Medicamentos disponibles, pero todavía inaccesibles

Comentario a la presentación del Dr. Álvaro Erazo Latorre ante la Comisión de Salud del Senado

> Chile no tiene solamente un problema de precios de medicamentos. Tiene un problema de **protección social frente a la enfermedad**.
>
> Dra. Karla Rubilar Barahona. Directora Unidad de Salud Pública Universidad Autónoma de Chile. Ex Ministra de Desarollo social y familia.

COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO · 2026



Diez años después, el diagnóstico sigue golpeando la misma puerta

Entre diciembre de 2015 y septiembre de 2016, la Comisión Especial Investigadora de la Cámara de Diputados revisó la Ley de Fármacos, CENABAST, el ISP, el GES, la Ley Ricarte Soto y las barreras de acceso. Su informe describió un mercado concentrado, precios dispares, penetración insuficiente de genéricos y debilidades del Estado como comprador y regulador.

Avances reales

Ley CENABAST, GES ampliado a 90 problemas, Ricarte Soto en tramitación.

Problemas persistentes

FNE inició nuevo estudio en junio 2026. Fármacos II estancado. Incompatibilidad DCI–receta electrónica sin resolver.

El fondo del problema

Chile conoce el diagnóstico desde hace una década. Lo administra sin resolverlo completamente.

Fuentes: Informe Comisión Investigadora Cámara 2016 [1]; FNE Estudio de Mercado Medicamentos 2020 [2]; FNE Minuta EM11, junio 2026 [3]; Senado, Minuta Fármacos II, marzo 2025 [4].

Buenos indicadores sanitarios no alcanzan cuando enfermarse empobrece

Chile destina aproximadamente **10,5% de su PIB a salud**, pero solo el **59% del gasto está cubierto por mecanismos obligatorios de prepago**, por debajo del promedio OCDE. Los hogares financian directamente más de un tercio del gasto total, y la OCDE identifica a los medicamentos como el **principal componente del gasto de bolsillo (62%)**. Esto puede significar reducir dosis, endeudarse o abandonar un tratamiento.

- Propuesta: incorporar el concepto de **vulnerabilidad farmacéutica**: hogares que pueden caer en endeudamiento o abandono terapéutico por el costo permanente de sus tratamientos, sin aparecer bajo la línea de pobreza.

Una familia no debería tener que demostrar que ya se empobreció para recibir protección frente al costo de sus medicamentos.

La vulnerabilidad aumenta con la cronicidad, la discapacidad, la dependencia, la edad, el territorio y la coexistencia de enfermedades en un mismo hogar.

Fuentes: OCDE, Health at a Glance 2025: Chile [6]; OCDE, Health expenditure by financing scheme [7]; OCDE, Financial hardship and out-of-pocket expenditure [8]; OMS, Essential medicines 2026 [9].

GES y Ley Ricarte Soto: coberturas que deben cumplirse a tiempo

GES 90: el derecho existe, pero debe llegar a tiempo

El GES garantiza plazos máximos de atención, pero el **incumplimiento sistemático no tiene consecuencias reales para los prestadores**. La Alerta Sanitaria Oncológica de 2026 fue necesaria porque el mecanismo de garantías no se autoejecutó: miles de prestaciones acumularon espera sin que el sistema reaccionara.

Las canastas GES **no se actualizan con la frecuencia que exige la evidencia clínica**. El caso del rituximab ilustra que excluir un medicamento del GES puede tener consecuencias graves sin que exista un proceso formal, transparente ni revisable.

Fuentes: Superintendencia de Salud, GES [10][11]; MINSAL, Plan Alerta Oncológica [12][13]; Ley 20.850 [14]; MINSAL, reforma Ricarte Soto nov. 2025 [15]; DIPRES, Presupuesto 2026 [16]; Decreto 36/2024 [17].



Ley Ricarte Soto: avance que necesita una segunda generación

El fondo tiene un **techo presupuestario fijo que no crece al ritmo de la innovación oncológica**. Cada nueva patología que ingresa compite con las existentes por recursos limitados, una presión estructural que la reforma actual no resuelve.

El proceso de incorporación de nuevas patologías es **lento, opaco y sin plazos definidos**. Una familia puede esperar años sin saber si su enfermedad será cubierta o por qué fue rechazada.

Los mecanismos de participación solo tienen valor si producen **decisiones fundadas y trazables**: qué se evaluó, por qué ingresó o fue rechazado, y quién responde.



