

# Estructura del mercado de medicamentos en Chile y gasto de bolsillo en salud en la OCDE

## Resumen

### Autor

Samuel Argüello Verbanaz  
Correo electrónico:  
[sarguello@bcn.cl](mailto:sarguello@bcn.cl)  
Tel.: +56 322263188

Elaborado para la comisión  
de Salud del Senado

N.º SUP: 134.456

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.

Las cadenas de farmacias Cruz Verde, Salcobrand y FASA pagan 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 (por ejemplo clínicas). La hipótesis de la FNE para explicar estas diferencias se basa en una diferencia de estrategia comercial. Dada la forma en la que está regulado cómo los médicos recetan medicamentos, las cadenas de farmacia priorizan tener una gran variedad de una misma categoría de medicamento mientras que el Estado y los compradores institucionales privilegian el precio y sacrifican variedad. Esto limita la capacidad de negociación de las farmacias e implica que paguen precios más altos.

Esta estrategia está influenciada en gran medida por la forma en que se recetan los medicamentos y su regulación que implica que haya una predominancia del posicionamiento de marca sobre los principios activos.

En Chile el 32,8% del gasto total en salud es gasto de bolsillo, por lo que es el cuarto país con mayor porcentaje del conjunto de la OCDE en 2019. Por su parte, el gasto de bolsillo en salud representa el 3,1% del PIB de Chile, el porcentaje más alto de la OCDE.

Si bien la OCDE no tiene datos comparables a nivel internacional de cuánto representa el gasto de bolsillo en medicamentos en Chile, según un estudio del Centro de Estudios Públicos con datos de fines de 2016, el 38,5% del gasto de bolsillo que realizan los hogares se destina a gasto en medicamentos.

## I. Introducción

---

La comisión de Salud le solicitó a la Biblioteca del Congreso Nacional un informe sobre la estructura del mercado de medicamentos en Chile y sobre el gasto de bolsillo en salud. Luego de una búsqueda extensa de información se decidió basarse en el informe sobre el mercado de medicamentos realizado por la Fiscalía Nacional Económica en 2020 y en los datos internacionales de la OCDE para el gasto de bolsillo en salud.

## II. Estructura del mercado de medicamentos en Chile

---

En esta sección se explica la estructura del mercado de medicamentos del país en base al informe de enero de 2020 de la Fiscalía Nacional Económica (FNE 2020). Se ha tomado como referencia este informe porque es el más exhaustivo y reciente que hay sobre el tema, aunque desde el punto de vista de este informe tiene la limitación de que es anterior a la ley 21.198, conocida como Ley CENABAST. Por lo tanto, luego de la síntesis de los aspectos más relevantes desde el punto de vista de este informe se añadirán los últimos datos disponibles sobre las compras de medicamentos realizados por CENABAST desde la puesta en marcha de la ley.

En primer lugar, respecto a los actores del mercado de medicamentos, las cadenas de farmacias son las que tienen una mayor presencia, con el 48% del valor de las compras de medicamentos en 2018. Las farmacias que no pertenecen a una cadena realizan el 12% de las compras de medicamentos, por lo que las farmacias en su conjunto conforman el 60% del valor de las compras. Después están, con el 30%, las compras públicas de medicamentos que se destinan a hospitales y centros de atención del Estado y, finalmente, con el 10% las instituciones privadas de salud, entre ellas las clínicas privadas (FNE 2020, p. 58).

Por otro lado, respecto a las farmacias, el mercado está concentrado ya que las tres grandes cadenas farmacéuticas Cruz Verde, Salcobrand y FASA concentran el 80% del mercado y las farmacias independientes representan el 20% restante de las ventas<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista de los precios pagados por estos compradores para productos idénticos, según datos de la FNE, las cadenas de farmacias Cruz Verde, Salcobrand y FASA que, como se mencionó más arriba, representan el 48% del valor de las compras, pagan en promedio un 70% más en sus compras de medicamentos que el sector público y un 60% más que los compradores privados institucionales<sup>2</sup> (FNE 2020, p. 15). Según la FNE (2020, p. 16), estas diferencias “resultan ser hechos sumamente sorprendentes, especialmente considerando que las grandes cadenas, siendo compradores de volúmenes considerables, obtienen precios peores (de manera sistemática) en relación a otros compradores de menor tamaño, como son las clínicas privadas.”.

