Libro Blanco

FIFARMA Indicador W.A.I.T. de pacientes & causas profundas 2026 — América Latina

Chile

OSCAR COURTNEY, Director Adjunto| Servicios de Asesoramiento Global de IQVIA

SYDNEY CLARK, Vicepresidente| Servicios de Asesoramiento de IQVIA, América Latina









Índice

Visión general y consideraciones metodológicas	**3**
Resumen de los hallazgos clave	**11**
Innovación	**14**
Acceso y Gasto	**18**
Oportunidad	**31**
Apéndice	**34**

Resumen del estudio

- Mejorar la disponibilidad de medicamentos innovadores en América Latina es una prioridad para todos los actores del sistema sanitario, especialmente para los responsables políticos, los fabricantes farmacéuticos y los pacientes. Desde 2004, la asociación europea de la industria farmacéutica (E.F.P.I.A.) ejecuta el indicador W.A.I.T. (Waiting to Access Innovative Therapies), que permite a los actores medir la tasa de disponibilidad de medicamentos innovadores en 37 países europeos. Este estudio se ha replicado para comprender la tasa de disponibilidad en diez países latinoamericanos.
- El primer Indicador W.A.I.T. para Pacientes EFPIA se desarrolló para entender la "disponibilidad" de moléculas innovadoras, creando un método estandarizado para comparar el acceso a medicamentos innovadores entre distintos sistemas sanitarios y a lo largo de los años. FIFARMA (Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica) desarrolló indicadores en una línea similar en Colombia (2016), Chile (2018) y Perú (2019), lo que finalmente llevó al primer estudio oficial del Indicador W.A.I.T. LATAM realizado en 2022.
- La encuesta W.A.I.T. de pacientes de FIFARMA de este año marca la quinta edición regional y mide el nivel de disponibilidad para la innovación en diez países latinoamericanos, cubriendo el >80% de la población LATAM. Estos países son Argentina (AR), Brasil (BR), Chile (CL), Colombia (CO), Costa Rica (CR), República Dominicana (DO), Ecuador (CE), México (MX), Panamá (PA) y Perú (PE).
- Las siguientes páginas presentan análisis que comparan la tasa de disponibilidad y accesibilidad de medicamentos innovadores en cada uno de los diez países de LATAM, incluyendo análisis sobre la disponibilidad regional y cómo ha evolucionado durante el periodo de investigación. El estudio de este año incluye 447 moléculas innovadoras aprobadas globalmente* entre 2014 y 2025, que representan el >80% de la NAS** aprobada a nivel mundial en este periodo. Estas moléculas abarcan tratamientos en cinco áreas terapéuticas (TA): oncología, inflamación e inmunología, sistema nervioso central, cardiometabólico y, transversalmente, medicamentos huérfanos.
- Las asociaciones farmacéuticas locales miembros (ocho en total, véase el apéndice para más detalles sobre la metodología y las asociaciones participantes) trabajaron en colaboración con FIFARMA e IQVIA para desarrollar el estudio del Indicador W.A.I.T, principalmente para garantizar que los matices del mercado local se capturen dentro de los parámetros del estudio, así como con directores locales/regionales de acceso al mercado de organizaciones fabricantes que proporcionaron y validaron los aspectos relevantes del conjunto de datos.
- En última instancia, el objetivo de este estudio recurrente es crear una perspectiva sobre cómo es el acceso en toda LATAM, con un enfoque específico en entender si, por qué y en qué dirección ha evolucionado la aguja en los últimos años. Los aprendizajes que se exponen están destinados a servir como catalizador para debates significativos entre las partes interesadas para mejorar el acceso a medicamentos innovadores.

En este studio el termino 'disponibilidad' se utiliza en todo el proceso para permitir la medición estandarizada en 10 sistemas de salud; la disponibilidad representa el reembolso local de un medicamento innovador aprobado globalmente

*Global approval is defined as a molecule that has regulatory approval in the United States of America by the FDA, or in Europe by the EMA
**NAS refers to New Active Substances as defined by the IQVIA Institute, see appendix for definitions and selection criteria

Alcance y validación adicionales

- El acceso a medicamentos innovadores en toda LATAM sigue siendo muy desigual, con notables disparidades entre países y entre los sectores sanitario público y privado. Para comprender mejor estas disparidades, el informe de este año incluye una sección de Causas Raíz que aporta una visión cuantitativa y cualitativa sobre los factores estructurales que impulsan los retrasos y barreras en el acceso. Se centra en la tensión entre el desarrollo de la innovación y los sistemas y procesos sanitarios que regulan el acceso a nivel nacional, así como en las tendencias regionales generales.
- Las áreas clave exploradas incluyen:
    - Tendencias de desarrollo de la carga de enfermedades de alto nivel, innovación y novedosos medicamentos
    - Características estructurales de los sistemas sanitarios que influyen en el acceso
    - Una visión más profunda de cómo estas dinámicas se traducen en resultados de acceso y los desafíos que se enfrentan a lo largo de la ruta para acceder
    - Serie de principios fundamentales para apoyar un diálogo constructivo y multiactor, así como ideas iniciales para explorar
- En conjunto, el Indicador WAIT y su sección de Causas Profundas pretenden apoyar una toma de decisiones más informada, colaborativa y equitativa en toda LATAM, contribuyendo en última instancia al esfuerzo multifacético para mejorar el acceso de los pacientes a medicamentos innovadores en toda la región.

El estudio se lleva a cabo con validación del sector público/privado a través de múltiples fuentes:



Basado en datos públicos e IQVIA (MIDAS / NRC, auditorías hospitalarias, centros gubernamentales, etc.)



Alineado con FIFARMA, asociaciones locales, por ejemplo, Interfarma, AFIDRO, AMIIF, etc.



Participación de laboratorios mediante validación de datos, entrevistas y dirección de proyectos



Entrevistas con exministros de Salud y otros altos funcionarios del Ministerio de Salud

Añadido en 2026



Múltiples formatos y cortes de datos (local, por TA)

"Sigue siendo una visión optimista, hay más desafíos para el acceso en la vida real que los que vemos aquí."

- Exministro de Salud

Acronyms: NRC: Non-Retail Channels; AFIDRO: Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo; AMIIF: Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica; MoH: Medical Officer of Health; TA: Therapeutic Area

Análisis del consumo y gasto de medicamentos

- Además de evaluar el acceso, el informe WAIT 2026 incorpora un análisis del consumo (unidades) y gasto de fármacos (USD). Aprovechando el Indicador FIFARMA WAIT 2025 junto con IQVIA MIDAS y conjuntos de datos de uso y gasto a nivel nacional, este análisis cuantifica no solo la disponibilidad, sino también el alcance de la inversión a alto nivel para reflejar la adopción de terapias innovadoras en toda LATAM.

- **Fuentes de datos y alcance*:** Los datos de gasto y utilización farmacéutica se derivan de IQVIA MIDAS y de las bases de datos nacionales de la NRC de IQVIA, que representan estimaciones estandarizadas de actividad de mercado ajustadas para apoyar la comparabilidad internacional. Los datos reflejan estimaciones de gasto basadas en precios de lista y proyecciones, no en gasto neto. Cuantifica la actividad total del mercado (todos los medicamentos) frente a la actividad específica de WAIT (403 fármacos innovadores). El periodo analítico corresponde a MAT octubre de 2025 (Total Anual Móvil), una medida estandarizada que representa las ventas acumuladas o el volumen observado durante los doce meses anteriores, asegurando la alineación con la ventana de referencia WAIT. Se aplica una metodología de tipo de cambio constante (moneda local a USD) para la mayoría de los países; se hace una excepción en Argentina, donde la presión inflacionaria y los tipos de cambio controlados requirieron una metodología de tipo de cambio variable.

Alcance completo del informe FIFARMA 2026 WAIT

- **Segmentación de canales*:**Los datos de uso y gasto se segmentan entre canales de distribución minoristas y no minoristas. En muchos países de LATAM, los canales no minoristas se financian predominantemente por fuentes gubernamentales, mientras que los canales minoristas son mayoritariamente privados y financiados mediante gastos de bolsillo de los pacientes. Esta segmentación proporciona un indicador útil para evaluar la participación del sector público y la financiación de medicamentos. En Brasil, solo se considera el canal público no minorista, eliminando la actividad de pagadores privados (HMO). Argentina y Colombia pueden mostrar una correlación menos directa entre canal y financiación debido a cierta financiación pública/privada de los canales minoristas, pero la separación de fuentes de financiación no es posible en estos casos. Los datos también se segmentan en medicamentos con receta y de venta libre (OTC), definiéndose OTC como productos que no requieren receta y pueden dispensarse directamente a los consumidores.

- **Normalización y contexto*:**Se obtuvieron indicadores macroeconómicos y demográficos de la Base de Datos de Gastos Globales en Salud (GHED) de la OMS y del Banco Mundial. Estos permiten la normalización del gasto farmacéutico en todos los países, permitiendo una evaluación consistente de métricas como el gasto en medicamentos per cápita y el gasto en medicamentos como parte del PIB, proporcionando un marco económico esencial para interpretar el acceso y el comportamiento del mercado.

Indicador WAIT
Comprende la disponibilidad de medicamentos innovadores en LATAM

Causas profundas
Explora los factores y barreras estructurales del acceso con las amplias tendencias regionales

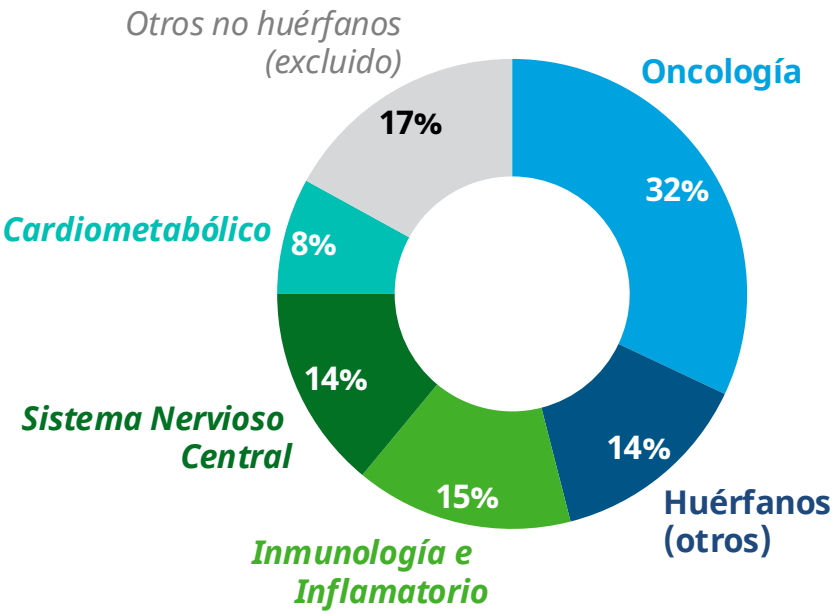
Análisis de uso y gasto
Evaluar el alcance del paciente y los esfuerzos financieros

*See appendix for definitions, exchange rates, and indicators
Acronyms: NRC: Non-retail Channels; USD: US dollars; WHO: World Health Organization

Consideraciones metodológicas

Se analizan un total de 447 nuevas sustancias activas aprobadas entre 2014 y 2025 por la FDA/EMA en cinco áreas terapéuticas

Selección de moléculas por área terapéutica 2026



La selección representa >80% de la nueva sustancia activa (NAS) durante el periodo del estudio (véase el apéndice para más detalles)

- Se seleccionaron un total de 447 moléculas basándose en varios criterios principales:
- Nueva sustancia activa
- Aprobado por la FDA o EMA entre 2014 y 2025 (sin genéricos/biosimilares disponibles en LATAM)
- Aprobación global en EE. UU., UE, Reino Unido, Japón, para reflejar las moléculas que tienen más probabilidades de llegar al mercado global, excluyendo agentes que se lanzan predominantemente para un mercado local determinado (por ejemplo, inhibidores locales chinos de PDL1)
- Se excluye la utilización en el tratamiento de enfermedades (es decir, se excluyen diagnósticos, agentes de imagen, etc.)
- Detalles adicionales se describen en el apéndice

Tras el filtrado inicial de las moléculas de NAS basándose en criterios primarios, se seleccionaron áreas terapéuticas en conjunto con FIFARMA para optimizar el porcentaje de NAS incluido en el estudio, así como la representatividad y comparabilidad de las moléculas. Se utilizaron tres criterios principales:

- Porcentaje de moléculas NAS
- Se excluyeron las adquisiciones, por ejemplo, TAs con porcentajes de compras supranacionales como enfermedades infecciosas,
- Ventas globales según datos de IQVIA MIDAS

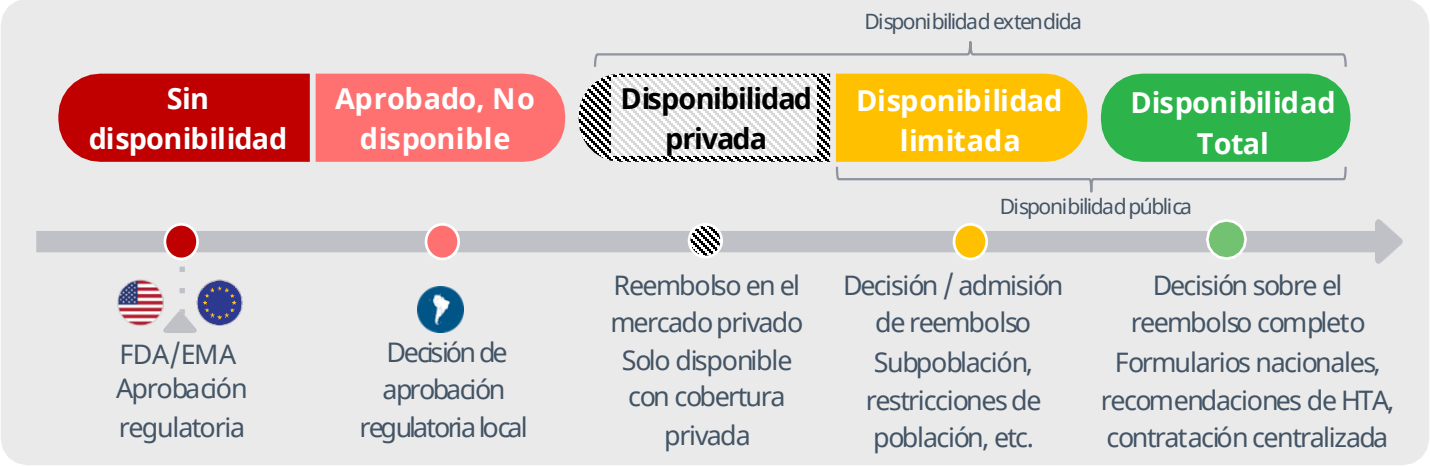
El estatus de huérfano puede ser determinado por la FDA o la EMA, según la primera indicación aprobada

Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency; NAS: New Active Substance; JP: Japan; US: United States; EU: European Union; UK: United Kingdom; PDL1: programmed death-ligand 1; TA: Therapeutic Area

Consideraciones metodológicas

Los resultados del estudio se muestran en términos de diferentes niveles de disponibilidad y se comparan a través de los países

Definiciones de disponibilidad



SIN DISPONIBILIDAD

No presentado ni en proceso de evaluación regulatoria

La autorización de comercialización no se concede ni porque está en proceso de revisión regulatoria ni porque no se presenta para aprobación local

APROBADO, NO DISPONIBLE

Disponible comercialmente, pero no reembolsado

Moléculas que han obtenido aprobación regulatoria pero que no están disponibles ni a través de la salud privada ni pública; los pacientes suelen pagar totalmente de su bolsillo, importaciones o uso compasivo

DISPONIBLE DE FORMA PRIVADA

Reembolsado solo en el mercado privado

Los medicamentos solo están disponibles en el mercado privado pero no en el sector público, lo que generalmente limita la población total de pacientes con acceso

DISPONIBILIDAD LIMITADA

Reembolso, pero no para una población amplia, ni para la admision

La molécula está disponible en cierta medida en el sector público, pero no para la población en general, ya sea por discrepancias subnacionales, o porque está limitada a subpoblaciones específicas de pacientes, un número limitado de centros de tratamiento o tiene un volumen significativo de medidas judiciales o procesos administrativos que resultan en un nivel significativo de adopción

