienestar para la sociedad.

Dado que las recomendaciones deben ser específicas al contexto del país, primero se presentan las formas de acceso a medicamentos que declaran las personas, según su previsión de salud (FONASA o ISAPRE). Esto es, se revisa si los medicamentos prescritos se obtienen a través de la red pública de salud, a través de GES o directamente en las farmacias, implicando en este último caso un gasto de bolsillo directo.

Las estadísticas descriptivas indican que 81% de la población en Chile se encuentra afiliada al FONASA, y el 60% de ese conjunto utiliza la red pública de salud para obtener sus medicamentos. Esto equivale a alrededor de 9 millones de personas que se benefician del esquema de licitaciones públicas para la compra de medicamentos gestionada por CENABAST. Este hecho motiva el análisis de los niveles de concentración del mercado de medicamentos para la red pública con el objeto de estudiar si existe espacio para disminuir el gasto público en este ítem.

Por otro lado, las estadísticas construidas en este estudio dan cuenta de que el 77% de los afiliados a ISAPRES y el 40% de los beneficiarios del FONASA compran sus medicamentos directamente en una farmacia, lo que implica un importante gasto de bolsillo en salud. Este resultado tiene implicancias directas en el bienestar de los hogares, y especialmente en los hogares más pobres (presumiblemente beneficiarios del FONASA), para los que el gasto en medicamentos representa un 68% del gasto total en salud, mayor al promedio nacional de 55%. Esto motiva el análisis de concentración de mercado a nivel de consumidor final y a revisar la concentración de farmacias, sus precios y disponibilidad de productos.

Los ejercicios empíricos realizados abordan los aspectos anteriores y el diagnóstico extraído se complementa con una exhaustiva revisión de estudios anteriores y la sistematización de la visión de actores clave del gobierno central, productores-distribuidores, médicos y pacientes provenientes de entrevistas especialmente realizadas para este estudio.



Los resultados del análisis de las compras públicas de medicamentos dan cuenta de niveles de concentración en general altos. Además, se encuentran diferencias por grupos de ATC: los medicamentos anti-infecciosos o para el sistema cardiovascular se encuentran moderadamente



concentrados; los del sistema respiratorio y del sistema digestivo y metabolismo están en la frontera; y los productos dermatológicos y los asociados a la sangre y órganos hematopoyéticos presentan una alta concentración. Además, los análisis de regresión multivariados sugieren que cuando hay más registros de un principio activo existiría una menor concentración de mercado. En consecuencia, es de esperar que la presión competitiva lleve a menores precios tanto para los compradores al por mayor (el Estado, las farmacias) como para los individuales (pacientes).

A nivel de consumidor final también se observa que la concentración industrial es menor cuanto más es la cantidad de productos por principio activo. Asimismo, existen más productos y en general menos concentración que lo observado en las compras públicas. No obstante, existiría mayor concentración de mercado para los afiliados a ISAPRE que para los beneficiarios del FONASA ya que los primeros consumen más productos con marca.

En cuanto a la concentración de mercado a nivel de distribuidores privados, los resultados indicarían que un mayor número de productos por principio activo en una misma farmacia no implica necesariamente un menor precio. También se observa que las farmacias se encuentran concentradas en zonas geográficas asociadas a mayor nivel socioeconómico, y que en las farmacias de cadena existe una menor disponibilidad de genéricos sin marca frente a las otras clases de productos. Además, la presencia de farmacias populares en las inmediaciones de una farmacia de cadena incrementaría los precios de los productos en estas últimas.

A partir de lo anterior se presentan recomendaciones de política para el nivel macro, de distribuidores y de prescriptores y pacientes. A continuación se sintetizan las principales de ellas, que también están disponibles en la Tabla 5, que presenta los problemas identificados, la recomendación de política, el nivel de implementación en Chile, los países donde se han implementado y las referencias de la información presentada.

A nivel macro se recomienda incrementar la entrada de medicamentos genéricos a partir de la homologación o certificación de bioequivalencia conjunta entre las agencias sanitarias de la región. Asimismo, se propone tener esquemas de compras de pequeña escala que permitan a farmacias independientes pequeñas participar del sistema y que permitan a su vez la participación en las licitaciones de laboratorios más pequeños, minimizando el riesgo de que estos no participen en el mercado. La Ley de Intermediación de 2020 avanza en esta línea.

A nivel de distribuidores se sugiere avanzar en sistemas de información que monitoreen las transacciones realizadas por las farmacias y listas de precios para disminuir la probabilidad de conductas anticompetitivas. Para garantizar los stocks de medicamentos genéricos sin marca en las farmacias se propone establecer mínimos obligatorios que sean efectivamente fiscalizados en las grandes cadenas. También se proponen medidas para fomentar los niveles de sustitución de medicamentos en las farmacias y una batería de propuestas para aumentar la competencia, principalmente para la asignación de los contratos entre aseguradoras y farmacias para la distribución

de medicamentos garantizados.

Sobre los prescriptores, las entidades oficiales ya tienen reglas institucionales relacionadas con prescripciones de genéricos, como establecer la opción de genéricos por defecto en el software utilizado para elaborar las prescripciones. No obstante, para los prescriptores del sector privado, donde las aseguradoras no tienen internalizada la contención del gasto de medicamentos, es necesario implementar medidas complementarias. Principalmente, se propone incluir programas de educación a clínicos para reducir los posibles sesgos anti-genéricos existentes.

En el caso de los pacientes es importante estudiar reglas de reembolso de medicamentos; por ejemplo, establecer copagos diferenciados a favor de los genéricos sin marca en las ISAPRE<sup>65</sup>. También se sugiere continuar con las campañas informativas para empoderar a los pacientes respecto de la intercambiabilidad de medicamentos y el uso de medicamentos genéricos.

Concluimos con algunas reflexiones finales. Primero, los ejercicios empíricos aquí expuestos representan un importante esfuerzo de sistematización de información proveniente de distintas fuentes, muchas veces poco explotados por investigadores o hacedores de política desde el punto de vista de análisis y uso. A su vez, existen problemas de acceso y disponibilidad de información relevante, especialmente en lo que se refiere a precios y disponibilidad de productos en las farmacias. La ENS 2016 es un gran ejercicio, no muy aprovechado en las discusiones de política pública en Chile; al mismo tiempo, su capacidad para estudiar la demanda de productos individuales es limitada.

Un sistema de recetas electrónicas daría al país la capacidad de hacer seguimiento y monitorear problemas específicos y puntuales asociados al consumo de medicamentos. Esto evitaría la dependencia de bases de datos de la industria como las de IQVIA – valiosas por el ejercicio de comparación mundial –, que limitan los análisis de mercado por parte del sector público y de la academia independiente.

Igualmente, sería beneficiosa la expansión del programa de comparador de precios del MINSAL a través de un reporte obligatorio de información por parte de todas las farmacias. Esta es una herramienta potente que debe basarse en esquemas de datos abiertos para usar en otras plataformas (ej. REMEDIA) para que los agentes (pacientes, farmacias, laboratorios y distribuidores) puedan aprovecharlos para lograr una mayor competencia en el mercado privado. En este sentido se destaca el esquema de datos abiertos y fácilmente descargables en los servicios web del CENABAST, del ISP y el Farmanet del MINSAL.

Segundo, desde la perspectiva de pacientes y prescriptores el mercado de medicamentos chileno es bastante complejo. La existencia de productos con sellos

---

<sup>65</sup> En el sistema público no hay copagos, por lo que el tema de los copagos es más un tema del mercado privado donde o todo es gasto de bolsillo o hay algún copago si el medicamento forma parte del GES. Algunas ISAPRE ofrecen descuentos hacia genéricos pero sólo hacia sus propios genéricos (integrados verticalmente) y no como una política general.

de bioequivalencia que se combinan con los nombres de fantasía de los genéricos crea un amplio abanico para la elección de los prescriptores y pacientes, que muy posiblemente no tienen la información necesaria para decidir. Es recomendable que la política “elige el amarillo” sea temporal; es decir, buscar que todos los genéricos en el mercado terminen siendo bioequivalentes y por lo tanto que esta distinción extra no sea necesaria. Para que esto se logre es necesario fortalecer el papel del departamento ETESA del MINSAL para que, en conjunto con las sociedades científicas, logre disipar las dudas de médicos y pacientes sobre la bioequivalencia en las áreas clínicas específicas.

Adicionalmente, Chile podría aprovechar los esfuerzos de los bloques económicos (Mercosur y Alianza del Pacífico) para homogeneizar reglas de registro sanitario y protección intelectual; así podría ofrecer mercados grandes a los laboratorios para sus decisiones de comercialización, como ya ocurre con los esquemas de compra en bloque para algunos medicamentos. Esto también podría facilitar la ubicación de producción de ingredientes activos en la región, reduciendo la dependencia de plantas ubicadas en otros continentes, una debilidad evidenciada durante la pandemia del COVID-19.

Tercero, es posible que exista mayor concentración del mercado a nivel del usuario final al realizar las farmacias independientes compras vía CENABAST. Las compras de la CENABAST podrían terminar en un menor número de empresas que las que ofrecen el producto en general.

Las implicancias de bienestar no son obvias. El estudio de la FNE (2020) es claro al mostrar que CENABAST obtiene mejores precios que los compradores privados, pero hay una gran preocupación respecto del impacto sobre la competencia en el mediano y largo plazo. Es posible que algunos laboratorios decidan abandonar por completo la producción de algunos productos, y hay evidencia anecdótica de que esto ocurrió con la entrada de las regulaciones de bioequivalencia; de hecho Atal, Cuesta y Saethre (2018) muestra la concentración del mercado derivada de esta política. Esto podría llevar a que los precios bajos que se obtendrían hoy se tuviesen que sopesar con precios más altos en el futuro: nuestros resultados muestran que el número de registros vigentes en el ISP impacta sobre los precios de las compras. No obstante, los resultados de Wouters et al (2019) para Sudáfrica muestran que, en un lapso de 15 años, no se han presentado cambios drásticos en las concentraciones de las compras por licitación – que son similares a las del CENABAST en varias áreas –; y la literatura sobre precios máximos basados en referenciación internacional, una medida aun más agresiva, tampoco muestra resultados concluyentes en esta línea.

Cuarto, la regulación a farmacias es un área en la que hay que tener especial cuidado. La razón principal para la presencia de cualquier tipo de farmacia en una comuna es la capacidad adquisitiva de dicha comuna, y esta relación es mucho más acentuada para las farmacias de cadena. La imposición de regulaciones fuertes a las farmacias que sirven áreas de ingresos medios y bajos podría afectar notablemente la posibilidad de subsistencia de las mismas, incrementando la desigualdad en acceso a estos negocios. Si bien medidas como los envíos a domicilio y la presencia de farmacias

populares pueden ser de utilidad, los consumidores – inclusive los usuarios del FONASA – están dispuestos a pagar por sus medicamentos por la comodidad de obtener productos con menores costos de transacción (desplazamiento y tiempos de espera). Aprovechar esta disposición a pagar y la conveniencia de las farmacias independientes para contener el gasto público en medicamentos, pero garantizando precios comparables a los de las farmacias populares mediante el mecanismo de intermediación CENABAST, es una política que debe fortalecerse.

Entonces, más que imponer restricciones a la disponibilidad de los diferentes tipos de productos, que en la práctica son difíciles de fiscalizar, el problema central es que los originales y los genéricos de marca parecen tener alta rentabilidad para una farmacia. El ejercicio presentado en esta nota con 15 farmacias de cadena del estudio del SERNAC (2019) y el de Atal et al (2018a) con una muestra mayor muestran que la presencia de una farmacia popular en la cercanía de una farmacia de cadena está asociado a mayores precios de dichos productos en estas últimas. Esto indicaría que las diferencias de precios están dadas principalmente por la capacidad de explotar la diferenciación vertical del mercado de medicamentos (la lealtad y la confianza en la calidad de algunos productos). Las gigantescas brechas en precios entre productos intercambiables encontradas por el SERNAC (2019) dan cuenta de ello. Regulaciones adicionales, como la referenciación internacional de precios para imponer límites a los precios de los productos genéricos de marca y medicamentos originales, podrían mermar estas brechas, como ocurrió en Colombia con el mercado de anticonceptivos orales (Andia et al., 2020).

Si bien los esfuerzos de contención del gasto en medicamentos – tanto público como de bolsillo de los hogares – se enfocan en los medicamentos bajo protección de patente, tanto la teoría económica como la evidencia empírica recalcan la necesidad de regular e intervenir los mercados fuera de patente: las decisiones están mediadas por relaciones asimétricas – en cuanto a información y poder de mercado – entre los laboratorios, las aseguradoras, las farmacias, los prescriptores y los pacientes. En consecuencia, como se expuso a través de las recomendaciones, para lograr disminuir el gasto social y privado en medicamentos se requiere de esfuerzos colectivos y de políticas complementarias en los diferentes niveles del mercado.



## Referencias

Aguilera Correa (2018). “Gasto de Bolsillo en hogares según EPF VII y VIII. Principales Resultados VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (2018)”.

AICH. (2019). “Isapres abiertas: uso y gasto de las GES 2016 a 2018. Gerencia de estudios de la Asociación de Isapres de Chile (AICH)”, Mayo de 2019. Recuperado de: <https://www.isapre.cl/PDF/Informe%20GES%202016-2018.pdf>.

Alé-Chilet, J. A. (2018a). “Collusive Price Leadership in Retail Pharmacies in Chile”. Manuscrito sin publicar.

Alé-Chilet, J. A. (2018b). “Gradually rebuilding a relationship: The emergence of collusion in retail pharmacies in Chile”. Manuscrito sin publicar.

Álvarez Espinoza, R. y González Tissinetti, A. (2018). “Análisis comparativo de precios de medicamentos en América Latina”. Serie de Documentos de Trabajo, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile, 462.

ANADEUS (2012). “Estudio acerca de la diferencia de precios entre las distintas marcas de medicamentos y los medicamentos genéricos”. Santiago, Chile.

Andia, T., Mantilla, C., Morales, A., Ortiz, S. y Rodríguez, P. (2020). “Does price-cap regulation work for increasing access to contraceptives? Aggregate-and pharmacy-level evidence from Colombia”. Documentos de Trabajo 018484, Universidad del Rosario.

Atal, Cuesta, González, Otero (2018). “The Economics of Public Pharmacies: Quasi-and Experimental Evidence from Local Markets”. Manuscrito sin publicar.

Atal, J., Cuesta, J., y Saethre, S. (2018). “Quality regulation and competition: evidence from pharmaceutical markets”. Working Paper; 2018/10, Caracas: CAF. Recuperado desde <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1211>.

Balmaceda, C., Espinoza, M., y Díaz, J. (2015). “Impacto De Una Política De Equivalencia Terapéutica En El Precio De Medicamentos En Chile”, en Value in Health Regional Issues, 8, 43-48.

Benítez, A., Hernando, A. y Velasco, C. (2019). “Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos”, en Centro de Estudios Públicos, Puntos de Referencia N 502.

Bertoldi, A. D., Wagner, A. K., Emmerick, I. C. M., Chaves, L. A., Stephens, P. y Ross-



Degnan, D. (2019). “The Brazilian private pharmaceutical market after the first ten years of the generics law”, en Journal of pharmaceutical policy and practice, 12(1), 1-12.

