



Universidad
Andrés Bello®

INFORME 3-2025

GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS Y SUS POSIBILIDADES DE FINANCIAMIENTO

JULIO 2025



Editores:
Héctor Sánchez y
Manuel Inostroza

RESUMEN EJECUTIVO

La protección financiera en salud es una de las dimensiones clave para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que el objetivo de la estrategia de acceso universal es que las personas puedan obtener los servicios de salud cuando lo necesiten, sin sufrir dificultades financieras cuando pagan por ellos (OMS, 2021). De hecho la OPS señala que, para minimizar el riesgo financiero de un gasto catastrófico o empobecedor en los hogares, el gasto de bolsillo no debe exceder el 20% del gasto corriente de salud. Los datos de la OCDE 2023 muestran que en el sistema de salud chileno el gasto de bolsillo en salud aún es muy alto, un 29,7%, porcentaje muy superior al 18% promedio de los países OCDE. Es muy probable entonces que por esta cifra el informe Desiguales del PNUD del 2017, que reflejaba una enorme crisis de expectativas de la sociedad chilena previa al “estallido social del 2019”, mostraba una molestia del 68% (la más alta) frente a la desigualdad en el acceso a la salud: *“de que algunas personas accedan a una mucho mejor salud que otras”*.

Es por lo que en este informe se señala la importancia del gasto de bolsillo y en particular el de medicamentos y sus posibilidades de financiamiento. Lo haremos utilizando la más reciente información disponible y utilizando distintas fuentes, no siempre metodológicamente comparables, pero útiles con el fin de permitirnos dimensionar su importancia actual desde diferentes perspectivas. De hecho estudios previos como el de Bruzzo et. al. (2018) indican que en Chile el principal ítem del gasto de bolsillo es el gasto en medicamentos, particularmente alto si se le compara con países de la OCDE. Éste representa cerca de un 38% del total del gasto de bolsillo en salud para el 2012 de acuerdo a los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares, seguido por las consultas médicas (19,8%), los exámenes de laboratorio y de rayos (11,8%) y los servicios dentales (9,3%).

Lo anterior se explica porque en Chile la cobertura de los medicamentos es parcial y fragmentada, y depende del seguro de salud al cual pertenecen las personas, la modalidad en la que se atienden y el tipo de patología que padecen. En efecto, la cobertura de los medicamentos ambulatoria generalmente es mucho menor que la de la atención hospitalaria, por lo que los medicamentos son el principal impulsor del gasto de los hogares. En contraste se calcula que en los países de la OCDE el 56% del gasto total en medicamentos es financiado por los gobiernos y los sistemas de seguro de salud obligatorios (OCDE, 2023).

En cuanto a la posibilidad de mejorar la cobertura de los gastos en medicamentos en el sistema de salud chileno, un análisis de viabilidad realizado hace 11 años por Lenz et. al. (2014), nos mostró que las cotizaciones mensuales deberían aumentar entre 2,0 y 1,5 puntos porcentuales para cubrir el 100% del gasto de bolsillo en medicamentos de cotizantes FONASA e ISAPREs, equivalentes a \$1.463 millones de dólares en el 2012. En cambio en el escenario más conservador, el equivalente era de \$425 millones de dólares, si se cubriera sólo el gasto catastrófico en medicamentos y los aumentos en la tasa promedio de cotización fluctuarían entre 0,6 y 0,4 puntos porcentuales. Y en estos dos escenarios se deberían haber

acompañado incrementos de entre un 3,7 % y un 1,1% en el aporte fiscal a salud. Cabe recordar sobre este punto, que la Encuesta Nacional de Salud ISPAB del 2021 mostraba que el 50% de los entrevistados estaría dispuesto a pagar mensualmente, un adicional a su 7%, por un seguro que le cubra una parte de ese gasto; esta disposición es por cierto menor en los beneficiarios del FONASA, solo un 45%, pero mucho más alto en los de las ISAPREs, un 75% .

Por cierto propuestas como estas no se han implementado y durante este tiempo solo se han producido avances muy acotados y parciales con la incorporación de nuevas patologías GES, la ley de fármacos 1 (Nº 20.724, del 2014) y la ley de medicamentos de alto costo o Ricarte Soto (Nº 20.850, del 2015). Y en paralelo a que esta menor cobertura de los medicamentos no ha sido resuelta con decisión política en la reestructuración de los planes de beneficios de salud del sistema chileno; el gasto en medicamentos total del mercado farmacéutico, compuesto por el sector público y privado entre los años 2011 y 2024 ha seguido mostrando un crecimiento real del 80,4%, desde \$2.020.692 millones hasta \$3.644.614 millones. Se observa que, a comienzos del período de estudio, cerca de un cuarto del gasto total en medicamentos correspondía al público institucional, mientras en el último período, el porcentaje correspondiente al sector público alcanzó el 50,7% del total, muy probablemente explicado por los regímenes especiales en la cobertura de medicamentos en el sistema de salud chileno, como es el régimen de Garantías Explícitas de Salud GES y la Ley Ricarte Soto. No obstante, si los observamos como porcentajes del PIB, en el año 2011, el gasto total en medicamentos alcanzaba un 1% del PIB. Se observa una tendencia al alza en dicha variable hasta el año 2020 donde alcanza un 1,3%, luego con períodos de disminución el 2021-2022 para llegar al final de período nuevamente a un 1,0% del PIB.

Ahora bien, desde la perspectiva del Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC) para el periodo 2011-2024, los datos muestran que, a lo largo de todo el período, los grupos con mayor representación del gasto en medicamentos son el sistema digestivo y metabolismo (\$667.926 MM, 2024), antiinfecciosos para uso sistémico (\$467.139 MM, 2024) y sistema nervioso (\$485.801 MM, 2024). Por otra parte, respecto del consumo de medicamentos por dosis diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes por día, los medicamentos más consumidos a lo largo de todo el período corresponden al grupo del sistema cardiovascular, luego los del sistema nervioso y en tercer lugar los del sistema digestivo y metabolismo, representando más del 70% del total a lo largo del período. Por último, respecto al cálculo del gasto en medicamentos por dosis diaria (definida por 1.000 habitantes por día), el año 2024, el más alto correspondió al grupo de los medicamentos antiinfecciosos para uso sistémico, con un valor de \$15.275 millones. En segundo lugar, le sigue el grupo de medicamentos del aparato genitourinario y hormonas sexuales, con un valor de \$4.587 millones, en tercer y cuarto lugar los grupos de medicamentos de los sistemas respiratorio y digestivo, con valores de \$3.049 y \$2.249 millones, respectivamente. No obstante lo anterior, al observar la trayectoria, se observa una notoria tendencia a la baja entre los años 2011 y 2024, con una disminución total del 37,8%, pero que varía entre el 14,7% y el 60,6% según el grupo.

Esta tendencia podría explicarse parcialmente por un aumento en el uso de genéricos y bioequivalentes, impulsado por el requisito de bioequivalencia que se ha implementado gradualmente desde 2008 en el país, y por la Ley de Fármacos (Ley N.º 20.724) promulgada el 2014, con el objetivo de mejorar el acceso, calidad y transparencia del mercado farmacéutico, con énfasis en el precio de los medicamentos y el acceso equitativo. Otro factor que puede haber influido es la expansión de CENABAST a farmacias privadas desde 2021 a través de la Ley CENABAST (Ley N.º 21.198), lo que podría haber reducido los precios finales de algunos medicamentos (Balmaceda et al., 2015; Congreso Nacional de Chile, 2014, 2020).

Con todo, un buen instrumento para analizar la evolución del gasto de bolsillo en salud y medicamentos en los hogares chilenos ha sido la Encuesta de Presupuestos Familiares en sus versiones V, VII, VIII y IX, correspondientes a los años 1997, 2012, 2017 y 2022 respectivamente. Se puede ver que tanto el gasto en salud como el gasto en medicamentos aumentan con el nivel de ingresos, aunque lamentablemente la brecha entre el quintil I y el quintil V ha disminuido con el tiempo. De 12,2 veces el año 1997 a 4,9 veces el 2022 respecto al gasto de bolsillo en salud. En el caso del gasto en medicamentos el comportamiento fue similar, de 6,5 veces el año 1997 se redujo a 4 veces el 2022. En relación a la tasa de crecimiento del gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hogares, la mala noticia es que considerando todos los quintiles de ingresos, en términos absolutos y comparables, el gasto de bolsillo en salud aumentó un 80,5% entre 1997 y 2022 y el gasto de bolsillo en medicamentos aumentó un 72,5% para el mismo período. Y en cuanto al gasto de bolsillo en medicamentos como porcentaje del gasto de bolsillo en salud, este se ha mantenido relativamente constante, el año 2012 su valor rondaba el 29%. En el año 2017, el porcentaje aumentó levemente a un 30,3%, para el año 2022 quedar finalmente en un 29,8%.

En consecuencia, para la estimación actualizada de una mejor cobertura de medicamentos se utilizó la misma metodología aplicada por Lenz y Sanhueza (2014), donde se calcula la cotización adicional y mayor gasto fiscal necesario para reducir el gasto de bolsillo en medicamentos. El primer escenario considera la cobertura del 100% del gasto en medicamentos, por lo que el gasto privado en retail representa el gasto que el sistema, ya sea público o privado, aún no financia. El segundo escenario considera una cobertura en medicamentos del 80% igual a la cobertura de las Garantías Explicitas de Salud (GES), por lo que el gasto adicional a financiar es el 80% del gasto total del mercado farmacéutico menos el gasto institucional público. Finalmente, el tercer escenario considera una cobertura del 56%, correspondiente al promedio de los 32 países de la OECD para el año 2021 (OECD, 2023). Para el escenario 1, el gasto adicional por financiar corresponde a \$1.795.200 millones (\$1.828 millones de dólares, a dic. 2024), un 25% más alto que el calculado por Lenz et. al. de hace 12 años. En el escenario 2 el gasto adicional por financiar equivale a \$1.066.277 millones (\$1.086 millones de dólares, a dic. 2024). Y en el escenario 3 el gasto adicional por financiar estimado equivale a \$191.570 millones (\$195 millones de dólares, a dic. 2024).

Ahora bien desde la perspectiva de los cotizantes y considerando cierta disposición a pagar un adicional al 7% en salud, tomando solo las opciones con menor impacto fiscal. En el escenario 1 implicaría para los beneficiarios de ISAPREs un porcentaje de cotización adicional de 1,45% o una cotización mensual promedio de \$28.705 adicionales, en cambio para los beneficiarios de FONASA de los grupos B, C y D un aumento en la cotización del 1,16%, equivalente a un promedio de \$8.243 mensuales. En el escenario 2 implicaría para los beneficiarios de ISAPREs una cotización adicional del 0,86% o un equivalente a un promedio mensual de \$17.049, para los de FONASA de 0,69% de cotización adicional o \$4.896 mensuales en promedio. Finalmente en el escenario 3 se requeriría una cotización adicional del 0,07% para los beneficiarios de ISAPRE, equivalente a \$1.323 mensuales y para los beneficiarios de FONASA una cotización adicional mensual a los grupos B, C, y D de 0,12% o de \$880 mensuales en promedio.

A la luz de estas cifras, y dado el reciente y definitivo fracaso en el Congreso de la ley de “fármacos 2” (Boletín 9914-11), es posible reiterar que la discusión en torno a la idea de incluir una mejor cobertura de medicamentos en los actuales planes de beneficios de FONASA e ISAPREs o de generar un Seguro de Medicamentos, no es una política pública que esté demasiado alejada de las posibilidades financieras de nuestra realidad, sobre todo si somos capaces de corregir las ineficiencias ya demostradas en informes anteriores sobre la productividad asistencial de nuestros hospitales o el mal uso de las licencias médicas y los subsidios de incapacidad laboral. En todo caso seguir apelando al gasto de bolsillo seguirá resultando regresivo e inequitativo y mantendrá una sensación de molestia social e insatisfacción con nuestro sistema de salud. Por último, aunque este análisis no considera efectos como los menores precios que podría pagar la seguridad social a la industria farmacéutica, en un escenario donde pueden existir coberturas y volúmenes de compra significativos, que lleven a negociaciones de precios e ingresos mucho más atractivos para ambas partes o cambios en las tasas de uso de medicamentos, producto de lo mismo. Nuestras estimaciones muestran claramente que el financiamiento de medicamentos debe estar en la discusión de la reforma del sistema de salud chileno y que además es posible ir abordándolo financieramente de manera progresiva y gradual.

1.- ANTECEDENTES DEL GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS

La protección financiera en salud es una de las dimensiones clave para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Esto se debe a que el objetivo del acceso universal a la salud es que las personas puedan acceder a los servicios de salud cuando lo necesiten, sin sufrir dificultades financieras cuando pagan por ellos (OMS, 2021).

Al respecto, la OMS (2021) también señala que *"cuando los sistemas de salud no ofrecen una protección financiera adecuada, los individuos corren el riesgo de enfrentarse a dificultades financieras después de haber pagado sus gastos de salud o bien de no tener los medios para pagar los cuidados de salud que les han sido administrados. Por lo tanto, la falta de protección financiera puede restringir el acceso a los cuidados, debilitar el estado de salud, acentuar la pobreza y exacerbar las desigualdades en materia de salud y en el plano socioeconómico"* (p. 132). Entre las fuentes de financiamiento de los sistemas de salud (Acuña y León, 2021), se define el gasto de bolsillo como un pago directo por bienes y servicios de salud financiado con los ingresos primarios del hogar o sus ahorros. El pago lo realiza el usuario al momento de la compra de bienes o del uso de los servicios, como lo es el gasto de bolsillo en medicamentos y los copagos en servicios de salud.

El gasto de bolsillo por consiguiente puede constituirse en una barrera de acceso a la atención de salud, que puede disminuir el nivel de bienestar de los hogares o el consumo de otros bienes y servicios. De esta manera, su monto refleja la carga que los costos médicos imponen de manera directa sobre el presupuesto de los hogares, por lo que medir y analizar el gasto de bolsillo se vuelve relevante al momento de definir las políticas públicas específicas enfocadas en proteger a los hogares del riesgo financiero (OPS, 2023). La OPS señala que, para minimizar el riesgo financiero de un gasto catastrófico o empobrecedor en los hogares, el gasto de bolsillo no debe exceder el 20% del gasto corriente de salud. De acuerdo a la evidencia, los países en que este porcentaje excede dicho umbral muestran peores indicadores de protección financiera de los hogares. En América Latina y el Caribe las cifras señalan que, en 2020, el promedio fue de 30% del gasto corriente en salud (OPS, 2023).

Los datos de la OCDE 2023 muestran que el sistema de salud chileno se financia con un monto equivalente al 9,0% del PIB, porcentaje que se encuentra cerca del promedio de países de la OCDE (9,2%). Sin embargo, el 29,7% de este gasto corresponde al gasto de bolsillo de los hogares chilenos, porcentaje muy superior al 18% promedio de los países OCDE. Es muy probable entonces que por esta alta cifra y a pesar de que los datos del Banco Mundial del año 2000 reportaban para Chile un gasto de bolsillo en salud del 42,8%; los datos del informe Desiguales del PNUD del 2017, que reflejaban una enorme crisis de expectativas de la sociedad chilena previa al "estallido social del 2019", mostraban una importante molestia frente a la desigualdad en el acceso a la salud: *"de que algunas personas accedan a una mucho mejor salud que otras"*, llegando a un 68% de molestia muy superior al 52% que se había registrado el año 2000.

