

SALUD+ INNOVACIÓN

15 medidas para transformar el bienestar del país al 2030

CIFCHILE.CL
Octubre 2025



INTRODUCCIÓN

Chile se encuentra en un momento decisivo para su sistema de salud. El envejecimiento poblacional, la creciente carga de enfermedades complejas y las transformaciones tecnológicas globales exigen respuestas estratégicas que vayan más allá de los enfoques tradicionales. Se requiere una visión capaz de integrar innovación, sostenibilidad y equidad, y de traducirla en políticas concretas que mejoren la calidad de vida de las personas.

En este contexto, la Cámara de la Innovación Farmacéutica (CIF Chile), un gremio con más de 70 años de historia, representa a una industria estratégica para abordar ese desafío. Somos un sector que impulsa el desarrollo científico, económico y social a través de la investigación y disponibilidad de medicamentos innovadores. Agrupamos a las compañías que lideran el desarrollo de nuevas terapias a nivel global y generan impacto directo en la salud de las personas, conocimiento, empleo calificado y en la sostenibilidad del sistema de salud.

Los medicamentos innovadores han transformado de forma sustantiva el pronóstico de enfermedades que antes eran mortales o altamente invalidantes. Hoy, muchas de ellas se han convertido en condiciones crónicas controlables, con mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes, menos hospitalizaciones y ahorros relevantes para el sistema de salud. El caso de Nirsevimab es ilustrativo: su incorporación al programa nacional de inmunización evitó más de 4.600 hospitalizaciones por virus respiratorio sincicial en 2024, con una reducción del 77,5% respecto a temporadas anteriores. Paralelamente, este ecosistema de innovación genera valor económico y científico.

En 2021, los laboratorios de innovación asociados a la CIF invirtieron más de USD 122 millones en investigación clínica en Chile, cifra que equivale al 26% del gasto total de I+D financiado por empresas en el país. Esta inversión ha permitido avanzar en evidencia local, mejorar capacidades institucionales, acceso temprano a tratamientos y generar empleos de alta especialización, muchos de ellos ocupados por mujeres.

Pero estos avances contrastan con una realidad estructural: el acceso a la innovación aún es limitado. De los 115 medicamentos de última generación registrados en el país y aprobados por agencias internacionales de referencia en la última década, solo cinco cuentan con cobertura en programas como la Ley Ricarte Soto. Este rezago sitúa a Chile como el país con menor tasa de cobertura de medicamentos innovadores registrados en América Latina y restringe significativamente la llegada de tratamientos de manera oportuna y equitativa a quienes los necesitan.

Frente a este desafío, proponemos 15 medidas estructuradas en cinco pilares: Redistribución del gasto público, mejor evaluación, eficiencia en las compras públicas, gestión para acceso efectivo y condiciones habilitantes para mayor competitividad y equidad.

Las propuestas están construidas a partir de nuestra experiencia de más de siete décadas y desde una visión compartida: Chile puede y debe avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y resiliente. Para lograrlo, se requiere voluntad, colaboración y una institucionalidad que habilite el acceso oportuno y justo a terapias que las personas necesitan.

CINCO PILARES

para un **SISTEMA DE SALUD**
más equitativo y eficiente

REDISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO

Actualizar la distribución del gasto público en salud mediante su redistribución hacia la cobertura de medicamentos en planes armonizados, modernizando la asignación de recursos y otorgando mayor coherencia al uso del presupuesto a la realidad actual.

MEJOR EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

Fortalecer la evaluación de tecnologías sanitarias con criterios integrales de valor clínico, económico y social.

EFICIENCIA EN COMPRAS PÚBLICAS

Implementar contratos innovadores, acuerdos de riesgo compartido, gestión del ciclo de vida de los medicamentos y licitaciones múltiples.

GESTIÓN PARA ACCESO EFECTIVO

Garantizar dispensación de medicamentos cubiertos, independiente de la modalidad de atención, e integrar estrategias de acceso y adherencia en todos los niveles de prevención.

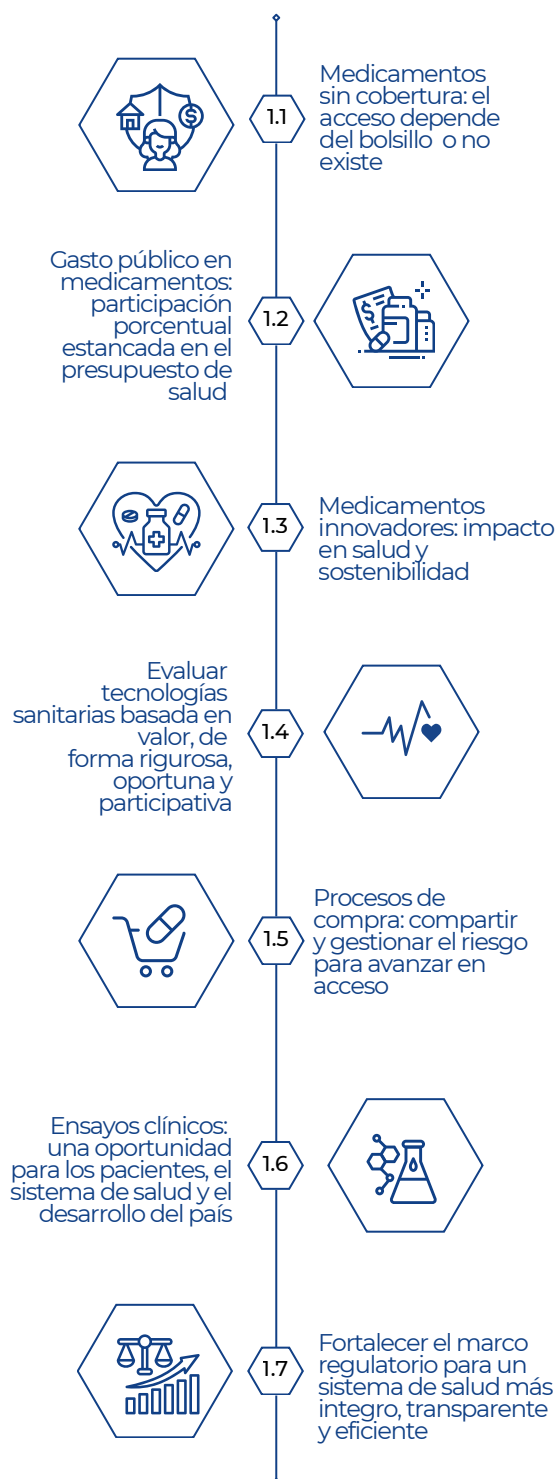
CONDICIONES HABILITANTES

Reglas parejas y claras, competitividad para la investigación clínica y confianza.

DIAGNÓSTICO

Las 15 medidas presentadas en este documento -las que han sido organizadas con foco en cinco pilares fundamentales de acción- se basan en un diagnóstico riguroso, elaborado a partir de exhaustivos estudios de la Cámara de la Innovación Farmacéutica y entidades de reconocido prestigio, con el propósito de orientar la política pública hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible.

- **Medidas orientadas a la redistribución del gasto público:** están basadas en los diagnósticos sobre medicamentos sin cobertura y gasto público en medicamentos, en los ítem 1.1 y el 1.2.
- **Medidas orientadas para una mejor evaluación de tecnologías:** están vinculadas a los hallazgos del diagnóstico detallado en los ítem 1.3 y 1.4.
- **Medidas orientadas a la eficiencia en las compras públicas:** están vinculadas a los hallazgos del diagnóstico detallado en el ítem 1.1.
- **Medidas orientadas a impulsar la gestión para un acceso efectivo:** están fundamentadas en el análisis y diagnóstico presentado en el ítem 1.5.
- **Medidas orientadas a generar condiciones habilitantes para una mayor competitividad y equidad:** se desarrollan a partir de los diagnósticos presentados en los ítem 1.6 y 1.7.



