

Estudio de Caso N° 59

CONTENCION DE COSTOS EN MEDICAMENTOS LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL Y EL CASO CHILENO

Lucas Godoy Garraza

Esta es una versión resumida del Estudio de Caso realizado por el autor para obtener el grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile.

Agradecemos el apoyo proporcionado por la Fundación Ford y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Noviembre 2001



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas
Departamento de Ingeniería Industrial

Av. República 701 • Fono: (562) 678 4067 • Fax: (562) 689 4987

E-mail: mgpp@dii.uchile.cl

Sitio web: <http://www.dii.uchile.cl/mgpp/>

Santiago - Chile

RESUMEN EJECUTIVO

Se estudia el conjunto de instrumentos de política disponibles a escala internacional para contener los costos en medicamentos. Para el caso chileno, se analiza la combinación de estas medidas y sus principales resultados, mediante el apoyo de bibliografía especializada sobre la materia, datos estadísticos y entrevistas a informantes claves.

Se constata la existencia de un abanico amplio de instrumentos que se organizan según el sector cuya conducta se pretende afectar: (1) industria, (2) farmacia, (3) médico, y (4) paciente. Estos instrumentos y sus resultados están condicionados por la organización del sistema de salud de cada país. En esquemas donde prevalece el financiamiento y la provisión pública, la estrategia de contención de costos puede centrarse –con éxito– en la obtención de una prescripción racional. Cuando aparece la provisión privada –pero se conserva un aporte público importante– la estrategia puede ejercer un relevante papel ordenador sobre el conjunto del mercado. En esquemas de financiamiento y provisión privada se logran resultados comparables allí donde el seguro se vincula con el prestador y se desarrollan formas de “salud administrada”.

En el caso chileno, la contención de costos se basa en un conjunto de medidas combinadas: una industria mayoritariamente nacional productora de genéricos; sustitución “de facto” en farmacias; prescripción de genéricos de acuerdo con el Formulario Nacional y un sistema eficiente de compra en el subsistema público.

Se concluye que este modelo tiene fortalezas: el segmento de genéricos regula los precios que, al ser comparativamente bajos, favorecen el acceso de la población. Sin embargo, también presenta ciertas debilidades como la permeabilidad a la automedicación y, más recientemente, cierta tendencia al fortalecimiento de la marca como estrategia de las firmas.

I. INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

El mercado de los medicamentos es sumamente peculiar. Presenta diversas fallas que tenderían a reforzarse entre sí ante las fallas de los demás mercados de salud con los que está estrechamente vinculado. En una síntesis somera, dichas fallas serían (Isalud, 1999; Katz, 1995; Katz y Miranda, 1994):

- La existencia de una relación de agencia. En la mayor parte de los casos, la decisión de consumo del fármaco –la cantidad y el tiempo que dura el tratamiento– y de la marca –virtual elección del precio– no la toma el consumidor, sino que el médico u otro trabajador de la salud. Además, muchas veces el consumidor tampoco es quien paga si hay mecanismos de tercer pagador.
- La existencia de importantes asimetrías de información en la relación médico-paciente, que es sustento de la falla anterior, pero también entre el prescriptor o el dispensador y la firma farmacéutica, ya que dependen de su información sobre calidad, seguridad, eficacia, y propiedades del medicamento, al menos parcialmente.
- La existencia de estructuras de competencia imperfecta que permiten a las firmas obtener rentas diferenciales sobre la base de procesos de innovación, diferenciación de productos y construcción de otras barreras de entrada (las patentes, por ejemplo) que generan una concentración oligopólica al interior de las categorías y subcategorías terapéuticas en que se segmenta el mercado.

Estas características han justificado la intervención del Estado. Ella se ha concentrado en torno a diferentes objetivos en los países desarrollados (Dukes y Broun, 1994). En las últimas décadas y de acuerdo con una aceleración de los gastos en medicamentos, se ha implementado un abanico de medidas destinadas a contenerlos.

¿Qué síntesis se puede hacer de esta experiencia? ¿Cuáles serían las opciones más efectivas para contener el costo en medicamentos? ¿Qué impacto tiene cada medida en otros objetivos relevantes de una política de medicamentos como acceso, uso racional, calidad y objetivos de política industrial? Son los temas que se abordarán en la primera parte del estudio.

Durante la misma época varios países de la región han optado por una estrategia de desregulación del mercado de medicamentos, inserta en un conjunto más amplio de reformas. Los objetivos de la estrategia, al menos en este terreno, parecen haber sido parcialmente frustrados por el veloz incremento de los precios (EIU, 2000).

En este sentido, el caso chileno presenta particular interés. Como país pionero en esta línea de reformas, sus precios promedio de medicamentos figuran entre los más bajos de la región. ¿Qué subgrupo de políticas de contención de costos se aplicaron en este país? ¿Qué relación tienen estas medidas con el desempeño descrito? La segunda parte del estudio explorará estas interrogantes.

2. PRECISIONES CONCEPTUALES

La Contención de Costos (CC) incluye “medidas encaminadas a lograr que los precios o aranceles de las atenciones de salud –ajustados por su calidad– sean disminuidos o al menos permanezcan constantes en términos reales” (Katz y Miranda, 1994, pág. 251). Lo interesante de esta definición es que excluye medidas que, priorizando la obtención de ahorro, actúen en desmedro de la calidad de la prestación¹.

Planteado de esta forma, en el área de fármacos existen, en principio, tres grandes soluciones: a) genéricos; b) uso racional y c) actuar sobre precios. Las distintas medidas de contención de costos (CC) que analizaremos se dirigen –o se “justifican”– en pos de una o varias de estas opciones:

- **La promoción de medicamentos genéricos**. Los medicamentos comercializados con su denominación genérica contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca pero no el *mark-up* derivado de la misma. Hasta qué punto un medicamento es equivalente a otro con igual principio activo, y si esta comparabilidad puede extenderse a medicamentos de

¹ En la práctica, esta delimitación conceptual es más problemática debido a la complejidad de la noción de calidad en salud.

composición química no idéntica, pero de efectos terapéuticos similares, son temas de fuerte controversia².

- **El uso racional**, definido como el uso del medicamento adecuado a la condición, permitiría eliminar el sobreconsumo, el subconsumo y el consumo erróneo. Al igual que el consumo erróneo, el sobreconsumo supone un gasto directo superfluo. Además, los tres elementos pueden implicar costos indirectos en el resto del sistema de salud y, en cualquier caso, en el propio paciente. Aunque uso racional y CC no son equivalentes, se ha sugerido que presentan una amplia intersección.
- **Conseguir mejores precios**, agregando la demanda para obtener poder de mercado y contraponerlo al que ostenta la industria. Con esta definición amplia puede pensarse un continuo que va desde la regulación directa del precio –en cuyo caso la autoridad pública controla el acceso al conjunto del mercado interno– hasta situaciones en que instituciones públicas o privadas agregan sólo porciones de demanda. En cualquier caso, la presión sobre los precios tiene un límite en la necesidad de garantizar la sustentabilidad de la Investigación y Desarrollo (I&D)³.

Diversos actores están interesados en la CC. En principio, un tercer pagador público que intente brindar acceso universal o, al menos, a sectores vulnerables. Luego, el tercer pagador privado. Aunque éste puede resolver un problema de costos subiendo la prima, la demanda no es insensible al precio de ésta, y puede iniciar un círculo de alza de primas (selección adversa) que termine en la inviabilidad de ese mercado. Finalmente, están las personas en tanto ciudadanos/consumidores/pacientes, afectados por impuestos, primas y copagos, o que asumen directamente el costo del medicamento, tanto en función del bienestar propio como afectados por el bienestar de otras personas de la sociedad.

² Para las firmas, el núcleo de sus estrategias de diferenciación de producto se basa justamente en persuadir que tales equivalencias no existen.

³ En última instancia está en juego un juicio acerca de cuál es la rentabilidad de equilibrio: aquella que contemple la prima por riesgo que garantizará un flujo innovador deseado.

3. PRECISIONES METODOLÓGICAS

El presente trabajo se propone: 1) brindar un panorama del conjunto de instrumentos de política disponibles para contener los costos en medicamentos y de sus ventajas y desventajas, a partir de aquellos efectivamente implementados a escala internacional, y 2) ilustrar cómo en un determinado país de la región se combinan un subconjunto de estas medidas y con qué resultados.

Para el primer objetivo se recurrió a bibliografía especializada sobre la materia, que incluyó estudios descriptivos sobre políticas implementadas, evaluaciones empíricas de sus resultados (si se hallaban disponibles), y análisis teóricos de los mismos. Si bien en una primera etapa se reunió material del conjunto de los países desarrollados – y en menor medida de los países de la región–, finalmente se seleccionaron siete países desarrollados porque presentaban una razonable variedad de estrategias adoptadas, se contaba con mejor información sobre ellos y permitían una mayor profundidad de análisis.

Para la segunda parte se optó por un diseño de tipo exploratorio. A la revisión bibliográfica, se sumó el análisis de documentación y de fuentes estadísticas como las suministradas por la Superintendencia de Isapre, el Fondo Nacional de Salud, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (Casen) del Ministerio de Planificación, y las de la consultora International Market Search (IMS), entre otras. También se recurrió ocasionalmente a entrevistas a informantes clave para completar la información sobre determinados tópicos.

Las características de la estrategia metodológica elegida permiten más bien arribar a ideas e hipótesis que a su comprobación.

II. LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

En la última década diversos países, en especial los más desarrollados, han intensificado los esfuerzos por contener los costos en medicamentos. Este capítulo explora dicha experiencia para presentar un abanico de opciones factibles a la hora de formular una política de medicamentos.

Los distintos instrumentos se han organizado de acuerdo con el actor cuya conducta se pretende afectar: la industria, el farmacéutico, el médico o el paciente. Se trata, obviamente, de estilizaciones, ya que estos son colectivos heterogéneos, y se podrán hacer mayores distinciones si ellas resultan pertinentes. Debe tenerse presente que estos instrumentos operan en un terreno de intereses en conflicto. Los actores objeto de medidas de CC son también sujetos de reacciones que intentan tergiversar los efectos de las mismas. En cada caso, se intentó mostrar la tensión presente en cada instrumento, así como los distintos arreglos que buscan equilibrarla.

Muchos de estos instrumentos se han implementado no sólo o exclusivamente por la autoridad pública. Varias de estas medidas las impulsan quienes financian la compra de medicamentos; pero la organización del financiamiento –de los medicamentos y de la salud en general– varía significativamente de un país a otro. Esta dimensión, aunque se relaciona primariamente con el grado de equidad en el acceso a los medicamentos, también puede condicionar severamente el resultado de las políticas de contención de costos.

En la última sección se explora la relación entre contextos, instrumentos y resultados. Para ello se seleccionaron siete países desarrollados (Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Japón y Reino Unido) y sus respectivas estrategias.

1. INSTRUMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE LA INDUSTRIA

A. Listados

En rigor, la primera forma de selección de medicamentos es el registro; es decir, la autorización para la comercialización de un producto en el mercado. En todos los países la autoridad pública⁴ otorga esta autorización basándose en ciertos criterios de calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos.

La autorización para la comercialización difícilmente se distingue de la selección de los medicamentos que van a ser cubiertos por el financiamiento público allí donde éste es predominante⁵. Por otro lado, cuando no hay cobertura universal de medicamentos, cada institución que ofrece cobertura –pública o privada– realiza su propia selección. Para ello se elaboran listas restrictivas, también denominadas formularios o vademécum. Estas pueden ser positivas (establecen qué medicamentos serán cubiertos), o negativas (cuáles se excluirán). Los criterios para esta selección pueden variar y por lo general incluyen una combinación de criterios clínicos y fármaco-económicos.

Un criterio de corte con cierto consenso internacional es el concepto de “medicamentos esenciales” desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), e incorporado con variaciones por varios países⁶.

Se ha cuestionado que tanto el registro como las listas (siempre que éstas definan la entrada a una parte importante del mercado) imponen costos que se reflejarán en el precio final, junto con menoscabar el tiempo efectivo de duración de las patentes –lo que puede desalentar la inversión en I&D– y obstaculizan la competencia (Dunkan, 1996). Debido a ello, muchos países desarrollados han hecho esfuerzos para extender la duración

⁴ En este sentido, la vanguardia mundial la marcó Estados Unidos con la sanción, en 1962, de un conjunto de normas que exigían no sólo seguridad, sino también eficacia demostrada de cada producto, y la creación de la Food and Drug Administration (FDA). La mayoría de los países desarrollados recreó sus normas centrándose en ese modelo.

⁵ En muchos países de Europa Occidental esa distinción no existió hasta fines de los '70. Se asumía que todo medicamento disponible en el mercado era cubierto por el financiamiento público. En la última década, adquirió importancia el uso de estudios de costo-efectividad para elaborar esta selección.

⁶ Australia fue el primer país que en 1993 formalmente incorporó la exigencia de estas evaluaciones, además de las de seguridad y efectividad para incluir un medicamento en el sistema de financiamiento público.

efectiva de las patentes junto con agilizar, reducir el tiempo, y hacer más transparentes los procesos de registro y su posterior selección ⁷.

No obstante, una selección rigurosa desalienta la introducción de productos sólo marginalmente innovadores, pero de precios sustancialmente mayores (conocidos como *me too products*). También se ha argumentado que beneficia la competitividad internacional de la industria local (Scherer, 2000).

B. Fijación de precios

La fijación directa de precios ha sido la manera tradicional de enfrentar los efectos del poder de mercado que ostenta la industria, y la escasa elasticidad-precio de la demanda. Las excepciones a esta práctica son las menos, aunque incluyen algunos de los mercados más grandes, como Estados Unidos ⁸, y parcialmente Alemania y Reino Unido.

Respecto de los criterios, la ecuación para fijar el precio puede incluir uno o más de los que aquí se enumeran: valor terapéutico del fármaco; costo de tratamientos comparables; precio en otros países, y contribución de la industria farmacéutica a la economía.

En general, se han detectado tres grupos de problemas: los precios así determinados no remuneran "adecuadamente" los esfuerzos de I&D (asociado a ello, hay severos problemas de información entre regulador y regulado); incentivan una respuesta por volumen tendiente a recomponer las ganancias, induciendo mayor utilización que la óptima, y generar un incentivo a la innovación no necesariamente valiosa (*me too products*) para escapar a la presión sobre los productos "viejos" ⁹.

⁷ Contar con trámites expeditos para el registro de medicamentos genéricos es central para el desarrollo de este segmento. Hasta la Enmienda Waman-Hatch de 1984 en Estados Unidos, la FDA exigía las mismas pruebas que había impuesto al original para introducir un genérico. Desde entonces, sólo hay que probar que contiene el mismo principio activo; una absorción en sangre equivalente (más o menos 20 minutos), y el cumplimiento de "Buenas Prácticas de Manufactura". Además, permite conducir las pruebas antes de que haya expirado la patente del original.

⁸ No obstante, hay descuentos obligatorios para Medicaid (el seguro público para algunas personas pobres) que guardan relación con el mejor precio conseguido por cualquier otro comprador, por lo general hospitales o Managed Care Organizations (MCO).

⁹ Esta parece ser la situación de Japón. Los productos existentes se someten a descuentos progresivos año tras año, y se permiten precios más generosos para los productos nuevos (Ikegami y Campbell, 1999).

Respecto de la eficacia sobre el nivel de precios, la evidencia parece estar de acuerdo con lo esperado: los países con regulación de precios más estricta tienden a tener menores precios. No obstante, la magnitud de la diferencia de precios es muy sensible al índice construido para medirla –en especial la canasta que se utilice en la comparación– debido a la gran variación de las pautas de prescripción entre países (Danzon y Chao, 2000).

