Libro Blanco

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

Costa Rica

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.

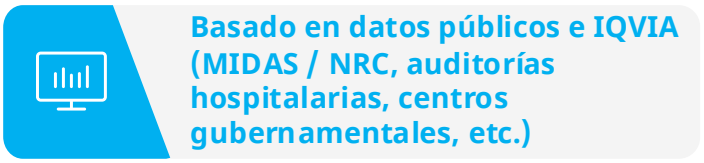
En este studio el termino 'disponibilidad' se utiliza en todo el proceso para permitir la medición estandarizada en 10 sistemas de salud; la disponibilidad representa el reembolso local de un medicamento innovador aprobado globalmente

*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

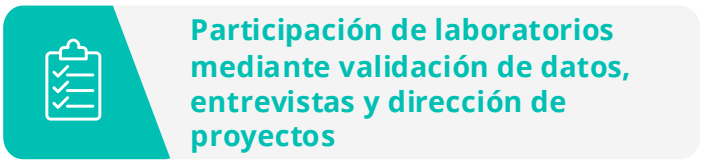
Alcance y validación adicionales

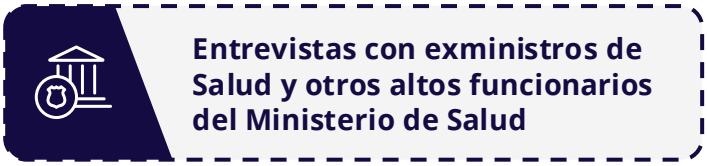
- El acceso a medicamentos innovadores en toda LATAM sigue siendo muy desigual, con notables disparidades entre países y entre los sectores sanitario público y privado. Para comprender mejor estas disparidades, el informe de este año incluye una sección de Causas Raíz que aporta una visión cuantitativa 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:









Añadido en 2026



"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

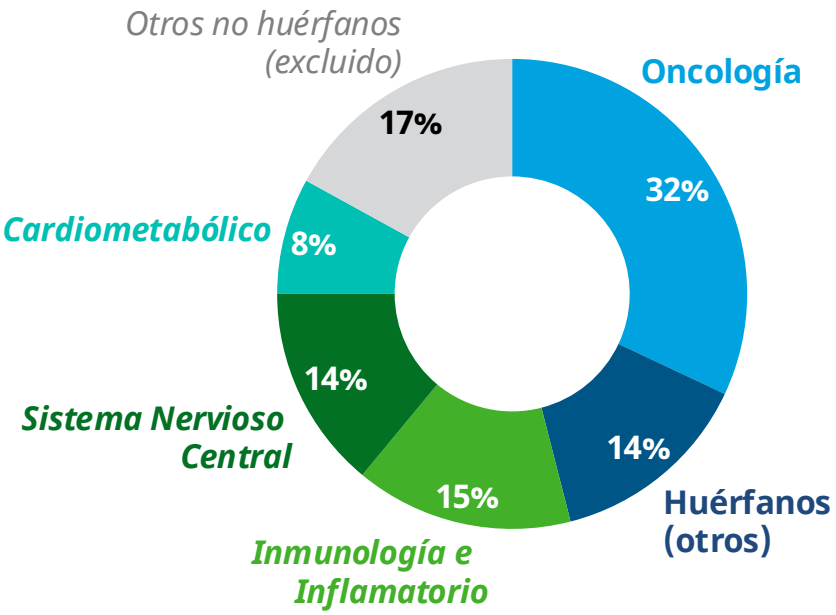
Análisis de uso y gasto
Evaluar el alcance del paciente y los esfuerzos financieros

*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

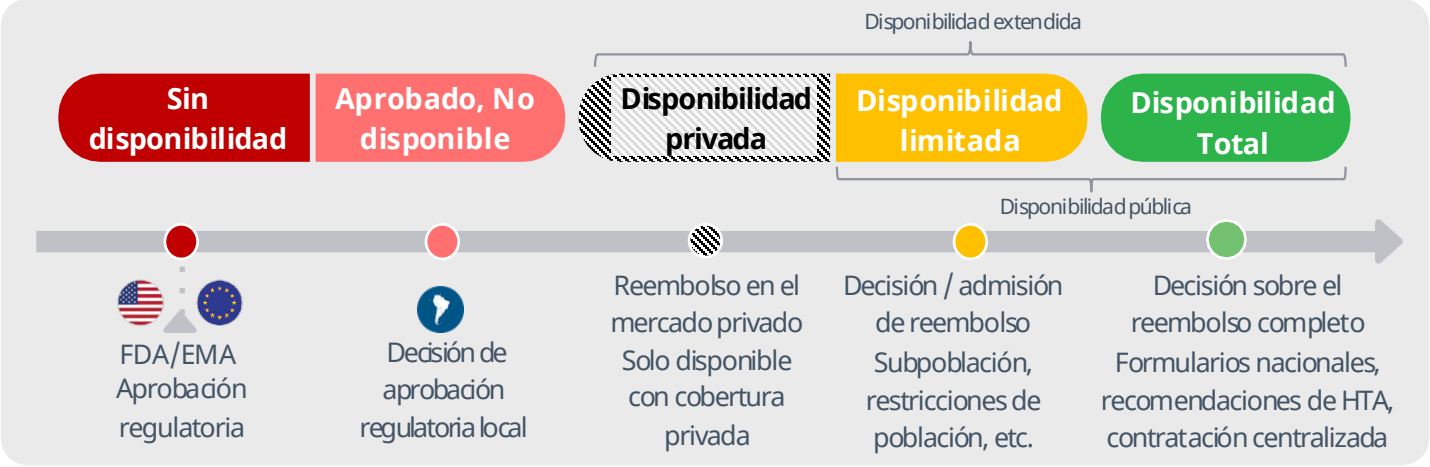
El estatus de huérfano puede ser determinado por la FDA o la EMA, según la primera indicación aprobada

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 del estado de disponibilidad de moléculas en Costa Rica implicaron su inclusión en formularios de salud pública como el CCSS LOM

País	Disponibilidad	Definiciones	Datos públicos	Datos de IQVIA
	**Total**	*Formulario Básico de CCSS (LOM)*	MOH Sitio web Documento CCSS	**Retail:** *Disponible* **Hospital / Non-Retail:** *No está ampliamente disponible*
	Limitada	*Adquirido mediante negociaciones de compras especiales y mediante la judicialización iniciada por el paciente*		
	Solo privado	*Amplia cobertura con planes prepago, sin negociaciones especiales de compra, sin formulario CCSS*		
	No disponible	*Aprobación del Ministerio de Salud, sin CCSS, sin negociaciones de compras especiales, sin cobertura amplia por planes prepago, solo ventas OOP, principalmente en el ámbito minorista*	No disponible	

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 las métricas clave del W.A.I.T. – Costa Rica

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 media 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 Costa Rica es superior a la media regional (57 frente a 37 meses), pero el tiempo local hasta la disponibilidad es 3 meses inferior a la media regional (30 frente a 33 meses)
- El tiempo hasta la disponibilidad varía considerablemente en Costa Rica según las áreas terapéuticas, siendo la CM la que muestra los retrasos más largos, tardando ~55 meses en estar disponible localmente, frente a ~33 meses de disponibilidad regional y ~51 meses para obtener disponibilidad pública. Las terapias del SNC están disponibles 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 global están aprobadas en al menos una de las geografías en alcance en LATAM; de estas aprobadas regionalmente, solo el 35% están aprobadas en Costa Rica
- El 36% de las moléculas con disponibilidad pública regional (disponibilidad limitada o total) tienen disponibilidad pública en Costa Rica
- El 32% de las moléculas aprobadas en Costa Rica tienen algún nivel de disponibilidad; de esta disponibilidad extendida, solo el 18% ha alcanzado el estado de disponibilidad completa
- El TA con mayor disponibilidad prolongada es oncología (70%), mientras que CM y huérfano no tienen terapia con disponibilidad total

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 23% de las moléculas que recibieron aprobación global entre 2014 y 2018 están aprobadas en Costa Rica; menos de la mitad de estas también están disponibles
- Para las terapias aprobadas a nivel mundial después de 2018, las tasas de aprobación y disponibilidad disminuyen drásticamente, alcanzando ambas el 0% 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 7% de las moléculas en Costa Rica ha mejorado su estado de disponibilidad en el último año, igual que la media regional
- Costa Rica tuvo 19 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 Costa Rica, que no han ampliado su capacidad al mismo ritmo. Como resultado, los plazos de aprobación se han alargado, persisten presiones de 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

La persistente subinversión en el sistema sanitario de Costa Rica —en comparación con los estándares de la OCDE— limita la agilidad regulatoria, ralentiza la coordinación entre partes interesadas y aumenta el riesgo operativo para los fabricantes. Estas limitaciones estructurales contribuyen a retrasos en el acceso de los pacientes, variabilidad en la toma de decisiones y una reducción de la capacidad para absorber de forma constante terapias más complejas en el sistema.

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 en Costa Rica. 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 representan una oportunidad para que Costa Rica 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

Garantizar un acceso sostenible en Costa Rica 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 Costa Rica 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 una 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 se está acelerando a medida que evoluciona la carga de enfermedades

Una carga creciente y compleja de enfermedades en Costa Rica está impulsando la demanda de terapias más específicas y avanzadas, ejerciendo una presión adicional sobre el sistema para adaptarse a la innovación 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 Costa Rica 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 Costa Rica para absorber la innovación de manera eficiente, lo que provoca retrasos, desalineaciones operativas y resultados desiguales en el acceso



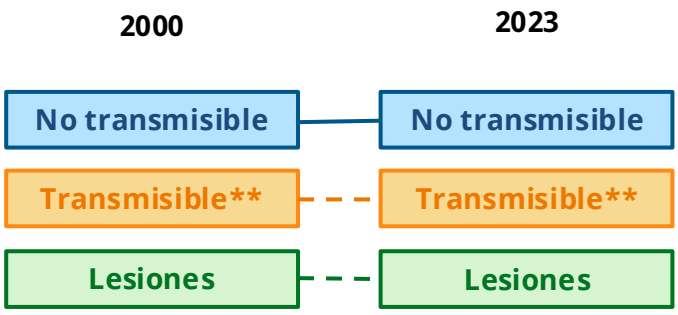
Se está abriendo una ventana para la transformación

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 Costa Rica

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 Costa Rica - DALYs por 100.000



- La carga de enfermedades en Costa Rica está impulsada por enfermedades no transmisibles. Sin embargo, las enfermedades transmisibles de Costa Rica siguen siendo el segundo contribuyente más relevante para el país. Creando un doble desafío para sostener la necesidad de enfermedades crónicas y condiciones infecciosas y de la vida temprana.
- Esta dinámica dual tiene implicaciones críticas para los sistemas sanitarios y las necesidades farmacéuticas. A diferencia de las enfermedades infecciosas agudas, las enfermedades renales integrales son crónicas y requieren un manejo a largo plazo. El sistema debe ser capaz de apoyar simultáneamente el control de enfermedades infecciosas y ampliar 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	Diabetes y ERC
4	Musculoskeletal disorders
5	Trastornos mentales
7	Otros no transmisibles
8	Trastornos neurológicos
9	Trastornos digestivos
14	Infecciones respiratorias y TB
15	Materno y neonatal

- 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.