En consecuencia no es de extrañar que más recientemente un informe publicado por la Comisión Asesora Presidencial de expertos y expertas para la actualización de la medición multidimensional de la pobreza en Chile¹, haya recomendado actualizar y modificar los indicadores de su medición y en el caso de la definición de Atención de Salud se sugiera: “Considerar que un hogar es carente en acceso a atención de salud si al menos uno de sus integrantes: - tuvo un problema de salud en los últimos 3 meses y no tuvo consulta ni atención por alguna de las siguientes razones: Pensó en consultar, pero no tuvo tiempo; **Pensó en consultar, pero no tuvo dinero**; Pensó en consultar pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención; Pidió hora pero no la obtuvo; - o, tuvo un problema de salud en los últimos 3 meses, accedió a consulta o atención, **pero tuvo problemas para acceder a medicamentos** o a 3 o más de los siguientes problemas: problemas para llegar, para conseguir hora, para ser atendido, **para pagar la atención**”. Es decir, de acuerdo con el criterio de la Comisión, la no obtención de medicamentos en sí misma basta para clasificar al hogar como carente porque, si bien los demás problemas representan una dificultad en el acceso, no afectan el curso del tratamiento en la misma medida que no acceder a los medicamentos indicados.

Por todas estas razones es que en este informe se señala la importancia del gasto de bolsillo en medicamentos y sus posibilidades de financiamiento. Lo haremos utilizando la más reciente información disponible y utilizando distintas fuentes de información, no siempre metodológicamente comparables, pero útiles con el fin de permitirnos dimensionar su importancia actual desde diferentes perspectivas.

Ahora bien, en Chile la cobertura de los medicamentos es parcial y fragmentada, y depende del seguro de salud al cual pertenecen las personas, la modalidad en la que se atienden y el tipo de patología que padecen. En FONASA, en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), los gastos en medicamentos originados en la APS y la atención hospitalaria están hoy 100% cubiertos, sin embargo, la disponibilidad de los medicamentos no siempre está garantizada y el arsenal farmacológico ambulatorio tiene restricciones. En la Modalidad de Libre Elección (MLE) del FONASA, los medicamentos no están explícitamente cubiertos en el arancel (excepto aquellos que forman parte de un Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). En el sistema de salud privado, ISAPRE, depende del plan contratado, pero generalmente no existe cobertura de gastos en medicamentos, salvo en hospitalización (con topes y exclusiones). Sin embargo, las ISAPREs tienen la posibilidad de ofrecer la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), un seguro adicional al plan de salud que financia hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, incluyendo medicamentos. (Lenz et. al, 2014; Fonasa, sf.; Superintendencia Salud, sf.)

¹ En diciembre de 2023, por medio del Decreto Supremo N°9 de la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, se constituye la Comisión Asesora Presidencial de expertos y expertas para la actualización de la Medición de la Pobreza. Esta Comisión entregó su informe final en junio de 2025.

Existen adicionalmente dos regímenes especiales en la cobertura de medicamentos en el sistema de salud chileno: el Régimen de Garantías Explícitas de Salud GES (Ley N° 19.996) y la Ley Ricarte Soto (N° 20.850). El GES, por un lado, contempla coberturas financieras totales o parciales (según el sistema previsional de salud) y acceso garantizado a un conjunto de medicamentos necesarios para el tratamiento de las 87 patologías incluidas actualmente en el programa² (Chile, Ministerio de Salud, 2015).

Con todo, los hallazgos del estudio de Bruzzo et. al. (2018) indican que en Chile el principal ítem del gasto de bolsillo es el gasto en medicamentos, particularmente alto si se le compara con países de la OCDE. Éste representa cerca de un 38% del total del gasto de bolsillo en salud para el 2012 de acuerdo a los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares, seguido por las consultas médicas (19,8%), los exámenes de laboratorio y de rayos (11,8%) y los servicios dentales (9,3%). El estudio destaca que la proporción destinada a medicamentos es más alta en los hogares de menores recursos y en aquellos con mayor presencia de adultos mayores. Además, en aquellos hogares cuyo jefe de hogar está adscrito a FONASA, el porcentaje destinado a medicamentos es mayor que en aquellos hogares donde está afiliado a ISAPREs (39,8 contra 32,2%).

El estudio de Benítez et. al. (2019), de la misma serie que el trabajo de Bruzzo et. al. (2018), muestra que en los hogares que tienen gastos en medicamentos, este equivale al 55,3% del gasto de bolsillo en salud y al 4,2% del gasto total del hogar. Es decir, el gasto en medicamentos representa más de la mitad del gasto de bolsillo en salud en esos hogares. Además, encuentran que el gasto en medicamentos está sumamente concentrado, dado que el 20% de los hogares que más recursos destina a medicamentos acumula el 82,1% del gasto total.

La XII Encuesta sobre el Sistema de Salud Chileno (2021) del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello reveló que las familias gastan en medicamentos en promedio \$61.515 mensuales en este ítem, lo que es considerado como moderado o alto por el 72% de los encuestados. Además, para usuarios de ISAPREs el monto asciende a \$76.425 mensuales, mientras que en usuarios de FONASA corresponde a \$56.115 mensuales. Los principales medicamentos que compran las familias son los analgésicos, vitaminas, medicinas para molestias estomacales y medicamentos para problemas cardiovasculares (UNAB, 2021). Además, los resultados indican que el 15% de los encuestados declaró que alguien de su hogar abandonó algún tratamiento en base a medicamentos. La principal razón fue el alto costo de los medicamentos (68%), el 25% porque disminuyó el ingreso del grupo familiar, un 18% debido a efectos adversos, un 10% por falta de disponibilidad, y un 10% por voluntad propia. Otro dato relevante de esta encuesta es que el 50% de los entrevistados estaría dispuesto a pagar mensualmente, un adicional a su 7%, por un seguro que le cubra una parte

2 Se anunció la incorporación de 3 nuevas patologías: (1) Tratamiento de hospitalización para menores de 15 años con depresión grave; (2) Tratamiento tras el alta por cirrosis hepática; y (3) Cesación de consumo de tabaco para personas mayores de 25 años.

de ese gasto; esta disposición es de un 45% cuando se trata de beneficiarios del FONASA y resulta en un 75% cuando se considera a los afiliados de las ISAPREs.

Por otra parte, al analizar la estructura del mercado de medicamentos en Chile, la Fiscalía Nacional Económica (FNE, 2020) encontró que, en 2018, el 48% del valor de las compras de medicamentos en Chile se hizo en cadenas de farmacias, el 12% en farmacias que no son de cadenas, el 30% en compras públicas de medicamentos que se destinan a hospitales y centros de atención y el 10% fueron compras de instituciones privadas como clínicas. Además, el estudio indicó que las cuatro cadenas de farmacias más importantes pagaban en promedio un 70% más en sus compras de medicamentos a los laboratorios que el sector público y un 60% más que los compradores privados institucionales. Estos datos se vuelven particularmente relevantes considerando el alto porcentaje que representan los medicamentos en los presupuestos de los hogares. La hipótesis de la FNE es que estas diferencias se explican por una estrategia comercial: las cadenas priorizan tener una gran variedad de una misma categoría de medicamento, mientras que el Estado y los compradores institucionales privilegian el precio sacrificando variedad. Esto limitaría el poder de negociación de las farmacias con los laboratorios, y terminan pagando precios más altos (FNE, 2020)

Finalmente y en cuanto a la cobertura de los gastos en medicamentos en el sistema de salud chileno, el análisis de viabilidad realizado por Lenz et. al. (2014) consideró cuatro escenarios posibles de cobertura, para los cuales presentó el incremento mensual en la cotización o aporte fiscal que se requeriría para cubrir el mayor gasto asociado a medicamentos. Sus resultados indican que las cotizaciones mensuales deberían aumentar entre 2,0 y 1,5 puntos porcentuales para cubrir el 100% del gasto de bolsillo en medicamentos de cotizantes FONASA e ISAPREs, equivalentes a \$1.463 millones de dólares. En el escenario más conservador, si se cubriera sólo el gasto catastrófico en medicamentos, los aumentos en la tasa promedio de cotización fluctuarían entre 0,6 y 0,4 puntos porcentuales. Estos aumentos en la tasa de cotizaciones deberían ir acompañados de incrementos de entre un 3,7 % y un 1,1% en el aporte fiscal a salud, dependiendo del escenario considerado.

2.- COBERTURAS DE FINANCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y SUS REGULACIONES

Los sistemas de salud tienen distintos grados de protección financiera, existiendo diferencias en la cobertura de los bienes y servicios de salud. Las diferencias radican en la inclusión o exclusión de determinados bienes y servicios en el paquete de prestaciones públicas, en los diferentes acuerdos de reparto de costos, y en la cobertura focalizada en ciertos grupos específicos de la población (OCDE, 2023). En Chile el 63% de los gastos de salud son cubiertos por el seguro de salud público u obligatorio, mientras que el promedio de los países de la OCDE corresponde al 76%. Los servicios de hospitalización son el componente con la mayor cobertura entre las atenciones de salud, superando el 90% en la mayoría de los países, donde en Chile, este porcentaje corresponde al 94%. En el caso de la atención ambulatoria, la cobertura

en Chile alcanza el 83%, superando en 4 puntos porcentuales el promedio de los países OCDE (OCDE, 2023). La cobertura de los medicamentos generalmente es menor que la de la atención hospitalaria y ambulatoria, por lo que los medicamentos son el principal impulsor del gasto de los hogares. Al analizar las fuentes de financiamiento de los medicamentos, se calcula que, en los países de la OCDE el 56% del gasto total en medicamentos es financiado por los gobiernos y los sistemas de seguro de salud obligatorios (OCDE, 2023). Un indicador utilizado para medir las dificultades financieras asociadas al gasto de bolsillo de los hogares es la incidencia de gastos catastróficos en salud (GCS). Este indicador varía ampliamente entre los países de la OCDE, desde menos del 2% de los hogares que experimentan gastos catastróficos en salud en países como Suecia, España, Reino Unido, Irlanda y Eslovenia, hasta más del 10% de los hogares en Lituania, Letonia, Hungría y Portugal. Para Chile, este indicador equivale al 3,1% (OCDE, 2023).

En todos los países, los hogares más pobres son los más propensos a experimentar gastos catastróficos en salud, a pesar de que muchos países han implementado políticas para salvaguardar la protección financiera. La incidencia de gastos catastróficos está estrechamente relacionada con la dependencia del sistema de salud de los pagos de bolsillo. Los países pueden reducir su dependencia de los pagos de bolsillo incrementando el gasto público en salud; sin embargo, las decisiones políticas en torno a la cobertura también son importantes (OCDE, 2023). Según un estudio del gasto catastrófico y de bolsillo en salud para el período 1997-2012 en Chile, del Ministerio de Salud (2015), este señala que el 4% de las familias incurrió en gasto catastrófico en salud el 2012, donde para los hogares del FONASA el 21% del GCS correspondía al de medicamentos, mientras que en los hogares ISAPRE, dicho porcentaje equivale al 19% del GCS.

El estudio de García-Goñi (2022) analiza el proceso de compra y gasto en productos farmacéuticos en distintos países, identificando mecanismos que generan ineficiencias en el gasto en medicamentos y proponiendo alternativas para reducirlo, sin comprometer la calidad del tratamiento. El autor sostiene que el consumo de medicamentos es eficiente cuando el paciente recibe el fármaco correcto para su síntoma o enfermedad, en la formulación y dosis adecuadas, en el momento oportuno y durante el tiempo necesario. Cualquier desviación respecto de estas condiciones implica una ineficiencia en el uso del medicamento. Uno de los factores que incide en dicha eficiencia es el nivel de copago, entendido como el porcentaje del precio del medicamento que debe ser cubierto por el paciente. Según García-Goñi, mientras mayor sea la cobertura asegurada, menor será el costo percibido por el individuo y, en consecuencia, mayor será el incentivo a consumir medicamentos incluso por sobre el nivel considerado clínicamente adecuado. Este fenómeno, conocido como riesgo moral, puede mitigarse mediante un diseño inteligente de los copagos que desincentive el sobreconsumo, sin afectar el uso eficiente basado en la necesidad médica. En esta línea, el autor enfatiza que el objetivo de los copagos no debe ser reducir el consumo total, sino reducir el consumo ineficiente, es decir, aquel que excede la cantidad necesaria. Por ello, muchos países que los aplican procuran mantenerlos en niveles bajos, de modo que no afecten negativamente la adherencia a los tratamientos prescritos.

El diseño de los copagos varía considerablemente entre los países de la OCDE. Según el estudio de Barnieh et. al. (2014), algunos países los ajustan de acuerdo con el tipo de medicamento o su uso previsto, como sucede en Portugal, Grecia, Suecia, Islandia y Eslovaquia. En otros, se considera el nivel socioeconómico o la edad del paciente, como en España, Italia y Turquía. Además, los copagos pueden consistir en un monto fijo por receta (como en Inglaterra) o en un porcentaje del precio del medicamento, y varios países imponen límites máximos de desembolso para evitar cargas excesivas sobre los pacientes. Ejemplos de esto último se encuentran en Australia, Finlandia, Japón y Alemania. La revisión sistemática de Barnieh et. al. (2014) identifica que el copago es la medida más común de contención de costos en los sistemas farmacéuticos de la OCDE, con diferencias según la patología tratada (particularmente frecuente en enfermedades crónicas), así como el ingreso o la edad del paciente. En total, 17 países aplican copagos reducidos o nulos para personas con enfermedades crónicas, y cinco países ajustan el copago según el tipo de medicamento o su indicación. Por ejemplo, en Portugal, la magnitud del copago depende del carácter esencial del producto; en Grecia y Suecia, no se aplican copagos a la insulina; y en Islandia y Eslovaquia, los medicamentos considerados vitales son completamente reembolsados.

Por otro lado, 13 países han establecido límites máximos de desembolso personal. Estos topes pueden ser fijos (como en Australia, Finlandia, Japón, Noruega y Corea del Sur), o bien variar según ingresos anuales (Austria, Alemania, Luxemburgo), edad (República Checa, Suiza), o condiciones crónicas (Bélgica, Dinamarca, Alemania). En el caso de Estados Unidos, aunque no existe un límite explícito en el sistema Medicare, los copagos se reducen a menos del 5 % una vez alcanzado un cierto umbral de gasto, dependiendo del plan de salud. Finalmente, García-Goñi (2022) advierte que el diseño de los copagos debe considerar con especial atención su impacto sobre los grupos de bajos ingresos, particularmente en países de ingresos medios o bajos. Si estos mecanismos no se ajustan adecuadamente, podrían simplemente traducirse en una transferencia del gasto desde el sector público al privado, promover el uso de medicamentos más económicos pero clínicamente inadecuados, o incluso afectar negativamente la adherencia a los tratamientos, generando mayores costos a largo plazo por el empeoramiento de la salud de los pacientes.