Brekke, K., Canta, C. y Straume, O. (2016). “Reference pricing with endogenous generic entry”, en Journal of health economics, 50, 312-329.

Brekke, K., Canta, C., Straume, O. (2015). “Does reference pricing drive out generic competition in pharmaceutical markets? Evidence from a Policy Reform”, NHH Discussion Paper, SAM/11/2015.

Briceño, K. (2018). “Revisión de Aspectos Regulatorios de Bioequivalencia en los Países de la Alianza del Pacífico. Proyecto de grado para optar al título de Químico Farmacéutico”. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

Carradinha, H. (2009). “Tendering short-term pricing policies and the impact on patients, governments and the sustainability of the generic medicines industry”, en Journal of Generic Medicines, 6(4), 351-361.

CENAFAR (2013). “Medicamentos en Chile: revisión de la evidencia del mercado nacional de fármacos”.

Cid, C. y Prieto, L. (2012). “Gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile 1997-2007”, en Revista Panamericana de Salud Pública, 31, 310-16.

Clínicas de Chile (2018). “Pacientes esperan hasta ocho horas para retirar sus medicamentos en los hospitales”. Noticia Clínicas de Chile. Disponible en: <https://www.clinicasdechile.cl/noticias/pacientes-esperan-hasta-ochos-horas-para-retirar-sus-medicamentos-en-los-hospitales/>.

Comisión Europea (2009). Pharmaceutical Sector Inquiry—Final Report. Brussels, Belgium: European Commission. Recuperado de: [https://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff\\_working\\_paper\\_part1.pdf](https://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf).

Comisión Europea. (s.f). “International cooperation on pharmaceuticals”. Recuperado de: [https://ec.europa.eu/health/international\\_cooperation/pharmaceuticals\\_](https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/pharmaceuticals_).

Costa-Font, J., McGuire, A. y Varol, N. (2014). “Price regulation and relative delays in generic drug adoption”, en Journal of Health Economics. 38, 1-9.

Chávez, M. y Gutiérrez, P. (2018). “Medicamentos originales comercializados en Chile son los más caros de toda Latinoamérica”. En El Mercurio, Sección Nacional, 8 de agosto de 2018.

Chueke, D. (2018) “Claves para Comprender el Mercado Chileno Después de la Nueva Ley de Fármacos”. Publicado originalmente por eyeforpharma. Disponible en <http://www.colegiofarmaceutico.cl/index.php/noticias-nacionales/785-claves-para-comprender-el-mercado-chileno-despues-de-la-nueva-ley-de-farmacos>. (Marzo, 2018).



Daniels, N., Porteny, T. y Urritia, J. (2016). "Expanded HTA: enhancing fairness and legitimacy", en *International Journal of Health Policy and Management*, 5(1), 1.

Danzon, P., Mulcahy, A. y Towse, A. (2015). "Pharmaceutical pricing in emerging markets: effects of income, competition, and procurement", en *Health Economics*. 24(2), 238-252.

Ekelund, M. (2001). "Generic entry before and after the introduction of reference prices", en Ekelund, M. (Ed.), *Competition and innovation in the Swedish pharmaceutical market* (Chap. 4). Stockholm School of Economics. 1-17, (dissertation).

EMA. (2020). "Generic and hybrid medicines". Recuperado de: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/generic-hybrid-medicines>.

Engenérico (2014). "AESEG recibe el premio por la campaña de Promoción y Uso Racional de los Medicamentos Genéricos en España". Recuperado el 22/01/2021 de <https://www.engenerico.com/aeseg-recibe-el-premio-por-la-campana-de-promocion-y-uso-racional-de-los-medicamentos-genericos-en-espana/>.

FDA. (2019). Generic competition and drug prices. US Food & Drug Administration (version del 13/12/2019). Acceso el 27-07-20, recuperado de: <http://www.fda.gov/AboutFDA/CentersOffices/OfficeofMedicalProductsandTobacco/CDER/ucm129385.htm>.

FNE. (2012). "Guías para el Análisis de Operaciones de Concentración". Fiscalía Nacional Económica.

FNE. (2020). "Estudio de Mercado sobre Medicamentos". Fiscalía Nacional Económica, División Estudios de Mercado.

Frank, R. y Salkever, D. (1992). "Pricing, Patent Loss and the Market for Pharmaceuticals", en *Southern Economic Journal*. 59(2):165-179.

Hassali, M. A., Alrasheedy, A. A., McLachlan, A., Nguyen, T. A., AL-Tamimi, S. K., Ibrahim, M. I. M. y Aljadhey, H. (2014). "The experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: a review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use", en *Saudi Pharmaceutical Journal*. 22(6), 491-503.

Hollis, A. y Grootendorst, P (2012). "Tendering generic drugs: what are the risks? Report commissioned by Canadian Generic Pharmaceuticals Association."

Hollis, A. y Grootendorst, P. (2017). "A comparison of mechanisms for setting generic drug prices in Canada", en *Journal of Generic Medicines*. 13(1), 19-27.

ILO (2012). "Las farmacias recobran su salud". Disponible en: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/features/WCMS\\_193008/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/features/WCMS_193008/lang-es/index.htm).

IMS Health. (2015). *Global Medicines Use in 2020: Outlook and Implications*. IMS

Institute for Healthcare Informatics.

IPSUSS (2017). Encuesta sobre percepción de los usuarios de las farmacias comunales. Instituto de Políticas Públicas en Salud. Universidad San Sebastián. Enero de 2017. Disponible en: [http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20170113/asocfile/20170113093837/ppt\\_usuarios\\_farm\\_comunales.pdf](http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20170113/asocfile/20170113093837/ppt_usuarios_farm_comunales.pdf).

IQVIA. (2018). 2018 and Beyond: Outlook and Turning Points. IQVIA Institute for Human Data Science.

IQVIA. (2019). The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023. IQVIA Institute for Human Data Science.

Johansen, M., Richardson C. (2016). "Estimation of potential savings through therapeutic substitution", en JAMA Intern Med.176(6):769775.

Kutizin, J. (2013). "Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy", en Bulletin of the World Health Organization, 91, 602-611.

Maniadakis, N., Holtorf, A. P., Corrêa, J. O., Gialama, F. y Wijaya, K. (2018). "Shaping pharmaceutical tenders for effectiveness and sustainability in countries with expanding healthcare coverage", en Applied health economics and health policy, 16(5), 591-607.

Mansfield, S. (2014). "Generic drug prices and policy in Australia: room for improvement? A comparative analysis with England", en Australian Health Review, 38(1), 6-15.

Mathisen, T. A. y Solvoll, G. (2008). "Competitive tendering and structural changes: An example from the bus industry", en Transport Policy, 15(1), 1-11.

MDG Gap Task Force. (2012). "Millennium Development Goal 8", en The Global Partnership for Development: Making Rhetoric a Reality. UN, New York, 2012.

MERCOSUR. (2015). "Países del Mercosur se unen para adquirir medicamentos de alto costo". Recuperado de: <https://www.mercosur.int/paises-del-mercursos-se-unen-para-adquirir-medicamentos-de-alto-costo/>.

MERCOSUR. (2018). "Medicamentos más baratos para el MERCOSUR". Recuperado de: <https://www.mercosur.int/medicamentos-mas-baratos-para-el-mercursos/>.

Ministerio de Economía. (2013). El Mercado de Medicamentos en Chile. División de estudios.

Ministerio de Economía. (2013b). Boletín Relación entre cantidad de farmacias y pobreza. División de estudios.

Moreno-Torres, I., Puig-Junoi, J. y Borrel, J. (2009). "Generic entry into the regulated

Spanish pharmaceutical market“, en Review of Industrial Organization. 34. 373–388.  
Nishijima, M., Biasoto Jr, G. y Lagroteria, E. (2014). “A competição no mercado farmacêutico brasileiro após uma década de medicamentos genéricos: uma análise de rivalidade em um mercado regulado“, en Economia e sociedade, 23(1), 155-186.

O’Brien, M., Rogers, S., Jamtvedt, G., et al. (2007). “Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes“, en Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD000409.

Odeck, J. y Høyem, H. (2020). “The impact of competitive tendering on operational costs and market concentration in public transport: The Norwegian car ferry services“, en Research in Transportation Economics, 100883.

OCDE (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007). “La Situación Farmacéutica en las Américas: Compendio de datos estadísticos sobre los indicadores del primer nivel – 2007”. Serie Técnica: Medicamentos esenciales, políticas farmacéuticas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/38464>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). Guía para la implementación de Estrategias de Medicamentos Genéricos en los países de América Latina y El Caribe como mecanismo para mejorar el Acceso a Medicamentos. Proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias, Área de Sistemas de Salud basados en APS. Washington DC. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/mt\\_opsgenericos\\_consulta\\_102510.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/mt_opsgenericos_consulta_102510.pdf).

Oviedo, E. y Fernández, A. (2010). Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Rojas, P. y Berrios, F. (2016). “Competencia en Chile: cuánto se ha avanzado”. Libertad y Desarrollo. Serie Informe Económico ISSN 0717 – 1536, No 255.

Ross, J. (2016). “Therapeutic substitution—should it be systematic or automatic?“, en JAMA Intern Med. 176(6):776.

Scherer, F. (2000). “Chapter 25: The pharmaceutical industry“, en Handbook of Health Economics 1B (Culyer, A. J., Newhouse, J. P., Pauly, M. V., McGuire, T. G. y Barros, P. P. (Eds.)). 1297-1338.

SERNAC (2013). “Estudio Monitoreo mensual de Medicamentos en Farmacias”. Recuperado de: <https://www.sernac.cl/portal/619/w3-article-3247.html>.

SERNAC (2019). “Estudio de precios de medicamentos bioequivalentes en las grandes cadenas de farmacias”. Recuperado de: [https://www.sernac.cl/portal/619/articles-55009\\_archivo\\_01.pdf](https://www.sernac.cl/portal/619/articles-55009_archivo_01.pdf).

Silva-Illanes, Cuadrado, Mendoza, Guerrero (2017). “Resumen de evidencia para política de regulación de precios de medicamentos para apoyar la toma de decisiones en políticas de salud”. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Sorenson, C. y Kanavos, P. (2011). “Medical technology procurement in Europe: A cross-country comparison of current practice and policy”, en *Health policy*, 100(1), 43-50.

Superintendencia de Salud (2007). “Informe de fiscalización N°26: Evaluación de Medicamentos Garantizados en Consultorios Públicos”. Superintendencia de Salud, 24 de septiembre de 2007. Disponible en: [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-6138\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-6138_recurso_1.pdf).

Syrett, K. (2016). “Expanded HTA, legitimacy and independence: Comment on expanded HTA: Enhancing fairness and legitimacy”, en *International Journal of Health Policy and Management*, 5(9), 565.

Vasallo, C. (2010). “El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica”. Consultoría realizada al Ministerio de Salud de Chile. Ministerio de Salud.

Villalobos Dintrans, P. (2018). Out-of-pocket health expenditure differences in Chile: Insurance performance or selection?. *Health Policy*, 122(2), 184-191.

Vogler, S. y Martikainen, J. E. (2015). “Pharmaceutical pricing in Europe”, en *Pharmaceutical prices in the 21st century* (pp. 343-370). Adis, Cham.

Wiggins, S. y Maness, R. (2004). “Price competition in pharmaceuticals: the case of ant-infectives”, en *Economic Inquiry*. 42(2). 247-263.

Wild, C., Stricka, M. y Patera, N. (2017). “Guidance for the development of a National HTA-strategy”, en *Health Policy and Technology*, 6(3), 339-347.

Wouters, O., Kanavos, P. y McKee, M. (2017). “Comparing generic drug markets in Europe and the United States: prices, volumes, and spending”, en *The Milbank Quarterly*. 95(3). 554-601.

Wouters, O., Sandberg, D., Pillay, A. y Kanavos, P. (2019). “The impact of pharmaceutical tendering on prices and market concentration in South Africa over a 14-year period”, en *Social Science & Medicine*. 220. 362-370.

Zhang, W., Guh, D., Sun, H., Marra, C., Lynd, L. y Anis, A. (2016). “The impact of price-cap regulations on exit by generic pharmaceutical firms”, en *Medical care*. 54(9). 884-890.

# Apéndice

## A. Panorama de ventas y gasto en medicamentos genéricos en Chile ..... 2

A.1. Ventas .....	2
A.2. Precios .....	2
A.3. Gasto .....	3

## B. Mercado de medicamentos genéricos ..... 4

B.1. Desarrollo del mercado de medicamentos genéricos .....	4
B.2. Funcionamiento del mercado de genéricos en el mundo .....	5

## C. Sistema de Salud Chileno ..... 9

C.1. Fondo Nacional de Salud (FONASA) .....	9
C.2. Instituciones de salud previsional (ISAPREs) .....	10
C.3. Leyes de aseguramiento .....	11
i. Garantías explícitas de salud .....	11
ii. Ley Ricarte Soto .....	13

## D. Metodología y detalles del análisis empírico ..... 14

D.1. Datos requeridos, disponibles y utilizados .....	14
D.2. Competencia en el mercado de medicamentos más demandados a nivel de hogares .....	15
D.3. Compras de medicamentos para la red pública de salud .....	23
i. Concentración según ATC .....	24
ii. Concentración para los principios activos más consumidos .....	25
D.4. Concentración industrial y número de registros .....	27
D.5. Distribución de farmacias según características comunales .....	28
D.6. Precios y disponibilidad de productos en farmacias .....	29

## E. Entrevistas a actores clave ..... 32

E.1. Correo de invitación .....	33
E.2. Consentimiento informado .....	34
E.3. Guion entrevistas .....	35
E.4. Resultados .....	37

## Referencias ..... 38



# A Panorama de ventas y gasto en medicamentos genéricos en Chile

Para analizar los niveles de concentración del mercado de medicamentos genéricos en Chile y sus posibles causas, es necesario considerar tres aspectos: la relevancia de consumo de genéricos, los niveles generales de precios relativos al mercado internacional, y los niveles de gasto de bolsillo.

## A.1. Ventas

Respecto a qué tan relevantes son los genéricos en el mercado de medicamentos en Chile, en el panorama mundial, Chile hace parte de los países farmacoemergentes, un grupo de países de ingreso medio y con un importante potencial de ventas. Al comparar con países de ingresos altos, estos países tienen un mayor uso de medicamentos genéricos frente a los productos referentes (IMS Health, 2015).

Específicamente, la evidencia entregada por la FNE (2019) indica que el 90% de las ventas corresponden a genéricos, desagregados entre genéricos con marca (67%) y sin marca (23%). Las cifras de la OECD (2019) para el país son algo menores, pero igualmente importantes: 84% de las unidades vendidas son genéricos y copias de marca. Según esta información, Chile exhibe la segunda proporción más alta de ventas de genéricos entre los países de la OCDE, sólo superada por el 85% en Reino Unido.

Si bien, en Chile existe una alta penetración de medicamentos genéricos, es clave el rol de los genéricos con marca para el nivel de precios en el mercado, por su importante participación (Vasallo, 2010). Además, es importante señalar que los medicamentos sin sustitutos, o que no cuentan con una certificación de bioequivalencia para intercambiar con otros, aún representan el 40% del mercado total de medicamentos (FNE, 2020). En conjunto, esta situación conlleva a un incremento en el nivel de precios. Por un lado, los genéricos con marca son percibidos como productos de mejor calidad y por otro, medicamentos sin sustitutos tienen gran poder de mercado, en consecuencia, ambos tipos pueden subir sus precios sin perjudicar sus ventas.