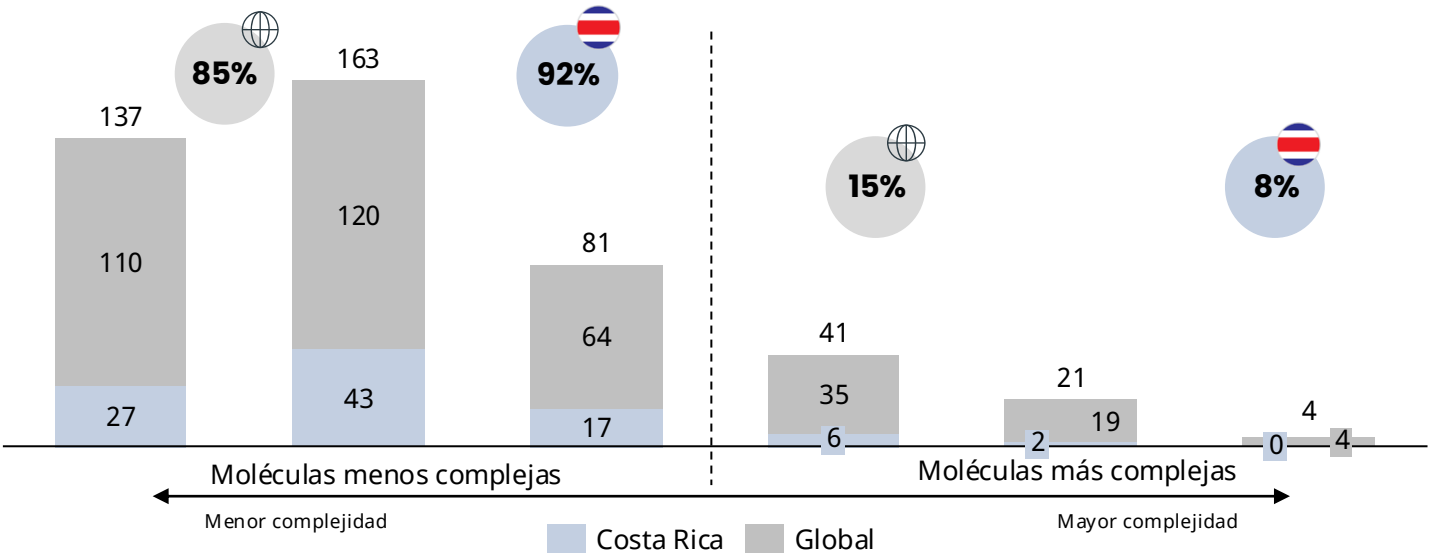
La carga de enfermedades en Costa Rica está fuertemente impulsada por enfermedades no transmisibles, pero la persistencia de las condiciones transmisibles crea una doble carga que incrementa la complejidad del sistema y la demanda tanto de innovación como de atención sostenida.

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

Costa Rica sigue de cerca la distribución de complejidad LATAM, con ~92% de las moléculas aprobadas 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 y de implementación 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 magnifica 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 Costa Rica refleja de cerca el de LATAM, con un ~92% de moléculas concentradas en el lado de menor complejidad frente al ~8% en una complejidad mayor, lo que indica un patrón de distribución regional consistente

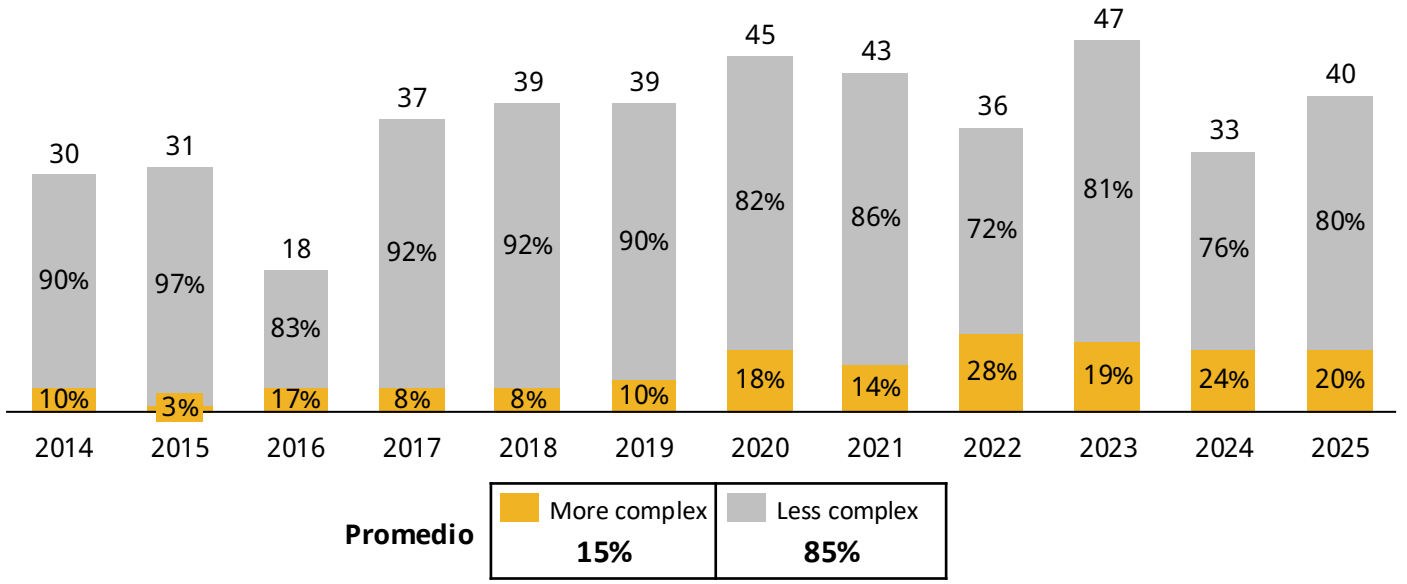
La innovación a menudo introduce desafíos técnicos durante la evaluación y crea barreras en el sistema aguas abajo para reguladores, pagadores y proveedores en entornos con recursos limitados

Acronyms: RNAi, RNA interference

La innovación también se está volviendo más compleja

La cuota 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



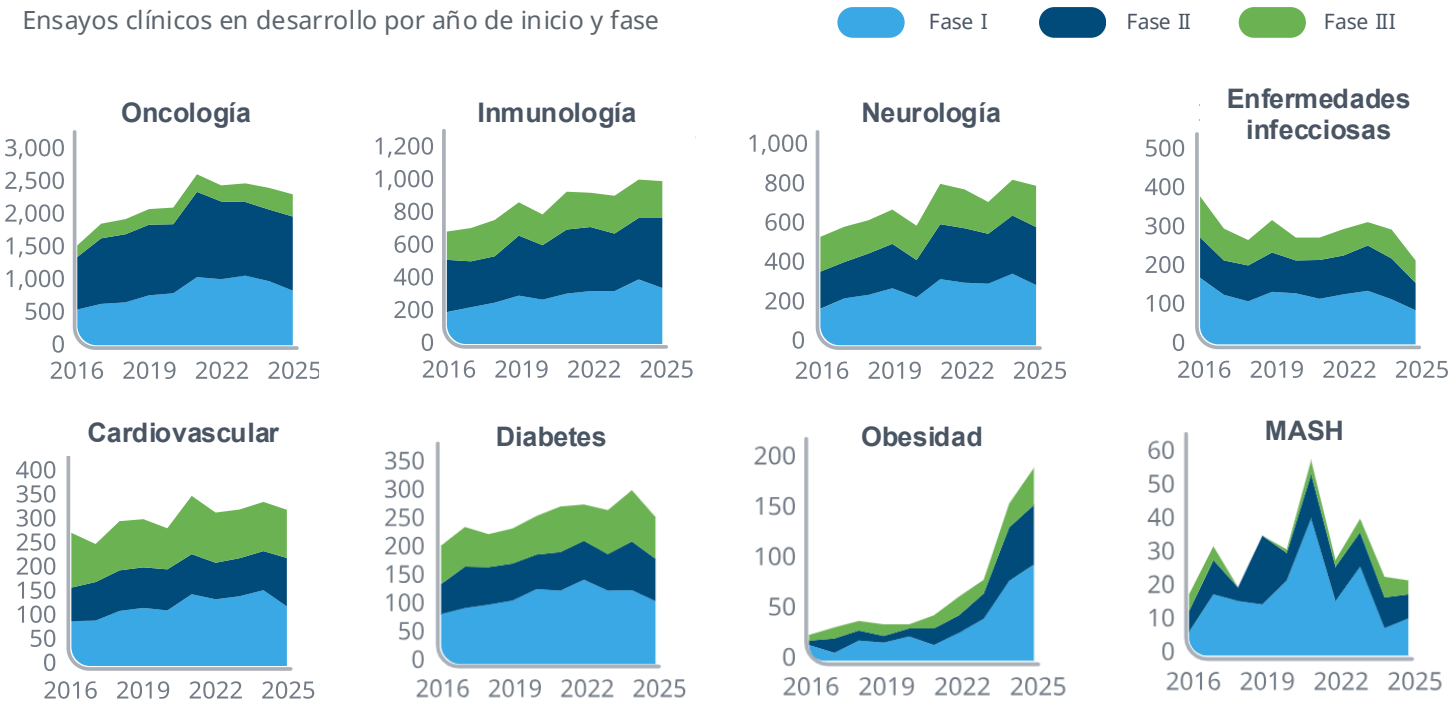
- Entre las moléculas aprobadas globalmente en este estudio, la proporción de moléculas complejas ha aumentado del 10% en 2014 al 20% en 2025. Este aumento refleja la creciente dependencia de la medicina de precisión, terapias para enfermedades huérfanas, nuevos mecanismos de acción y modalidades avanzadas (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 sólida, 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

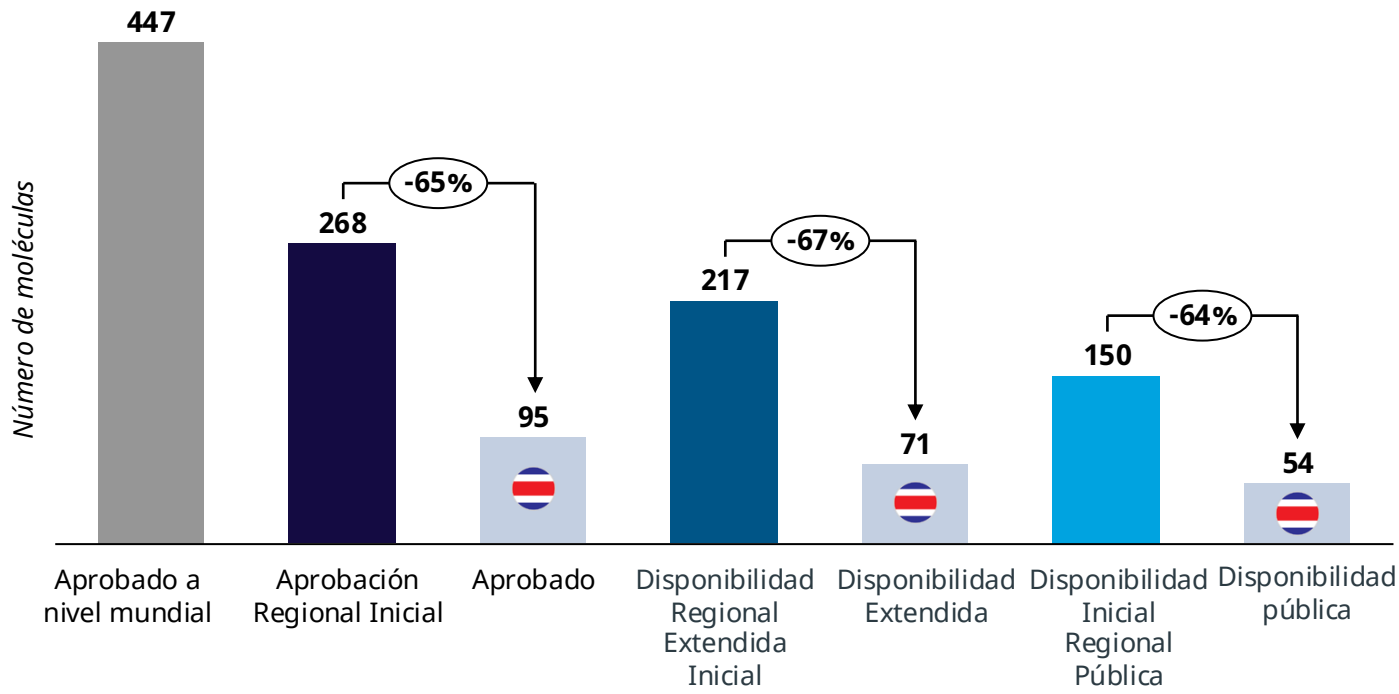
Un crecimiento continuo del pipeline impulsará avances en la sanidad, pero amplificará los cuellos de botella existentes del sistema si no se abordan