C. Control de beneficios

El control de beneficios es singular para el caso del Reino Unido. Con este sistema, la industria es libre para fijar sus precios al introducir nuevos productos siempre que su tasa de retorno por ventas al sistema de salud público –que representa la mayor parte del mercado– no supere un determinado nivel acordado con el Departamento de Salud¹⁰.

El sistema parece evitar muchos de los problemas tradicionales de la fijación de precios. Además, Reino Unido ha exhibido un notable desempeño en I&D y un gasto relativamente bajo en fármacos. Pero también se le ha cuestionado una tendencia a favorecer la concentración de la industria (Scherer, 2000). La asimetría de información parece resolverse sobre la base de una relación de alta calidad con la industria, lo que dificultaría la transferibilidad del mecanismo (Jacobzone, 2000).

D. Precio de referencia

Es un sistema de reembolso donde el valor es función del medicamento más económico dentro de un grupo de medicamentos comparables. Con éste, el paciente cubre la diferencia si opta por un medicamento distinto al de referencia dentro del conjunto. La definición de qué constituye un grupo de medicamentos comparable es problemática y condiciona el alcance de la medida. Una definición estrecha agrupa sólo a medicamentos de marca y genéricos con el mismo principio activo.

Así ocurre, por ejemplo, con la aproximación de Medicaid en Estados Unidos. En Alemania, donde por primera vez se implementó este esquema, la agrupación se extiende

¹⁰ En la actualidad un 17% a 21%, con un margen de tolerancia del 25%. Además, para el cálculo anual de rentabilidad sólo se puede descontar hasta un 9% en gastos de promoción (Bloor, 1996).

a equivalentes terapéuticos, aunque no posean idéntica conformación química, lo que ha permitido que en la actualidad más de la mitad del mercado funcione con este sistema. En algún punto, la agrupación debe enfrentar el problema de los medicamentos innovadores con protección de patentes.

E. Compra consolidada

Se trata de obtener disminuciones en los precios por compra en grandes volúmenes o por controlar parte importante de la demanda. Mecanismos de este tipo se han usado ampliamente en los países de la región para las compras del sistema público. Las adquisiciones se realizan sobre la base de una lista de medicamentos básicos y licitación a través de nombre genérico. Se recurre al mercado internacional cuando no hay en el mercado local una oferta alternativa que permita una concurrencia efectiva en precios.

Los problemas más importantes en el caso de las compras centralizadas se han presentado en torno a la previsión de la demanda –y, por tanto, de los *stocks*– y la distribución eficaz de los medicamentos entre las unidades ejecutoras de salud. Si se opta por descentralizar las compras, aumenta significativamente el precio medio pagado por el sistema. Las sucesivas soluciones encontradas hasta ahora favorecen una u otra respuesta¹¹.

F. Control de publicidad y promoción

Existe control de la publicidad porque el costo suele ser mayor que la inversión en I&D, y porque influye en las pautas de consumo (con el riesgo de promover el uso irracional de medicamentos). En algunos países este control se materializa mediante límites al gasto. Por ejemplo, se fija un porcentaje sobre las ventas o mediante impuestos especiales al tipo de prácticas, además de controlar el contenido¹².

¹¹ Un principio comparable al comentado está en las *Pharmaceutical Benefit Management Organizations (PBMC)* de Estados Unidos, aunque en el contexto de medicamentos de uso ambulatorio.

¹² En Francia hay un impuesto de 9% sobre gastos en promoción, definidos en sentido amplio, además de restricciones sobre determinadas prácticas. En Reino Unido existe un sistema complejo donde los gastos por encima de cierto nivel (que varía entre 7% para empresas grandes y 15% para pequeñas) se ignoran al calcular el rendimiento, lo que tiene consecuencias sobre los precios debido a su particular sistema de control (Mossialos, 1997).

2. INSTRUMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE LOS FARMACÉUTICOS

A. Sustitución de productos

Una opción para desvincular la receta de la marca comercial es habilitar al farmacéutico para que sustituya el producto prescrito por otro equivalente. Por lo general, esta posibilidad se limita a la sustitución genérica (fármacos con el mismo principio activo) y en algunos casos se extiende a medicamentos con similar utilidad terapéutica aunque no idéntica composición química (si bien ello es más difícil de establecer). En la mayoría de los casos, el médico conserva la posibilidad de denegar la sustitución (NERA, 1999).

Estados Unidos es pionero en tal sentido, aunque esa política se está extendiendo con rapidez. En el contexto europeo, existe en los países que no ejercen control directo de precios, como Alemania, Países Bajos y Dinamarca. En otros, como Canadá y Australia, se utiliza como una medida complementaria.

B. Márgenes de comercialización

Siempre que el farmacéutico goce de cierta discrecionalidad, cobra importancia el tipo de incentivos establecidos, a través de modalidades de pago convenidas con un tercer pagador, o donde los márgenes de comercialización los fija directamente la autoridad pública como parte de una política de control de precio. En tal sentido, se supone que la fijación del margen, como un porcentaje fijo sobre el precio del producto, es lo más perjudicial porque incentiva la venta de productos más caros. Tener un monto fijo por receta, por producto o por paciente reduce tales incentivos ¹³.

Los porcentajes decrecientes, como los fijados en Francia y Alemania, u otros incentivos especiales, como las bonificaciones por dispensar genéricos y productos de importación paralela en los Países Bajos, y medidas similares para incentivar la venta

¹³ En Reino Unido se combina una remuneración fija con pago fijo por receta. En los Países Bajos, el farmacéutico recibe una remuneración fija por beneficiario adscrito a la farmacia, a lo que se agrega el pago de un honorario fijo por medicamento.

de genéricos o medicamentos incluidos en una lista –ampliamente generalizadas por las Managed Care Organizations (MCO) en Estados Unidos– son ejemplos de las herramientas que hay en este terreno para contener costos (Serradell, 1997).

C. Nuevas formas de intermediación

En Estados Unidos han surgido entidades especializadas en la gestión de coberturas de medicamentos ambulatorios: Pharmaceutical Benefit Management Organizations (PBMC). Concentran la representación de distintos tipos de seguros que brindan cobertura de medicamentos ambulatorios, diseñan listas de medicamentos y aplican su poder de negociación para obtener descuentos de cara a la industria y a la farmacia minorista tradicional por los servicios de dispensación. Establecen, además, perfiles de seguimiento sobre la prescripción y se encargan de conseguir la anuencia del médico para la sustitución en aquellos estados en que se requiere.

Junto a las PBMC, se han desarrollado nuevas formas de distribución a través del correo; particularmente importantes para quienes sufren enfermedades crónicas y para pacientes de mayor edad. Las órdenes por correo también son significativas en Australia y Nueva Zelanda, pero bastante inusuales en la mayoría de los países europeos ¹⁴.

3. INSTRUMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE LOS MÉDICOS

A. Incentivos económicos

En varios países se ha intentado transferir cierto grado de responsabilidad económica al médico por los costos de los medicamentos que prescribe, alterando en ese sentido las formas de pago. En términos generales, la contracara de las ganancias en eficiencia que se pueden incentivar por la transferencia de un riesgo mayor, es la posibilidad de “ajustes por calidad” (subprestación y selección de riesgo) (Barnum et. al., 1995).

¹⁴ *Puede que estos medios reciban una fuerte promoción con la aparición de farmacias virtuales y el desarrollo de técnicas de comercio electrónico (Ashurst, 1998).*

Se ha documentado cierta sensibilidad de las pautas de prescripción a los incentivos económicos. Por ejemplo, en el Reino Unido, donde se habilitó a algunos médicos generalistas para manejar autónomamente presupuestos para la atención secundaria de sus pacientes, incluidos los gastos para fármacos ("GP fundholders"), se identificaron diferencias en el costo de prescripción respecto del resto de los médicos ¹⁵.

En Alemania en 1993 –y más recientemente en Francia– se introdujeron presupuestos de medicamentos por región. En ellos se hacía a la entidad gremial responsable en forma colectiva de los excesos, y a partir de cierto tope a la propia industria farmacéutica. Luego de su introducción se registraron fuertes ahorros en medicamentos, aunque parcialmente sustituidos por aumentos en las derivaciones a instituciones de atención secundaria (Mossialos, 1997). Se cuestiona, además, que el mecanismo no prevé la forma como estos límites globales se traduzcan en límites individuales.

En Estados Unidos, un trabajo reciente que comparaba dos modalidades distintas de MCO (Independent Practice Association y Network), sólo en una de las cuales los pagos per cápita responsabilizan a los médicos del gasto farmacéutico, mostraba no sólo diferencias en el gasto, sino que sugería cierta sustitución entre esta forma de racionalizar el consumo y la de exigir copagos al paciente (Hillman et. al., 2000).

B. Perfiles

Durante los últimos años se ha conseguido un desarrollo importante en los estudios de uso de medicamentos en diferentes países. Por lo general, se utiliza la sigla inglesa DUR –Drug Utilization Review– para referirse a este modelo que supervisa las pautas de prescripción y permite detectar desvíos de la media o respecto de protocolos de prescripción.

¹⁵ Ver, por ejemplo, Wilson et. al. (1995); Harris y Scrivener (1996). También lo señalan Bateman et. al. (1996), cuando los presupuestos meramente indicativos asignados al resto de los médicos generalistas ("Indicative Prescribing Scheme") se acompañaban de esquemas de incentivos. En ambos casos había incentivos positivos, ya que los médicos generalistas podían invertir los ahorros en ciertas actividades aprobadas (básicamente mejoras para su consultorio). Sin embargo, no había sanciones para los excesos y se ha sugerido que en ello radica que no se detectaran fenómenos de selección de riesgo (Le Grand, 1999).

En Estados Unidos, las MCO y las PBMC han extendido el uso de estos sistemas de seguimiento, que también evalúan comportamiento de pacientes y farmacéuticos, generalmente complementados con incentivos económicos.

C. Protocolos

Los protocolos terapéuticos establecen guías respecto de lo que se considera un tratamiento adecuado, pero entraña dificultades: la existencia de amplios márgenes para catalogar de correcto un tratamiento, su variación de acuerdo con las características particulares de cada paciente, la innovación permanente en las técnicas, y que la responsabilidad de conjugar estos elementos recaiga tradicionalmente en el médico individual¹⁶.

D. Información y formación

Muchos países han implementado sistemas que entregan información al médico sobre precios comparados de medicamentos con similar finalidad terapéutica (las fichas de transparencia en Francia) o, más recientemente, sobre su desempeño como prescriptor comparado con el de sus colegas (Prescribing Analysis and Cost en Gran Bretaña). Aunque se puede argumentar que tales sistemas son indispensables para construir cualquier otra política, es menos claro hasta qué punto pueden generar por sí solos cambios en la pauta de prescripción (Bloor et. al., 1996^b)¹⁷.

En el largo plazo se ha sugerido que la opción más efectiva es mejorar la formación profesional mediante mecanismos de capacitación permanente, inclusión en los currículos

¹⁶ Francia y España han implementado sistemas de referencias médicas que especifican prescripción (así como otros procedimientos) en cada enfermedad o estado de salud determinado. Los médicos que no las sigan pueden ser sancionados monetariamente o excluidos de la seguridad social (Mossialos, 1997; Huttin, 1999). También es una práctica extendida en Estados Unidos en las MCO y las PBMC, complementada con sistemas de seguimiento e incentivos económicos (Serradel, 1997).

¹⁷ Por ejemplo, una política iniciada en Australia en 1995 entregaba cada seis meses información comparativa sobre las pautas de prescripción en relación con el resto de los colegas, junto con cartas educativas no individualizadas. Aunque por la naturaleza poco sofisticada de la intervención, las expectativas de resultado eran modestas, un estudio reciente mostró que no existía alteración alguna –ni en las medias ni en la variabilidad– respecto del grupo de control (O’Connell et. al., 1999).

e incentivo al desarrollo de disciplinas como fármaco-epidemiología o fármaco-economía (Velázquez, 1998).

4. INSTRUMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE LOS PACIENTES

A. Copagos

Los sistemas de copago tienen por objeto contribuir a financiar la prestación, reducir la demanda innecesaria y modificar los patrones de consumo, comprometiendo al paciente en un uso responsable. Idealmente, debieran respetar a la vez dos criterios: sensibilizar al paciente respecto del precio y no afectar su salud.

Respecto del primer criterio, los distintos sistemas serían más efectivos conforme aumenten la sensibilidad del paciente al precio. Así, el copago como un porcentaje del precio final sería más efectivo que el pago de un monto fijo, y aún más, el pago del costo total hasta un tope (por lo menos hasta alcanzar dicho tope). El monto fijo, y en menor medida el porcentaje sobre el precio final, si bien reducen la demanda **de** medicamentos en su conjunto, no estimulan la elección **entre** medicamentos según su precio. La solución más común introduce variaciones según tipos de medicamentos, que se gestionan mediante listas (es el recurso de las MCO en Estados Unidos).

Respecto del segundo criterio se aprecia que los sistemas de copago afectan en forma desproporcionada a quienes padecen enfermedades crónicas, las personas de mayor edad y quienes poseen menores ingresos¹⁸. Además, como herramienta para disminuir la demanda excesiva es un tanto tosca, porque puede también afectar la demanda de medicamentos indispensables.

Ambos elementos son pertinentes en el diseño del sistema de copagos bajo un esquema de seguro público, y se han intentado enfrentar por dos vías:

¹⁸ Por ejemplo, en el contexto estadounidense para beneficiarios de Medicaid y Medicare simultáneamente (es decir, personas mayores de 65 años o discapacitados con ingresos por debajo del límite de pobreza), Stuart y Zacker (1999) muestran cómo incluso mínimos copagos aplicados por algunos estados aumentan la probabilidad de no consumir ningún medicamento durante el año, y la diferencia en el comportamiento respecto de estados sin copago aumenta conforme empeora el estado de salud.

- Excluir total o parcialmente de la modalidad a determinadas categorías de la población. En el caso británico, por ejemplo, sólo una minoría de la población está sujeta a copago¹⁹.
- Incluir topes a partir de los cuales no se requiere copagos. Los Países Bajos y Suecia, entre otros, han introducido tales mecanismos, generalmente ajustados por nivel de ingreso.

El que tengan un efecto indiferenciado puede acarrear consecuencias indirectas desde el punto de vista de la necesidad de intervenciones más costosas. Esto es pertinente incluso en el marco de un sistema de aseguramiento privado. De hecho, el surgimiento de las MCO en Estados Unidos se justifica sobre la promesa de gestionar este tipo de costos entre distintas intervenciones de salud, frente a la estrategia típica de los seguros tradicionales basada principalmente en deducibles y copagos como porcentaje del precio.

El sistema conocido como “precios de referencia” es una forma relativamente nueva de implementar copago. Basa el nivel de reembolso en el medicamento más barato disponible dentro de un grupo comparable de medicamentos. En este sistema, el copago queda definido por la diferencia entre el precio de éste y el medicamento que elija el paciente. Este sistema resuelve, a la vez, el establecimiento de una cobertura considerada aceptable y sensible respecto del precio de las variantes más costosas²⁰.

B. Información

Se trata de sostener sistemas de información alternativos a los promovidos por la industria, lo que resulta de especial importancia para las estrategias de promoción de medicamentos genéricos y de uso racional.

El principio central de las políticas de información a los usuarios es inducir un uso racional de los medicamentos y reducir la asimetría de información, ya que busca

¹⁹ El mismo objetivo persigue, indirectamente, la reducción o exclusión del copago de determinados medicamentos (que afectan a una determinada categoría de la población).