DISPONIBILIDAD TOTAL

Reembolso amplio y nacional

Los medicamentos están completamente disponibles a nivel nacional para una amplia población tanto en el sector público como en el privado; la disponibilidad total suele estar vinculada a la inclusión en el formulario nacional, recomendaciones positivas de HTA y/o adquisiciones centralizadas

Disponibilidad Extendida
La disponibilidad tanto en el sector público como en el privado; en un paradigma de acceso desde abajo hacia arriba, indica el alcance y el potencial del sistema, pero no un acceso amplio

Disponibilidad pública
Disponibilidad, ya sea de forma limitada o total; indicativo del nivel de acceso a la población nacional en general y de dónde están invirtiendo los gobiernos

Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency; HTA: Health Technology Assessment

Consideraciones metodológicas

Las definiciones detalladas sobre el estado de disponibilidad de moléculas en Chile implicaban la inclusión en los formularios de salud pública, compras centralizadas y cobertura de ISAPREs

País	Disponibilidad	Definiciones	Datos públicos	Datos de IQVIA
	**Total**	*Reembolsos amplios a través de los formularios FONASA (por ejemplo, GES, Ricarte Soto), que representan aproximadamente el >80% de la población de pacientes*	Ricarte Soto Sitio web GES Sitio web Directrices clínicas AUGE, listados de DAC Compras de Cenabast Licitaciones públicas	**Retail:** *Disponible* **Hospital / Non-Retail:** *No está ampliamente disponible* *Restringido a licitaciones públicas*
	Limitada	*Reembolso limitado a través del sistema nacional de reembolso (<80% aprox.); disponibilidad a través de programas especializados, por ejemplo, DAC – programas centralizados, del ministerio de salud o programas descentralizados locales/regionals* *Los formularios GES también se aplican a las compañías de seguros privadas, pero solo reembolsan el 80% del coste total* *También se aplica mientras la decisión está pendiente, cuando el uso está restringido a especialistas*		
	Solo Privado	*Cubierto por múltiples ISAPREs, reembolso parcial o total solo para pacientes mediante CAEC o beneficio extracontractual*	No disponible	
	No Disponible	*Disponible en el mercado de bolsillo, o no se reembolsa hasta la evaluación o decisión*		

Consideraciones metodológicas

El estudio se centra en cuatro métricas clave que ofrecen un panorama panorámico de la disponibilidad de medicamentos innovadores para los pacientes en LATAM

Métrica	Pregunta de investigación	Contenido
1 Estado de disponibilidad	*¿Cuál es la disponibilidad de medicamentos innovadores en toda LATAM?*	Desglose de la disponibilidad en toda la región, por país y por área terapéutica
2 Tiempo hasta la disponibilidad	*¿Cuánto tiempo tardan en estar disponibles los medicamentos innovadores?*	Tiempo desde la aprobación regulatoria global hasta la aprobación local, y la disponibilidad local
3 Disponibilidad a lo largo del tiempo	*¿Cuál es la madurez de los medicamentos innovadores disponibles?*	Evolución del estado de disponibilidad por año de aprobación global
4 Índice de Mejora	*¿A qué ritmo mejora la disponibilidad de medicamentos innovadores?*	Comparación del estado de disponibilidad de moléculas desde el W.A.I.T. 2025 hasta el W.A.I.T. 2026

Consideraciones importantes

1. Los resultados del estudio reflejan una instantánea de la **disponibilidad actual de medicamentos innovadores en LATAM** a fecha de abril de 2026, y buscan arrojar cada vez más luz sobre su evolución a lo largo de los años



2. Las cinco áreas terapéuticas seleccionadas permiten una amplia visión de medicamentos innovadores, con **>80% de las aprobaciones globales de nuevas sustancias activas (NAS)*** capturadas, y el >80% de la población latinoamericana en diez países



3. El estudio considera que la **primera indicación aprobada localmente** para su análisis a nivel molecular es la comparación más consistente que las indicaciones posteriores no se capturan debido a la disponibilidad inconsistente de datos (públicos o de otro tipo)



4. **La comparabilidad por países, en la medida de lo posible,** se garantiza mediante una validación rigurosa entre un amplio grupo de expertos locales y regionales, y se pueden encontrar más detalles en los informes a nivel nacional adjuntos



*NAS refers to New Active Substances as defined by the IQVIA Institute, see appendix for definitions and selection criteria

Resumen de métricas clave del W.A.I.T. - Chile

Tiempo hasta la disponibilidad

Representa el tiempo transcurrido desde la autorización tanto global como local hasta que se alcanza la disponibilidad completa, limitada o privada

- El tiempo total hasta la disponibilidad es de 70 meses entre los países en cuestión, lo que refleja el tiempo total hasta la autorización de comercialización y el tiempo hasta el reembolso (total o limitado), según la aprobación de la FDA/EMA
- El tiempo medio hasta la disponibilidad local, tras la autorización de comercialización, es de 33 meses entre los países en cuanto al alcance, aproximadamente 2,7 años
- El tiempo de aprobación en Chile es inferior al promedio regional (31 frente a 37 meses), pero el tiempo local hasta la disponibilidad es 23 meses superior al promedio regional (56 frente a 33 meses)
- El tiempo hasta la disponibilidad varía sustancialmente en Chile según las áreas terapéuticas, siendo la CM la que muestra los retrasos más largos, tardando ~140 meses en estar disponible localmente, frente a ~33 meses de la disponibilidad regional. Las terapias del SNC se disponen más rápido

Los pacientes, en promedio, llevan más de 5,8 años esperando acceso a un medicamento innovador en LATAM; mientras tanto, puede que no tengan medios para obtenerlo en su país o se enfrenten a costes importantes de su bolsillo

Estado de disponibilidad

Representa el grado de disponibilidad de un medicamento innovador en un país determinado según las definiciones regionales

- ~El 60% de las moléculas aprobadas a nivel mundial están aprobadas en al menos una de las geografías en alcance en LATAM; de estas aprobadas regionalmente, el 43% están aprobadas en Chile
- El 22% de las moléculas con disponibilidad pública regional (disponibilidad limitada o total) tienen disponibilidad pública en Chile
- El 43% de las moléculas aprobadas en Chile tienen algún nivel de disponibilidad; de esta disponibilidad extendida, solo el 8% ha alcanzado el estado de disponibilidad completa
- El TA con más terapias totalmente disponibles es I&I (3), mientras que no hay terapias huérfanas con este estatus de disponibilidad

Disponibilidad a lo largo del tiempo

Determina el grado de disponibilidad actual según el año de autorización del mercado global para estimar la madurez de las moléculas disponibles

- Más del 28% de las moléculas que recibieron aprobación global entre 2014 y 2018 están aprobadas en Chile y tienen un bajo nivel de disponibilidad
- Para las terapias aprobadas a nivel global después de 2018, las tasas de aprobación y disponibilidad disminuyen aún más, alcanzando el 0% tanto de aprobación como de disponibilidad en 2025

Índice de Mejora

Detalla hasta qué punto las moléculas han cambiado de estado de disponibilidad de un año a otro entre informes

- El 9% de las moléculas en Chile han mejorado su disponibilidad en el último año, un 2% por encima de la media regional del 7%
- Chile tuvo 22 moléculas recién aprobadas este año

Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency; TA: Therapeutic Area; CNS: Central Nervous System

Resumen de las causas profundas regionales y la oportunidad

La innovación supera la capacidad del sistema, provocando saturación y retrasos

El volumen y la complejidad de los medicamentos aprobados globalmente siguen aumentando, creando desafíos crecientes para los sistemas regulatorios y sanitarios de Chile, que no han ampliado su capacidad al mismo ritmo. Como resultado, los plazos de aprobación se han alargado, persisten presiones por retraso y las brechas entre la innovación global y el acceso local siguen siendo evidentes, a pesar de las recientes mejoras en la actividad de aprobación.

La baja inversión limita a las instituciones, fragmenta procesos y reduce la competitividad

El gasto público en sanidad en Chile está en líneas generales con los referentes regionales, pero sigue por debajo de los niveles de la OCDE. Sin embargo, el gasto en tratamientos innovadores es significativamente inferior a los promedios de LATAM y OCDE, lo que indica una priorización más limitada de la innovación. Esta brecha limita la capacidad del sistema para financiar y ampliar el acceso a nuevas terapias, contribuyendo a una adopción más lenta y a una dependencia continua de vías de acceso restringido

El acceso mejora cuando el valor clínico y la preparación del sistema se refuerzan mutuamente

La aprobación regulatoria por sí sola no garantiza el acceso. La adopción oportuna requiere alineación entre la generación local de evidencias, la infraestructura de diagnóstico, las capacidades de entrega y los marcos presupuestarios. Cuando estos elementos están en marcha, el acceso se vuelve más predecible y escalable; cuando no lo están, la complejidad se traduce en retrasos y disponibilidad restringida.

Las oportunidades emergentes señalan potencial para un reposicionamiento estratégico

La creciente inversion farmacéutica, la adopción incrementada de terapias innovadoras y la modernización gradual del sistema presentan una oportunidad para que Chile fortalezca su posición en el panorama global. Mejoras específicas en gobernanza, infraestructuras y colaboración intersectorial podrían traducirse en un acceso más rápido, mejores resultados y mayor preparación para la innovación compleja.

El progreso sostenido requiere colaboración, integración y planificación futura

Lograr un acceso sostenible en Chile dependerá de una acción coordinada entre las autoridades reguladoras, los pagadores y los proveedores. Las prioridades incluyen mejorar la colaboración institucional, integrar nuevas tecnologías para mejorar la eficiencia y la transparencia, y fortalecer la planificación a largo plazo para gestionar la creciente complejidad y demanda.

Los desafíos de acceso de Chile no se deben a la falta de innovación, sino a un desajuste entre la aceleración de la complejidad terapéutica y la capacidad del sistema para absorberla. Aunque se están avanzando, cerrar esta brecha requerirá inversión sostenida, reformas estructurales y un enfoque proactivo para gestionar la complejidad en todo el ecosistema sanitario.

Acronyms: OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

Puntos clave regionales



La innovación acelera a medida que evoluciona la carga de enfermedades

Una carga creciente y compleja de enfermedades en Chile está impulsando la demanda de terapias más específicas y avanzadas, ejerciendo una presión adicional sobre el sistema para adaptarse a innovaciones de mayor impacto



Los desafíos de acceso se intensifican a medida que crece la innovación

A medida que aumenta el volumen y la complejidad de la innovación, la dependencia de Chile de procesos secuenciales y fragmentados se vuelve menos efectiva, lo que contribuye a retrasos y variabilidad en el acceso de los pacientes



La subinversión estructural amplifica las ineficiencias en el acceso

Las persistentes limitaciones de capacidad y la inversión sanitaria relativamente baja limitan la capacidad de Chile para absorber la innovación de manera eficiente, lo que provoca retrasos, desalineaciones operativas y resultados de acceso desiguales



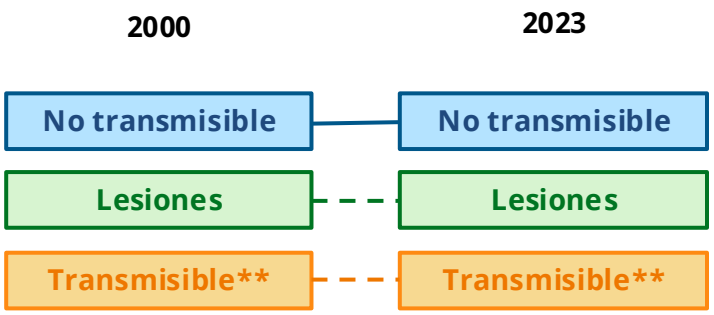
Se está abriendo una ventana para la transformación

La evolución continua del sistema, el creciente enfoque en la innovación y el crecimiento gradual de la inversión crean una oportunidad oportuna para mejorar las vías de acceso y mejorar la preparación para terapias más complejas

Las enfermedades no transmisibles aumentan la carga sanitaria de Chile

La transición epidemiológica hacia condiciones crónicas genera una demanda creciente de medicamentos innovadores y vías de acceso sostenibles

Evolución de la carga de enfermedades en Chile – DALYs por 100.000



- La carga de enfermedades en Chile está impulsada por enfermedades no transmisibles, lo que confirma un perfil epidemiológico maduro. Chile ha completado la transición epidemiológica observada en toda LATAM, alejándose decisivamente de las condiciones infecciosas y de la vida temprana hacia enfermedades crónicas.
- Este cambio tiene implicaciones críticas para los sistemas sanitarios y las necesidades farmacéuticas. A diferencia de las enfermedades infecciosas agudas, las ENT son crónicas y requieren un manejo a largo plazo. Sin embargo, la disminución de la carga de las enfermedades transmisibles no elimina la doble presión. El sistema debe ser capaz de apoyar simultáneamente el control de enfermedades infecciosas mientras escala la capacidad para el manejo de enfermedades crónicas.
- Muchos de los avances más significativos en los tratamientos de la ENT han provenido de medicamentos innovadores (por ejemplo, terapias oncológicas dirigidas, nuevos inmunomoduladores para enfermedades inflamatorias, tratamientos avanzados para condiciones metabólicas y cardiovasculares) que abordan necesidades no cubiertas y mejoran la supervivencia, la función y la calidad de vida; factores clave de la productividad.

Enfermedades con la mayor carga de morbilidad Clasificado por Nivel 2, 2023, excluyendo lesiones

1	Neoplasias
2	Enfermedades cardiovasculares
3	Trastornos musculoesqueléticos
4	Trastornos mentales
5	Lesiones no intencionadas
6	Otros no transmisibles
7	Trastornos neurológicos
8	Enfermedades digestivas
9	Infecciones respiratorias y TB
10	Diabetes y ERC

- A medida que aumenta la carga de las ENT, también lo hace la demanda de acceso tanto a tratamientos nuevos como existentes. Las áreas terapéuticas priorizadas en este informe son aquellas más alineadas con el perfil de enfermedad de la región
- Sin embargo, la creciente necesidad de terapias innovadoras llega en un momento en que los presupuestos sanitarios enfrentan presiones contrapuestas, los reguladores y sistemas gestionan el aumento de los volúmenes de envíos y las vías de acceso siguen fragmentadas. La alineación entre la carga de la enfermedad y la innovación farmacéutica subraya la urgencia de entender dónde y por qué persisten las brechas de acceso.

