

SESIÓN 1ª DE LA COMISIÓN INVESTIGADORA DEL ROL DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS RESPECTO DE LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DEL ACCESO A ELLOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN, CORRESPONDIENTE AL PERÍODO LEGISLATIVO 2014-2018, CELEBRADA EL DÍA LUNES 4 DE ENERO DE 2016. SE ABRE A LAS 15:43 HORAS.

SUMARIO

- Exposición de la Ministra de Salud sobre las materias investigadas.

Asisten los diputados señores Bellolio, don Jaime; Castro, don Juan Luis; Chávez, don Marcelo; Gahona, don Sergio; Macaya, don Javier; Núñez, don Marco Antonio; Pérez, don Leopoldo; Rathgeb, don Jorge; Torres, don Víctor; Urízar, don Christian; señorita Cariola, doña Karol, y señoras Hernando, doña Marcela, y Rubilar, doña Karla.

Preside la sesión el diputado señor Juan Luis Castro. Actúa como Secretario el señor Javier Rosselot y, como Ayudante, el señor Guillermo Díaz.

El Secretario da cuenta del reemplazo permanente del diputado señor Fuenzalida por el diputado señor Rathgeb.

Concurren, en calidad de invitados, la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo; el Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows; el Director del Instituto de Salud Pública (ISP), señor Alex Figueroa; el Director de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast), señor Pablo Venegas; los Asesores Legislativos del Ministerio de Salud, señores (as) Rafael Méndez, Carolina Mora, Guillermo Olivares, Tito Lizama, Verónica Ahumada y Paulina Palazzo; el Jefe del Departamento de Administración y Finanzas de Cenabast, señor Víctor Barbieris; el Jefe del Departamento de Operaciones Comerciales de esta repartición, señor Jaime Espina, y los Asesores de la misma, señores (as) Arturo Avendaño, Christian Venegas, Héctor Hernández y Joanna Caro.

Debidamente autorizados por la Comisión asisten también los asesores ministeriales y parlamentarios señores (as) Tania Larraín, Paulina Gahona, Yuri Vasquez, Judith Herrera, Nadia Cabello y Lorena Leiva.

A continuación se inserta la versión taquigráfica de lo tratado en esta sesión, confeccionada por la Redacción de Sesiones de la H. Cámara de Diputados.

TEXTO DEL DEBATE

El señor **CASTRO** (Presidente).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

Hago presente que a raíz del funcionamiento de la Comisión Caval II varios integrantes de esta comisión tendremos que concurrir a ella para adoptar las conclusiones,

por lo cual he pedido al diputado Juan Antonio Núñez que presida la sesión.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Buenas tardes. Agradezco el gesto del Presidente de la Comisión.

Doy la bienvenida a la ministra de Salud y a los directivos que la acompañan.

Señora ministra, ¿cuánto tiempo requiere para intervenir?

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, por su intermedio saludo a todos los presentes. Tenemos cuarenta láminas y voy a ser la única expositora.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Muy bien.

Tiene la palabra el diputado señor Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, esta comisión investigadora acordó invitar a tres autoridades: a la ministra de Salud, al director del Instituto de Salud Pública y al director del Cenabast.

El objetivo de la invitación era consultar y conocer de parte de estas tres autoridades cuestiones distintas. Sé que la responsable es la ministra, pero no me parecería bien, de acuerdo con el espíritu que se acordó hacer las invitaciones, que solo expusiera una autoridad. Creo que debemos dar la oportunidad de que expongan todas, porque abordan temas distintos.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Propongo lo siguiente. Que exponga la ministra, y si algunas de las autoridades presentes quiere hacer uso de la palabra sobre un tema puntual, que lo haga, y usted puede preparar preguntas puntuales y directas a cada una de las autoridades presentes. ¿Le parece bien?

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Muy bien, señor Presidente.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señorita Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, solicito que como comisión investigadora se oficie con el objeto de conocer los requerimientos del Instituto Milenio para la vacuna del virus sincicial, la cual lleva diez años de trabajo y que requiere de 1 millón de dólares para empezar los estudios clínicos en seres humanos. Es única en el mundo. En verdad, diferentes investigadores de nuestro país están generando este nuevo conocimiento y nos preocupa bastante

saber si van a tener el millón de dólares requerido. Además, sabiendo que tenemos la ley Ricarte Soto con su requerimiento de inmunoglobulina para los prematuros en cuanto a la "prevención del virus sincicial", sería relevante para la comisión saber qué va a pasar con ese estudio y el desarrollo que han emprendido los científicos en nuestro país.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- ¿Habría acuerdo para oficiar a la ministra de Salud, al director del ISP y a la subsecretaria de Salud Pública subrogante?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, pido que se oficie a la ministra de Salud con el objeto de saber qué pasa con los médicos de urgencia del hospital de La Serena, pues nuevamente estuvo sin médicos de urgencia. Esta situación se ha reiterado.