²⁰ Sin embargo, se cuestiona que introduce una fuerte distorsión en la elección. En rigor, no trae consigo más distorsión que cualquier otro mecanismo de tercer pagador; por ejemplo, una lista cerrada de una MCO en Estados Unidos. La diferencia radica en el poder monopsonico de un tercer pagador público de cobertura universal.

proveer a los compradores individuales de herramientas decisorias similares a las que detentan los compradores institucionales de fármacos ²¹.

5. ACERCA DEL CONTEXTO DE LOS INSTRUMENTOS

Aunque algunos instrumentos sean similares o comparables, se aplican en contextos significativamente diferentes. Varían tanto los actores que implementan las medidas, los énfasis con que se aplican en diferentes actores, y el desempeño global de uno u otro sistema. En esta sección se explora la relación entre contextos, instrumentos y resultados. Lamentablemente, y en parte debido a la complejidad de estas relaciones, surgirán proposiciones que deberán comprobarse en el futuro, más que observaciones concluyentes.

Para caracterizar los sistemas de salud se prestó especial atención al carácter público o privado del financiamiento y la provisión, que guarda importante relación con las medidas de CC en salud en general. En el Cuadro 1 se presentan los principales instrumentos de CC que se aplican en los siete países desarrollados seleccionados, y en el Cuadro 2 algunos indicadores de desempeño.

A. El mix público-privado (o ¿quién implementa las medidas?)

En una primera aproximación se pueden identificar dos casos en los extremos de un continuo: un sistema de salud en que prevalece la financiación y la provisión privadas, como el de Estados Unidos, y otro en que ambos son predominantemente públicos, como en el Reino Unido.

En el primer caso, los protagonistas de las medidas de CC son múltiples actores privados (las MCO y PBMC). La autoridad pública, en tanto asegurador para ciertos grupos focalizados, aplica sus propias medidas de CC o bien “subcontrata” a estas

²¹ *Los pacientes pueden reducir su gasto en medicamentos con el uso de distintas tácticas: buscar la sustitución del medicamento prescrito por versiones más baratas, incluyendo genéricos y versiones OTC; recortes o ajustes en las dosis y búsqueda de descuentos en las farmacias.*

entidades. En el segundo, es la propia autoridad pública quien se involucra directamente en la implementación de políticas de CC sobre el conjunto de los actores.

¿Qué garantiza que las medidas de CC serán adecuadamente implementadas, resguardando el interés del paciente? Con la salvedad de recordar que son estilizaciones, en un caso se confía prioritariamente en la responsabilidad privada, cuyo eje es la elección del propio consumidor. La competencia entre dichas instituciones garantizará, por ejemplo, que los ahorros devenidos de medidas de CC se transfieran al consumidor. El mismo principio también garantiza que el médico no acepte condicionamientos a su práctica profesional que no haya acordado previamente. Una responsabilidad de tipo pública prima en el segundo caso: se confía que el proceso político, las elecciones y la representación de distintos actores, entre otros, garantizarán que las medidas de CC no menoscaben una cierta noción de bien público que prevalece en esa sociedad.

Podemos tomar el caso alemán como una situación intermedia dentro del continuo planteado. La financiación es de origen público, la gestión está a cargo de instituciones privadas sin fines de lucro y la provisión es mixta. Las asociaciones gremiales, en particular las de médicos y fondos de salud, protagonizan las medidas de CC (Schneider, 1994; Marx, 2000). En general, se alcanzan políticas nacionales de CC homogéneas a partir de acuerdos entre estas organizaciones.

Respecto de quién implementa las medidas de CC, aún cabría otra importante distinción en relación con la distribución de responsabilidades entre la autoridad pública central y las entidades subnacionales. Finalmente, si bien se han descrito situaciones estilizadas asociándolas a distintos países, en la práctica se trata más bien de escenarios y lógicas que conviven en cada caso empírico.

CUADRO 1: PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE CC EN MEDICAMENTOS. PAÍSES DESARROLLADOS SELECCIONADOS

	JAPÓN	ESTADOS UNIDOS	FRANCIA	ALEMANIA	CANADÁ	REINO UNIDO	AUSTRALIA
Industria	<ul style="list-style-type: none"> - Lista negativa - Control precio 	<ul style="list-style-type: none"> - Descuento obligatorio y precio de referencia para Medicaid¹ - Múltiples instituciones privadas utilizan listas 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista positiva - Control de precio (trasladándose a volúmenes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Listas negativas - Precio de referencia (clases amplias 66% del mercado²) 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de precio sólo de productos con patentes - Listas por provincia y precio de referencia en algunas³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista negativa - Control de beneficiarios⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista Positiva (costo-efectividad) - Control de precio - Introducción de precio de referencia
Farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Predomina médico como dispensador 	<ul style="list-style-type: none"> - Sustitución permitida - Muy desarrolladas nuevas formas de intermediación 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de sustitución - Control de márgenes 	<ul style="list-style-type: none"> - Sustitución permitida - Control de márgenes 	<ul style="list-style-type: none"> - Sustitución permitida en algunas provincias 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de sustitución - Control de márgenes 	<ul style="list-style-type: none"> - Sustitución permitida⁵
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Guías como información (limitada) 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías como información - MCO establecen guías con sanciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías negativas obligatorias con sanciones (teóricas) - Presupuestos globales 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías negativas obligatorias con sanciones - Presupuestos por región 	<ul style="list-style-type: none"> - No Guías en el ámbito federal, pero muchas provincias la tienen 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías como información⁶ - Presupuestos por médico 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías como información
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Monto fijo - Ponderadores por beneficiario - Tope para gastos en salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Montos fijos en OMC, contra copagos más deducible en seguros tradicionales⁷ - Monto fijo en Medicaid⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje del precio del medicamento de acuerdo al tipo (35% a 65%). - Ponderadores por beneficiario - Reaseguro compensa copago 	<ul style="list-style-type: none"> - Monto por tamaño de la paquete con exenciones - Más precio de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de las provincias utiliza una combinación de copagos y deducibles⁹, también precio de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Monto fijo, ponderadores por beneficiario - Más precio de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monto fijo, ponderadores por beneficiario - Más precio de referencia.

1) Al estar este descuento conectado con el conseguido por el mejor comprador se ha argumentado que tuvo un efecto negativo para éstos. Precio de referencia se limita a equivalentes estrictos. Medicaid sólo cubre alrededor de un 17% del mercado. 2) Desde 1989. Hoy cubre el 66% del mercado global. No se limita a equivalentes estrictos, también abarca sustitutos terapéuticos. 3) La política de medicamentos depende de las provincias. 4) La tasa de retorno objetivo se estableció entre un 17% y un 21% de beneficio sobre el capital empleado con un margen de tolerancia del 25% y un sistema de permisos, como I&D. Incluye un tope para gastos de promoción. 5) Introducida en 1994. Si se trata de medicamentos bioequivalentes, no se requiere la autorización del médico. 6) El recientemente creado NICE (National Institute for Clinical Excellence) establece estas guías de acuerdo con la mejor evidencia disponible. 7) Se estima que el 60% de las ventas en farmacia es cubierta por un tercer pagador en alguna medida. 8) Medicare no incluye medicamentos ambulatorios, pero pueden ser cubiertos si se opta por una MCO. 9) Más del 88% de los canadienses tiene cobertura, el 62% planes privados, el 19% planes provinciales, el 7% está bajo ambos sistemas: cobertura universal en Alberta, Columbia Británica, Québec y Saskatchewan. 10) Amplias exenciones. En 1995, el 16% del total de las prescripciones contó con un cargo por prescripción (un 22% en términos del valor total de las prescripciones)

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA BASÁNDOSE EN FREUND (2000), HUTTON (1999), SALTMAN (1998), JACOBZONE (2000), DAVIS (1999) Y NERA (1999). TAMBIÉN, PARA ALEMANIA, MARX (2000); PARA AUSTRALIA, HALL (2000); PARA CANADÁ, NAYLOR (1999); PARA ESTADOS UNIDOS, KUTTNER (1999); PARA FRANCIA, PELEN (2000); PARA JAPÓN, ILEGAMI (1999) Y PARA REINO UNIDO, ENTHOVEN (2000).

CUADRO 2: TIPO DE SISTEMA Y ALGUNOS INDICADORES DE DESEMPEÑO. PAÍSES DESARROLLADOS SELECCIONADOS

	JAPÓN	ESTADOS UNIDOS	FRANCIA	ALEMANIA	CANADÁ	REINO UNIDO	AUSTRALIA
Tipo de sistema de salud	Seguro social y tributación Provisión mixta	Seguros y proveedores privados Seguro público focalizado.	Seguro social Provisión mixta	Seguro social Provisión mixta	Pagador público predominante Provisión privada	Pagador y proveedores públicos predominante	Pagador público predominante Provisión mixta
Gasto total en salud s/PIB (%) 1997	7,3	13,5	9,6	10,4	9,0	6,7	8,4
Gasto en salud per cápita (US\$ PPA) 1997	1.741	3.925	2.051	2.339	2.095	1.347	1.805
Gasto público en medicamentos/gasto total en medicamentos (%) 1996	65,9	14,5	61,4	72,7	36,0	63,3	49,5
Gasto en medicamentos per cápita (US\$ PPA) 1996	349	344	337	289	258	218	202
Gasto total en medicamentos/ PIB (%) 1996	1,5	1,2	1,6	1,3	1,2	1,1	1,0
Gasto en medicamentos/gasto en salud (%) 1996	21,2	9,4	16,8	12,3	13,6	16,1	11,6
Genéricos ¹	Poco importante	Alto	Poco importante	Alto	Alto	Muy Alto	Alto

1) Para los años 1996-1997. Alto significa en torno al 40% en volumen. Muy alto en el caso británico, significa entre 50% y 70%. Poco importante, en el caso francés significa entre 3% y 8%, más recientemente. No se tiene información cuantitativa del caso japonés y australiano. Basándose en Jacobzone, S. (2000), pág. 22-23.

FUENTE: DATOS DE OECD HEALTH DATA, 1998 Y 1999, CITADOS POR ANDERSON Y POUILLIER (1999), Y JACOBZONE (2000).

B. Diferencias en los énfasis (o ¿sobre quién se aplican las medidas?)

Existen también importantes diferencias respecto de los énfasis sobre los actores a quienes se dirigen las medidas de CC. El énfasis exclusivo en la industria, mediante un estricto control de precios, que fue la regla en los países de Europa Occidental, en la última década se ha complementado con medidas dirigidas a otros actores. Sin embargo, ésta continúa siendo la opción predominante en el caso de Japón, cuyas medidas de CC sobre el paciente son menos importantes, en tanto que prevalece el médico como dispensador, un esquema más bien contrario a la CC (Ikegami y Campbell, 1999) ²².

El hecho de que la financiación y la provisión continúen siendo predominantemente públicas, como en el Reino Unido, es tal vez lo que le ha permitido poner más énfasis en las medidas de CC sobre el médico (esquema de incentivos, sistema de información, entre otros) y menos en otros actores, en particular en el paciente (piénsese, por ejemplo, exclusiones en los copagos)²³. Cuando la provisión privada tiene mayor importancia, las medidas de CC sobre el médico, incluso las más severas, no son inadmisibles (por ejemplo, los presupuestos aplicados en Alemania o Francia), aunque suelen ser más problemáticas (Tuff, 1999).

La opción de relajar el poder de prescripción del médico al habilitar al farmacéutico a sustituir, junto con alinear los incentivos del sistema de reembolso para favorecerlo, podría plantearse como el énfasis principal del caso alemán entre los sistemas con financiación pública predominante, aunque se difunde con rapidez en todos los demás.

La estrategia de Australia parece descansar en una cuidadosa selección de aquellos medicamentos que serán cubiertos por la financiación pública, lo que actúa a la vez sobre la industria, el médico y el paciente (Hall, 1999; Podger, 2000).

En Estados Unidos, las MCO justamente ofrecen relajar las medidas de CC sobre el paciente, a cambio de establecerlas para el médico, el farmacéutico y la industria. En cambio, los seguros tradicionales, o en el caso de las personas sin cobertura, el peso

²² Nos referimos a medidas de CC en medicamentos. Respecto de la salud en general, el control de los honorarios médicos y la manipulación de los precios relativos de los distintos servicios se ha descrito como exitosa en función de lograr una cobertura universal a uno de los costos más bajos de los países industrializados.

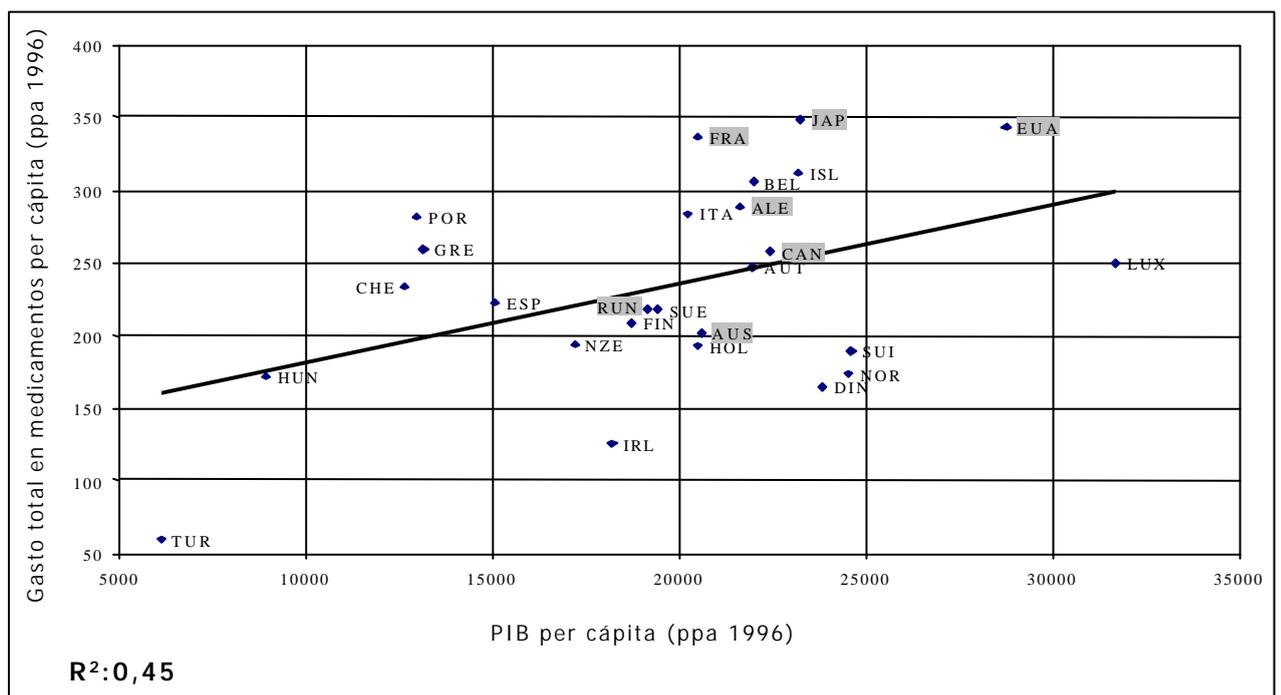
²³ Las medidas de CC sobre la industria no se pueden considerar laxas si permiten precios que se ubican entre los más altos de Europa (Bloor, 1996).

de la CC descansa en el paciente. Además, un ambiente más desregulado parece haber favorecido el desarrollo de formas innovadoras de intermediación, como las PBMC, reduciendo los costos asociados a la misma.

