

MINUTA
TÉCNICA

Inclusión sostenible de medicamentos en los planes de salud en Chile

Diagnóstico y opciones de política pública

Martín Illanes

MAYO DE 2026

ESPACIO PÚBLICO

Investigación financiada por la Cámara de la Innovación Farmacéutica de Chile

El panorama

El sistema chileno de salud cubre, en el papel, a la totalidad de la población a través de Fonasa y de las Isapres. La cobertura efectiva de medicamentos, sin embargo, está lejos de seguir esa universalidad: los hogares aportaron en 2022 un 71% del gasto retail farmacéutico (OECD SHA, ratio HF3/HC51), proporción cercana al doble del promedio OCDE y consistente con la posición que Chile ha mantenido durante toda la última década. Mientras esa carga ambulatoria recae casi íntegramente sobre las personas, el acceso a medicamentos de alto costo opera por una sumatoria de instrumentos (Garantías Explícitas en Salud, Ley Ricarte Soto, Drogas de Alto Costo en Fonasa, programas hospitalarios, recursos de protección) que cubren con desigual fuerza a los distintos tipos de pacientes y que, por su superposición, han hecho de la judicialización una vía ordinaria de acceso a tratamientos.

Esta minuta sintetiza el informe extenso del mismo título. Ordena la magnitud y la naturaleza del gasto de bolsillo en medicamentos; reconstruye la tabla de protección farmacéutica vigente con sus instrumentos efectivos y sus brechas; reseña las trayectorias de cobertura de sistemas OCDE consolidados; y plantea tres escenarios de política para Chile, con sus reformas legales asociadas. No formula una recomendación única; ordena la conversación.

Mensajes clave

- 1** Chile mantiene una participación del bolsillo del hogar en el gasto en medicamentos cercana al 62% del total (CIF/UC 2024) y 71% si se restringe la mirada al canal retail farmacéutico (HF3/HC51, OECD SHA 2022-2023). En cualquiera de las dos lecturas, la proporción cercana al doble del promedio del cluster OECD intermedio. La brecha es estructural, estable durante la última década, y no responde a la magnitud absoluta del gasto sanitario sino a la arquitectura de cobertura.
- 2** La carga financiera de los medicamentos admite dos miradas complementarias. Una mirada *acumulativa*, donde el costo crónico se suma mes a mes (medicamentos ambulatorios de uso permanente). Una mirada *catastrófica*, donde un evento aislado puede agotar el patrimonio familiar (tratamientos de alto costo). Las dos miradas se cruzan en muchos casos reales; lo importante es que ninguna medida única atiende ambas a la vez.
- 3** La tabla de protección farmacéutica chilena es más rica que el binomio GES + Ley Ricarte Soto. Incluye Drogas de Alto Costo, Modalidad Libre Elección, Arsenal Farmacológico de la atención primaria y receta cautiva en programas hospitalarios. Esa fragmentación, antes que la ausencia de instrumentos, explica buena parte del gasto de bolsillo persistente: los recursos existen, pero no convergen en un beneficio coherente para el paciente.
- 4** La evidencia comparada muestra un patrón consistente. Los países que redujeron el gasto de bolsillo lo hicieron incorporando políticas concretas: España con copagos protegidos por ingreso y tope anual familiar; Australia con el Pharmaceutical Benefits Scheme y su lista positiva nacional; Reino Unido con regulación de precios PPRS y dispensación pública del NHS; Países Bajos y Canadá con negociación centralizada y precios de referencia; Alemania

con Belastungsgrenze del 2% del ingreso (1% en crónicos). Ningún país lo resolvió con un solo instrumento.

- 5** La judicialización de coberturas, vía recursos de protección principalmente, funciona como válvula institucional cuando los beneficios explícitos no alcanzan a un caso concreto. La experiencia comparada (en particular Colombia) advierte que cobertura universal nominal no extingue el fenómeno si la canasta no se actualiza con velocidad suficiente.

