

MINUTA  
TÉCNICA

# Inclusión sostenible de medicamentos en los planes de salud en Chile

---

Síntesis para política pública

Martín Illanes

---

MAYO DE 2026

**ESPACIO PÚBLICO**

*Investigación financiada por la Cámara de la Innovación Farmacéutica de Chile*

## El panorama

---

El acceso a medicamentos en Chile ocupa un lugar central en el debate de política sanitaria. El sistema cubre, sobre 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 financian directamente una proporción del gasto farmacéutico que duplica el promedio OCDE, y el acceso a tratamientos de alto costo opera por una sumatoria de instrumentos (Garantías Explícitas en Salud, Ley Ricarte Soto, Drogas de Alto Costo en Fonasa, Fondo de Farmacia, Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, programas hospitalarios, recursos de protección) que cubren con desigual fuerza a los distintos tipos de pacientes. La judicialización ha pasado a operar, en la práctica, como una capa adicional de cobertura no escrita.

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. La minuta ordena la conversación; no formula una recomendación priorizada.

### Mensajes clave

- 1** El gasto de bolsillo en medicamentos en Chile es estructural. La proporción financiada directamente por los hogares alcanza el **62%** del gasto total en medicamentos (CIF/UC, 2024) y el **71%** del gasto retail farmacéutico (OECD SHA, ratio HF3/HC51, 2022). Ambas cifras, por metodologías distintas y series complementarias, ubican a Chile en el extremo superior de la OCDE.
- 2** La carga financiera 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; 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, Fondo de Farmacia para crónicos en atención primaria, Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Isapres, Arsenal Farmacológico de la atención primaria, receta cautiva en programas hospitalarios y compras agregadas vía Cenabast con la habilitación de la Ley 21.198. La fragmentación, antes que la ausencia de instrumentos, explica buena parte del gasto de bolsillo persistente: los recursos existen, no convergen en un beneficio coherente para el paciente.
- 4** La judicialización funciona como válvula institucional cuando los beneficios explícitos no alcanzan a un caso concreto. Es un síntoma de la fragmentación, no un mecanismo de cobertura sostenible. La experiencia comparada (en particular Colombia) muestra que la cobertura nominal universal no extingue el fenómeno si la canasta no se actualiza con velocidad suficiente.

- 5** Los países OCDE que han reducido el gasto de bolsillo de forma sostenida lo hicieron articulando un paquete con tres componentes simultáneos: una canasta explícita evaluada por una agencia técnica, copagos con tope anual calibrado por ingreso o condición, y dispensación con convenio (pública y red retail concertada). Ningún sistema lo resolvió con un solo instrumento.

## El gasto 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% en el período 2019–2023, sin cambio relevante. El promedio OCDE para la misma ratio se sitúa en torno al 39%. La cifra del 62% sobre el gasto total en medicamentos (CIF/UC, 2024) confirma la magnitud del problema con metodología y serie distintas.

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 es una práctica documentada que afecta el control de patologías crónicas, con mayor intensidad 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

- Gasto de bolsillo / gasto retail farmacéutico, Chile, 2022: **71%** (OECD SHA, HF3/HC51).
- Gasto de bolsillo / gasto total en medicamentos, Chile, 2024: **62%** (CIF/UC).
- Gasto público en medicamentos, Chile, 2023: **0,46% del PIB** (medición CIF, gasto público total) y **0,37% del PIB** (HC51, OECD SHA), frente a un promedio OCDE cercano al 1,5%.
- Tope anual de gasto de bolsillo en medicamentos ambulatorios: **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 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, de su patología, 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.

### Tabla de protección farmacéutica vigente

Instrumento	Marco legal o normativo	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 Fona-sa, 2019	Drogas oncológicas y otras de alto costo no incluidas en GES o LRS	Cobertura sólo a beneficiarios Fonasa; presupuesto anual limitado
Fondo de Farmacia (FO-FAR)	Resolución MIN-SAL, atención primaria	Provisión gratuita de medicamentos para crónicos cardiovasculares y diabetes en APS	Catálogo acotado; cobertura ligada a inscripción y a stock comunal
CAEC	Reglamento Isapres	Seguro adicional Isapre para prestaciones hospitalarias de alto costo, con deducible y tope	Aplica en red cerrada; cobertura ambulatoria de medicamentos limitada
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