C. Diferentes desempeños

Existen importantes diferencias en el gasto per cápita en medicamentos entre los distintos sistemas, aunque menos notorias que las observadas en el gasto en salud. Ello se refleja a su vez en la importancia relativa del gasto en medicamentos sobre el gasto total en salud.

GRÁFICO 1: RELACIÓN ENTRE GASTO TOTAL EN MEDICAMENTOS PER CÁPITA Y PIB PER CÁPITA, 1996. EN US\$ PPA.

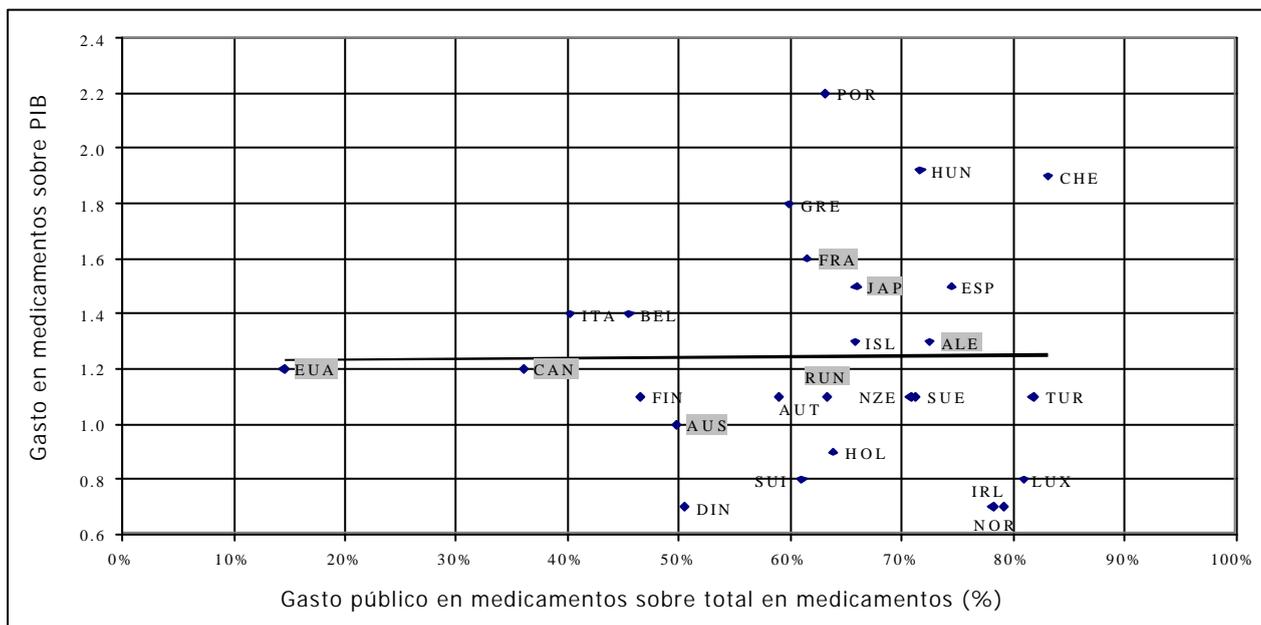


FUENTE: JACOBZONE (2000).

Sólo una parte de las diferencias en el gasto se pueden explicar por diferencias en el ingreso per cápita. Jacobzone (2000) encuentra que tal relación es más fuerte y crece entre 1990 y 1996, si se calcula sobre la base del tipo de cambio corriente. Lo contrario sucede si se ajusta por Paridad de Poder Adquisitivo. Sin embargo, una parte importante de las diferencias obedece a otras variables, entre ellas el desempeño de las medidas de CC²⁴.

La importancia de la cobertura pública no parece asociarse a un mayor gasto farmacéutico, lo que puede indicar que las medidas de CC utilizadas en esquemas públicos, en nuestro caso los “modelos” de Reino Unido y Australia, han sido especialmente exitosas para desincentivar el consumo innecesario y resguardar, a la vez, el acceso equitativo.

GRÁFICO 2: RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN MEDICAMENTOS COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN MEDICAMENTOS Y EL GASTO TOTAL EN MEDICAMENTOS COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1996



FUENTE: JACOBZONE (2000).

²⁴ Existe una importante cantidad de variables que podrían explicar diferencias en el gasto sin estar relacionadas con las medidas de CC (una buena parte se vincula con la dimensión epidemiológica). Además, hay diferencias culturales en torno al consumo y, especialmente, a las pautas de prescripción, las que a su vez podrían (o no) estar relacionadas con medidas de CC.

La gran magnitud del mercado de genéricos en el primer caso aparece como la variable candidata para explicar, en alguna medida, la diferencia, y nos devuelve a la importancia de las medidas de CC sobre el médico. En el caso australiano, como se ha sostenido, la cuidadosa selección de aquellos medicamentos que cubrirá la financiación pública, lo que en un sentido actúa a la vez sobre la industria, el médico y el paciente, parece ser parte de la causa²⁵.

²⁵ *Es interesante notar que tal selección no es contrarrestada por terceros pagadores privados como, por ejemplo, en el caso de Francia. La participación de los seguros privados no es insignificante, pero se han desarrollado mayormente en servicios de internación complementarios a los cubiertos por el seguro público universal.*

III. EL CASO CHILENO

La problemática de los países de menor desarrollo relativo, como los de nuestra región, suele ser más compleja al incorporar a los temas de CC cuestiones relacionadas con el acceso inequitativo y la calidad deficiente, en contextos de restricciones de recursos económicos bastante más severas.

Por otra parte, en la última década dos políticas en dirección opuesta han alterado sustancialmente el escenario de los costos de medicamentos en la región. Por un lado, la desregulación del mercado, en especial lo relativo a sus precios, inserta en un conjunto más amplio de reformas del régimen económico. Por el otro, la profundización de la protección de los derechos de propiedad intelectual, y en especial, las patentes de invención, con lo que nuestros países han acordado incorporar los estándares imperantes en los países más desarrollados.

En este contexto, el análisis del caso chileno, un país pionero en ambos aspectos, permitirá profundizar en algunas de las medidas de CC y las problemáticas asociadas.

Para ello se describen los principales rasgos del Sistema de Salud chileno, específicamente aquellos vinculados con mecanismos o instancias orientadas al CC en medicamentos. En este análisis se describen las principales ventajas y desventajas de este esquema, y las medidas recientemente desarrolladas por la autoridad pública para su funcionamiento.

1. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE Y EL SISTEMA DE MEDICAMENTOS

El sistema de salud chileno se puede caracterizar como un sistema dual, donde coexisten dos subsistemas²⁶: uno público (en adelante SPS) y uno privado, gestionado por las Instituciones de Salud Previsional (en adelante Isapre). En ambos casos, parte del financiamiento proviene de contribuciones obligatorias al trabajo (7% del ingreso), y cerca del 50% en el SPS proviene de impuestos generales (SSS, 1998). Las Isapre

²⁶ Existen otros dos subsistemas de salud que no serán abordados en este estudio: un sistema especial para las FF.AA. y de Orden, que cuenta con sus propias instituciones prestadoras y cubre al 3% de la población. Luego, un régimen de aseguramiento específico contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, financiado con aporte de los empleadores y gestionado en forma predominante por las mutualidades de empleadores, corporaciones de derecho privado sin fines de lucro, que también cuentan con su propia red de establecimientos prestadores (Mideplan, 1998; SSS, 1997).

también captan contribuciones voluntarias para el acceso a mejores planes, lo que representa un 15% de su financiación. Los cotizantes pueden elegir afiliarse a uno u otro sistema.

De una población total de 14,6 millones, el SPS cubre al 60% de los afiliados. Un 40% de se clasifica como Grupo A o "indigente" ²⁷ y no cotizan (Mideplan, 1998). Por su parte, las Isapre cubren al 26% ²⁸ de la población de relativamente mayores ingresos y menor riesgo. Alrededor del 10% de la población no está afiliada a ningún sistema ²⁹.

Respecto de la provisión, cada subsistema utiliza básicamente su propia red de prestadores públicos y privados, respectivamente. Sin embargo, hay ciertas conexiones. Por un lado, los beneficiarios del SPS, excepto los del Grupo A, tienen la opción de utilizar la atención de prestadores privados adscritos al SPS a través de la compra de bonos (modalidad libre elección, MLE). La MLE representó cerca de un 15% del gasto para 1997. A su vez, los beneficiarios de las Isapre pueden utilizar el sistema público ³⁰, en virtud de un convenio de su Isapre con la institución o con el pago directo de la prestación.

Ello no agota la interrelación entre estos dos subsistemas. Por ejemplo, un tema que ha generado importante debate es la cobertura de eventos catastróficos en el sistema privado, por la existencia de una suerte de seguro catastrófico brindado "de hecho" por el SPS en forma universal (Díaz et. al., 1995).

En 1997, el gasto en salud total en Chile se estimaba en torno al 7% de su PIB ³¹, el del SPS en 2,8% y en 1,8% el de las Isapre (Fonasa, 1999; Superintendencia de

²⁷ Los beneficiarios del SPS se clasifican en cuatro grupos (A, B, C y D) de acuerdo con su nivel de ingresos. La clasificación en el Grupo A no corresponde a la definición sociológica de indigente. Un 8% de las personas cubiertas por el SPS están por debajo de la línea de indigencia y un 22% entre ésta y la de pobreza de acuerdo con la encuesta Casen 1998.

²⁸ Esta fue la cobertura de las Isapre mantenida relativamente estable durante el quinquenio 1994-1998. No obstante, en el contexto de la desaceleración del crecimiento económico, en 1999 esta cobertura descendió al 22% de la población.

²⁹ Este grupo se distribuye en forma relativamente homogénea a través de los distintos quintiles de ingreso. Se asocia, en parte, a problemas del mercado laboral: un 35,8% del total de los ocupados declaró no cotizar en ningún sistema.

³⁰ Según la encuesta Casen (1998), el 26,2% de los partos de beneficiarios de Isapre, el 21% de los días de hospitalización, el 20,4% de los controles y consultas, así como el 18% de las cirugías se realizaron en establecimientos públicos.

³¹ Además del gasto del SPS y de las Isapre, el gasto total incluye el sistema especial para FF.AA y de Orden, el gasto de las mutuales del régimen de accidentes del trabajo y los gastos "de bolsillo" de las personas por pago directos, copagos y gasto en farmacia (Figueroa, 1998).

Isapre, 1999). Ese mismo año, el gasto en medicamentos ascendía a unos US\$ 765,6 MM³², lo que significa un 1% de su PIB y que corresponde al 14,4% del total de su gasto en salud. El gasto per cápita alcanza a los US\$ 52.

Tanto el SPS como las Isapre cubren, en forma variable, medicamentos intrahospitalarios. La cobertura de medicamentos ambulatorios en ambos sistemas está menos desarrollada (Miranda, 1995; Copetta, 1998).

En el caso de las Isapre, cuando se trata de consumos ambulatorios de medicamentos, sólo las Isapre cerradas³³, las de mayor tamaño o cuyo mercado objetivo son los trabajadores de rentas altas, ofrecen algún grado de cobertura³⁴.

El SPS incluye medicamentos entregados en atención primaria como parte de la atención de salud y forman parte de un arsenal farmacológico básico³⁵. La norma establece que lo mismo debería suceder en la atención secundaria ambulatoria, pero se cumple sólo parcialmente.

Se estima que en 1997 el gasto en medicamentos del SPS fue de alrededor de US\$ 8 promedio por beneficiario³⁶, mientras que las Isapre abiertas –excluido el gasto en

³² De acuerdo con la Consultora IMS, el mercado total de venta vía farmacias representaba US\$ 542,8 MM valorado a precios de laboratorio. Para llegar al gasto total en medicamentos hay que agregar a la cifra citada a) el gasto institucional, que representaba, según la misma fuente, un 16% del total (US\$ 103,4 MM), y b) los márgenes de comercialización que de acuerdo con Jofré (2000) representan un 22% (US\$ 119,4 MM). La cifra total es de US\$ 765,6 MM, de donde se calculó el porcentaje sobre PIB y el gasto per cápita. No se consideran en este cálculo los impuestos al valor agregado.

³³ Se trata de Isapre cuya afiliación no es abierta sino laboral. Cubren a un 5% de los afiliados a las Isapre.

³⁴ El diario El Mercurio publicó cifras que ubican esta cobertura en torno al 15% a 20% de los beneficiarios de Isapre (por que se incluye en su plan de salud, lo ofrece la empresa en que trabaja o por seguros complementarios). Sin embargo, se desconoce la fuente o metodología para arribar a tal estimación (08/05/2000).

³⁵ Cada centro de salud maneja su propia lista, de aproximadamente un centenar de medicamentos, y la mayoría ya estaba incluida en el Formulario Nacional de 1969 (Segovia, 1996).

³⁶ De acuerdo con el Boletín Estadístico de Fonasa (1999), el gasto en medicamentos, prótesis y material quirúrgico del SPS fue de US\$ 135 millones en 1997. De acuerdo con información suministrada por funcionarios de la institución, algo más de la mitad correspondería específicamente a medicamentos, de donde se estima el gasto por beneficiario.

medicamentos ambulatorios– gastaron entre US\$ 8 a 10 por beneficiario ³⁷. En líneas gruesas, los gastos “de bolsillo” en medicamentos representan un 80% del gasto total ³⁸.

2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS ACTORES Y MEDIDAS DE CC DETECTADAS

A. La industria

a) Laboratorios Chile y el Formulario Nacional

Existen dos rasgos sobresalientes respecto de la industria que están fuertemente asociados: la presencia de una industria nacional predominante y la importancia del mercado de genéricos. Estos rasgos remiten a la elaboración de un Formulario Nacional a fines de los '60, en línea con lo que posteriormente la OMS denominaría “medicamentos esenciales”, y el encargo de su producción a Laboratorios Chile, que hasta 1988 fue una empresa pública.

A raíz de dicha política, las firmas nacionales pasaron de controlar del 17% a más del 31% del mercado (desde el punto de vista del valor) hacia mediados de los '80 (Jofré, 1986)³⁹. Laboratorios Chile, en particular, incrementó su participación desde el 5% al 12% en el mismo período y se convirtió en la principal firma del mercado, liderazgo que mantiene en la actualidad⁴⁰.

³⁷ En 1994 el gasto en medicamentos hospitalarios por asegurado de Isapre abiertas fue de US\$ 11,2, y el copago promedio de 27,8%, de lo que resultaría un gasto para las Isapre por asegurado de US\$ 8,1. Si se ajusta dicha cifra por la evolución del costo operacional sobre el de los beneficiarios entre 1994 y 1997, el resultado es US\$ 9,9 – sin considerar Isapre cerradas, ni cobertura de gastos ambulatorios– (Copetta et. al. 1998). De acuerdo con el mismo estudio, y sobre la base de una encuesta realizada en 1997, el gasto promedio en medicamentos ambulatorios de los beneficiarios se estimó en US\$ 64,4. Es decir, que el gasto total promedio en medicamentos de los asegurados en Isapre abiertas ascendería a US\$ 78,1.

³⁸ Esta estimación es coherente con la información de la V Encuesta de Presupuesto Familiar 1996-1997 del INE. Según ésta, el gasto promedio anual en medicamentos por persona –una vez descontado el IVA– ascendería a US\$ 42; es decir, 80% del gasto per cápita estimado. De acuerdo con la misma encuesta, los medicamentos absorben un 30,2% del presupuesto familiar dedicado a salud, el que a su vez representa un 5,5% del gasto total.

³⁹ La evolución en la participación de las firmas será discutida en la sección 3.3.