También queremos saber qué pasó con la renuncia de los médicos. Además, conocer el protocolo de acuerdo y los plazos de cumplimiento.

Hago presente que cuatro o cinco veces en el año se ha producido esta situación, trayendo muchas dificultades para la atención de urgencia y el traslado de pacientes, incluso hasta hospitales de menor complejidad, como el hospital de Ovalle.

Por lo tanto, pido que la ministra nos informe con detalles sobre la situación del hospital de La Serena, para informar a los ciudadanos que están muy preocupados por este hecho.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Así se hará. El oficio será enviado a la ministra de Salud.

Tiene la palabra el diputado Victor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, entiendo que el mandato de esta comisión dispone investigar algunas materias; sin embargo, el mayor beneficio sería desarrollar una propuesta en materia de medicamentos y determinar si existe la posibilidad de que en algún momento los invitados tuvieran relación con eventuales propuestas, y que no solo se trate de convocar autoridades a dar cuenta en la comisión.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Esta es una comisión investigadora con mucho potencial, no solo desde el punto de vista fiscalizador, sino también en la generación de políticas públicas.

Propongo abrir cuaderno separado para que cada vez que algún invitado o algún miembro de la comisión hagan una intervención relevante, o de especial referencia, quede en el cuaderno separado para que sea más fácil la redacción del informe final.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, quisiera añadir que ojalá se trate de invitados que aporten propuestas.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Se pondrá en el tenor de la invitación.

Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, la exposición es un resumen de lo que planteó el diputado Leopoldo Pérez, respecto de que tiene elementos del Instituto de Salud Pública, de la Cenabast y de la Subsecretaría de Salud Pública. Por lo tanto, es bastante integral, pero después podrán hacer las consultas.

Regulación de medicamentos. La legislación y la reglamentación, los principios rectores para estas políticas y la regulación farmacéutica tienen que ver con el Código Sanitario, que contiene dentro de los objetivos el acceso, el uso racional y la calidad de los medicamentos. Son tres componentes para el uso adecuado de ellos como país.

La norma que regula esta materia es ley N° 20.724, con la modificación del Código Sanitario. Todo lo anterior genera políticas, estrategias, normas y reglamentos que aseguran el acceso, la calidad y el uso racional de los medicamentos.

El Código Sanitario establece el marco jurídico base para el establecimiento de regulaciones y de políticas que promuevan el acceso, la calidad y el uso racional de los medicamentos.

Legislación y reglamentación. Dentro del mismo Código Sanitario están incorporados y enfatizados los cinco puntos. Estos son, primero, la prohibición de incentivos de prescripción y de venta de medicamentos. O sea, la denominada "canela", que tiene relación con darle al medicamento la calidad de un bien esencial para la salud pública. Por lo tanto, se considera un elemento fundamental.

Segundo, transparencia de los precios. Que la información al respecto sea accesible y comparable.

Tercero, el rol del químico farmacéutico en la educación de los usuarios y la determinación de las farmacias como centros de salud de apoyo, complementando a otras prestaciones de la salud.

Cuarto, permitir a la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) registrar e importar medicamentos en casos de inaccesibilidad o desabastecimiento.

Quinto, regular la intercambiabilidad de medicamentos.

La ley de Fármacos estableció normas relevantes para la regulación del mercado farmacéutico, estableciendo un estatuto jurídico incipiente para el desarrollo de políticas públicas relacionadas con los medicamentos. Sin embargo, varias de sus disposiciones han quedado sujetas en su

aplicación a la dictación de reglamentos técnicos sobre la materia.

Respecto de ello y sobre la actualización normativa y el proceso reglamentario, el 2 de enero de 2015 se inició su tramitación y se publicó en el diario oficial el 5 de diciembre de 2015.

El período de tiempo desde el ingreso hasta el egreso duró bastante. Este trámite reglamentario tuvo distintos pasos, pero cumplimos con lo que se nos mandató por ley. Estuvo 60 días en consulta pública internacional para recibir aportes tanto a nivel nacional como internacional. Por lo tanto, podemos decir que se cumplió con todos los plazos.