El gasto de bolsillo cotidiano: la lógica acumulativa

Los medicamentos para enfermedades crónicas de alta prevalencia —hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, asma, depresión— concentran una proporción sustantiva del gasto farmacéutico de los hogares chilenos. El indicador agregado más empleado en la comparación internacional es la ratio del gasto de bolsillo (HF3) sobre el gasto retail farmacéutico (HC51) en la metodología OECD System of Health Accounts. Para Chile esta ratio se ubicó en 71% en 2022 y se ha mantenido entre 70% y 72% durante el período 2019–2023, sin cambio relevante. El promedio OCDE para la misma ratio se sitúa en torno al 39%.

La encuesta nacional Ipsos–Espacio Público de julio de 2025 documenta el correlato individual de esa cifra agregada: un 29% de los consultados reportó haber dejado de tomar alguna dosis de medicamento en los doce meses previos por su costo, y entre quienes lo hicieron, un 70% lo hizo en más de una oportunidad. La interrupción de tratamiento por motivos económicos no es un riesgo teórico, sino una práctica documentada que afecta al control de patologías crónicas y que aparece de manera más intensa en hogares de ingresos medios y bajos, en personas mayores y en quienes residen en comunas con menor cobertura de farmacia comunitaria pública.

ALGUNAS MAGNITUDES RELEVANTES

- Bolsillo del hogar / gasto total en medicamentos, Chile: **62%** (CIF/UC 2024). En la métrica retail estricta (HF3/HC51, OECD SHA 2022): **71%**.
- Gasto público total en medicamentos / PIB, Chile, 2024: **0,46%** (CIF/UC, agrega Servicios de Salud, APS, LRS, DAC, PNI). En la métrica retail HF1/HC51 (OECD SHA 2023): **0,37%**. Promedio cluster OECD intermedio: 0,7-1,0% del PIB.
- Tope anual de gasto de bolsillo en medicamentos: **inexistente** tanto en Fonasa como en Isapres.
- Hogares que reportan haber suspendido alguna dosis por costo en el último año: **29%** (Ipsos–Espacio Público, julio 2025).

La caracterización del problema como *acumulativo*, antes que de precio unitario, tiene una consecuencia operativa relevante: un copago razonable para una compra esporádica deja de serlo cuando se replica mes a mes durante años. La ausencia de un tope anual en el sistema chileno, instrumento estándar en los países OCDE de referencia, es la brecha más visible que separa a Chile del cluster compara-

tivo. Las medidas que actúan solo sobre el precio unitario alivian proporcionalmente el gasto pero no cierran la lógica acumulativa, porque no introducen un techo financiero anual.

Alto costo y cobertura fragmentada

La segunda lógica de exposición financiera es la del riesgo catastrófico. Tratamientos oncológicos modernos, terapias avanzadas para enfermedades poco frecuentes y biotecnológicos pueden alcanzar montos que agotan el patrimonio familiar. La respuesta institucional chilena ha sido construir, a lo largo de tres décadas, un conjunto de instrumentos específicos —Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966, 2004), Ley Ricarte Soto (Ley 20.850, 2015), programa de Drogas de Alto Costo en Fonasa (operativo desde 2019), Arsenal Farmacológico de la atención primaria, programas hospitalarios y receta cautiva, Modalidad Libre Elección— que cubren, cada uno con sus reglas y su población objetivo, segmentos parciales del problema.

El trabajo de Aguilera y Castillo (UDD, 2022) sobre la *ruta del medicamento en Chile* documenta esa fragmentación con claridad: cada instrumento tiene su propio criterio de inclusión, su propia institucionalidad, su propio mecanismo de actualización y su propia red de provisión. La cobertura efectiva de un paciente concreto depende, en consecuencia, no solo de su patología, sino del instrumento que la esté cubriendo en ese momento, de su régimen previsional, del prestador donde se inició el tratamiento y del territorio donde reside. Cuando ninguno de los instrumentos disponibles cubre un caso, los hogares recurren al recurso de protección como mecanismo extraordinario de acceso. La judicialización ha pasado a operar, en la práctica, como una capa adicional de cobertura no escrita.