La hipótesis de la FNE (2020, p. 16-21) para explicar estas diferencias se basa en una diferencia de estrategia comercial. Los compradores que adquieren medicamentos a precios más bajos sustituyen entre productos, es decir, “[...] compran uno o pocos [productos] dentro de las categorías de

---

<sup>1</sup> Las farmacias del Doctor Simi la FNE las considera farmacias independientes porque tienen ventas muy inferiores al promedio de las grandes cadenas y porque la variedad de productos que comercializa es más similar al de las farmacias independientes (FNE 2020, p. 21).

<sup>2</sup> Los compradores privados institucionales son principalmente las clínicas privadas.

medicamentos clínicos o categorías más amplias.” (FNE 2020, p. 16). Esto tiene como efecto que los oferentes de medicamentos se enfrentan a un comprador que privilegia el precio y sacrifica variedad, es decir, que no compran varias marcas de un mismo producto sino que compran una sola marca, y por lo tanto los compradores al adquirir un mayor volumen de una variedad menor de productos puede obtener un precio menor.

La estrategia comercial de las cadenas de farmacias es diferente. Éstas priorizan tener variedad de productos ya que “deben satisfacer a los consumidores que llegan a sus locales buscando marcas (nombres de fantasía) recetadas por sus doctores. Lo anterior es importante para las farmacias puesto que no contar con los productos requeridos les significa perder clientes que, además de no comprar el medicamento, pueden dejar de comprar otros bienes que ahí se venden (cosméticos, comida, etc).” (FNE 2020, p. 16). Esto limita la capacidad de negociación de las cadenas de farmacias con los laboratorios, ya que estos últimos saben que la farmacia quiere disponer de la marca específica de un medicamento, lo que genera que cada producto comercial tiene poder de mercado (un monopolio local) para negociar con las farmacias. Según la FNE (2020, p. 16-17), “[e]sto se ve reflejado plenamente en los datos y estimamos que es la hipótesis que explica de manera más clara por qué estas compran a precios superiores al resto del mercado.”.

Esta situación se produce, según FNE, debido a varias razones que explican que el mercado de medicamentos de las farmacias funcione como uno de marcas en el que se compite por márketing y no por producto no diferenciado que compita en precios. Esto se produce por varias razones que se explican a continuación.

En primer lugar, una vez terminado el período de protección con patente de un medicamento durante el cual el precio es generalmente más elevado, una empresa desafiante al que hasta entonces tenía el monopolio del medicamento debe invertir para informar a la comunidad médica de que su nuevo producto existe y para ello los laboratorios no promocionan el principio activo sino que crean una marca reconocible para asegurar que el gasto realizado en promoción sea rentable.

Una de las razones importantes que lleva a esta diferenciación por marca de medicamentos intercambiables es la relación que existe entre pacientes y médicos. Como afirma la FNE (2020, p. 18), “[...] los pacientes confían en los doctores para que elijan por ellos los productos que necesitan para tratar sus enfermedades.<sup>3</sup> Al tratarse la mayoría de los casos de medicamentos que requieren receta, existe además una obligación legal de obtener la prescripción de parte de ellos.”. Dado que los médicos no internalizan necesariamente el costo para el paciente de las decisiones cuando recetan un medicamento, que la regulación actual exige especificar en la receta el nombre de fantasía del medicamento y que, además, si bien existe una obligación de prescribir el principio activo en la receta,

---

<sup>3</sup> Como menciona la FNE (2020, p. 19), en este sentido hay que tener muy en cuenta que “según la encuesta realizada a consumidores un 96% de las personas encuestadas compra el medicamento que el doctor recetó, y un porcentaje muy relevante de los consumidores no cambiaría el medicamento prescrito por uno más barato, aunque se les asegure que es igual de efectivo, principalmente porque confían más en lo recomendado por el doctor. Esto es vital tenerlo en cuenta para el diseño de políticas públicas que busquen modificar los hábitos de consumo de los pacientes, puesto que el poder que tiene el doctor sobre el paciente para la elección se ve como algo difícil, sino imposible, de superar solo mediante el empoderamiento del consumidor.”

según la FNE (2020, p. 18), “[...] no existe una forma de fiscalización clara, ni menos antecedentes públicos de sanciones o sumarios sanitarios por su incumplimiento.”.