Instrumento	Marco legal o normativo	Ámbito y población	Brecha principal
Cenabast (Ley 21.198)	Ley 21.198 (2020)	Habilitación de compra agregada para farmacias retail privadas en municipios y entidades adheridas	Adhesión voluntaria; cobertura territorial heterogénea; sin reglas comunes con regímenes previsionales

La descripción de la tabla en sus instrumentos efectivos, antes que en los dos habituales del debate público (GES y Ricarte Soto), condiciona el diagnóstico. La pregunta de política pública es a la vez cómo crear nuevas coberturas y cómo armonizar, simplificar y completar las existentes para que un paciente con condición crónica encuentre un único punto de acceso continuo, y para que un paciente con 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 síntesis del Capítulo 5 del informe extenso ordena la evidencia comparada en tres clusters 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 cluster, distante de los dos primeros.

Sistema	Canasta explícita	Tope anual de bolsillo	Dispensación con convenio	OOP retail
<b>ALTA COBERTURA · GASTO PÚBLICO EN TORNO AL 1,3-1,5% DEL PIB</b>				
Alemania (G-BA, IQWiG)	Catálogo G-BA, evaluación IQWiG	Belastungsgrenze 2% de ingresos (1% en crónicos)	Apotheke con convenio	~22%
Francia (CNAM)	Liste des médicaments remboursables, evaluación HAS	Ticket modérateur con CMU-C / ALD	Pharmacie d'officine con convenio	~18%
Países Bajos	Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	Eigen risico anual con franquicia	Apotheek con convenio	~15%
<b>CLUSTER INTERMEDIO OCDE · GASTO PÚBLICO EN TORNO AL 0,8-1,2% DEL PIB</b>				
España (RD 16/2012)	Cartera de servicios del SNS	Aportación según renta y edad	Receta electrónica nacional, oficina con convenio	~32%
			Pharmacy contract NHS	~13%

Sistema	Canasta explícita	Tope anual de bolsillo	Dispensación con convenio	OOP re-tail
Reino Unido (NHS)	NHS Drug Tariff, evaluación NICE	Prescription Charge único, exenciones amplias		
Canadá	Formularios provinciales (Ontario, Quebec, Columbia Británica)	Variable por provincia, con coberturas para adultos mayores y crónicos	Farmacia comunitaria con convenio provincial	~33%
<b>BAJO ESFUERZO FISCAL · ALTA EXPOSICIÓN AL BOLSILLO</b>				
Chile	GES + LRS + DAC, fragmentada	Ausente	Limitada (Cenabast Ley 21.198 + retail 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. 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; 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.

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. El propósito es explicitar trade-offs, no zanjar preferencias. 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, FOFAR)	Reordenar la cobertura ambulatoria bajo reglas comunes Fonasa-Isapres con tope anual	Cobertura plena con tope anual estricto del gasto de bolsillo del hogar
Reducción esperada del OOP	De 71% a 55-60%	De 71% a 30-40%	De 71% a 20-25%
Costo fiscal anual	USD 400-500 millones	USD 800-900 millones	USD 2.500-3.000 millones
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; precios; gobernanza tripartita	Capacidad fiscal sostenida; transición administrativa de gran escala

*Cifras en precios 2022, presentadas como órdenes de magnitud. 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 1 profundiza los instrumentos existentes con bajo costo fiscal y reformas legales acotadas; persiste la fragmentación residual. El Escenario 3 alcanza el cluster OCDE de alta cobertura con esfuerzo fiscal sustantivo y reforma sistémica. El Escenario 2 corresponde a la lógica del cluster OCDE intermedio (España, Reino Unido, Canadá), aplicada a la arquitectura institucional chilena. El informe extenso desarrolla el Escenario 2 en su Capítulo 7 por su riqueza analítica para examinar la articulación entre componentes; ese desarrollo es expositivo, no una recomendación priorizada.

## Zoom analítico: el Beneficio Farmacéutico Universal

El Beneficio Farmacéutico Universal (BFU) corresponde al desarrollo detallado del Escenario 2. El informe extenso lo presenta como zoom analítico para examinar cómo se articulan los componentes en una arquitectura concreta, no como recomendación priorizada por sobre los otros escenarios. La elección entre E1, E2 y E3 es una decisión política.

El BFU se articula con los instrumentos vigentes de protección farmacéutica. Las Garantías Explícitas en Salud, la Ley Ricarte Soto, las Drogas de Alto Costo, el Fondo de Farmacia y la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas operan como capas de cobertura especializadas; el BFU las complementa con un piso ambulatorio común y un tope anual de gasto de bolsillo. La regla de precedencia

entre instrumentos cuando una indicación está cubierta por más de uno está descrita en el Capítulo 7.3 del informe extenso.