MEDICAMENTOS SIN COBERTURA

El acceso depende del bolsillo o no existe



El gasto de bolsillo en medicamentos es uno de los temas más debatidos en términos de políticas públicas de salud en Chile. Se trata de un problema que impacta a toda la sociedad: el 62% de ese gasto es financiado directamente por los hogares, una de las cifras más altas entre los países de la OCDE [1].

Las familias chilenas gastan en promedio \$61.515 mensuales en medicamentos, siendo la mayoría de uso común como analgésicos y vitaminas, tratamientos para molestias digestivas o enfermedades cardiovasculares [2].

Más allá de las faltas de cobertura de medicamentos ambulatorios, en este gasto de bolsillo también intervienen factores como la falta de disponibilidad en el momento o lugar requerido, horarios de farmacias acotados y la restricción de dispensación cuando la receta no proviene de un médico del sistema público (realidad que afecta principalmente a los que se atienden en modalidad libre elección de Fonasa) [3].

Estos montos -que ya resultan difíciles de afrontar para muchas familias- contrastan de forma significativa con los costos de tratamientos para enfermedades complejas, algunos de los cuales son cubiertos por la Ley Ricarte Soto (LRS), y cuyos valores anuales promedio son de \$12.800.000 por paciente [4].

El 50% de las personas ocupadas en Chile recibe un ingreso neto mensual igual o menor a \$611.162 (ingreso medio nacional) (5). Esto significa que un tratamiento de alto costo podría consumir todo el ingreso mensual -o más- de un trabajador promedio, sin considerar gastos básicos del hogar.

Es aquí donde el problema de acceso adquiere una dimensión aún más crítica: si en el caso de medicamentos ambulatorios existe al menos la posibilidad -aunque limitada- de que la persona pueda acceder a través del pago de su bolsillo, en las enfermedades de alto costo esa deja de ser una opción realista. El acceso depende exclusivamente de que exista cobertura por parte del sistema de salud.

En los últimos cinco años, la inclusión de terapias innovadoras ha sido baja. De 115 medicamentos registrados en el país y aprobados por la FDA o EMA en la última década solo cinco tienen cobertura en programas universales como el GES o la Ley Ricarte Soto (LRS). Otros 21 se adquieren de forma limitada a través del Programa de Drogas Oncológicas de Alto Costo (DAC) o compras hospitalarias.

Esta situación posiciona a Chile como el país con la menor tasa de cobertura de medicamentos innovadores registrados en América Latina, y en el puesto 6 de 8 países analizados respecto al tiempo transcurrido entre el registro de un tratamiento y su cobertura (6). Y la principal barrera no es solo técnica o clínica, sino que también presupuestaria.

MEDICAMENTOS SIN COBERTURA

El acceso depende del bolsillo o no existe



Así, la falta de cobertura en terapias de alto costo constituye una barrera de acceso determinada adicionalmente por restricciones presupuestarias. Esta realidad limita significativamente las opciones terapéuticas disponibles y perpetúa inequidades en el acceso a tratamientos eficientes dentro del sistema público de salud.

El 68% de las tecnologías evaluadas tienen una recomendación favorable para cobertura, pero solo el 22% son finalmente incorporadas a la Ley Ricarte Soto. En 23 casos en que hubo evaluaciones no favorables, el motivo de exclusión obedeció a criterios únicamente presupuestarios (4).

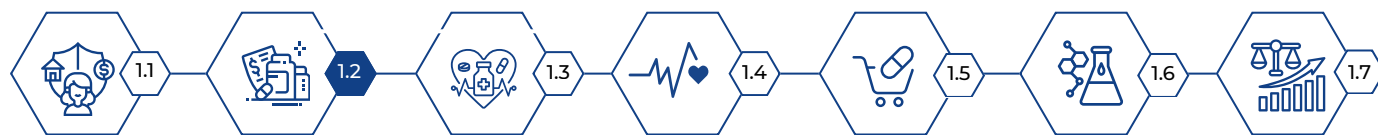
Esto ocurre porque la Ley Ricarte Soto se financia mediante un fondo legalmente acotado, lo que dificulta incrementar recursos en cada Ley de Presupuestos. La sostenibilidad del Fondo ha sido una preocupación constante. Si bien el proyecto ingresado por el Ejecutivo para modificar la LRS propone elevar el fondo de \$100.000 a \$185.000 millones (7), persisten dudas sobre su solvencia: en 2024 la ejecución alcanzó \$184.527 millones, dejando prácticamente sin holgura el nuevo nivel propuesto (8).

Cuando estos tratamientos no están cubiertos por el GES o la Ley Ricarte Soto, el acceso se vuelve inviable para la mayoría: las familias terminan endeudándose, organizando rifas, judicializando o resignándose a no recibir la mejor alternativa. Un síntoma de esta situación es el aumento de 150% del gasto en judicialización en un año: en 2024 alcanzó \$89.000 millones, monto equivalente al presupuesto propuesto para el 2026 del Programa de Drogas Oncológicas de Alto Costo (DAC) (9).

La falta de acceso impacta directamente en la salud, la calidad y la esperanza de vida, y profundiza las inequidades. A modo ilustrativo, un estudio mostró que el 65% de las personas con cáncer de colon y afiliadas a ISAPRE están vivas después de 5 años del diagnóstico, frente al 35% de los pacientes FONASA (10).