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

Los retos de acceso están presentes en todas las etapas del camino

Las aprobaciones iniciales no se traducen en acceso, con grandes pérdidas en las etapas de disponibilidad extendida y pública

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



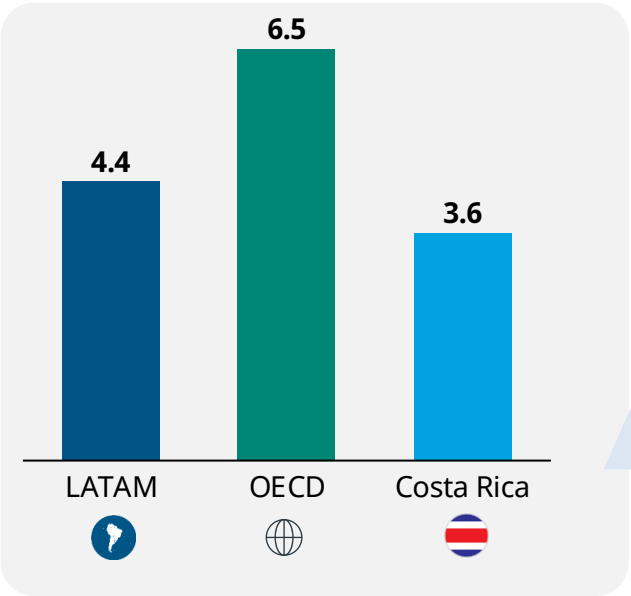
- La aprobación y disponibilidad regional inicial representa dónde una molécula está aprobada o disponible en al menos un país de la región; el gráfico comparativo representa el estado de Costa Rica
- Costa Rica muestra una brecha significativa en la fase de aprobación, con solo 95 moléculas aprobadas frente a 268 regionales (–65%), lo que indica una conversión limitada de innovación global en aprobaciones regulatorias locales
- Esta brecha persiste a lo largo de la vía de acceso, con una disponibilidad extendida que alcanza las 71 moléculas (–67% frente a regional), lo que pone de manifiesto las restricciones para avanzar las terapias más allá de la aprobación hacia un uso más amplio del sistema
- La brecha más pronunciada se muestra al considerar la disponibilidad pública. Donde solo ~36% de las moléculas están disponibles en comparación con el referente regional
- Las pérdidas se mantienen constantes en todas las etapas (–65% frente a –67%), lo que indica que las barreras no se concentran en un solo punto, sino que reflejan limitaciones a nivel del sistema en cuanto a aprobación, incorporación y acceso
- A diferencia de los mercados donde el rendimiento tras la aprobación mejora, Costa Rica no muestra una recuperación significativa tras la aprobación, lo que sugiere barreras estructurales que afectan tanto a la entrada como a la integración aguas abajo

El desafío de Costa Rica radica en la capacidad limitada del sistema, donde las limitaciones constantes restringen la capacidad global para absorber y escalar la innovación

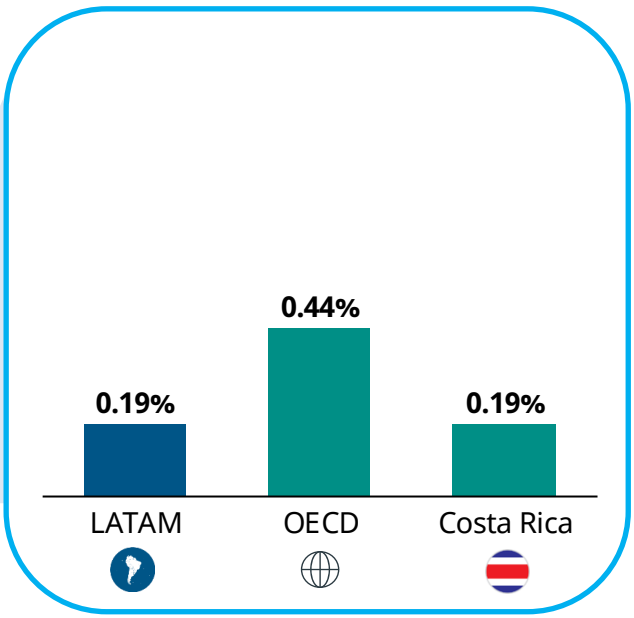
El gasto en salud de Costa Rica está por debajo del objetivo de la OCDE

El gasto en salud pública en Costa Rica está por debajo de los estándares de LATAM y la OCDE, mientras que el gasto en innovación se alinea con el de LATAM pero sigue por debajo de los niveles de la OCDE

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 Costa Rica sigue siendo inferior al 6,5% recomendado por la media de la OMS y la OCDE, lo que indica una base de financiación comparativamente más ajustada para el sistema sanitario
- Costa Rica asigna la misma proporción del PIB a tratamientos innovadores que el referente regional (~0,19%); sin embargo, el país sigue por debajo del índice de referencia de la OCDE, lo que limita la capacidad del sistema para conceder acceso a la innovación
- La amplia brecha respecto a la OCDE pone de manifiesto la infrainversión estructural en salud, lo que podría reducir la flexibilidad del sistema para responder a la creciente demanda e incorporar innovación a gran escala
- Como resultado, Costa Rica podría enfrentarse a mayores presiones de priorización, con los recursos disponibles centrados en la cobertura esencial en lugar de en la adopción más amplia de nuevas terapias
- La alineación con LATAM indica que el desafío de Costa Rica no tiene tanto que ver con la infrainversión regional en innovación específicamente, sino más bien con el techo más amplio de financiación sanitaria que limita la capacidad de expansión

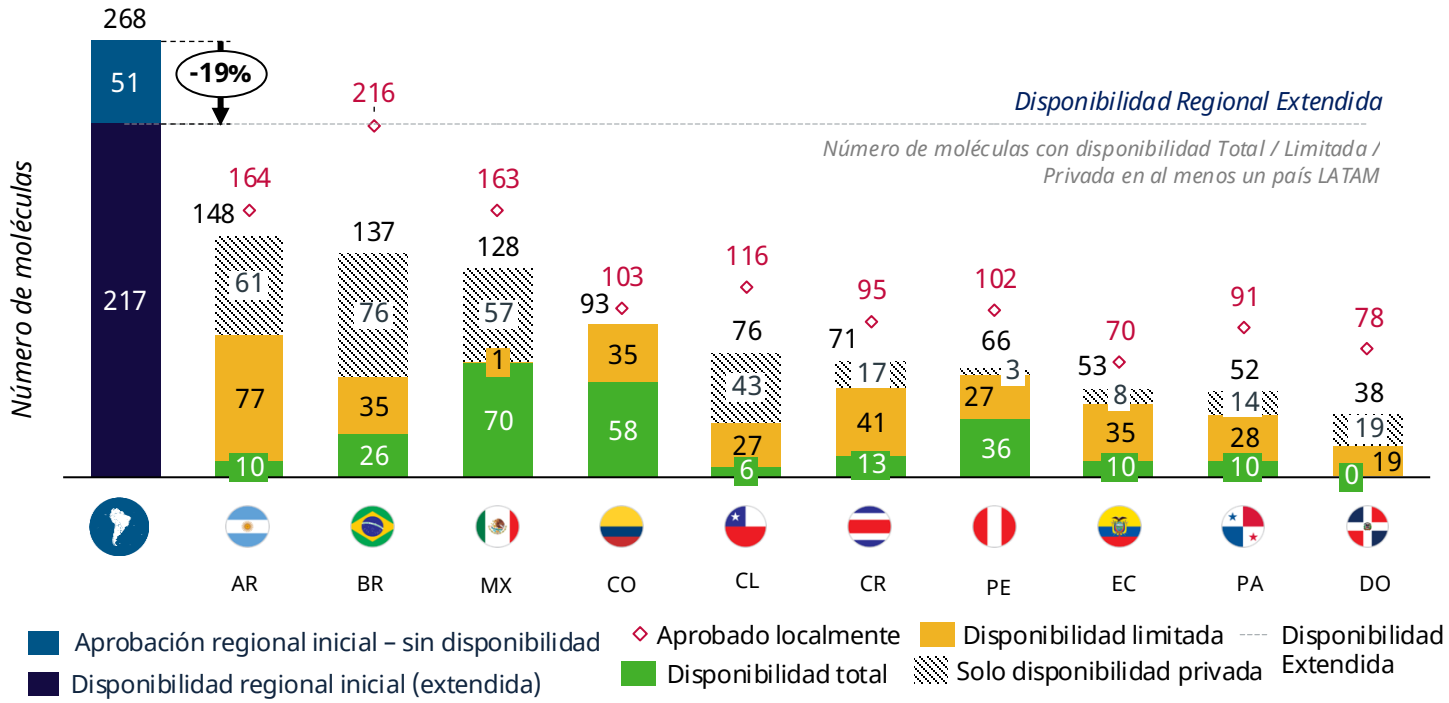
El gasto en innovación de Costa Rica sigue el ritmo de LATAM, pero un menor gasto sanitario global y una brecha significativa respecto a los estándares de la OCDE sugieren que las restricciones más amplias de financiación del sistema siguen limitando la escala y la sostenibilidad del acceso a terapias innovadoras