## A.2. Precios

Según datos del IMS Health/IQVIA Chile presenta los precios más caros de los medicamentos referentes o de marca (28.5 USD, en promedio) en América Latina (20.6 USD, en promedio). A la vez, Chile presenta los precios de genéricos sin marca más baratos de la región (1.7 USD, en promedio), frente al promedio regional de 4.7 USD. En el caso de los genéricos con marca, el precio es similar al promedio de la región (Chávez y Gutiérrez, 2018).

Esta característica del mercado de medicamentos, se explica porque, como ha sido



señalado, los medicamentos de marca poseen un público cautivo, muy leal, quienes son insensibles a los cambios en precios. Esto otorga espacio a los distribuidores de medicamentos originales, referentes o genéricos de marca para subir los precios de estos productos y lograr mayor rentabilidad. Por otro lado, los genéricos sin marca poseen productos que son intercambiables, y por lo tanto, compiten por los consumidores bajando su precio. Sin embargo, la evidencia indica que éstos no siempre están disponibles para los consumidores (SERNAC, 2013, 2018; ANADEUS, 2012).

Por lo tanto, esta importante diferencia entre el nivel de precios de medicamentos de marca y sin marca, se debe analizar siempre en conjunto con el stock de los productos, en especial de los más baratos. Esto es esencial para entender el gasto de bolsillo en salud.

### **A.3. Gasto**

En Chile, el porcentaje del gasto en medicamentos sobre el gasto de bolsillo total en salud es cercano al 30% (Aguilera, 2018). Este promedio esconde una amplia heterogeneidad. Según Benítez, Hernando y Velasco (2019), en base a datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 2017 del Instituto Nacional de Estadísticas: sólo el 37% de los hogares más pobres del país (primer quintil de ingresos) realiza algún gasto en medicamentos, mientras que esta cifra es 73% para los hogares más ricos (quinto quintil de ingresos). Adicionalmente, dicho estudio encuentra que sólo el 5% de los hogares concentra el 40% del gasto en medicamentos. Esto nos dice que algunos hogares realizan pagos por medicamentos bastante altos respecto a su presupuesto.

Estas diferencias por nivel socioeconómico son relevantes en un país como Chile, con altos niveles de desigualdad. Por lo tanto, en lo que sigue, es importante analizar en detalle el sistema de salud en Chile y los mecanismos de acceso a los medicamentos.

# B Panorama de ventas y gasto en medicamentos genéricos en Chile

## B.1. Desarrollo del mercado de medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos eran muy poco comunes en los sesentas, ya que las leyes evitaban la dispensa de medicamentos diferentes a la marca específicamente prescrita. Más aún, la interpretación del Kefauver-Harris Act de 1962 obligaba a realizar estudios de eficacia y seguridad para los genéricos casi tan elaborados y costosos como para un innovador<sup>1</sup>. Hacia los años setenta y ochenta, se empezaron a remover estas leyes anti-sustitución. No obstante, aún persistían bajos incentivos de los farmacistas y prescriptores a recetar y dispensar genéricos.

El gran cambio se dio con la aparición del Waxman-Hatch Act de 1984 (The Drug Price Competition and Patent Term Restoration). En el nuevo escenario, sólo se requería: i) demostrar que tenían el mismo ingrediente activo, ii) que fue absorbido en una tasa similar más o menos en 20% a la del innovador, y iii) que se cumplían algunas buenas prácticas de manufactura.

Adicionalmente, se permitió el desarrollo y prueba de genéricos antes del fin de la patente del innovador, de forma que pudiesen entrar al mercado al momento de expiración de la patente. Adicionalmente, la protección de patente se definió entre 5 y 14 años, contando desde que eran aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de EEUU. El resultado fue un amplio crecimiento del desarrollo de medicamentos genéricos: la participación de genéricos pasó del 18.6% en 1984 a 32.9% en 1990 y a 44.53% en 1998 (PhRMA, 1998; US Congressional Budget Office, 1998). Hoy en día se presenta una gran dispersión de su uso en todo el mundo (Wouters et al., 2017; Mansfield, 2014). El 52% de las prescripciones de la OECD son de genéricos; pero esta cifra es de 85% en el Reino Unido, mientras que es sólo el 11% en Luxemburgo (OECD, 2019).

El nuevo mercado de medicamentos tenía una particularidad. Los genéricos entraban con un precio del 40% al 70% del innovador al momento de la expiración de la patente. Luego de ello, la entrada de más genéricos reducía drásticamente el precio de los primeros genéricos, pero no del innovador que inclusive subía (Statman, 1987; Caves et al, 1991; Grabowski y Vernon, 1992; Frank y Salkever, 1997). Adicionalmente, los medicamentos referentes reducían hasta en un 60% sus esfuerzos publicitarios tras la entrada de genéricos (Caves et al, 1991; Hurwitz y Caves, 1988). La competencia actual es más intensa, y en EEUU los precios promedio de los genéricos de un principio activo disminuyen en 50% con dos genéricos, 80% con cinco, y 90% con diez o más (FDA, 2019).

---

<sup>1</sup> Esta sección se basa en Scherer (2000, Cap 25. Sec 7.3).

Frank y Salkever (1992) explican este comportamiento atípico con un modelo de segmentación donde se observa diferenciación vertical (por variedad dentro de un mismo producto). Dos segmentos: grupo de compradores sensibles al precio (ej. hospitales), y los leales (ej. asegurados con tasas muy altas de reembolso que los hace insensibles al precio). La entrada de genéricos implica una reducción la elasticidad precio de la demanda para los referentes, dado que todo el segmento sensible se va a genéricos, lo que le permite al innovador aprovechar la mayor insensibilidad de sus clientes (subiendo el precio). Adicionalmente, esa insensibilidad hace menos necesario para estas empresas el realizar publicidad, que generalmente se usa para insensibilizar la demanda (aumentar la lealtad de sus consumidores).

Estudios posteriores mostraron que esto no necesariamente era el caso. Para los anti-infecciosos que se caracterizan por ser un mercado de venta al por menor, los medicamentos referentes también sufrían caídas de precio (Wiggins y Maness, 2004). Esto porque, las copias de marca logran capturar parte del mercado de los leales al innovador, evitando la insensibilización de la demanda. De esta forma se convierte en una competencia à la Cournot, más estándar en los oligopolios.

## **B.2. Funcionamiento del mercado de genéricos en el mundo**

Actualmente, el uso de genéricos presenta una gran dispersión entre países (Wouters et al., 2017; Mansfield, 2014). El 52% de las prescripciones de la OECD son de genéricos; pero esta cifra es de 85% en el Reino Unido, mientras que es sólo el 11% en Luxemburgo (OECD, 2019).

Esta dispersión estaría relacionada con las regulaciones existentes en cada país. Si bien, los mercados de medicamentos genéricos han sido impulsados mundialmente con el objetivo de lograr precios más bajos para productos cuya patente ha caducado, el incremento efectivo en la oferta de productos sustitutos depende de las normas y políticas implementadas. Por lo tanto, la presión competitiva de los medicamentos genéricos estará condicionada a las intervenciones del Estado y su efecto en la estructura competitiva.

En general, se observa que los medicamentos genéricos entran con un precio entre el 40% y 70% del referente al momento de la expiración de la patente. Luego de ello, la entrada de más genéricos reduce drásticamente el precio de los primeros genéricos, pero no del innovador que inclusive sube de precio. En Estados Unidos, por ejemplo, los precios promedio de los genéricos de un principio activo disminuyen en 50% con dos genéricos, 80% con cinco, y 90% con diez o más (FDA, 2019)

Este comportamiento atípico del mercado se explica por la lealtad de algunos consumidores al producto de marca, ya que los perciben de mayor calidad, aun cuando existen certificaciones que garantizan la intercambiabilidad. Por lo tanto, son insensibles al precio. Por otro lado, otro grupo de consumidores, como los institucionales, son sensibles al precio y buscarán el menor entre todos los intercambiables (Frank y Salkever, 1992). Una alternativa que tienen los genéricos para competir con los referentes es crear una copia de marca e invertir en posicionamiento de la misma.

Wiggins y Maness (2004) mostraron que esta estrategia funciona para capturar a los clientes leales del referente. Estas copias de marca reducen la brecha de percepción de calidad, y a su vez crean una brecha que los separa de los genéricos sin marca.

Teniendo en cuenta este funcionamiento de los mercados de productos farmacéuticos, se pueden presentar las estrategias regulatorias más comunes para promover el uso de medicamentos genéricos en el mundo. La Tabla B1 presenta la implementación de éstas, en países de América Latina, principalmente (OPS, 2010).

Adicionalmente, es relevante tener en cuenta que hay otras estrategias regulatorias que no fueron diseñadas con el objetivo de promover genéricos sino el de contener gastos directamente. Políticas como la imposición de un precio máximo al referente y las licitaciones públicas o tendering potencialmente pueden afectar la participación de los genéricos (Scherer, 2000).

Brekke, Canta y Rune (2016) encuentran que no necesariamente imponer precios máximos resulta en una reducción del mercado de genéricos. Si bien es de esperar que imponer un precio máximo al referente limite las potenciales ganancias de los genéricos, la existencia de consumidores leales puede limitar la respuesta agresiva de precios de los referentes y así fomentar la entrada de genéricos. La literatura empírica encuentra resultados mixtos. Por ejemplo, en Suecia y España imponer un precio máximo al referente parece haber limitado la entrada de competidores (Ekelund, 2011; Moreno-Torres et al, 2009), mientras que lo contrario ocurrió para Noruega (Brekke et al, 2015). El único efecto claro está sobre un mayor retraso en los lanzamientos de genéricos (Costa-Font, McGuire, Valor, 2014).

El sistema de licitaciones de compras públicas mediante subastas ha dado grandes resultados en cuanto a precios y es recomendado por la OMS (Danzon, Mulahy, Towse, 2015; Kutizin, 2013), pero la potencial reducción en el largo plazo de la competencia es uno de los miedos asociados a este sistema (Hollis y Grootendorst, 2012). Wouters et al. (2019) estudiaron el sistema de compras con subastas del sistema público en Sudáfrica, y no vieron que a través del tiempo se afectara el nivel de competencia en el mercado (medido con el índice IHH). Esto a pesar de las reducciones en cerca del 40% de los precios y del número de empresas que se presentaban a la puja.

**Tabla B1: Áreas y estrategias regulatorias que promueven el uso de medicamentos genéricos en el mundo**

Áreas	Acciones	Países
<p>Reducción de asimetrías de información</p> <p>Reducción de barreras de ingreso al mercado</p> <p>Incentivos a la oferta</p>	Uso de DCI en rotulado y prospecto	Chile, Honduras, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela
	Información sobre precios de medicamentos	Brasil (Banco de precios en salud), Chile (Mercado Público, CENABAST), Colombia (Sistema de Información Médica (SISMED)), Perú (Observatorio de Medicamentos, OBSERMED)
	Aranceles diferenciados para el registro de medicamentos genéricos	Argentina, Brasil y Chile
	Regulación de precios de los medicamentos en el momento del registro	Bahamas, Bolivia Brasil, Canadá, Ecuador Grenada, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay Perú, Saint Kitts & Nevis, Saint Lucia y Suriname
	Apertura de las importaciones para medicamentos genéricos e insumos	Varía según país, por ejemplo Brasil importa el 19%, Ecuador 80%
	Instrumentos de promoción industrial	Brasil, Argentina, Cuba, India
	Flexibilización de patentes y salvaguardas de los Acuerdos ADPIC	Colombia, Costa Rica
Garantía de calidad de los productos	Producción pública de medicamentos genéricos	Brasil, Argentina
	Buenas Prácticas de Manufactura	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay
	Equivalencia de los medicamentos genéricos	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay, Venezuela
Incentivos a la adquisición	Aseguramiento o descuento específico a los genéricos	Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador
Incentivos a la prescripción	Incentivos a los profesionales por prescribir genéricos	Argentina, Colombia, El Salvador y Nicaragua
	Establecer la prescripción obligatoria por nombre genérico	Casi todos los países en el sector público
Incentivos a la sustitución en la dispensación	Sustitución farmacéutica (restricciones con listas oficiales)	Brasil, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela
Difusión y educación pública	Estrategias de difusión de los medicamentos genéricos	Chile (Elige el amarillo)

**Fuente:** Construcción y actualización propia basada en el anexo de OPS (2010)

Por su parte, Wouters, Kanavos y McKee (2017) realizaron un estudio comparativo de los mercados de genéricos en Europa y Estados Unidos. Utilizaron datos de IMS Health en 2013 de 200 ingredientes activos fuera de patente, que eran los más utilizados en la Unión Europea ese año.

Los autores encontraron una amplia variación de precios, relativo a Alemania, el Reino Unido consiguió precios en promedio del 40% mientras que en Suiza eran casi del 260%. Es decir, en Suiza se pagó casi 6 veces más por unidad estándar que en el Reino Unido, a nivel de venta al por mayor. Al por menor, también se dan grandes diferencias de precios. Por ejemplo, el Omeprazol era 30 veces más caro en Suiza que en el Reino Unido. Fuera de Europa, puede verse que es un problema general. Mansfield (2014) compara 15 principios activos entre Australia y el Reino Unido, y encuentra precios en promedio 7 veces mayores para Australia.

Los autores resaltan los hallazgos de un informe de la Comisión Europea (2009). Uno de los principales hallazgos es la lentitud en la entrada de genéricos a los mercados europeos. Los primeros entrar en promedio 7 meses después del fin de protección de patente (aunque también hay una gran dispersión en esto). Adicionalmente, sólo llegan a ser la mitad del mercado de un medicamento luego de 2 años en el mercado. Esto en contraste con EEUU, donde 84% de las prescripciones son de genéricos (OECD, 2016).

Algunos de los factores detrás los aspectos claves resaltados anteriormente son legales, instrumentos que utilizan las farmacéuticas para alargar la exclusividad de la patente. Esto incluye apelaciones frente a las autoridades, pero también demandas a compañías que producen genéricos, para frenar su investigación y lanzamientos. Por otra parte, la existencia de una amplia gama de regulaciones en estos países puede estar detrás del lento movimiento de la competencia. Por ejemplo, para el momento del análisis, en 13 países era obligatorio sustituir prescripciones por genéricos, en 14 era voluntario, y prohibido en 5. La gran mayoría tiene control de precios medicamentos que involucra a genéricos, y capacidades para bloquear incrementos súbitos en los precios de productos (eventos que se han dado en EEUU). Adicionalmente, el uso de licitaciones es bastante común.



# C Sistema de Salud Chileno

## C.1. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El decreto N°2763 de 1979 crea a FONASA como el organismo público encargado de otorgar protección y cobertura de salud a sus cotizantes y a todas aquellas personas que carecen de recursos, junto a sus respectivos beneficiarios o cargas<sup>2</sup>. FONASA recauda, administra y distribuye los recursos financieros del sector salud para financiar prestaciones de salud a sus beneficiarios.

En FONASA existen dos modalidades de atención: i) Modalidad de Atención Institucional (MAI), la cual otorga prestaciones médicas a los beneficiarios en los establecimientos públicos que conforman la red pública asistencial; y ii) Modalidad Libre Elección (MLE), la cual otorga a los beneficiarios acceso bonos<sup>3</sup> para atención en establecimientos privados o con profesionales que tengan convenio con FONASA.