- **Lista positiva** de medicamentos ambulatorios definida por una agencia técnica con criterios de eficacia, seguridad y costo-efectividad. Actualización periódica con consulta pública.
- **Copagos escalonados** por nivel de ingreso del hogar, con copago menor para condiciones crónicas que requieran adherencia continua.
- **Tope anual del gasto de bolsillo del hogar** calibrado entre el 13% y el 15% del ingreso per cápita del hogar (USD 800-900 millones anuales en costo fiscal según simulación EPF, anexo metodológico §5).
- **Dispensación con convenio:** Cenabast y la red de farmacia comunitaria pública como primera opción; farmacias retail con convenio como red complementaria. Pago al dispensador vinculado a desempeño en continuidad y cobertura territorial.
- **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 y 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.

La articulación del BFU con GES, LRS, DAC, FOFAR y CAEC admite tres alternativas operativas: jerárquica (BFU como piso, programas específicos como capas), de complementariedad por patología, o de absorción gradual. Cada opción tiene implicancias de gobernanza y financiamiento que el informe extenso describe en el Capítulo 7.3.

## Cinco preguntas técnicas para el debate

---

El informe extenso explicita cinco decisiones de diseño que conviene zanjar en la deliberación pública asociada a la publicación. Son los puntos donde la conversación técnica es indispensable.

1. **Fuente unificada para las fichas país.** Los sistemas comparados aparecen documentados en dos lugares del informe extenso: las fichas individuales de los Anexos 6 y 7 (basadas en OECD SHA) y la Tabla 4 del Capítulo 5 (basada en cuentas nacionales y series complementarias). La unificación de la fuente primaria de cada indicador afecta la lectura del cluster fiscal en el que se ubica Chile y la calibración del tope OOP.

- 2. Articulación operativa BFU + GES + LRS + DAC + FOFAR + CAEC.** La operación conjunta del BFU con los regímenes vigentes admite arquitecturas distintas: jerárquica, de complementariedad por patología o de absorción gradual. La regla de precedencia cuando una indicación está cubierta por más de un instrumento afecta la magnitud de la cobertura efectiva y la previsibilidad para el paciente.
- 3. Unidad de cálculo del tope anual: persona u hogar.** 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 está 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: compras agregadas o dispensación directa.** 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. Como mecanismo de compras, su rol se acota a precios y abastecimiento; como dispensador directo, asume continuidad terapéutica.

## Nota metodológica e institucional

---

Esta minuta sintetiza el informe extenso del mismo título, producido por Espacio Público en el marco de su línea de estudios sobre acceso a medicamentos. La metodología cuantitativa combina datos OECD System of Health Accounts (HF3/HC51) para la comparación internacional, la Encuesta de Presupuestos Familiares IX (2021-2022) para la curva de gasto en medicamentos por quintil de ingreso, las solicitudes registradas en el portal de la Ley Ricarte Soto para la calibración de costos de tratamientos de alto costo, y precios internacionales de referencia para tecnologías sin valoración local. Los rangos por escenario se reportan como órdenes de magnitud en precios 2022; la metodología detallada se documenta en el Anexo 4 del informe extenso.

La encuesta nacional Ipsos–Espacio Público (julio 2025) provee el correlato individual de las cifras agregadas; su ficha técnica está en el Anexo 8 del informe extenso. La síntesis comparada se basa en las fichas país de los Anexos 6 y 7 y en la revisión sistemática del Capítulo 5.

## DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO Y REVISIÓN EDITORIAL

Este estudio contó con el apoyo financiero de la Cámara de la Innovación Farmacéutica de Chile (CIF) en el marco de su línea de estudios sobre acceso a medicamentos. El financiador no participó en la recolección de datos, en el análisis, en la interpretación de los resultados ni en la redacción del informe.

El proceso editorial incluyó revisión metodológica de Carla Castillo (Universidad del Desarrollo) y Eduardo Undurraga (Pontificia Universidad Católica de Chile), validación cuantitativa contra fuentes primarias de OCDE, OPS y MINSAL, y documentación pública de las decisiones editoriales.

Las posiciones expresadas son de exclusiva responsabilidad de Espacio Público.

*Informe extenso disponible en [espaciopublico.cl](http://espaciopublico.cl). Mayo de 2026.*