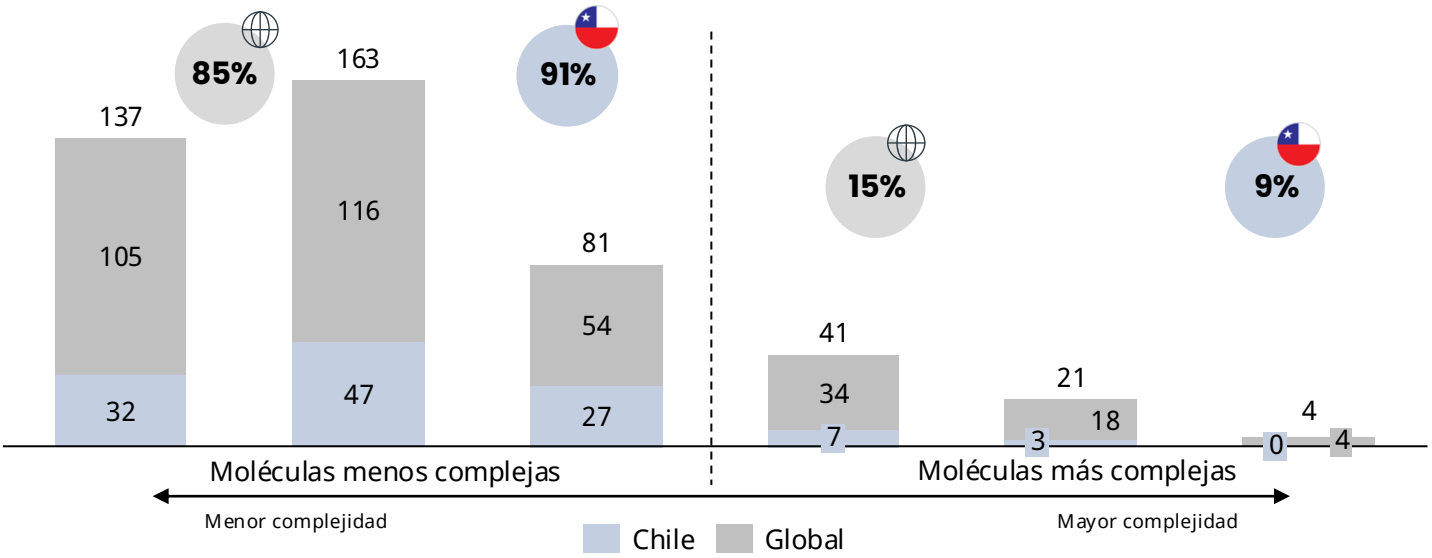
El perfil de enfermedades en Chile justifica el enfoque en medicamentos innovadores para las ENT, mientras que la creciente carga subraya la importancia de un acceso oportuno a nuevas terapias

Acronyms: DALYs: disability-adjusted life year; NCD: non-communicable diseases
Sources: Institute for Health Metrics and Evaluation

La complejidad introduce consideraciones adicionales para los sistemas

Chile sigue la distribución de complejidad LATAM, con ~91% aprobado de las moléculas concentradas en segmentos de menor complejidad

Complejidad de moléculas aprobadas globales y locales – Conjunto de datos WAIT



Los niveles de complejidad mostrados reflejan un conjunto de factores que suponen una presión adicional sobre los sistemas sanitarios y requieren capacidades o experiencia más allá de los procesos regulatorios e implementadores estándar

- Terapias biológicas o de próxima generación (por ejemplo, nucleótidos, ARNi, genes, células, tejidos, inmunoterapia): requieren conocimientos especializados en fabricación, manejo y regulación más allá de los fármacos de moléculas pequeñas
- Terapias innovadoras / de primera en su clase: Los mecanismos novedosos pueden carecer de precedentes, requiriendo revisiones más profundas y aumentando la incertidumbre sobre la seguridad a largo plazo y la eficacia en el mundo real
- Medicina de precisión (es decir, diagnóstico requerido): Los diagnósticos complementarios requieren validación paralela y despliegue de infraestructura antes de que las terapias puedan administrarse eficazmente
- Población huérfana: A menudo se dirigen a poblaciones más pequeñas, lo que dificulta los ensayos a gran escala y limita la disponibilidad de comparadores robustos
- Vía de administración: Las vías complejas (por ejemplo, inyección, intrateca, entrega única) requieren infraestructura especializada, personal formado y vías de atención coordinadas

- Desde una perspectiva orientada al sistema, la complejidad amplifica las limitaciones de capacidad. Desde una perspectiva técnica, las moléculas complejas presentan mayores desafíos en la generación e interpretación de evidencias.
- El índice de complejidad de Chile refleja de cerca al de LATAM, con un ~91% de las moléculas concentradas en el lado de menor complejidad frente al ~9% en la mayor complejidad, lo que indica un patrón de distribución regional consistente, con una ligera inclinación hacia moléculas menos complejas

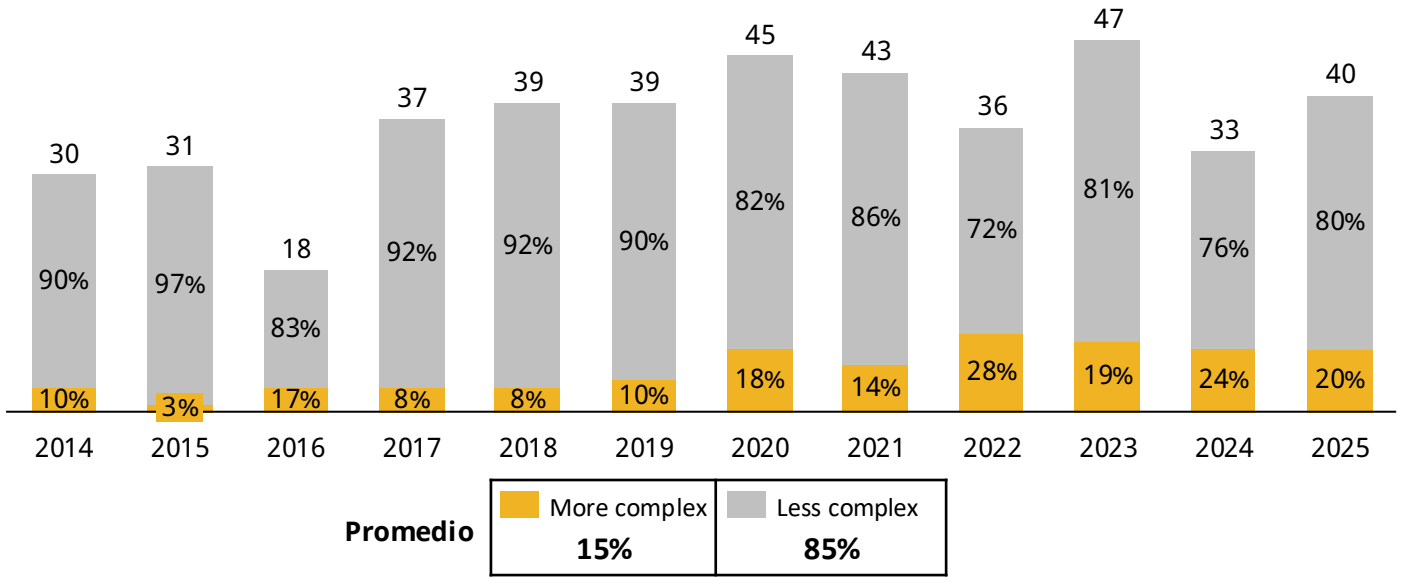
La innovación a menudo introduce desafíos técnicos durante la evaluación y crea restricciones de sistema aguas abajo para reguladores, pagadores y proveedores en entornos con recursos limitados

Acronyms: RNAi, RNA interference

La innovación también se está volviendo más compleja

La proporción de terapias complejas entre las aprobaciones globales se ha duplicado desde 2014, lo que genera desafíos de evidencia y evaluación para los sistemas regulatorios y de pago

Complejidad de las aprobaciones globales - Conjunto de datos WAIT



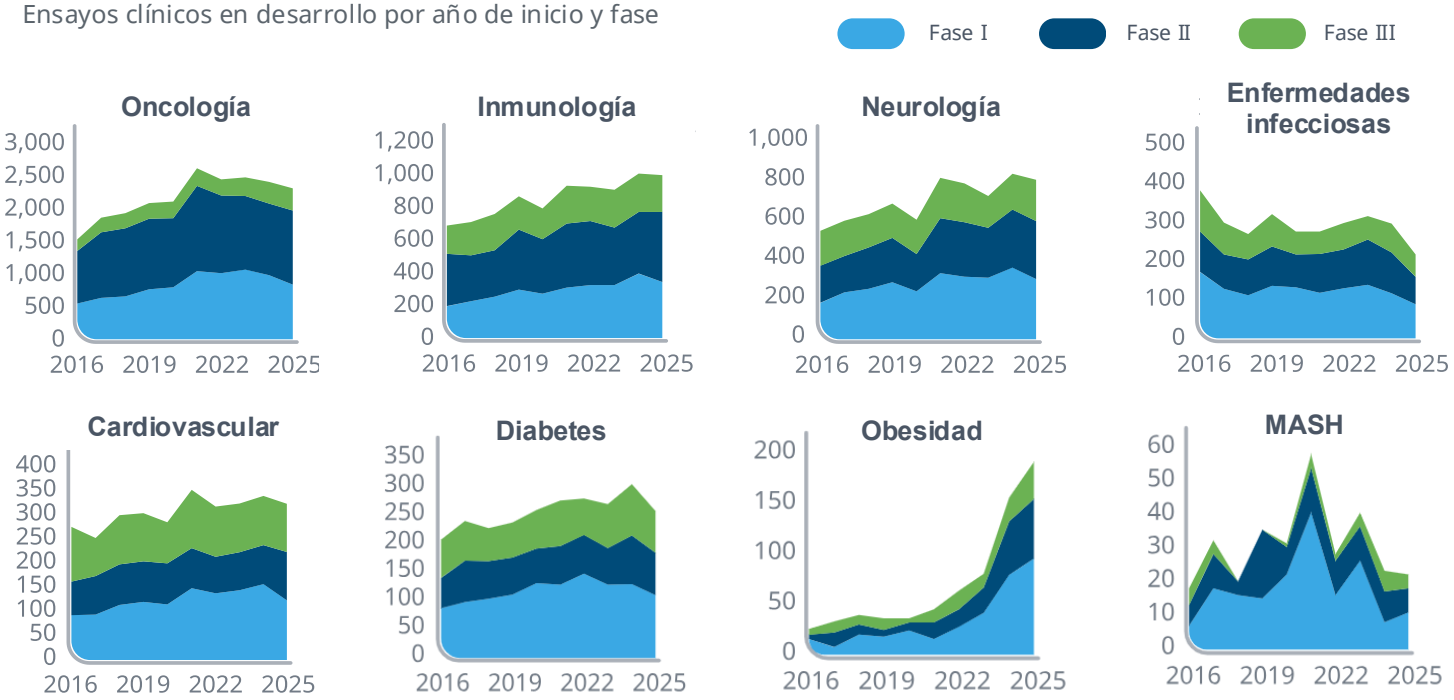
- Entre las moléculas aprobadas globalmente en este estudio, la proporción de moléculas complejas ha aumentado del 10% en 2014 al 20% en 2025. Este aumento refleja la creciente dependencia de la medicina de precisión, terapias para enfermedades huérfanas, nuevos mecanismos de acción y modalidades avanzadas (por ejemplo, terapias génicas y celulares)
- Aunque estas innovaciones abordan necesidades persistentes no cubiertas y ofrecen beneficios transformadores, también introducen desafíos en toda la vía de acceso
- Las terapias complejas suelen enfrentarse a dificultades inherentes en la generación de evidencia, relacionadas con demostrar eficacia y seguridad en suficientes pacientes, durante plazos adecuados y frente a un comparador clínico relevante. Así, se crean desafíos operativos y técnicos adicionales para reguladores y pagadores
- Esto puede aumentar la incertidumbre sobre la eficacia en el mundo real, la seguridad a largo plazo y el impacto presupuestario, generando tensión entre el deseo de proporcionar acceso temprano y la necesidad de pruebas sólidas que informen las decisiones de reembolso
- Para reguladores y pagadores en LATAM, la creciente complejidad agrava los desafíos operativos y técnicos existentes. Las agencias reguladoras pueden carecer de experiencia especializada para evaluar modalidades novedosas o interpretar endpoints y vías de aprobación aceleradas. Los sistemas a menudo dependen de marcos tradicionales, que pueden no abordar adecuadamente la incertidumbre, el valor a lo largo del tiempo o beneficios sociales más amplios
- A medida que la complejidad aumenta sin la construcción de capacidades correspondiente, los plazos corren el riesgo de alargarse y las decisiones de acceso pueden volverse más conservadoras o inconsistentes entre sistemas. Cada punto adicional en la escala, en cierta medida, refleja una capa adicional de incertidumbre con la que lidiar

El aumento de la complejidad terapéutica requiere la evolución de los marcos regulatorios y normativos en LATAM, así como un renovado enfoque en la capacidad técnica; sin adaptación, la complejidad se convierte en una barrera adicional

Un sólido pipeline global señala innovación sostenida y una presión creciente sobre el Sistema

Esta innovación continua crea oportunidades, pero solo si se alivian los cuellos de botella de acceso

Ensayos clínicos en desarrollo por año de inicio y fase



- El pipeline global sigue siendo sólido, con un flujo sostenido de nuevos tratamientos esperado a corto y largo plazo. La actividad continua de ensayos clínicos sugiere que el número de medicamentos innovadores que llegarán a la revisión regulatoria seguirá creciendo en lugar de estabilizarse.
- Los avances en biológicos, medicina de precisión, terapias basadas en genes y moléculas pequeñas novedosas están ampliando las opciones de tratamiento en una amplia gama de enfermedades crónicas y complejas
- La concentración del pipeline está estrechamente alineada con la carga de enfermedades de LATAM. Estas áreas reflejan prioridades globales en el tratamiento del cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y condiciones metabólicas relacionadas, muchas de las cuales requieren tratamiento a largo plazo y una implicación sostenida del sistema.
- Aunque este impulso innovador representa un avance para los pacientes, el aumento del volumen de moléculas, a menudo con mecanismos novedosos y mayor incertidumbre, sobrecargará aún más los ya saturados sistemas sanitarios. A medida que más terapias buscan aprobación regulatoria, precios, reembolso y entrega dentro de las limitaciones de capacidad existentes, se espera que los desafíos de acceso se intensifiquen, especialmente en sistemas con fuentes limitadas, vías fragmentadas y presiones presupuestarias.
- La continua expansión del pipeline subraya la importancia de garantizar que los marcos de acceso evolucionen junto con la innovación

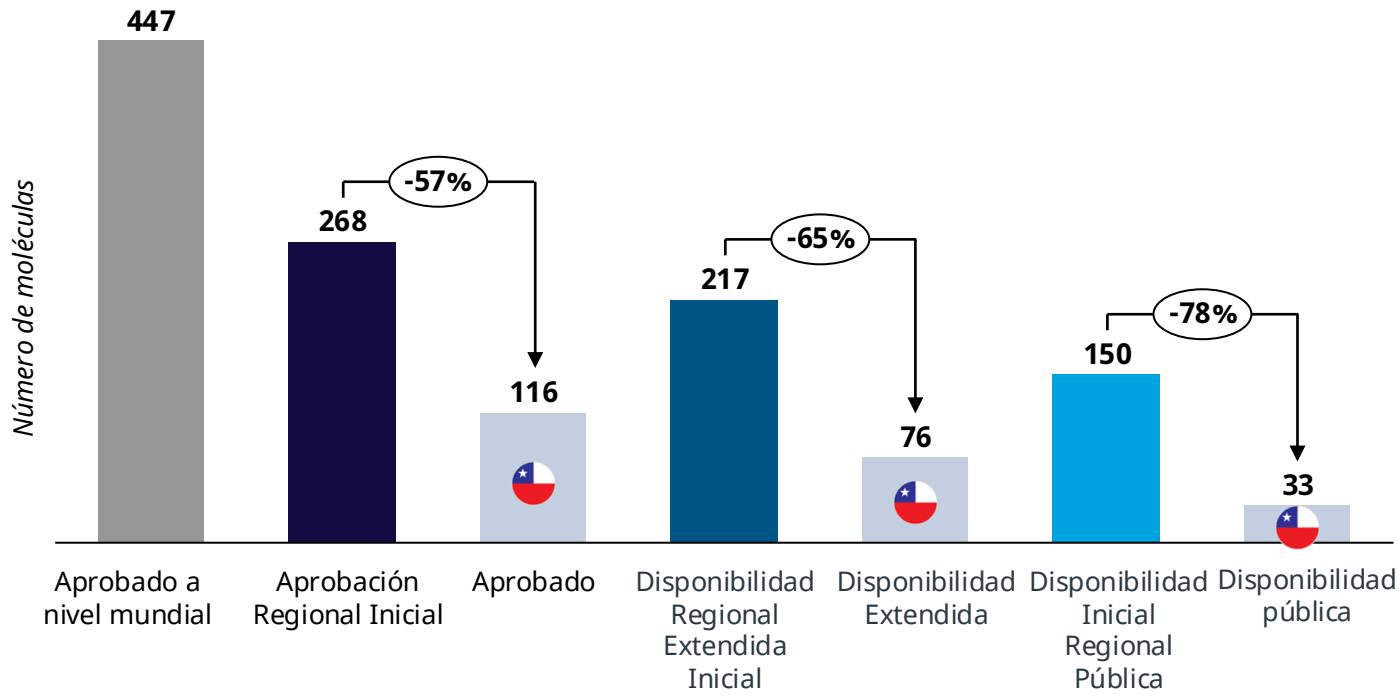
Un crecimiento continuo del pipeline impulsará avances en la sanidad, pero amplificará los cuellos de botella existentes del sistema si no se abordan

Acronyms: MASH: Metabolic dysfunction-associated steatohepatitis
Sources: IQVIA – Global R&D Trends 2026