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

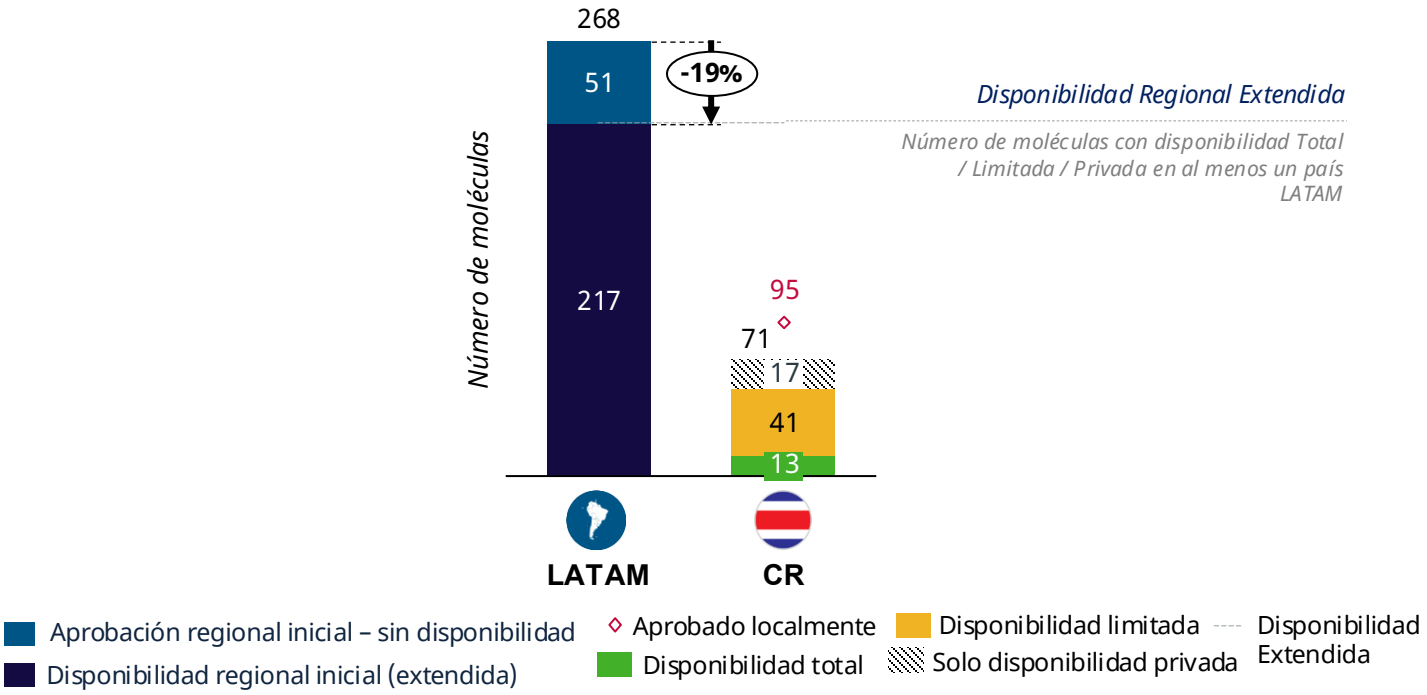
*Véase el apéndice para más detalles

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 Costa Rica va por detrás de la aprobación

La menor disponibilidad en Costa Rica refleja una conversión limitada de aprobación a acceso en comparación con LATAM

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



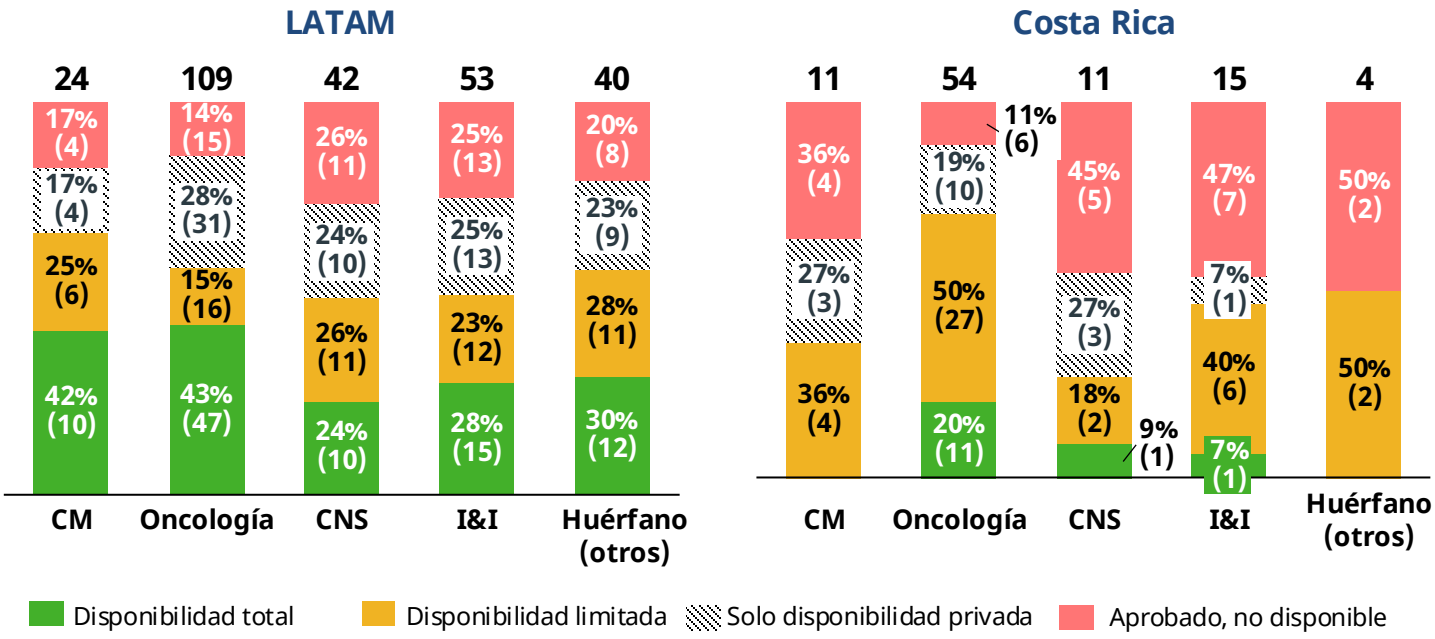
- Existe una brecha importante entre la aprobación (95 moléculas) y la disponibilidad extendida (71 moléculas), lo que indica una conversión parcial de la innovación en tratamientos accesibles
- La combinación de disponibilidad está sesgada hacia terapias limitadas (41) y solo de acceso privado (17), lo que sugiere que el acceso suele estar restringido en lugar de estar ampliamente integrado en el sistema
- La adopción de sistemas públicos sigue siendo restringida, ya que solo 13 terapias alcanzan disponibilidad completa, lo que demuestra que el Ministerio de Salud de Costa Rica enfrenta limitaciones significativas para escalar el acceso a medicamentos innovadores, impulsadas por limitaciones de financiación, priorización y capacidad de implementación
- En comparación con LATAM, Costa Rica muestra una progresión menor en todas las etapas de disponibilidad, no solo en acceso total. Esto sugiere que las limitaciones no solo están a nivel de financiación, sino también en la implementación e integración de nuevas terapias en el sistema

En Costa Rica, la aprobación de terapias innovadoras no se traduce de forma constante en una disponibilidad amplia, ya que limitaciones estructurales en financiación, implementación y capacidad del sistema limitan la progresión desde el acceso regulatorio hasta el acceso completo del paciente

También existen diferencias significativas según el área terapéutica

En Costa Rica, la oncología muestra la mayor disponibilidad, mientras que las terapias de CM, SNC y huérfanos siguen siendo muy limitadas

Estado de disponibilidad regional y local por área terapéutica



- Costa Rica presenta un perfil de acceso más limitado e desigual que LATAM en todas las áreas terapéuticas, con disponibilidad completa significativa solo en Oncología (20%), mientras que SNC (9%), I&I (7%) y Huérfano (0%) siguen muy por debajo de los niveles regionales
- La oncología destaca como la TA con mejor rendimiento, con un 89% de disponibilidad extendida, lo que sugiere que una mayor visibilidad clínica y priorización ayudan a que las terapias avancen más hacia el acceso, incluso si la integración pública amplia aún no está completa
- La MC es una de las áreas más restringidas, con un 0% de disponibilidad completa y un 36% aprobado pero no disponible, lo que indica que incluso cuando las terapias están aprobadas, estas tienen dificultades para traducirse en el acceso a segmentos más amplios de enfermedades crónicas
- El CNS y el I&I siguen estando muy restringidos, con un 45% y un 47% aprobados pero no disponibles, respectivamente, lo que refleja cuellos de botella persistentes en la adopción, financiación e implementación en áreas de mayor complejidad o menor priorización
- Las terapias para huérfanos no muestran disponibilidad completa y un 50% está aprobado pero no disponible, lo que pone de manifiesto la débil conversión de aprobación a acceso

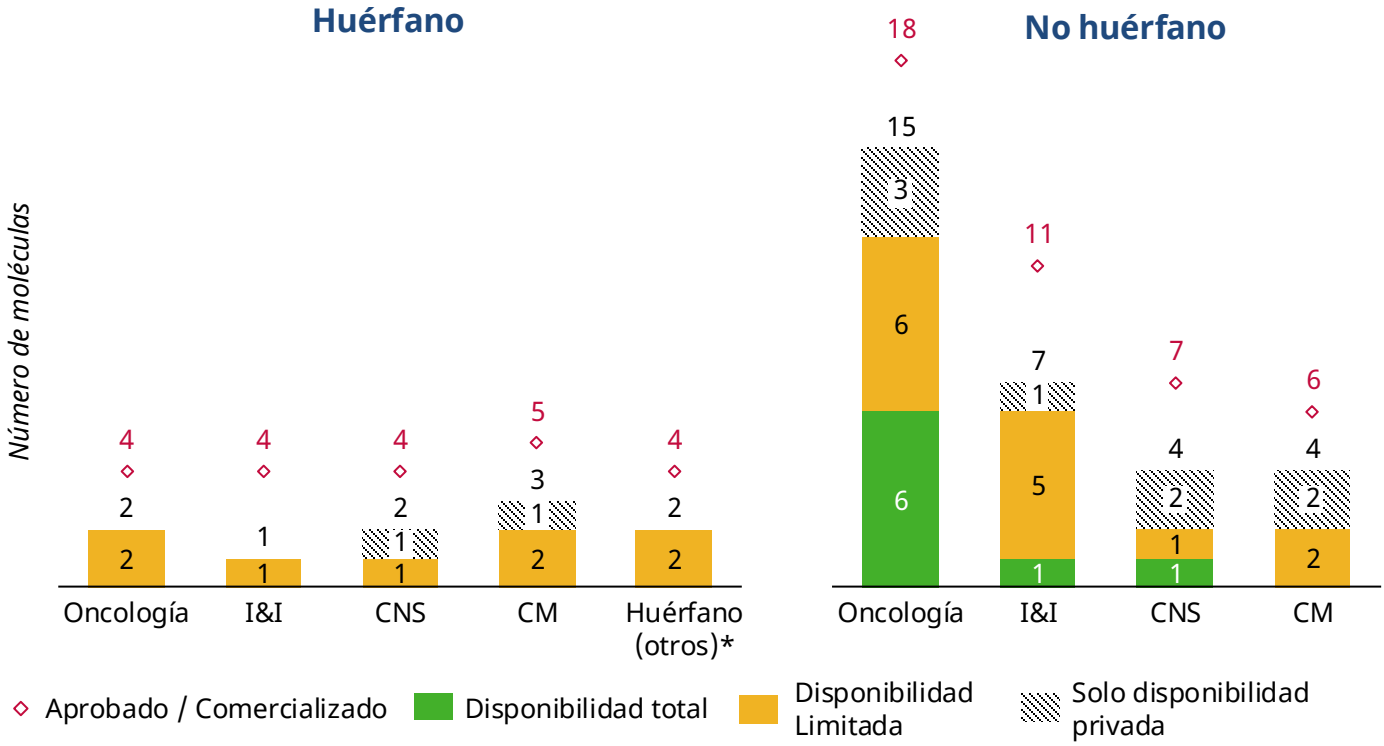
Las mayores brechas en Costa Rica en comparación con la región se encuentran en CM, el SNC y las terapias para huérfanos; el acceso más amplio a la innovación sigue limitado por las restricciones de priorización y adopción

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

Las terapias no huérfanas muestran mayor disponibilidad

En Costa Rica, las terapias para huérfanos siguen siendo muy restringidas, mientras que las terapias no huérfanas muestran una adopción relativamente mejor, especialmente en oncología