Se debe señalar que FONASA agrupa a sus beneficiarios, según ingresos, en cuatro tramos que difieren en cuanto a bonificación y copago, tal como se muestra en la Tabla C1:

---

<sup>2</sup> Una carga en FONASA corresponde a una persona, que incorpora el cotizante o titular, para que pueda acceder a prestaciones de salud. Se consideran cargas legales a:

1. La cónyuge y el cónyuge inválido.
2. Los hijos o los adoptados hasta los 18 años, y los mayores de esta edad hasta los 24 años, que estén solteros y cursen estudios regulares en instituciones del Estado o reconocidos por éste.
3. Los nietos y bisnietos huérfanos de padre y madre o abandonados por éstos, en los términos del punto 2.
4. La madre viuda.
5. Los ascendientes mayores de 65 años.
6. Los niños huérfanos o abandonados, en los mismos términos que establece el punto 2.
7. Conviviente civil que ha suscrito un Acuerdo de Unión Civil.

<sup>3</sup> Un bono consiste en un cupón que valoriza el valor total de la prestación de salud en establecimientos privados de salud y otorga acceso a ésta en los. El bono es financiado por FONASA o las ISAPRES, dependiendo del tipo de aseguramiento y un copago pagado los beneficiarios, el cual es determinado por la cobertura de su plan de salud.

Tabla C1: Tramos de ingreso FONASA – año 2020

Tramo	Ingreso imponible mensual de beneficiarios	Bonificación
A	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carente de recursos</li><li>• Causante de subsidio familiar (Ley 18.020).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% en MAI</li></ul>
B	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor o igual a \$320,500</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% en MAI</li><li>• Acceso a bonos MLE</li></ul>
C	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor a \$320,500 y menor o igual a \$467,930</li><li>• Con tres o más cargas familiares pasa a Tramo B</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 90% en MAI</li><li>• Acceso a bonos MLE</li></ul>
D	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor a \$467,930</li><li>• Con tres o más cargas familiares pasa a Tramo C</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 80% en MAI</li><li>• Acceso a bonos MLE</li></ul>

**Notas:** El ingreso imponible es el monto sobre el cual se calcula el descuento destinado a previsión de salud y pensiones y corresponde a todos los ingresos que constituyen remuneración según el artículo 41 del Código del Trabajo: sueldo base, sobresueldos u horas extras, comisiones, participación en utilidades, gratificaciones y bonos. No constituyen remuneración las asignaciones familiares, de movilización, colación, viáticos e indemnizaciones por años de servicio. El tope imponible mensual está establecido en 80,2 unidades de fomento, lo que corresponde a \$2.312.412 pesos chilenos en octubre de 2020. MAI: Modalidad de Atención Institucional; MLE: Modalidad Libre Elección. Valores en pesos chilenos de 2020.

**Fuente:** [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

Según datos de la División Desarrollo Institucional de FONASA para el 2020, esta institución atiende al 77% de la población de Chile, lo que equivale a 14,841,562 de personas.

### C.2. Instituciones de salud previsional (ISAPRES)

El decreto con fuerza de ley N°3 de 1981 del Ministerio de Salud crea a las ISAPRES como entidades privadas que administran la cotización obligatoria de salud de personas que optan por un aseguramiento privado para obtener prestaciones de salud y pago de licencias médicas, en lugar de FONASA. En particular, los usuarios de las ISAPRES cotizan el 7% de su remuneración imponible o un monto superior convenido al contratar su plan de salud.

Existen tres modalidades de atención en ISAPRES: i) Modalidad prestadores en

<sup>4</sup> En las ISAPRES las cargas pueden ser legales o médicas. Las cargas legales son aquellas definidas también para FONASA y las cargas médicas corresponden a cualquier otra persona incluida por el cotizante titular a su plan de salud, previa evaluación y autorización de la ISAPRE. Las cargas acceden a la misma cobertura del plan de salud del cotizante.

<sup>5</sup> Existe un 5% de la población de Chile que utiliza otros métodos de aseguramiento, diferente a ISAPRE y FONASA, relacionado fundamentalmente con el sistema de protección social de las fuerzas armadas y de orden.

convenio o preferentes, la cual cubre prestaciones de salud con una determinada red de prestadores señalados en el plan de salud con un monto de bonificación mayor que bajo la modalidad de libre elección; ii) Modalidad libre elección, la cual bonifica cualquier prestador médico seleccionado por el beneficiario; y iii) Modalidad cerrada o médico de cabecera, la cual bonifica atenciones de salud sólo del prestador explicitado en el plan de salud.

Actualmente, Chile cuenta con 6 ISAPRES abiertas a todo público, a las cuales, cualquier persona puede postular y acceder a un plan de salud según sus necesidades y capacidad de pago. Adicionalmente, existen 3 ISAPRES cerradas que atienden población específica de ciertas empresas, como por ejemplo, mineras. En cuanto a sus beneficiarios, según datos de la Superintendencia de Salud, a junio de 2020 las ISAPRES cuentan con 1,996,972 cotizantes y 1,385,003 de cargas<sup>4</sup>. En total, 3,381,975 personas, equivalentes el 18% de la población de Chile<sup>5</sup>.

**Tabla C2: Número de cotizantes y cargas desagregados por ISAPRE – Mayo 2020**

ISAPRES	N° de	N° de	%
	Cotizantes	Cargas	Total Sistema
	(1)	(2)	(3)
Colmena Golden Cross	407.696	242.822	19,2
Cruz Blanca S.A.	429.803	286.385	21,1
Vida Tres	81.62	73.827	4,6
Nueva Masvida S.A.	216.859	136.576	10,4
Isapre Banmédica	392.177	322.844	21,1
Consalud S.A.	434.205	282.816	21,1
<b>Total ISAPRES abiertas</b>	<b>1.962.360</b>	<b>1.345.270</b>	<b>97,5</b>
Isalud Ltda.	24.153	31.121	1,6
Isapre Fundación	15.686	11.554	0,8
Cruz del Norte	786	1.171	0,1
<b>Total ISAPRES cerradas</b>	<b>40.625</b>	<b>43.846</b>	<b>2,5</b>
<b>Total sistema</b>	<b>2.002.985</b>	<b>1.389.116</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Superintendencia de Salud, Archivos Maestros de Beneficiarios, Contratos y Cotizaciones.

(1) Cotizantes vigentes en el mes.

(2) Cargas vigentes en el mes.

### C.3. Leyes de aseguramiento

#### i. Garantías explícitas de salud

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) aseguran acceso, calidad, protección financiera

y oportunidad a las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud definidas por la Ley N°19.966 de 2004 y el decreto GES N°22 del año 2019 de MINSAL. El GES comenzó el año 2005 cubriendo 25 patologías de salud, número que se ha incrementado con los años hasta lograr las 85 patologías de salud, cuyos diagnósticos, tratamientos y seguimientos cuentan con cobertura garantizada en la actualidad.

Las GES constituyen un beneficio legal para los beneficiarios de FONASA y de las ISAPRES, instituciones que deben asegurar obligatoriamente dichas garantías. En el caso de las ISAPRES, las GES se incorporan al plan de salud contratado, por lo que la cobertura corresponde a lo que contempla el plan de salud más todo aquello que se encuentra garantizado por ley. Para ello, los cotizantes deben pagar una prima establecida en la ley que varía por ISAPRE. Por su parte, los afiliados a FONASA no deben pagar el precio GES.

Para cada patología en GES, MINSAL determina una canasta -que puede o no incluir medicamentos- o grupo de prestaciones, y determina un arancel que se estima de acuerdo a los gastos que realiza FONASA. La ley establece un valor máximo a pagar por parte de los beneficiarios, que corresponde al 20% del arancel de referencia de MINSAL. Es decir, FONASA y las ISAPRES están mandatados a cubrir sólo el 80% del costo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una patología GES. Por su parte, las ISAPRES reciben el arancel que fija MINSAL. Según datos de la Asociación de ISAPRES de Chile, en promedio, el copago realizado por sus beneficiarios no es 20%, sino 6%<sup>6</sup>.

En la práctica, los beneficiarios de ISAPRES pueden optar por hacer uso de la cobertura GES de manera total o parcial, o pueden decidir utilizar la cobertura establecida en su plan de salud, en cualquier etapa de su enfermedad (AICH, 2019). Por lo tanto, las trayectorias de los beneficiarios de ISAPRES frente a una patología GES pueden ser variadas, dependiendo de su elección de prestadores. Lo anterior genera un desafío para los agentes reguladores, fiscalizadores y tomadores de decisiones, debido a la dificultad para establecer patrones de comportamiento de los beneficiarios (Superintendencia de Salud, 2008).

## **ii. Ley Ricarte Soto**

La Ley Ricarte Soto (LRS), N°20.850 del año 2015 de MINSAL, creó un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo<sup>7</sup>.

Esta ley considera cobertura universal, independiente del tipo de aseguramiento (FONASA, ISAPRE o de las fuerzas armadas y de orden), a condiciones específicas de

---

<sup>6</sup> Se sugiere revisar discusión en la comisión de salud del Senado para mayores detalles: <https://www.senado.cl/alza-del-plan-de-las-isapres-por-canasta-ges-comision-de-salud-escucha/senado/2016-06-08/180955.html>

<sup>7</sup> Su nombre rinde homenaje póstumo a Luis Ricarte Soto Gallegos, quien encabezó un movimiento social para visibilizar el alto costo de los medicamentos y tratamientos médicos de patologías progresivas.

salud, tales como enfermedades oncológicas, inmunológicas y raras o poco frecuentes. En particular, cubre la totalidad del valor de los medicamentos, dispositivos médicos o alimentos y algunos exámenes de alto costo, de 27 enfermedades establecidas según decreto.

Para acceder a los beneficios, el médico tratante debe realizar la postulación del paciente en el sistema informático de la LRS dispuesto en la plataforma web de FONASA. Los criterios de inclusión se definen en los protocolos de MINSAL y para cada problema de salud existe un comité experto que confirma el diagnóstico y otorga el acceso al sistema. En el caso de los afiliados a ISAPRES, el contrato de salud debe contener la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). Una vez que FONASA recibe la postulación, se informa a la ISAPRE y se activa la CAEC.

# D Metodología y detalles del análisis empírico

## D.1. Datos requeridos, disponibles y utilizados

Pregunta	Requeridos	Disponibles	Utilizados
¿Qué tan concentrado está el mercado de medicamentos para la demanda a nivel de hogar?	Unidades consumidas y precio de adquisición por cada producto (principio activo + laboratorio), a nivel de hogares	<ul style="list-style-type: none"><li>La Encuesta Nacional de Salud (ENS) cuenta con esta información, sin precios, pero es una muestra reducida para capturar medicamentos de "baja demanda" (consumidos por menos del 2% de los hogares).</li><li>La Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) cuenta con una muestra amplia para detectar gastos, pero la información pública no permite diferencias principios activos</li><li>Los datos de la consultora IQVIA no son públicos, son costosos. Dan una idea del mercado agregado de Chile en diferentes años.</li></ul>	ENS, canasta de 15 medicamentos: Unidades consumidas por producto, a nivel de hogares
¿Puede llevar la expansión del esquema de compras centralizadas a una mayor concentración del mercado?	Unidades consumidas y precio de adquisición por cada producto, obtenidos a través del sistema público en general	<ul style="list-style-type: none"><li>Información de medicamentos adquiridos por CENABAST, que son los susceptibles a obtener precios más bajos por competencia, que luego son distribuidos a los consultorios de la red pública, y a las farmacias populares con un precio máximo de venta</li><li>Datos de licitaciones procesados por la FNE. Acceso denegado.</li></ul>	Resultado procesos CENABAST 2014-19: Valor por cada proceso, según ingrediente activo
¿Cuál la relación entre concentración del mercado y precio de los productos a nivel de farmacia?	Unidades vendidas y precio de venta por cada producto, a nivel de farmacia	<ul style="list-style-type: none"><li>La página comparador de medicamentos Tufarmacia (hospital digital) del MINSAL, contaba con precios y disponibilidad de algunas farmacias que reportaban de forma voluntaria. No hay unidades vendidas. Sin acceso a la fecha.</li><li>Ejercicio del SERNAC para una canasta de medicamentos en 15 farmacias de la región metropolitana. No hay unidades vendidas.</li><li>Ubicación y naturaleza de todas las farmacias en Chile (Farmanet de MINSAL)</li><li>Datos del estudio de la FNE sobreprecios y disponibilidad. Acceso denegado.</li></ul>	SERNAC + Farmanet: Disponibilidad de producto y precio unitario, por farmacia



## **D.2. Competencia en el mercado de medicamentos más demandados a nivel de hogares**

La ENS es una encuesta diseñada como herramienta de vigilancia epidemiológica nacional, que evalúa la prevalencia de problemas y determinantes de salud, principalmente enfermedades no transmisibles. La ENS ha sido aplicada en los años 2003, 2009-2010 y su última versión en 2016-2017. Las bases de datos de todas las versiones de la ENS se encuentran disponibles en el sitio web de MINSAL<sup>8</sup>.

El módulo X de la encuesta corresponde a un inventario de medicamentos, el cual contiene información respecto a todos los medicamentos, remedios u otros tratamientos que toman los encuestados al momento de ser consultados<sup>9</sup>. Los encuestados también deben señalar dónde obtuvo el medicamento: si se lo dieron en el consultorio, hospital, red del sistema público; en una farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio, si lo compró en farmacia en forma particular, si lo compró en otro lugar (feria, calle), si se lo regaló un conocido, si se lo dieron por el AUGE (GES) u otro mecanismo.

Adicionalmente, con la información de la ENS 2016 se puede identificar el tipo de cada medicamento, esto es, si es referente, copia de marca o genérico. Entonces, se presentan dos índices, el IHH general que no toma en cuenta la tipología del medicamento, y el IHH del mercado de genéricos, el cual sólo considera la cuota de mercado considerando sólo a aquellos laboratorios que disponen del medicamento genérico.

Para los 15 medicamentos más consumidos en Chile, la tabla D2 presenta el porcentaje de la población que los consume y la desagregación respecto al tipo de medicamento consumido, esto es, si corresponde a una copia de marca, un genérico o un referente. Adicionalmente, se muestra el número de laboratorios que producen los medicamentos y el IHH a nivel general y sólo para los genéricos. Asimismo, se puede extraer que el número de laboratorios que obtienen una cuota de mercado positiva para estos 15 medicamentos varía entre 4 y 17, dependiendo del principio activo.

Si el análisis de concentración se acota sólo a los medicamentos genéricos, se obtiene que, en 13 de los 15 medicamentos analizados, el IHH para el mercado de genéricos aumenta respecto al IHH general. Es decir, si sólo se consideran los laboratorios y cuotas de mercado de medicamentos genéricos, la concentración del mercado aumenta. Sólo en el caso de la furosemida el nivel de competencia se mantiene y para el salbutamol la competencia aumenta al considerar sólo genéricos.