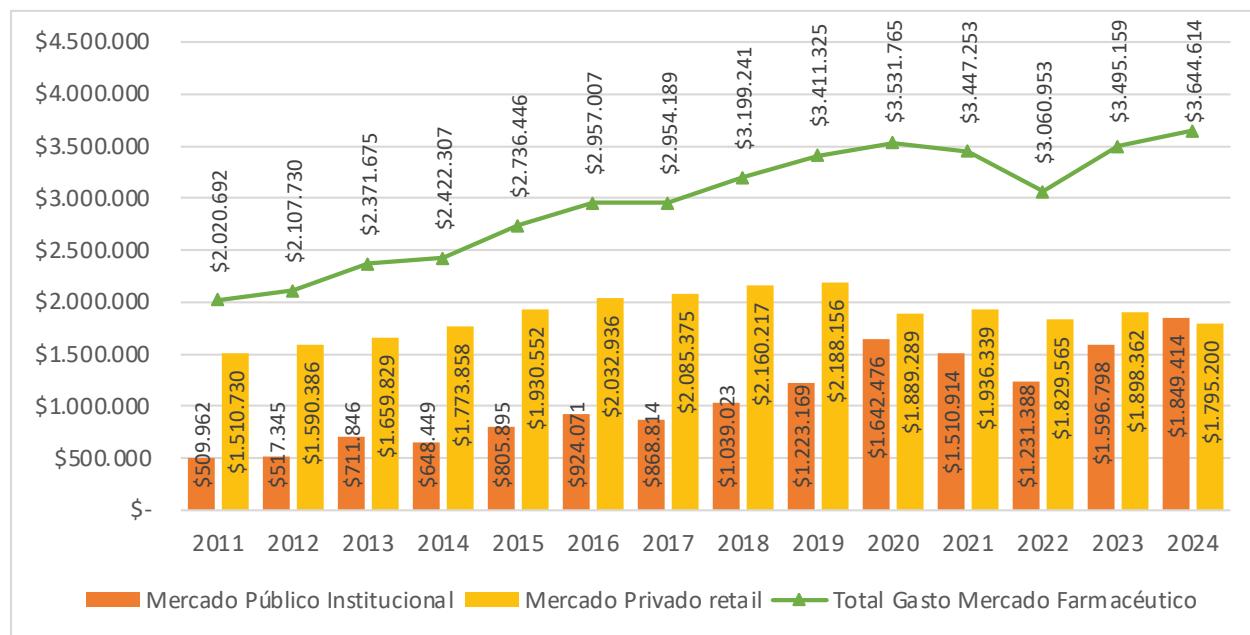
3.- ANTECEDENTES DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS EN CHILE

En este apartado se presenta el gasto en medicamentos total del mercado farmacéutico, compuesto por el sector público y privado entre los años 2011 y 2024 (según el Departamento de Economía en Salud del Ministerio de Salud, 2025), que corresponde al gasto del sector público institucional que incluye a las instituciones públicas de salud (CENABAST, hospitales públicos, consultorios, municipalidades y Fuerzas Armadas y de Orden), y al gasto del sector privado retail que representa el consumo de los hogares a través de compras realizadas a cadenas de farmacias, droguerías y farmacias independientes. El sector institucional

privado queda fuera por falta de información. Según datos de la empresa IQVIA, el alcance de la muestra del retail farmacéutico alcanza aproximadamente un 94% del universo de los establecimientos en los cuales las personas compran medicamentos³. El gasto del sector privado retail es considerado el gasto de bolsillo en medicamentos.

El gráfico 3.1 muestra una tendencia al alza del gasto total el medicamentos a lo largo de todo el período, con excepción del año 2017, con una leve disminución del 0,1%, el año 2021, con una disminución del 2,4%, y el año 2022, con una disminución más significativa del 11,2%. Los años en los que más aumentó el gasto total en medicamentos fueron el año 2013 (con un 12,5%), el año 2015 (con un 13,0%) y el año 2023 (con un aumento del 14,2%). Se puede ver que, en términos reales, en todo el período hubo un crecimiento del 80,4% del gasto total en medicamentos. En términos del gasto público en medicamentos este creció 2,6 veces entre el 2011 y el 2024 en términos reales, mientras que el gasto privado del retail creció 0,2 veces en dicho periodo.

Gráfico 3.1. Gasto en medicamentos del sector público y privado, años 2011 – 2024, en millones de pesos de diciembre del 2024



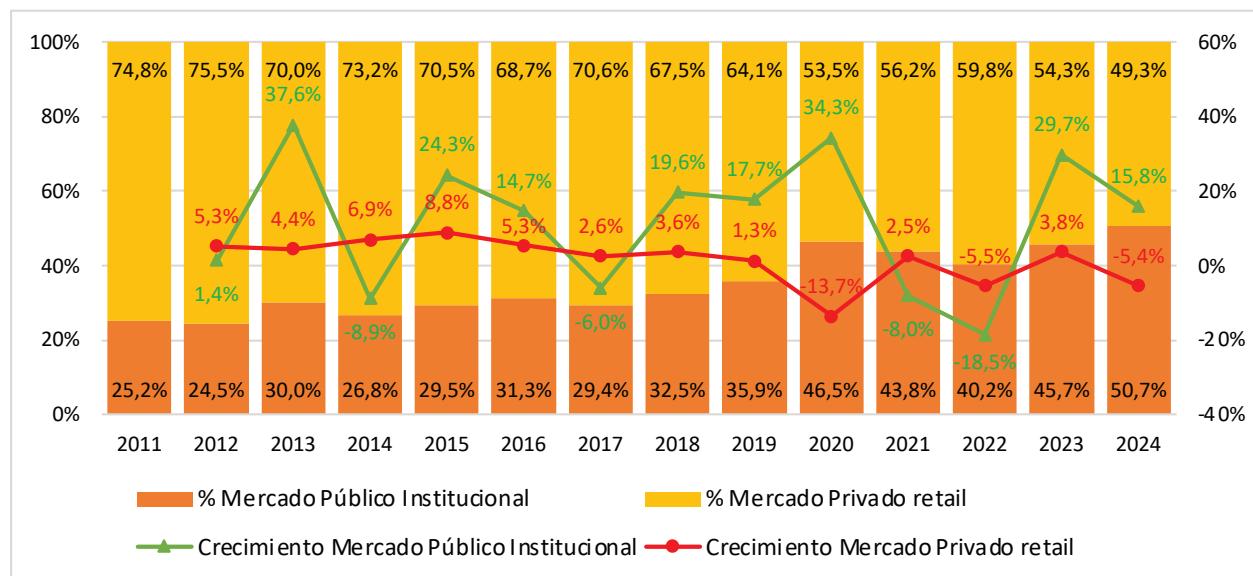
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

Luego, en el gráfico 3.2 se muestra la distribución del gasto en medicamentos entre el sector público y privado durante el período de estudio, así como también el crecimiento porcentual

³ Este porcentaje solo indica la cobertura de la encuesta respecto al número de establecimientos y no refleja necesariamente su participación en el gasto y tampoco en la frecuencia de compra que realizan las personas en dichos establecimientos.

de ambas variables. Se observa que, a comienzos del período de estudio, cerca de un cuarto del gasto total en medicamentos correspondía al público institucional, mientras en el último período, el porcentaje correspondiente al sector público alcanzó el 50,7% del total, lo que se podría explicar por los regímenes especiales en la cobertura de medicamentos en el sistema de salud chileno, como es el régimen de Garantías Explícitas de Salud GES y la Ley Ricarte Soto. La disminución de la diferencia entre el mercado público institucional y el mercado privado retail se puede explicar por grandes aumentos en el gasto del primero y un crecimiento sostenido, pero más lento del segundo. Mientras el gasto del sector privado ha mostrado un crecimiento moderado en la mayoría de los períodos, con un crecimiento máximo del 8,8% el año 2015, el gasto del sector público ha tenido períodos con un aumento elevado que supera el 30% (como en los años 2013 y 2020).

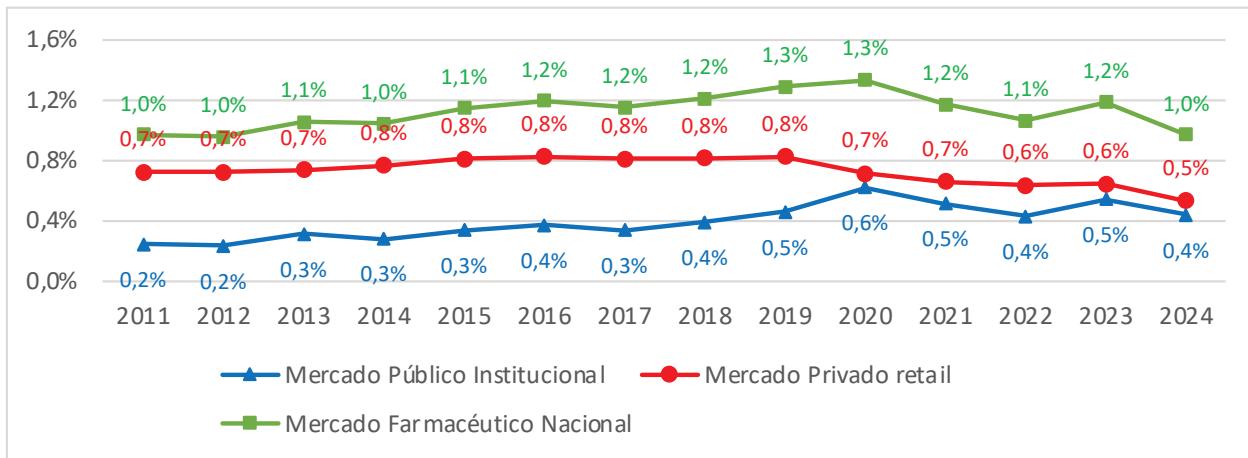
Gráfico 3.2. Distribución y crecimiento porcentual del gasto en medicamentos del sector público y privado, años 2011 – 2024.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

A continuación, se presenta el gasto en medicamentos del sector público y privado como porcentaje del PIB, entre los años 2011 y 2024 en el gráfico 3.3, que muestra que, en el año 2011, el gasto total en medicamentos alcanzaba un 1% del PIB. Se observa una leve tendencia al alza en dicha variable hasta el año 2020, luego con períodos de disminución el 2021-2022. Al final de período, el gasto total representa un 1,0% del PIB. El gasto privado representa un 0,7% del PIB a comienzos del período de estudio, luego aumenta a un 0,8% que se mantiene entre los años 2014 y 2019, y finalmente vuelve a disminuir, llegando al 0,5% al final del período. Por su parte, el gasto público representa un 0,2% del PIB a comienzos del período, porcentaje que aumenta de manera sostenida hasta llegar a 0,6% el año 2020. Posterior a eso, el porcentaje disminuye levemente, llegando a un 0,4% del PIB al final del período.

Gráfico 3.3. Gasto en medicamentos del sector público y privado como porcentaje del PIB en Chile, años 2011 – 2024



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud,
 Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

Según el Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC), los medicamentos pueden ser clasificados según el órgano sobre el que actúan, y sus propiedades terapéuticas, farmacológicas y químicas. En la tabla 3.1 se presenta la clasificación del gasto en medicamentos en el nivel ATC1, es decir, según el grupo anatómico principal al que pertenece el medicamento⁴, y en el gráfico 3.4 se presenta la distribución porcentual del gasto según dicha clasificación. Los datos muestran que, a lo largo de todo el período, los grupos con mayor representación del gasto en medicamentos son el sistema digestivo y metabolismo (\$667.926 MM), antiinfecciosos para uso sistémico (\$467.139 MM) y sistema nervioso (\$485.801 MM). El año 2024, la suma de estos tres grupos superaba el 44,5% del gasto en medicamentos.

4 <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>

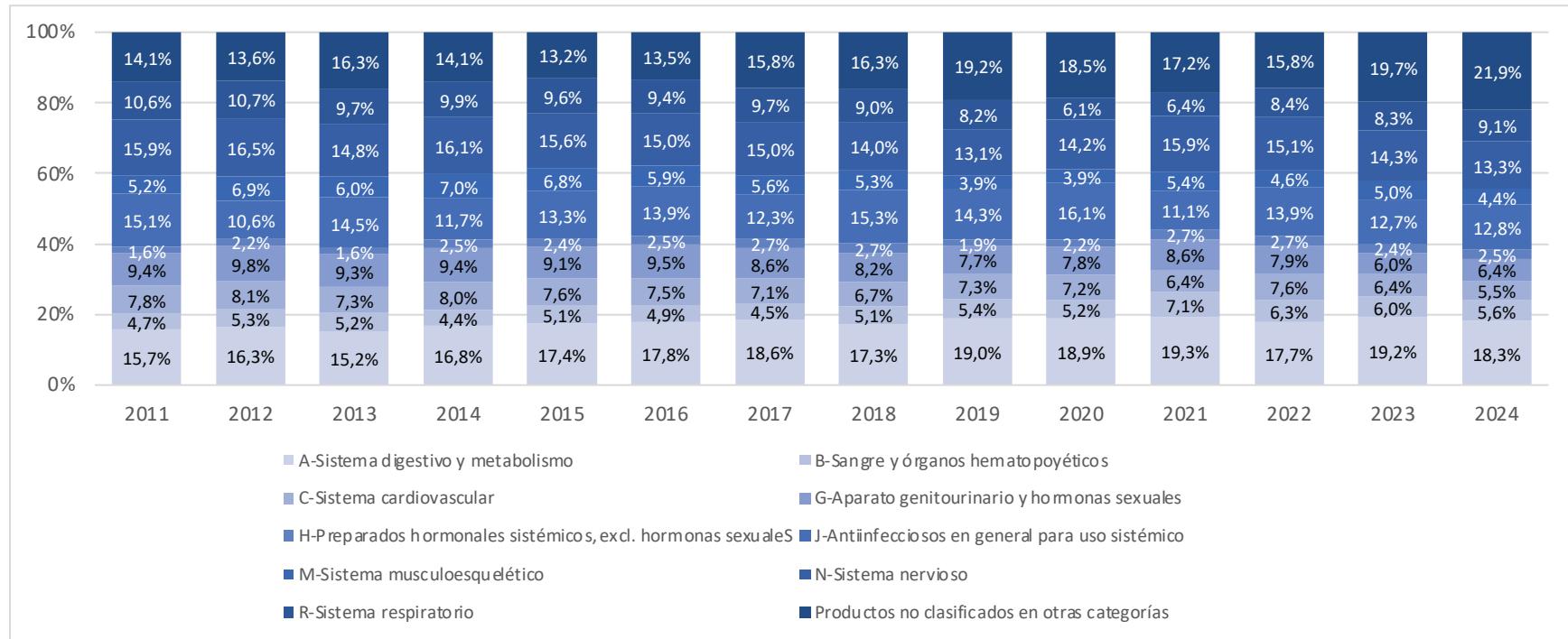
Tabla 3.1. Gasto en medicamentos según sistema de clasificación anatómica ATC1, años 2011 – 2024, en millones de pesos de diciembre del 2024