⁴⁰ Al tomar el promedio de los doce meses móviles a junio de 1999, su participación es de 13,2% (en valor) y 27,5% (en unidades), lo que da cuenta de cerca de la mitad del mercado de genéricos tanto en unidades como en valores, los que –a su vez– componen poco más de tres cuartos de su cartera (en unidades). Laboratorios Chile, 1999.

CUADRO 3: PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO EN FUNCIÓN DEL VALOR DE CORPORACIONES SEGÚN ORIGEN DEL CAPITAL (EN PORCENTAJE)

Corporaciones	AÑOS			
	1967 - 1969	1982 - 1984	1990	1999
Nacionales	17,1	31,4	46,3	55,1
Internacionales	82,9	68,9	53,7	44,9

* Mercado de venta por farmacias. Los datos de 1990 y 1999 corresponden al promedio de doce meses móviles a junio de esos años.

FUENTE: JOFRÉ (1986, PÁG. 41) E IMS.

La configuración oligopólica típica a escala internacional y que las subsidiarias de las empresas multinacionales suelen reproducir en los mercados menos desarrollados fue relativamente desafiada por las empresas nacionales productoras de genéricos a precios sensiblemente inferiores. Actualmente, el segmento de medicamentos genéricos representa cerca de un 40% del mercado total (en unidades) y en torno a un 10% del valor. Su precio promedio es casi cuatro veces inferior al del conjunto.

A escala local sólo se producen los medicamentos finales ya que no se ha desarrollado la producción de materias primas (principios activos). Incluso, parte de la producción de medicamentos finales es importada; en particular todo lo que comercializan las firmas internacionales porque éstas han centralizado su producción en los mayores mercados de la región en la última década⁴¹.

b) Compras agregadas en el Subsistema Público

El SPS practica compras por volumen para la demanda de hospitales, centros de salud y determinados programas especiales del Ministerio de Salud, a través de una entidad especializada: la Central Nacional de Abastecimientos (Cenabast). De acuerdo con estimaciones de directivos, esta institución obtuvo precios un 10% menores, en

⁴¹ En 1997 se importaron unos US\$ 173 millones en productos farmacéuticos para uso humano, cifra que puede estar levemente sobrestimada debido a la inclusión de algunos productos de uso quirúrgico u odontológico no medicamentosos. Banco Central de Chile, Departamento de Comercio Exterior.

promedio, de los que obtendría el hospital si comprara en forma descentralizada ⁴². Se estima que en la actualidad alrededor de un tercio de las compras de fármacos e insumos médicos del sector se realizan por esta vía ⁴³.

En años recientes la Cenabast introdujo una operatoria innovadora. En la modalidad original, se realizaba la compra basándose en estimaciones de demanda y acumulación de grandes inventarios para luego venderlos. En la nueva modalidad, los hospitales y consultorios determinan sus requerimientos mediante una programación semestral. El organismo acumula la demanda por producto y llama a licitación por grandes volúmenes con entregas mensuales programadas. Este sistema reduce pérdidas por sobreinventarios de productos y minimiza el empleo de grandes volúmenes de recursos físicos y financieros.

Ello ha permitido reducir sustancialmente sus márgenes de intermediación. El margen de intermediación de la nueva modalidad en 1997 fue del 7%, contra 19% de la modalidad tradicional en 1993.

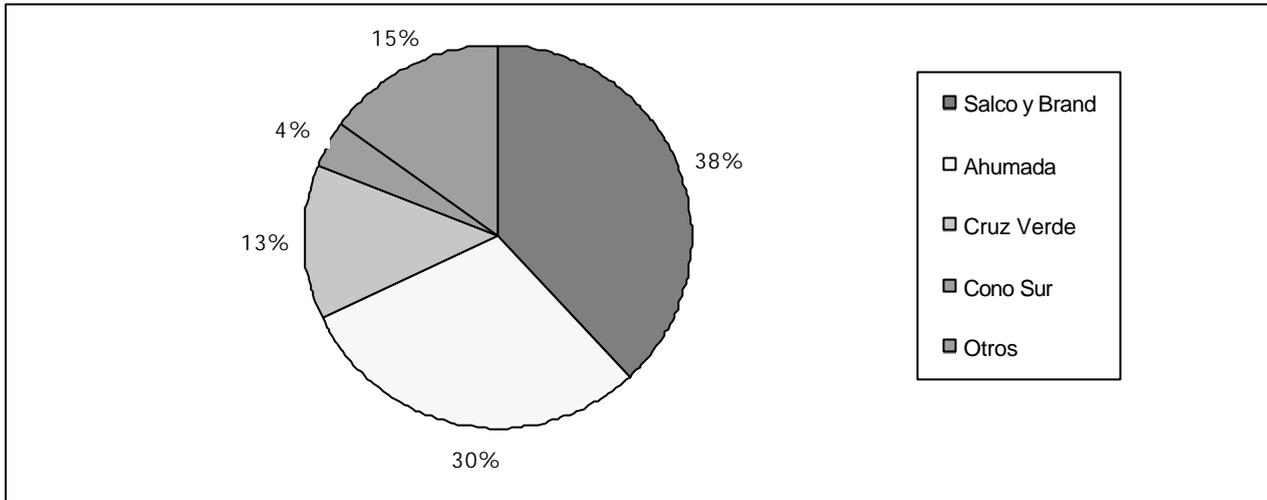
B. El farmacéutico

Uno de los rasgos centrales respecto de la distribución es la importante concentración del sector en grandes cadenas farmacéuticas. Gracias a una fusión reciente, sólo tres cadenas concentran más del 80% del mercado (ver Gráfico 3). En principio, tal organización permitiría ahorro de costos, ya que las cadenas evitan el paso por intermediarios mayoristas y consiguen importantes descuentos de cara a la industria por el volumen de compra que manejan. Un acuerdo colusivo, sin embargo, evitaría que tales beneficios se transfieran al paciente/consumidor.

⁴² Entrevistas realizadas a Carlos Jaque Araya, Domingo Delgado Toro y Antonio Alvear, director, jefe de intermediación y ex funcionario de la institución respectivamente, noviembre de 1999.

⁴³ Las ventas totales de la Cenabast totalizaron US\$ 39 millones en 1997, excluidos los programas especiales del Ministerio de Salud (Cenabast, 1999). Esta cifra representa un 28,7% del gasto total del SPS en medicamentos, prótesis e insumos médicos, que es la canasta que más se acerca al tipo de productos transados por la Central, aunque no es perfectamente equivalente. Este cálculo permite una aproximación a la incidencia del organismo (aunque dependiendo de las características de los mercados donde opera, una estimación cualitativa de su incidencia podría ser mayor). Ello también podría explicar el orden de magnitud de los descuentos obtenidos, además de los precios bajos de los medicamentos genéricos que presumiblemente constituyen la mayor parte del consumo en el SPS.

GRÁFICO 3: PARTICIPACIÓN DE LAS CADENAS EN MERCADO DE VENTA EN FARMACIAS, 2000. EN PORCENTAJE



FUENTE: DIARIO *EL METROPOLITANO* (8/1/00).

De acuerdo con un estudio reciente, los márgenes de comercialización, sin embargo, no superarían el 22% (Jofré, 2000). Esto implicaría, incluso, una reducción respecto de estimaciones anteriores (Miranda, 1995).

Algunos desarrollos recientes, como la creación de una Administradora de Beneficios Farmacéuticos creada por Farmacias Ahumada, podrían anticipar un escenario en que las farmacias absorbieran parte del riesgo en la cobertura de medicamentos ambulatorios. En cualquier caso, el peligro de colusión no es menor y, de hecho, registra ciertos antecedentes⁴⁴.

Otra característica relevante del esquema chileno, y que presumiblemente ha jugado un papel importante en el desarrollo del mercado de genéricos, ha sido la capacidad del farmacéutico para sustituir. Esta característica no obedece a una regulación explícita, sino más bien a la debilidad de la receta médica como exigencia para el expendio, lo que a su vez trae consecuencias para la automedicación y que se abordarán más adelante.

⁴⁴ En 1993, el ingreso de la cadena Cruz Verde a la zona metropolitana con una fuerte campaña de promoción originó la reacción de precios de las demás cadenas para intentar detenerla y, posteriormente, un acuerdo entre todas para elevar los precios y recomponer las tasas de ganancia afectadas por la "guerra" anterior. Este comportamiento fue sancionado por la Comisión Antimonopolios (Resolución N° 432 de 1995).

No existe regulación del margen de comercialización y, dado el escaso desarrollo de la cobertura ambulatoria, los incentivos del farmacéutico para sustituir pasan por el mayor margen que permiten los medicamentos genéricos respecto de las marcas, y la posibilidad de manejar un *stock* menor.

C. *El médico*

La política nacional más destacable es el Formulario Nacional, que se mantiene básicamente como una política de información. Esta ha sido históricamente apoyada por el gremio médico, posición que permanece en la actualidad, según entrevistas realizadas a dirigentes del Colegio Médico ⁴⁵.

De las mismas entrevistas y de estudios previos (ver Miranda, 1995) se desprende que en el SPS es prácticamente la norma recurrir a medicamentos contenidos en el Formulario en forma preferente. En la práctica individual, sin embargo, lo más frecuente es que los médicos prescriban el medicamento que juzgan más adecuado para el tratamiento, independientemente de su costo.

Mayor evidencia respecto de diferencias en las pautas de prescripción se analizará tras describir la estructura de incentivos y otras formas de influencia sobre la prescripción en uno y otro subsistema de salud.

En el caso del SPS, la situación predominante es la provisión directa: el gasto en medicamentos está controlado mediante el presupuesto ⁴⁶. No obstante, cabe mencionar la introducción de dos formas de pago asociadas a resultados:

⁴⁵ *Entrevistas realizadas a los médicos Juan Luis Castro y David Villena, vicepresidente y miembro de dicha institución, durante noviembre de 1999.*

⁴⁶ *En el SPS el grueso de los ingresos hospitalarios se fija vía presupuesto ajustado por actividad. El hospital factura por prestación de acuerdo con un arancel fijado anualmente. Sobre esta base se le asigna un presupuesto, dentro de cuyos ítemes fijos se encuentran, además de las asignaciones para el pago de personal, la asignación para medicamentos e insumos médicos. Según entrevistas realizadas con funcionarios del Ministerio de Salud, y dado que habitualmente esta partida está por debajo de los requerimientos, el hospital recurre a su capacidad de endeudamiento. La deuda actual por este concepto ascendería a US\$ 50 a 60 millones de acuerdo con declaraciones oficiales (Diario El Mercurio, 26 y 27 de septiembre de 2000). Además, el hospital tiene ingresos por prestaciones a particulares o a beneficiarios de Isapre, a beneficiarios del SPS que se atienden en MLE y copagos de asegurados del SPS en modalidad institucional (los ingresos operacionales representaron un 8% del total de los ingresos de los Servicios de Salud en 1997).*

- El PAD (Pago Asociado a Diagnóstico). El conjunto de los procedimientos e insumos – incluidos los medicamentos– necesarios para una intervención se valoran en conjunto. Sin embargo, esta forma de pago cubre actualmente sólo parte de las intervenciones realizadas en MLE.
- Las formas de transferencia per cápita; es decir, por número de beneficiarios adscritos a los consultorios de atención primaria municipalizados.

Respecto de la práctica privada, predominan las formas de pago por acción de salud, si bien se están desarrollando sistemas de “atención gestionada”. En general, cada Isapre ofrece tres grupos de planes: a) planes de tipo tradicional o de libre elección, en que el seguro no tiene relación con el prestador; b) planes con prestadores en convenio sobre la base de algún grado de descuento, pero sin mayor involucramiento del seguro con el prestador, y c) planes con un grupo cerrado de proveedores o también con sistemas de médico “portero”, con algún grado de transferencia de riesgo mediante formas de pago, o incluso provisión directa por parte de la Isapre.

En lo que respecta a los medicamentos ambulatorios, la injerencia de las Isapre en la supervisión de la prescripción es más bien incipiente. Por ejemplo, en Consalud, la Isapre con el mayor número de beneficiarios, se otorga algún grado de cobertura sin costo, siempre que la receta provenga de los médicos de sus propios centros de salud. De lo contrario, cuando se ofrece cobertura de medicamentos ambulatorios, la CC suele descansar en copagos, topes y listas.

Las diferencias en las formas de organización tienen consecuencias sobre la provisión de prestaciones. Estas diferencias involucran distintos usos de insumos, entre ellos medicamentos, aunque hacen referencia más bien al consumo “cerrado” o intrahospitalario.

Respecto del consumo ambulatorio, la mejor evidencia disponible de diferencias en las pautas de prescripción consiste en la tasa de emisión de recetas a partir de controles y consultas elaborada sobre la base de la encuesta Casen (1998)⁴⁷. Del total de controles y consultas en el período de referencia, un 73,5% comportó emisión de receta. Sin

⁴⁷ Este indicador presenta límites porque no indica el número ni el valor de los medicamentos recetados.

embargo, ello se verificó en el 71% de las consultas realizadas en establecimientos del SPS, contra un 78,7% en consultorios o clínicas privadas ⁴⁸.

D. El paciente

Dadas las características de cobertura descritas, la mayor parte del gasto en medicamentos recae directamente sobre el paciente. En el SPS, y al igual que para el resto de las prestaciones, los copagos varían según el nivel de ingreso (en función del cual se clasifica a los beneficiarios en cuatro grupos). La norma ⁴⁹ establece que:

- Los medicamentos entregados en Atención Primaria no generan copago.
- En consultorios de especialidades, los beneficiarios del Grupo A y B reciben medicamentos en forma gratuita, los del Grupo C cancelan el 10% del valor y los del Grupo D el 20%.
- En casos de hospitalización, el Grupo C tiene un copago del 40% y el D del 65%.

No obstante, se han informado deficiencias de cobertura y el no cobro de copagos. Con todo, se entregaron medicamentos en forma gratuita en el 56,3% de los casos recetados en controles y consultas, lo que representa una mejora respecto del 38,6% de 1990 (Mideplan, 1999). Este guarismo aumenta a 68,1% de los casos en los consultorios de atención primaria e, independientemente del establecimiento, aumenta conforme disminuye el nivel de ingresos, de acuerdo con la clasificación mencionada, desde 38% en el Grupo D a 71,1% en el grupo A (Casen, 1998) ⁵⁰.

En el caso de atención en MLE, sólo las prestaciones bajo PAD incluyen medicamentos. En este caso, en general el copago es del 60% sobre el valor total, pero varía según la prestación hasta un máximo de 86%. En la forma de pago tradicional, los aranceles de las prestaciones incluyen sólo insumos corrientes.

⁴⁸ La disparidad se mantiene al controlar por sexo, disminuye conforme aumenta el nivel de ingresos y en mayor medida respecto de la edad, y desaparece para grupos de más de 40 años.

⁴⁹ Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud, Ley N° 18.469 y Normas Técnico-Administrativas para la Aplicación.

⁵⁰ Como se mencionó, este indicador, recetas cubiertas en forma gratuita sobre el total de recetas, no informa ni el número ni el valor de los medicamentos en las recetas cubiertas y no cubiertas.

Respecto de las Isapre, la mayoría ofrece la cobertura para medicamentos ambulatorios como un beneficio complementario cuyas características típicas son: sobre un listado cerrado y en farmacias en convenio, con copagos del 20% hasta un tope de cerca de US\$ 500, y un costo de US\$ 5, con exclusiones para pacientes de uso crónico de medicamentos⁵¹.