Adicionalmente, existe un componente territorial que se debe incorporar en el análisis sobre el mecanismo de acceso a medicamentos. Dado que la red de salud pública

---

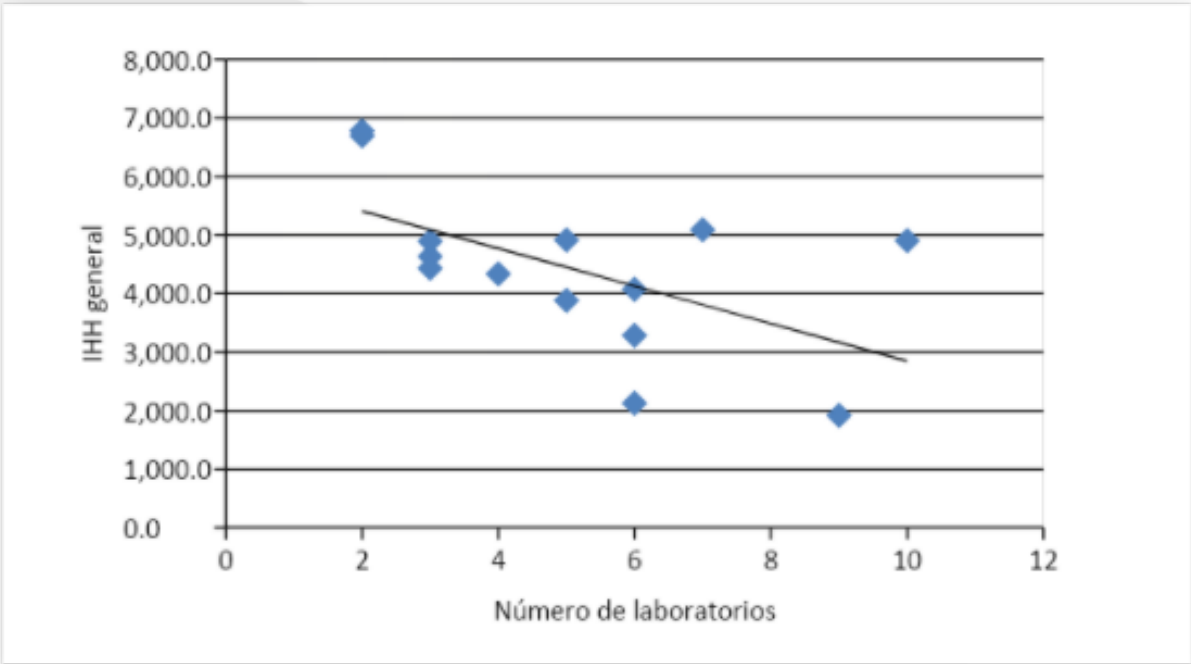
<sup>8</sup> <http://epi.minsal.cl/bases-de-datos>

<sup>9</sup> Este módulo es aplicado por una enfermera, quien está encargada de registrar el código del medicamento, el nombre comercial completo, presentación y laboratorio, número de unidades por presentación del medicamento, dosis del medicamento, por cuánto tiempo ha tomado el medicamento de manera continua, y quién le indicó este medicamento.

y la distribución de farmacias privadas no es uniforme a lo largo del país, resulta pertinente analizar si existen diferencias entre regiones debido a características propias del territorio. Consecuentemente, la Tabla D3 presenta la proporción de personas que consumen medicamentos según regiones del país, mecanismo de acceso a los medicamentos y tipo de previsión de salud. Se consideran tres grupos de regiones para este análisis: la Región Metropolitana donde se encuentra la capital del país, las regiones de Valparaíso y BíoBío que tienen la mayor densidad poblacional después de la Región Metropolitana, y el resto de las regiones. Las tablas D4 a D7 presentan el análisis de los 15 medicamentos, pero para cada uno de estas regiones.

Finalmente, la Figura D1 presenta la relación entre número de laboratorios e índice IHH, para el caso general. Se observa que a medida que aumenta el número de laboratorios participando por cuotas de mercado, disminuye el índice IHH o el grado de concentración del mercado. Esto es consistente con la teoría económica, en cuanto que la existencia de un mercado más atomizado con un mayor número de oferentes hace aumentar la competencia.

**Figura D1: Relación entre número de laboratorios e índice IHH**



**Notas:** Se consideran los 15 medicamentos más consumidos en Chile según la ENS 2016  
**Fuente:** Elaboración propia con base en ENS 2016

**Tabla D2: Medicamentos más consumidos en Chile según porcentaje consumido por tipo (copia de marca, genérico, referente), número de laboratorios e índice IHH general y de genéricos. Población total.**

Medicamento	% consumo en la población	% copia de	% genérico	% referente	N laboratorios	IHH	N laboratorios	IHH
		marca			Total	general	genéricos	genéricos
Paracetamol *	12,4	13,1	87,0	0,0	17	4.124,7	9	5.315,1
Ácido acetilsalicílico*	10,9	21,0	29,5	49,6	7	4.917,5	6	6.197,0
Losartan*	10,4	1,3	98,8	0,0	12	1.980,7	11	1.988,3
Metformina*	9,8	21,3	69,1	9,7	14	1.673,9	10	2.275,8
Atorvastatina*	7,9	2,8	97,3	0,0	11	2.159,5	8	2.241,3
Hidroclorotiazida*	5,6	12,5	66,1	21,4	11	3.881,7	5	5.177,0
Omeprazol *	5,5	0,8	99,2	0,0	12	1.975,1	11	2.006,1
Levotiroxina de sodio*	5,1	80,1	19,9	0,0	4	6.165,2	4	8.546,2
Enalapril*	4,8	1,3	98,7	0,0	8	2.649,5	5	2.717,9
Ibuprofeno *	3,1	4,2	95,8	0,0	12	2.677,0	8	2.888,6
Atenolol	2,2	0,0	99,8	0,2	7	4.463,2	6	4.478,8
Furosemida*	2,2	0,0	100,0	0,0	4	4.910,5	4	4.910,5
Salbutamol*	1,9	36,2	63,8	0,0	12	2.641,1	10	1.909,3
Metamizol sodico*	1,9	44,7	55,3	0,0	5	3.551,5	3	4.630,9
Sertralina*	1,9	4,8	93,8	1,5	11	1.925,0	7	2.123,4
Promedio	5,7	16,3	78,3	5,5	10	3.313,1	7	3.827,1
Máximo	12,4	80,1	100,0	49,6	17	6.165,2	11	8.546,2
Mínimo	1,9	0,0	19,9	0,0	4	1.673,9	3	1.909,3

**Notas:** El símbolo \* denota que el medicamento está incorporado en alguna de las canastas GES

**Fuente:** Elaboración propia con base en ENS 2016.

**Tabla D3: Proporción de personas que consumen medicamentos según región forma de acceso y tipo de provisión de salud**

Regiones	FONASA			ISAPRE		
	Beneficiarios: 14.841.562			Afiliados: 3.381.975		
	Red pública	GES	Farmacia	Red pública	GES	Farmacia
	(Gratuito)	(Gratuito)	(Gasto de bolsillo)	(Gratuito)	(Gratuito)	(Gasto de bolsillo)
Región Metropolitana	0,43	0,00	0,46	0,04	0,06	0,79
Valparaíso y Biobío	0,56	0,00	0,37	0,00	0,05	0,84
Otras regiones	0,51	0,00	0,37	0,05	0,07	0,62
Total	0,49	0,00	0,41	0,04	0,06	0,77

**Nota:** La ENS 2016 incluye otras categorías de acceso a medicamentos: en farmacia con tarjeta de ISAPRE o consultorio, lo compró en otro lugar distinto a una farmacia (feria, calle), regalo de un conocido. Éstas no se reportan en esta tabla por simplicidad. Las desviaciones de estándar se presentan en el Anexo de esta nota.

**Fuente:** Elaboración propia con base en ENS 2016.

**Tabla D4: Proporción y desviación estándar de personas que consumen medicamentos (principio activo) según forma de acceso y tipo de previsión de salud**

Principio activo	FONASA			ISAPRE		
	Red pública	GES	Farmacia	Red pública	GES	Farmacia
Paracetamol *	0,51 (0,50)	0,00 (0,01)	0,40 (0,49)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,96 (0,18)
Ácido acetilsalicílico*	0,78 (0,41)	0,00 (0,04)	0,18 (0,38)	0,00 (0,04)	0,10 (0,30)	0,75 (0,44)
Losartan*	0,83 (0,38)	0,00 (0,06)	0,15 (0,36)	0,01 (0,10)	0,19 (0,39)	0,47 (0,50)
Metformina *	0,83 (0,37)	0,01 (0,11)	0,13 (0,34)	0,07 (0,25)	0,08 (0,26)	0,83 (0,37)
Atorvastatina	0,84 (0,37)	0,00 (0,04)	0,16 (0,36)	0,02 (0,15)	0,26 (0,44)	0,61 (0,49)
Hidroclorotiazida*	0,94 (0,23)	0,00 (0,05)	0,05 (0,23)	0,08 (0,27)	0,43 (0,50)	0,42 (0,49)
Omeprazol *	0,73 (0,44)	0,00 (0,01)	0,24 (0,43)	0,00 (0,00)	0,12 (0,33)	0,85 (0,36)
Levotiroxina de sodio*	0,65 (0,48)	0,00 (0,00)	0,35 (0,48)	0,04 (0,19)	0,09 (0,29)	0,86 (0,34)
Enalapril	0,86 (0,35)	0,00 (0,07)	0,13 (0,33)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,97 (0,18)
Ibuprofeno*	0,09 (0,28)	0,00 (0,00)	0,86 (0,34)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,99 (0,07)
Atenolol	0,80 (0,40)	0,01 (0,09)	0,19 (0,39)	0,13 (0,34)	0,00 (0,00)	0,73 (0,45)
Furosemida*	0,96 (0,21)	0,00 (0,04)	0,04 (0,19)	0,00 (0,00)	0,80 (0,40)	0,20 (0,40)
Salbutamol*	0,75 (0,43)	0,00 (0,00)	0,23 (0,42)	0,02 (0,15)	0,00 (0,00)	0,94 (0,23)
Metamizol sódico*	0,29 (0,46)	0,00 (0,00)	0,57 (0,50)			
Sertralina*	0,80 (0,40)	0,03 (0,18)	0,16 (0,37)	0,00 (0,00)	0,14 (0,34)	0,70 (0,46)
Total	0,49 (0,50)	0,00 (0,05)	0,41 (0,49)	0,04 (0,19)	0,06 (0,24)	0,77 (0,42)

**Nota:** El símbolo \* denota que el medicamento está incorporado en alguna de las canastas GES. Desviaciones estándar entre paréntesis. La ENS 2016 incluye otras categorías de acceso (en farmacia con tarjeta de ISAPRE o consultorio, lo compró en otro lugar distinto a una farmacia (feria, calle), regalo de un conocido) las cuales no se reportan en esta tabla por simplicidad y porque no agrupan proporciones relevantes.

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENS 2016.

**Tabla D5: Proporción y desviación estándar de personas de la Región Metropolitana que consumen medicamentos (principio activo) según forma de acceso y tipo de previsión de salud**

Principio activo	FONASA			ISAPRE		
	Red pública	GES	Farmacia	Red pública	GES	Farmacia
Paracetamol *	0,41 (0,49)	0,00 (0,00)	0,47 (0,50)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)
Ácido acetilsalicílico*	0,77 (0,42)	0,00 (0,00)	0,18 (0,39)	0,00 (0,00)	0,10 (0,30)	0,76 (0,43)
Losartan*	0,77 (0,42)	0,00 (0,05)	0,19 (0,39)	0,00 (0,00)	0,20 (0,40)	0,58 (0,49)
Metformina *	0,78 (0,41)	0,02 (0,13)	0,15 (0,35)	0,08 (0,27)	0,05 (0,23)	0,86 (0,34)
Atorvastatina	0,75 (0,43)	0,00 (0,06)	0,25 (0,43)	0,00 (0,00)	0,25 (0,43)	0,75 (0,43)
Hidroclorotiazida*	1,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,18 (0,39)	0,82 (0,39)	0,00 (0,00)
Omeprazol *	0,67 (0,47)	0,00 (0,00)	0,29 (0,45)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)
Levotiroxina de sodio*	0,50 (0,50)	0,00 (0,00)	0,50 (0,50)	0,00 (0,00)	0,11 (0,31)	0,88 (0,32)
Enalapril	0,83 (0,37)	0,00 (0,00)	0,15 (0,36)			
Ibuprofeno*	0,07 (0,25)	0,00 (0,00)	0,90 (0,30)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)
Atenolol	0,73 (0,44)	0,00 (0,00)	0,27 (0,44)	0,26 (0,44)	0,00 (0,00)	0,74 (0,44)
Furosemida*	0,98 (0,15)	0,00 (0,00)	0,02 (0,15)	0,00 (0,00)	0,80 (0,40)	0,20 (0,40)
Salbutamol*	0,85 (0,36)	0,00 (0,00)	0,10 (0,30)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)
Metamizol sódico*	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,79 (0,41)			
Sertralina*	0,74 (0,44)	0,09 (0,28)	0,17 (0,38)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,68 (0,47)
Total	0,43 (0,50)	0,00 (0,06)	0,46 (0,50)	0,04 (0,20)	0,06 (0,24)	0,79 (0,41)

**Nota:** El símbolo \* denota que el medicamento está incorporado en alguna de las canastas GES. Desviaciones estándar entre paréntesis. La ENS 2016 incluye otras categorías de acceso (en farmacia con tarjeta de ISAPRE o consultorio, lo compró en otro lugar distinto a una farmacia (feria, calle), regalo de un conocido) las cuales no se reportan en esta tabla por simplicidad y porque no agrupan proporciones relevantes.

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENS 2016.

**Tabla D6: Proporción de personas de las regiones de Valparaíso y Biobío que consumen medicamentos (principio activo) y desviación estándar según forma de acceso y tipo de previsión de salud**

Principio activo	FONASA			ISAPRE		
	Red pública	GES	Farmacia	Red pública	GES	Farmacia
Paracetamol *	0,79 (0,41)	0,00 (0,00)	0,21 (0,41)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,89 (0,32)
Ácido acetilsalicílico*	0,79 (0,41)	0,00 (0,00)	0,19 (0,39)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)
Losartan*	0,81 (0,39)	0,00 (0,00)	0,16 (0,37)	0,02 (0,12)	0,15 (0,35)	0,23 (0,42)
Metformina *	0,89 (0,31)	0,00 (0,00)	0,11 (0,31)	0,02 (0,14)	0,19 (0,39)	0,77 (0,42)
Atorvastatina	0,92 (0,28)	0,00 (0,00)	0,07 (0,26)	0,05 (0,22)	0,49 (0,50)	0,18 (0,38)
Hidroclorotiazida*	0,92 (0,28)	0,00 (0,00)	0,08 (0,28)	0,03 (0,17)	0,00 (0,00)	0,97 (0,17)
Omeprazol *	0,77 (0,42)	0,00 (0,00)	0,23 (0,42)	0,00 (0,00)	0,61 (0,49)	0,39 (0,49)
Levotiroxina de sodio*	0,79 (0,41)	0,00 (0,00)	0,21 (0,41)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,98 (0,14)
Enalapril	0,86 (0,35)	0,00 (0,00)	0,14 (0,35)			
Ibuprofeno*	0,06 (0,24)	0,00 (0,00)	0,94 (0,24)			
Atenolol	0,66 (0,47)	0,00 (0,00)	0,32 (0,47)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)
Furosemida*	0,96 (0,20)	0,00 (0,00)	0,02 (0,13)			
Salbutamol*	0,36 (0,48)	0,00 (0,00)	0,64 (0,48)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)
Metamizol sódico*	0,53 (0,50)	0,00 (0,00)	0,47 (0,50)			
Sertralina*	0,74 (0,44)	0,00 (0,00)	0,26 (0,44)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)	0,00 (0,00)
Total	0,56 (0,50)	0,00 (0,00)	0,37 (0,48)	0,00 (0,07)	0,05 (0,21)	0,84 (0,36)

**Nota:** El símbolo \* denota que el medicamento está incorporado en alguna de las canastas GES. Desviaciones estándar entre paréntesis. La ENS 2016 incluye otras categorías de acceso (en farmacia con tarjeta de ISAPRE o consultorio, lo compró en otro lugar distinto a una farmacia (feria, calle), regalo de un conocido) las cuales no se reportan en esta tabla por simplicidad y porque no agrupan proporciones relevantes.