Dado que los laboratorios saben que es el médico finalmente que toma la decisión de consumo del paciente al recetar un medicamento, generan estrategias y realizan esfuerzos comerciales para fidelizar a los médicos desde el punto de vista de los medicamentos que recetan y a los pacientes para que no se desvíen de la marca de fantasía recetada hacia el principio activo del medicamento de otra marca (FNE, 2020 19-20).

Todo lo anterior genera que las farmacias tengan incentivos para privilegiar una estrategia de variedad de marcas, lo que implica perder poder de mercado en su relación comercial con los laboratorios. En síntesis, la FNE afirma que “[s]i es que la sustitución se produjera, las farmacias podrían operar como el resto de los agentes del mercado, teniendo pocos productos por medicamento clínico (pudiendo usar poder de mercado para obtener mejores precios).”.

### ***Implementación de la ley 21.198***

Después de la referencia a la estructura de mercado de medicamentos del informe de la FNE, es pertinente mencionar los resultados de la ley 21.198 que autoriza la intermediación de medicamentos por parte de CENABAST a almacenes farmacéuticos, farmacias privadas y establecimientos de salud sin fines de lucro, conocida como ley CENABAST

Según las últimas cifras disponibles de marzo de 2022, en todo el país hay 374 sucursales de farmacias privadas a las que CENABAST les ha distribuido medicamentos en el marco de la ley 21.198. En la misma fecha había 639 farmacias inscritas en el marco de la ley para comprar medicamentos a CENABAST.

Respecto a los precios de medicamentos, según los datos del Ministerio de Salud presentados ante la Comisión de Salud del Senado, en 2020 hubo un ahorro por la intermediación de medicamentos a través de CENABAST de \$965<sup>4</sup> millones respecto al precio promedio de venta al público sin la intermediación de CENABAST, lo que representó un ahorro del 61%. En 2021 el ahorro fue de \$9.075 millones, lo que significó un ahorro del 56% y entre enero y marzo de 2022 el ahorro por la intermediación de CENABAST fue de \$3.040 millones que implica un ahorro del 53% respecto al precio de venta promedio de farmacias no adheridas (Ministerio de Salud 2022). El aumento progresivo en el ahorro se debe en gran medida a la incorporación paulatina de farmacias privadas al programa intermediación desde la aprobación de la ley.

Por otro lado, si bien es una información que se limita a una lista específica para cierto tipo de consumidores y no está actualizada, la CENABAST publicó una lista de las diferencias de precios de algunos de los medicamentos más utilizados por los adultos mayores a octubre de 2020, cuando la ley llevaba menos de un año de aplicación. De los veinticinco medicamentos sobre los que se entregó

---

<sup>4</sup> Si bien en la presentación del Ministerio de Salud no se explica por qué esta cantidad es muy inferior a la de 2021, se puede deducir que seguramente se debe principalmente a que la implementación de la ley y la incorporación progresiva de farmacias implicó que hubiese una menor intermediación de medicamentos durante el primer año.

información, el máximo diferencia porcentual es de un 687%, luego hay tres medicamentos en el rango de 400%-499% de diferencia de precio, cinco en el rango de 200%-299%, cuatro entre 100%-199% y diez medicamentos en el rango entre 11%-99%. En la tabla 1 se muestra el detalle para octubre de 2020.

Tabla 1. Diferencia de precio de algunos de los medicamentos más comprados por los adultos mayores que están en la canasta de la ley CENABAST. Datos al 2 de octubre de 2020