La etapa de aprobación de Chile limita significativamente el acceso final

Aunque Chile experimenta pérdidas en la fase de aprobación, la pérdida más significativa ocurre tras la aprobación, con fuertes descensos en la disponibilidad extendida y pública

Desglose de la disponibilidad regional y local inicial (2014 - 2025) — combinado



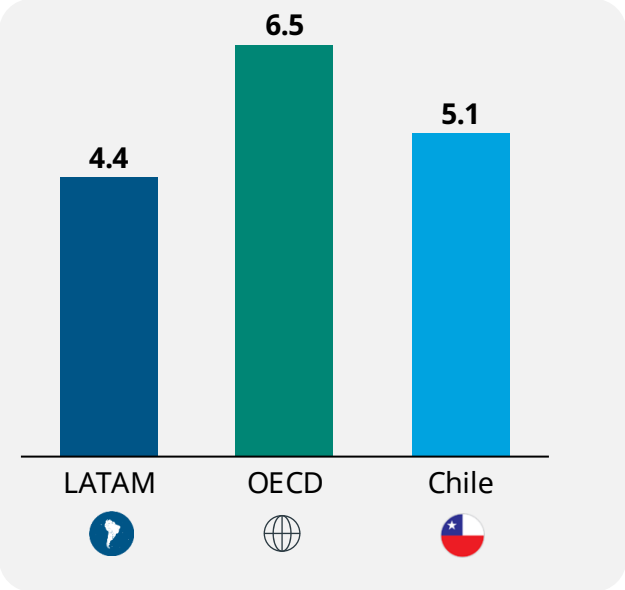
- La aprobación y disponibilidad regional inicial representa dónde una molécula está aprobada o disponible en al menos un país de la región; el gráfico comparativo representa el estatus de Chile
- Chile muestra una proporción menor de moléculas con solo un ~43% del total de la región, esta tasa disminuye aún más al considerar una disponibilidad más amplia, lo que indica restricciones específicas
- La conversión de la aprobación a la disponibilidad extendida es limitada, ya que solo 76 moléculas alcanzan una disponibilidad más amplia, lo que refleja retrasos en los procesos y la adopción sistemática
- La brecha más pronunciada se muestra al considerar la disponibilidad pública. Donde solo ~22% de las moléculas están disponibles en comparación con el referente regional
- Chile, en general, tiene áreas de oportunidad en la fase de aprobación, además, no cumple con la disponibilidad pública, limitando significativamente el acceso de los pacientes
- El sistema tiene limitaciones a la hora de traducir las aprobaciones en disponibilidad, especialmente en el sector público; Esto indica barreras como el reembolso y la incorporación

Chile experimenta lagunas en la etapa de aprobación, pero las pérdidas más significativas ocurren después de la aprobación, donde la conversión limitada a disponibilidad extendida y pública reduce el acceso final

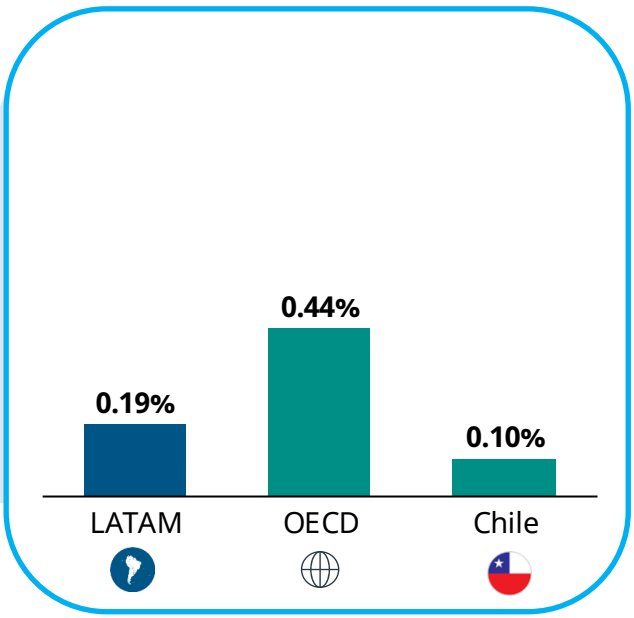
El gasto en salud de Chile está por debajo del objetivo de la OCDE

El gasto público y de innovación en salud en Chile sigue por debajo de los estándares de la OCDE, limitando la capacidad del sistema y limitando el acceso a terapias innovadoras

Gasto público medio en salud (% del PIB, MAT octubre 2023-2025)



Gasto público medio en tratamientos innovadores (% del PIB, MAT octubre 2023-2025)



- El gasto público en Chile (5,1%) sigue siendo inferior al 6,5% recomendado por la media de la OMS y la OCDE, aunque sigue por encima de sus homólogos de LATAM, lo que indica una inversión base más fuerte
- Chile asigna una menor proporción del PIB (~0,10%) a tratamientos innovadores en comparación con los indicadores regionales (~0,19%) y de la OCDE (0,44%), limitando la capacidad del sistema para conceder acceso a la innovación
- Este desequilibrio sugiere que, aunque Chile mantiene una sólida financiación del sistema sanitario en general, la asignación a terapias innovadoras sigue siendo limitada, lo que podría retrasar el acceso de los pacientes a tratamientos avanzados
- La brecha de financiación refleja, entre otros, desafíos de priorización que impiden ampliar el acceso a terapias innovadoras
- Las restricciones fiscales y presupuestarias más amplias siguen limitando la capacidad de Chile para aumentar la financiación dedicada a tratamientos innovadores, lo que afecta a la rapidez de las decisiones de adopción y reembolso
- Una menor inversión en innovación también puede influir en el grado de participación del sector privado, reduciendo los incentivos para lanzamientos prioritarios en el mercado chileno para lanzamientos de acceso anticipado

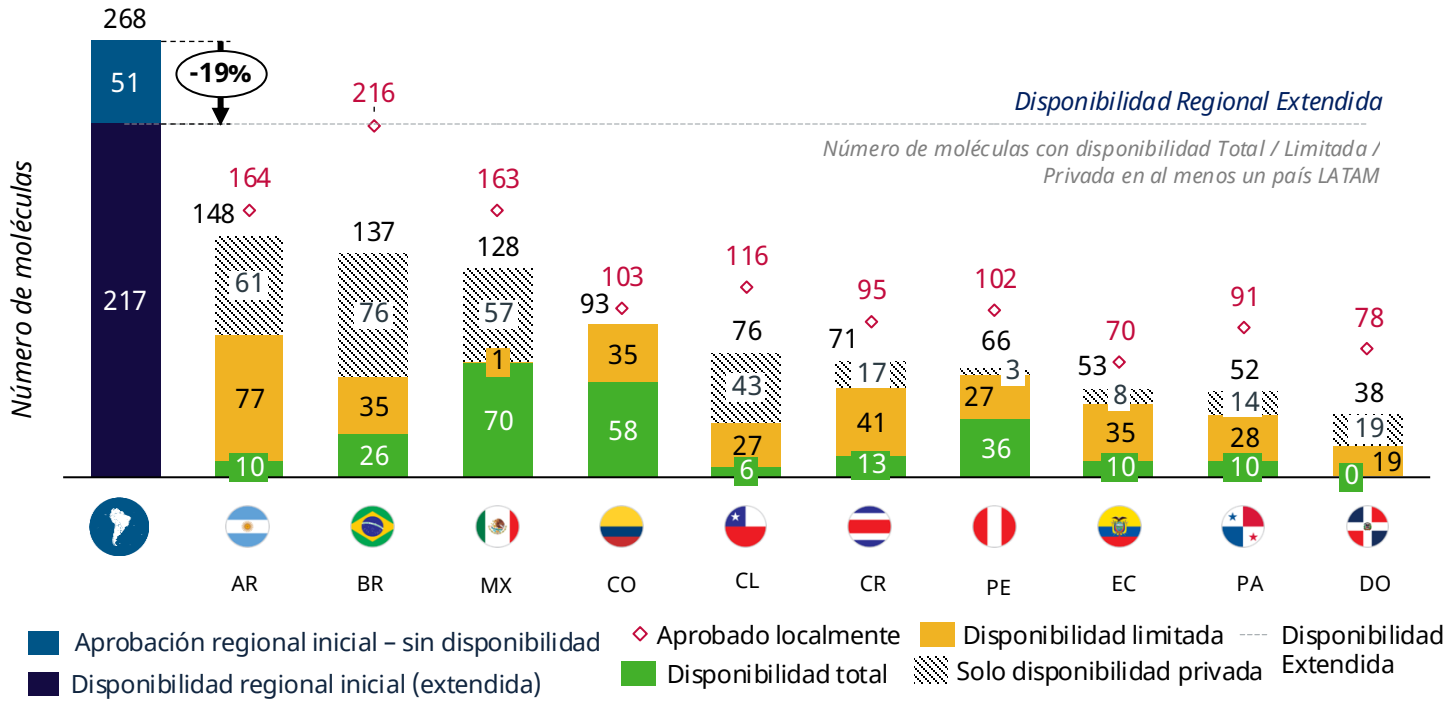
Aunque Chile supera a sus homólogos de LATAM en gasto sanitario general, su inversión significativamente menor en tratamientos innovadores pone de manifiesto una brecha crítica en la priorización de la financiación, subrayando la necesidad de alinear mejor la asignación de recursos

Acronyms: GDP: Gross Domestic Product; WHO: World Health Organization; OECD: Organization for Economic Co-operation Development; MAT: Moving Annual Total

Las tasas de disponibilidad varían mucho según el país

Brasil impulsa la aprobación regional inicial, Colombia ha sido históricamente líder en disponibilidad pública, pero México ha avanzado recientemente que han resultado en la tasa de disponibilidad completa más alta

Desglose de la disponibilidad local (2014 - 2025) — Combinado



- Existe una diferencia del 19% entre las moléculas aprobadas en al menos un país de LATAM y las que están disponibles
- La tendencia en aprobaciones frente a disponibilidad no es consistente entre países; Brasil, Chile, República Dominicana y Panamá muestran una brecha más pronunciada entre aprobaciones y disponibilidad
- Argentina y Brasil tienen una contribución desproporcionadamente alta del sector privado frente al sector público, lo que ayuda a cerrar la brecha entre las aprobaciones regulatorias y la disponibilidad, pero también puede agravar el retraso en el tiempo para la disponibilidad pública
- México tiene con diferencia los niveles más altos de disponibilidad total, seguido por Colombia y Perú
- Estos patrones reflejan características subyacentes del sistema, donde la alta contribución privada suele asociarse a sistemas fragmentados y presupuestos públicos limitados, la alta disponibilidad pública se alinea con estructuras centralizadas y procesos más maduros, y las brechas entre aprobaciones y disponibilidad apuntan a que la capacidad regulatoria está siendo superada por la HTA y retrasos en los precios impulsados por la saturación de procesos y la limitada transparencia

Los pacientes se enfrentan a diferentes desafíos según el país: donde la cobertura privada es alta, ofrece un mejor acceso pero para un subconjunto de pacientes, mientras que donde la cobertura pública es alta, normalmente hay menos moléculas disponibles, lo que aumenta las desigualdades

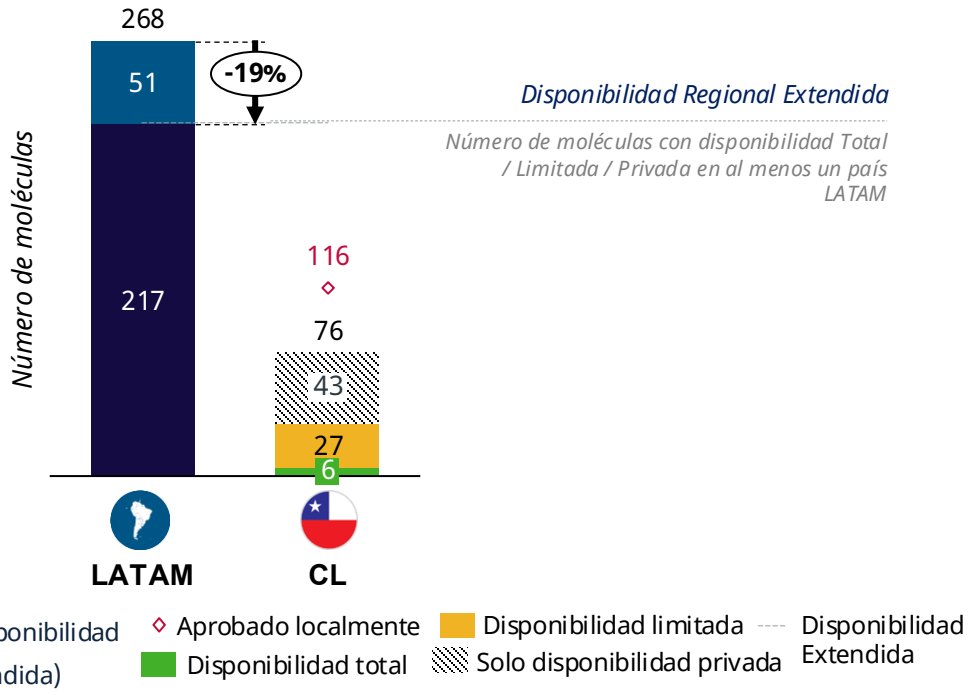
*Véase el apéndice para más detalles

Acronyms: AR: Argentina; BR: Brazil; MX: Mexico; CO: Colombia; CL: Chile; CR: Costa Rica; PE: Peru; EC: Ecuador; PA: Panama; DO: Dominican Republic; HTA: Health Technology Assessment

La disponibilidad de Chile sigue rezagada respecto a las aprobaciones

Las fuertes tasas de aprobación contrastan con el acceso público limitado y la dependencia de la disponibilidad del sector privado en Chile

Desglose de la disponibilidad regional y local (2014 - 2025) — combinado



- Existe una brecha importante entre la aprobación y la disponibilidad extendida en Chile, donde solo el ~65% de las moléculas aprobadas tienen disponibilidad extendida
- La composición de la disponibilidad revela un desequilibrio estructural, ya que más de la mitad de las terapias con disponibilidad extendida (~56%) están restringidas al acceso del sector privado, lo que indica que la innovación está presente en el mercado pero no se distribuye equitativamente entre la población
- La adopción de sistemas públicos sigue siendo muy limitada, ya que solo 6 terapias alcanzan disponibilidad completa, demostrando limitaciones significativas en la ampliación del acceso a medicamentos innovadores, impulsadas por restricciones de financiación, priorización y capacidad de implementación
- Esta dinámica refleja retrasos sistemáticos en la traducción de aprobaciones en acceso público, impulsados por limitaciones de financiación y reembolso
- La dependencia de la disponibilidad privada sugiere que la innovación está presente pero no es ampliamente accesible, lo que refuerza las desigualdades en las vías de acceso