Con respecto a la cobertura intrahospitalaria, existe una amplia variación en los copagos, dada la existencia de unos 8 mil planes diferentes, con variaciones tanto en los porcentajes de bonificación como en los topes máximos por prestación o grupo de prestaciones. De acuerdo con la clasificación realizada anteriormente se puede señalar que: a) en los planes de tipo tradicional, los copagos y topes juegan su mayor papel; b) con prestadores en convenio, se ofrecen coberturas más generosas, y c) los planes con grupo cerrado de proveedores o con sistemas de médico "portero" pueden llegar a eliminar los topes y, generalmente, establecen copagos fijos.

Según un estudio con datos de 1994, el promedio de copago para medicamentos intrahospitalarios en Isapre abiertas era de 27,8% (Copetta et. al., 1998).

3. DESEMPEÑO

A. Fortalezas: el mercado de genéricos

La mayor fortaleza del esquema chileno es la importancia del mercado de medicamentos genéricos, característica que en muchos países es objeto de numerosos esfuerzos. Esta característica tiene otras dos consecuencias deseables, precios promedio relativamente bajos y, por tanto, mejor acceso a los medicamentos. El siguiente cuadro presenta los precios promedios ex-fábrica para algunos países de la región.

⁵¹ Sobre la base de información suministrada por nueve Isapre abiertas que cubren el 90% del mercado. Los montos en dólares están redondeados y son los vigentes a agosto de 2000. Las dos Isapre de mayor tamaño ofrecen ciertos beneficios a todos sus afiliados sin costo extra, pero sólo en uno de los casos tiene alguna significación: además del listado reducido (unos 350 medicamentos) y topes bajos (US\$ 150), el copago llega a ser menor (50%) cuando se trata de medicamentos recetados en sus propios centros de salud y dispensados en sus propias farmacias. En el caso de Banmédica, donde también el beneficio es general, se trata sólo de descuentos: 4% en farmacias en convenio y 10% para medicamentos de un determinado laboratorio.

CUADRO 4: PRECIO* PROMEDIO DE MEDICAMENTOS EN US\$ Y CONSUMO EN UNIDADES EN ALGUNOS PAÍSES**LATINOAMERICANOS, JULIO 1998 - JUNIO 1999**

País	PRECIO PROMEDIO	UNIDADES POR 1000 HABITANTES
Argentina	10,1	12,0
Bolivia	4,5	1,7
Chile	3,3	12,5
Ecuador	3,4	9,2
Paraguay	3,8	6,1
Perú	5,8	2,9

*Precio ex fábrica, medicamentos de venta por farmacia.

FUENTE: JOFRÉ (2000), PÁG. 83-84.

Se trata de medicamentos de venta por farmacia –no incluye el mercado institucional– y los precios no incluyen márgenes de comercialización ni impuestos. Si se tiene presente que las unidades comerciales utilizadas como denominador pueden no representar exactamente lo mismo entre distintos países, se destaca que Chile exhibe precios promedios relativamente bajos y que el consumo en unidades es de los mayores del grupo, similar al de Argentina.

B. Debilidades: uso racional

Uno de los flancos débiles del esquema chileno es el uso racional de medicamentos, tema que recientemente ha generado un importante debate. De hecho, excepto para algunos medicamentos en que se requiere un procedimiento especial para prescripción y expendio (básicamente estupefacientes y sicotrópicos mediante "receta retenida" y "receta cheque"), por lo general el resto puede obtenerse sin receta médica.

Existen varios estudios que intentan dar cuenta de la importancia de este fenómeno. Basados en algún tipo de encuesta al farmacéutico, encuentran que éste diagnostica y prescribe con frecuencia, incluso en casos de pacientes pediátricos, y con mayor frecuencia en farmacias de sectores socioeconómicos medios y bajos, entre otros.

De acuerdo con Mideplan (1998, 1999), el porcentaje de personas que declaró no requerir atención, de aquellas que manifestaron haber tenido problemas de salud, ha ascendido de 7% en 1990, a 19,2% en 1996 y a 23,2% en 1998.

Se observó la variación de la auto-receta en relación con posibles variables explicativas utilizando para ello la encuesta Casen (1998). La sensibilidad de la variable respecto de la cobertura de algún subsistema de salud, el nivel de ingresos –variación más significativa entre el primer y último quintil– y zona urbano-rural de residencia, apuntan a problemas de acceso al sistema de salud como dimensión explicativa.

El porcentaje de auto-receta varía también por edad: es menor para los menores de 9 años, alcanza su máximo entre los 10 y los 39 años, y luego disminuye conforme aumenta la edad. En el primer caso, la auto-receta es responsabilidad de un adulto. El incremento para los jóvenes y adultos jóvenes podría relacionarse con diferencias en la percepción del riesgo. Por lo demás, la automedicación no parece responder a diferencias en los niveles de educación formal ni de sexo.

C. Amenazas

La evolución reciente de los precios promedio ex fábrica en dólares estadounidenses muestra que han crecido un 74,1% entre 1991 y 1999; es decir, un 9,7% promedio anual acumulado⁵². Estos cambios no responden únicamente a un aumento del precio de los productos existentes, y se podría considerar como indicador del ritmo de lanzamiento de nuevos productos y el correlativo cambio en la cartera de los existentes.

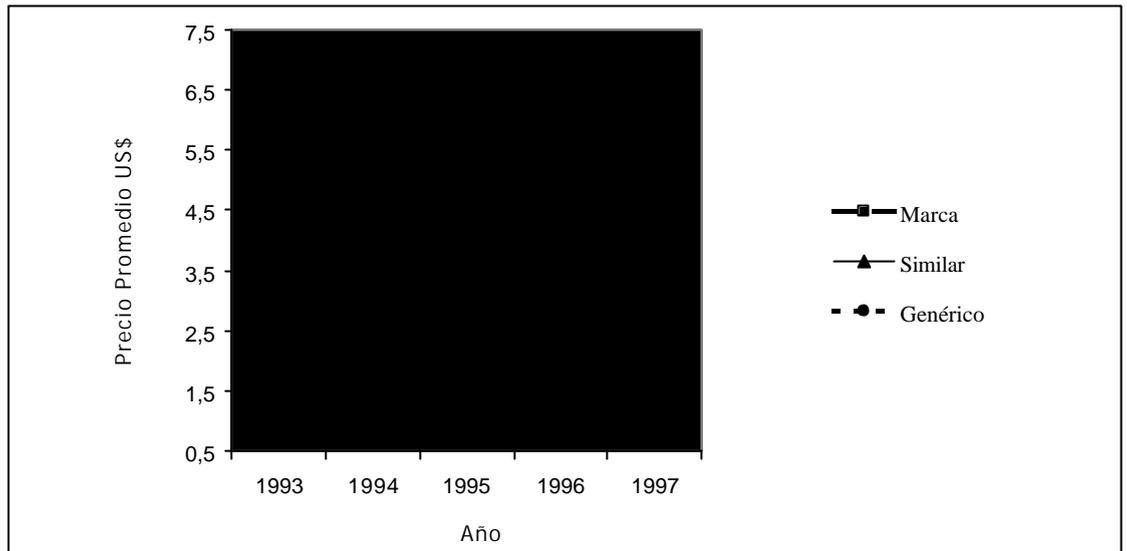
Los precios promedio, de todos modos, engloban segmentos bien diferentes. Como se aprecia en el Gráfico N° 5, en el segmento de genéricos la competencia es vía precios, y en el de marcas y similares –o genéricos de marca⁵³–, la competencia es por

⁵² Medido en dólares estadounidenses, hay una disminución del precio promedio desde 1998 que en buena medida responde a la apreciación de esta moneda respecto de la local en el período. La evolución del precio promedio en moneda local, en cambio, mostraría más bien una desaceleración de la tendencia ascendente.

⁵³ Es un medicamento comercializado con nombre de marca, pero no por la firma creadora del principio activo (se trata principios activos que ya no están protegidos por patentes, obtenidos de fuentes que no las respetan, o mediante una licencia del creador del producto). Sólo la primera y última de estas vías queda abierta a futuro, dada la legislación de patentes de productos aprobada por Chile en 1991. Como no tuvo efectos retroactivos, las firmas locales han introducido aceleradamente los medicamentos que la ley aún no cubre.

diferenciación, a través de gastos en promoción destinados a generar recetas médicas, principalmente.

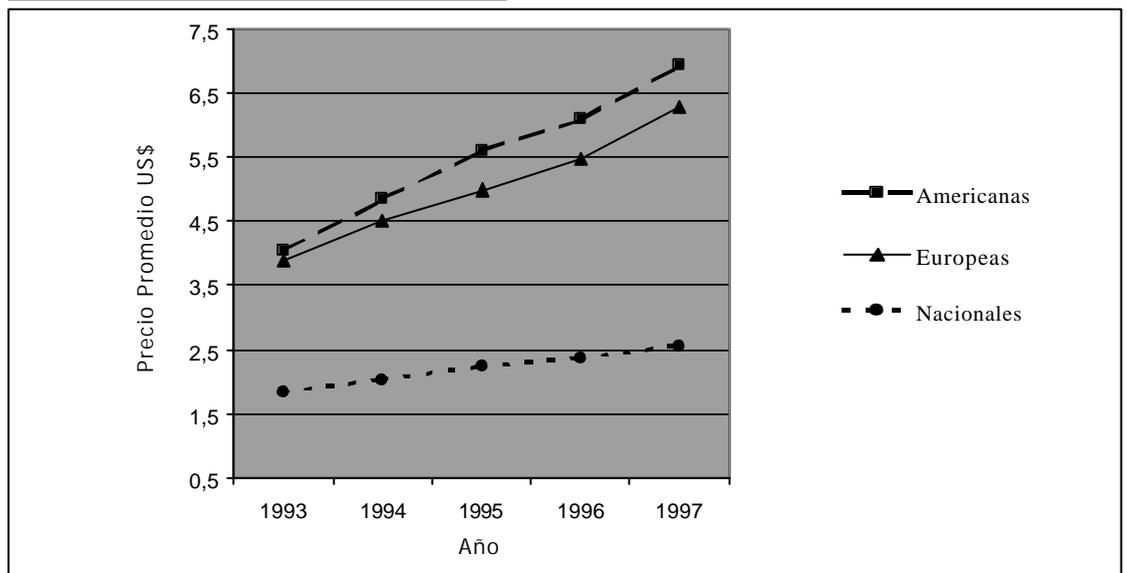
GRÁFICO 4: EVOLUCIÓN DEL PRECIO* PROMEDIO DE MEDICAMENTOS SEGÚN TIPO DE PRODUCTO, 1993-1997 (EN DÓLARES)



* Precio ex fábrica, medicamentos de venta por farmacia.

FUENTE: IMS.

GRÁFICO 5: EVOLUCIÓN DEL PRECIO* PROMEDIO DE MEDICAMENTOS SEGÚN ORIGEN DEL CAPITAL DE LA CORPORACIÓN, 1993-1997 (EN DÓLARES)



* Precio ex fábrica, medicamentos de venta por farmacia.

FUENTE: IMS.

Las firmas extranjeras se mueven fundamentalmente en el segmento de marcas y similares de mayor precio, mientras que las firmas nacionales en el de genéricos y genéricos de marca de menor valor.

No obstante, la evolución reciente marcaría la creciente importancia de los genéricos de marca en las estrategias de las firmas nacionales, de hecho, puede apreciarse como éstas recomponen su precio promedio. A ello se asociaría también un aumento en su participación, desde 49,3% en 1993 a 55,3% en 1997, en desmedro de las firmas extranjeras. En definitiva, podemos hablar de una creciente importancia de la marca y la forma de competencia unida a ella.

Los cambios en la ley de patentes agudizarán, aunque progresivamente, esta tendencia. La ley N° 19.039 de 1991 que extendió la protección de patentes a productos farmacéuticos⁵⁴, excluyó la protección de aquellos con patentes vigentes –aunque en desarrollo– en otros países al momento de su aprobación. Ésta es quizás la disposición más relevante para entender el período en estudio, ya que estableció un lapso de transición donde se continuó con la estrategia de copia de menor precio, característica de las firmas locales.

A pesar de la tendencia apuntada, en los últimos dos años y en forma paralela al desaceleramiento de la economía, se desacelera el crecimiento del consumo en unidades y las personas sustituyen por fármacos genéricos (los que aumentan su participación desde el punto de vista de su valor).

⁵⁴ Esta ley preveía un período de protección de 15 años. En línea con el acuerdo ADPIC (aspectos de propiedad intelectual relacionados con el comercio), un proyecto de modificación presentado en octubre de 1999 planea extender la protección a 20 años, entre otros ajustes.

4. MEDIDAS RECIENTES DEL GOBIERNO: FORMALIZACIÓN DE LA SUSTITUCIÓN

Se puede rastrear la entrada en la agenda pública del tema medicamentos al menos desde la Política de Medicamentos de fines de 1996 del Ministerio de Salud, definida en torno al problema de su uso racional. La medida más importante en este terreno, el Decreto N° 375, aún espera su aprobación definitiva⁵⁵ y es el resultado de acuerdos entre el conjunto de los actores convocados por el Ministerio a fines de 1998. Este acuerdo incluyó también una campaña contra la venta de antibióticos sin receta médica implementada desde 1999.

El decreto mencionado apunta a formalizar la posibilidad de sustitución de medicamentos. En lo sustancial prevé que:

- Ésta deberá ser supervisada por el químico farmacéutico de la farmacia.
- Estará limitada a equivalentes genéricos.
- El Ministerio determinara cuáles de estos medicamentos deberán probar su equivalencia mediante estudios.
- El médico puede restringirla mediante la frase "No Cambiar" en la receta. Además, las recetas deberán incorporar un timbre seco del Servicio de Salud correspondiente.

Además, restringe la posibilidad de los distribuidores de importar u ordenar la elaboración de medicamentos, excepto para OTC, lo que impide de esta forma la integración hacia atrás.

En suma, la medida intenta fortalecer el papel de la receta médica como medio de uso racional de medicamentos, y a la vez, conservar la posibilidad de sustitución, esencial a la existencia del mercado de genéricos.

⁵⁵ Se analiza el decreto tal como fuera enviado por el Ministerio a la Contraloría en mayo de 1999. Desde abril de este año ha vuelto al Ministerio sujeto a revisión (Diario La Tercera, 24/4/2000).

IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS DE POLÍTICA

Se ha descrito el sistema de salud chileno, específicamente los mecanismos o instancias que dicen relación con la CC en medicamentos. Luego, se argumentó cuáles serían, a nuestro juicio, las principales ventajas y desventajas de este esquema. Finalmente se presentó la respuesta reciente de la autoridad pública para su perfeccionamiento. A continuación, y a modo de conclusión, delineamos algunos puntos que debieran ser explorados para mejorar el presente esquema.

1. DE LA SUSTITUCIÓN

En nuestra opinión, el decreto en discusión apunta en la dirección correcta; es decir, legalizar la sustitución. Ello permitiría fortalecer la receta médica como instrumento clínico o asociado al uso racional, pero no como instrumento comercial. Se define qué es lo que constituye un medicamento equivalente, y cuáles serán los requerimientos para acreditar dicha equivalencia, basándose en antecedentes y/o estudios,. Se prevé, además, la participación del profesional competente en la sustitución. Todo ello apunta a mejorar la calidad de la sustitución que hoy existe.

Sin embargo, hay un problema de implementación relacionado, por ejemplo, con las exigencias de los estudios de biodisponibilidad para determinados medicamentos. Ello implica la necesidad del diseño de una implementación progresiva.

En el mediano plazo, sería interesante explorar el concepto de sustitución terapéutica en sentido amplio. A diferencia de la sustitución genérica, ésta puede significar cierta presión competitiva, incluso sobre los medicamentos protegidos con patentes.