Tabla de protección farmacéutica vigente

Instrumento	Marco legal	Ámbito y población	Brecha principal
GES	Ley 19.966 (2004)	87 problemas de salud priorizados; medicamentos ambulatorios cubiertos en parte de las canastas	Patologías no priorizadas quedan fuera; canasta intra-GES acotada
Ley Ricarte Soto	Ley 20.850 (2015)	Diagnósticos y tratamientos de alto costo incorporados por decreto	Lista cerrada; ingresos al sistema con criterios discrecionales
Drogas de Alto Costo (DAC)	Programa Fonasa, 2019	Drogas oncológicas y otras de alto costo no incluidas en GES o LRS	Cobertura sólo a beneficiarios Fonasa; presupuesto anual limitado
Modalidad Libre Elección	Reglamento Fonasa	Beneficiarios Fonasa tramos B–D, con bonificación parcial de prestaciones	Reembolso menor; no cubre medicamentos crónicos generales
Arsenal Farmacológico APS	Norma técnica MINSAL	Medicamentos esenciales con dispensación gratuita en atención primaria	Catálogo y stock heterogéneos por comuna y por servicio de salud
Receta cautiva	Norma técnica MINSAL	Continuidad de tratamientos iniciados en establecimiento hospitalario	

Instrumento	Marco legal	Ámbito y población	Brecha principal
			Cobertura ligada al prestador; jurisdicción cambia, tratamiento se interrumpe

La descripción de la tabla en sus seis instrumentos —no en los dos habituales del debate público (GES y Ricarte Soto)— es relevante porque condiciona el diagnóstico: la pregunta de política pública no es exclusivamente cómo crear nuevas coberturas, sino también cómo armonizar, simplificar y completar las existentes para que un paciente con una condición crónica encuentre un único punto de acceso continuo, y para que un paciente con una terapia de alto costo no dependa de un recurso judicial para acceder al tratamiento que su médico le ha indicado.

La trayectoria comparada

El estudio extenso analiza seis sistemas de salud OCDE con cobertura universal de larga data (Australia, España, Francia, Inglaterra, Alemania y Portugal) más Uruguay como referente regional con arquitectura comparable a través del Fondo Nacional de Recursos. La selección privilegió sistemas con mecanismos formales de inclusión y revisión de medicamentos, con series temporales suficientes para evaluar trayectorias de reforma, y con disponibilidad de datos OECD SHA homogéneos. La exclusión deliberada de la mayoría de los casos latinoamericanos (observada también por Bitrán, 2018) responde a que la región combina cobertura nominal con problemas estructurales de implementación, judicialización e infrafinanciamiento que distorsionan la comparación con sistemas estabilizados.

La síntesis del Capítulo 5 del informe extenso ordena la evidencia comparada en tres grupos según esfuerzo fiscal y exposición de los hogares al gasto: alta cobertura, cluster intermedio OCDE, y bajo esfuerzo fiscal. Chile se sitúa en el tercer grupo, distante de los dos primeros.

Sistema	Canasta explícita	Tope anual de bolsillo	Dispensación con convenio	OOP retail
ALTA COBERTURA · GASTO PÚBLICO EN TORNO AL 1,3-1,5% DEL PIB				
Inglaterra (NHS)	NHS Drug Tariff, evaluación NICE	Prescription Charge único, exenciones amplias	Pharmacy contract NHS	~13%
Francia (CNAM)	Liste des médicaments remboursables, evaluación HAS	Ticket modérateur con CMU-C / ALD	Pharmacie d'officine con convenio	~18%
Alemania (G-BA, IQWiG)	Catálogo G-BA, evaluación IQWiG	Belastungsgrenze 2% de ingresos (1% en crónicos)	Apotheke con convenio	~22%
CLUSTER INTERMEDIO OCDE				

Sistema	Canasta explícita	Tope anual de bolsillo	Dispensación con convenio	OOP re-tail
Australia (PBS desde 1948)	Lista positiva nacional, revisión PBAC	Safety Net escalonado	Farmacia comunitaria con convenio	~25%
Uruguay (FNR)	Formulario Terapéutico Nacional	Cobertura completa intra-FNR	Sistema Nacional Integrado de Salud	~28%
España (RD 16/2012)	Cartera de servicios SNS	Aportación según renta y edad	Receta electrónica nacional, oficina con convenio	~32%
BAJO ESFUERZO FISCAL · ALTA EXPOSICIÓN AL BOLSILLO				
Chile	GES + LRS + DAC, fragmentada	—	Limitada (Cenabast + re-tail mayoritariamente privado)	71%