Actualización normativa. La ley N° 20.724 introduce actualizaciones en el reglamento de farmacias y otros establecimientos y generó el reglamento de productos farmacéuticos.

Podemos decir que fue un proceso transparente y participativo, en el que se aplicaron las buenas prácticas regulatorias y convenciones de la Organización Mundial del Comercio (OMC) con consulta pública a nivel nacional, de 45 días, y a nivel internacional de 60 días, y se ajustaron las propuestas ministeriales de acuerdo con las observaciones.

La operacionalización de la ley N° 20.724 requirió grandes cambios de la reglamentación farmacéutica, proceso que se extendió por una larga tramitación ante la Contraloría General de la República, atendidas las diversas interpretaciones o vacíos de la nueva legislación, situación que obliga a su pronto perfeccionamiento.

En el contexto del reglamento de la ley de Fármacos, las principales modificaciones tienen relación con el decreto supremo N° 1, de 2015, referido a la venta de medicamentos en góndola, tema que está regulado, y la idea es asegurar el acceso y el proceso.

En el lado izquierdo de la lámina pueden ver detallado el objetivo y sus elementos, como el acceso, la transparencia, la política de genéricos y el uso racional. Todo lo anterior, en el contexto de pedir permiso al Instituto de Salud Pública para la instalación en la Región Metropolitana y a las seremías correspondiente para el resto del país. Esto, mientras modificamos la ley de Fármacos II, que está en gestión, dado que queremos traspasar la responsabilidad a todas las seremías del país, para que de esa forma el Instituto de Salud Pública no quede a cargo de la Región Metropolitana, ya que tiene otras materias en las cuales trabajar, que no tienen relación con esta fiscalización.

La venta en góndolas en las farmacias requiere la educación de la población, porque se trata de todos los medicamentos sin receta, por lo que se establecerán campañas sobre el uso racional de los medicamentos, empleando diversas estrategias existentes al interior del sistema público de salud: planes comunales de salud pública, que también tienen relación con Redes Asistenciales; diálogo ciudadano, a través

de la educación a los pacientes, y otras acciones que deberemos efectuar.

La regulación tiene que ver con la instalación voluntaria, sujeta a autorización sanitaria, con normas asociadas al área del establecimiento que se destinará a la exhibición y al expendio, con la posibilidad de exhibir medicamentos propiamente tales o elementos que los representen, y con la regulación de la forma de exhibición; es decir, que estén agrupados por principio activo, señalizados por grupo terapéutico; con la prohibición de incentivos que distorsionen el acceso o la comparabilidad de los productos; con la optimización del material de consulta a los usuarios, que tiene relación con los bioequivalentes, los precios o el petitorio; con la implementación de infografías sobre el uso racional de medicamentos; con la obligación de informar la presencia de genéricos, y otros aspectos asociados al uso racional.

Otro elemento clave de la ley de Fármacos es normar el fraccionamiento de los envases de medicamentos en relación con elementos de acceso, de uso racional y de calidad. Es voluntario para las farmacias y está sujeto a la autorización sanitaria, de acuerdo con la ley N° 20.724, y tiene que ver con la determinación de la forma farmacéutica y de los productos cuyo fraccionamiento estará permitido para ajustarse a las indicaciones de la prescripción.

Además, regula las normas para la instalación de un sector de fraccionamiento y de exigencias para realizar un proceso adecuado. Se debe ser muy estricto en cuanto a la forma en que se va a fraccionar.

Respecto de las exigencias de envases de entrega a usuarios, estos deben ir sellados y con la rotulación conducente a un adecuado uso y trazabilidad del medicamento. A la exigencia de una dispensación informada, ya sea verbal y/o escrita.

Estandarización de información de medicamentos, que debería estar promulgado por el ISP y la venta de envases clínicos a farmacias.

Asimismo, puede hacerse a través de farmacias comunitarias, las llamadas populares, con un riguroso manejo de la adecuada seguridad del fraccionamiento de los medicamentos, una medida que requiere supervigilancia técnica. Se estipuló en el reglamento la realización de evaluaciones periódicas por parte del Ministerio de Salud, con información proporcionada por el Instituto de Salud Pública.

Regulación de la rotulación y publicidad de precios. Debe tener acceso y transparencia, con precios muy bien identificados.

Normas que favorecen la transparencia y comparabilidad de precios.

Regula la obligación de rotular los precios en envases de productos.

Establece la prohibición de publicidad para medicamentos de venta bajo receta médica por medios masivos (radio, televisión, diarios, entre otros)

Establece la prohibición de privilegiar económicamente la venta de un medicamento por sobre otro.