ATC 1 - Grupo Anatómico	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
A-Sistema digestivo y metabolismo	\$316.333	\$343.741	\$361.563	\$407.278	\$476.825	\$527.660	\$550.446	\$553.762	\$648.212	\$667.912	\$665.242	\$542.086	\$671.798	\$667.926
B-Sangre y órganos hematopoyéticos	\$94.589	\$111.586	\$123.155	\$107.427	\$139.057	\$145.872	\$133.176	\$163.442	\$185.708	\$182.993	\$244.325	\$194.259	\$208.743	\$204.683
C-Sistema cardiovascular	\$156.840	\$170.271	\$173.016	\$194.855	\$207.813	\$222.127	\$209.616	\$215.613	\$249.265	\$253.455	\$219.982	\$231.917	\$223.159	\$201.292
G-Aparato genitourinario y hormonas sexuales	\$190.801	\$206.594	\$219.929	\$227.718	\$247.937	\$280.057	\$254.496	\$262.231	\$261.019	\$274.065	\$296.180	\$241.881	\$209.884	\$234.180
H-Preparados hormonales sistémicos, excl. hormonas sexuales	\$31.692	\$45.786	\$38.914	\$59.820	\$65.626	\$74.509	\$79.237	\$87.040	\$66.433	\$77.096	\$91.585	\$82.975	\$82.749	\$90.730
J-Antiinfecciosos en general para uso sistémico	\$304.833	\$223.341	\$344.126	\$282.338	\$362.817	\$411.100	\$364.727	\$489.581	\$486.188	\$569.073	\$380.955	\$424.840	\$443.196	\$467.139
M-Sistema musculoesquelético	\$105.383	\$145.443	\$142.823	\$169.015	\$185.043	\$175.874	\$165.929	\$169.140	\$132.860	\$139.081	\$185.693	\$140.692	\$176.502	\$161.592
N-Sistema nervioso	\$320.792	\$347.814	\$351.948	\$390.967	\$425.634	\$443.274	\$444.030	\$448.160	\$448.037	\$500.084	\$547.345	\$461.527	\$501.328	\$485.801
R-Sistema respiratorio	\$213.621	\$226.177	\$230.427	\$240.761	\$263.687	\$278.117	\$286.668	\$289.097	\$278.652	\$214.767	\$222.143	\$257.830	\$289.632	\$332.261
Productos no clasificados en otras categorías	\$285.807	\$286.978	\$385.773	\$342.129	\$362.008	\$398.417	\$465.864	\$521.174	\$654.950	\$653.239	\$593.802	\$482.948	\$688.168	\$799.010
Total Gasto por Grupo ATC1	\$2.020.692	\$2.107.730	\$2.371.675	\$2.422.307	\$2.736.446	\$2.957.007	\$2.954.189	\$3.199.241	\$3.411.325	\$3.531.765	\$3.447.253	\$3.060.953	\$3.495.159	\$3.644.614

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

El grupo del sistema digestivo y metabolismo es el que mostró un mayor aumento durante el período de estudio, aumentando 2,7 puntos porcentuales y llegando a representar un 18,3% del gasto el año 2024. Los grupos de sangre y órganos hematopoyéticos y preparados hormonales sistémicos también aumentaron, pero en menor medida (0,9 puntos porcentuales cada uno, respectivamente). El grupo asociado al aparato genitourinario y hormonas sexuales es el que mostró una mayor disminución, pasando de un 9,4% a un 6,4% durante el período de estudio. Le siguen los grupos de medicamentos sistema respiratorio y los del antiinfecciosos para uso sistémico, con disminuciones de 2,5 y 2,3 puntos porcentuales, respectivamente.

Gráfico 3.4. Distribución porcentual del gasto en medicamentos según sistema de clasificación anatómica ATC1, años 2011 – 2024



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

Luego, en la tabla 3.2 se presenta el consumo de medicamentos por dosis diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes por día según el sistema de clasificación ATC1, mientras que en el gráfico 3.5 se presentan los datos como distribución porcentual. Los medicamentos más consumidos a lo largo de todo el período corresponden al grupo sistema cardiovascular. Estos medicamentos representaban el 35% del consumo total el 2011, tuvieron un aumento relativo llegando a un 45% el año 2016, y al final del período alcanzaron un 38% (654 DDD en el 2024).

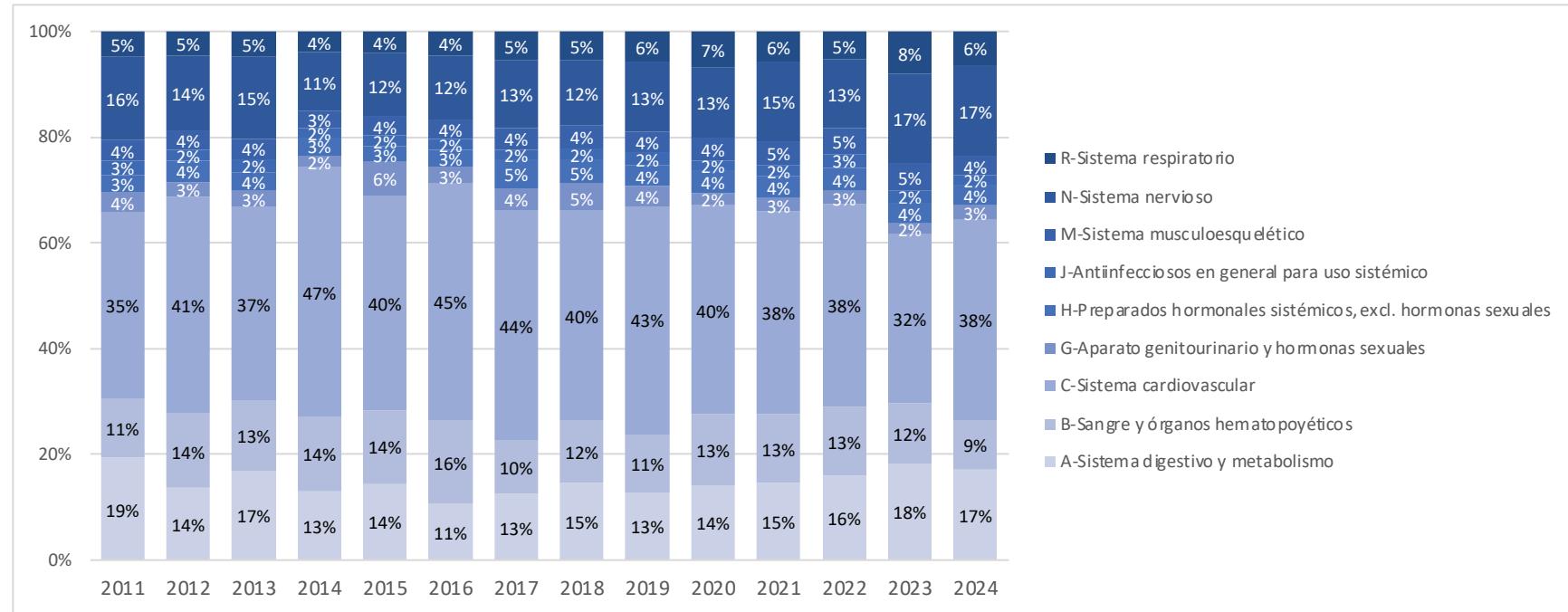
En segundo lugar, y con un porcentaje bastante menor, se encuentran los medicamentos del sistema nervioso, que representaba el 16% del consumo total el año 2011, disminuyó llegando a un 11% el año 2014, y volvió a aumentar progresivamente hasta alcanzar el 17% el año 2024 (300 DDD). En tercer lugar, el grupo sistema digestivo y metabolismo, que comienza el período con un 19%, disminuye hasta llegar al 11% en 2016, y vuelve a aumentar llegando al 17% al final del período (297 DDD en el 2024). El consumo de estos tres grupos de medicamentos representa más del 70% del total a lo largo del período.

Tabla 3.2. Consumo de medicamentos por dosis diaria definida por 1.000 habitantes por día según sistema de clasificación anatómica ATC1, años 2011 – 2024

ATC 1 - Grupo Anatómico	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
A-Sistema digestivo y metabolismo	110	119	139	144	166	105	109	133	141	205	229	249	274	297
B-Sangre y órganos hematopoyéticos	65	123	108	157	160	157	87	106	121	197	202	201	174	164
C-Sistema cardiovascular	201	357	301	523	465	442	379	360	477	577	602	593	480	654
G-Aparato genitourinario y hormonas sexuales	22	23	23	25	74	31	36	46	41	33	39	41	31	51
H-Preparados hormonales sistémicos, excl. hormonas sexuales	19	35	30	37	36	33	47	42	44	64	63	68	57	65
J-Antiinfecciosos en general para uso sistémico	15	19	20	19	21	19	17	20	27	27	33	39	37	31
M-Sistema muscular esquelético	22	31	32	36	42	37	35	39	42	62	73	76	76	63
N-Sistema nervioso	90	124	126	123	136	120	112	112	147	196	233	202	257	300
R-Sistema respiratorio	28	39	39	44	49	44	48	49	63	98	90	83	119	109
Total	571	869	816	1.109	1.148	989	868	908	1.103	1.458	1.564	1.550	1.507	1.733

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud,
 Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 3.5. Distribución porcentual del consumo de medicamentos por dosis diaria definida por 1.000 habitantes por día según sistema de clasificación anatómica ATC1, años 2011 – 2024



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

La tabla 3.3 presenta el cálculo del gasto en medicamentos por dosis diaria. Los resultados obtenidos indican cuál es el costo que tiene cada dosis diaria de medicamentos (definida por 1.000 habitantes por día), siguiendo la misma clasificación de las tablas anteriores. El año 2024, el gasto por dosis diaria más alto correspondió al grupo de los medicamentos antiinfecciosos para uso sistémico, con un valor de \$15.275 millones. En segundo lugar, le sigue el grupo de medicamentos del aparato genitourinario y hormonas sexuales, con un valor de \$4.587 millones, en tercer y cuarto lugar los grupos de medicamentos de los sistemas respiratorio y digestivo, con valores de \$3.049 y \$2.249 millones, respectivamente.

Al observar la trayectoria del gasto en medicamentos por dosis diaria, se observa una notoria tendencia a la baja entre los años 2011 y 2024, con una disminución total del 37,8%, pero que varía entre el 14,7% y el 60,6% según el grupo (preparados Sangre y órganos hematopoyéticos y Sistema cardiovascular, respectivamente). El año 2016 se observa un aumento generalizado, con crecimiento positivo en todos los grupos, y que alcanza excepcionalmente un 169,6% en el grupo de medicamentos del aparato genitourinario y hormonas sexuales. Posterior a esto, la tendencia general vuelve a ser a la baja, aunque el 2024 vuelve a aumentar en 5 de los 9 grupos, aunque con un máximo del 26,8% en el grupo de medicamentos de antiinfecciosos en general para uso sistémico.

La tendencia a la baja podría explicarse parcialmente por un aumento en el uso de genéricos y bioequivalentes, impulsado por el requisito de bioequivalencia que se ha implementado gradualmente desde 2008 en el país, y por la Ley de Fármacos (Ley N.º 20.724) promulgada el 2014, con el objetivo de mejorar el acceso, calidad y transparencia del mercado farmacéutico, con énfasis en el precio de los medicamentos y el acceso equitativo. Otro factor que puede haber influido es la expansión de CENABAST a farmacias privadas desde 2021 a través de la Ley CENABAST (Ley N.º 21.198), lo que podría haber reducido los precios finales de algunos medicamentos (Balmaceda et. al., 2015; Congreso Nacional de Chile, 2014, 2020).

Tabla 3.3. Gasto en medicamentos por dosis diaria definida por 1.000 habitantes por día según sistema de clasificación anatómica ATC1, años 2011 – 2024, en millones de pesos de diciembre del 2024

ATC 1 - Grupo Anatómico	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
A-Sistema digestivo y metabolismo	2.866	2.898	2.608	2.827	2.864	5.009	5.067	4.152	4.593	3.262	2.911	2.176	2.451	2.249
B-Sangre y órganos hematopoyéticos	1.465	909	1.146	684	870	927	1.528	1.539	1.530	931	1.209	969	1.197	1.250
C-Sistema cardiovascular	782	477	576	373	447	503	553	598	523	439	366	391	465	308
G-Aparato genitourinario y hormonas sexuales	8.858	8.932	9.629	9.062	3.360	9.057	7.169	5.739	6.435	8.355	7.508	5.952	6.664	4.587
H-Preparados hormonales sistémicos, excl. hormonas sexuales	1.656	1.319	1.314	1.620	1.832	2.252	1.671	2.069	1.520	1.206	1.447	1.218	1.450	1.400
J-Antiinfecciosos en general para uso sistémico	20.282	11.632	17.310	14.621	16.938	21.267	21.788	24.565	17.803	21.269	11.688	10.949	12.044	15.275
M-Sistema muscular-esquelético	4.779	4.671	4.411	4.647	4.457	4.696	4.793	4.337	3.139	2.258	2.544	1.855	2.313	2.557
N-Sistema nervioso	3.572	2.814	2.792	3.169	3.123	3.695	3.977	3.991	3.051	2.551	2.345	2.290	1.949	1.618
R-Sistema respiratorio	7.676	5.758	5.914	5.520	5.437	6.284	6.021	5.934	4.402	2.186	2.461	3.119	2.432	3.049
Total	51.936	39.411	45.700	42.522	39.327	53.692	52.566	52.925	42.997	42.457	32.478	28.919	30.965	32.292

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

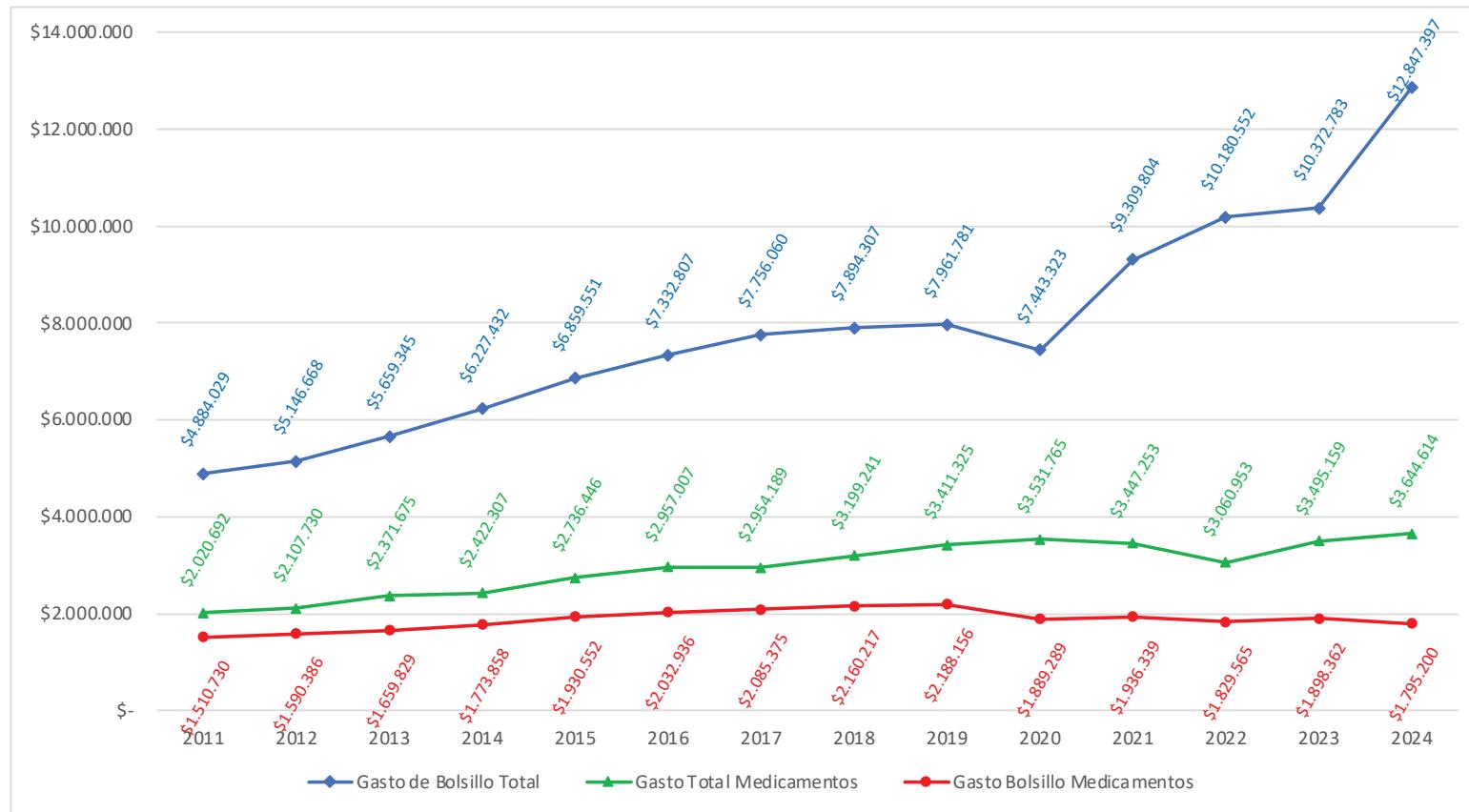
Los siguientes datos, al igual que los anteriores, se extrajeron del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud (2025). El gasto bolsillo total corresponde al pago que realizan directamente los hogares de su presupuesto familiar. La mayor proporción de este gasto está dirigido a cubrir el pago de medicamentos, consultas dentales y atenciones particulares, entre otros, que no financian ninguno de los seguros de salud, y que son considerados como copagos y pagos directos.