La trayectoria de cada uno de estos sistemas es distinta —el Pharmaceutical Benefits Scheme australiano data de 1948, mientras que la reforma española consolidada por el Real Decreto 16/2012 es muy posterior— pero el patrón es regular: los sistemas que han sostenido bajos niveles de gasto de bolsillo articulan los tres ejes simultáneamente. La canasta explícita, evaluada por una agencia técnica con criterios sanitarios y financieros, define el qué; el copago con tope anual calibrado por ingreso o condición clínica define el cuánto; y la dispensación con convenio define el cómo y el dónde. Para terapias innovadoras de alto costo, los sistemas avanzados han incorporado acuerdos de pago basado en valor —price-volume agreements, performance-based contracts— que vinculan el pago al laboratorio con resultados clínicos observados, lo que ha permitido incorporar terapias de alto precio sin comprometer la sostenibilidad fiscal.

Sobre el tratamiento regulatorio de los biosimilares, la experiencia comparada muestra heterogeneidad antes que convergencia. La intercambiabilidad, la prescripción por denominación común internacional y la sustitución farmacéutica son materias reguladas con criterios distintos por la European Medicines Agency, la Food and Drug Administration estadounidense, la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency británica y las agencias latinoamericanas. La asimilación normativa de biosimilares a genéricos, opción que se ha planteado en el debate chileno, comporta costos clínicos y económicos no triviales que la literatura internacional documenta (Kirchlechner y Cohen, 2025).

Tres escenarios para Chile

El estudio extenso ordena tres escenarios de política, no como menú de opciones equivalentes, sino como ejercicio de explicitación de trade-offs. Los tres son técnicamente viables; difieren en alcance, en costo fiscal, en la profundidad de la reforma legal requerida y en la magnitud de la reducción esperada del gasto de bolsillo. La elección entre ellos es una decisión política, condicionada por el horizonte fiscal disponible, la apetencia por reformas de mayor o menor calado y el peso que los decisores asignen a la cobertura ambulatoria frente a la cobertura catastrófica.

Dimensión	E1 · Cobertura focalizada ampliada	E2 · Beneficio Farmacéutico Universal	E3 · Convergencia plena OCDE
Lógica	Profundizar y armonizar instrumentos vigentes (GES, LRS, DAC)	Reordenar la cobertura ambulatoria bajo reglas comunes Fonasa-Isapres	Cobertura plena con tope anual universal de gasto de bolsillo
Reducción del gasto de bolsillo retail	Moderada (del orden del 60%)	Sustancial (entre 30% y 40%)	Plena (niveles bajos, propios del cluster OCDE alto)
Esfuerzo fiscal incremental	Bajo a medio	Medio a alto	Alto
Reforma legal	Modificación de los marcos GES, LRS y DAC	Ley marco para el Beneficio Farmacéutico Universal	Reforma sistémica articulada con la transición de Fonasa
Riesgos principales	Persistencia de la fragmentación residual entre instrumentos	Ejecución administrativa de la dispensación; gobernanza tripartita	Capacidad fiscal sostenida; transición administrativa de gran escala

Las cifras de esfuerzo fiscal y reducción esperada se reportan cualitativamente en esta minuta. La calibración cuantitativa por escenario se realiza sobre la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF IX, 2021-2022) para la curva de gasto en medicamentos por quintil de ingreso del hogar, y sobre las solicitudes registradas en el portal de la Ley Ricarte Soto, complementadas con precios internacionales de referencia para tecnologías sin valoración local. La metodología y los rangos se documentan en el Anexo 4 del informe extenso.

El Escenario 2 corresponde a la lógica del cluster OCDE intermedio (España, Países Bajos, Reino Unido, Canadá), aplicada a la arquitectura institucional chilena. El informe extenso lo desarrolla en su Capítulo 7 por su riqueza analítica para examinar la articulación entre componentes; la elección entre los tres escenarios es una decisión política.