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



- Las terapias huérfanas muestran una disponibilidad local muy limitada, sin moléculas completamente disponibles en ninguna TA, lo que indica que los productos huérfanos aprobados rara vez se traducen en acceso amplio al sistema
- El acceso a terapias para huérfanos se concentra en canales limitados y, en algunos casos, privados, como se observa en el SNC y la MC, lo que sugiere que los tratamientos para enfermedades raras dependen más de vías de acceso restringidas que de la integración formal del sistema
- Este patrón refleja la limitada entrada de innovación y la débil conversión en acceso, probablemente impulsados por brechas presupuestarias y la limitada capacidad del sistema para absorber terapias de alto coste y bajo volumen
- Las terapias no huérfanas funcionan mejor que las huérfanas, especialmente en oncología, donde 6 moléculas están completamente disponibles y 6 son limitadas, lo que muestra que las áreas de mayor prioridad y demanda más amplia tienen más probabilidades de alcanzar cierto nivel de acceso
- Aun así, el rendimiento fuera de la oncología sigue siendo desigual, con solo una molécula completamente disponible en I&I y SNC, y ninguna en MC, lo que indica que una necesidad poblacional más amplia no se traduce automáticamente en un acceso más fuerte

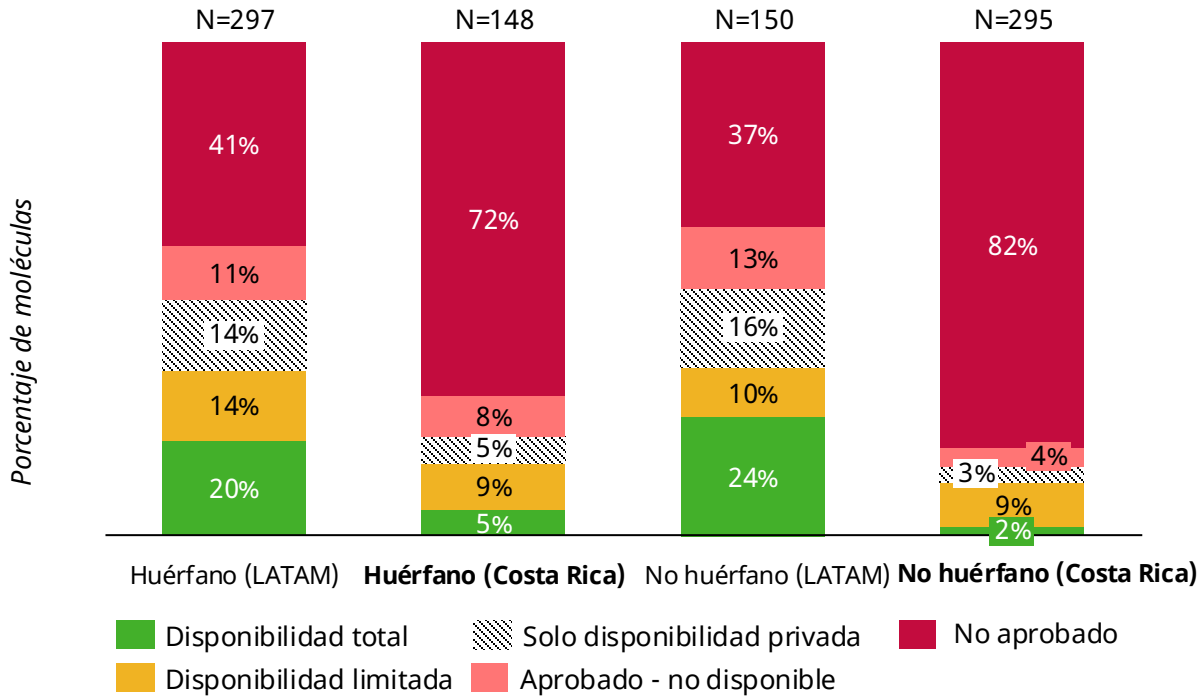
En Costa Rica, las terapias no huérfanas logran una mejor disponibilidad local que las huérfanas, lo que sugiere que el acceso se ve más condicionado por la priorización selectiva de terapias con mayor demanda que por la rareza

* 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 no huérfanas enfrentan desafíos adicionales frente a las huérfanas

Costa Rica muestra una disponibilidad notablemente menor que LATAM tanto en terapias huérfanas como no huérfanas, impulsadas principalmente por tasas muy altas de no aprobación

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



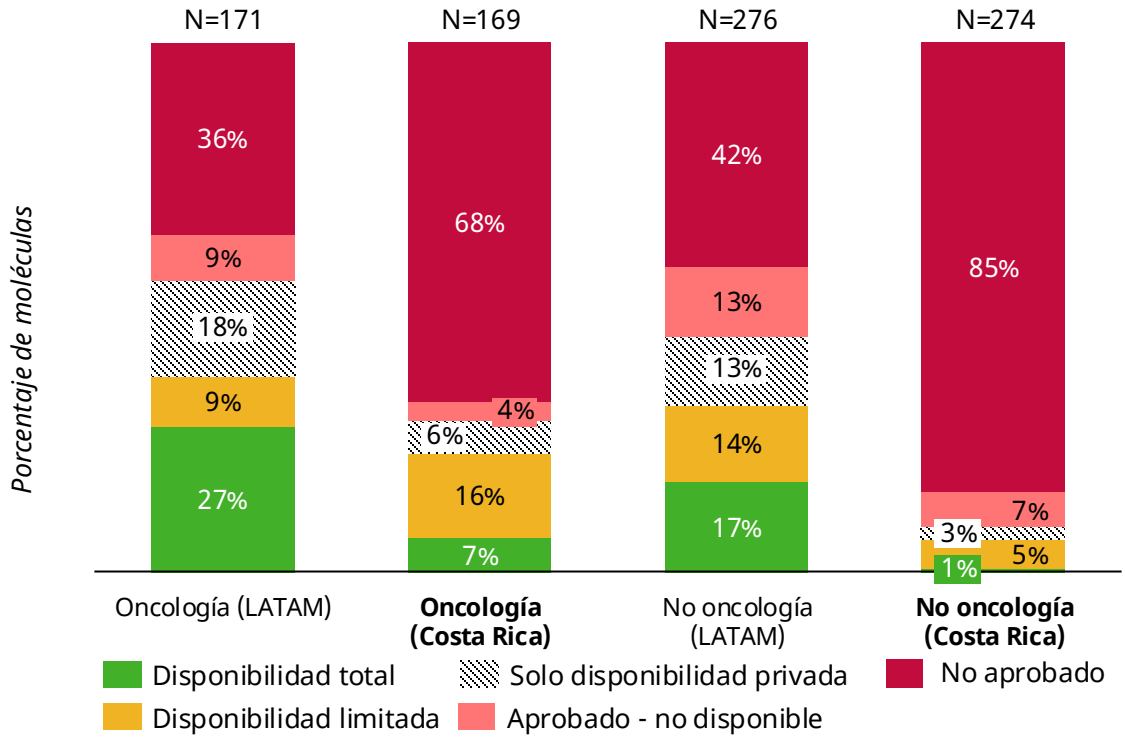
- Costa Rica tiene un rendimiento inferior en LATAM tanto en terapias huérfanas como no huérfanas, con solo un 5% de disponibilidad completa en huérfanos frente al 20% en LATAM, y un 2% en no huérfanos frente al 24% en LATAM, lo que indica una conversión muy limitada a tratamientos accesibles.
- La mayor brecha se encuentra en terapias no huérfanas, donde el 82% de las moléculas no están aprobadas frente al 37% en LATAM, lo que muestra que la ingesta de innovación está particularmente restringida en áreas de mayor volumen de enfermedades
- Las terapias huérfanas también siguen siendo muy limitadas, con un 72% no aprobado frente al 41% en LATAM, lo que sugiere que el reto de acceso del país no solo se debe a las elecciones de financiación, sino también a una entrada mucho más limitada de innovación en el sistema
- Las terapias con huérfanos funcionan solo ligeramente mejor que las no huérfanas una vez en el sistema, con un 5% frente a un 2% de disponibilidad completa, pero ambos segmentos siguen concentrados abrumadoramente en moléculas no aprobadas, lo que indica que predominan los cuellos de botella aguas arriba
- Costa Rica también muestra una menor participación en el sector privado y disponibilidad limitada que LATAM, lo que sugiere que el desafío no es solo restringir las vías de acceso, sino una limitación más fundamental para introducir terapias en el mercado

Costa Rica tiene un rendimiento inferior tanto en terapias huérfanas como no huérfanas, lo que indica que el acceso limitado está impulsado principalmente por la limitada captación de innovación y la baja conversión en disponibilidad

La oncología supera a la no oncológica en Costa Rica

La oncología muestra una conversión relativamente más fuerte en disponibilidad que la no oncológica, pero ambos segmentos siguen estando fuertemente limitados por tasas muy altas de no aprobación

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



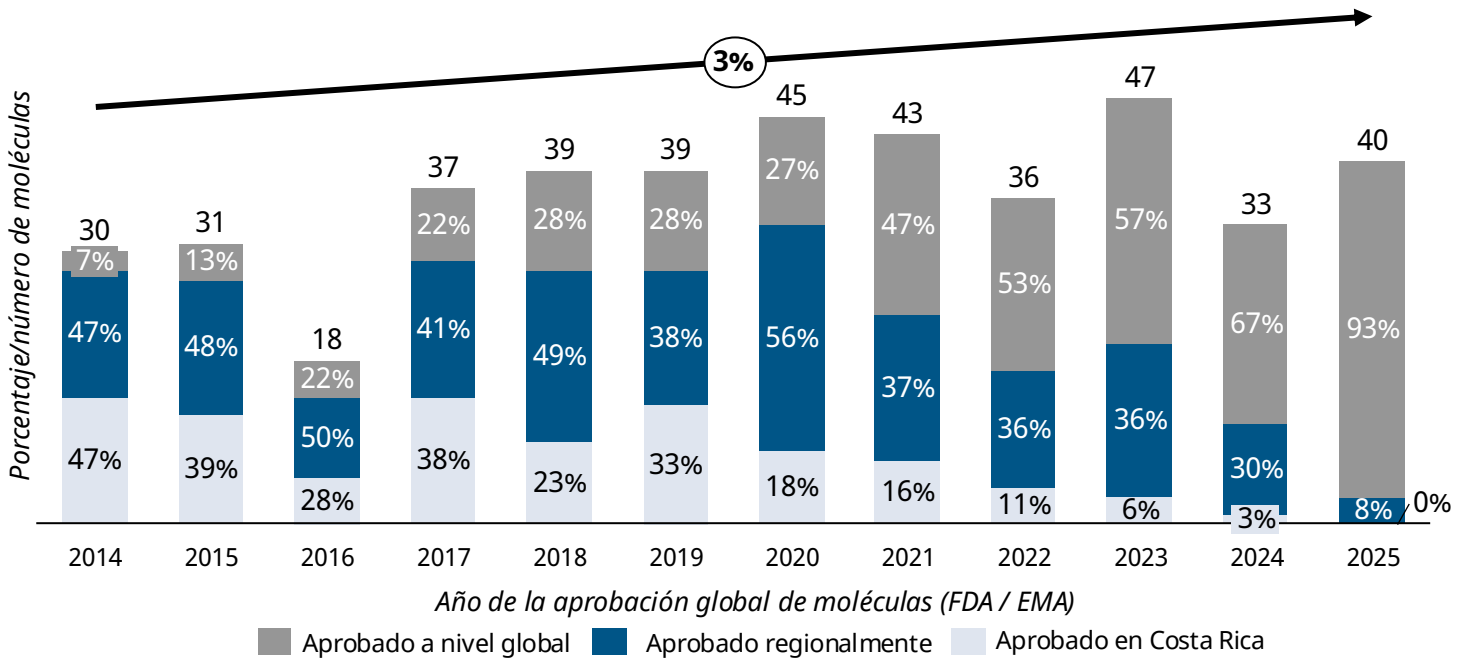
- La oncología rinde mejor que la no oncológica en Costa Rica, con un 7% de disponibilidad completa y un 16% de disponibilidad limitada, frente a solo un 1% de disponibilidad completa y un 5% limitada en no oncología, lo que indica una mayor priorización de las terapias contra el cáncer
- Sin embargo, la oncología sigue muy por debajo de LATAM, con un 7% de disponibilidad completa frente al 27% de LATAM y un 68% no aprobado frente al 36%, lo que muestra que incluso el segmento con mejor rendimiento se enfrenta a importantes limitaciones en la captación y acceso a la innovación
- La presencia de un 6% de moléculas oncológicas disponibles solo de forma privada sugiere que, cuando existe acceso, a menudo se media a través de canales restringidos en lugar de una amplia cobertura pública
- La no oncología es mucho más limitada, con un 85% no aprobado y solo un 1% de disponibilidad completa, lo que refleja una priorización más débil y una capacidad del sistema más estricta para áreas más amplias de la enfermedad
- En comparación con LATAM, la brecha no oncológica es especialmente grave, ya que Costa Rica muestra una disponibilidad completa mucho menor (1% frente al 17%) y una no aprobación mucho mayor (85% frente a 42%), lo que indica un acceso estrecho fuera de la oncología