2. CAUTELAR LA COMPETENCIA EN EL SECTOR DE DISTRIBUCIÓN

Como se vio, el grado de concentración en la distribución comporta riesgos no menores. El decreto mencionado ataca una de las dimensiones de este problema cuando restringe la posibilidad de las farmacias de importar o encargar la producción de medicamentos de venta bajo receta.

Existen fenómenos nuevos, como la creación de una farmacia virtual por una cadena menor, que en el mediano plazo podría implicar una contribución significativa a la competencia en el sector de la distribución. Internet implica reducir algunas de las barreras de entrada a este sector, como las asociadas a los costos fijos de infraestructura, administración e inventarios.

Tales desarrollos han motivado controversias recientemente (Diario *El Mercurio* 17 y 19 de agosto de 2000). Específicamente, la farmacia virtual fue acusada de venta de medicamentos sin receta. Ello no hace más que resaltar la necesidad de definir reglas explícitas de expendio y sustitución para el conjunto de los participantes.

3. DESARROLLO DE COBERTURA

La experiencia internacional muestra que en aquellos países donde la cobertura de medicamentos ya estaba extendida, el desarrollo de un mercado de genéricos sólo fue posible allí donde se generaron incentivos sobre médicos, farmacéuticos y pacientes para la sustitución.

En Chile, donde la cobertura es incipiente, podría utilizarse dicha experiencia para racionalizar la cobertura desde un inicio.

Varios especialistas han planteado la necesidad de definir un plan básico de cobertura universal en función de perfeccionar el sistema de salud, privado, público y su interacción (ver por ejemplo, Fisher 1996 y 1998; Baeza et. al. 1999, y Titelman 1999 y para una visión crítica, Aedo y Sapelli, 1999). Aunque la definición de qué prestaciones debería incluir un plan básico es problemática, en el ámbito de los fármacos hay una primera aproximación en el Formulario Nacional.

Un desarrollo de este tipo tendría algunas consecuencias deseables como fortalecer la receta médica⁵⁶, involucrar a las instituciones aseguradoras en el control de costos, generar un mayor poder de demanda de cara a las farmacias, y, en general, dar desde la

⁵⁶ *Ello es deseable si se supone el punto anterior, que la receta sólo se fortalece como instrumento clínico.*

demanda un impulso al sostenimiento del mercado de genéricos y a la competencia asociada a éste.

4. REFLEXIONES FINALES

Las características particulares del mercado de medicamentos, y del mercado de la salud en general, hacen que su dinámica espontánea no genere resultados óptimos. Uno de los síntomas más notorios de este fenómeno es el crecimiento exponencial de los costos en salud, que afecta la sustentabilidad de los esquemas de seguro públicos y privados, y, directa o indirectamente, al paciente.

Por ello, una de las dimensiones de la política de medicamentos debe apuntar a generar un esquema de incentivos sociales que contrapesen esta dinámica natural del mercado, y debiera lograrse sin ocasionar consecuencias perversas para otros objetivos deseables (como calidad, acceso, o uso racional de los medicamentos) Por ende, la forma de alinear los incentivos de los distintos actores no es trivial.

En el ámbito internacional, se han diseñado e implementado un conjunto amplio de instrumentos para estos fines, los que suelen presentar tensión entre distintos objetivos.

Algunos instrumentos tradicionales, como el control directo de precios, sobre todo en sus versiones menos sofisticadas, se prestan fácilmente a la manipulación.

Las políticas de información sobre el médico parecen menos eficaces cuando no se acompañan de un sistema de incentivos que estimulen su utilización. Transferir responsabilidad económica al prescriptor no está exento de peligro pues puede generar "ajustes" indeseados. De ahí que ganen importancia los esfuerzos por estandarizar prácticas de prescripción mediante protocolos y perfiles para su seguimiento.

Una opción para desvincular la receta médica de la marca comercial consiste en habilitar la sustitución por parte del farmacéutico. Resulta relevante, entonces, que las formas de remuneración al farmacéutico no estén positivamente asociadas con el valor del medicamento.

Por último, la sensibilidad del paciente al precio (deseable en función de la eficiencia), pesa desproporcionadamente sobre determinados grupos de la población, puede afectar el consumo indispensable y generar costos indirectos mayores. Así, mecanismos de reembolso como el de “precio de referencia” parecen armonizar ambos elementos.

El abanico de instrumentos factibles y sus resultados también están condicionados por la organización del sistema de salud. En esquemas en que prevalece la financiación y provisión pública, la estrategia de CC puede centrarse con éxito en la obtención de una prescripción racional. Si hay provisión privada, pero se conserva una financiación pública importante, la última puede ejercer un relevante papel ordenador sobre el conjunto del mercado. En esquemas de financiación y provisión privada se logran resultados comparables allí donde el seguro se vincula con el prestador y se desarrollan formas de “salud administrada”.

La problemática de los países de menor desarrollo relativo suele ser más compleja al incorporar a los temas de CC mayores problemas de acceso y calidad, en contextos de restricciones de recursos bastante más severas. El esquema chileno de CC en medicamentos aporta valiosas lecciones al basarse en los siguientes pilares: industria mayoritariamente nacional productora de genéricos, sustitución “de facto” en farmacias, prescripción de genéricos de acuerdo con el Formulario Nacional (al menos en el subsector público). Es destacable, además, un sistema de compra eficiente en el subsistema público. En buena medida, este esquema es el resultado de una política activa a favor del mercado de genéricos, esfuerzo sostenido desde larga data y cuyo centro es el Formulario Nacional de medicamentos esenciales.

Este modelo tiene fortalezas indudables: el segmento de genéricos regula los precios, los que al ser comparativamente bajos, favorecen el acceso de la población. También hay debilidades, como la posibilidad de la compra de medicamentos sin receta, lo que facilita la automedicación. Además, en un contexto de fuerte crecimiento económico, el mercado vuelve a manifestar su “tendencia natural” hacia la marca, lo que se refleja en un importante aumento de precios. Esta dinámica se acentuará –aunque progresivamente– debido al fortalecimiento de la protección de patentes; desafío, por lo demás, común al conjunto de los países de la región.

Con todo, las debilidades no son necesariamente intrínsecas y la formalización de la sustitución puede rescatar lo mejor de ambos mundos. Por último, se sugiere explorar la viabilidad de otras medidas, como la inclusión del Formulario Nacional en un plan básico universal, lo que daría un fuerte impulso al mercado de genéricos y la forma de competencia unida a él.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEDO, CRISTIÁN y C. SAPELLI (1999). "El sistema de salud en Chile: readecuar el mandato y reformar el sistema de seguros", en *Estudios Públicos* N° 75:189-227.
- ANDERSON, GERARD F. y J. P. POULLIER (1999). "Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3: 178-192.
- ASHURST MORRIS CRISP y EXECUTIVE PERSPECTIVE S.A. (1998). *Impact of electronic commerce on the European pharmaceutical sector*. Bruselas.
- BAEZA, CRISTIÁN et. al. (1999). *Una propuesta de cambios para el sector de la salud en Chile* (mimeo) Santiago.
- BARNUM, HOWARD, J. KUTZIN y H. SAXENIAN (1995). *Incentives and provider payment methods*. Human Resources Development and Operations Policy. HRO, Washington DC.
- BATEMAN, D. et. al. (1996). "A prescribing scheme for non-funding general practices: an observational study", en *British Medical Journal*, Vol. 313: 535-538.
- BLOOR, KAREN y N. FREEMANTLE (1996^a). "Fortnightly review: lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors", en *British Medical Journal*, Vol. 312: 1525-1527.
- BLOOR, KAREN, A. MAYNARD y N. FREEMANTLE (1996^b). "Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure III: regulating industry", en *British Medical Journal*, Vol. 313: 33-35.
- BROWN, LAWRENCE y V. E. AMELUNG (1999). "'Manacled competition': market reforms in German health care", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3: 76-91.
- CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO, CENABAST (1999). *Memoria de Gestión 1994-1998*. Santiago.
- COPETTA M., CLAUDIA et. al. (1998). *Estudio del gasto en medicamentos ambulatorios y hospitalarios de los beneficiarios del Sistema Isapre*. Superintendencia de Isapre, Santiago.
- DAVIS, KAREN (1999). "International health policy: common problems, alternative strategies", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3.

- DAVIS, MARGARET et. al. (1999). "Prescription drug coverage, utilization, and spending among Medicare beneficiaries", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 1: 231-243.
- DÍAZ V., CARLOS ANTONIO et. al. (1995). *Cobertura catastrófica para los cotizantes del Sistema Isapre*. Universidad Católica de Chile, Santiago.
- DICKSON, MICHAEL (1994). "Paying for prescriptions in Europe", en *OECD Health Policy Studies*, N° 4: 83-109.
- DOBSON, FRANK (1999). "Modernizing Britain's national health system", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3: 40-41.
- DUBOIS, ROBERT, A. CHAWLA, C. NESLUSAN, M. SMITH y S. WADE (2000). "Explaining drug spending trends: does perception match reality?", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 3: 231-239.
- DUKES, GRAHAM y D. BROUN (1994). "Pharmaceutical Policies: Rationale and Design". HRO Working Papers N° 35, Banco Mundial, Washington D.C.
- ENTHOVEN, ALAIN (2000). "British health system. In pursuit of an improving national health service", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 3: 102-119.
- ETHEREDGE, LYNN (1999). "Purchasing medicare prescription drug benefits: a new proposal", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 4.
- FIGUEROA M., ALEX (1998). Políticas de Salud del Gobierno del Presidente Frei 1998 y 1999. Énfasis y prioridades. Discurso del Ministro de Salud ante los egresados del Curso Ciapep. Ministerio de Salud, Santiago (disponible en <http://www.minsal.cl/biblioteca/copias/discursos/d980702.htm>).
- FISCHER, RONALD (1996). "Perspectivas futuras del sistema Isapre", en Giaconi, J. y R. Caviedes (Comps.), *Hacia la modernidad en el sistema chileno*. CIEDES, Santiago.
- FISCHER, RONALD (1998). "¿Cómo reformar el sistema Isapre?", en *Revista Perspectivas*, Vol. 1, N° 2: 249-277.
- FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA (1998). *Boletín Estadístico*. Santiago.
- FREUND, DEBORAH et. al. (2000). "Outpatient pharmaceuticals and the elderly: policies in seven nations", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 3: 259-266.
- GOLDSMITH, JEFF (1999). "The impact of new technology on health costs", en *Health Affairs*, Vol. 18.

- GONZÁLEZ GRACÍA, GINÉS (1994). *Remedios políticos para los medicamentos*. Ediciones Isalud. Buenos Aires.
- GUHL, A. (2000) "Pricing and reimbursement systems in Europe", en *HEPAC*, Vol. 0: 8-10.
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M. y M.N.G. DUKES (1991). *Drugs and money. The problem of cost containment*. Styx Publications. Groningen.
- HALL, JANE (1999). "Incremental change in the Australian health care system", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3.
- HARRIS, CONRAD M y G. SCRIVENER (1996). "Fundholders' prescribing costs: the first five years", en *British Medical Journal*, Vol. 313: 1531-1534.
- HART, GRAHAM (2000). "Judging the success of reform: the view from within", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 3: 122-123.
- HILLMAN, ALAN et. al. (1999). "Financial incentives and drug spending in managed care", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 2: 189-200.
- HOLOHAN, JOHN, S. RANGARAJAN y M. SCHIRMER (1999). "Medicaid managed care payment in 1998", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3: 217-227.
- HUSKAMP, HAIDEN et. al. (2000). "The Medicare prescription drug benefit: how will the game be played?", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 8-23.
- HUTTIN, CHRISTINE (1999). "Drug price divergence in Europe: regulatory aspects", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3: 245-249.
- IKEGAMI, NAOKI y J. CREIGHTON CAMPBELL (1999). "Health care reform in Japan: the virtues of muddling through", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3: 56-75.
- ISALUD (1999). *El mercado de salud en la Argentina*. Estudios de la Economía Real N° 13. Secretaría de Industria, Comercio y Minería, Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos, Buenos Aires.
- JACOBZONE, S. (2000). *Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals*. OECD Directorate for Education, employment, labor and social affairs, Occasional Paper N° 40, París.
- JOFRÉ, ENRIQUE y A. GÓMEZ (1987). *Análisis estratégico de la industria farmacéutica y recomendaciones de política pública*. CEPLA (Centro de Planeamiento), Universidad de Chile. Santiago.

- KATZ, JORGE M. (1995). "Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio", en *Desarrollo Económico*, Vol. 35, N° 138.
- KATZ, JORGE M. y E. MIRANDA (1994). "Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación", en *Revista de la Cepal* N° 54.
- KLEINKE, J. D. (2000). "Just what the HMO ordered: the paradox of increasing drug costs", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 78-91.
- KUTTNER, ROBERT (1999). "The American health care system. Health insurance coverage", en *The New England Journal of Medicine*, Vol. 340, N° 2: 163-168.
- LABORATORIOS CHILE S.A. (1999). *Memoria Anual*. Santiago de Chile.
- LE GRAND, JULIAN (1999). "Competition, cooperation, or control? Tales from the British national health system", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3.
- LEVENS LIPTON, HELENE et. al. (2000). "Managing the pharmacy benefit in medicare HMOs: what do we really know?", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 42-58.
- LEVIT, KATHARINE, C. COWAN, H. LAZENBY, A. SENSENIG, P. MCDONNELL, J. STILLER, A. MARTIN y THE HEALTH ACCOUNTS TEAM (2000). "Health Spending in 1998: signals of change", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 1: 124-132.
- LUCE, BRIAN, A. LYLES y A. RENTZ (1996). "The view from managed care pharmacy", en *Health Affairs*, Vol. 15, N° 4: 168-176.
- LUFT, HAROLD S. (1994). "Health maintenance organizations: is the United States experience applicable elsewhere?". *OECD Health Policy Studies* N° 4: 45-61.
- MARX, P. (2000). "The reimbursement system of drugs in Germany", en *HEPAC*, Vol. 0: 11-15.
- McCLELLAN, MARK, I. SPATZ y S. CARNEY (2000). "Designing a Medicare prescription drug benefit: issues, obstacles, and opportunities", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 26-41.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACION, MIDEPLAN (1998). *Impacto de las Políticas Públicas en la Situación de Salud, 1990-1996*. Santiago.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN, MIDEPLAN (1999). *Situación de la Salud en Chile, 1998*. Santiago.

- MIRANDA, ERNESTO (Comp.) (1994). *La salud en Chile. Evolución y perspectivas*. Centro de Estudios Públicos. Santiago.
- MORAN, DONALD W. (2000). "Prescription drugs and managed care: can 'free-market détente' hold?", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 63-77.
- MOSSIALOS, ELÍAS (1997). "El impacto sobre los medicamentos de la contención del gasto y las reformas en la asistencia sanitaria", en Félix Lobo y Germán Velásquez (Comps.) *Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas*. Editorial Civitas. Madrid.
- NATIONAL ECONOMIC RESEARCH ASSOCIATES (1999). *Policy relating to generic medicines in the OECD*. National Economic Research Associates, NERA. Londres.
- NEUMANN, PETER et. al. (2000). "Are pharmaceutical cost-effective? A review of the evidence", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 92-109.
- NEUMANN, PETER, D. ZINNER y D. PALTIEL (1996). "The FDA and regulation of cost-effectiveness claims", en *Health Affairs*, Vol. 15, N° 3: 54-71.
- NEWCOMER, LEE N. (2000). "Medicare pharmacy coverage: ensuring safety before funding", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 59-62.
- NEWCOMER, LEE N. (2000). "Medicare pharmacy coverage: ensuring safety before funding", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2.
- O'BRIEN, PETER (1997). "La normalización del mercado internacional de los medicamentos: sus futuros impactos sobre los países emergentes", en Félix Lobo y Germán Velásquez (Comps.) *Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas*. Editorial Civitas. Madrid.
- O'CONNELL, DIANNE, D. HENRY y R. TOMLINS (1999). "Randomized controlled trial effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia", en *British Medical Journal*, Vol. 318: 507-511.
- PODGER, ANDREW (1999). "Reforming the Australian health care system: a government perspective", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 3: 111-113.
- POISAL, JOHN y G. CHULIS (2000). "Medicare beneficiaries and drug coverage", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 248-256.
- REEKIE, DUNCAN (1996). *Medicine prices and innovations: an international survey*. IEA Health and Welfare Unit. Londres.