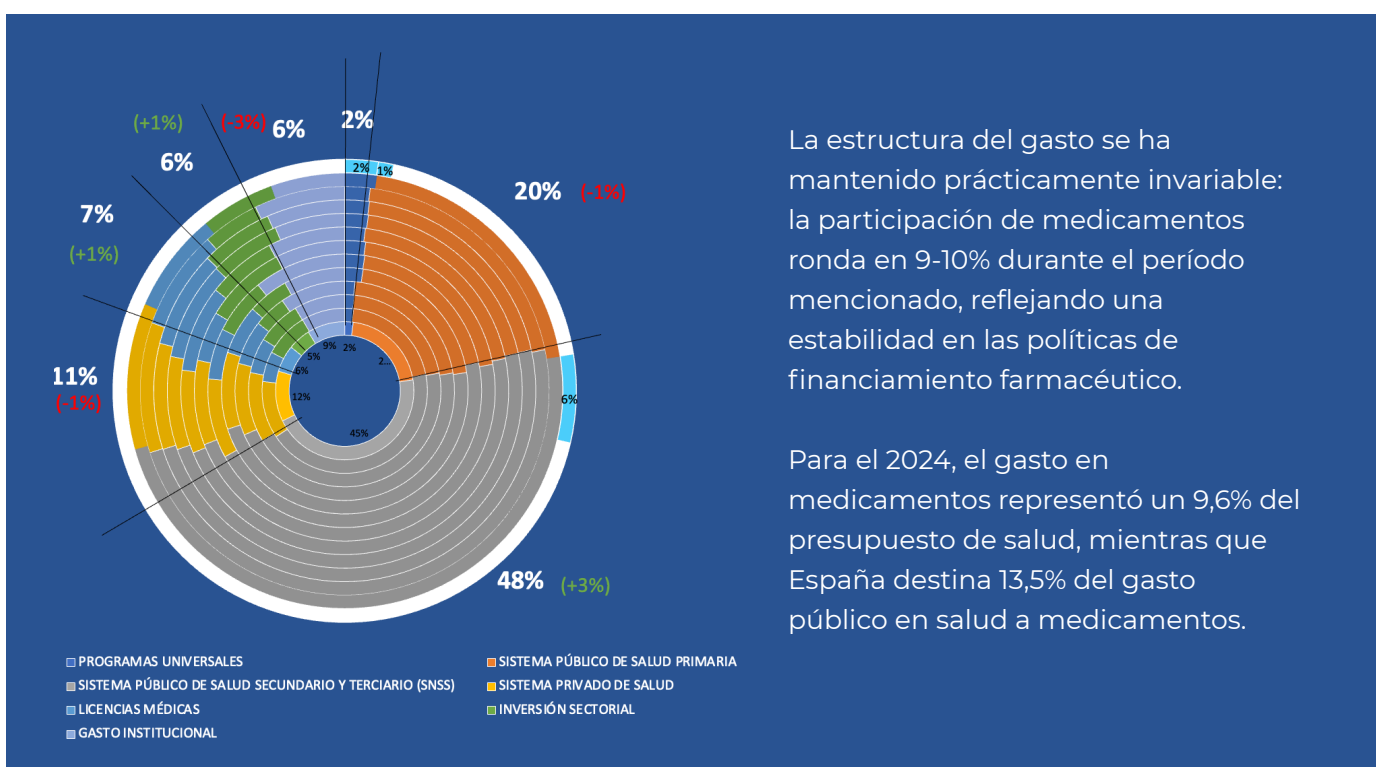
GASTO PÚBLICO EN MEDICAMENTOS

Participación porcentual estancada en el presupuesto de salud



Entre 2014 y 2022, Chile elevó su gasto en salud hasta 10,2% del PIB. Este aumento estuvo impulsado, principalmente, por un crecimiento anual compuesto de 7,3% en el presupuesto de FONASA y por el alza del gasto de bolsillo de los hogares, ambos con variaciones cercanas al 32% en el período (1).

En 2022, el gasto en medicamentos alcanzó 1,5% del PIB y 15% del gasto total en salud, comparable con Costa Rica, Colombia y Alemania. Sin embargo, el 62% lo financia directamente las familias. En el caso del sistema público de salud, la distribución del presupuesto 2024 se destinó un 48% al nivel secundario y terciario y 20% a atención primaria (1).



Otro aspecto relevante es el gasto en licencias médicas en el sistema público, que el 2023 fue de M\$ 1.999.010, un 34% más que el gasto en medicamentos (1). Como consecuencia de las bajas coberturas, la judicialización ha crecido un 300% en 5 años y 150% entre el 2023 y 2024: FONASA ha destinado \$81.000 millones a medicamentos judicializados el último año (9).

MEDICAMENTOS INNOVADORES

Impacto en salud y sostenibilidad



Los medicamentos de innovación han demostrado impactos sustanciales en el aumento de la esperanza y la calidad de vida de las personas: son además una herramienta fundamental en la optimización de la eficiencia de los sistemas de salud (reduciendo hospitalizaciones, procedimientos invasivos, licencias médicas y costos de atención a largo plazo) y, por ende, en la productividad de la sociedad. Su incorporación representa una inversión que trasciende los beneficios clínicos inmediatos y algunos ejemplos recientes lo ilustran:



En el ámbito de las enfermedades cardiovasculares, la introducción de nuevos medicamentos en el período 1995-2004 en los países de la OCDE incrementó en 24 dólares el gasto farmacéutico promedio per cápita, pero logró disminuir la tasa y el tiempo de hospitalizaciones, generando un ahorro de 89 dólares per cápita en hospitalizaciones (11).



En Estados Unidos, el estudio de Lichtenberg mostró que las terapias oncológicas incluidas entre 1989 y 2005 se asociaron a una reducción del 13,3% en los días de hospitalización por cáncer, y a una disminución de los costos hospitalarios de USD 4.800 millones (12).



La incorporación de anticoagulantes por parte del sistema de salud británico permitió evitar eventos como accidentes cerebrovasculares, generando un ahorro neto estimado de más de USD 3.100 dólares por paciente a lo largo de su vida (13). Lo más interesante es que nuevas generaciones de anticoagulantes orales -más eficaces y con menor necesidad de monitoreo que la Warfarina- lograron un impacto aún mayor: redujeron hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y generaron una disminución del 17% en los costos sanitarios directos respecto al tratamiento previo. Esto refleja cómo la innovación no es un costo creciente, sino una inversión evolutiva que reemplaza soluciones anteriores por opciones de mayor valor, con impactos clínicos, económicos y sociales cada vez más relevantes (14).

MEDICAMENTOS INNOVADORES

Impacto en salud y sostenibilidad



Aunque en Chile existen pocos análisis que midan el impacto de una decisión de cobertura, el reciente estudio NirseCL realizado por el Ministerio de Salud, Instituto de Sistemas Complejos de Ingeniería (ISCI) y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile entrega evidencia concreta sobre estos beneficios.

El estudio evaluó el impacto de la implementación de la profilaxis universal contra el virus respiratorio sincicial (VRS) en lactantes desde 2024. El resultado fue significativo: se registraron solo 300 hospitalizaciones en este grupo, frente a las más de 4.900 proyectadas en ausencia del anticuerpo monoclonal, con una reducción del 77,5% respecto a temporadas anteriores. Además, no se reportaron muertes por VRS en menores de un año y la ocupación de camas UCI pediátricas fue inferior al 70% (15).

Los resultados del estudio NirseCL demuestran el potencial de los medicamentos innovadores para generar beneficios sociales y económicos sustanciales, y por otra parte, la necesidad de avanzar en evaluar el impacto que tienen las decisiones de cobertura en nuestro sistema de salud.

Ampliar el acceso a tecnologías efectivas es una decisión estratégica que Chile no puede seguir postergando: no solo por el impacto en la salud de las personas, sino también por su contribución concreta a la sostenibilidad del sistema público y el desarrollo productivo del país.

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

Basada en valor, de forma rigurosa, oportuna y participativa



Chile ha avanzado en los procesos de evaluación de evidencia para la toma de decisión de cobertura, pero su capacidad operativa de evaluación está claramente superada por la demanda real. En los últimos decretos de la Ley Ricarte Soto se han recibido en promedio 303 solicitudes ciudadanas al año que cumplen los criterios para evaluación de cobertura; pero solo el 30% llega efectivamente a tener un informe de evaluación, evidenciando limitaciones operativas y un rezago acumulado (4).

Lo observado no es solo una capacidad insuficiente para evaluar los medicamentos innovadores que ingresan al país, sino también un desfase de 4 a 6 años entre su registro y su evaluación (en los casos que efectivamente se evalúan). Esto se alinea con los ciclos trienales de incorporación de tecnologías del GES y la Ley Ricarte Soto, que retrasan las decisiones de cobertura. El resultado es un acceso persistentemente limitado a terapias que benefician a los pacientes y a la sociedad.

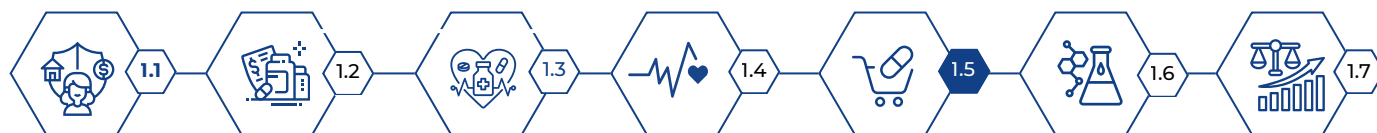
Adicionalmente, la calidad técnica y la legitimidad del proceso se ve afectada por problemas de rigurosidad metodológica, falta de estandarización en los criterios aplicados y ausencia de mecanismos formales de participación abierta. Es así como en varios casos se han identificado inconsistencias entre la evidencia presentada y las recomendaciones finales, como también decisiones motivadas más por restricciones presupuestarias que no consideran el impacto clínico, social o económico de las tecnologías (16).