En Costa Rica, la oncología alcanza una disponibilidad relativamente mejor que la no oncológica, pero ambos segmentos se ven frenados por tasas muy altas de no aprobación, lo que indica que la limitada incorporación de innovación, no solo el acceso posterior, impulsa el perfil de disponibilidad débil del país

Los nuevos medicamentos aumentan, las aprobaciones van rezagadas

El aumento de las aprobaciones globales contrasta con niveles de aprobación locales consistentemente bajos, con cohortes recientes mostrando una conversión mínima a lo largo del tiempo

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
- Costa Rica sigue una trayectoria descendente similar en las aprobaciones, quedándose consistentemente por detrás del referente regional con discrepancias que oscilan entre el 38% y la aprobación regional
- 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 retardo temporal, ya que las terapias aprobadas en años anteriores han tenido tiempo suficiente para expandirse a mercados regionales y Costa Rica, alcanzando un 93% de aprobación regional y un 47% de aprobación costarricensa para las cohortes de 2014, métrica que sigue disminuyendo y indica barreras persistentes
- 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

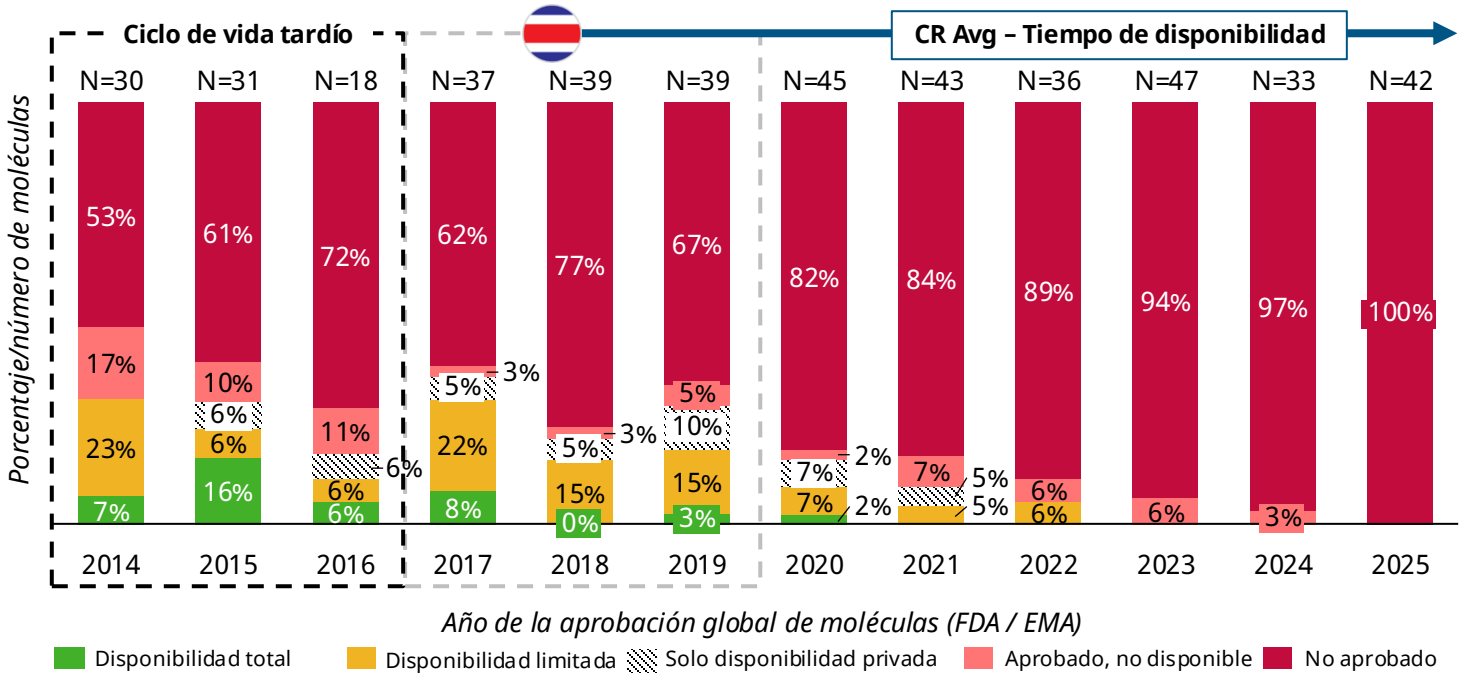
Las tasas de aprobación están disminuyendo en la región, mientras que las aprobaciones globales aumentan; la brecha seguirá ampliándose sin una acción concertada

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

Incluso para tecnologías más antiguas, el acceso es muy complicado

Las vías de acceso parcial persisten en cohortes tempranas, pero no se traducen en una disponibilidad completa sostenida, mientras que las terapias más nuevas cada vez no se aprueban

Estado de disponibilidad de moléculas más amplias a lo largo del tiempo (2014 - 2025) – Costa Rica Combinada



- La disponibilidad completa sigue siendo consistentemente baja en todas las cohortes y disminuye en los últimos años, pasando del 16% en 2015 y 8% en 2017 a solo el 3% en 2019 y al 0% a partir de 2021, lo que indica desafíos persistentes para lograr un acceso amplio
- La cuota de moléculas no aprobadas aumenta aún más en las nuevas cohortes, pasando del 53% en 2014 al 62% en 2017, 82% en 2020 y 100% en 2025, lo que pone de manifiesto los retos para alcanzar consenso tanto en la presentación como en la aprobación
- Las terapias aprobadas pero no disponibles también representan una proporción sustancial en cohortes anteriores, alcanzando un máximo del 17% en 201; sin embargo, esta categoría disminuye en representación en cohortes más nuevas, ejemplificando el cuello de botella de aprobación en el sistema
- La disponibilidad limitada y la única privada constituyen juntas una parte significativa del acceso para cohortes anteriores, pero muestran volatilidad a lo largo del tiempo, sin una tendencia alcista clara, lo que indica vías inconsistentes hacia el 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."

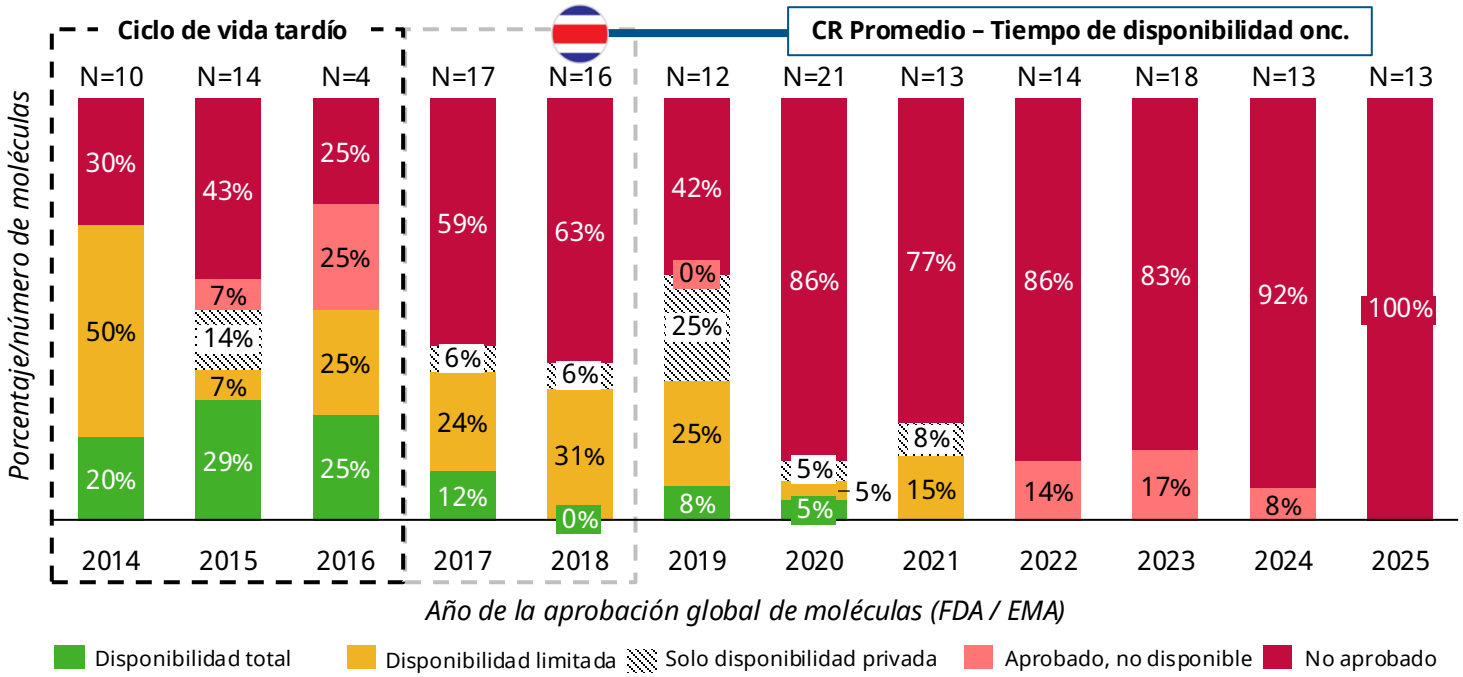
- exministro de Salud

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

El acceso oncológico es limitado, reliance temprano de vías parciales

Las cohortes mayores muestran acceso significativo a través de canales limitados y privados, pero las terapias más nuevas cada vez son menos aprobadas y no entran en el sistema

Estado de la Disponibilidad Molecular Más Amplia a lo Largo del Tiempo (2014 - 2025) – Costa Rica Oncology