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENS 2016.



**Tabla D7: Proporción y desviación estándar de personas de otras regiones que consumen medicamentos (principio activo) según forma de acceso y tipo de previsión de salud**

Principio activo	FONASA			ISAPRE		
	Red pública	GES	Farmacia	Red pública	GES	Farmacia
Paracetamol *	0,51 (0,50)	0,00 (0,01)	0,40 (0,49)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,96 (0,18)
Ácido acetilsalicílico*	0,78 (0,41)	0,00 (0,04)	0,18 (0,38)	0,00 (0,04)	0,10 (0,30)	0,75 (0,44)
Losartan*	0,83 (0,38)	0,00 (0,06)	0,15 (0,36)	0,01 (0,10)	0,19 (0,39)	0,47 (0,50)
Metformina *	0,83 (0,37)	0,01 (0,11)	0,13 (0,34)	0,07 (0,25)	0,08 (0,26)	0,83 (0,37)
Atorvastatina	0,84 (0,37)	0,00 (0,04)	0,16 (0,36)	0,02 (0,15)	0,26 (0,44)	0,61 (0,49)
Hidroclorotiazida*	0,94 (0,23)	0,00 (0,05)	0,05 (0,23)	0,08 (0,27)	0,43 (0,50)	0,42 (0,49)
Omeprazol *	0,73 (0,44)	0,00 (0,01)	0,24 (0,43)	0,00 (0,00)	0,12 (0,33)	0,85 (0,36)
Levotiroxina de sodio*	0,65 (0,48)	0,00 (0,00)	0,35 (0,48)	0,04 (0,19)	0,09 (0,29)	0,86 (0,34)
Enalapril	0,86 (0,35)	0,00 (0,07)	0,13 (0,33)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,97 (0,18)
Ibuprofeno*	0,09 (0,28)	0,00 (0,00)	0,86 (0,34)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,99 (0,07)
Atenolol	0,80 (0,40)	0,01 (0,09)	0,19 (0,39)	0,13 (0,34)	0,00 (0,00)	0,73 (0,45)
Furosemida*	0,96 (0,21)	0,00 (0,04)	0,04 (0,19)	0,00 (0,00)	0,80 (0,40)	0,20 (0,40)
Salbutamol*	0,75 (0,43)	0,00 (0,00)	0,23 (0,42)	0,02 (0,15)	0,00 (0,00)	0,94 (0,23)
Metamizol sódico*	0,29 (0,46)	0,00 (0,00)	0,57 (0,50)			
Sertralina*	0,80 (0,40)	0,03 (0,18)	0,16 (0,37)	0,00 (0,00)	0,14 (0,34)	0,70 (0,46)
Total	0,49 (0,50)	0,00 (0,05)	0,41 (0,49)	0,04 (0,19)	0,06 (0,24)	0,77 (0,42)

**Nota:** El símbolo \* denota que el medicamento está incorporado en alguna de las canastas GES. Desviaciones estándar entre paréntesis. La ENS 2016 incluye otras categorías de acceso (en farmacia con tarjeta de ISAPRE o consultorio, lo compró en otro lugar distinto a una farmacia (feria, calle), regalo de un conocido) las cuales no se reportan en esta tabla por simplicidad y porque no agrupan proporciones relevantes.

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENS 2016.

**Tabla D8: Medicamentos más consumidos en Chile según porcentaje consumido por tipo (copia de marca, genérico, referente), número de laboratorios e índice IHH general y de genéricos. Beneficiarios FONASA.**

Medicamento	% consumo en	% copia de	% genérico	% referente	N laboratorios	IHH	N laboratorios	IHH
	FONASA	marca						
Paracetamol *	12,7	10,8	89,2	0,0	16	4.238,0	9	5.210,2
Ácido acetilsalicílico*	11,5	15,4	32,1	52,5	6	4.989,9	5	6.390,9
Losartan*	10,6	0,2	99,8	0,0	12	1.969,1	11	1.977,7
Metformina*	9,4	14,6	75,9	9,6	12	1.802,9	10	2.328,5
Atorvastatina	8,5	2,1	97,9	0,0	10	2.189,3	8	2.231,1
Hidroclorotiazida*	5,9	10,6	65,4	24,0	8	4.080,3	5	4.521,4
Omeprazol *	5,8	0,9	99,1	0,0	12	1.816,1	11	1.847,7
Levotiroxina de sodio*	5,0	81,8	18,3	0,0	4	6.959,7	4	8.021,0
Enalapril	5,5	1,0	99,1	0,0	7	2.660,2	5	2.713,7
Ibuprofeno *	3,2	5,5	94,5	0,0	10	2.493,8	7	2.755,1
Atenolol	2,4	0,0	99,8	0,2	7	5.014,4	6	5.036,0
Furosemida*	2,4	0,0	100,0	0,0	4	4.885,8	4	4.885,8
Salbutamol*	2,0	37,1	62,9	0,0	12	2.826,2	10	2.202,9
Metamizol sodico*	2,2	42,4	57,6	0,0	5	3.424,9	3	4.630,9
Sertralina*	2,1	4,7	93,7	1,6	10	1.921,7	7	2.115,9
Promedio	5,9	15,1	79,0	5,9	9	3.418,2	7	3.791,2
Máximo	12,7	81,8	100,0	52,5	16	6.959,7	11	8.021,0
Mínimo	2,0	0,0	18,3	0,0	4	1.802,9	3	1.847,7

**Notas:** El símbolo \* denota que el medicamento está incorporado en alguna de las canastas GES

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENS 2016.

**Tabla D9: Medicamentos más consumidos en Chile según porcentaje consumido por tipo (copia de marca, genérico, referente), número de laboratorios e índice IHH general y de genéricos. Afiliados ISAPRES.**

Medicamento	% consumo en	% copia de	% genérico	% referente	N laboratorios	IHH	N laboratorios	IHH
	ISAPRES	marca						
Paracetamol *	10,2	19,3	80,8	0,0	10	4.904,4	3	6.925,7
Ácido acetilsalicílico*	7,4	77,0	10,3	12,7	4	4.336,1	2	6.624,5
Losartan*	9,4	9,4	90,6	0,0	7	5.089,5	6	5.048,6
Metformina*	12,1	52,6	35,1	12,4	9	1.917,8	5	3.177,5
Atorvastatina	4,4	6,9	93,1	0,0	6	2.126,1	5	2.413,9
Hidroclorotiazida*	3,6	37,6	61,1	1,3	6	4.071,6	1	10.000,0
Omeprazol *	3,2	0,0	100,0	0,0	5	4.912,5	5	4.912,5
Levotiroxina de sodio*	5,7	86,9	13,1	0,0	3	4.635,1	1	10.000,0
Enalapril	0,2	0,0	100,0	0,0	2	6.694,8	2	6.694,8
Ibuprofeno *	2,3	0,0	100,0	0,0	3	4.430,8	3	4.430,8
Atenolol	1,3	0,0	100,0	0,0	3	4.895,2	3	4.895,2
Furosemida*	1,0	0,0	100,0	0,0	2	6.779,7	2	6.779,7
Salbutamol*	1,1	2,3	97,7	0,0	6	3.285,7	5	3.404,6
Metamizol sodico*	0,5	0,0	0,0	0,0				
Sertralina*	0,4	10,7	89,3	0,0	5	3.882,3	4	4.722,8
Promedio	4,2	20,2	71,4	1,8	5	4.425,8	3	5.716,5
Máximo	12,1	86,9	100,0	12,7	10	6.779,7	6	10.000,0
Mínimo	0,2	0,0	0,0	0,0	2	1.917,8	1	2.413,9

**Notas:** El símbolo \* denota que el medicamento está incorporado en alguna de las canastas GES

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENS 2016.

### D.3. Compras de medicamentos para la red pública de salud

Para la realización del presente análisis, se utiliza la información de compras CENABAST para el período 2012 a 2020, una base de datos de libre acceso, disponibles en CENABAST. La tabla de compras contiene antecedentes relevantes sobre las compras de medicamentos, dispositivos, insumos y alimentos de uso médico efectuados por la institución desde 2012 hasta la fecha<sup>10</sup>.

Para determinar el grado de competencia en las licitaciones públicas del CENABAST, se utiliza el sistema de cálculos del índice de concentración industrial Herfindahl-Hirschman (IHH) utilizado por Wouters et al (2019) para analizar el sistema de compras centralizadas de Sudáfrica. Este índice constituye una de las medidas más comunes para caracterizar el nivel de competencia de un mercado (FNE, 2012; Rojas y Berríos, 2016). Todas las subastas realizadas en un mismo año para un mismo grupo terapéutico se toman como un mercado. Por ejemplo, todas las subastas relacionadas con medicamentos para la tuberculosis en el 2018.

La participación del mercado para cada firma,  $s_m$ , es entonces la división entre la suma de los valores asignados en las licitaciones del mercado a dicha firma, sobre el valor total asignado a todas las  $M_j$  firmas que fueron ganadoras de alguna licitación del mercado. El índice IHH para el mercado  $j$  se define como:

El índice toma se acerca a 0 en un mercado de competencia perfecta, y toma el valor de 10.000 en un monopolio. La convención internacional, y que utiliza también

$$IHH_j = \sum_{m=1}^{M_j} s_m^2 \quad (\text{Ecuación 1})$$

la FNE, es que un IHH bajo 1499 es competitivo, entre 1500 y 2499 es un mercado moderadamente concentrado, y por encima de 2500 es altamente concentrado (FNE, 2012). Los mercados se definen según la clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC). Esta clasificación tiene cinco niveles: (i) el grupo, que se refiere al sistema de acción en el cuerpo; (ii y iii) los niveles terapéuticos o ATC2 y ATC3, que indican el uso, o ATC3 y ATC4; y (iv y v) los niveles químicos ATC4 y ATC5, que se refieren con una mayor precisión al producto farmacológico<sup>11</sup>. De hecho, el ATC5 es un identificador del principio activo<sup>12</sup>.

Unas aclaraciones importantes es que en el análisis sólo se está tomando el ingrediente activo exacto (sin combinaciones) y no se está realizando una estandarización por unidad de concentración mínima. Estos ajustes son deseables para tener

<sup>10</sup> La base de datos incluye las siguientes variables: fecha (compra o entrega), periodo (anual, desde 2012 hasta 2020), precio (bruto o neto, en pesos chilenos o dólares), tipo de producto (alimentos, dispositivos, insumos, medicamentos), productos (nombre genérico, marca comercial), proveedor, tipo de compra (licitación, trato directo), línea de negocio (intermediación, programas ministeriales), clase de compra (nacional, importación), orden de compra, cantidad comprada, monto total, precio unitario.

<sup>11</sup> Para mayores detalles, ver: <https://www.whocc.no/>

<sup>12</sup> Aunque un único principio activo puede tener varios códigos ATC5 dado que los usos terapéuticos pueden ser varios.

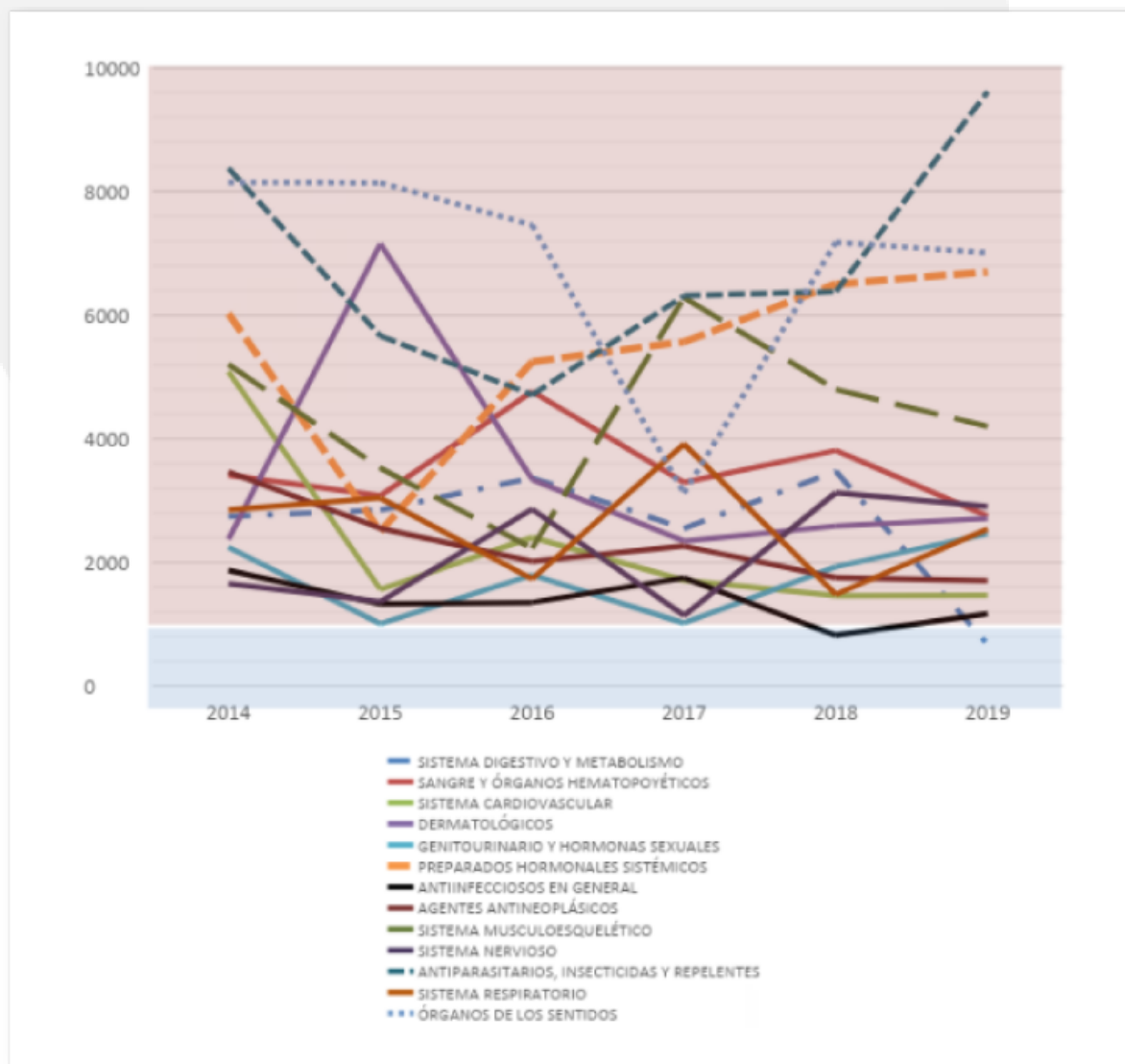
comparaciones más claras, y por lo tanto los resultados que aquí se presentan son de carácter exploratorio.