El desfase y problemas de rigurosidad en la evaluación tienen consecuencias significativas en la salud de las personas y sostenibilidad del sistema. Para avanzar hacia una política de acceso efectiva y fiscalmente responsable, es urgente incorporar la evaluación económica integral en las decisiones de cobertura. Esto corresponde a un enfoque basado en valor, lo que significa orientar los recursos hacia aquellos tratamientos que entregan un mayor beneficio sanitario, social y económico.

No solo se trata de un cambio técnico, sino de una transformación en la lógica de asignación de recursos: pasar de decisiones fragmentadas a una visión integral que permita priorizar con base en evidencia. Ampliar el acceso y asegurar la sostenibilidad, no se trata de gastar más, sino de gastar mejor. Y, para esto, se requiere que la evaluación cumpla su rol estratégico, aumentando la capacidad operativa, con criterios técnicos sólidos, plazos razonables y a través de un proceso público y participativo, que permita visibilizar sus etapas clave para recibir observaciones y fortalecer sus resultados.

PROCESOS DE COMPRA

Compartir y gestionar el riesgo para avanzar en acceso



Muchas decisiones de cobertura que hoy valoramos como exitosas fueron adoptadas en contextos de alta incertidumbre, sin evidencia definitiva sobre su impacto real. En el caso de los medicamentos innovadores, los beneficios suelen evidenciarse a mediano o largo plazo, lo que hace que su incorporación inicial implique incertidumbre respecto a sus resultados.

Para evitar que esta incertidumbre paralice decisiones que podrían generar beneficios significativos en salud, sostenibilidad fiscal y productividad, es clave contar con mecanismos que permitan gestionar el riesgo de manera anticipada. Entre ellos, los acuerdos de riesgo compartido (ARC) se han consolidado como una herramienta eficaz: permiten otorgar cobertura condicionada a resultados predefinidos, alineando el uso de recursos públicos con el desempeño real de las tecnologías en el sistema.

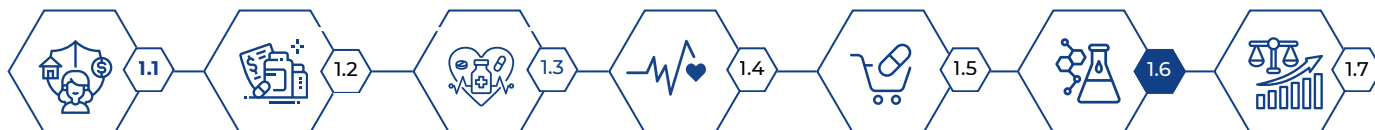
Un ejemplo concreto en América Latina es el del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, que estableció un acuerdo de monto fijo anual por la compra de un medicamento, independiente del número de pacientes tratados. Este modelo permitió mantener un gasto prácticamente constante entre 2011 y 2017, mientras se multiplicaba por diez el acceso de pacientes (17).

En Chile, ya existen tres acuerdos de riesgo compartido, por lo que asegurar la implementación de una política sistémica de cobertura temprana de medicamentos innovadores requiere que instituciones clave como FONASA, CENABAST y hospitales incorporen estos mecanismos bajo marcos normativos sólidos, con trazabilidad, transparencia y capacidad técnica.

La incertidumbre no debe ser una excusa para la inacción, sino un factor a gestionar de forma estratégica. Incorporar acuerdos de riesgo compartido permite avanzar en decisiones de cobertura más oportunas, minimizando el riesgo financiero para el Estado y optimizando el uso de los recursos del Estado. Desde una perspectiva de política pública, se trata de pasar de una lógica de control presupuestario ex ante a una gestión basada en resultados, que permita incorporar innovación de forma gradual, medible y fiscalmente responsable.

ENSAYOS CLÍNICOS

Una oportunidad para los pacientes, el sistema de salud y el desarrollo del país



Chile enfrenta la oportunidad estratégica de aprovechar su potencial en investigación clínica e innovación biomédica para mejorar el acceso a tratamientos, dinamizar la economía y fortalecer su sistema de salud.

Si bien existen centros de excelencia, profesionales altamente capacitados y pacientes dispuestos, falta una estrategia nacional, infraestructura pública preparada y un marco normativo moderno que habilite la expansión de esta actividad.

En 2023 se iniciaron 127 estudios clínicos en Chile, el 95% financiados por la industria farmacéutica de innovación. No obstante, la participación del sistema público sigue siendo marginal: solo 15 hospitales y 2 centros de atención primaria iniciaron estudios en 2022 y 2023 (18).

Esto contrasta con países de tamaño similar y que promueven la investigación, que inician entre 250 y 500 estudios al año (18). En términos de inversión, las compañías farmacéuticas destinaron en 2021 USD 122 millones a ensayos clínicos en Chile. Esto representa el 10,7% del gasto nacional en I+D y más del 26% del gasto privado en el área (19).

Los beneficios son múltiples: la ejecución de estudios en hospitales mejora las capacidades clínicas, permite acceso temprano a tratamientos innovadores, genera ingresos institucionales, y abre espacios para la formación de equipos interdisciplinarios.

Además, este ecosistema activa cadenas de valor, incluyendo absorción de capital humano avanzado, retención de talento, creación de startups y transferencia tecnológica. También puede aportar a la reducción de listas de espera, al permitir resoluciones diagnósticas y terapéuticas en tiempos más breves para pacientes que ingresan a estudios (18).

95%

estudios clínicos financiados por la industria farmacéutica de innovación en 2023

127

estudios clínicos se realizaron en Chile durante 2023

10,7%

de la inversión en I+D del país es realizada por la industria de innovación farmacéutica

26%

de la inversión privada en I+D en Chile la realiza la industria farmacéutica de innovación

ENSAYOS CLÍNICOS

Una oportunidad para los pacientes, el sistema de salud y el desarrollo del país



En un escenario internacional cada vez más competitivo, muchos países han decidido actuar.

- España, al priorizar la investigación clínica como política de Estado, se posicionó entre los tres países con más estudios, aumentando en forma significativa la inversión extranjera directa (20).
- Australia consolidó una estrategia nacional generando retención y atracción de talento científico, transferencia tecnológica y beneficios directos para sus pacientes (21).
- Brasil reformó su regulación en 2024 para acelerar los tiempos de inicio en hospitales y fortalecer su capacidad de producción científica (22).
- México incluso incorporó la investigación clínica como eje de su Plan Nacional de Desarrollo 2030, estableciendo una hoja de ruta con financiamiento, incentivos e integración con el sistema público (23).

Chile tiene una oportunidad concreta y, con medidas adecuadas, se podría duplicar la inversión en el corto plazo y canalizarla en forma creciente al sector público. La meta país debe ser alcanzar entre 250 y 400 estudios clínicos iniciados por año al 2030, alineándose con países similares a en población y nivel de ingreso, como Portugal o Taiwán. Esto permitiría no solo atraer recursos privados para el desarrollo científico, sino también fortalecer la respuesta sanitaria nacional ante enfermedades prevalentes, emergentes y catastróficas, y posicionar a nuestro país como un polo regional de innovación biomédica.

FORTALECER EL MARCO REGULATORIO

Para un sistema de salud más íntegro, transparente y eficiente



Para que la cobertura sea efectiva y el gasto eficiente, el sistema debe contar con condiciones habilitantes para un mercado competitivo, respaldado por decisiones informadas que permitan incorporar la innovación de forma ordenada y garanticen un funcionamiento ético, transparente y coordinado entre el sector público y privado.

Hoy, no obstante, el sistema enfrenta importantes barreras normativas y regulatorias, junto con duplicidad de procesos, vacíos de información y una débil articulación institucional, lo que limita su capacidad para operar con la coherencia y eficiencia que exige la ciudadanía.

Chile presenta actualmente uno de los plazos más extensos de América Latina para la disponibilidad de nuevos medicamentos, siendo la lentitud en la obtención del registro sanitario uno de los principales factores que retrasa el acceso oportuno a la innovación farmacéutica.