Cuando los tribunales terminan haciendo política farmacéutica

La judicialización no es la causa principal del problema, sino una **señal de que la institucionalidad no respondió a tiempo**. Nadie debería reprochar a una familia por acudir a los tribunales cuando enfrenta una enfermedad grave y no encuentra otra vía de acceso.

Consecuencias del caso a caso

Decisiones heterogéneas, incertidumbre ante cambios de criterio e inequidad entre quienes pueden litigar y quienes esperan por la vía administrativa.

Gasto documentado por DIPRES

DIPRES ha documentado el crecimiento y concentración del gasto por judicialización de medicamentos de alto costo, vinculado a la aparición de nuevas tecnologías en el mercado internacional.

Límite de la vía judicial

Los tribunales están resolviendo lo que la política sanitaria no resolvió oportunamente. Eso puede salvar una vida, pero no reemplaza una política pública.

Fuentes: DIPRES, Proyecciones de Gasto Público 2025: judicialización [18]; SciELO, jurisprudencia Corte Suprema medicamentos alto costo 2022 [19]; SciELO, análisis sentencias 2019-2024 [20].

Chile llega tarde a la innovación y negocia con menos fuerza

ETESA: evaluación oportuna como puerta racional de la innovación

Chile cuenta con un Departamento de ETESA en el Ministerio de Salud. El desafío es avanzar hacia una institucionalidad con **mayor autonomía técnica** y criterios transparentes que incluyan costo-efectividad, impacto presupuestario, equidad y calidad de la evidencia.

> Evaluar tarde no ahorra dinero: reduce la capacidad del Estado para negociar y aumenta la presión por resolver bajo urgencia.

CENABAST: comprar fragmentados es pagar más

CENABAST debe ampliar su capacidad de compra y reducir la fragmentación. El caso **Sanderson y Fresenius** ante el TDLC evidenció que la competencia en licitaciones puede ser vulnerada. Se requiere diversificar proveedores e incorporar sanciones disuasivas frente a la colusión.

La compra más barata deja de ser eficiente si termina en desabastecimiento.

Fuentes: MINSAL, Departamento ETESA-SBE [21][22]; Rev. Médica de Chile, Ley Ricarte Soto caso de estudio 2025 [23]; FNE, requerimiento Fresenius-Sanderson 2016 [24]; Informe Comisión Investigadora [25].

La tramitación en el ISP: un cuello de botella para la innovación

Registro sanitario: plazos que no resisten comparación

El ISP tarda entre **3 y 5 años** en registrar una nueva molécula, frente a **12–18 meses** de la EMA o la FDA. Un medicamento aprobado en Europa en 2021 puede llegar a Chile en 2026, cuando el precio global ya está fijado.

Chile no tiene **reconocimiento automático** de registros aprobados por agencias de referencia, a diferencia de Colombia o Perú. Cada molécula comienza el proceso desde cero, sin atajos basados en evidencia ya validada.

Lo que se pierde cuando se llega tarde

Cuando el medicamento ya circula en el mercado privado y los pacientes lo exigen judicialmente, el **margen de negociación es mínimo**. No hay tiempo para acuerdos de acceso por etapas ni para exigir riesgo compartido.

Países que registran antes negocian **precios de lanzamiento** y condicionan el acceso a resultados clínicos reales. Chile llega cuando la industria ya tiene certezas y no necesita ceder.

> "Registrar tarde no es solo un problema burocrático. Es una desventaja estructural en la negociación."

Ley CENABAST: comprar mejor sí importa

53%

Ahorro promedio

Frente a farmacias no adheridas a la Ley CENABAST durante 2025.

$26B

Ahorro estimado

26.252 millones de pesos generados por farmacias privadas adheridas en 2025.

619

Productos

Comercializados bajo el mecanismo CENABAST durante 2025.

169

Comunas

Con cobertura efectiva del mecanismo CENABAST en 2025.

> "CENABAST demostró que el Estado puede cambiar el precio que paga una familia. Ahora debe aumentar su alcance sin perder su propósito."

La política debe impedir que actores dominantes capturen un instrumento creado para ampliar el acceso.

Fuentes: CENABAST, Cuenta Pública 2026 [26]; CENABAST, Anuario Cuenta Pública 2026 [27]; CENABAST, Análisis económico Ley CENABAST 2026 [28].

Prescribir por principio activo es también proteger el bolsillo

La receta por **denominación común internacional (DCI)** sigue pendiente:

DCI no elimina libertad clínica

Permite identificar el principio activo y comparar alternativas equivalentes. Debe acompañarse de bioequivalencia confiable, información comprensible y farmacovigilancia.