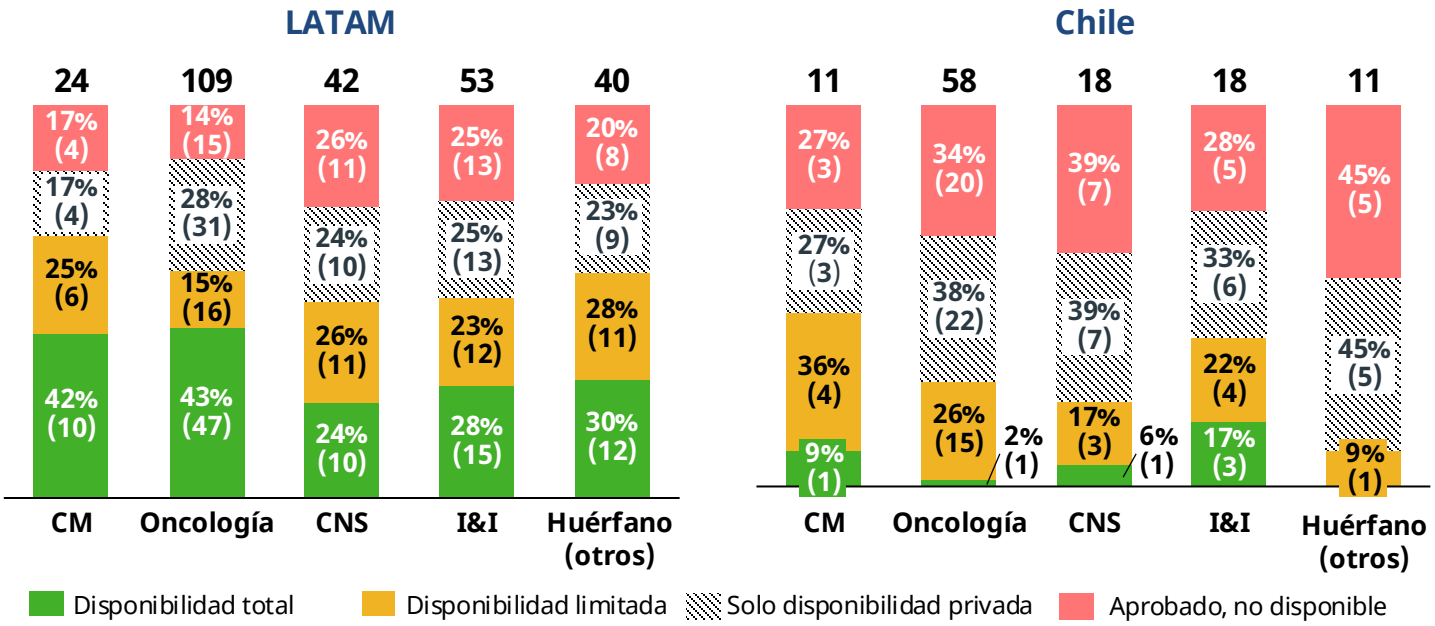
En Chile, las fuertes aprobaciones regulatorias no se complementan con un acceso a nivel sistémico, ya que la financiación pública limitada y la alta dependencia de la disponibilidad privada restringen el acceso equitativo a terapias innovadoras

Acronyms: ISP: Instituto de Salud Públca; CL: Chile

También existen diferencias significativas según el área terapéutica

Chile se desvía de las tendencias regionales, con una disponibilidad completa consistentemente baja y una alta cuota de terapias, ya sea privadas o no disponibles en la mayoría de las áreas terapéuticas

Estado de disponibilidad regional y local por área terapéutica



- Chile demuestra un perfil de acceso más limitado en comparación con LATAM en todas las áreas terapéuticas, con niveles consistentemente más bajos de disponibilidad completa, especialmente en CM (9% frente a 42%), Oncología (2% frente a 43%) y SNC (6% frente a 24%)
- La distribución de la disponibilidad apunta a un claro desequilibrio estructural, con una gran parte de las terapias concentradas en categorías privadas o no disponibles, especialmente en Oncología (72%), SNC (78%) y enfermedades huérfanas (90%), limitando el acceso amplio de los pacientes
- En áreas clave de alta carga como la oncología y el sistema nervioso central, el acceso sigue siendo especialmente restringido, con una disponibilidad mínima y una fuerte dependencia de canales privados, lo que pone de manifiesto las limitaciones sistémicas en la conversión de aprobaciones en una disponibilidad generalizada
- La alta cuota de disponibilidad exclusiva para el sector privado refleja la dependencia de canales orientados a la oficina o privados, limitando el acceso equitativo en toda la población
- Las áreas terapéuticas con una alta necesidad no cubierta, como Oncología y SNC, muestran una cuota particularmente alta de "no disponible", lo que sugiere retrasos en la traducción de aprobaciones en acceso de pacientes
- Aunque I&I muestra un rendimiento relativamente mejor, el acceso sigue siendo fragmentado, con solo un 17% de disponibilidad completa y una dependencia significativa de vías del sector privado

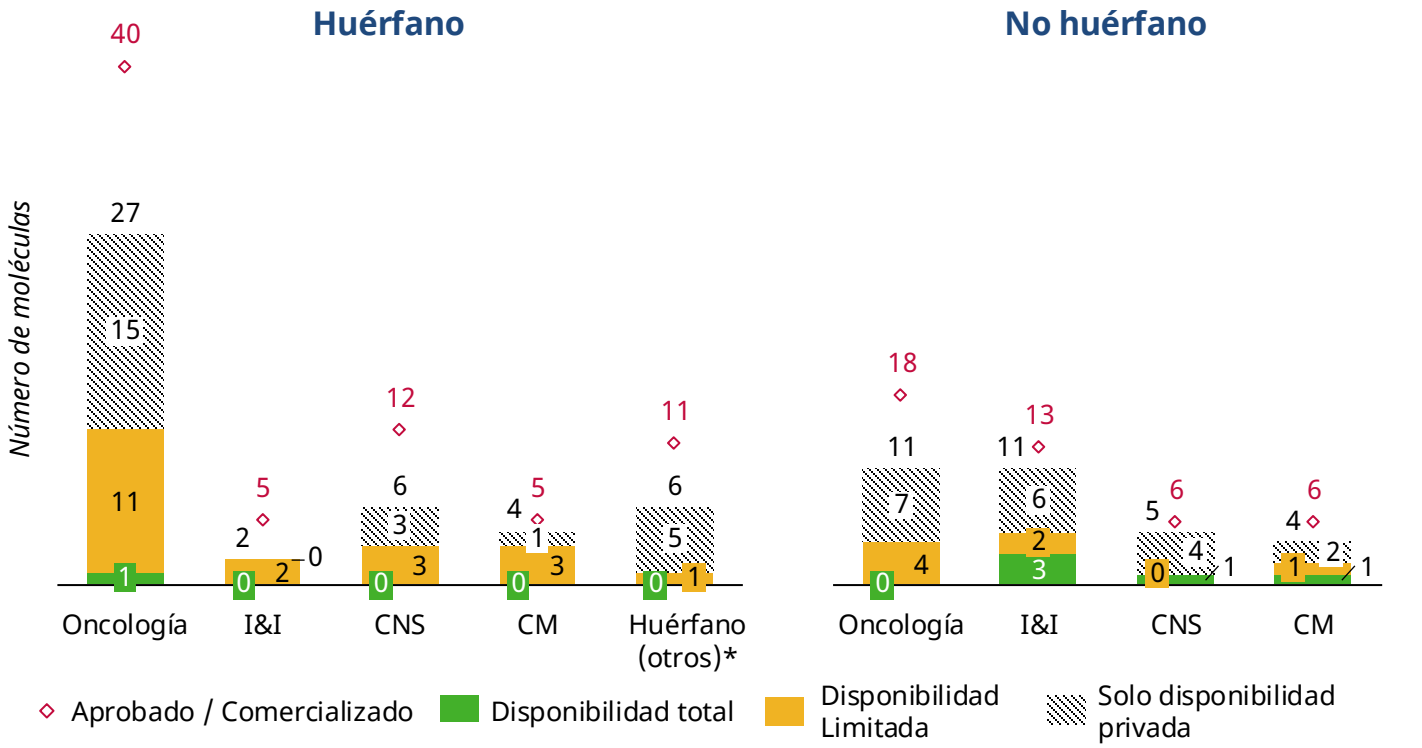
Las mayores brechas de acceso en Chile están impulsadas por una alta proporción de terapias que no están disponibles o están restringidas a canales privados, lo que pone de manifiesto que el acceso al sistema público, y no la aprobación regulatoria, es el principal cuello de botella

Acronyms: CM: Cardiometabolic; CNS: Central Nervous System; I&I: Inflammation and Immunology; OOP: Out-of-pocket

Las terapias huérfanas muestran una mayor disponibilidad en Chile

Las terapias para huérfanos dependen más del acceso privado, mientras que las terapias no huérfanas enfrentan limitaciones más estrictas del sistema, lo que limita la disponibilidad pública entre la mayoría de los asistentes

Desglose de la disponibilidad local (2025) – Huérfano vs. No huérfano por AT



- Las terapias huérfanas representan la mayor proporción de los tratamientos aprobados, especialmente en oncología (40 moléculas huérfanas aprobadas frente a 18 no huérfanas), pero muy pocas alcanzan disponibilidad completa
- La disponibilidad de huérfanos está fuertemente impulsada por el acceso del sector privado, con una parte significativa de las terapias clasificadas como exclusivas privadas, lo que indica que el acceso a tratamientos para enfermedades raras depende de vías no públicas
- En todas las áreas terapéuticas, incluso donde hay terapias para huérfanos, la adopción del sistema público sigue siendo mínima, lo que pone de manifiesto las limitaciones para integrar estos tratamientos en esquemas de cobertura más amplios
- En cambio, las terapias no huérfanas muestran una menor dependencia del acceso privado, pero aún enfrentan notables brechas de disponibilidad, especialmente en el SNC y la oncología, donde la disponibilidad total es ausente o mínima
- Las áreas de mayor presupuesto y alto volumen como CM y CNS presentan restricciones de sistema más estrictas, limitando tanto la adopción de innovación como la expansión del acceso público

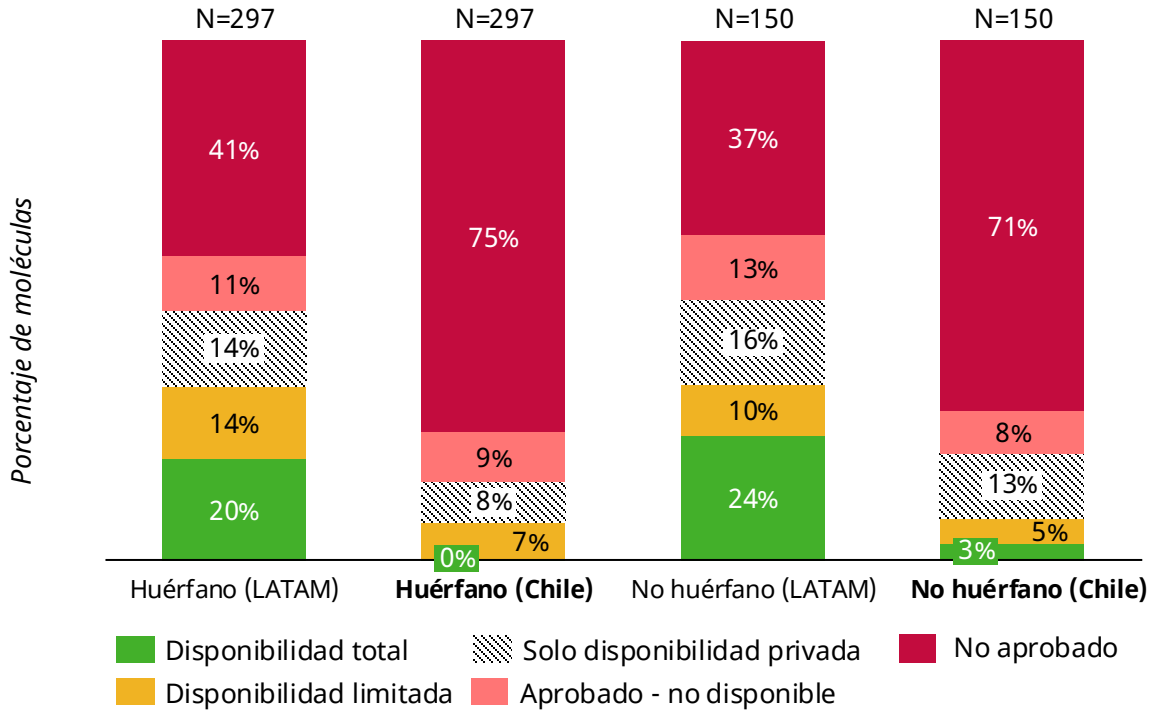
En Chile, las terapias para huérfanos se benefician de un acceso relativamente mayor por parte del sector privado, mientras que las terapias no huérfanas enfrentan restricciones más estrictas del sistema, pero ambos segmentos muestran finalmente niveles limitados de disponibilidad pública completa

* Orphan (other) category considers orphan molecules that are not also part of any of the other TAs
Acronyms: I&I: Inflammatory and Immunology; CNS: Central Nervous System; CM: Cardiometabolic; TA: Therapeutic Area

Las terapias para enfermedades huérfanas enfrentan desafíos adicionales frente a las no huérfanas

Las terapias no huérfanas muestran una disponibilidad relativamente mejor que las huérfanas en Chile, aunque ambas siguen limitadas con una conversión limitada a acceso público complete

Disponibilidad Regional y Local Inicial (2014 – 2025) – Huérfano vs. No Huérfano



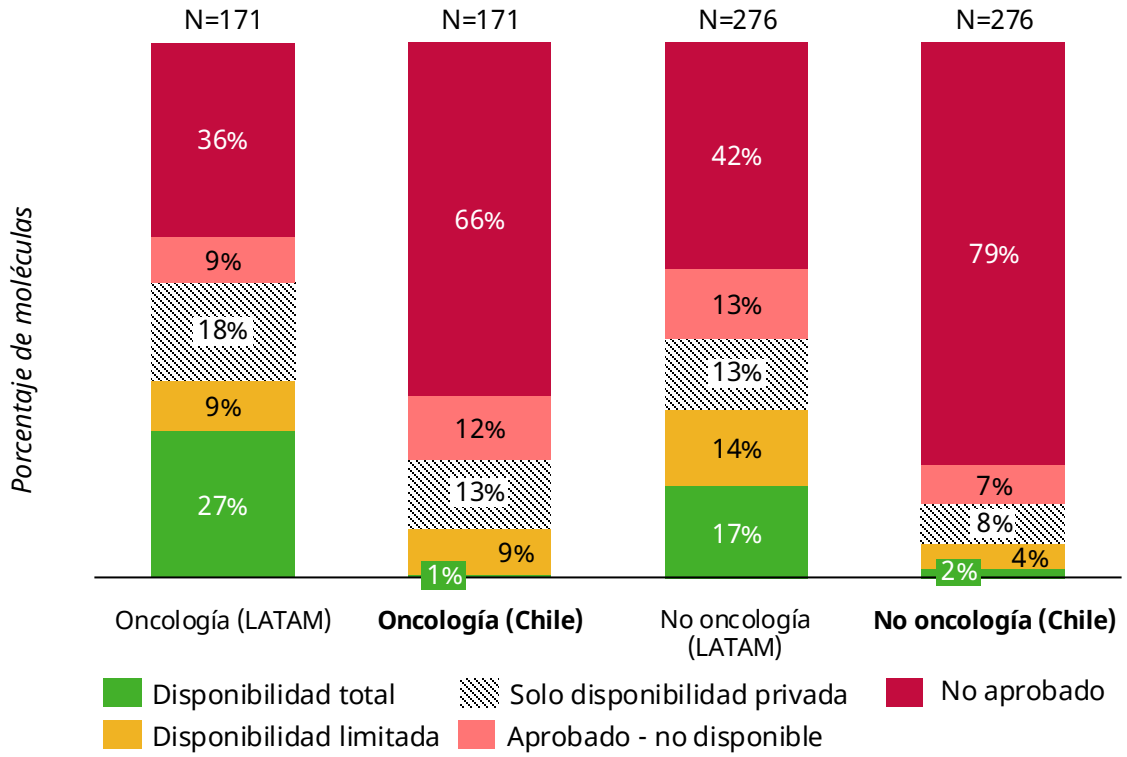
- Chile muestra una disponibilidad total consistentemente baja tanto en terapias huérfanas como no huérfanas, con un 0% (huérfano) y un 3% (no huérfano) que logran acceso completo, significativamente por debajo de los parámetros LATAM (20% y 24%, respectivamente)
- La mayor brecha es en las aprobaciones, con una proporción significativamente mayor de terapias no aprobadas en Chile (75% huérfanos; 71% no huérfanos), lo que indica barreras en la etapa de entrada/presentación
- Las terapias no huérfanas en Chile muestran un rendimiento ligeramente mejor que las huérfanas en términos de disponibilidad limitada (~5%) o solo privada (~13%), lo que resulta en diferencias extendidas en la disponibilidad, 21% para no huérfanos frente a 15% para terapias huérfanas respectivamente
- En ambas categorías, la distribución de la disponibilidad refleja limitaciones a nivel de sistema para ampliar el acceso más allá de la aprobación, especialmente para terapias innovadoras
- La alta proporción de tratamientos no aprobados y no disponibles sugiere barreras agravadas, desde la entrada regulatoria hasta la financiación e implementación