Nombre comercial	Máximo de precio <i>retail</i>	Precio máximo venta al público de farmacias con convenio CENABAST	Diferencia porcentual entre precio <i>retail</i> y precio CENABAST
Clopidogrel 75 mg caj 30 cm rec	27.848	3.538	687%
Ipratropio 0,25 mg/ml sol. Neb fra 20 ml	21.993	3.690	496%
Manol 100 mg/ml sol. Oral fra 10 ml	6.686	1.218	449%
Actrapid 100 u/ml sol iny 10ml fam	26.898	4.957	443%
Amlodipino 5 mg caj 30 cm	3.175	788	303%
Atemperator 375mg/ml sol. Oral fra 25 ml	18.541	4.790	287%
Concor 2,5 mg com rec caj 28 com	22.457	6.190	263%
Iprazint hfa 20 mcg fra 200 do caj 1 fra	11.140	3.156	253%
Prolopa 200/50 mg fra 30 cm	24.355	7.062	245%
Avodart 0,5 mg caj 30 cp	48.672	15.507	214%
Latanoprost 50 mcg/ml sol oft 2,5 ml fra	6.707	2.265	196%
Valsartan 80 mg caj 30 cm rec	12.865	4.910	162%
Sulix 0,4 mg lib prolong caj 30 cp	9.275	3.637	155%
Intrexta 50 mg/2 ml sol iny caj 1 fam	8.850	3.820	132%
Eutirox 50 mcg caj 50 cm	8.542	4.580	87%
Cloruro potasio 600 mg caj 50 cm lp	11.649	7.147	63%
Finaflux 5 mg cm rec caj 30 cm	14.671	9.170	60%
Berodual hfa 20/50 mcg fra 200 do	20.528	13.600	51%
Glucophage 500 mg caj 30 cm rec	6.862	4.580	50%
Ezetimiba/simvastatina 10/20 mg caj 28cm	32.859	24.031	37%
Mesalazina 500 mg caj x 60 sup	99.478	73.377	36%
Metformina lib. Prol. 500 mg caj 30 cm	4.056	3.310	23%
Gemfibrozilo 300 mg caj 30 cp	3.189	2.729	17%
Prolopa hbs 100/25 mg caj 30 cp	10.627	9.564	11%
Lidocaina 10% 50 ml spray caj 1 fra	ND	14.900	ND

Fuente: CENABAST (2020)

### III. Gasto de bolsillo en salud en Chile y el resto de la OCDE

En esta sección se muestran los datos de gasto de bolsillo en salud (mencionado en la literatura habitualmente por su expresión en inglés *out-of-pocket spending*). Los datos de gasto de bolsillo de este informe se definen como los “desembolsos soportados directamente por los pacientes cuando ni la cobertura pública ni los sistemas de seguro privados cubren la totalidad del costo de un producto o un servicio de salud. Incluyen la participación de los pacientes en el costo y otros gastos pagados directamente por los hogares [...]” (OCDE 2021 p. 138). La característica distintiva del gasto de bolsillo es que es un pago directo por servicios y bienes de cuidado de la salud financiado con el ingreso del hogar o con sus ahorros y que el pago o la obligación de pago se realiza por el usuario al momento de la compra de los bienes o del uso de los servicios (OCDE 2017, p. 178).

Respecto al significado de los gastos de bolsillo en salud, como menciona la OCDE (2021, p. 138),

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 le 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. [...] Los hogares más pobres y aquellos que deben soportar los costos de tratamientos de larga duración, como en el caso de los medicamentos prescritos en casos de enfermedad crónica, son particularmente vulnerables.

Existen diversos indicadores de gasto de bolsillo: como porcentaje del PIB, como porcentaje del gasto total en salud, como porcentaje del gasto en consumo total de los hogares, gasto de bolsillo por tipo de prestación etc. A continuación se presentan los indicadores para los que la OCDE tiene información para Chile y se ponen en el contexto de los países de la OCDE. Se buscaron datos desagregados en el que apareciera especificado el gasto de bolsillo en medicamentos pero no se encontró en las bases de datos o en los informes de la OCDE.

En primer lugar se puede considerar el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud que realiza un país<sup>5</sup>. En este caso, según los datos de la OCDE para el año 2019<sup>6</sup>, el 32,8% del gasto total en salud de Chile es gasto de bolsillo, lo cual significa que es el cuarto país con mayor porcentaje del conjunto de la OCDE. En los últimos diez años este porcentaje ha variado entre un máximo de 34,8% en 2016 y un mínimo de 32,8% en 2019. Finalmente, el dato provisional para 2020 es de 31,5%. En la tabla 1 se muestra el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en los países de la OCDE ordenados de mayor a menor para el año 2019 según los últimos datos publicados en noviembre de 2021.

Otra forma de medida es el gasto de bolsillo como porcentaje del PIB. En este caso Chile es el país con un mayor porcentaje de gasto de la OCDE, según los datos de esta organización. Así, en 2019 el gasto de bolsillo en salud fue del 3,1% del PIB. Este porcentaje ha aumentado desde un 2,3% en 2010-2012, a un 2,5% en 2013, 2,7% en 2014, 2,9% en 2015 y 3% en 2016-2018. Para 2020 el dato provisional que entrega la OCDE es de 2,9%. En la tabla 2 se muestra el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del PIB para los países de la OCDE en 2019 sobre los que hay datos.