En consecuencia, el gráfico 3.6 muestra la evolución del gasto de bolsillo total, el gasto total en medicamentos y el gasto de bolsillo en medicamentos entre los años 2011 y 2024. El gasto de bolsillo total muestra un crecimiento pronunciado, aumentando un 163,0% en todo el período. Luego de un aumento sostenido superior al 5% anual, el crecimiento se ralentiza entre 2018 y 2019, y en 2020 experimentó una disminución del 6,5%. Al año siguiente, esta variable aumenta más de un 25%, luego su crecimiento se modera llegando a un 1,9% en 2023, para finalizar con un 24% de crecimiento en 2024.

Con respecto al gasto total en medicamentos, como se había señalado anteriormente, esta variable también muestra una tendencia al alza, acumulando un crecimiento del 80% a lo largo del período. Los años en que el gasto en medicamentos disminuyó fueron el año 2017, 2021 y 2022, con una disminución del 0,1%, 2,4% y del 11,2%, respectivamente. Los años en los que más creció el gasto en medicamentos fueron el año 2013 (12,5%), el año 2015 (13%) y el año 2023 (14,2%).

Finalmente, el gasto de bolsillo en medicamentos muestra un crecimiento más moderado que las dos otras variables, que se evidencia en una curva mucho más plana en comparación con las demás. A lo largo de todo el período el aumento fue del 18,8%. Entre 2011 y 2019 se observa un aumento leve pero sostenido (entre 1,3 y 8,8% anual), y en 2020 la variable experimenta una disminución del 13,7%. Posterior a esto se mantiene relativamente estable.

Gráfico 3.6. Gasto de bolsillo total, gasto total en medicamentos y gasto de bolsillo en medicamentos, años 2011 – 2024, en millones de pesos de diciembre del 2024

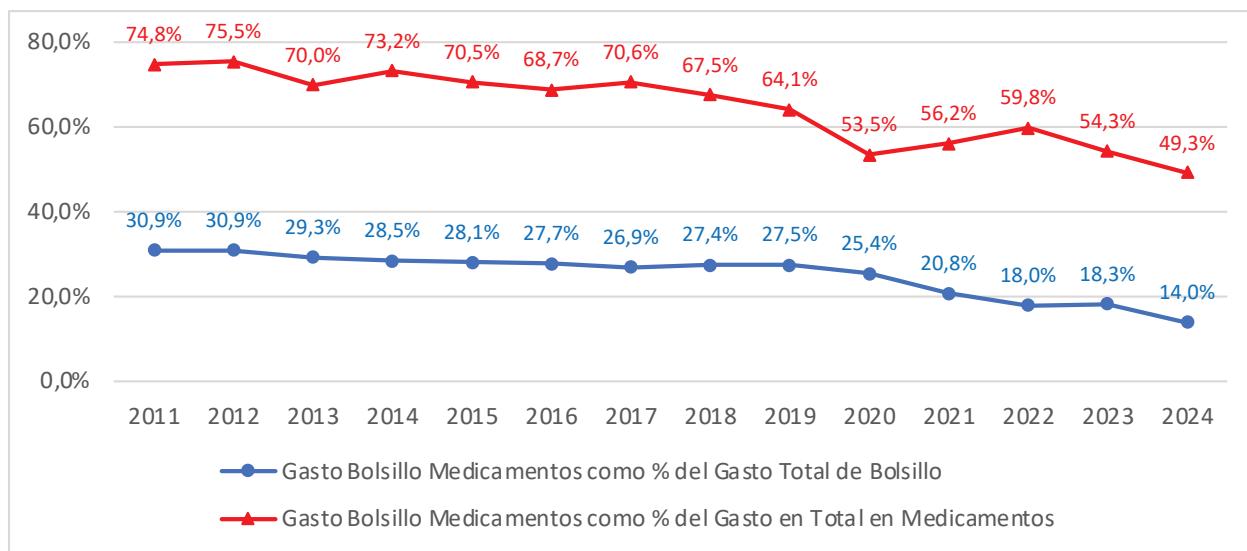


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

Luego, en el gráfico 3.7 se presenta el gasto de bolsillo en medicamentos como porcentaje del gasto total de bolsillo y como porcentaje del gasto total en medicamentos. Ambas variables muestran tendencias a la baja en términos generales, aunque el gasto de bolsillo en medicamentos como porcentaje del gasto total en medicamentos presenta mayores oscilaciones. A comienzos del período de estudio, el gasto de bolsillo en medicamentos representaba un 74,8% del gasto total en medicamentos. Luego de experimentar continuas oscilaciones entre el -10,6% (año 2020) y el 3,6% (año 2020), la variable alcanza un 49,3% al terminar el período, es decir, acumula una disminución de 25,5 puntos porcentuales.

Por otro lado, en 2011 el gasto de bolsillo en medicamentos representaba un 30,9% del gasto total de bolsillo en salud. Entre 2011 y 2017 la variable muestra una tendencia a la baja poco pronunciada, un leve aumento en 2018 y 2019, y una disminución un poco más pronunciada entre 2020 y 2022 (con un decrecimiento máximo de 4,6% en 2021). Este indicador acumuló una disminución de 17 puntos porcentuales, lo que se puede explicar por el aumento del gasto público institucional.

Gráfico 3.7. Gasto de bolsillo en medicamentos como porcentaje del gasto total de bolsillo y como porcentaje del gasto total en medicamentos, años 2011 – 2024



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

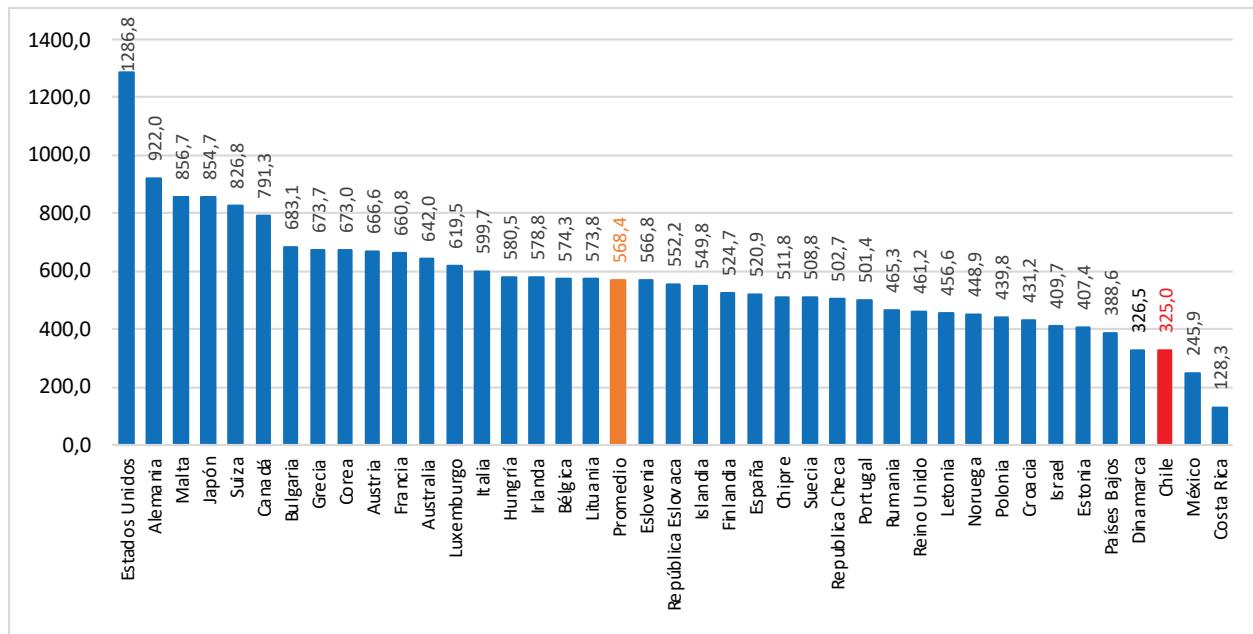
4.- COMPARACIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS DE LOS PAÍSES DE LA OECD

En este apartado se compara el gasto en medicamentos entre los países de la OECD. El gasto farmacéutico es el gasto en medicamentos con receta y automedicación, a menudo denominados productos de venta libre. Este incluye los márgenes de las ventas al por mayor y al por menor, así como el impuesto al valor agregado.

En la mayoría de los países, el gasto se calcula con el gasto neto, es decir, ajustado por posibles descuentos de fabricantes, mayoristas o farmacias. En algunos países, también se incluyen otros bienes médicos no duraderos. Se excluyen los productos farmacéuticos consumidos en hospitales y otros centros de atención médica.

Este indicador generalmente se mide como proporción del gasto total en salud, en dólares estadounidenses per cápita (utilizando PPA para toda la economía) y como proporción del PIB. En el gráfico 4.1 se presenta el gasto farmacéutico per cápita en dólares estadounidenses, en el año 2021. El país con un mayor gasto farmacéutico per cápita corresponde a los Estados Unidos, con 1.286,8 USD por persona, mientras que Chile se encuentra entre los tres países con menor gasto farmacéutico per cápita, llegando sólo a los 325 USD (superando únicamente a México y Costa Rica). El gasto farmacéutico per cápita promedio alcanza los 568,4 USD corregidos por paridad de compra.

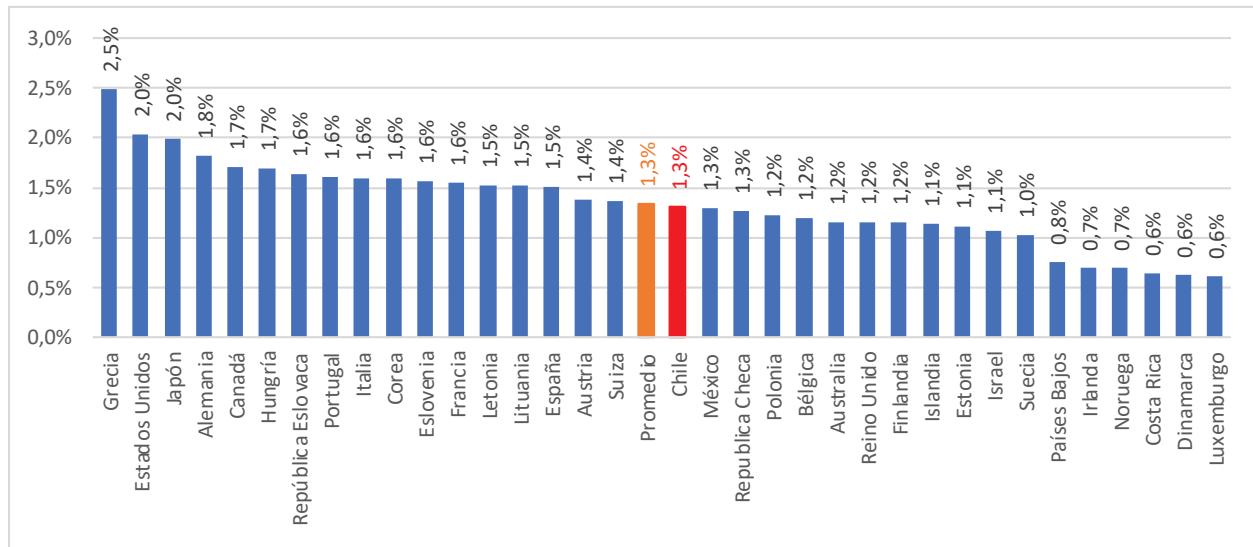
Gráfico 4.1. Gasto farmacéutico en dólares estadounidenses por persona de los países OECD, año 2021



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OECD

Luego, en el gráfico 4.2 se presenta el gasto farmacéutico como porcentaje del PIB, en el año 2021. Al analizar la variable en términos relativos al PIB, se puede ver que la situación de Chile mejora, ubicándose al centro del gráfico, con un porcentaje equivalente al promedio de los países de la OCDE, junto con México y Chequia. Grecia, Estados Unidos y Japón se encuentran entre los países con mayor gasto farmacéutico relativo al PIB, con un porcentaje igual o mayor al 2%.

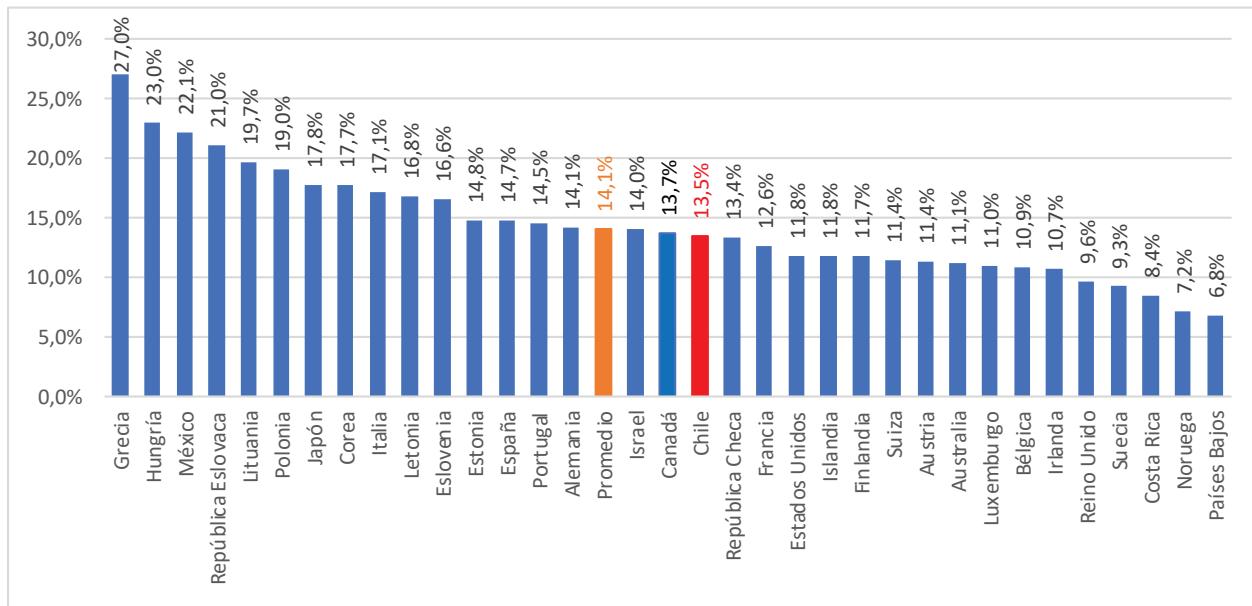
Gráfico 4.2. Gasto farmacéutico como porcentaje del PIB de países OECD, año 2021



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OECD

En el gráfico 4.3 se presenta el gasto farmacéutico como porcentaje del gasto en salud, en el año 2021. Nuevamente Chile se ubica en el centro del gráfico, aunque con un porcentaje levemente inferior al promedio de 14,1% la OCDE.