## **i. Concentración según ATC**

Siguiendo el trabajo de Wouters et al (2019) para Sudáfrica, el análisis de concentración debe realizarse principalmente a un nivel agregado, dado que las empresas compiten con un portafolio de productos y no sólo con un único producto. La figura D2 muestra el resultado del análisis de la concentración industrial en los diferentes grupos del ATC, donde hay un rango amplio de niveles de concentración.

Para poder determinar si los niveles de concentración presentados en el documento principal son normales, dada la variedad en productos, es necesario utilizar referentes internacionales. El análisis de Wouters et al (2019) para Sudáfrica permite comparar estos resultados. Si bien el contexto puede ser diferente, por la diferencia en el tamaño de los mercados y la diferente demanda de algunos productos (ej. tuberculosis y retrovirales para VIH), el sistema de compras es parecido al realizado por CENABAST. La comparación no es factible en todos los casos, dado que las categorías de dicho estudio no corresponden exactamente a los capítulos del ATC. No obstante, en algunos casos es posible hacer una comparación. Se observa que las medicinas anti-infecciosas tienen un bajo nivel de concentración en ambos países, así como los oncológicos. También se encuentra que en Chile los antiparasitarios y afines son los más concentrados, dentro de los cuáles se encuentran los agentes para tratar la tuberculosis, que son la categoría más concentrada en Sudáfrica. Los genitourinario y hormonas sexuales están en el borde de alta concentración, dentro de los cuáles están los agentes de planificación familiar que tienen un nivel parecido en Sudáfrica. De lo anterior se conjetura que los niveles de concentración son parecidos en ambos países, y que en Chile –así como en Sudáfrica– hay una relativa estabilidad en los niveles de concentración. Esto nos dice que estos niveles de concentración posiblemente se deban al esquema de compras por volumen, y no a particularidades del contexto chileno.

**Figura D2: Concentración de compras del CENABAST por capítulo de la clasificación ATC**



**Nota:** El área azul indica mercados moderadamente concentrados, y la naranja indica mercados altamente concentrados.

**Fuente:** Cálculos propios del índice de concentración industrial IHH con base en las compras del CENABAST en 2014-2019.

## ii. Concentración para los principios activos más consumidos

Dado que el número de licitaciones anuales por principio activo no es muy alto, se consideran tanto las operaciones en 2019 como todas las operaciones entre 2014 y 2019. La tabla D10 presenta el IHH para cada uno de ellos, el número de empresas ganadoras y el número de procesos analizados. Además, como referencia se tiene el número de empresas que tienen al menos un registro para el principio activo en el ISP.

**Tabla D10: Concentración en las compras de CENABAST 2014-2019 y sólo 2019, para los 15 principios activos más demandados**

Medicamento	Firmas	2014-2019			2019		
	Registradas ISP	IHH	N empresas	N procesos	IHH	N empresas	N procesos
Paracetamol	26	2.560,8	10	45	9.960,5	3	10
Ácido acetilsalicílico	4	3.820,4	5	37	9.815,0	2	7
Losartan	16	3.044,6	7	33	9.939,7	2	4
Metformina	17	3.767,4	9	57	4.197,0	5	13
Atorvastatina	14	2.193,3	12	82	8.933,8	3	12
Hidroclorotiazida	3	8.296,2	3	27	10.000,0	1	6
Omeprazol	11	3.640,5	8	32	9.961,2	2	7
Levotiroxina de sodio	6	1.0000,0	1	17	10.000,0	1	2
Enalapril	5	2.335,4	6	43	10.000,0	1	4
Ibuprofeno	9	4.539,1	8	38	8.411,3	4	9
Atenolol	4	3.352,5	4	19	10.000,0	1	2
Furosemida	5	2.425,0	10	48	9.718,3	2	6
Salbutamol	2	2.532,2	11	48	9.735,8	2	7
Metamizol sodico	2	5.657,6	3	22	10.000,0	1	2
Sertralina	13	3.672,8	7	27	10.000,0	1	5

**Notas:** Todos los medicamentos, excepto el Atenolol, están incorporado en alguna de las canastas GES. Firmas con registros en el ISP 2020. No se estandarizaron las compras por unidad mínima de concentración.

**Fuente:** Elaboración propia con base en el total de las compras de CENABAST entre 2014 y 2018.



## D.4. Concentración industrial y número de registros

**Tabla D11: Relación entre concentración de las compras del CENABAST y los registros activos en el ISP**

Variable dependiente: concentración industrial en las compras del CENABAST	ATC4				Principio activo	
	(1)	(2)	(3)	-4	(5)	(6)
Número de firmas por PA	-70,14 (59,42)				-83,40** (39,01)	
Número de registros ISP por PA		-47,88** (22,93)				-36,32*** (10,24)
Número de referentes por PA			-51,53 (88,61)			
Número de sustitutos terapéuticos por PA				-61,84** (27,11)		
Existe más de una firma por PA	-364,6 (468,5)	-257,9 (448,9)	-536,3 (429,1)	-229,3 (451,0)	-411,7 (266,9)	-416,7* (231,7)
Número de PA en el ATC4	-364,9*** (89,12)	-363,2*** (87,69)	-364,1*** (89,20)	-364,6*** (87,21)		
Constante	9.062,9*** (360,5)	9.056,9*** (353,9)	9.016,3*** (358,6)	9.031,2*** (351,9)	9.490,4*** (174,6)	9.462,2*** (171,6)
Número de ATC4 en la regresión (observaciones)	196	196	196	196	268	268

**Notas:** PA: Principios Activos o ATC5. Dentro de un código ATC4 puede haber más de un código ATC5. Errores estándar entre paréntesis. \*  $p < 0.1$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$

Adicionalmente, es posible obtener una correlación condicionada mediante un análisis de regresión lineal multivariado, donde es posible estimar la correlación entre concentración de las compras del CENABAST y el número de principios activos (registrados por el ISP). El resultado es presentado en la tabla D11, donde cada columna representa distintas especificaciones según las variables explicativas que se incluyen. En las columnas 1 a 4 se considera el ATC4 mientras que en las 5 y 6 el principio activo (ATC5). Es posible notar que, en todas las especificaciones se observa que el número de competidores, medidos de diferentes formas, estaría relacionado negativamente con el nivel de concentración industrial en las compras del CENABAST. Los coeficientes estimados tienen signo negativo y son estadísticamente significativos (distintos de cero) para un nivel de significancia del 1%. Por ejemplo, por cada registro adicional de un principio activo, el IHH se reduciría en 36.3, en promedio, aunque el hecho de tener al menos dos firmas con el registros del mismo principio activo lleva a una reducción de 416.7 en el IHH.

## **D.5. Distribución de farmacias según características comunales**

La Tabla D12 presenta los resultados de estimaciones de regresiones lineales múltiples que buscan determinar las características que explicarían: i) el número de farmacias por cada 10.000 habitantes (columna 1), ii) si existen farmacias de cadena (columna 2); iii) si existe una farmacia popular (columna 3); y iv) la proporción de farmacias de cadena (columna 4) en la comuna. Los datos utilizados para este ejercicio corresponden a los registros de farmacias de Farmanet del MINSAL, disponibles para 277 comunas, de un total de 346<sup>13</sup>.

Respecto a la cantidad de farmacias, la columna 1 muestra que entre más pobre sea la comuna -según el índice CASEN de 2017-, y entre más rural sea, menor es la cantidad de farmacias por cada 10.000 habitantes. La columna 2 sugiere que a mayor población, densidad poblacional y porcentaje de población urbana en la comuna, aumenta la probabilidad de contar con al menos una farmacia de cadena. Luego, la columna 3 sugiere que la existencia de farmacias populares estaría determinada principalmente por la población de una comuna, pero también importa la presencia de farmacias de cadena. Finalmente, en la columna 4 se extrae la concentración del mercado de droguerías en según la proporción de farmacias de cadena existentes en la comuna<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Para mayor información véase: <https://farmanet.minsal.cl/maps/><sup>14</sup> Para mayores detalles, ver: <https://www.whocc.no/>

<sup>14</sup> La proporción de farmacias de cadena es una medida demasiado conservadora de concentración, ya que, se sabe por otros estudios que las ventas de las farmacias de cadena son notablemente mayores a las de las farmacias independientes, pero entrega una aproximación con la información disponible.

**Tabla D12: Características de la comuna y presencia de farmacias de cadena y populares**

	Farmacias por 10.000 habitantes	Hay farmacia		Proporción de farmacias de cadena
		De cadena	Popular	
	(1)	(2)	(3)	(4)
% de población rural	-0,297*** (0,109)	-0,0401* (0,0237)	0,0222 (0,0472)	0,0897 (0,104)
Log- población total	-0,136 (0,100)	0,159*** (0,0328)	0,150*** (0,0372)	0,000394 (0,0249)
Log - densidad poblacional	-0,0373 (0,0541)	0,0304** (0,0145)	0,0185 (0,0150)	-0,0106 (0,0111)
(%) Índice de pobreza CASEN 2017	-0,0521*** (0,0116)	-0,0168*** (0,00342)	-0,00288 (0,00436)	-0,0182*** (0,00507)
Hay farmacia de cadena			0,181** (0,0777)	
Constante	4,405*** (1,075)	-1,129*** (0,330)	-1,223*** (0,364)	0,511* (0,303)
R2	0,123	0,447	0,295	0,151
Número de comunas	277	277	277	116
Promedio de la var. dependiente	2,04	49,2%	49,8%	20,9%

**Notas:** La tabla presenta los coeficientes de regresiones lineales múltiples. Los resultados se basan en cálculos propios utilizando los datos de Farmanet del Ministerio de Salud, junto con información del Sistema Nacional de Información Nacional a 2018. En la columna 4, la proporción de farmacias de cadena se refiere al número de farmacias Ahumada, Cruz Verde y Salcobrand frente al total de farmacias en la comuna. Errores estándar entre paréntesis. Significancia: \* 90%, \*\* 95%, \*\*\* 99%.

## D.6. Precios y disponibilidad de productos en farmacias

En primer lugar, se realiza una regresión lineal multivariada que relaciona el precio y disponibilidad de un principio activo con el número de marcas en la farmacia, el número de registros del ISP y número de firmas con registros del ISP. Este análisis controla por las variaciones en el tiempo, y entre las farmacias. En la Tabla D13 se encuentra que no hay diferencias en los precios, pero sí hay una mayor probabilidad de encontrar un producto específico si la droguería comercializa varias marcas del mismo principio activo. El número de registros sanitarios por principio activo no está asociado a la disponibilidad de los productos en estas droguerías.

En segundo lugar, se revisan las diferencias en precios y disponibilidad entre marcas de un mismo principio activo.

Este análisis controla por las variaciones en el tiempo, entre los principios activos, y entre las farmacias. En la Tabla D14 se observa que los precios varían con el tipo de producto. Las copias de marca son 60.4% más baratas que los referentes, y los

genéricos sin marca son notablemente más baratos. Estos últimos, son un 14.5% más difíciles de encontrar en una farmacia. Si se considera la clasificación alterna, se encuentra que los bioequivalentes son 74% más baratos que los referentes, y los no bioequivalentes son aún más baratos. No obstante, los bioequivalentes son un 7% más difíciles de encontrar, mientras que los genéricos no bioequivalentes son un 22.9% más comunes que los referentes.

En tercer lugar, se consideran las variaciones entre las farmacias de los precios y disponibilidad de un mismo producto. En particular, interesa saber la relación entre la concentración espacial de farmacias y los precios y disponibilidad de los productos. Este análisis, presentado en la Tabla D15, controla por las variaciones en el tiempo, y entre los principios activos. Dadas las diferencias presentadas entre tipos de productos, el análisis se hace según esta dimensión. Primero, se encuentra que en los lugares donde un mayor número de farmacias privadas (250 y 500 metros a la redonda), el precio de los referentes es mayor. Los genéricos sin marca operan al revés: tienen un precio menor y son menos comunes si hay una mayor densidad de farmacias. Al analizar la presencia de farmacias populares, estas diferencias son notablemente mayores. El referente puede ser entre un 38% y un 50% más caro, y un 8.5% más posible que esté disponible si la farmacia popular está bastante cerca (menos de 250 metros). La copia de marca es un 45% a 63% más barato, pero es entre 4% y 8% menos posible de encontrar ante la presencia de las farmacias populares.

Los resultados de disponibilidad deben tomarse con cautela ya que el SERNAC auditó los registros enviados por las cadenas y encontró una menor disponibilidad de la reportada.

**Tabla D13: Relación entre precios y disponibilidad de productos, con el número de alternativas disponibles**

Coeficiente asociado a	Log precio			Disponibilidad		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Número de marcas por PA en la farmacia	-0,0414 (0,0384)			0,0157*** (0,00468)		
Número de registros ISP del PA		-0,00447 (0,00591)			0,000751* (0,000440)	
Número de firmas con registro ISP del PA			0,00258 (0,0174)			0,00295 (0,00182)
Constante	-0,327* (0,175)	-0,391** (0,172)	-0,524** (0,206)	0,572*** (0,0244)	0,475*** (0,0160)	0,464*** (0,0234)
Observaciones	11.383	11.383	11.383	18.019	23.130	23.130
Principios activos (PA) - clústeres	146	146	146	146	146	146

**Notas:** La tabla presenta los coeficientes de regresiones lineales múltiples con efectos fijos de mes, año, y farmacia. Las variables dependientes son el logaritmo del precio, y la existencia del producto en la verificación. Los resultados se basan en cálculos propios utilizando los datos del SERNAC y los registros del ISP en 2020. Errores estándar con clúster de principio activo entre paréntesis. Significancia: \* 90%, \*\* 95%, \*\*\* 99%.

**Tabla D14: Relación entre precios y disponibilidad, con el tipo de producto**

	Log precios		Disponibilidad	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Referente [Base]				
Copia de marca	-0,604*** (0,116)		-0,0384 (0,0350)	
Genérico sin marcar	-1,293*** (0,338)		-0,145*** (0,0532)	
Bioequivalente		-0,736*** (0,108)		-0,0694** (0,0350)
Otros		-1,010** (0,483)		0,229** (0,0985)
Constante	0,130 (0,0889)	0,136 (0,0914)	0,546*** (0,0301)	0,537*** (0,0296)
Observaciones	11.383	11.383	23.13	23.13
Principios activos (PA) - clústeres	146	146	146	146

**Notas:** La tabla presenta los coeficientes de una regresión lineal múltiple con efectos fijos de principio activo, mes, año, y farmacia. Las variables dependientes son el logaritmo del precio, y la existencia del producto en la verificación. Los resultados se basan en cálculos propios utilizando los datos del SERNAC. Errores estándar con clúster de principio activo entre paréntesis. Significancia: \* 90%, \*\* 95%, \*\*\* 99%.