Construir un sistema más ágil, justo y sostenible requiere, por tanto, no solo mejores reglas, sino también una voluntad decidida de todos los actores para operar bajo un estándar común de integridad y compromiso con el bien común.

En ese sentido, la confianza pública es un componente esencial para el buen funcionamiento del sistema de salud. Sin embargo, en Chile aún persisten brechas significativas en materia de integridad, transparencia y rendición de cuentas, tanto en el ámbito público como privado. Estas debilidades afectan la percepción ciudadana, generan asimetrías de información y dificultan la colaboración efectiva entre los distintos actores del ecosistema sanitario (2).

El sistema carece de un marco regulatorio integral que establezca estándares uniformes de transparencia y conducta ética aplicables a todos los actores, lo que hace que su efectividad sea absolutamente limitada. Para que contribuyan de manera sustantiva al fortalecimiento institucional, es necesario avanzar hacia su aplicación transversal, de modo que todos los laboratorios y actores del sistema de salud, sin distinción, se rijan por los mismos estándares de transparencia e integridad.

Por su parte, el Estado, en su rol de garante del interés público, si bien ha dado pasos incipientes en las compras públicas a través de CENABAST, debe elevar las exigencias de integridad a sus proveedores, utilizando su poder comprador para promover criterios éticos y de cumplimiento demostrables en los procesos de adquisición y contratación.

15 MEDIDAS para transformar el acceso a los MEDICAMENTOS

[MEDIDAS: REDISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO]

1

Reasignar gasto desde licencias hacia cobertura de medicamentos

La estructura del presupuesto en salud en Chile no se ha modificado en más de una década. Hoy, cerca del 48% de los recursos se destinan al sistema hospitalario y un 20% a la atención primaria, mientras que apenas un 9,6% corresponde a medicamentos, proporción que se ha mantenido estancada. Como resultado, el Estado financia solo un 17% del gasto en medicamentos, mientras que un 62% recae en los hogares, una de las cifras más altas de la OCDE.

En contraste, países como España y Portugal financian entre 60% y 80% de los medicamentos con recursos públicos, reduciendo el gasto de bolsillo y garantizando acceso equitativo. La inercia presupuestaria chilena contrasta con la magnitud de otros ítems de gasto. En 2023 se destinaron \$3,3 billones en licencias médicas en el país (1% del PIB), de los cuales \$1,5 billones correspondieron a funcionarios del Estado, y estudios estiman que hasta \$700 mil millones provendrían de licencias de dudosa justificación clínica.

Este diseño resulta cada vez más insostenible frente al envejecimiento poblacional: hacia 2040, casi un tercio de los chilenos tendrá más de 60 años, lo que implicará un aumento sostenido en el consumo de medicamentos para enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas.

Propuesta: Reasignar gradualmente una fracción de los recursos actualmente concentrados en licencias médicas y judicialización hacia planes de cobertura armonizados de medicamentos. Esta medida permitiría:

- Reducir el gasto de bolsillo de las familias, alineando a Chile con los estándares OCDE.
- Disminuir la presión judicial sobre el sistema.
- Incorporar medicamentos con criterios explícitos de valor (efectividad clínica, aporte y ahorros al sistema de salud y carga de enfermedad).
- Modernizar una estructura de gasto invariable por más de diez años, orientando los recursos a lo que genera mayor impacto sanitario y social.

En síntesis, no se trata de gastar más, sino de gastar mejor, adaptando el presupuesto de salud a la realidad demográfica, social y sanitaria del país.

[MEDIDAS: REDISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO]

2

Esquema de coberturas armonizado, con presupuesto flexible

El sistema chileno de acceso a medicamentos se encuentra altamente fragmentado: conviven el GES, la Ley Ricarte Soto (LRS), el Programa de Drogas Oncológicas de Alto Costo (DAC), arsenal farmacológico de la atención primaria, formulario nacional de medicamentos, las compras hospitalarias y, en muchos casos, la judicialización como vía residual. Esta dispersión genera inequidad, duplicidad, sobrecarga administrativa, falta de trazabilidad y demoras excesivas en la incorporación de nuevas terapias.

A lo anterior se suma una restricción estructural donde la LRS opera con un fondo legalmente acotado y sin holgura para ampliar coberturas o incorporar terapias evaluadas favorablemente.

Además, los planes de cobertura no dialogan entre sí y no se mide de forma sistemática cómo la incorporación de tecnologías ahorra o desplaza costos en otros ítems (controles, uso de exámenes, urgencias, hospitalizaciones, licencias médicas). En varios casos, la propia arquitectura de los planes dificulta sumar nuevas coberturas aunque generen ahorros en el presupuesto sanitario.

Propuestas:

- Modelo escalonado de cobertura que permita a cada tecnología transitar según su evidencia y valor en los diferentes planes de cobertura.
- Definir un porcentaje explícito y medible del presupuesto público en salud destinado a medicamentos con una lógica de cobertura independiente de los fondos o programas específicos, con indicadores de desempeño y trazabilidad que permitan evaluar el impacto de las coberturas en salud y en eficiencia del gasto.

Este mecanismo debe:

1. Vincularse al crecimiento del PIB, reflejando la capacidad real del país para expandir coberturas sanitarias.
2. Considerar los ahorros generados por tecnologías ya incorporadas (como la reducción de hospitalizaciones, licencias médicas y costos asociados a la progresión de enfermedades).
3. Incorporar los beneficios derivados de una mayor eficiencia en la gestión de las compras públicas, reinvertiendo esos recursos en nuevas coberturas.
4. Esquema único de coberturas con reglas comunes y con una “puerta de entrada” para el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias, evitando superposiciones GES-LRS-DAC y reduciendo la judicialización.

Este modelo debe sustentarse en una visión de Estado de largo plazo, que integre la innovación farmacéutica y tecnológica dentro de la planificación presupuestaria, con una lógica país que vincule crecimiento económico, bienestar social y productividad.

[MEDIDAS: MEJOR EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS]

3

Fortalecimiento de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) y evaluación continua

La I+D en salud avanza a gran velocidad, exigiendo métodos y procesos de decisión actualizados. Chile ha avanzado en institucionalizar la ETESA, pero persisten brechas: capacidad insuficiente frente a la demanda, ciclos prolongados de evaluación, calidad variable en algunos informes, baja trazabilidad pública y escasa integración de evidencia del mundo real. Además, la participación de pacientes, clínicos e industria es acotada y poco estandarizada.

Los países referentes han modernizado sus procesos incorporando a los distintos actores bajo reglas claras, y disponen de recursos suficientes que provienen de financiamiento público, cobro de tasas a la industria por evaluación y/o presentación de las ETESA por parte de las compañías para su validación y contraste independiente por el organismo público.

Propuesta: Liberar recursos para la ETESA aceptando las evaluaciones realizadas por terceros, siempre y cuando cumplan con criterios definidos y rigurosos de calidad y objetividad para su recepción, revisión y validación del Ministerio de Salud.

Liberar recursos en la elaboración de ETESA permitirá fortalecer el proceso de evaluación y toma de decisión, a través de la implementación de las siguientes acciones:

1. Establecer instancias para someter tecnologías a evaluación con mayor periodicidad y agilizar los tiempos del proceso.
2. Establecer procesos sólidos de evaluación para todos planes de cobertura.
3. Posibilidad de generar propuestas al alcance de la ETESA al momento de someter a evaluación una tecnología (pregunta a considerar para la evaluación).
4. Publicar los avances de etapas claves de los informes de ETESA para recepción de observaciones durante el proceso de evaluación.