Gráfico 4.3. Gasto farmacéutico como porcentaje del gasto en salud de países OECD, año 2021



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OECD

5.- GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS

En el presente capítulo se realiza un análisis de la evolución del gasto de bolsillo en salud y medicamentos en los hogares chilenos. Para esto se utilizó la Encuesta de Presupuestos Familiares en sus versiones V, VII, VIII y IX, correspondientes a los años 1997, 2012, 2017 y 2022 respectivamente.

Dentro de las fortalezas de la Encuesta de Presupuestos Familiares es su profundidad y detalle de la información, lo que permite una visión integral del presupuesto del hogar y la desagregación por rubros de consumo, como en el caso de salud que permite determinar el gasto de bolsillo. Además, su diseño probabilístico y estratificado, garantiza estimaciones confiables dentro de su universo de cobertura. En cuanto a las limitaciones de la encuesta, se encuentra la cobertura geográfica de la muestra que es limitada a capitales regionales y zonas conurbadas, por lo que no representa a todo el país, especialmente a zonas rurales o comunas más pequeñas. Una segunda limitación de la encuesta es la representatividad y diseño muestral, que, aunque este sea probabilístico, la muestra no permite desagregar resultados a nivel comunal, por sexo o seguro de salud. Esta encuesta ha presentado cambios metodológicos entre las versiones que podrían dificultar comparaciones históricas directas.

En la tabla 5.1 se presenta el gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hogares para los años señalados, según quintiles de ingresos por hogar. Se puede ver que tanto el gasto en salud como el gasto en medicamentos aumentan con el nivel de ingresos, aunque la brecha

entre el quintil I y el quintil V ha disminuido con el tiempo. Se puede ver que, en el año 1997, los hogares del quintil I gastaban poco más de 16 mil pesos en salud, mientras que para los hogares del quintil V el valor superaba los 206 mil pesos, es decir, gastaban 12,2 veces más que el quintil I. El año 2022 esta diferencia se redujo, donde el gasto en salud del quintil V equivalía a 4,9 veces el gasto en salud del quintil I. En el caso del gasto en medicamentos el comportamiento fue similar, pero con una menor brecha. En el año 1997, el gasto en medicamentos del quintil V equivalía a 6,5 veces el gasto del quintil I, mientras que en el 2022 esta relación se redujo a 4 veces.

Tabla 5.1. Gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hogares, años 1997, 2012, 2017, 2022, en pesos de diciembre del 2024

Grupo Quintil de Hogares	Gasto de bolsillo en Salud del Hogar				Gasto de bolsillo en Medicamentos del Hogar			
	1997	2012	2017	2022	1997	2012	2017	2022
Total	70.636	85.129	122.479	127.486	21.314	24.891	37.130	36.776
I	16.926	22.281	40.482	53.596	7.641	7.119	11.770	17.241
II	24.950	35.908	61.647	78.254	10.117	11.041	22.317	24.760
III	36.239	55.664	87.562	98.971	14.568	17.040	28.440	30.821
IV	68.754	96.124	140.118	146.391	24.703	27.280	40.485	41.481
V	206.312	215.666	282.584	260.218	49.543	61.975	82.636	69.577

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares V, VII, VIII y IX, del Instituto Nacional de estadísticas (INE).

En la tabla 5.2 se presenta el gasto en medicamentos como porcentaje del gasto total del hogar y como porcentaje del gasto en salud del hogar. Al analizarlo en términos relativos, se puede ver que el gasto en medicamentos como porcentaje del gasto total del hogar ha aumentado en todos los quintiles: en 1997 este porcentaje no alcanzaba el 2% en ninguno de los quintiles, y en 2022 el porcentaje supera el 2,2% en todos estos. Además, no se observa una relación clara entre el nivel de ingresos y el gasto en medicamentos como porcentaje del gasto total, ya que, por ejemplo, el año 1997, los quintiles con un mayor porcentaje fueron el II y el V, mientras que el año 2012 el primer lugar lo ocuparon los quintiles IV y V, que se podría deber a los efectos de los seguros complementarios.

Tabla 5.2. Distribución del gasto en medicamentos de los hogares según gasto total del hogar y gasto total en salud, años 1997, 2012, 2017, 2022.

Grupo Quintil de Hogares	Gasto de bolsillo en Medicamentos como % Gasto Total del Hogar				Gasto de bolsillo en Medicamentos como % Gasto en Salud del Hogar			
	1997	2012	2017	2022	1997	2012	2017	2022
Total	1,7%	1,8%	2,3%	2,3%	30,2%	29,2%	30,3%	28,8%
I	1,8%	1,6%	1,9%	2,4%	45,1%	32,0%	29,1%	32,2%
II	1,6%	1,6%	2,4%	2,5%	40,5%	30,7%	36,2%	31,6%
III	1,7%	1,7%	2,2%	2,3%	40,2%	30,6%	32,5%	31,1%
IV	1,9%	1,9%	2,3%	2,4%	35,9%	28,4%	28,9%	28,3%
V	1,6%	1,9%	2,3%	2,2%	24,0%	28,7%	29,2%	26,7%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares V, VII, VIII y IX, del Instituto Nacional de estadísticas (INE).

En la tabla 5.3 se muestra la tasa de crecimiento del gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hogares, para los años señalados. Considerando todos los quintiles de ingresos, el gasto en salud de los hogares aumentó un 80,5% entre 1997 y 2022. Al diferenciar por quintiles se observa una tendencia que muestra que, mientras menores son los ingresos del hogar, mayor fue el aumento en el gasto de bolsillo. Se observa que en el quintil I hubo un aumento del 216,7% del gasto de bolsillo en salud en el período de estudio, mientras que para el quintil V el crecimiento total sólo fue del 26,1%. Los datos muestran también que, en el total de los hogares, el mayor crecimiento ocurrió entre los años 2012 y 2017, con un aumento promedio del 43,9%, mientras que el menor crecimiento fue de 4,1%, entre los años 2017 y 2022.

El gasto en medicamentos, por su parte, tuvo un aumento del 72,5% entre 1997 y 2022, ligeramente menor que el gasto de bolsillo. Al analizar el crecimiento total por quintil de ingresos, se observa una tendencia similar al gasto de bolsillo, ya que en los quintiles de menores ingresos aumentó más el gasto en medicamentos que en los de mayores ingresos. Sin embargo, se observa que el aumento en el quintil II fue 19 puntos porcentuales mayor que en el quintil I. Además, al considerar el crecimiento en los distintos períodos se puede ver que, al igual que el gasto en salud, el período 2012-2017 fue el de mayor crecimiento, alcanzando un 49,2%, mientras que en el período 2017-2022 hubo una disminución del 1%.

Tabla 5.3. Tasa de crecimiento del gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hogares, años 1997, 2012, 2017, 2022.

Grupo Quintil de Hogares	Crecimiento del Gasto de bolsillo en Salud del Hogar					Crecimiento del Gasto de bolsillo en Medicamentos del Hogar				
	1997	2012	2017	2022	1997-2022	1997	2012	2017	2022	1997-2022
Total		20,5%	43,9%	4,1%	80,5%		16,8%	49,2%	-1,0%	72,5%
I		31,6%	81,7%	32,4%	216,7%		-6,8%	65,3%	46,5%	125,6%
II		43,9%	71,7%	26,9%	213,6%		9,1%	102,1%	10,9%	144,7%
III		53,6%	57,3%	13,0%	173,1%		17,0%	66,9%	8,4%	111,6%
IV		39,8%	45,8%	4,5%	112,9%		10,4%	48,4%	2,5%	67,9%
V		4,5%	31,0%	-7,9%	26,1%		25,1%	33,3%	-15,8%	40,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares V, VII, VIII y IX, del Instituto Nacional de estadísticas (INE).

En la tabla 5.4 se presenta el gasto de bolsillo en salud y medicamentos según asegurador (ISAPREs o FONASA) para los años en estudio. En todos los períodos, tanto el gasto de bolsillo en salud como el gasto en medicamentos son mayores en los hogares asegurados en ISAPREs que en los hogares asegurados en FONASA, aunque la diferencia se ha ido reduciendo. El año 2012, el gasto de bolsillo en salud de los hogares asegurados en ISAPREs equivalía a 3,7 veces el de los asegurados en FONASA, mientras que 10 años después, este valor se había reducido a 1,3 veces. Algo similar sucedió con el gasto en medicamentos, ya que en los hogares asegurados en ISAPREs este gasto era equivalente a 3,7 veces el gasto de los asegurados en FONASA, y al 2022 este valor se redujo a 1,2.

Tabla 5.4. Gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hogares según asegurador, años 2012, 2017, 2022, en pesos de diciembre del 2024

Sistema	Gasto de bolsillo en Salud			Gasto de bolsillo en Medicamentos		
	2012	2017	2022	2012	2017	2022
FONASA	51.287	111.806	103.243	14.789	34.083	31.681
ISAPRE	192.968	278.510	140.714	55.944	71.024	38.847
Total	84.643	124.617	113.246	24.636	37.773	33.757

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares VII, VIII y IX, del Instituto Nacional de estadísticas (INE).

En la tabla 5.5 se presenta el gasto en medicamentos como porcentaje del gasto en salud, y la tasa de crecimiento del gasto de bolsillo en medicamentos según asegurador, para los años de estudio. En cuanto al gasto en medicamentos como porcentaje del gasto en salud, el año 2012 su valor rondaba el 29% y la diferencia entre los hogares asegurados en FONASA e ISAPREs era muy pequeña (0,2 puntos porcentuales). En el año 2017, el porcentaje aumentó levemente a un 30,3%, así como también aumentó la diferencia entre los hogares asegurados en FONASA e ISAPREs. Para los asegurados en FONASA el porcentaje llegó a 30,5%, mientras que para los asegurados en ISAPREs se redujo a 25,5%. Para el año 2022 el porcentaje disminuyó levemente a un 29,8%, y la diferencia entre asegurados FONASA e ISAPREs se redujo levemente también, principalmente debido al aumento en el porcentaje de los asegurados en ISAPRE.

En cuanto al crecimiento del gasto en medicamentos, entre los años 2012 y 2017 hubo un aumento total del 53,3% del gasto en medicamentos, con una diferencia importante entre ISAPRE (27%) y FONASA (130,5%). En el período siguiente, es decir, entre los años 2017 y 2022, el crecimiento total fue negativo (-10,6%). Para los asegurados en FONASA la disminución fue significativamente menor que para los asegurados en ISAPRE (-7% y -45,3% respectivamente).

Tabla 5.5. Gasto en medicamentos como % del gasto en salud y tasa de crecimiento del gasto de bolsillo en medicamentos de los hogares según asegurador, años 2012, 2017, 2022.

Sistema	Gasto de bolsillo en Medicamentos como % del Gasto en Salud			Tasa de Crecimiento Gasto de bolsillo en Medicamentos		
	2012	2017	2022	2012	2017	2022
FONASA	28,8%	30,5%	30,7%		130,5%	-7,0%
ISAPRE	29,0%	25,5%	27,6%		27,0%	-45,3%
Total	29,1%	30,3%	29,8%		53,3%	-10,6%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares VII, VIII y IX, del Instituto Nacional de estadísticas (INE).

6.- ESTIMACIONES DE MEJORES COBERTURAS DE MEDICAMENTOS Y SU COSTO DE FINANCIAMIENTO

Para la estimación de una mejor cobertura se utilizó el gasto privado retail del año 2024, del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud, el cual considera el consumo de los hogares a través de compras realizadas a farmacias, droguerías y farmacias independientes. Por lo tanto, el gasto del sector institucional privado no está considerado. Con esta información se generaron 3 estimaciones de una mejor cobertura que la actual y su impacto en el financiamiento.

La metodología aplicada en la estimación de coberturas y costos de financiamiento es la misma utilizada por Lenz y Sanhueza (2014), en la Minuta Técnica Estimación Financiera del Impacto de la Cobertura de Gastos en Medicamentos en el Sistema de Salud Chileno, donde calcula la cotización adicional y mayor gasto fiscal necesario para reducir el gasto de bolsillo en medicamentos.

El primer escenario considera la cobertura del 100% del gasto en medicamentos, por lo que el gasto privado en retail representa el gasto que el sistema, ya sea público o privado, aún no financia. El segundo escenario considera una cobertura en medicamentos del 80% igual a la cobertura de las Garantías Explicitas de Salud (GES), por lo que el gasto adicional a financiar es el 80% del gasto total del mercado farmacéutico menos el gasto institucional público. Finalmente, el tercer escenario considera una cobertura del 56%, correspondiente al promedio de los 32 países de la OECD para el año 2021 (OECD, 2023).

La distribución porcentual del gasto adicional a financiar entre ISAPREs y FONASA que se utilizó en los tres escenarios se determinó en base a los datos de hogares y gasto de bolsillo promedio de los hogares de la IX Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF, 2022). Con estos se calculó el gasto de bolsillo total por seguro, que se distribuye en 30,2% y 69,8% para ISAPRE y FONASA, respectivamente⁵.

La distribución porcentual del gasto a financiar del FONASA se calculó utilizando como proxy el gasto anual per cápita Modalidad Atención Institucional (MAI) por grupo, extraído del Informe de Caracterización del Gasto de FONASA en el año 2019 (División de Desarrollo Institucional, Departamento de Estudios y Estadísticas, FONASA, 2021) y el número de beneficiario por grupo del FONASA en el 2024 (Datos Abiertos FONASA, 2025), con los que se calculó el gasto total MAI por grupo, que se distribuyen en 16,3%, 55,9%, 11,3% y 16,5% para los grupos A, B, C y D, respectivamente.

⁵ De la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF, 2022), se utilizaron los promedios de gasto de bolsillo en medicamentos calculados de FONASA e ISAPRE (\$31.681 y \$38.847, respectivamente) y el número de hogares encuestados de cada seguro, que fue de 9.708 y 3.425 hogares respectivamente, para estimar el gasto de bolsillo agregado y su distribución porcentual.

Para cada escenario se determinaron 4 alternativas de financiamiento del gasto adicional en medicamentos. En el caso de las ISAPREs, la alternativa de financiamiento considera que todo el gasto adicional se realiza por medio de la cotización. En el caso del FONASA se determinaron 3 alternativas de financiamiento. La primera de ellas estima que el gasto adicional en medicamentos realizado por los grupos B, C y D se financian con la cotización de ellos y el gasto adicional de medicamentos del grupo A se financia a través de aportes fiscales. La segunda estimación muestra que los grupos grupo A y B financian el gasto adicional en medicamentos a través de aportes fiscales, mientras que, todos los titulares cotizantes financian el gasto adicional en medicamentos realizado por los grupos C y D. Finalmente, la tercera estimación considera que por medio de la cotización se financia el 10% y 20% del gasto adicional en medicamentos de los grupos C y D (Porcentajes de copagos MAI anteriores a la implementación del copago cero), mientras que a través del aporte fiscal se financia el 100% del gasto adicional en medicamentos del grupo A y B, el 90% grupo C y 80% grupo D.