**Tabla D15: Relación entre precios y disponibilidad de productos según tipo, con el número de farmacias a la redonda**

	Log precios		Disponibilidad	
	R=250 mts	R=500 mts	R=250 mts	R=500 mts
	(1)	(2)	(3)	(4)
Referente X Número de farmacias privadas en el rango R	0,0050*** (0,0008)	0,0005** (0,0002)	0,0003 (0,0003)	0,0002 (0,0002)
Copia de marca X Número de farmacias privadas en el rango R	-0,0002 (0,0007)	-0,0002* (0,0001)	0,0000 (0,0001)	-0,0002** (0,0001)
Genérico sin marcar X Número de farmacias privadas en el rango R	-0,0054** (0,0024)	-0,0002 (0,0003)	-0,0006** (0,0003)	-0,0000 (0,0000)
Referente X Presencia de farmacias populares en el rango R	0,3860*** (0,0548)	0,5014*** (0,0834)	0,0856*** (0,0261)	0,0128 (0,0324)
Copia de marca X Presencia de farmacias populares en el rango R	0,0085 (0,0513)	-0,0132 (0,0681)	0,0414*** (0,0097)	0,0215 (0,0135)
Genérico sin marcar X Presencia de farmacias populares en el rango F	-0,4484*** (0,1709)	-0,6291** (0,2516)	-0,0370** (0,0183)	-0,0770*** (0,0274)
Constante	-0,480*** (0,0109)	-0,459*** (0,0148)	0,488*** (0,00408)	0,497*** (0,00533)
Observaciones	11.383	11.383	23.130	23.130
Principios activos (PA) - clústers	146	146	146	146

**Notas:** La tabla presenta los coeficientes de una regresión lineal múltiple con efectos fijos de principio activo, mes y año. Las variables dependientes son el logaritmo del precio, y la existencia del producto en la verificación. Los resultados se basan en cálculos propios utilizando los datos del SERNAC junto a información de posición de farmacias del Farmanet del Ministerio de Salud. Errores estándar con clúster de principio activo entre paréntesis. Significancia: \* 90%, \*\* 95%, \*\*\* 99%.

# E Entrevistas a actores clave

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas con los siguientes objetivos:

- i. Determinar las percepciones sobre el grado de competencia en el mercado de genéricos.
- ii. Elaborar hipótesis a ser testeadas empíricamente e interpretar resultados.
- iii. Generar insumos para elaborar las recomendaciones y validar las propuestas.

Se construyó una lista de 57 actores relevantes para el mercado de medicamentos genéricos. El perfil de cada entrevistado fue determinado en función de su relación con el mercado de genéricos en el país y la institución en la cual se desempeñan, en base a aquellas señaladas como clave en el estudio FNE (2020).

En particular, se propuso entrevistar a actores en el poder ejecutivo (gobierno en todos sus niveles territoriales), poder legislativo (senadores en la comisión estable de salud), así como también, encargados municipales de centros de salud y farmacias populares, actores involucrados en la cadena de distribución de los medicamentos (proveedores, farmacias, visitadores médicos), médicos del sector público y privado y usuarios afiliados a FONASA e ISAPRES o agrupaciones de pacientes de enfermedades crónicas.

Para resguardar la confidencialidad de las personas, a continuación se presenta el listado de las instituciones en las cuales trabajan los actores clave que fueron invitados a participar en el estudio:

1. Gobierno Central: MINSAL, CENABAST, ISP (ANAMED), Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de salud
2. Congreso: Senadores que componen la comisión de salud
3. Municipalidades: Dirección de salud municipal, encargado de farmacia popular
4. Productores de medicamentos
5. Aseguradoras de salud: FONASA, ISAPRES
6. Médicos
7. Asociaciones de pacientes

Todos los actores que fueron invitados a participar del estudio mediante un correo electrónico enviado por la representante del BID en Chile, Yolanda Martínez. Si después de una semana no había respuesta al correo, se realizó un segundo intento.



## E.1. Correo de invitación

[Nombre]  
[Cargo]  
[Institución]  
Presente

Estimado [Nombre]:

Junto con saludar, a través de la presente queremos invitarlo cordialmente a participar en el estudio “Fallas en el mercado de medicamentos genéricos en Chile y recomendaciones para mejorar la competencia”, a cargo de los consultores Bárbara Flores (barflore@fen.uchile.cl) y Paul Rodríguez (paul.rodriguez@urosario.edu.co), por encargo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Este estudio surge para apoyar al BID en la realización de un diagnóstico de la situación de los medicamentos genéricos en Chile y proponer recomendaciones de mejora que tengan como consecuencia final reducir el gasto de bolsillo realizado por las personas.

Su participación consistirá en contestar una entrevista semiestructurada en profundidad -aplicada por uno de nuestros investigadores a través de una videollamada-, que le tomará como máximo una hora y que tiene como propósito conocer sus percepciones sobre el grado de competencia en el mercado de medicamentos genéricos y generar insumos para la formulación de propuestas para incrementar el nivel de competencia actual. Esta información será de mucha utilidad para elaborar hipótesis a ser testeadas empíricamente e interpretar resultados.

A partir de una preselección de posibles expertos en las temáticas prioritarias del estudio, consideramos que usted y la institución en la que trabaja reúnen la experiencia y experticia adecuada para lograr los objetivos antes señalados. La información que usted entregue podría ser mencionada, y se resguardará en todo momento el anonimato de la información y la reserva de sus opiniones. Durante su participación en la entrevista, su bienestar y comodidad será, por sobre todo, la principal preocupación del entrevistador. En ese sentido, podrá finalizar la entrevista en el momento que estime conveniente, o no responder alguna pregunta en caso de que así lo desee.

Quedamos atentos a sus comentarios y disponibles para responder cualquier duda que tenga. Agradeceríamos recibir una respuesta formal suya dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a la recepción de esta invitación, enviando un correo a Bárbara Flores: barflore@fen.uchile.cl. En caso que acepte participar, nos pondremos en contacto con usted para agendar una fecha para la realización de la entrevista.

Agradecemos de antemano su posible interés.

Sin otro particular, saluda muy atentamente a usted,

Yolanda Martínez  
Representante País/Country Representative – Chile

Al obtener una respuesta positiva, se agendaba la entrevista y se solicitaba firmar el consentimiento informado que se presenta a continuación. Dado el contexto sanitario, todas las entrevistas fueron realizadas vía videoconferencia.

## **E.2. Consentimiento informado**

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES y GRABACIONES DE VIDEO O AUDIO

El abajo firmante, obrando en su propio nombre, certifica que, en cumplimiento con lo previsto en las normas vigentes para el tratamiento de mis datos personales, de forma libre, autónoma y voluntaria y sin derecho o expectativa de compensación, ni reconocimiento alguno de cualquier tipo, ni hoy ni en el futuro. Autoriza a los consultores Bárbara Flores Arenas y Paul Rodríguez Lesmes como encargados del tratamiento de la información y al BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO como encargado y/o responsable del tratamiento de la información, los cuales serán tomados durante el desarrollo del contrato de consultoría suscrito entre las partes antes descritas para adelantar el estudio “Fallas en el mercado de medicamentos genéricos en Chile y recomendaciones para mejorar la competencia”. Donde es posible que usted sea tomando en grabaciones de audio o video; las cuales serán tratadas en medios digitales; recolectándola, almacenándola, usándola y eventualmente transmitiéndola de manera anonimizada a nivel nacional o internacional, las cuales pueden ser socializadas en medios de comunicación masiva, soportes de materiales para ediciones impresas, en medios ópticos magnéticos o electrónicos, redes sociales y medios audiovisuales del BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, de los terceros aliados o vinculados en el presente proyecto.

La presente autorización se otorga a perpetuidad, y como tal el uso de los datos y del material tomado, este no requiere de mi previa aprobación. En caso de requerir acceder, rectificar o solicitar la supresión de los datos personales que he proporcionado, cuando ello sea posible al no existir una relación contractual o legal con las entidades, tratarse de información que no guarda relación con mi actividad profesional o laboral, podré realizar la solicitud a Patricia Jara al siguiente correo electrónico [PJARAMALES@iadb.org](mailto:PJARAMALES@iadb.org), para más información sobre nuestras políticas de privacidad y sus derechos como titular de la información.

Nombres y Apellidos:

Número de identificación:

País:

Firma:

Fecha en la que autoriza:

## E.3. Guión entrevistas

### 1. GENERALIDADES

Fecha: Entre Agosto 25 y Septiembre 30 de 2020

Entrevistadores: Bárbara Flores, Paul Rodríguez

### 2. OBJETIVOS Y ALCANCE

Objetivo general:

Elaborar recomendaciones concretas de política pública para el contexto chileno, dirigidas a tomadores de decisiones, identificando posibles medidas a implementar sobre la oferta y la demanda, teniendo en cuenta:

- i. la lista de la nueva Política Nacional de Medicamentos que lanzó el Gobierno, la cual incluye 31 medidas que buscan mejorar la disponibilidad de medicamentos;
- ii. el rol de intermediación que empieza a asumir la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) en la compra de medicamentos a bajo costo para farmacias privadas; y
- iii. los antecedentes de poli-farma en Chile.

Objetivos específicos:

- Indagar acerca del grado de competencia en el mercado de los genéricos en Chile y de sus causas limitantes.
- Indagar las consecuencias del nivel actual de competencia sobre los precios pagados por los medicamentos esenciales en Chile.

Alcance:

Exploratorio, no vinculante.

### 3. METODOLOGÍA:

Tipo de entrevista: Semiestructurada, individual

Técnica de entrevista: En profundidad

Lugar: Llamada vía Zoom / Webex

Tiempo estimado: 45 minutos

### 4. GUIÓN DE LA ENTREVISTA:

La estructura de la entrevista será la siguiente:

- Bienvenida y presentación a cargo de la persona que hace la entrevista:

Buenos días/tardes, mi nombres es [Nombre] y estaré a cargo de la entrevista, soy consultor del BID para el proyecto, fallas en el mercado de medicamentos

genéricos en Chile y recomendaciones para mejorar la competencia. El objetivo de este proyecto es [Leer objetivos general y específico].

El alcance de esta entrevista es de tipo exploratorio y no es vinculante.

Es decir, aunque la sesión se graba, el análisis de los datos obtenidos en la sesión se realizará mediante técnicas cualitativas de codificación las cuales garantizan el anonimato de los participantes, pues se realiza un “análisis agregado”, se anonimiza la transcripción de modo que no aparecen nombres propios ni de instituciones, así el contenido de la grabación solo lo conoce el equipo desarrollador del proyecto. Las opiniones y posiciones de los participantes de ninguna forma serán evaluadas, ni serán valoradas como correctas o incorrectas.

La entrevista consta de seis preguntas, organizadas en dos bloques.

- Verificación de la recepción del consentimiento informado. El mismo puede enviarse como un documento escaneado o con una foto del celular.
- Una vez obtenido los consentimientos de grabación, inicie la grabación, y describa la ficha de presentación: Nombre del entrevistador, nombre del entrevistado, ocupación e institución.
- Preguntas:

Parte I: percepción de competencia en el mercado de genéricos

- ¿Cree que hay un buen número de productos genéricos, y genéricos de marca en el mercado farmacéutico chileno?, ¿por qué?
- ¿Cree que los precios de estos productos son bajos o altos para lo que se ofrece?
- ¿Hay algún medicamento o tipo de medicamentos en específico en los cuáles hay pocas opciones de genéricos y genéricos de marca disponibles?
- ¿Cuál cree usted que es la principal razón por lo cual hay pocas opciones para esos medicamentos? Considere aspectos como la distribución (farmacias, droguerías), la prescripción (médicos), y la regulación (políticas nacionales, importación, etc.)

Parte II: Cómo las propuestas actuales pueden afectar la competencia

- ¿Cuáles son las políticas ya implementadas, o las que están en discusión, que fomentan una mayor competencia en el mercado de genéricos?, ¿por qué?
- ¿Qué propuesta de política propondría para disminuir el gasto del país, tanto de los hogares como del Gobierno, en medicamentos?
- Agradezca la participación, pare la grabación, y cierre la entrevista.
- Recuerde exportar la grabación a formato MP4, y guardar el archivo con el

nombre: BIDGenericos\_2020\_MM\_DD\_Institucion\_ApellidoEntrevistado

## E.4. Resultados

Del total de los actores invitados, ocho personas aceptaron ser entrevistadas y 7 actores fueron efectivamente entrevistados, cubriendo los perfiles del gobierno central, médicos, agrupaciones de pacientes y productores.



# Referencias

AICH. (2019). Isapres abiertas: uso y gasto de las ges 2016 a 2018. Gerencia de estudios de la Asociación de Isapres de Chile (AICH), Mayo 2019. Disponible en: <https://www.isapre.cl/PDF/Informe%20GES%202016-2018.pdf>

Atal, Cuesta, González, Otero (2018). The Economics of Public Pharmacies: Quasi-and Experimental Evidence from Local Markets. Manuscrito sin publicar.

Briceño, K. (2018). Revisión de Aspectos Regulatorios de Bioequivalencia en los Países de la Alianza del Pacífico. Proyecto de grado para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

Caves, R., Whinston, M., & Hurwitz, M. (1991). Patent expiration, entry and competition in the US Pharmaceutical Analysis. Brookings Papers: Microeconomics 1991. Recuperado de: [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/1991/01/1991\\_bpeamicro\\_caves.pdf](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/1991/01/1991_bpeamicro_caves.pdf)

Comisión Europea (2009). Pharmaceutical Sector Inquiry—Final Report. Brussels, Belgium: European Commission. Disponible en: [https://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff\\_working\\_paper\\_part1.pdf](https://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf)

FDA. (2019). Generic competition and drug prices. US Food & Drug Administration (version del 13/12/20). Disponible en: <http://www.fda.gov/AboutFDA/CentersOffices/OfficeofMedicalProductsandTobacco/CDER/ucm129385.htm>

Frank, R., & Salkever, D. (1992). Pricing, Patent Loss and the Market for Pharmaceuticals. Southern Economic Journal, 59(2). 165-179.

Frank, R. & Salkever, D. (1997). Generic Entry and the Pricing of Pharmaceuticals. Journal of Economics and Management Strategy, 6(1). 75-90.

Grabowsk, H., & Vernon, J. (1992). Brand loyalty, entry, and price competition in pharmaceuticals after the 1984 Drug Act. The Journal of Law & Economics. 35(2). 331-350

Hurwitz, M., & Caves, R. (1988). Persuasion or information? Promotion and the shares of brand name and generic pharmaceuticals. The journal of law and economics. 31(2). 299-320.

Mansfield, S. (2014). Generic drug prices and policy in Australia: room for improvement? A comparative analysis with England. Australian health review. 38(1), 6-15.



OECD. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

PhRMA. (1998). Industry Profile: 1998 (Pharmaceutical Research and Manufactures of America, Washington).

Statman, M. (1987). ASHP National Survey of Hospital Pharmaceutical Services  
Superintendencia de Salud (2008). Comportamiento financiero de las garantías explícitas en salud en el sistema Isapres. Departamento de Estudios y Desarrollo – Superintendencia de Salud y Departamento de Economía de la Salud – MINSAL. Junio 2008. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4380\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4380_recurso_1.pdf)

US Congressional Budget Office (1998). How Increased Competition from Generic Drugs Has Affected Prices and Returns in the Pharmaceutical Industry (Washington).

Wiggins, S., & Maness, R. (2004). Price competition in pharmaceuticals: the case of anti-infectives. *Economic Inquiry*, 42(2), 247-263.

Wouters, O., Kanavos, P., & McKee, M. (2017). Comparing generic drug markets in Europe and the United States: prices, volumes, and spending. *The Milbank Quarterly*, 95(3), 554-601



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