[MEDIDAS: MEJOR EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS]

4

Incorporar criterios de valor en la toma de decisión de coberturas (impactos tanto de salud como de ahorros al sistema y productividad)

El sistema decide coberturas principalmente por presupuesto, sin capturar de forma sistemática el valor total de una tecnología en términos de sus resultados en salud, ahorros o efecto de compensación (menor hospitalización, urgencias, exámenes, licencias) y en productividad (ausentismo laboral). Esto genera un costo de oportunidad y limita un uso más eficiente de los recursos.

Propuestas:

- Implementar herramientas como valtermed de España y el registro de AIFA de Italia, avanzando en la implementación de módulos digitales interoperables dentro de la ficha clínica que capturen los resultados clínicos, el uso de recursos del sistema y la productividad asociada a cada medicamento, para estimar su valor terapéutico en vida real.
- Desarrollar metodologías y guías específicas para valorar impacto en salud, ahorros al sistema y productividad.
- Reforzar recursos técnicos y humanos para una evaluación basada en valor, con revisión por pares y trazabilidad pública de los informes.

[MEDIDAS: EFICIENCIA EN COMPRAS PÚBLICAS]

5

Implementación de acuerdos de riesgo compartido (ARC)

Para compatibilizar el acceso oportuno a terapias innovadoras de alto costo con la sostenibilidad fiscal, Chile necesita mecanismos que gestionen la incertidumbre clínica, financiera y operativa. Hoy ya existen avances concretos: 3 Acuerdos de Riesgo Compartido en 2 años, lineamientos técnicos para su implementación y un trabajo colaborativo con la Cámara de la Innovación Farmacéutica, lo que ha fortalecido la capacidad del Estado para incorporar medicamentos de alto costo a coberturas con sostenibilidad fiscal.

Ahora el desafío es escalar estos instrumentos bajo una gobernanza clara, datos trazables y acuerdos con cláusulas de confidencialidad, integrados con el Departamento ETESA, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud, FONASA y CENABAST, para que los acuerdos pasen de experiencias puntuales a una política sistemática de acceso gestionado.

Propuestas:

- Establecer la gobernanza definida en la resolución n°410 que aprueba los lineamientos técnicos para la implementación de ARC.
- Elaborar una guía nacional de ARC con objetivos, elegibilidad, tipologías, datos, entre otros, que permitan a la industria presentar acuerdos de riesgo compartido que sean atractivos e implementables para el Ministerio de Salud.
- Integrar captura de resultados en ficha clínica y módulos interoperables para seguir efectividad/uso de recursos y activar cláusulas del acuerdo, utilizando como referencia herramientas como valterméd de España o el registro de AIFA de Italia.
- Generar un informe anual público con indicadores agregados y evaluación macro de los impactos de los acuerdos de riesgo compartido implementados.

[MEDIDAS: EFICIENCIA EN COMPRAS PÚBLICAS]

6

Licitaciones de adjudicación múltiple

Garantizar el acceso oportuno y continuo a medicamentos constituye un pilar fundamental para la protección de la salud pública. No obstante, la dependencia de un único proveedor en los procesos de adquisición puede generar riesgos significativos, como el desabastecimiento, la falta de alternativas terapéuticas ante reacciones adversas, y la concentración del mercado en pocos actores, lo que limita la competencia y puede incrementar los costos de los tratamientos.

La experiencia internacional, particularmente en países como Brasil y en diversos Estados miembros de la Unión Europea, ha demostrado la eficacia de implementar procesos de compra pública con adjudicación múltiple. Este mecanismo permite que más de un proveedor sea adjudicado para un mismo producto, lo que fortalece la seguridad de abastecimiento, fomenta la competencia y previene la formación de monopolios artificiales. Asimismo, ofrece a los pacientes diversas opciones terapéuticas dentro de una misma área clínica, aspecto especialmente relevante cuando ciertos medicamentos generan efectos adversos en grupos específicos de pacientes.

Propuesta: Diseñar licitaciones públicas de medicamentos con adjudicación múltiple, para fomentar la competencia, evitar desabastecimientos y preservar la seguridad sanitaria.

La adopción de este modelo representaría un avance hacia un sistema de salud más resiliente, equitativo y centrado en las personas, asegurando que la disponibilidad de medicamentos no dependa de un único proveedor y que se mantenga una oferta diversificada y competitiva. Esta práctica contribuiría a fomentar la competencia, evitar desabastecimientos y preservar la seguridad sanitaria, al tiempo que se previenen concentraciones artificiales en el mercado.

[MEDIDAS: EFICIENCIA EN COMPRAS PÚBLICAS]

7

Gestión del ciclo vida de los medicamentos

Chile se acerca a una nueva fase en el ciclo de los medicamentos, marcada por la madurez de numerosos biológicos. Este proceso, que forma parte natural de la evolución del mercado farmacéutico, representa una oportunidad única para ampliar coberturas, fortalecer la competencia y liberar recursos que pueden ser reinvertidos en innovación y acceso.

Para que esta transición se traduzca en más salud para las personas y mayor sostenibilidad para el sistema, es fundamental que el marco institucional acompañe con equilibrio este nuevo ciclo, asegurando competencia efectiva, calidad y confianza en las terapias disponibles.

El desafío no está solo en habilitar la competencia, sino en gestionar bien el ciclo completo de los medicamentos: desde la investigación y desarrollo, hasta la entrada de biosimilares y la reinversión de los ahorros en nuevas tecnologías. Solo así se logra un sistema virtuoso, donde la innovación inicial abre espacio a la siguiente.

Propuestas:

- Convergencia regulatoria: fortalecer la armonización de las guías del Instituto de Salud Pública (ISP) con los estándares internacionales (EMA, FDA, OMS), asegurando procesos transparentes, previsibles y de calidad.
- Establecer criterios claros de intercambiabilidad, trazabilidad por marca y lote, y seguimiento clínico que brinden seguridad a los pacientes y a los profesionales.
- Asegurar que los ahorros generados por la competencia sean efectivamente reinvertidos en acceso a terapias innovadoras, fortaleciendo la sostenibilidad y la equidad del sistema.

Desde la Cámara de la Innovación Farmacéutica de Chile, creemos que el país tiene hoy la oportunidad de construir una política pública moderna y equilibrada, que valore el ciclo de la innovación como un motor de bienestar. Un ecosistema donde los medicamentos innovadores y los biosimilares convivan de manera complementaria, potenciando la eficiencia del gasto y generando un círculo virtuoso de acceso, innovación y salud.

[MEDIDAS: GESTIÓN PARA ACCESO EFECTIVO]

8

Reconocimiento de recetas entre el sistema público y privado

Hoy muchos fármacos cubiertos terminan pagándose de bolsillo porque la receta emitida en el sector privado no sirve para retirar en el consultorio. Esta barrera administrativa rompe la continuidad del tratamiento, obliga a duplicar consultas para reemitir recetas y eleva el gasto de las familias, especialmente en crónicos.

Propuestas:

- Implementar un modelo de dispensación ambulatoria que garantice la entrega efectiva de tratamientos cubiertos por el sistema público, especialmente los de uso frecuente para condiciones crónicas; y eliminar restricciones al retiro de medicamentos cubiertos con receta MLE (Modalidad Libre Elección).
- Avanzar hacia una receta electrónica interoperable, con estándares únicos y plena integración a la ficha clínica electrónica, que permita verificar identidad y prevenir duplicidades.

9

Integrar estrategias de acceso y adherencia en todos los niveles de prevención

Hoy no todas las patologías cuentan con detección oportuna ni con cobertura garantizada de primeras líneas terapéuticas. Esto genera un círculo vicioso: se diagnostica tarde, se inicia tratamiento en etapas avanzadas y los pacientes terminan accediendo a segundas/terceras líneas que podrían haber sido evitadas si hubiesen sido tratados precozmente.