Desde hace dos años, las seremías y el Instituto de Salud Pública han fiscalizado el componente de la rotulación y la publicidad de precios. Se solicita a las farmacias que existan medios electrónicos para identificar los principios activos, los bioequivalentes y precios obligatorios. Dentro de seis meses será una exigencia.

Las asimetrías de información de los pacientes y personal sanitario es una de las principales barreras al acceso a medicamentos. Las recomendaciones internacionales propician la transparencia e información objetiva a los usuarios.

Regulación de la receta profesional y prescripción. Tiene por objeto la protección, acceso, transparencia y política de genéricos. Esto es fiscalizado por profesiones médicas y paramédicas, debido a que es ejercicio de la profesión, por lo tanto, lo fiscaliza la seremía.

Regula el concepto de receta y avanza en formatos electrónicos.

Habilita la prescripción por Denominación Común Internacional (DCI-nombre genérico) o nombre de fantasía (marca) en segunda instancia. El nombre genérico es equivalente al principio activo.

Permite el intercambio solo ante la existencia de medicamentos bioequivalentes certificados.

Entrega normas de escrituración de receta, con formato e indicaciones.

Habilita la dictación de normas de buenas prácticas de prescripción y dispensación, que se relaciona con las mejoras que hay que efectuar.

Algo muy importante que viene, y que debemos tener muy presente, incluso estamos solicitando audiencia con el Colegio Médico, es el timbraje de recetas para el sistema de validación.

Transitoriamente, mientras no existan los formatos electrónicos de la receta, el timbraje se debe hacer en las seremías.

Dentro de seis meses será obligatorio que toda receta médica retenida o que requiera la firma médica, esté validada con el timbre de la seremía.

Esta materia es bastante sobredemandante de las distintas seremías, pero es para el uso racional y para evitar la falsificación de las recetas, que sabemos son fáciles de tramitar.

La nueva ley de fármacos deberá ser más exigente en este aspecto, pero esta es una mejora importante.

La legislación farmacéutica debe ser modificada en tanto privilegia la prescripción de medicamentos por nombre de fantasía, los que corresponden a productos que son notoriamente más caros que los medicamentos genéricos,

limitando el acceso. Es decir, estamos privilegiando la Denominación Común Internacional y, en segunda instancia, el nombre de fantasía.

Acceso a medicamentos. La imagen muestra un gráfico de la evolución del porcentaje del gasto de bolsillo en medicamentos por grupo familiar, que ha tenido una baja sostenida desde 2005, fecha en que apareció el GES -el medicamento GES es exigible- lo que ha ayudado a disminuir el gasto de bolsillo.

Este dato fue elaborado por el Departamento de Economía de la Salud, del Ministerio de Salud, a partir de datos INE de estudios del presupuesto familiar.

El inicio de las Garantías Explícitas en Salud, en 2006, ha impactado significativamente en la reducción del gasto de bolsillo en salud y, por ende, en el gasto en medicamentos.

La siguiente lámina muestra la evolución como porcentaje del gasto total en salud. La barra azul corresponde a 1997, la naranja a 2007 y la verde a 2012. Entre los años 1997 y 2012, el gasto de bolsillo en medicamentos, como proporción del gasto de bolsillo en salud, ha disminuido considerablemente en todos los quintiles, con excepción del más rico. El 31,5 por ciento del gasto de bolsillo en salud corresponde a gastos en medicamentos. El gasto de bolsillo de 51.000 pesos es independiente del gasto por GES.

La lámina siguiente muestra el índice de precios de medicamentos, del INE. Hay que observar a línea negra, que corresponde al IPC general. Los índices de precios de los medicamentos varía en un rango muy superior al Índice de Precios al Consumidor en relación con otros productos.

En los últimos veintiún meses el IPC de medicamentos se ha incrementado en más del 15 por ciento.

Algunos medicamentos han aumentado por sobre ese porcentaje. Los cardiovasculares, más de 25 por ciento; los del aparato digestivo, más de 20 por ciento.

El IPC general ha registrado un alza acumulada del 10 por ciento en el mismo período. Los únicos medicamentos que están bajo el IPC son los correspondientes al sistema nervioso central.

Estadísticas del precio de los medicamentos, en cuanto a su categoría en farmacias.

El gráfico muestra el mercado total, los de marca, los similares, los de marca propia y los genéricos. En general, se puede observar que los precios de todos los medicamentos suben si hay venta al detalle. Los de marca son los más caros y también los que más suben.