---

<sup>5</sup> El gasto total en salud se define como “el gasto en consumo final de residentes en bienes y servicios de cuidado de la salud, incluido tanto los bienes y servicios de cuidado de salud provistos directamente a individuos como los servicios de cuidado de salud colectivos” (OCDE 2017, p. 38).

<sup>6</sup> 2019 es el último año para el que existen datos para todos los países de la OCDE.

Tabla 1. Gasto de bolsillo en salud de los hogares como porcentaje del gasto total en salud. 2019

País	Porcentaje	País	Porcentaje
México	42,1	Finlandia	17,4
Letonia	35,6	Turquía	16,9
Grecia	35,2	Reino Unido	15,9
<b>Chile</b>	<b>32,8</b>	Islandia	15,5
Lituania	32,3	Canadá (P)	14,9
Portugal	30,5	Colombia	14,9
Corea del Sur	30,2	Dinamarca	14,2
Hungría	28,2	República Checa	14,2
Suiza	25,3	Suecia	13,9
Estonia	23,9	Noruega	13,9
Italia	23,3	Nueva Zelanda*	12,9*
Costa Rica	22,3	Alemania	12,7
España (P)	21,8	Japón*	12,7
Israel (DP)	21,0	Irlanda	11,7
Polonia	20,1	Eslovenia	11,7
Eslovaquia	19,2	Estados Unidos	11,3
Bélgica	18,2	Holanda	10,6
Austria (D)	17,7	Luxemburgo	9,6
Australia*	17,8	Francia	9,3

Fuente: OCDE (extraído de <https://stats.oecd.org/> Health > Health expenditure > Health expenditure and financing el 19 de abril de 2022). P: provisional. D: diferencia de metodología. En los países marcados con un asterisco el último año disponible es 2018.

Tabla 2. Gasto de bolsillo en salud de los hogares como porcentaje del gasto PIB. 2019

País	Porcentaje	País	Porcentaje
<b>Chile</b>	<b>3,1</b>	Israel (DP)	1,6
Portugal	2,9	Australia*	1,6
Suiza	2,9	Suecia	1,5
Grecia	2,8	Alemania	1,5
Corea del Sur	2,5	Noruega	1,5
Letonia	2,3	Dinamarca	1,4
México	2,3	Japón*	1,4
Lituania	2,3	Eslovaquia	1,3
Italia	2,0	Islandia	1,3
España (P)	2,0	Polonia	1,3
Bélgica	1,9	Nueva Zelanda*	1,2
Estados Unido	1,9	Colombia	1,1
Austria (D)	1,8	República Checa	1,1
Hungría	1,8	Holanda	1,1
Costa Rica	1,6	France	1,0
Canadá (P)	1,6	Eslovenia	1,0
Reino Unido	1,6	Irlanda	0,8
Estonia	1,6	Turquía	0,7
Finlandia	1,6	Luxemburgo	0,5

Fuente: OCDE (extraído de <https://stats.oecd.org/> Health > Health expenditure > Health expenditure and financing el 19 de abril de 2022). P: provisional. D: diferencia de metodología. En los países marcados con un asterisco el último año disponible es 2018.

También se puede calcular el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del consumo final de los hogares. En este caso, el 4,8% del consumo final de los hogares de Chile se destinó a gasto de bolsillo en salud, lo cual sitúa a Chile como el tercer país de más gasto de bolsillo de la OCDE según este indicador. El promedio de la OCDE para ese año fue de 3,1%. En la tabla 3 se muestra este porcentaje para todos los países de la OCDE.

Tabla 3. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del consumo final de los hogares. 2019 o el año más cercano

País	Porcentaje	País	Porcentaje
Suiza	5,8	Israel	2,9
Corea del Sur	5,3	Alemania	2,9
<b>Chile</b>	<b>4,8</b>	Estados Unidos	2,9
Portugal	4,7	Canadá	2,9
Grecia	4,1	Islandia	2,8
Letonia	4,0	Irlanda	2,7
Bélgica	3,8	Reino Unido	2,6
Hungría	3,8	Japón	2,6
Lituania	3,7	Holanda	2,5
Austria	3,7	República Checa	2,4
México	3,6	Eslovaquia	2,4
España	3,5	Costa Rica	2,3
Noruega	3,5	Polonia	2,3
Suecia	3,4	Nueva Zelanda	2,1
Italia	3,4	Francia	2,0
Estonia	3,4	Eslovenia	1,9
Finlandia	3,2	Luxemburgo	1,9
Dinamarca	3,1	Colombia	1,7
Promedio OCDE	3,1	Turquía	1,3
Australia	3,0		