La determinación del porcentaje de cotización adicional se obtiene por medio de las siguientes fórmulas:

$$GMed_i = Cotiz_i * RIP_i * NCotiz_i * 12$$

$$Cotiz_i = \frac{GMed_i}{(RIP_i * NCotiz_i * 12)}$$

Donde, i representa el porcentaje de cotización adicional mensual, $GMed$ es el Gasto en Medicamentos a Financiar, RIP es la Renta Imponible Promedio, $NCotiz$ es el Número de Cotizantes e i representa a cada seguro, FONASA e ISAPRE.

ESCENARIO 1

En la tabla 6.1 se presentan los resultados de la estimación para el escenario 1, es decir, considerando la cobertura del 100% del gasto en medicamentos. En este caso, el gasto adicional por financiar corresponde a \$1.795.200 millones (\$1.828 millones de dólares, a dic. 2024), que es el gasto privado en retail financiado por las personas directamente de su bolsillo (Departamento de Economía de la Salud, 2025). Luego se determinó el gasto por financiar de ISAPREs y FONASA, en base al gasto de bolsillo promedio de los hogares. El monto correspondiente a las ISAPREs equivale a \$542.096 millones, mientras que el gasto a financiar correspondiente a FONASA equivale a \$1.253.104 millones. Esta cifra equivale a la suma del gasto a financiar de los grupos A, B, C y D de FONASA, determinado en base al gasto total MAI por grupo.

Tabla 6.1. Estimación anual del gasto en medicamentos a financiar por seguro, escenario 1 cobertura 100%, en millones de pesos de diciembre 2024

Ítem de Gasto Estimado	Monto en Millones de \$
Gasto Total Mercado Farmacéutico*	\$ 3.644.614
Gasto Público Institucional*	\$ 1.849.414
Gasto Adicional por Financiar (100%)*	\$ 1.795.200
Gasto Bolsillo en Medicamentos Agregado	\$ -
Gasto a Financiar ISAPRE (30,2%)	\$ 542.096
Gasto a Financiar FONASA (69,8%)	\$ 1.253.104
Gasto a Financiar FONASA Grupo A (16,3%)	\$ 203.754
Gasto a Financiar FONASA Grupo B (55,9%)	\$ 700.213
Gasto a Financiar FONASA Grupo C (11,3%)	\$ 141.802
Gasto a Financiar FONASA Grupo D (16,5%)	\$ 207.334

Fuente Elaboración Propia.

* Departamento de Economía de la Salud (2025), Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

En la tabla 6.2 se presenta la estimación del costo de financiamiento de medicamentos por seguro, en base a los resultados de la tabla anterior, para los beneficios de FONASA e ISAPREs por un valor MM\$1.253.104 y MM\$542.096, respectivamente. Considerando el gasto en medicamentos a financiar, la renta imponible promedio y el número de cotizantes de cada grupo, se calculó el porcentaje de cotización adicional que se requiere para el 100% de cobertura. Para los beneficiarios de ISAPRE, el porcentaje de cotización adicional es de 1,45%, lo que equivale a una cotización mensual promedio de \$28.705. Para los beneficiarios de FONASA, la alternativa de financiamiento del gasto adicional por aumento en la cotización para los grupos B, C y D, y por aporte fiscal para el grupo A, corresponde a una cotización adicional del 1,16%, equivalente a \$8.243, más un aporte fiscal de \$203.754 millones. En la segunda alternativa, que considera el financiamiento por cotización para los grupos C y D, y por aporte fiscal para los grupos A y B, la cotización adicional corresponde al 0,39%, con un aporte fiscal de \$903.967 millones. En la tercera alternativa de financiamiento, considerando que por medio de la cotización se financia el 10% y 20% del gasto adicional en medicamentos de los grupos C y D, y a través del aporte fiscal se financia el 100% del gasto adicional en medicamentos del grupo A y B, el 90% grupo C y 80% grupo D, la cotización adicional corresponde a un 0,06%, mientras que el aporte fiscal asciende a \$1.197.457 millones.

Tabla 6.2. Estimación del costo de financiamiento de medicamentos por seguro, escenario 1 cobertura 100%, en pesos de diciembre 2024

Ítem / Financiamiento	ISAPRE	FONASA		
	Por Cotización 100%	Por cotización B, C y D y por aporte fiscal grupo A	Por cotización grupo C y D y por aporte fiscal grupo A y B	Por cotización 10% grupo C y 20% grupo D y aporte fiscal grupo A y B, 90% grupo C y 80% grupo D
Gasto Medicamentos a Financiar en millones de \$	\$542.096	\$1.049.350	\$349.136	\$55.647
Renta Imponible Promedio en \$	\$1.980.684	\$708.484	\$708.484	\$708.484
Nº Cotizantes (ISAPRE- FONASA B C D)	1.573.770	10.607.915	10.607.915	10.607.915
% de Cotización Adicional	1,45%	1,16%	0,39%	0,06%
Cotización Mensual en \$	\$28.705	\$8.243	\$2.743	\$437
Apote Fiscal en millones de \$	No Aplica	203.754	\$903.967	\$1.197.457

Fuente Elaboración Propia.

* Superintendencia de Salud (2024). Estadísticas financieras del sistema ISAPRE a diciembre del 2024. Departamento de Estudios y Desarrollo

** FONASA (2024), El desafío de la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Director del Fondo Nacional de Salud

ESCENARIO 2

En la tabla 6.3 se presentan los resultados de la estimación para el escenario 2, que considera una cobertura del 80% del gasto en medicamentos. Se estima que el gasto adicional por financiar equivale a \$1.066.277 millones (80% de \$3.644.614 millones del gasto total del mercado farmacéutico menos el gasto público institucional), y el gasto de bolsillo en medicamentos sin cobertura equivale a \$728.923 millones. El gasto por financiar de las ISAPRE equivale a \$321.984 millones, mientras que el gasto a financiar total correspondiente a FONASA equivale a \$744.294 millones, que se reparte entre los cuatro grupos.

Tabla 6.3. Estimación del gasto en medicamentos a financiar por seguro, escenario 2 cobertura 80%, en millones de pesos de diciembre 2024

Ítem de Gasto Estimado	Monto en Millones de \$
Gasto Total Mercado Farmacéutico*	\$ 3.644.614
Gasto Público Institucional*	\$ 1.849.414
Gasto Adicional por Financiar (80%)	\$ 1.066.277
Gasto Bolsillo en Medicamentos Agregado	\$ 728.923
Gasto a Financiar ISAPRE (30,2%)	\$ 321.984
Gasto a Financiar FONASA (69,8%)	\$ 744.294
Gasto a Financiar FONASA Grupo A (16,3%)	\$ 121.022
Gasto a Financiar FONASA Grupo B (55,9%)	\$ 415.899
Gasto a Financiar FONASA Grupo C (11,3%)	\$ 84.225
Gasto a Financiar FONASA Grupo D (16,5%)	\$ 123.148

Fuente Elaboración Propia.

* Departamento de Economía de la Salud (2025), Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

En base a los resultados de la tabla anterior, se estimó la cotización adicional para los beneficiarios de ISAPREs y FONASA y el aporte fiscal requerido. Los resultados se muestran en

la tabla 6.4. Para un 80% de cobertura en medicamentos, se estimó una cotización adicional del 0,86% para los beneficiarios de ISAPRE. Para los beneficiarios de FONASA, considerando la alternativa 1 de financiamiento (cotización adicional grupos B, C, y D y aporte fiscal grupo A), se estimó una cotización adicional de 0,69% y un aporte fiscal de \$121.022 millones. Para la alternativa 2 de financiamiento (cotización grupo C y D y por aporte fiscal grupo A y B) se calculó una cotización adicional de 0,23% y un aporte fiscal de \$536.921 millones. Para la alternativa 3 de financiamiento (cotización 10% grupo C y 20% grupo D y aporte fiscal grupo A y B, 90% grupo C y 80% grupo D), la cotización adicional estimada equivale a un 0,04%, mientras que el aporte fiscal asciende a \$711.241 millones.

Tabla 6.4. Estimación del costo de financiamiento de medicamentos por seguro, escenario 2 cobertura 80%, en pesos de diciembre 2024

Ítem / Financiamiento	ISAPRE	FONASA		
	Por Cotización 100%	Por cotización B, C y D y por aporte fiscal grupo A	Por cotización grupo C y D y por aporte fiscal grupo A y B	Por cotización 10% grupo C y 20% grupo D y aporte fiscal grupo A y B, 90% grupo C y 80% grupo D
Gasto Medicamentos a Financiar en millones de \$	\$321.984	\$623.272	\$207.373	\$33.052
Renta Imponible Promedio en \$	\$1.980.684	\$708.484	\$708.484	\$708.484
Nº Cotizantes (ISAPRE- FONASA B C D)	1.573.770	10.607.915	10.607.915	10.607.915
% de Cotización Adicional	0,86%	0,69%	0,23%	0,04%
Cotización Mensual en \$	\$17.049	\$4.896	\$1.629	\$260
Aporte Fiscal en millones de \$	No aplica	\$121.022	\$536.921	\$711.241

Fuente Elaboración Propia.

* Superintendencia de Salud (2024). Estadísticas financieras del sistema ISAPRE a diciembre del 2024. Departamento de Estudios y Desarrollo
 ** FONASA (2024), El desafío de la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Director del Fondo Nacional de Salud

ESCENARIO 3

Finalmente, en la tabla 6.5 se muestran los resultados de la estimación del escenario 3, que considera una cobertura del 56%, equivalente al promedio de los 32 países de la OECD. El gasto adicional por financiar estimado equivale a \$191.570 millones (56% de \$3.644.614 millones del gasto total del mercado farmacéutico menos el gasto público institucional), y el gasto de bolsillo en medicamentos sin cobertura equivale a \$1.603.630 millones. El gasto por financiar de las ISAPREs equivale a \$57.848 millones, y que el gasto a financiar de FONASA equivale a \$133.721 millones.

Tabla 6.5. Estimación del gasto en medicamentos a financiar por seguro, escenario 3 cobertura 56%, en millones de pesos de diciembre 2024

Ítem de Gasto Estimado	Monto en Millones de \$
Gasto Total Mercado Farmacéutico*	\$ 3.644.614
Gasto Público Institucional*	\$ 1.849.414
Gasto Adicional por Financiar (56%)	\$ 191.570
Gasto Bolsillo en Medicamentos Agregado	\$ 1.603.630
Gasto a Financiar ISAPRE (30,2%)	\$ 57.848
Gasto a Financiar FONASA (69,8%)	\$ 133.721
Gasto a Financiar FONASA Grupo A (16,3%)	\$ 21.743
Gasto a Financiar FONASA Grupo B (55,9%)	\$ 74.721
Gasto a Financiar FONASA Grupo C (11,3%)	\$ 15.132
Gasto a Financiar FONASA Grupo D (16,5%)	\$ 22.125

Fuente Elaboración Propia.

* Departamento de Economía de la Salud (2025), Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud.

En la tabla 6.6 se utilizaron los resultados de la tabla anterior para estimar la cotización adicional para los beneficiarios de ISAPRE y FONASA y el aporte fiscal requerido. Los resultados muestran que para una cobertura del 56% en medicamentos se requeriría una cotización adicional del 0,07% para los beneficiarios de ISAPRE, equivalente a \$1.323 mensuales. Para los beneficiarios de FONASA, considerando la primera alternativa de financiamiento (cotización adicional grupos B, C, y D y aporte fiscal grupo A), la cotización adicional corresponde a 0,12% y el aporte fiscal requerido equivale a \$21.743 millones. Para la segunda alternativa de financiamiento (cotización grupo C y D y por aporte fiscal grupo A y B) la cotización adicional estimada es de 0,04%, y el aporte fiscal equivale a \$96.464 millones. Para la tercera alternativa de financiamiento (cotización 10% grupo C y 20% grupo D y aporte fiscal grupo A y B, 90% grupo C y 80% grupo D), la cotización adicional estimada equivale a un 0,01%, mientras que el aporte fiscal asciende a \$127.783 millones.

Tabla 6.6. Estimación del costo de financiamiento de medicamentos por seguro, escenario 3 cobertura 56%, en pesos de diciembre 2024

Ítem / Financiamiento	ISAPRE		FONASA	
	Por Cotización 100%	Por cotización B, C y D y por aporte fiscal grupo A	Por cotización grupo C y D y por aporte fiscal grupo A y B	Por cotización 10% grupo C y 20% grupo D y aporte fiscal grupo A y B, 90% grupo C y 80% grupo D
Gasto Medicamentos a Financiar en millones de \$	\$57.848	\$111.978	\$37.257	\$5.938
Renta Imponible Promedio en \$	\$1.980.684	\$708.484	\$708.484	\$708.484
Nº Cotizantes (ISAPRE- FONASA B C D)	3.644.614	10.607.915	10.607.915	10.607.915
% de Cotización Adicional	0,07%	0,12%	0,04%	0,01%
Cotización Mensual en \$	\$1.323	\$880	\$293	\$47
Aporte Fiscal en millones de \$	No Aplica	21.743	\$96.464	\$127.783

Fuente Elaboración Propia.

* Superintendencia de Salud (2024). Estadísticas financieras del sistema ISAPRE a diciembre del 2024. Departamento de Estudios y Desarrollo
 ** FONASA (2024), El desafío de la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Director del Fondo Nacional de Salud

7.- CONCLUSIONES

- La protección financiera en salud es una de las dimensiones clave para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que el objetivo del acceso universal es que las personas puedan acceder a los servicios de salud cuando lo necesiten, sin sufrir dificultades financieras cuando pagan por ellos (OMS, 2021). El gasto de bolsillo por consiguiente puede constituirse en una barrera de acceso a la atención de salud. De hecho la OPS señala que, para minimizar el riesgo financiero de un gasto catastrófico o empobrecedor en los hogares, el gasto de bolsillo no debe exceder el 20% del gasto corriente de salud. Los datos de la OCDE 2023 muestran que en el sistema de salud chileno el gasto de bolsillo en salud aún es muy alto, un 29,7%, porcentaje muy superior al 18% promedio de los países OCDE. Es muy probable entonces que por esta cifra el informe Desiguales del PNUD del 2017, que reflejaba una enorme crisis de expectativas de la sociedad chilena previa al “estallido social del 2019”, mostraba una molestia del 68% (la más alta) frente a la desigualdad en el acceso a la salud: *“de que algunas personas accedan a una mucho mejor salud que otras”*.
- Estudios previos como el de Bruzzo et. al. (2018) indican que en Chile el principal ítem del gasto de bolsillo es el gasto en medicamentos, particularmente alto si se le compara con países de la OCDE. Éste representa cerca de un 38% del total del gasto de bolsillo en salud para el 2012 de acuerdo a los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares, seguido por las consultas médicas (19,8%), los exámenes de laboratorio y de rayos (11,8%) y los servicios dentales (9,3%).
- Lo anterior se explica porque en Chile la cobertura de los medicamentos es parcial y fragmentada, y depende del seguro de salud al cual pertenecen las personas, la modalidad en la que se atienden y el tipo de patología que padecen. En efecto, la cobertura de los medicamentos generalmente es mucho menor que la de la atención hospitalaria y ambulatoria, por lo que los medicamentos son el principal impulsor del gasto de los hogares. En contraste se calcula que en los países de la OCDE el 56% del gasto total en medicamentos es financiado por los gobiernos y los sistemas de seguro de salud obligatorios (OCDE, 2023).
- En cuanto a la posibilidad de mejorar la cobertura de los gastos en medicamentos en el sistema de salud chileno, un análisis de viabilidad realizado previamente por Lenz et. al. (2014), nos mostró que las cotizaciones mensuales deberían aumentar entre 2,0 y 1,5 puntos porcentuales para cubrir el 100% del gasto de bolsillo en medicamentos de cotizantes FONASA e ISAPREs, equivalentes a \$1.463 millones de dólares en el 2012. En cambio en el escenario más conservador, equivalente a \$425 millones de dólares, si se cubriera sólo el gasto catastrófico en medicamentos, los aumentos en la tasa promedio de cotización fluctuarían entre 0,6 y 0,4 puntos porcentuales. Y en estos dos escenarios se deberían haber acompañado incrementos de entre un 3,7 % y un 1,1% en el aporte fiscal a salud. Cabe recordar aquí, que la Encuesta Nacional de Salud ISPAB 2021 mostraba que el 50%

de los entrevistados estaría dispuesto a pagar mensualmente, un adicional a su 7%, por un seguro que le cubra una parte de ese gasto; esta disposición es por cierto menor en los beneficiarios del FONASA, solo un 45%, pero mucho más alto en los de las ISAPREs, un 75%.