Sobreprecios documentados

La Comisión Investigadora consignó diferencias superiores al **1.300%** entre algunos bioequivalentes de marca y sus versiones genéricas.

FNE: nuevo estudio 2026

Persisten problemas en la penetración efectiva de los bioequivalentes. Convenios públicos, incluidos los de FONASA, deben priorizar equivalencia terapéutica, precio y transparencia.

> El médico decide el tratamiento, pero el sistema debe evitar que el nombre comercial decida quién puede pagarlo.

Fuentes: Informe Comisión Investigadora [1]; FNE Estudio Medicamentos 2020 [2]; FNE Minuta EM11 2026 [3]; Senado, Minuta Fármacos II 2025 [4]; OMS, sistema DCI [29].



El Laberinto del Precio: Retail y Genéricos de Marca

La promesa de ahorro de los genéricos choca con las realidades del mercado y la desinformación en el punto de venta.

Genéricos de Marca: ¿Realmente una Alternativa?

Muchos productos se presentan como "genéricos de marca", ofreciendo el mismo principio activo pero con un nombre comercial y un precio más elevado que el genérico puro. Esta estrategia de marketing genera confusión y reduce el impacto real de la bioequivalencia en el ahorro del paciente.

El Precio en Farmacias: Más allá del Laboratorio

Incluso los medicamentos con precios controlados al productor pueden tener márgenes significativos en el retail. La falta de transparencia en la cadena de distribución y la escasa competencia entre cadenas de farmacias impactan directamente el bolsillo del consumidor, anulando ahorros potenciales.

⚠ La libertad de prescripción por DCI debe ir acompañada de mecanismos que garanticen una oferta real de genéricos bioequivalentes a precios justos en el retail.

Fuentes: FNE, Estudio de Mercado de Medicamentos 2020 [2]; OCDE, Review of the Pharmaceutical Sector in Chile 2017 [30]; Fundación Sol, Precios de medicamentos 2024 [31].

Las puertas pequeñas que el sistema todavía mantiene entreabiertas

Recetario magistral: una deuda que no puede volver a desaparecer

Desde 2016 se solicitó permitir preparados magistrales en las mismas dosis de medicamentos registrados; en 2025 eso se aprobó, pero solo cuando el Ministerio declare formalmente escasez. La solución definitiva exige una regulación moderna basada en estabilidad, trazabilidad y buenas prácticas, sin eliminar una alternativa terapéutica segura.

Importación por receta: cuando esperar también puede hacer daño

El ISP cuenta con un sistema electrónico de importación personal y publicó en 2024 una guía de importación excepcional, pero los plazos reales de tramitación no son públicos. El ISP debe publicar medianas y percentiles de tramitación, causas de rechazo y mecanismos prioritarios para enfermedades crónicas y graves.

Fuentes: Cámara, Resolución 654, agosto 2016 [30]; Decreto 79/2010, texto vigente [31]; BCN, regulación magistrales Chile y derecho comparado 2023 [32]; Decreto 30/2024, publicado febrero 2025 [33]; ISP, importación uso personal [34]; ISP, Guía importación excepcional 2024 [35].

Una política nacional para que enfermarse no signifique empobrecerse

Chile necesita una política nacional de protección farmacéutica que articule todos los eslabones: registro, evaluación de tecnologías, cobertura, compra estratégica, disponibilidad territorial, prescripción racional, dispensación, adherencia y resultados. Si falla uno, el medicamento puede existir en el mercado y seguir siendo inaccesible.

01

Gobernanza integrada

Articular GES, Ley Ricarte Soto y medicamentos no cubiertos bajo una gobernanza común; fortalecer FOFAR.

02

Acceso territorial

Ampliar entrega domiciliaria para personas mayores, dependientes o con enfermedades crónicas; consolidar farmacias comunales y municipales.

03

Garantía progresiva

Evaluar un "AUGE de medicamentos" para afiliados a FONASA; explorar segundo dispensador desde la red ambulatoria pública, y revisar la devolución IVA medicamentos.

04

Resultados medibles

Medir continuidad, adherencia, control de la enfermedad, hospitalizaciones evitadas y protección financiera efectiva, no solo cajas entregadas.

Fuentes: Síntesis de todas las fuentes citadas [1]–[35]. Propuestas de política pública sustentadas en evidencia verificable.



Si pasaran diez años más sin que nada cambie, no sería un fracaso del diagnóstico. Sería una decisión.