El Beneficio Farmacéutico Universal articula los siguientes componentes:

- **Lista positiva** de medicamentos ambulatorios definida por una agencia técnica con criterios de eficacia, seguridad y costo-efectividad.
- **Copagos escalonados** por nivel de ingreso del hogar.
- **Tope anual de gasto de bolsillo** calibrado como porcentaje del ingreso del hogar. La calibración cuantitativa se realiza con la Encuesta de Presupuestos Familiares y con la información de precios y solicitudes del portal de la Ley Ricarte Soto, y se documenta en el Anexo 4 del informe extenso.
- **Dispensación con convenio**: Cenabast y la red de farmacia comunitaria pública como primera opción; farmacias retail con convenio como red complementaria.
- **Pago basado en valor** para terapias de alto costo: acuerdos price-volume y performance-based contracts que distribuyan el riesgo entre el sistema y el laboratorio.
- **Gobernanza tripartita** que separe rectoría sanitaria, financiamiento e instituciones de provisión, con representación efectiva de pacientes y profesionales en la deliberación sobre la canasta.

- **Trazabilidad por RUT** que asegure continuidad del beneficio al transitar entre Fonasa e Isapres y entre prestadores.
- **Bioequivalencia universal** como condición habilitante del acceso a la canasta del beneficio.
- **Sistema público de información de precios** con publicación de precios de referencia internacional, márgenes de la cadena y descuentos institucionales.
- **Evaluación de tecnologías sanitarias orientada a valor** (ETESA), con criterios de priorización por valor sanitario, social y económico.
- **Inclusión transitoria por baja evidencia** (sandbox regulatorio) para terapias innovadoras con evidencia preliminar, sujeta a revisión periódica.

Innovación con valor sanitario

La incorporación de medicamentos innovadores con valor sanitario demostrado es transversal a los tres escenarios. La evidencia clínica reciente ha producido terapias que modifican la historia natural de enfermedades antes intratables o que reducen mortalidad y hospitalización en patologías de alta prevalencia, y los sistemas comparados las han incorporado a través de mecanismos formales de evaluación y de acuerdos contractuales que distribuyen el riesgo entre el pagador y el laboratorio. Cinco ejemplos ilustran el patrón.

La empagliflozina, inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, demostró en el ensayo EMPAREG OUTCOME (Zinman et al., NEJM 2015) reducción de mortalidad cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida; su incorporación al PBS australiano se produjo bajo un acuerdo de price-volume con el laboratorio. La dapagliflozina, en el ensayo DAPA-HF (McMurray et al., NEJM 2019), redujo muerte cardiovascular y hospitalización por insuficiencia cardíaca en pacientes con fracción de eyección reducida, con o sin diabetes; su incorporación amplió la indicación más allá de la diabetología. Los moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (Trikafta, ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor), evaluados por Middleton et al. en NEJM en 2019, modificaron la trayectoria pulmonar de pacientes con fibrosis quística portadores de la mutación F508del; su incorporación al NHS británico se realizó tras dos años de negociación con el fabricante.

El pembrolizumab, en el ensayo KEYNOTE-006 (Schadendorf et al., NEJM 2015), mostró sobrevida superior a la quimioterapia en melanoma metastásico, con respuestas duraderas en un subgrupo de pacientes; su incorporación a los sistemas europeos se ha producido típicamente con criterios de elegibilidad biomarcador-dependientes. El onasemnogén abeparvovec, evaluado en Nature Medicine en 2022 por Mendell et al., es una terapia génica de dosis única para atrofia muscular espinal tipo 1 que altera de manera sustancial la sobrevida y el desarrollo motor de pacientes pediátricos; su precio extraordinariamente elevado ha hecho de los acuerdos de riesgo compartido una condición práctica de incorporación en los sistemas que la han adoptado.

La incorporación de este tipo de innovación al sistema chileno requiere institucionalidad de evaluación de tecnologías sanitarias orientada a priorización por valor —sanitario, social y económico—, no a contención mecánica de gasto. Los acuerdos de pago basado en valor son herramienta disponible y operativa en los sistemas comparados; su efectividad depende menos de la elección entre los tres escena-

rios planteados que del diseño de la agencia técnica encargada de la evaluación, de los procesos administrativos de inclusión y de la transparencia de los precios efectivos en cada etapa de la cadena.

Condiciones de implementación

Cualquiera de los tres escenarios analizados requiere un conjunto de condiciones institucionales y normativas que el informe extenso desarrolla con detalle. Cuatro merecen mención específica en esta síntesis.