- SALTMAN, RICHARD y J. FIGUERAS (1998). "Analyzing the evidence on European health care reforms", en *Health Affairs*, Vol. 17, N° 2: 85-108.
- SCHERER, FREDERIC M. (1997). "La nueva estructura de la industria farmacéutica", en Félix Lobo y Germán Velásquez (Comps.) *Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas*. Editorial Civitas. Madrid.
- SCHERER, FREDERIC M. (2000). "The pharmaceutical industry", en Carlos J. Culyer y Joseph P. Newhouse (Editores), *Handbook of Health Economics*. Elsevier. Países Bajos.
- SCHNEIDER, MARKUS (1994). "Evaluation of cost-containment acts in Germany", en *OECD Health Policy Studies*, N° 4: 63-81.
- SCOTT, GRAHAM (2000). "The politics of health system reform", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 3: 126-127.
- SEGOVIA, CLAUDIA et. al. (1996). "Medicamentos esenciales usados en Atención Primaria de la Salud", en *Cuadernos Médicos Sociales*, Vol. 37, N° 1: 57-61.
- SERRADELL, JOAQUIMA (1997). *La farmacia en un marco de atención regulada*. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington.
- SOUMERAI, STEPHEN y H. LIPTON (1995). "Computer-based drug-utilization review. Risk, benefit, or boondoggle?", en *The New England Journal of Medicine*, Vol. 332: 1641-1645.
- STUART, BRUCE y C. ZACKER. "Who bears the burden of Medicaid drug co-payment policies?", en *Health Affairs*, Vol. 18, N° 2: 201-212.
- SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE (1999). *Boletín Estadístico*. Santiago.
- SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL (1998). *El costo de la seguridad social chilena 1997*. Santiago.
- SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL (1999). *Estadísticas de seguridad social*. Santiago.
- THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, EIU (2000). "Profile. Pharmaceuticals in Latin America", en *The Economist Intelligence Unit Healthcare Latin America*. *The Economist*. Londres.

- TITELMAN, DANIEL (1999). "Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile", en *Revista de la Cepal*, N° 69:181-194.
- TITLOW, KAREN et. al. (2000). "Drug coverage decisions: the role of dollars and values", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 240-247.
- VELÁZQUEZ, GERMÁN, M. Y. MADRID y J. QUICK (1998). *Health Reform and Drug Financing. Selected Topics*. World Health Organization, Génova.
- WEINICK, ROBIN y J. COHEN (2000). "Leveling the playing field: managed care enrollment and hospital use, 1987-1996", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 3: 178-184.
- WILKES, MICHAEL S., R. A. BELL, y R. KRAVITZ (2000). "Direct-to-consumer prescription drug advertising: trends, impact and implications", en *Health Affairs*, Vol. 19, N° 2: 110-128.
- WILSON, ROBERT et. al. (1995). "Alterations in prescribing by general practitioner fundholders: an observational study", en *British Medical Journal*, 311:1347-1350.

VI. ESTUDIOS DE CASO

PUBLICADOS EN 1996

Estudio de Caso N° 1

LA REESTRUCTURACIÓN DEL SECTOR TELECOMUNICACIONES EN PARAGUAY.

César Pastore Britos.

Estudio de Caso N° 2

AZÚCAR: MERCOSUR Y RECONVERSIÓN, EL CASO CALNU (URUGUAY).

Fernando Correa Alsina.

Estudio de Caso N° 3

EL LITIO: UNA PERSPECTIVA FALLIDA PARA BOLIVIA.

Walter Orellana Rocha.

Estudio de Caso N° 4

EL ESTUDIO DE CASO COMO INSTRUMENTO PEDAGÓGICO Y DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS.

Ramón Borges Méndez.

Estudio de Caso N° 5

INCENTIVOS A LAS EXPORTACIONES NO TRADICIONALES EN BOLIVIA: UNA CONFRONTACIÓN ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA.

Patricia Noda Videa.

Estudio de Caso N° 6

EL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES PERUANO Y EL MECANISMO DE LA PENSIÓN MÍNIMA.

María Lila Iwasaki.

Estudio de Caso N° 7

LA PRIVATIZACIÓN DEL ÁREA DE CARGA DE LA EMPRESA DE FERROCARRILES DEL ESTADO EN CHILE: ¿UNA NEGOCIACIÓN ATÍPICA?

Cristián Saieh Mena.

Estudio de Caso N° 8

DE LO ERRÁZURIZ A TIL-TIL: EL PROBLEMA DE LA DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS DOMICILIARIOS EN SANTIAGO.

Sandra Lerda y Francisco Sabatini.

Estudio de Caso N° 9

CONSTRUCCIÓN DE UNA CÁRCEL ESPECIAL PARA MILITARES: LECCIONES Y DESAFÍOS DE GOBERNABILIDAD EN LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA CHILENA.

Soledad Ubilla.

Estudio de Caso N° 10

MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO: EL CASO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA EN SANTIAGO.

Cecilia Montero y Carlos Vignolo.

Estudio de Caso N° 11

CONTROL Y RESPONSABILIDAD EN GOBIERNOS LOCALES: DESAFÍOS INSTITUCIONALES DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN BOLIVIA.

Claudio Orrego Larraín.

PUBLICADOS EN 1997

Estudio de Caso N° 12

MITOS Y HECHOS DEL PROGRAMA DE VIVIENDA BÁSICA EN SANTIAGO DE CHILE: UNA MIRADA DESDE LOS BENEFICIARIOS.

Fernando Díaz Mujica.

Estudio de Caso N° 13

GESTIÓN TERRITORIAL DEL FOMENTO PRODUCTIVO: UNA OBSERVACIÓN A LA PYME FORESTAL DE LA REGIÓN DEL BÍO-BÍO.

Liliana Cannobbio Flores.

Estudio de Caso N° 14

LA REFORMA PREVISIONAL BOLIVIANA Y EL CASO DEL INCENTIVO AL TRASPASO.

Luis Gonzalo Urcullo Cossío.

Estudio de Caso N° 15

GÉNERO, SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS, DEL BINOMIO MADRE-HIJO A LA MUJER INTEGRAL.

Alejandra Faúndez Meléndez.

Estudio de Caso N° 16

ESTUDIO DEL SISTEMA DE REGULACIÓN SECTORIAL EN BOLIVIA.

Julio Waldo López Aparicio.

Estudio de Caso N° 17

LA INDUSTRIA DEL PETRÓLEO EN ECUADOR. EL CASO DEL SISTEMA DEL OLEODUCTO TRANSECUATORIANO.

Luis Esteban Lucero Villarreal.

Estudio de Caso N° 18

LA GESTIÓN COLECTIVA DEL DERECHO DE AUTOR Y LOS DERECHOS CONEXOS: INSTRUMENTO DE PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD.

Marvin Francisco Discua Singh.

PUBLICADOS EN 1998

Estudio de Caso N° 19

ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA PROMOVER LA PERMANENCIA DE PROFESIONALES CALIFICADOS EN EL SERVICIO PÚBLICO PERUANO. EL CASO DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA.

Juan Carlos Cortázar Velarde.

Estudio de Caso N° 20

LA CRISIS DE LAS UVAS ENVENENADAS.

Claudio Rodolfo Rammsy García.

Estudio de Caso N° 21

LOS DETERMINANTES DE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO DE HAITÍ (ELEMENTOS PARA EL DEBATE).

Michel-Ange Pantal.

Estudio de Caso N° 22

REGULACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD: LA EXPERIENCIA EN CHILE DE LA SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL, (ISAPRES).

Cecilia Mâ, Yajaira Rivera, Livia Sánchez.

Estudio de Caso N° 23

LA REFORMA A LA JUSTICIA CRIMINAL EN CHILE: EL CAMBIO DEL ROL ESTATAL.

Juan Enrique Vargas Viancos.

Estudio de Caso N° 24

EL ROL DE LA SUPERINTENDENCIA PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LIBRE COMPETENCIA EN EL PROCESO DE PRIVATIZACIÓN VENEZOLANO.

David Mieres Valladares.

Estudio de Caso N° 25

CONCERTACIÓN Y POLÍTICA EDUCATIVA EN ARGENTINA (1984 - 1996).

Alejandro Esteban Rodríguez.

Estudio de Caso N° 26

POLÍTICA AMBIENTAL EN COSTA RICA: ANÁLISIS DEL PROYECTO DE USO Y CONSOLIDACIÓN DE LOS RECURSOS FORESTALES EN LAS COMUNIDADES RURALES DE LA REGIÓN CHOROTEGA.

Georgina Paniagua Ramírez.

Estudio de Caso N° 27

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y EQUIDAD EN LAS POLÍTICAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR. UN ESTUDIO SOBRE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN Y FINANCIAMIENTO.

Sixto Carrasco Vielma.

Estudio de Caso N° 28

LA PRIVATIZACIÓN DE LAS TELECOMUNICACIONES EN EL PERÚ.

Leopoldo Arosemena Yabar-Dávila.

Estudio de Caso N° 29

DESCENTRALIZACIÓN EN BOLIVIA PARTICIPACIÓN POPULAR Y POLÍTICA PARA UNA COMPATIBILIZACIÓN CON LA ESTRATEGIA DE DESARROLLO NACIONAL.

José Antonio Terán Carreón.

Estudio de Caso N° 30

LA POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE EXPORTACIONES DE MÉXICO: EFECTOS EN EL CASO DE LA RELACIÓN BILATERAL MÉXICO - CHILE.

Ana María Güémez Perera.

Estudio de Caso N° 31

LA LEY N° 19.490: IMPLICACIONES Y PROYECCIONES DEL MANEJO DE UNA CRISIS: EL CASO DEL PERSONAL NO MÉDICO DE SALUD.

Claudia Muñoz Salazar.

PUBLICADOS EN 1999

Estudio de Caso N° 32

LA POBREZA, LA DESIGUALDAD Y LA EDUCACIÓN EN EL PERÚ DE HOY: UNA APROXIMACIÓN CUANTITATIVA

Nelson Shack Yalta.

Estudio de Caso N° 33

PROGRAMA CHILE - BARRIO ¿UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PÚBLICA INNOVADORA EN ASENTAMIENTOS PRECARIOS?

María Gabriela Rubilar Donoso.

Estudio de Caso N° 34

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, INNOVACIONES NECESARIAS EN EL SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL DEL PERÚ

Cecilia Mâ Cárdenas.

Estudio de Caso N° 35

EL ROL REGULADOR DEL ESTADO EN OBRAS VIALES CONCESIONADAS

Ricardo Cordero Vargas.

PUBLICADOS EN 2000

Estudio de Caso N° 36

MODERNIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN VENEZUELA: EL CASO DE LAS REDES LOCALES DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Luzmari Martínez Reyes.

Estudio de Caso N° 37

CULTURA CIUDADANA: LA EXPERIENCIA DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ 1995 - 1997

Pablo Franky Méndez.

Estudio de Caso N° 38

POLÍTICAS DE CAPACITACIÓN JUVENIL Y MERCADO DEL TRABAJO EN VENEZUELA (1990 - 1997)

Urby Pantoja Vásquez.

Estudio de Caso N° 39

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA LA CORRUPCIÓN COMO UN MODO DE CONSOLIDAR LOS PROCESOS DEMOCRÁTICOS: EL CASO ARGENTINO

Irma Miryam Monasterolo.

Estudio de Caso N° 40

EL SISTEMA DE INTERMEDIACIÓN LABORAL Y LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE EMPLEO EN CHILE: DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y PROPUESTA PARA MEJORAR SU GESTIÓN

César Chanamé Zapata.

Estudio de Caso N° 41

REFORMA AL SISTEMA DE REMUNERACIONES DE LOS DOCENTES DEL SERVICIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA EN BOLIVIA

Teresa Reinaga Joffré.

Estudio de Caso N° 42

LA NEGOCIACIÓN DE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA EN CHILE (1983 - 1989)

Justo Tovar Mendoza.

Estudio de Caso N° 43

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL FINANCIAMIENTO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR, UNIVERSIDADES ESTATALES Y UNIVERSIDADES PRIVADAS CON APORTES 1981 - 1989 Y 1990 - 1998

Julio Castro Sepúlveda.

Estudio de Caso N° 44

INDICADORES DE CALIDAD Y EFICIENCIA EN LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA: ALGUNAS PROPUESTAS PARA EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN CHILENO

Danae de los Ríos Escobar.

Estudio de Caso N° 45

POLÍTICAS DE COMPETITIVIDAD EN REGIONES A LA LUZ DE LA ESTRATEGIA DE DESARROLLO CHILENA

Jorge Menéndez Gallegos.

Estudio de Caso N° 46

ANÁLISIS DE LAS SEÑALES ECONÓMICAS EN LA INDUSTRIA ELÉCTRICA EN BOLIVIA

Jorge Ríos Cueto.

Estudio de Caso N° 47

POTENCIALIDADES DE LA DESCENTRALIZACIÓN FISCAL EN VENEZUELA

Edgar Rojas Calderón.

Estudio de Caso N° 48

ANÁLISIS DE LA REFORMA DE PENSIONES EN EL SALVADOR

Irma Lorena Dueñas Pacheco.

Estudio de Caso N° 49

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA REGULATORIA DEL SECTOR HIDROCARBUROS EN BOLIVIA

Tatiana Genuzio Patzi.

Estudio de Caso N° 50

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL ESPACIO LOCAL: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA CIUDADANÍA EN CHILE

Roberto Godoy Fuentes.

Estudio de Caso N° 51

GESTIÓN DE BILLETES EN EL BANCO CENTRAL

John Vela Guimet.

Estudio de Caso N° 52

EL CRÉDITO COMO INSTRUMENTO PARA FINANCIAR EL ACCESO Y LA MANTENCIÓN DE ESTUDIANTES EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN CHILE

Juan Salamanca Velázquez.

PUBLICADOS EN 2001

Estudio de Caso N° 53

EL NUEVO MODELO DE JUSTICIA PENAL ADOLESCENTE DE NICARAGUA

Raquel del Carmen Aguirre.

Estudio de Caso N° 54

LA GESTION ESTRATEGICA EN EL GOBIERNO MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE LA PAZ

Humberto Rosso Morales.

Estudio de Caso N° 55

EDUCACIÓN SUPERIOR EN NICARAGUA: ¿EFICIENCIA EN LA ASIGNACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL ESTADO?

Emilio Porta Pallais.

Estudio de Caso N° 56

SEGURO DE DESEMPLEO EN CHILE

Juan Pablo Severin Concha.

Estudio de Caso N° 57

FORMACIÓN DOCENTE
CENTROS REGIONALES DE FORMACIÓN
DE PROFESORES (CERP)

Juan Eduardo Serra Medaglia

Estudio de Caso N° 58

MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA.
EL CASO CHILENO (1994 - 2000)

Alvaro Vicente Ramírez Alujas