Chile tiene un rendimiento inferior tanto en terapias huérfanas como no huérfanas, con dificultades de acceso impulsadas no solo por limitaciones de capacidad del sistema sino también por aprobaciones y envíos limitados y la lenta traducción a la disponibilidad

Las terapias no oncológicas van por detrás de las oncológicas en Chile en disponibilidad

Aunque la oncología muestra una menor disponibilidad completa, tiene una mayor proporción de terapias en etapas limitadas, privadas y aprobadas no disponibles en comparación con las no oncológicas

Disponibilidad Regional y Local Inicial (2014 – 2025) – Oncología vs. No Oncología



- La oncología en Chile muestra una menor disponibilidad completa (1% frente a 2% en no oncología), lo que indica una conversión más débil a tratamientos totalmente accesibles; sin embargo, ambos están muy limitados
- Sin embargo, la oncología tiene una mayor concentración de terapias en etapas de acceso intermedio, incluyendo limitadas (9% frente a 4%), solo privadas (13% frente a 8%) y aprobadas pero no disponibles (12% frente a 7%), lo que sugiere mayor presencia pero integración limitada del sistema
- Este perfil indica que la innovación oncológica está más frecuentemente aprobada o parcialmente accesible, pero tiene dificultades para traducirse en una disponibilidad pública completa, permaneciendo fragmentada entre canales de acceso
- En cambio, las terapias no oncológicas muestran una disponibilidad completa ligeramente mejor, pero una mayor proporción de tratamientos no aprobados (79% frente a 66%), lo que indica barreras más fuertes en la fase de entrada
- En ambas áreas, los datos destacan diferentes cuellos de botella:

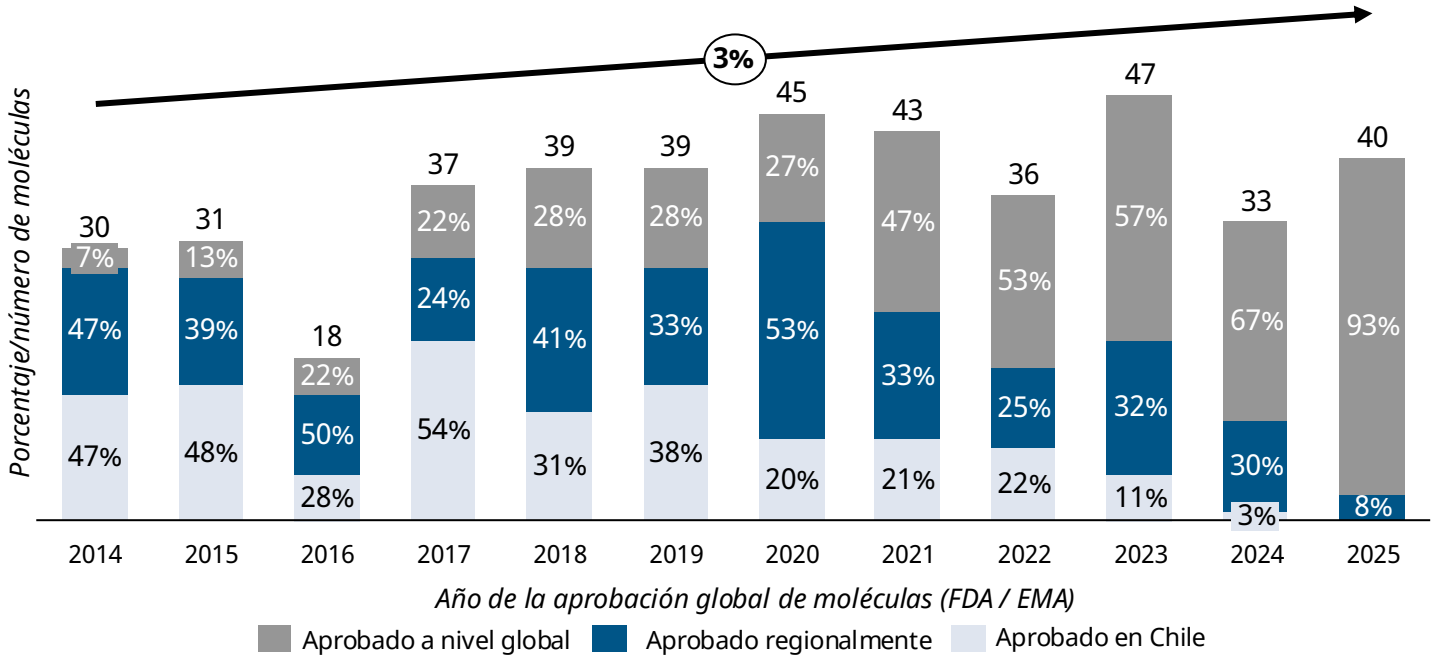
a. Oncología: Limitaciones de acceso y financiación tras la aprobación
b. No oncología: limitaciones regulatorias y de aprobación más tempranas

En Chile, las terapias oncológicas están aprobadas con mayor frecuencia y están parcialmente disponibles, pero enfrentan barreras significativas para un acceso completo, mientras que las terapias no oncológicas se enfrentan a barreras más fuertes en la fase de aprobación

Los nuevos medicamentos aumentan, pero las aprobaciones se retrasan

El aumento de la innovación global no se traduce en aprobaciones para Chile, ya que en los últimos años se están ampliando las brechas

Terapias globales vs. regionales vs. locales aprobadas (2014 - 2025) – Combinadas



- Las tasas de aprobación regionales siguen siendo consistentemente altas para los grupos mayores, pero muestran un descenso pronunciado para las aprobaciones más recientes, pasando de un sólido rango del 72–93% entre 2014 y 2020 a solo el 33% en 2024 y el 8% en 2025
- Chile sigue una trayectoria descendente similar en las aprobaciones, reflejando consistentemente la tendencia regional, aunque con discrepancias que oscilan entre el 33% y 2020
- La proporción de terapias que permanecen exclusivamente en el escenario global de aprobación ha aumentado notablemente con el tiempo, pasando del 7% en 2014 y 13% en 2015 al 57% en 2023, 67% en 2024 y 93% en 2025, reflejando una brecha cada vez mayor entre las aprobaciones globales y su traducción a la aprobación posterior
- Es evidente un claro efecto de retraso temporal, ya que las terapias aprobadas en años anteriores han tenido tiempo suficiente para expandirse a mercados regionales, pero no necesariamente a Chile, alcanzando un 94% regional y solo un 47% de aprobación chilena para las cohortes de 2014; esto también afecta a aprobaciones más recientes que muestran una penetración sustancialmente menor debido a un tiempo más corto desde su lanzamiento
- Además, con el tiempo el "techo", que es el nivel máximo de aprobaciones en la región para medicamentos aprobados globalmente, está disminuyendo con una tendencia descendente muy clara a lo largo del tiempo, incluso para los medicamentos a mitad o final de su ciclo de vida, lo que indica desafíos acumulados para su lanzamiento en la región

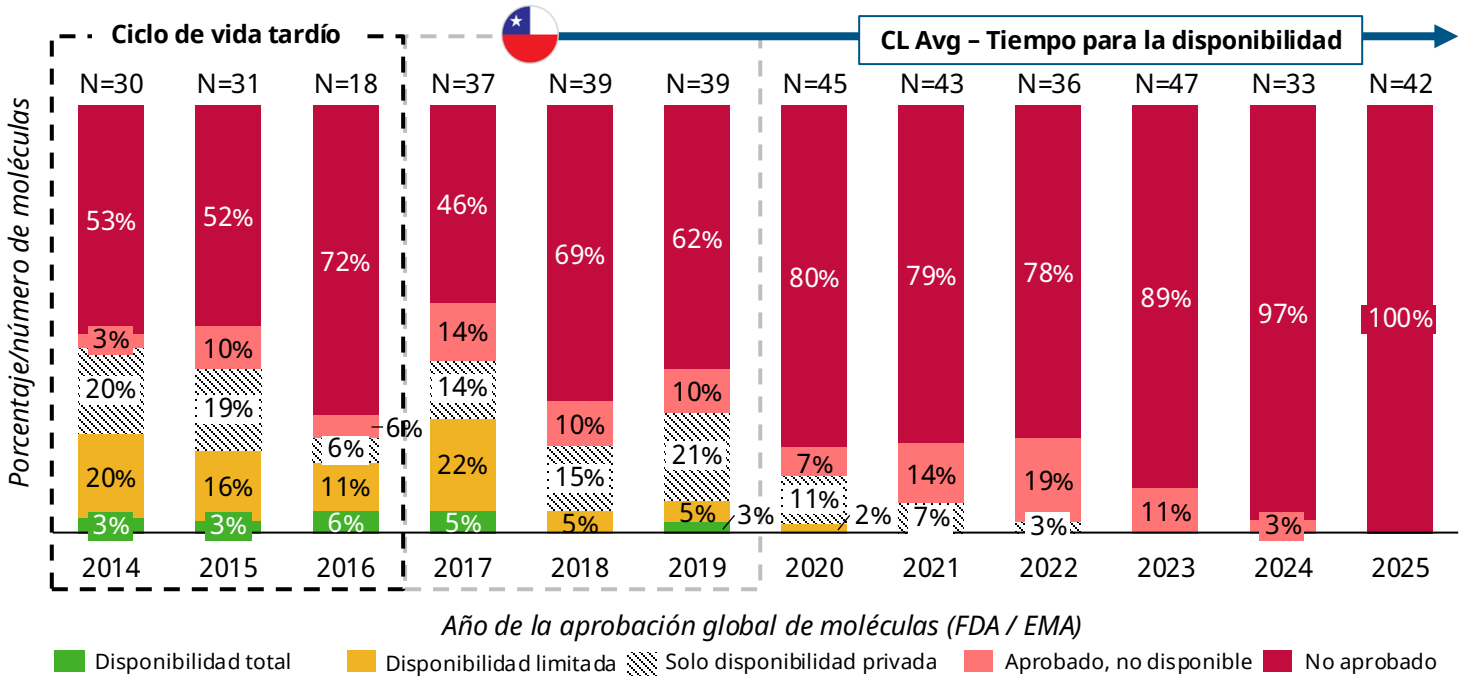
Las tasas de aprobación están disminuyendo en la región, mientras que las aprobaciones globales aumentan; la brecha seguirá ampliándose sin una acción concertada

Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency

Incluso para tecnologías más antiguas, el acceso público es muy complicado

Las terapias más antiguas rara vez alcanzan la disponibilidad completa, mientras que las cohortes más nuevas se concentran cada vez más en categorías no aprobadas, reflejando un retraso creciente y una adopción limitada del sistema

Estado de la Mayor Disponibilidad de Moléculas a lo Largo del Tiempo (2014 - 2025) – Chile Combinado



- La disponibilidad total sigue siendo consistentemente baja o inexistente en todas las cohortes y disminuye aún más, pasando del 6% en 2016 al 0% a partir de 2020, lo que indica desafíos persistentes para lograr el acceso
- La proporción de moléculas no aprobadas aumenta considerablemente en cohortes más recientes, pasando de ~52% en 2014–2015 al 69% en 2018, 80% en 2020 y 100% en 2025, lo que pone de manifiesto los desafíos para alcanzar consenso tanto en la presentación como en la aprobación
- En las cohortes de mediana edad 2017-2019 no hay una progresión clara hacia la disponibilidad total; la proporción de terapias no aprobadas fluctúa significativamente ~46-69%, mientras que el acceso limitado y privado sigue siendo el principal motor de disponibilidad
- Sin embargo, ha habido un descenso en el acceso limitado y privado en las cohortes recientes, lo que sugiere la capacidad limitada del sistema para proporcionar incluso acceso parcial
- La distribución general se desplaza hacia un acceso más bajo con el tiempo, con cohortes recientes cada vez más concentradas en categorías no aprobadas e indisponibles, lo que apunta a un retraso creciente y a una brecha de acceso cada vez mayor a pesar de la innovación en curso

"Estas tecnologías que se están incorporando son antiguas, y no sé cómo podemos llegar a las más nuevas; hay un retraso."

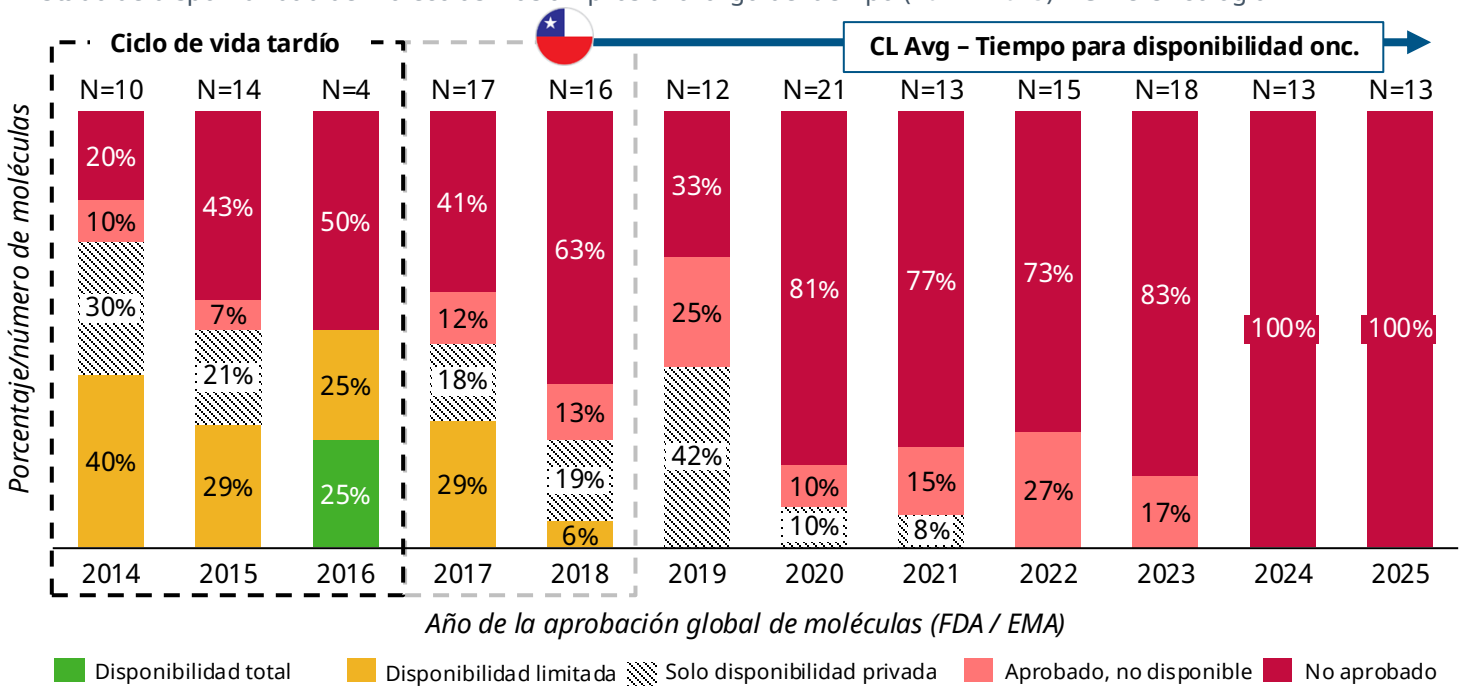
- exministro de Salud

Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency

El acceso al sector privado oncológico es una importante solución temporal

Las cohortes anteriores muestran acceso significativo a través de vías privadas y limitadas, pero las terapias oncológicas recientes se concentran cada vez más en categorías no aprobadas, con una adopción mínima del sistema

Estado de disponibilidad de moléculas más amplias a lo largo del tiempo (2014 - 2025) – Chile Oncología