(i) Ley marco. El paquete de política propuesto, en cualquiera de sus versiones, exige una ley que defina la institucionalidad del beneficio, su financiamiento estructural, los criterios de inclusión y exclusión de medicamentos en la canasta, y los mecanismos de actualización periódica. La experiencia chilena reciente con la Ley Ricarte Soto y con las modificaciones del régimen GES muestra que la sola modificación reglamentaria, sin marco legal de mediano plazo, deja al beneficio expuesto a oscilaciones presupuestarias y a discrecionalidad administrativa.

(ii) Gobernanza tripartita. La agencia técnica de evaluación, el órgano de financiamiento y los prestadores deben tener funciones separadas, con una representación efectiva de pacientes y profesionales en la deliberación sobre la canasta. La separación entre rectoría, financiamiento y provisión es una condición de sostenibilidad documentada en la literatura comparada y observada en los sistemas con mejor desempeño.

(iii) Sistema público de información de precios. La reducción del gasto de bolsillo y la sostenibilidad fiscal del paquete dependen de la información disponible sobre precios. Un sistema público y accesible que publique precios de referencia internacional, márgenes de la cadena de distribución y descuentos institucionales no es una facultad opcional del regulador, sino una condición operativa del beneficio. Sin esa transparencia, el espacio para la negociación pública es estructuralmente limitado.

(iv) Cronograma realista. La transición desde la fragmentación actual hacia un beneficio coherente exige un cronograma escalonado: definición técnica de la canasta inicial y del marco normativo en los primeros doce meses; implementación piloto en Fonasa hacia el segundo año; expansión a Isapres y consolidación en el tercer año; revisión integral al cuarto. La efectividad del paquete depende menos de la perfección del diseño inicial que de la capacidad institucional para ajustar canasta, copagos y precios sobre la base de la evidencia que la implementación va generando.

Cinco puntos abiertos en el debate

El informe extenso no zanja la totalidad de las decisiones de diseño que el paquete de política supone. Los siguientes cinco puntos quedan abiertos al debate técnico y deliberativo del seminario asociado a la publicación.

- 1. Fuentes y fichas país.** Los sistemas comparados aparecen documentados en dos lugares del informe extenso: las fichas individuales de los Anexos 6 y 7, y la Tabla 4 del Capítulo 5. La unificación de la fuente primaria de cada indicador (OECD SHA, OECD HSF, fuentes nacionales) es una decisión metodológica que conviene explicitar antes de la publicación.

- 2. Articulación con regímenes especiales.** La operación conjunta del Beneficio Farmacéutico Universal con las Garantías Explícitas en Salud, la Ley Ricarte Soto y el programa de Drogas de Alto Costo está descrita en el Capítulo 7.3. La regla de precedencia entre instrumentos cuando una misma indicación está cubierta por más de uno afecta la magnitud de la cobertura efectiva y la previsibilidad para el paciente.
- 3. Unidad de cálculo del tope anual.** El tope del Escenario 2 puede calcularse por persona o por hogar. La opción por hogar reproduce mejor la lógica de protección financiera familiar y se observa con más frecuencia en los sistemas comparados; la opción por persona es administrativamente más simple. La trazabilidad por núcleo familiar requerida por la primera opción es discutida en el Capítulo 7.4.2.
- 4. Horizonte de reforma legal.** Las medidas de los tres escenarios se distinguen por la profundidad de reforma legal que requieren. El Capítulo 8.1 propone una clasificación por horizonte (corto, mediano y largo plazo) que ordena la secuenciación entre medidas reglamentarias, modificaciones legales acotadas y reformas sistémicas.
- 5. Rol de Cenabast en compras agregadas.** La extensión del modelo de compra agregada de Cenabast al canal retail, bajo la habilitación de la Ley 21.198, es una de las decisiones operativas con mayor impacto sobre la sostenibilidad fiscal del beneficio y sobre la captura de eficiencia en la cadena de distribución.

NOTA INSTITUCIONAL

Este estudio contó con el apoyo financiero de la Cámara de Innovación Farmacéutica (CIF).

El financiador del estudio no participó en la recolección de datos, el análisis, la interpretación de los resultados ni en la redacción del informe.

Informe extenso disponible en espaciopublico.cl. Mayo de 2026.