Propuestas:

- Priorizar la detección temprana de patologías con tratamientos cubiertos, estableciendo metas e incentivos para pesquisa, confirmación diagnóstica e inicio oportuno de terapia.
- Financiar pruebas de confirmación y biomarcadores clave que definan la terapia inicial, asegurando mejor uso de recursos y decisiones clínicas basadas en evidencia.
- Alinear planes de cobertura por líneas terapéuticas: si se cubre una segunda línea, debe garantizarse la primera línea correspondiente -y sucesivas según protocolo- evitando brechas y escalamiento innecesario.
- Programas de apoyo para fomentar la adherencia a tratamientos de los pacientes (educación, recordatorios, seguimiento farmacoclínico, etc).

[MEDIDAS: CONDICIONES HABILITANTES]

10

Estrategia nacional de investigación clínica

Chile tiene potencial científico y clínico para la ejecución de ensayos clínicos pero enfrenta barreras persistentes: gobernanza difusa, baja ejecución en hospitales públicos, regulación fragmentada, inexistencia de incentivos para generar una carrera de investigador en el sistema público y baja difusión hacia los pacientes para participar. El resultado es menos estudios iniciados, pérdida de oportunidades para pacientes y menor atracción de inversiones frente a países como Argentina, Australia, Brasil, España y México, que ya modernizaron sus ecosistemas para promover la llegada de más ensayos clínicos.

Propuestas:

- Articulación entre los ministerios de salud, ciencia, economía, academia e industria bajo una política o ley que establezca objetivos estratégicos, gobernanza multisectorial y mecanismos de seguimiento y evaluación, que permitan apropiarse -como país- de las externalidades positivas que genera la investigación clínica en términos de inversión, capital humano avanzado y encadenamientos productivos.
- Fortalecer las capacidades para la ejecución de ensayos clínicos del sistema público de salud: habilitar la contratación de personal especializado, la creación de unidades estructuradas de investigación y la reinversión de ingresos generados por estudios clínicos en mejoras locales.
- Implementar sistema de monitoreo de indicadores de tiempos y desempeño de los ensayos clínicos (aprobación ética y regulatoria, tiempo a primer paciente, tasa de reclutamiento) con benchmark regional para monitorear competitividad y orientar mejora continua.

[MEDIDAS: CONDICIONES HABILITANTES]

11

Levantar barreras regulatorias para la ejecución de estudios clínicos

La Ley 20.850 recoge exigencias presentes en marcos internacionales para resguardar a pacientes que participen de ensayos clínicos. No obstante, su formulación impone cargas que van más allá de los estándares de las buenas prácticas clínicas a nivel internacional y del derecho comparado en relación a la continuidad de tratamiento post ensayo y compensación por daño.

Tras su corta discusión y promulgación en 2015 los estudios clínicos disminuyeron en un 39%, lo que implicó una pérdida de potencial de crecimiento respecto a otros países, particularmente en patologías crónicas. Desde entonces, la brecha se ha ampliado: mientras Argentina y Brasil crecieron al 7% y 6% anual en el número de ensayos clínicos iniciados (CAGR 2015–2024) respectivamente, Chile solo alcanzó un 3,9%.

Esta brecha de crecimiento anual acumulada se traduce en un costo de oportunidad concreto: Chile registra hoy en torno a 60 estudios clínicos menos de los que podría haber alcanzado si hubiera seguido el ritmo de sus pares, lo que equivale a dejar de captar cerca de USD 138 millones anuales en inversión en I+D.

El rezago es aún más evidente en áreas terapéuticas críticas como metabólicas (obesidad, diabetes, hipertensión), donde Chile no crece (0% de crecimiento), mientras que Argentina y Brasil avanzan a tasas de 9,06% y 7,45% anual, respectivamente.

Propuestas:

- Modificar el artículo 111 C del Código Sanitario estableciendo en la Ley solo un marco amplio que indique que se seguirán pautas internacionales como CIOMS y Helsinki, y que los detalles sobre plazos y condiciones de la continuidad post ensayo se definan en un reglamento, evitando obligaciones indefinidas y asegurando una transición ordenada al sistema de salud.
- Aplicar principios generales de responsabilidad civil para la compensación por daño.

[MEDIDAS: CONDICIONES HABILITANTES]

12

Agilizar la incorporación de innovación en registros: reliance

Hoy, muchos tratamientos de última generación enfrentan años de demora para ser autorizados o incorporados en Chile, debido a procesos lentos, evaluaciones duplicadas y falta de coordinación institucional. Es necesario avanzar hacia un modelo que permita al Instituto de Salud Pública (ISP) dar reconocimiento a agencias regulatorias internacionales de referencia ("reliance"), junto con procesos más ágiles, predecibles y coordinados entre las instituciones nacionales. Es fundamental que exista un marco regulatorio claro que permita incorporar terapias de forma ágil y segura.

Propuesta: Con el fin de reducir los plazos para la aprobación de productos biológicos en Chile y fortalecer la eficiencia regulatoria, proponemos adoptar un modelo similar al implementado en Singapur, el cual mantiene altos estándares de control y seguridad sanitaria. Para ello se requiere:

- Inclusión en el procedimiento acelerado a través de la eliminación de la letra "g" del artículo 54° del Decreto Supremo N°3 del Ministerio de Salud, permitiendo que los productos biológicos sean parte del procedimiento de registro sanitario acelerado.
- Actualizar el listado de agencias regulatorias extranjeras de referencia conforme al modelo de Singapur, considerando exclusivamente aquellas de alto reconocimiento internacional.
- Asegurar el estricto cumplimiento de los plazos establecidos en el Decreto Supremo N°3, garantizando una gestión eficiente y predecible de las solicitudes de registro sanitario.

[MEDIDAS: CONDICIONES HABILITANTES]

13

Elevar los estándares de integridad en las compras públicas

Las personas tienen derecho a que las organizaciones que forman parte del sistema de salud – sean públicas o privadas – actúen con integridad, transparencia y estándares éticos claros y verificables. El Estado, como principal comprador y garante del bienestar social, tiene un rol clave en moldear las prácticas del mercado a través de su poder de compra.

Esto nos empuja a consolidar un sistema de compra pública de medicamentos en el que CENABAST continúe fortaleciendo la ponderación asignada a criterios de integridad y ética. Estos criterios deben ser debidamente acreditados por los oferentes y contemplar estándares de autorregulación cuyo cumplimiento sea verificable. Esto no se trata solo de buenas prácticas: es un principio de justicia y confianza.

Propuesta: Fortalecer los mecanismos de integridad y transparencia en los procesos de adquisición de medicamentos por CENABAST, mediante la adopción de estándares éticos más exigentes y mecanismos verificables de cumplimiento. Esto permitirá:

- Incorporar de forma explícita en los procesos de compra pública criterios de evaluación relacionados con la integridad, el cumplimiento ético y la transparencia corporativa de los oferentes, con una ponderación relevante dentro de la evaluación técnica.
- Implementar un sistema de seguimiento permanente que permita evaluar el cumplimiento de los compromisos éticos a lo largo del ciclo contractual.
- Publicar informes periódicos sobre el cumplimiento de estándares de integridad por parte de los proveedores adjudicados, fortaleciendo la transparencia y la confianza ciudadana.
- Desarrollar programas de capacitación para funcionarios y proveedores, orientados a fortalecer la cultura de integridad y promover la adopción de buenas prácticas de cumplimiento en toda la cadena de suministro.

[MEDIDAS: CONDICIONES HABILITANTES]

14

Marco regulatorio transparente para toda la industria: ley corta de transparencia

La construcción de confianza en el sistema de salud requiere avanzar en mecanismos que fortalezcan la integridad, la transparencia y el comportamiento ético de todos los actores que lo conforman. En esta línea, la industria farmacéutica innovadora en Chile ha dado pasos significativos a través de iniciativas de autorregulación y buenas prácticas, impulsadas por la Cámara de Innovación Farmacéutica.