- La disponibilidad completa de moléculas oncoológicas en Chile sigue siendo muy limitada, con solo el caso atípico de 2016 con un 25% de la disponibilidad completa y el resto de cohortes careciendo de moléculas con disponibilidad completa; el acceso se limita en gran medida a terapias más antiguas, lo que indica ciclos de incorporación largos y selectivos, con tratamientos más nuevos enfrentándose a cada vez más obstáculos para entrar en el sistema
- La proporción de moléculas oncológicas que no están aprobadas ha aumentado drásticamente en los últimos años, pasando del 20% en 2014 al 77% en 2021, 83% en 2023 y 100% en 2024 y 2025, lo que pone de manifiesto las principales barreras para las nuevas terapias oncológicas
- La disponibilidad exclusiva de privadas representa una vía de acceso importante, representando un 30% en 2014, ~18-19% en 2017 y 2018, y 42% en 2019, lo que sugiere que muchos productos llegan a los pacientes solo a través de canales privados y no públicos
- Las moléculas aprobadas pero no disponibles siguen siendo una parte significativa de la cartera oncológica, especialmente en cohortes posteriores, alcanzando el 27% en 2022, 25% en 2019 y 17% en 2023
- El acceso a la innovación oncológica en Chile ha pasado de una disponibilidad limitada hacia un acceso restringido o ausente, con años recientes mostrando una progresión mínima hacia la disponibilidad total y una concentración creciente de moléculas que aún no han llegado a los pacientes a través del sistema sanitario

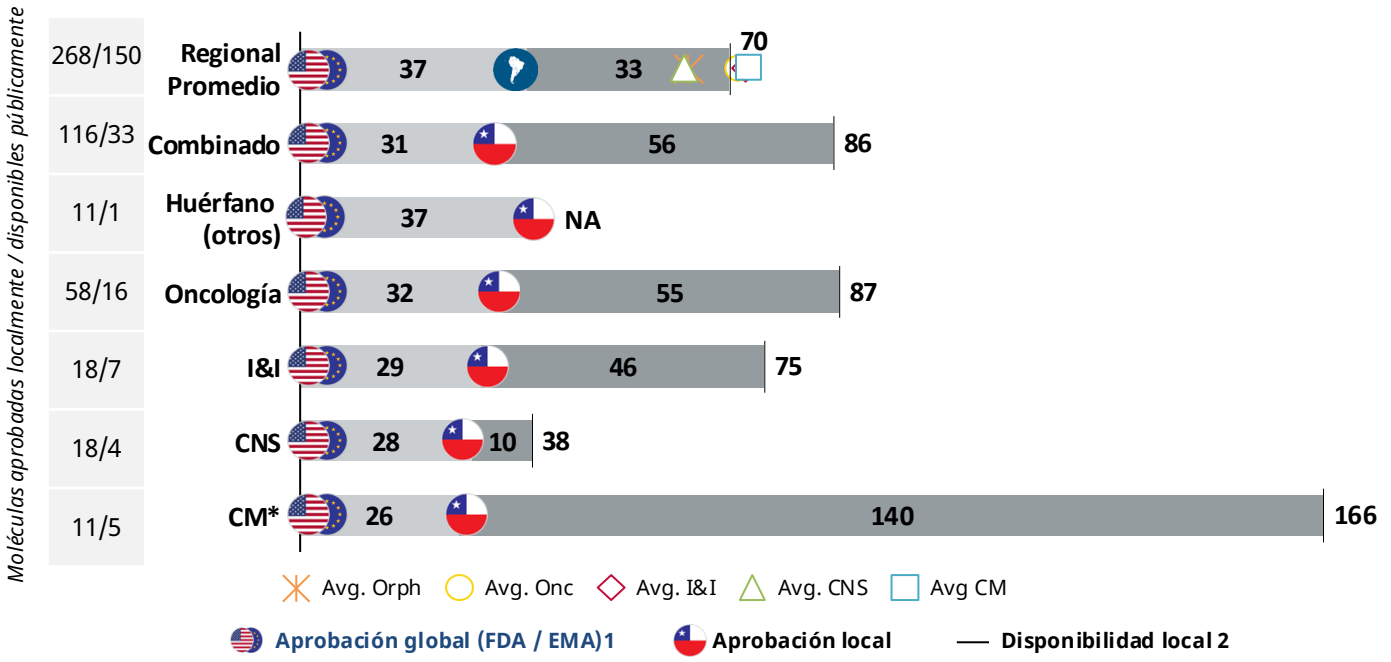
El acceso a moléculas oncológicas en Chile ha empeorado con el tiempo, con cohortes más nuevas concentradas cada vez más en la categoría no aprobada

Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency

El acceso es un proceso largo y fragmentado

El tiempo hasta la disponibilidad en Chile es de 7,2 años, con un tiempo hasta la aprobación de 2,6 años y un tiempo hasta la disponibilidad de 4,6 años

Tiempo hasta la disponibilidad desde la aprobación global (2014 - 2025) – Chile combinado



1 La fecha de aprobación global se considera la fecha más temprana entre la FDA y la EMA

2 Considerar moléculas con disponibilidad total y/o limitada

- El tiempo total de disponibilidad en Chile alcanza los ~86 meses (~7,2 años), superando ampliamente la media regional (70 meses), lo que confirma que el tiempo de espera en Chile es muy significativo y que el acceso limitado de pacientes sigue siendo significativamente retrasado
- A pesar de los plazos de aprobación regulatoria ligeramente más rápidos de Chile (31 meses frente a 37 meses regionales), el tiempo general hasta la disponibilidad local aumenta considerablemente, sesgado por algunas áreas terapéuticas que alargan el tiempo
- Esta ligera ventaja se compensa completamente con retrasos prolongados tras la aprobación (56 meses frente a 33 meses regionales), lo que indica que la mayoría de los retrasos de acceso ocurren después de la aprobación, impulsados por el reembolso, el precio y las barreras de implementación
- Los retrasos más significativos tras la aprobación corresponden a los medicamentos de CM; a pesar de tener un tiempo de aprobación local rápido, el tiempo total de disponibilidad supera la media regional en ~8 años
- Los ciclos de 3 años para la incorporación en GES probablemente también suponen retrasos significativos en el acceso

En Chile, los retrasos en el acceso se deben principalmente a procesos prolongados tras la aprobación, con terapias que tardan de media más de cinco años en pasar de la aprobación a la disponibilidad

*Notes: CM time to availability corresponds to a single molecule and is not representative of the other therapies
Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency; CM: Cardiometabolic; CNS: Central Nervous System; I&I: Inflammation and Immunology

Los plazos se alargaron en 2026, debido a los retrasos posteriores a la aprobación

Aunque los plazos regulatorios se mantienen estables, los retrasos en la disponibilidad aumentan en Chile, especialmente en áreas terapéuticas de alto impacto presupuestal, lo que refuerza la tensión sistémica más allá de la aprobación

Tiempo para la disponibilidad desde la aprobación global vs. 2025 – Por AT en Chile

	Aprobado	Disponible	Total
Promedio regional	-3.0%	+13.0%	+3.9%
Combinado	+6.0%	+63.9%	+37.2%
Huérfano (otros)	-7.1%	-	-
Oncología	+8.2%	+30.8%	+21.4%
I&I	-8.0%	-	-
CNS	-0.1%	-73.8%	-42.1%
CM	+7.6%	-	-

- Chile muestra un aumento del +63,9% en el tiempo de disponibilidad respecto a 2025, lo que resulta en un retraso global del +37,2%, lo que equivale a aproximadamente 23 meses adicionales de espera para que los pacientes accedan a los tratamientos en comparación con el año anterior, impulsado por decisiones de acceso prolongado
- Este patrón es más deficiente que la tendencia regional, donde los plazos de aprobación mejoraron (reducidos en un 3,0%) pero los plazos de disponibilidad empeoraron (aumentaron un 13,0%), lo que pone de manifiesto una mayor brecha de acceso para Chile que para sus homólogos de LATAM
- Los retrasos están centrados, pero no limitados a, el tiempo hasta la disponibilidad en oncología (+30,8%), mostrando un gran aumento, reflejando la incapacidad del sistema para proporcionar acceso a moléculas de alta complejidad
- Existen mejoras aisladas como las terapias del SNC, pero la tendencia general indica que la capacidad del sistema no sigue el ritmo de la llegada de innovación, lo que resulta en transiciones más lentas de la aprobación a la disponibilidad

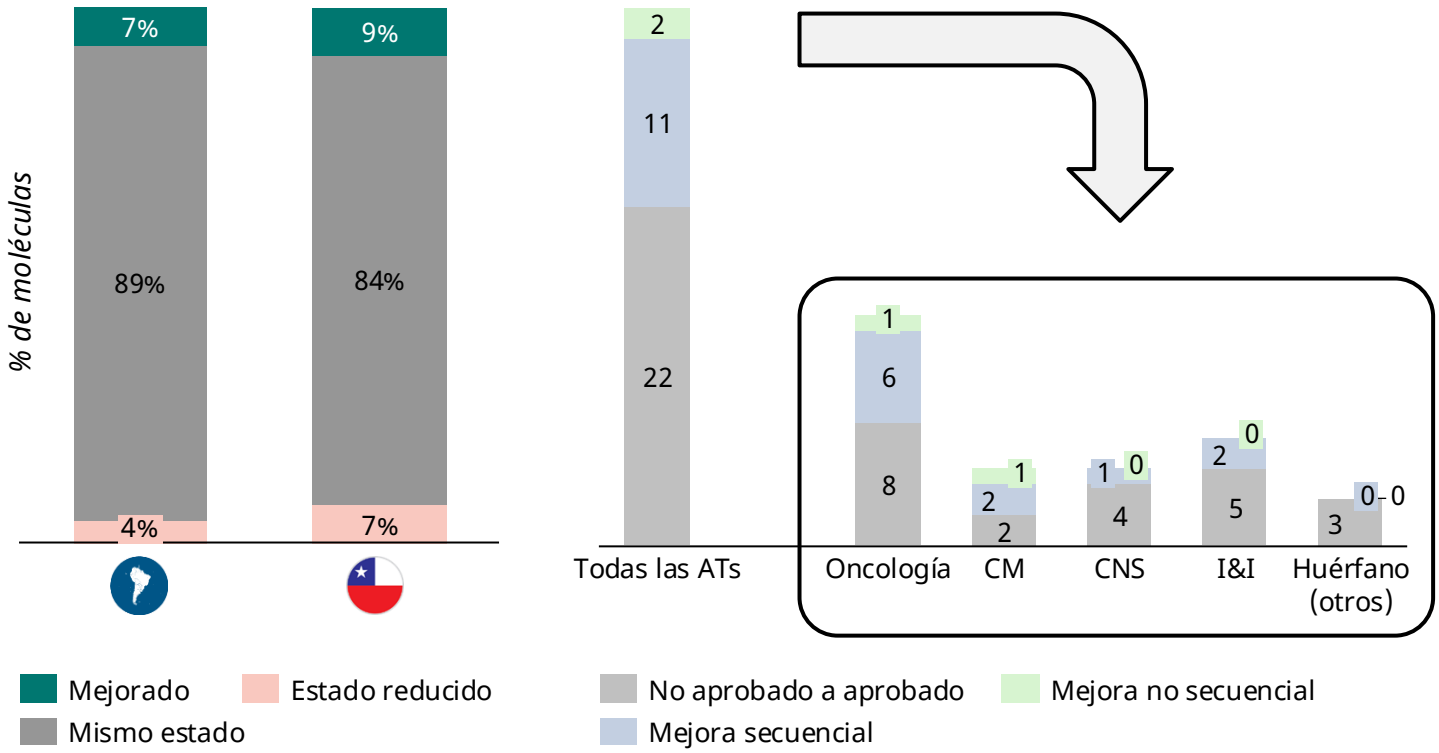
En Chile, los plazos de acceso están empeorando significativamente, impulsados principalmente por la aceleración de los retrasos posteriores a la aprobación, siendo especialmente afectadas terapias de alto impacto como la oncología.

Acronyms: CM: Cardiometabolic; CNS: Central Nervous System; I&I: Inflammation and Immunology

Las mejoras en el acceso en Chile son modestas

Solo una pequeña proporción de terapias muestra mejoría, impulsada principalmente por aprobaciones iniciales más que por una progresión hacia una mayor disponibilidad, y la mayoría permanecen sin cambios

Índice de Mejora Chile (2026 vs 2025)



- Chile sigue la tendencia regional en la progresión del acceso, con un 9% de moléculas mejorando frente al 7% en LATAM; continuando un progreso lento e incremental de mejora
- A pesar de estos avances, la mayoría de las moléculas (~84%) permanecen en el mismo estado de acceso, con muchas permaneciendo solo en el sector privado, lo que pone de manifiesto una estructura en la que la mayoría de las moléculas no se adaptan a la población en general, pero pueden alcanzar rápidamente la aprobación y/o el acceso del sector privado
- Una parte de las moléculas (~7%) experimentó un estatus reducido, consistente con el referente regional (~4%); esto puede representar moléculas que se han vuelto obsoletas debido a la disponibilidad de opciones clínicamente superiores, dinámicas competitivas, etc.
- En las áreas terapéuticas, se logran más mejoras en oncología, las menores en Huérfanas, y patrones relativamente consistentes en otras áreas de enfermedades

Chile muestra una mejora modesta en el acceso, pero los avances son limitados y concentrados en la fase de aprobación, con la mayoría de las terapias permaneciendo estáticas y con poca progresión hacia una mayor disponibilidad

Acronyms: CM: Cardiometabolic; CNS: Central Nervous System; I&I: Inflammation and Immunology

Los mecanismos estructurados de acceso están reforzando la gobernanza

Los marcos de priorización, los mecanismos de financiación de alto coste y la adquisición centralizada están reforzando un sistema de acceso más estructurado, pero limitan la rapidez y amplitud de la adopción de la innovación

Reformas de salud recientes en Chile



Chile ha construido un sistema de acceso estructurado basado en la priorización y mecanismos de financiación dedicados

- GES amplió a 90 condiciones, ampliando la cobertura garantizada
- Las medidas de emergencia oncológica priorizan el retraso en la atención oncológica y la resolución de listas de espera
- Las reformas de CENABAST mejoran la eficiencia de las compras en el sector público y la asignación de recursos
- La dependencia regulatoria basada en EMA permite un acceso más rápido a terapias innovadoras

- La reciente expansión de GES refuerza el modelo de priorización de larga data de Chile al extender el acceso garantizado a condiciones sanitarias adicionales; aunque esto aumenta la protección y la previsibilidad para los pacientes, el acceso sigue vinculado a paquetes de cobertura predefinidos y actualizaciones periódicas de políticas
- La Emergencia de Salud Oncológica 2026 amplía el papel de FONASA en la reducción de las listas de espera oncológicas, apoyando una iniciación más rápida de tratamientos tanto para pacientes GES como no GES; esta medida pretende mejorar el acceso a la atención oncológica mientras incrementa la demanda de servicios y terapias oncológicas en el sector público
- Se espera que la eliminación de la tasa de intermediación municipal del 7% de CENABAST libere aproximadamente 7.200 millones de CLP anuales para reinversión, reforzando la adquisición centralizada y apoyando una mayor asequibilidad y coordinación de suministros en toda la red sanitaria pública
- La implementación de la dependencia regulatoria basada en la EMA acorta significativamente los plazos de revisión de terapias innovadoras, mejorando la alineación de Chile con las estrategias globales de lanzamiento

Chile está fortaleciendo un modelo de acceso históricamente estructurado mediante la ampliación de coberturas, la priorización oncológica, la modernización de la adquisición y procesos regulatorios más rápidos

Sources: Global Health Expenditure Database, International Trade Administration, OECD
Acronyms: GES: Garantías Explícitas en Salud; CENABAST: Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; FONASA: Fondo Nacional de Salud

El marco regulatorio de Chile está alineado con los estándares globales

El sistema regulatorio chileno sigue estándares internacionales y aprovecha agencias de referencia externas para apoyar procesos, pero está menos integrado en marcos formales de dependencia global y colaboración

Reliance Global de las Agencias de Salud de Chile



Chile utiliza la evidencia global para informar las aprobaciones, pero opera fuera de las principales redes regulatorias que impulsan la velocidad y convergencia en la toma de decisiones internacionales

- La autoridad reguladora de Chile incorpora decisiones y evidencias de reguladores extranjeros establecidos como la FDA y la EMA, permitiendo el uso de datos clínicos y de seguridad validados globalmente; este enfoque refuerza el rigor técnico y reduce la duplicación de evaluaciones científicas
- Chile es reconocido como una ARN que refleja una fuerte capacidad técnica, y participa en mecanismos de colaboración de la ARNr coordinados por la OPS, contribuyendo al fortalecimiento regulatorio regional y a la convergencia de esfuerzos
- Aunque se aprovecha la evidencia internacional, la toma de decisiones regulatorias sigue procedimientos locales y vías de revisión secuencial; esta estructura garantiza control y rigor, pero difiere de los modelos en los que las agencias realizan evaluaciones paralelas o colaborativas, limitando la capacidad de captar plenamente las ganancias de eficiencia de los procesos globales
- La inclusión de Chile en el grupo de ARNr de la OPS refleja su posición como regulador regional maduro y capaz; sin embargo, no es un participante clave en iniciativas de colaboración global como el ICH, donde las agencias coordinan evaluaciones y aceleran aprobaciones