- La disponibilidad completa de moléculas oncológicas en Costa Rica comienza fuerte en moléculas del ciclo de vida tardío y disminuye con el tiempo, pasando del 29% en 2015 al 12% en 2017, 8% en 2019 y 0% a partir de 2021; las tecnologías más antiguas son las únicas que pueden asegurar niveles relativamente altos de adopción y acceso total
- La proporción de moléculas oncológicas que no están aprobadas ha aumentado drásticamente en los últimos años, pasando del 30% en 2014 al 86% en 2021, 83% en 2023, 92% en 2024 y 100% en 2025; presentando comportamiento volátil en moléculas tardías y a mitad de ciclo de vida
- La disponibilidad exclusiva en privados representa una vía de acceso importante para cohortes anteriores, representando el 14% en 2015 y el 25% en 2019, lo que sugiere que el acceso parcial se logra fuera del sistema público para terapias específicas
- En las primeras cohortes, la disponibilidad limitada representa una parte significativa del acceso, 50% en 2014, 31% en 2018 y 25% en 2016 y 2019, lo que indica que los tratamientos oncológicos a menudo llegan a los pacientes a través de vías restringidas en lugar de integración total del sistema
- Con el tiempo, el acceso se aleja de las vías parciales hacia la no entrada, con cohortes recientes cada vez más concentradas en categorías no aprobadas y una presencia mínima de disponibilidad limitada o privada, sin disponibilidad para cohortes después de 2021

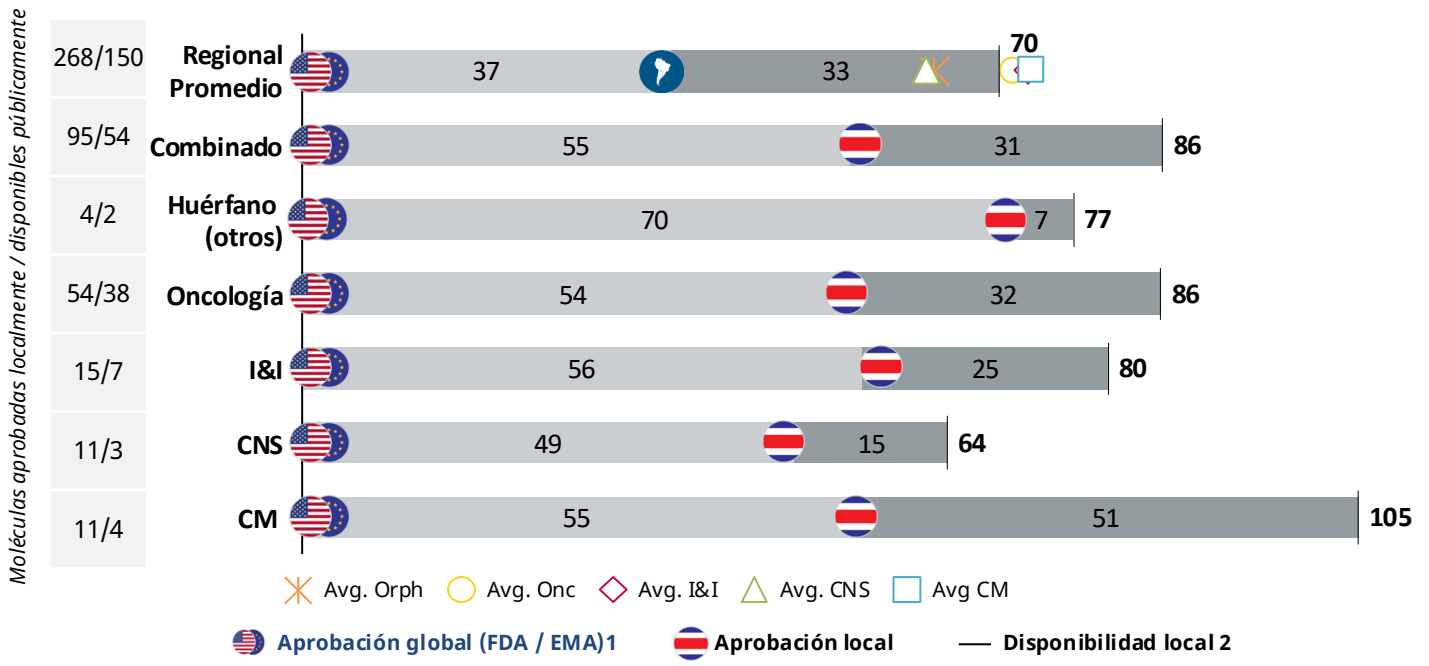
El acceso oncológico en Costa Rica se basa en vías parciales para terapias más antiguas, mientras que las innovaciones más recientes cada vez no logran entrar en el sistema

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

El acceso es un proceso largo y fragmentado

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

Tiempo hasta la disponibilidad desde la aprobación global (2014 - 2025) – Costa Rica Combinada



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 Costa Rica alcanza los ~87 meses (~7,3 años), superando ampliamente la media regional (70 meses), lo que confirma que el acceso de los pacientes sigue significativamente retrasado, principalmente debido a los largos tiempos de aprobación
- La mayor parte del retraso que afecta a Costa Rica está en la fase de aprobación (55 meses frente a 37 meses regionales), lo que indica que el principal cuello de botella para el acceso es la atractividad local, que retrasa la presentación
- Los plazos posteriores a la aprobación coinciden estrechamente con el referente regional, con un proceso ligeramente más rápido (31 meses frente a 33 meses regionales) que sugiere que, una vez aprobadas las terapias, la progresión hacia la disponibilidad es relativamente más eficiente
- Las terapias CM experimentan los plazos más largos (105 meses), con la aprobación (55 meses) y la post-aprobación (51 meses) contribuyendo, reflejando la complejidad y el impacto presupuestario de estos tratamientos, que difieren significativamente de la media de la región
- Las terapias huérfanas muestran largos plazos de aprobación (70 meses), a pesar de fases post-aprobación relativamente cortas (7 meses), lo que pone de manifiesto retrasos significativos en la etapa de entrada/envío; el número mínimo de pacientes localmente y los desafíos para identificarlos son cuestiones clave

Los retrasos en el acceso de Costa Rica se deben principalmente a la lenta entrada en el sistema, más que a ineficiencias tras la aprobación en la mayoría de las áreas terapéuticas

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, impulsados por la fase de aprobación

Los plazos de aprobación/envío están empeorando en todas las áreas terapéuticas, mientras que la disponibilidad muestra una mejora parcial, lo que resulta en un mayor tiempo total de acceso

Tiempo para la disponibilidad desde la aprobación global vs. 2025 – Por TA en Costa Rica

	Aprobado	Disponible	Total
Promedio regional	-3.0%	+13.0%	+3.9%
Combinado	+5.3%	+0.5%	+3.5%
Huérfano (otros)	+1.9%	+65.8%	+5.4%
Oncología	+4.0%	-4.2%	+0.9%
I&I	+1.5%	+7.1%	+3.2%
CNS	+6.8%	+9.4%	+7.4%
CM	+16.7%	-8.1%	+3.3%

- Costa Rica muestra un aumento del +5,3% en el tiempo hasta la aprobación respecto a 2025, lo que resulta en un retraso global del +3,5%, a pesar de la reducción del tiempo hasta la disponibilidad; afectando directamente al tiempo de espera para que los pacientes accedan a los tratamientos en comparación con el año anterior, impulsado por decisiones de acceso prolongado
- Este patrón invierte la tendencia regional, donde los plazos de aprobación mejoraron (reducidos en un 3,0%) pero los plazos de disponibilidad empeoraron (aumentaron un 13,0%), señalando un desafío diferente para Costa Rica, centrado principalmente en la efectividad del proceso de aprobación
- Los retrasos no son uniformes en todas las áreas terapéuticas, con: las terapias de huérfanos (+65,8%) mostrando el mayor aumento, reflejando limitaciones específicas en el acceso a tratamientos específicos o especializados; I&I (+7,1%) y SNC (+7,4%) también experimentando deterioro, evidenciando una tensión sistémica crónicamente evolutiva
- Las moléculas CM y de oncología muestran algunas mejoras en la disponibilidad (-4,2 y -8,1%) que compensan parcialmente los retrasos generales, pero no los revierten
- Hay mejoras aisladas, pero la tendencia general indica que la capacidad del sistema no está al ritmo de la llegada de innovación, lo que resulta en transiciones más lentas de la aprobación a la disponibilidad

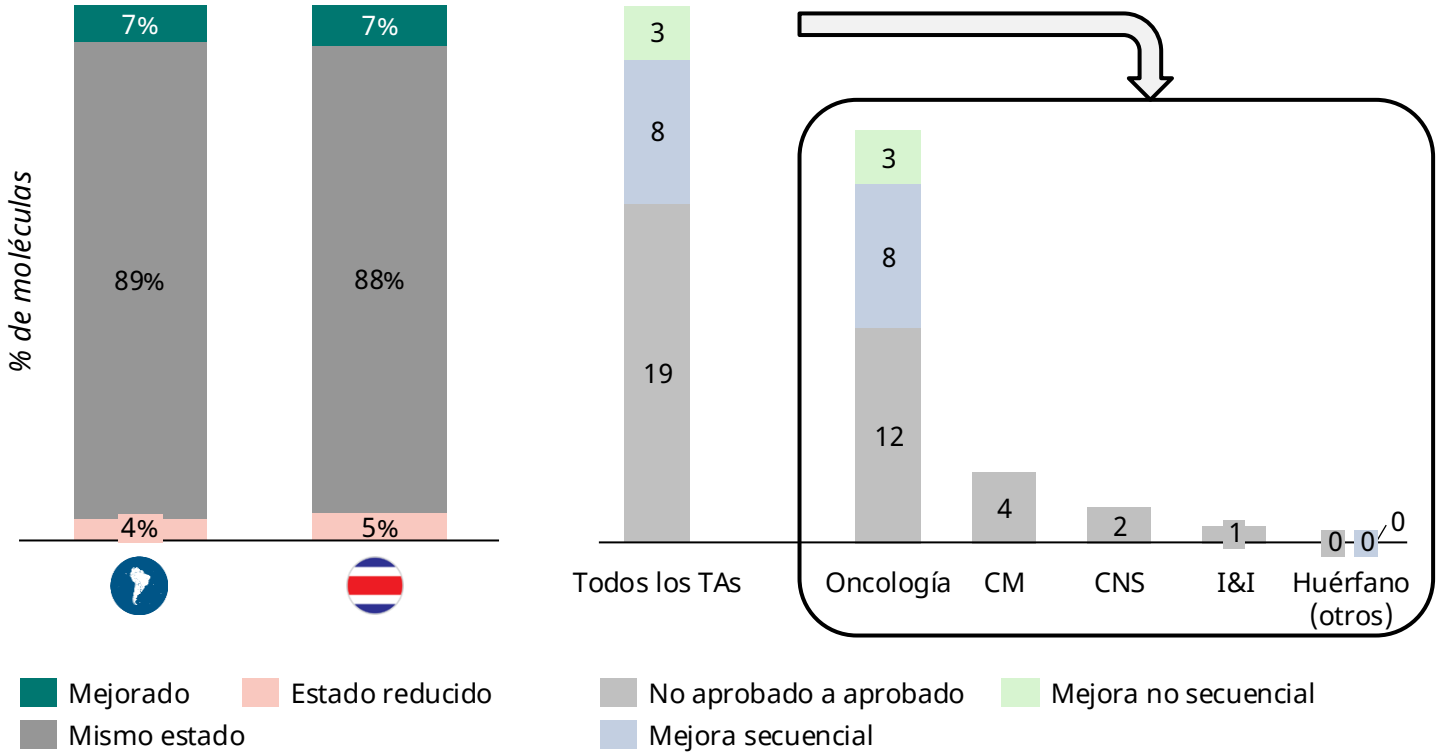
En Costa Rica, tanto los tiempos de acceso como de aprobación están aumentando con excepciones específicas, ya que las limitaciones del sistema y las presiones presupuestarias ralentizan la transición de la innovación al acceso del paciente, especialmente en áreas terapéuticas de alto impacto