Entre estas iniciativas destaca el Código de Buenas Prácticas de la CIF y la implementación de una plataforma de transparencia que visibiliza las transferencias de valor desde las compañías farmacéuticas innovadoras hacia profesionales de la salud, instituciones y organizaciones del ecosistema sanitario. Esta herramienta —operativa desde 2022 y adoptada por todas las empresas socias de CIF— se alinea con los Principios de la Ciudad de México y los estándares internacionales promovidos por la Federación Internacional de la Industria Farmacéutica (IFPMA).

Un estudio realizado en la región APEC reveló que el nivel de madurez en la incorporación de estándares y principios de integridad constituye un factor clave para el éxito económico de las empresas del sector salud, independientemente de su tamaño. Esta investigación refuerza la idea de que la ética no es solo una obligación moral, sino un poderoso activo estratégico. Al integrar las prácticas éticas en el núcleo de su negocio, tanto empresas multinacionales como las PYMES del sector salud pueden cultivar confianza, fortalecer su resiliencia organizacional y promover un crecimiento sostenible en un mercado global cada vez más competitivo.

Propuesta: Avanzar en la tramitación de una ley corta de transparencia que establezca estándares de reporte de transferencias de valor para toda la industria farmacéutica.

[MEDIDAS: CONDICIONES HABILITANTES]

15

Mesa público – privada, prospectiva políticas sanitarias e inversión

El acceso oportuno y equitativo a terapias innovadoras constituye uno de los principales desafíos del sistema de salud chileno. La creciente complejidad y el alto costo de las nuevas tecnologías médicas requieren no solo una evaluación técnica rigurosa, sino también mecanismos de financiamiento que aseguren sostenibilidad fiscal y eficiencia en el uso de los recursos. En este contexto, se hace imprescindible establecer un espacio de diálogo permanente entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la industria farmacéutica innovadora.

Una instancia de este tipo permitiría construir una visión compartida sobre las necesidades del sistema y las capacidades del Estado, promoviendo acuerdos mutuamente beneficiosos que combinen el acceso de los pacientes a tratamientos de vanguardia con responsabilidad presupuestaria.

Propuesta: Instalar una instancia permanente de diálogo estratégico entre el Ministerio de Salud, Hacienda y la industria farmacéutica de innovación, orientada a diseñar soluciones concretas para ampliar el acceso a terapias innovadoras, mediante mecanismos de financiamiento basados en valor, que aseguren eficiencia, sostenibilidad fiscal y resultados medibles en salud, convirtiendo la innovación en un motor de desarrollo y bienestar para Chile.

REFERENCIAS

1. Ahumada B, Celhay P, León F. Caracterización del gasto público en medicamentos en Chile 2014–2024. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2025 octubre.
2. Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello. XII Encuesta Sistema de Salud Chileno [Internet]. Santiago: UNAB; 2021 [citado 2025 ago 5]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl>
3. Fonasa. Presentación del director de Fonasa en Seminario de Libertad y Desarrollo: “Gasto de bolsillo, cobertura y compras públicas de medicamentos en Chile”; 2021 enero.
4. Ministerio de Salud de Chile. Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias – Ley Ricarte Soto [Internet]. Santiago: MINSAL; [citado 2025 ago 5]. Disponible en: leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/informacion-por-decreto.
5. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Encuesta Suplementaria de Ingresos (ESI). Santiago: INE; 2023.
6. IQVIA. WAIT Indicator 2025: Disponibilidad y tiempos de espera para el acceso a medicamentos innovadores en América Latina. Bogotá: Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA); 2025.
7. Congreso Nacional de Chile. Boletín N° 17.567-II: Optimiza el mecanismo de sustentabilidad del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y modifica la ley N° 20.850... [Proyecto de ley en trámite].
8. Fondo Nacional de Salud (FONASA). Datos Abiertos FONASA [Internet]. Santiago: FONASA; 2025 [citado 2025 ago 5]. Disponible en: <https://datosabiertos.fonasa.cl/>
9. Cámara de Diputadas y Diputados de Chile, Comisión de Salud. Sesión del 16 de septiembre de 2024: Presentación de Camilo Cid (Director de FONASA) “Ejecución del Fondo Ley Ricarte Soto y gasto por sentencias judiciales 2021–2024” [Internet]. Valparaíso: Cámara; 2024.
10. Mondschein S, Subiabre F, Yankovic N, Estay C, von Mühlenbrock C, Berger Z. Colorectal cancer trends in Chile: A Latin-American country with marked socioeconomic inequities. PLoS ONE. 2022;17(11):e0271929. doi:10.1371/journal.pone.0271929.

REFERENCIAS

11. Lichtenberg F. Have newer cardiovascular drugs reduced hospitalization? Evidence from longitudinal country-level data on 20 OECD countries, 1995–2003. *Health Econ.* 2009;18(5):519–34.
12. Lichtenberg FR. How cost-effective are new cancer drugs in the U.S.? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2020;20(1):39–55. doi:10.1080/14737167.2020.1709965.
13. Kerr M. Costs and Benefits of Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation in England: An Economic Analysis based on GRASP-AF. Leeds: NHS Improving Quality; 2014.
14. Masbah N, Macleod MJ. The cost savings of newer oral anticoagulants in atrial fibrillation-related stroke prevention. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2016;55(3):220–30. doi:10.5414/CP202651.}
15. Cutler D, Long G, Berndt E, Royer J. The Value of ANirseCL. Monitoreo del impacto de nirsevimab en la campaña de invierno 2024 en Chile – Quinto reporte. Santiago: Instituto Sistemas Complejos de Ingeniería (ISCI), Facultad de Medicina Universidad de Chile, Ministerio de Salud; 2025.
16. Armijo N, Espinoza M, Zamorano P, Lahoz D, Yañez T, Balmaceda C. Análisis del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo en Chile (Ley Ricarte Soto). *Value Health Reg Issues.* 2022;32:95–101.
17. Universidad Católica de Chile. Acuerdos de riesgo compartido: Análisis técnico y normativo para su implementación en Chile. Santiago: UC; 2021 junio.
18. Mesa de Colaboración para la Investigación Clínica. Informe de Recomendaciones para una política de atracción de ensayos clínicos. Santiago; 2024 mayo.
19. Cámara de la Innovación Farmacéutica (CIF), Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales, InvestChile. Informe sobre inversión en ensayos clínicos. Santiago; 2023.
20. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). España, líder europeo en investigación clínica de medicamentos [Internet]. 2024 [citado 2025 ago 5]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa-en/espana-lider-europeo-en-investigacion-clinica-de-medicamentos>

REFERENCIAS

21. Australian Government Department of Health. Australian Medical Research and Innovation Strategy 2021–2026 [Internet]. Canberra: Department of Health; 2021 [citado 2025 ago 5]. Disponible en: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/11/australian-medical-research-and-innovation-strategy-2021-2026.pdf>
22. Congresso Nacional (BR). Congresso derruba vetos à lei sobre pesquisas clínicas em humanos [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2025 jun 17 [citado 2025 jul 2]. Disponible en: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/06/17/congresso-derruba-vetos-a-lei-sobre-pesquisas-clinicas-em-humanos>
23. Gobierno de México. Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030. Ciudad de México: Presidencia de la República; 2025 feb.
24. Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC). Deepening the Value of Business Ethics for APEC SMEs [Internet]. Singapore: APEC; 2025 Jun [citado 2025 ago 5]. Disponible en: https://www.apec.org/docs/default-source/publications/2025/6/225_sme_deepening-the-value-of-business-ethics-for-apec-smes.pdf?sfvrsn=fd43c0a0_1

SALUD+ INNOVACIÓN

15 medidas para transformar
el bienestar del país al 2030