Fuente: OCDE (2021, p. 139)

Finalmente, si se calcula el gasto de bolsillo en salud por persona en dólares corregidos a paridad de poder adquisitivo (PPA)<sup>7</sup>, en 2019 el gasto en Chile fue de 752 dólares. Esto sitúa al país en un nivel intermedio del conjunto de países de la OCDE. En la tabla 3 se muestra el gasto de bolsillo en dólares a paridad de poder adquisitivo de los países de la OCDE para 2019, el último año con datos para todos los países. Es pertinente mencionar que la posición de Chile en la parte alta de las tres tablas anteriores no es necesariamente contradictoria con la posición intermedia que ocupa en la tabla 4, ya que los denominadores por los que se divide el gasto de bolsillo son diferentes en cada país.

<sup>7</sup> En términos sucintos, los dólares a paridad de poder adquisitivo se calculan teniendo en cuenta el tipo de cambio entre la moneda del país y el dólar estadounidense y el nivel de precios de cada país en relación al de los Estados Unidos de América. Esta metodología se utiliza para comparar diferentes tipos de ingresos y gastos a nivel internacional.

Tabla 4. Gasto de bolsillo en salud medido en dólares de paridad de poder adquisitivo (PPA). 2019

País	Dólares PPA	País	Dólares PPA
Suiza	1.805,4	Reino Unido	714,3
Estados Unidos	1.238,4	Islandia	702
Corea del Sur	1.030,2	Hungría	611,0
Portugal	1.019,4	Israel (DP)	609,1
Austria (D)	1.008,4	Holanda	607,1
Bélgica	991,8	Estonia	600,1
Noruega	934,8	Irlanda	595,5
Lituania	880,1	Japón*	592,4
Australia*	854,3	Nueva Zelanda*	524,1
Italia	851,8	Luxemburgo	519,2
Alemania	827,6	Francia	488,5
Grecia	815,7	República Checa	483,6
Canadá (P)	801,0	México	477,2
Finlandia	795,4	Polonia	459,9
España (P)	785,3	Eslovaquia	419,4
Dinamarca	776,1	Eslovenia	385,2
Suecia	770,4	Costa Rica	357,2
<b>Chile</b>	<b>751,6</b>	Tuquía	214,0
Letonia	725,9	Colombia	189,6

Fuente: OCDE (extraído de <https://stats.oecd.org/> Health > Health expenditure > Health expenditure and financing el 19 de abril de 2022). P: provisional. D: diferencia de metodología. En los países marcados con un asterisco el último año disponible es 2018.

Si bien la OCDE no tiene datos comparables a nivel internacional de cuánto representa el gasto de bolsillo en medicamentos en Chile, según un estudio del Centro de Estudios Públicos realizado con datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 2018 con datos de fines de 2016, el 38,5% del gasto de bolsillo que realizan los hogares se destina a gasto en medicamentos (CEP 2019, p. 15). Para el conjunto de países de la OCDE sobre los que hay datos el gasto de bolsillo en bienes medicinales fue el 43% del gasto de bolsillo total en 2019 (OCDE 2021, p. 139). Los bienes medicinales incluyen fármacos y dispositivos terapéuticos.

## Referencias

---

CENABAST (2020). Ley Cenabast cuenta con 72 medicamentos utilizados por el adulto mayor. 7 de octubre de 2020. Disponible en <http://bcn.cl/30dw0> (consultado el 21 de abril de 2022).

CEP (2019). Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos en *Puntos de referencia* n.º 502 enero de 2019. Disponible en <http://bcn.cl/30dw1> (consultado el 27 de abril de 2022)

FNE (2020). Estudio de mercado sobre medicamentos. Fiscalía Nacional Económica. Disponible en <http://bcn.cl/30dw2> (consultado el 19 de abril de 2022).

Ministerio de Salud (2022). Reunión Comisión Salud. Senado de la República. 12 de abril de 2022.

OCDE (2017). Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en> (consultado el 18 de abril de 2022).

OCDE (2021). Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE. Disponible en <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr> (consultado el 14 de abril de 2022).

---

### Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)