- Y en paralelo a que esta menor cobertura de los medicamentos no ha sido resuelta con decisión política en la reestructuración de los planes de beneficios de salud del sistema chileno salvo esfuerzos parciales e insuficientes; el gasto en medicamentos total del mercado farmacéutico, compuesto por el sector público y privado entre los años 2011 y 2024 ha seguido mostrando un crecimiento real del 80,4%, desde \$2.020.692 millones hasta \$3.644.614 millones. Se observa que, a comienzos del período de estudio, cerca de un cuarto del gasto total en medicamentos correspondía al público institucional, mientras en el último período, el porcentaje correspondiente al sector público alcanzó el 50,7% del total, lo que se podría explicar en parte por los regímenes especiales en la cobertura de medicamentos en el sistema de salud chileno, como es el régimen de Garantías Explícitas de Salud GES y la Ley Ricarte Soto. No obstante, si lo observamos como porcentajes del PIB, en el año 2011, el gasto total en medicamentos alcanzaba un 1% del PIB. Se observa una tendencia al alza en dicha variable hasta el año 2020 donde alcanza un 1,3%, luego con períodos de disminución el 2021-2022 para llegar al final del período nuevamente a un 1,0% del PIB.
- Ahora bien, desde la perspectiva del Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC) para el período 2011-2024. Los datos muestran que, a lo largo de todo el período, los grupos con mayor representación del gasto en medicamentos son el sistema digestivo y metabolismo (\$667.926 MM, 2024), antiinfecciosos para uso sistémico (\$467.139 MM, 2024) y sistema nervioso (\$485.801 MM, 2024). Por otra parte, respecto del consumo de medicamentos por dosis diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes por día, los medicamentos más consumidos a lo largo de todo el período corresponden al grupo del sistema cardiovascular, luego los del sistema nervioso y en tercer lugar los del sistema digestivo y metabolismo, representando más del 70% del total a lo largo del período. Por último, respecto al calculo del gasto en medicamentos por dosis diaria (definida por 1.000 habitantes por día). El año 2024, el más alto correspondió al grupo de los medicamentos antiinfecciosos para uso sistémico, con un valor de \$15.275 millones. En segundo lugar, le sigue el grupo de medicamentos del aparato genitourinario y hormonas sexuales, con un valor de \$4.587 millones, en tercer y cuarto lugar los grupos de medicamentos de los sistemas respiratorio y digestivo, con valores de \$3.049 y \$2.249 millones, respectivamente. No obstante lo anterior, al observar la trayectoria, se observa una notoria tendencia a la baja entre los años 2011 y 2024, con una disminución total del 37,8%, pero que varía entre el 14,7% y el 60,6% según el grupo. Esta tendencia podría explicarse parcialmente por un aumento en el uso de genéricos y bioequivalentes, impulsado por el requisito de bioequivalencia que se ha implementado gradualmente desde 2008 en el país, y por la Ley de Fármacos (Ley N.º 20.724) promulgada el 2014, con

el objetivo de mejorar el acceso, calidad y transparencia del mercado farmacéutico, con énfasis en el precio de los medicamentos y el acceso equitativo. Otro factor que puede haber influido es la expansión de CENABAST a farmacias privadas desde 2021 a través de la Ley CENABAST (Ley N.º 21.198), lo que podría haber reducido los precios finales de algunos medicamentos (Balmaceda et. al., 2015; Congreso Nacional de Chile, 2014, 2020).

- Un buen instrumento para analizar la evolución del gasto de bolsillo en salud y medicamentos en los hogares chilenos ha sido la Encuesta de Presupuestos Familiares en sus versiones V, VII, VIII e IX, correspondientes a los años 1997, 2012, 2017 y 2022 respectivamente. Se puede ver que tanto el gasto en salud como el gasto en medicamentos aumentan con el nivel de ingresos, aunque la brecha entre el quintil I y el quintil V ha disminuido con el tiempo. De 12,2 veces el año 1997 a 4,9 veces el 2022 respecto al gasto de bolsillo en salud. En el caso del gasto en medicamentos el comportamiento fue similar, de 6,5 veces el año 1997 se redujo a 4 veces el 2022. En relación a la tasa de crecimiento del gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hogares, considerando todos los quintiles de ingresos, el gasto de bolsillo en salud aumentó un 80,5% entre 1997 y 2022 y el gasto de bolsillo en medicamentos aumentó 72,5% para el mismo período. En cuanto al gasto de bolsillo en medicamentos como porcentaje del gasto de bolsillo en salud, este se ha mantenido relativamente constante, el año 2012 su valor rondaba el 29%. En el año 2017, el porcentaje aumentó levemente a un 30,3%, para el año 2022 quedar finalmente en un 29,8%.
- En consecuencia, para la estimación actual de una mejor cobertura de medicamentos se utilizó la misma metodología aplicada por Lenz y Sanhueza (2014). El primer escenario considera la cobertura del 100% del gasto en medicamentos, por lo que el gasto privado en retail representa el gasto que el sistema, ya sea público o privado, aún no financia. El segundo escenario considera una cobertura en medicamentos del 80% igual a la cobertura de las Garantías Explicitas de Salud (GES), por lo que el gasto adicional a financiar es el 80% del gasto total del mercado farmacéutico menos el gasto institucional público. Finalmente, el tercer escenario considera una cobertura del 56%, correspondiente al promedio de los 32 países de la OECD para el año 2021 (OECD, 2023). Para el escenario 1, el gasto adicional por financiar corresponde a \$1.795.200 millones (\$1.828 millones de dólares, a dic. 2024), un 25% más alto que el calculado por Lenz et. al. hace 12 años. En el escenario 2 el gasto adicional por financiar equivale a \$1.066.277 millones (\$1.086 millones de dólares, a dic. 2024). Y en el escenario 3 el gasto adicional por financiar estimado equivale a \$191.570 millones (\$195 millones de dólares, a dic. 2024).
- Ahora bien desde la perspectiva de los cotizantes y considerando cierta disposición a pagar un adicional al 7% en salud, tomando solo las opciones con menor impacto fiscal. En el escenario 1 implicaría para los beneficiarios de ISAPREs un porcentaje de cotización adicional de 1,45% o una cotización mensual promedio de \$28.705 adicionales, en cambio para los beneficiarios de FONASA de los grupos B, C y D un aumento en la cotización

del 1,16%, equivalente a un promedio de \$8.243 mensuales. En el escenario 2 implicaría para los beneficiarios de ISAPREs una cotización adicional del 0,86% o un equivalente a un promedio mensual de \$17.049, para los de FONASA de 0,69% de cotización adicional o \$4.896 mensuales en promedio. Finalmente en el escenario 3 se requeriría una cotización adicional del 0,07% para los beneficiarios de ISAPRE, equivalente a \$1.323 mensuales y para los beneficiarios de FONASA una cotización adicional mensual a los grupos B, C, y D de 0,12% o de \$880 mensuales en promedio.

- A la luz de estas cifras, y dado el reciente y definitivo fracaso en el Conreso de la ley de “fármacos 2” (Boletín 9914-11), es posible reiterar que la discusión en torno a la idea de incluir una mejor cobertura de medicamentos en los planes de beneficios de FONASA e ISAPREs o de generar un Seguro de Medicamentos, no es una política pública que esté alejada de las posibilidades financieras de nuestra realidad, sobre todo si somos capaces de corregir las ineficiencias ya demostradas en informes anteriores sobre productividad de los hospitales y mal uso de licencias médicas y subsidios de incapacidad laboral. Más aún el gasto de bolsillo seguirá resultando regresivo e inequitativo y mantendrá una sensación de molestia social e insatisfacción con nuestro sistema de salud. Por último, aunque este análisis no considera efectos como los menores precios que podría pagar la seguridad social a la industria farmacéutica, en un escenario donde pueden existir coberturas y volúmenes de compra significativos, que lleven a negociaciones de precios e ingresos mucho más atractivos para ambas partes o cambios en las tasas de uso de medicamentos, producto de lo mismo. Nuestras estimaciones muestran claramente que el financiamiento de medicamentos debe estar en la discusión de la reforma del sistema de salud chileno y que además es posible ir abordándolo financieramente de manera progresiva y gradual.

8.- REFERENCIAS

- Acuña, J. y León, A. (2021). Informe N°5: Diagnóstico de la Seguridad Social en el área de la Salud. Observatorio del Contexto Económico de la Universidad Diego Portales.
- Atal, J. (2021). El acceso a medicamentos en Chile y el papel de las farmacias municipales. Breve 22. IADB. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-22-El-acceso-a-medicamentos-en-Chile-y-el-papel-de-las-farmacias-municipales.pdf>
- Balmaceda, C., Espinoza M. A., & Díaz, J. (2015). Impacto de una política de equivalencia terapéutica en el precio de medicamentos en Chile. *Value in Health Regional Issues*, 8, 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2015.04.003>
- Barnieh, L., Clement, F., Harris, A., Blom, M., Donaldson, C., Klarenbach, S., Husereau, D., Lorenzetti, D., & Manns, B. (2014). *A systematic review of costsharing strategies used within publiclyfunded drug plans in member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development*. PLoS ONE, 9(3), e90434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090434>
- Benítez, A., Hernando, A., & Velasco, C. (2019). *Gasto de bolsillo en salud: Una mirada al gasto en medicamentos* (Puntos de Referencia No. 502). Centro de Estudios Públicos. https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20190130/20190130113629/pder502_abenitez_ahernando_cvelasco.pdf
- Bruzzo, S., Henríquez,J., & Velasco, C.(2018). *Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada* (Puntos de Referencia). Centro de Estudios Públicos. <https://www.cepchile.cl/investigacion/radiografia-del-gasto-de-bolsillo-en-salud-en-chile-una-mirada-desagregada>
- Congreso Nacional de Chile. (2014). Ley N.º 20.724: *Modifica el Código Sanitario en materia de regulación a las farmacias, medicamentos y productos farmacéuticos*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1068810>
- Congreso Nacional de Chile. (2020). Ley N.º 21.198: *Autoriza la intermediación de medicamentos por parte de la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud a farmacias privadas, almacenes farmacéuticos y establecimientos de salud sin fines de lucro*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1122477>
- Departamento Economía de la Salud, DESAL (2019). Boletín Economía y Salud, volumen 13 - N°2 2019. Ismael Aguilera Correa. Gasto de Bolsillo en hogares según EPF VII y VIII. http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/boletinII_2019.pdf
- Fiscalía Nacional Económica, FNE (2020). Estudio de mercado sobre medicamentos. Fiscalía Nacional Económica. <http://bcn.cl/30dw2>
- FONASA (2024). Copago Cero. Red Pública de Salud Gratuita. <https://nuevo.fonasa.gob.cl/>

<wp-content/uploads/2024/11/06-COPAGO-CERO.pdf> (consultado en mayo de 2025).

FONASA (2024). El desafío de la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Director del Fondo Nacional de Salud

GarcíaGoñi, M. (2022). *Rationalizing pharmaceutical spending* (IMF Working Paper No. 2022/190). International Monetary Fund. <https://doi.org/10.5089/9798400219849.001>

Gilardino, R. E., Valanzasca, P., & Rifkin, S. B. (2022). *Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries*. Archives of Public Health, 80, 38. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00793-7>

Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2025). Bases de datos y cuadros estadísticos Encuesta de Presupuestos Familiares VII, VIII y IX. Extraído el 25 de mayo del 2022 de sitio web: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/ingresos-y-gastos/encuesta-de-presupuestos-familiares>

Instituto de Salud Pública UNAB (2021). Décimo Segunda Encuesta sobre el Sistema de Salud Chileno. <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2021/08/encuesta-nacional-salud-2021c.pdf> (consultado en mayo de 2025).

Lenz, R., Sanhueza, G. (2014). Estimación Financiera del Impacto de la Cobertura de Gastos en Medicamentos en el Sistema de Salud Chileno. Unidad de Fármaco economía y Economía de la Salud, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social (2022). Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2022. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022> Consultado en mayo de 2025.

Ministerio de Desarrollo Social (2023). Encuesta de Bienestar Social 2023. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social-2023> Consultado en mayo de 2025.

Ministerio de Salud de Chile (2025). Bases de datos del Departamento de Economía de la Salud, Oficina de Información Económica en Salud. Extraído el 25 de mayo del 2022 de sitio web: <https://ies.minsal.gob.cl/reports/184>

Ministerio de Salud de Chile (2015). *Ley N° 20.850: Crea un sistema de protección financiera para tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Ricarte Soto Gallegos*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078910>

Ministerio de Salud de Chile (2015). *Informe Final Gasto Catastrófico y de Bolsillo en Salud para el período 1997 – 2012*. <https://cnlaboratorios.cl/wp-content/uploads/2019/07/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO-1997-2012.pdf>

Ministerio de Salud de Chile (2005). *Ley N° 19.996: Establece un régimen de garantías en salud.* Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=240816>

OECD (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators.* Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

OECD (2025). Indicadores de salud, Gasto farmacéutico. Extraído el 25 de mayo del 2022 de sitio web: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/pharmaceutical-spending.html>

Organización Panamericana de la Salud (2021). Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324264>.

Superintendencia de Salud (sf.). Ley Ricarte Soto. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/ley-ricarte-soto-6088/#> (consultado en mayo de 2025).

Superintendencia de Salud (sf.). CAEC: un seguro adicional sólo para beneficiarios de ISAPRES. https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/caec-un-seguro-adicional-solo-para-beneficiarios-de-isapres/#accordion_1 (consultado en mayo de 2025).

Superintendencia de Salud (2024). Estadísticas financieras del sistema ISAPRE a diciembre del 2024. Departamento de Estudios y Desarrollo.

WHO (2021). What is UHC in: Universal health coverage. [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (consultado en mayo de 2025).