El sistema regulatorio chileno combina una fuerte alineación técnica y reconocimiento de referencias regionales, pero la integración limitada en los marcos de colaboración global da forma a un modelo de aprobación más independiente y menos acelerado

Acronyms: FDA: US Food & Drug Administration; EMA: European Medical Agency; PAHO: Pan American Health Organization; NRAr: National Regulatory Authorities of Regional Reference

FIFARMA Indicador W.A.I.T de pacientes y causas profundas 2026

El Indicador WAIT (5ª edición LATAM) busca mostrar una instantánea de la disponibilidad local de 447 medicamentos innovadores y explorar las causas profundas detrás de los retrasos y barreras en el acceso

1 Baja disponibilidad

De las moléculas aprobadas localmente, el 28% están disponibles públicamente; y el 65% alcanzan disponibilidad extendida

2 Largo tiempo para el acceso

El tiempo de disponibilidad media es de 86 meses, con 31 meses para pasar de la disponibilidad global a la local y 56 para la disponibilidad local

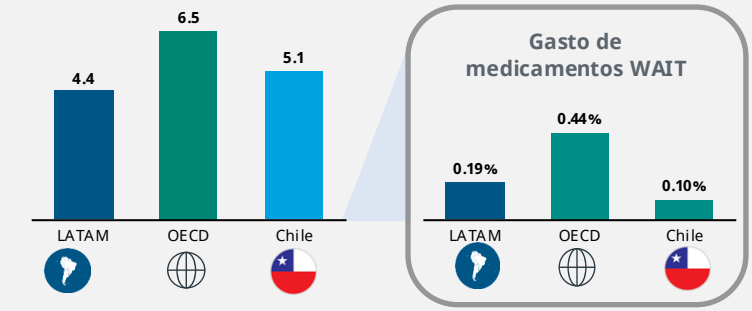
3 Mejora modesta

El estado de disponibilidad en 2026 ha mejorado un 9% respecto a 2025, siendo la mayoría las mejoras secuenciales

4 Impacto en el paciente

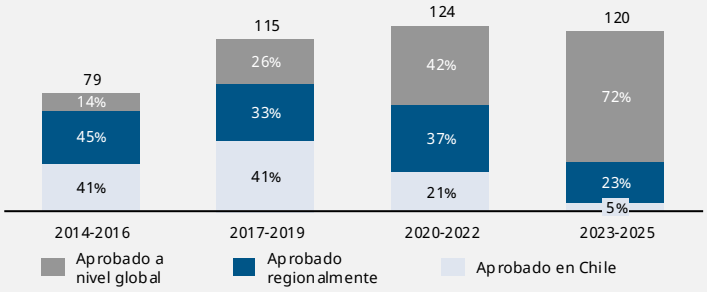
Retrasos/barreras en las opciones de límite de acceso, contribuyendo a peores resultados en salud y pérdidas de productividad

Gasto público medio en salud (% del PIB, MAT octubre 2023-2025)



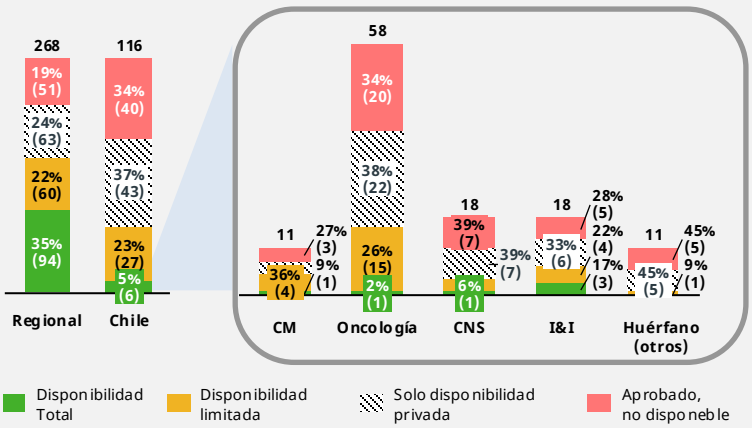
El gasto en salud de Chile (5,1% del PIB) supera el estándar de LATAM, pero el gasto en tratamientos innovadores (0,10%) está por detrás tanto de LATAM como del referente de la OCDE

Terapias globales vs. regionales vs. localmente aprobadas



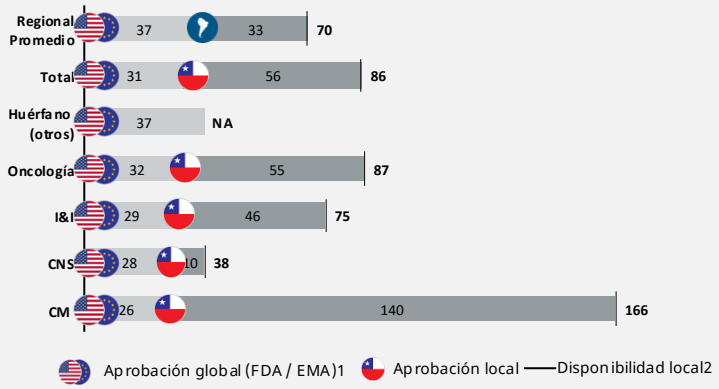
Las tasas de aprobación están disminuyendo en la región y, a nivel local, existe un claro efecto de retardo temporal, donde moléculas anteriores han tenido tiempo de expandirse, en comparación con aprobaciones recientes muy bajas

Disponibilidad en Chile



Chile va rezagado en el acceso al sector público (n=33, 28%); el sector privado ayuda con vías de acceso paralelas (n=43, 37%), muchas moléculas permanecen indisponibles (n=40, 34%)

Tiempo hasta la disponibilidad desde la aprobación global (2014 - 2025) por AT



El tiempo medio de disponibilidad en Chile (86 meses) está por encima del estándar regional (70 meses); con varias particularidades en áreas terapéuticas

Causas Profundas: Principales barreras de acceso

- **Gasto en salud:** En líneas generales con los referentes regionales pero manteniéndose por debajo de los niveles de la OCDE, con importantes carencias en tratamientos innovadores
- **Expansión de capacidad:** El volumen y la complejidad de los medicamentos aumentan, pero el sistema chileno no ha seguido el ritmo
- **Atraso en innovación:** Las aprobaciones de cohortes recientes se desplomaron al 0% (2025) y 3% (2024), dejando las nuevas terapias bloqueadas en la etapa de aprobación global

Oportunidades para mejorar el acceso

- **Alinear y simplificar:** Armonizar los requisitos entre agencias y aumentar la transparencia y la previsibilidad
- **Decisiones basadas en valores:** Adoptar modelos de financiación sostenibles y valores y resultados en tecnología sanitaria
- **Modernizar las adquisiciones:** Simplificar y acelerar los procesos de licitación y mejorar la planificación y la gestión de la cadena de suministro

Sobre los autores

Lider de Proyecto y Asesor



SYDNEY CLARK

Vicepresidente

IQVIA | Servicios de Consultoría

Lider de Proyecto



OSCAR COURTNEY
Socio Principal
IQVIA | Valor y Acceso

Oscar Courtney es socio principal en el centro de excelencia de Valor y Acceso, apoyando proyectos comerciales, estratégicos y de acceso al mercado.

Oscar cuenta con más de 10 años de experiencia en consultoría, de los cuales los últimos 5 han trabajado en IQVIA con compañías farmacéuticas globales.

Oscar se graduó con una licenciatura en Comercio en Marketing y una licenciatura en Psicología por la Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia.

Equipo del Proyecto IQVIA



BRUNO DE ALMEIDA FRANCO
Entrenador



LUCAS SANTOS
Consultor



MATEO LARRALDE
Consultor Asociado



CARLA PAYÁN
Asociado



DANIEL GONZÁLEZ
Asociado



MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ
Asociado



KAREN BREIDSPRECHER
Asociado

El equipo de IQVIA y los líderes consultores locales participaron a lo largo del proyecto

Maria Laura Devoto – Directora Senior, Southern Cluster

Daniella Rodríguez – Directora Senior y Directora General, Andina

María de los Ángeles Martínez - Directora Senior

Celeste Palma – Líder de Perspectivas del Mundo Real, CENCA

Xavier Carrera – Compromiso MGR, EC

Coautores y colaboradores



Yaneth Giha
Directora Ejecutiva,
FIFARMA

Yaneth Giha es economista de la Universidad de los Andes, con másteres en Ciencias Políticas por la Universidad Javeriana y en Estudios de Guerra por el King's College de Londres. Ha ocupado varios cargos en el sector público colombiano, como Ministra de Educación, Viceministra de Defensa, Directora de Ciencias y fue Presidenta Ejecutiva de AFIDRO, antes de incorporarse a FIFARMA en mayo de 2022 como Directora Ejecutiva.



Diego Guarin
Presidente del Capítulo Regional,
ISPOR LATAM

El Dr. Diego Guarín es el Líder Regional de Acceso al Mercado para LATAM y miembro fundador del capítulo de ISPOR Colombia, habiendo también sido presidente de los Comités y Consejo Asesor del Consorcio Latinoamericano de ISPOR. El Dr. Guarín se graduó en Medicina por la Universidad del Rosario-1653 (Colombia) y posee varios másteres.



Silvana Lay
Directora de Acceso y Asuntos Públicos,
FIFARMA

Silvana cuenta con más de quince años de experiencia en gestión. Es ingeniera forestal con un Máster en Administración de Empresas (M.B.A.) especializado en Negocios Internacionales por la Universidad de Tulane - A.B. Freeman School of Business.



Vitor Nasciben
Director Senior de Acceso al Mercado,
Johnson & Johnson

Vitor Nasciben es un líder en acceso al mercado con amplia experiencia en economía sanitaria, precios estratégicos, HTA y acceso a terapias innovadoras en toda América Latina. Vitor tiene títulos en Farmacia, Economía y Administración de Empresas por la Universidad de São Paulo y la Université Pierre Mendès-France (Grenoble II)

Las asociaciones comerciales locales también apoyaron en el desarrollo y validación del estudio

AMIIF, MX
CAEME, AR
AFIDRO, CO
CIF, CL
ARAPF, DO
FEDEFARMA, CAC
INTERFARMA, BR
ALAFARPE, PE
IFI–Promesa, EC

Definiciones y notas adicionales sobre metodología

Suposiciones y reglas para identificar NAS

- Un NAS debe ser una mitad activa y, por tanto, no puede ser una entidad biológica purificada (por ejemplo, biosimilares, bio-mejores, ciertos productos tisulares
- Si la nueva aprobación es una combinación, necesita al menos un nuevo compuesto en el producto
- El NAS puede ser un pro-fármaco (es decir, una sustancia inactiva cuando se administra y que requiere metabolismo para producir un metabolito activo). En tal caso, el metabolito activo puede no ser novedoso. Sin embargo, siempre que el pro-fármaco sea novedoso (es decir, no esté previamente aprobado por ninguna autoridad reguladora y no esté disponible para su venta comercial), el pro-fármaco sería un NAS
- Una forma éster diferente de una sustancia existente tampoco estaría excluida de la consideración para el estatus de NAS
- Las nuevas sales, polimorfos, enantiómeros, isoformas, solvatos, hidratos, formas cristalinas u otros derivados no covalentes de sustancias previamente aprobadas no son NAS a menos que se consideren que lo son por una autoridad reguladora regional o nacional

Selección de moléculas NAS

- NAS con aprobación FDA/EMA 2014-2025 en los TA relevantes
- Lanzamiento global del resto del mundo - (sin lanzamiento en EE. UU.): Productos que normalmente no están expuestos al mercado global, por ejemplo, PD-1 locales en China, respuesta endémica en África, etc.
- Respuesta a la pandemia - brotes (por ejemplo, COVID) y tratamientos respectivos pueden estar sujetos a vías excepcionales de acceso y dinámicas de adquisición
- Las vacunas también tienen diferentes vías de acceso, lo que confunde la comparación; FIFARMA Estudio Time to Vax en desarrollo para evaluar estas por separado
- Otros agentes no comparables, por ejemplo, imagen/diagnóstico: agentes que no se usan directamente en el tratamiento y tampoco son directamente comparables
- Retirada/no lanzada: normalmente una derogación de la aprobación condicional por no cumplir los requisitos de evidencia y resultar en una retirada global o no lanzada

	Resumen de las ATs adicionales seleccionados		
	I&I		**CM**
ATC2 Ejemplos**	L4, M1, D5, A7	N3-7, L04	B1, C2, C10, A10
Ejemplos de clase	ILis, JAKis	CGRPis, antiamyloid mAbs	PCSK9i, GLP1s, GH
Ejemplos de productos	Skyrizi, Olumiant, Cibinqo, Ultomiris, Tremfya	Leqembi, Zurzuvae, Nurtec, Ubrelvy	Ozempic, Ngenla, Repatha
Ejemplos de indicación	RA / CD / UC / PSO / PSA	AD / MS / ALS / DMD	HF / Diabetes / GHD

Notas sobre fuentes y proceso de validación

ESTE INFORME SE BASA EN LAS FUENTES DETALLADAS A CONTINUACIÓN

IQVIA NRC/ MIDAS™ es una plataforma única para evaluar los mercados sanitarios a nivel mundial. Integra las auditorías nacionales de IQVIA en una visión global coherente del mercado farmacéutico, rastreando prácticamente todos los productos en cientos de clases terapéuticas y proporcionando volúmenes estimados de productos, tendencias y cuota de mercado a través de canales minoristas y no minoristas. Los datos de MIDAS se actualizan mensualmente y conservan 12 años de historia. IQVIA MIDAS fue utilizado por cada equipo local de IQVIA para proporcionar los datos existentes

INFORMACIÓN DISPONIBLE PÚBLICAMENTE para cada mercado se incorporó en el estudio por agencias y organismos reguladores

DATOS INTERNOS DEL LABORATORIO se preguntaron mediante una encuesta Smartsheet y se recopiló de cada uno de los fabricantes incluidos en el estudio, así como mediante entrevistas para entender las dinámicas subyacentes

DATOS DE LA ASOSIACIÓN COMERCIAL LOCAL se recopilaron de asociaciones y se validó, además del desarrollo de las definiciones para sus respectivos países

Antiguos **actores del Ministerio de Salud** fueron entrevistados en varios países en el ámbito para aportar una perspectiva y validación adicional

EL DESARROLLO DEL INFORME SIGUE UN PROCESO DE APORTACIÓN Y VALIDACIÓN DE MÚLTIPLES PARTES INTERESADAS

La selección inicial de moléculas descrita en la página 20 se convierte en el equipo central del proyecto IQVIA y es validada por FIFARMA

Las definiciones de disponibilidad son desarrolladas o actualizadas por los equipos consultores locales de IQVIA y validadas por asociaciones comerciales locales

Los datos de aprobación/disponibilidad son recopilados por equipos de consultoría local de IQVIA aprovechando las fuentes de datos descritas (a la izquierda)

Estos datos son validados por IQVIA y FIFARMA y, de manera confidencial, compartidos con los respectivos laboratorios de autorización de comercialización para su validación y complemento

Los equipos locales de consultoría de IQVIA realizan una validación final de los datos y el equipo central del proyecto de IQVIA realiza los análisis relevantes

El equipo central del proyecto de IQVIA elabora el informe preliminar para su validación final por parte de FIFARMA y representantes de organizaciones comerciales locales antes de su publicación

Para los informes de países locales, las asociaciones comerciales realizan una validación adicional antes de su publicación

CONTACTENOS

Oscar Courtney, Asociado Principal

oscar.courtney@iqvia.com

iqvia.com

© 2025. All rights reserved. IQVIA® is a registered trademark of IQVIA Inc.
in the United States, the European Union, and various other countries.
05.2025.LATAM. BCS2024-1624-06JUN