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

Costa Rica refleja la tendencia regional

La progresión del acceso sigue siendo limitada, con pocas terapias mejorando y la mayoría manteniendo su estatus en las áreas terapéuticas

Índice de Mejora Costa Rica (2026 vs 2025)



- La tasa de mejora de Costa Rica está totalmente alineada con el índice de referencia, ambos del 7%; la progresión en el país sigue el mismo ritmo que el mercado LATAM en general
- Estas ganancias, al igual que en la región, no compensan que la mayoría de las moléculas (~88%) permanezcan en el mismo estado de acceso, con muchas en la etapa de aprobación; lo que pone de manifiesto que el proceso de acceso sigue siendo mayormente estático para Costa Rica
- Una parte de las moléculas (~5%) 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.
- La progresión del estatus en Costa Rica se centra principalmente en oncología, donde se alcanzan la mayoría de los cambios de estatus; con una distribución entre aprobaciones, mejoras secuenciales y no secuenciales
- Otras áreas terapéuticas muestran un progreso menor pero constante, centrado principalmente en el cambio de estatus de aprobación

Costa Rica refleja las tendencias regionales, con una mejora limitada pero constante y ninguna aceleración más allá del ritmo general del mercado

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

Se están realizando reformas recientes del sistema

Las recientes reformas regulatorias, de compras y de contratación están empezando a ganar terreno, con resultados inciertos para la industria y los pacientes

Reformas recientes en la salud en Costa Rica



Costa Rica se está moviendo hacia un marco de acceso más estructurado y basado en la evidencia

- Expansión de los mecanismos internacionales de fijación de precios de referencia (IRP)
- Publicación del manual metodológico de la HTA
- Uso continuado del reconocimiento de autoridad de referencia en el registro de medicamentos
- Modernización continua de los procesos de compras y compras
- Judicialización como vía alternativa de acceso

- Costa Rica busca implementar el PRI para informar las decisiones de fijación de precios de los medicamentos y apoyar la sostenibilidad financiera; aunque el marco busca mejorar la transparencia y la coherencia en las decisiones de fijos, los interesados han expresado preocupación de que un aumento en la regulación de precios pueda reducir la atractividad del mercado y crear desafíos adicionales para la introducción de terapias innovadoras

- La publicación de un manual metodológico de la HTA proporciona un marco más estructurado; introduciendo requisitos claros para evaluar el beneficio clínico, el valor económico y el impacto presupuestario; sin embargo, requisitos de evaluación más rigurosos también podrían aumentar la complejidad para los fabricantes que buscan el reembolso

- Costa Rica ha ampliado las vías de registro basadas en la dependencia mediante el Decreto 43590-S y reformas posteriores, permitiendo el reconocimiento de registros y evaluaciones científicas por parte de autoridades reguladoras de referencia

- Costa Rica sigue explorando enfoques innovadores de compra, incluyendo acuerdos de entrada gestionada que buscan equilibrar el acceso a la innovación con la sostenibilidad financiera

- El acceso a medicamentos innovadores sigue estando influido por la judicialización, para obtener terapias que no están disponibles habitualmente a través de los mecanismos de cobertura existentes. Esta vía refleja tensiones más amplias entre la necesidad clínica, la sostenibilidad presupuestaria y los procesos de toma de decisiones institucionales

Costa Rica está construyendo un marco de acceso más estructurado mediante reformas de HTA, precios y regulación, pero su impacto a largo plazo dependerá de evitar barreras que puedan limitar la competitividad del mercado y la adopción de la innovación

Sources: Global Health Expenditure Database, International Trade Administration, OECD, WHO, PAHO
Acronyms: CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social; DRPIRS: Dirección de Regulación de Productos de Interés y Riesgo Sanitario; SICOP: Sistema Integrado de Compras Públicas; PAHO: Pan American Health Organization

El sistema regulatorio de Costa Rica está estructurado y fortaleciendo

El Ministerio de Salud está reforzando el DRPIRS como su principal órgano regulador, al tiempo que amplía el uso de la evidencia de la autoridad de referencia y los mecanismos regionales de armonización

Reliance global de las agencias sanitarias de Costa Rica



Ministerio de Salud Costa Rica

Reliance Global

El Ministerio de Salud de Costa Rica está fortaleciendo el DRPIRS como columna vertebral técnica de la regulación

- Costa Rica está fortaleciendo su principal organismo de regulación técnica, el DRPIRS, dentro del Ministerio de Salud; su reforma en 2025 es señalada por la OPS como un factor clave para un proceso regulatorio más fiable
- La vía de registro de Costa Rica está cada vez más respaldada por evidencia de autoridades de referencia externas, ya que el Ministerio de Salud permite explícitamente el reconocimiento de evaluaciones clínicas y no clínicas realizadas por el regulador de referencia; esta ampliación tenía como objetivo reducir los tiempos de evaluación para los registros
- La armonización regional ya está integrada en el marco del medicamento, porque la página de registro del Ministerio cita el Reglamento Técnico Centroamericano (RTCA 11.03.59:11) y el procedimiento para el reconocimiento mutuo de registros sanitarios
- El sistema regulatorio de Costa Rica sigue fortaleciendo en lugar de madurarse completamente, con la OPS informando que el país ha utilizado la Herramienta Global de Comparación de la OMS (GBT) para identificar brechas y definir una hoja de ruta de madurez, y funcionarios costarricenses afirmando que el objetivo es convertirse en una autoridad de nivel 2–3

Costa Rica está fortaleciendo DRPIRS mediante un mayor uso del reliance, modernización regulatoria y armonización regional; sin embargo, la continua expansión de la evidencia y los requisitos regulatorios puede aumentar la complejidad para los fabricantes e influir en la atractividad del mercado a largo plazo

Sources: Global Health Expenditure Database, International Trade Administration, OECD, WHO, PAHO
Acronyms: DRPIRS: Dirección de Regulación de Productos de Interés y Riesgo Sanitario; PAHO: Pan American Health Organization; WHO: World Health Organization

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 46% están disponibles públicamente; y el 74% alcanzan disponibilidad extendida

2 Largo tiempo para el acceso

El tiempo de disponibilidad media es de 86 meses, tardando 55 meses en pasar de global a local y 31* meses en disponibilidad local

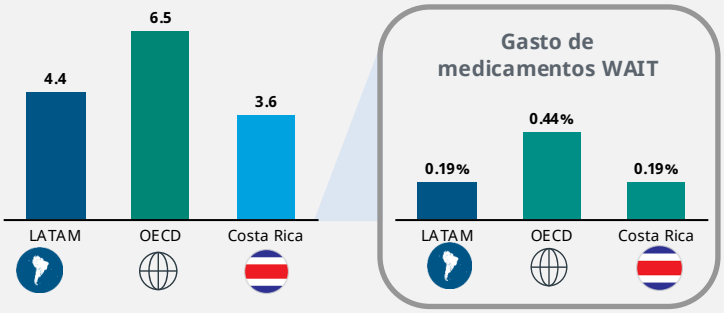
3 Mejoras modestas

El estado de disponibilidad en 2026 ha mejorado un 7% respecto a 2025, siendo la mayoría las mejoras secuenciales

4 Impacto en el paciente

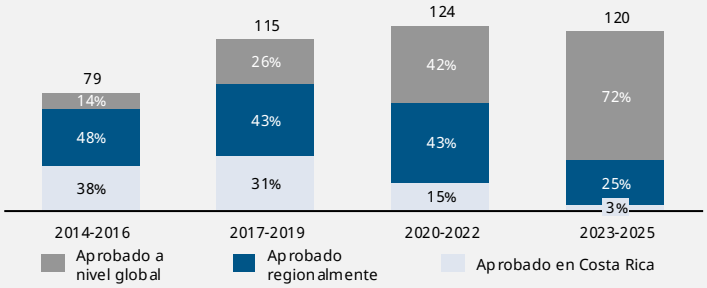
Retrasos/barreras en las opciones de límite de acceso, contribuyendo a peores resultados en salud y pérdidas de productividad

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



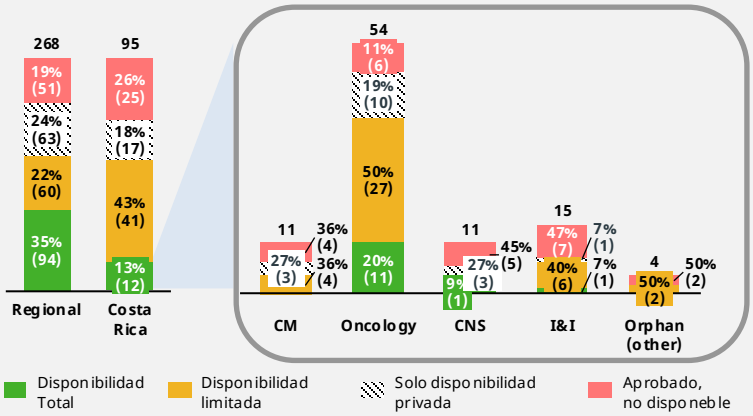
El gasto sanitario de Costa Rica (3,6% del PIB) está por detrás de los estándares de LATAM y la OCDE; el gasto en tratamiento innovador (0,19%) está en línea con la región, pero por debajo del referente de la OCDE

Terapias globales vs. regionales vs. localmente aprobadas



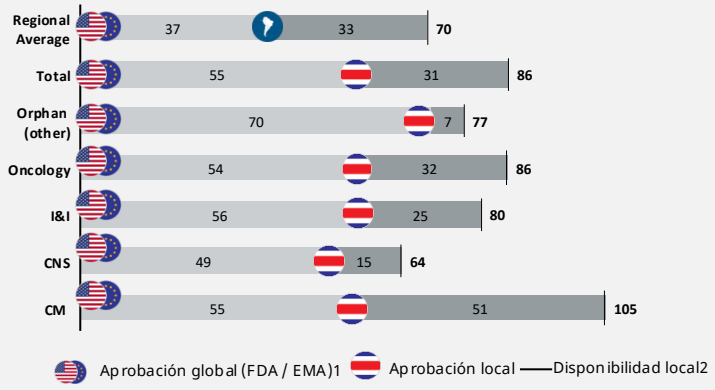
Las tasas de aprobación están disminuyendo en la región y, a nivel local, existe un claro efecto de retardo temporal, donde moléculas anteriores han tenido tiempo de expandirse, en comparación con aprobaciones recientes muy bajas

Disponibilidad en Costa Rica



Costa Rica tiene una fuerte disponibilidad pública (n=53, 56%); la disponibilidad también se apoya con vías privadas (n=18, 18%), especialmente en Oncología (n=10, 19%)

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



El tiempo medio de disponibilidad de Costa Rica (86 meses) supera significativamente el estándar regional (70 meses), lo que se debe principalmente al tiempo entre la aprobación global y la aprobación local

Causas raíz: Principales barreras de acceso

Subinversión: La subinversión de Costa Rica en el sistema sanitario limita la capacidad de adopción del sistema

Expansión de Capacidad: El volumen y la complejidad de los medicamentos aumentan, pero el sistema de CR no ha seguido el ritmo

Atraso en innovación: Las aprobaciones de cohortes recientes se desplomaron al 0% en 2025 y al 3% en 2024, dejando las nuevas terapias atrapadas en la fase 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