La idea es potenciar los genéricos con una autoridad sanitaria potente que fiscalice.

Las estadísticas muestran que el valor promedio de un genérico es de 571 pesos, año 2015, en tanto un producto comercializado bajo un nombre de fantasía, cualquiera sea su categoría, es de tres a nueve veces más caro, dependiendo de si es un producto de marca de la misma empresa que expende, marca propia, o de algún laboratorio, similar.

Por otro lado, un producto de innovación (marca) es diez veces más caro que un genérico, lo que para nosotros es un valor importante.

Dejamos un glosario que permite identificar la denominación.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- ¿Los medicamentos con marca de propiedad son siempre similares o pueden ser genéricos?

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Son medicamentos con marca del laboratorio que los produce.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- ¿Pueden ser similares y genéricos o solo similares?

El señor **FIGUEROA**.- En ese caso estamos hablando solamente de una marca que ha sido inventada por el laboratorio. No nos referimos a un medicamento genérico.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- El genérico es el de abajo.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- ¿Medicamento de marca corresponde a un similar?

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Corresponde a un similar, pero de la marca de la empresa.

El señor **FIGUEROA**.- Recuerde que son datos que proporciona IMS Health, que nos entrega datos acumulados de la industria.

El señor **GAHONA**.- Respecto de los bioequivalentes, no están incorporados acá.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- No.

El señor **GAHONA**.- No todos los genéricos son bioequivalentes.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Situación del expendio farmacéutico en Chile. Como pueden ver en la presentación, hay 1.468 farmacias en la Región Metropolitana y el resto, el 50 por ciento, está repartido en el país.

Estamos hablando de 3.013 farmacias a junio de 2015: 1.468 están en la Región Metropolitana y 1.545 en el resto de Chile. Solo hay 17 farmacias de urgencia que funcionan las 24 horas del día. Hay 13 en la Región Metropolitana; 2 en Valparaíso; 1 en la Región de O'Higgins y 1 en Magallanes.

Aquí no están incluidas las farmacias propias del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Sí se incluyen las farmacias comunitarias, de Recoleta y San Ramón, que son las únicas dos autorizadas hasta ahora, más seis que están en trámite para operar en el primer semestre de 2016.

Existen otras 50 interesadas, que están en contacto con el Instituto de Salud Pública y las secretarías regionales ministeriales de Salud, para gestionar farmacias en distintas comunas.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, en relación con los datos que nos está entregando la ministra, solicito oficiar al Ministerio de Salud para tener esa misma información desagregada por comunas a nivel nacional.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- ¿Habría acuerdo para acceder a lo solicitado por la señorita diputada?

Acordado.

Señora ministra, puede continuar con su exposición.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Respecto de la situación de expendio farmacéutico en farmacias, en la lámina se puede observar que las cadenas son propietarias de 51,2 por ciento de los establecimientos, que pertenecen a las cadenas Ahumada, Cruz Verde, Salcobrand y Doctor Simi. El 48,8 por ciento son farmacias independientes y operan como equivalentes a minipymes.

En cuanto a los volúmenes de ventas de las cadenas de farmacias y de las independientes, podemos ver que existe una gran diferencia. Prácticamente, el 90 por ciento de los medicamentos se vende a través de las grandes cadenas, es decir, Farmacias Ahumada, Cruz Verde y Salcobrand, y el 10,2 por ciento de las ventas corresponde a farmacias independientes. Por lo tanto, hay un gran impacto de las cadenas en esta materia. Generalmente, las pequeñas farmacias independientes son manejadas por químicos farmacéuticos, pequeños emprendedores que hacen su venta en este tipo de establecimientos.

En la siguiente lámina se puede apreciar las comunas que no tienen farmacias fijas ni servicios móviles farmacéuticos, salvo las institucionales del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Existen 53 comunas que no tienen establecimientos de expendio farmacéutico; 52 cuentan con establecimientos públicos de salud, que funcionan en horario habitual, de 8 a 5 de la tarde. Algunas tienen Postas y otras Cesfam, dependiendo de cada una de las comunas. Hay 15 comunas que solo poseen Postas de Salud Rural, las que deben contar con medicamentos para la atención de patologías de mayor prevalencia y para dar continuidad al tratamiento

farmacológico de pacientes crónicos derivados. La comuna de La Antártica es la única que no tiene establecimiento de salud.

Respecto de las comunas que han solicitado contar con farmacias populares, en la Región de Valparaíso está la comuna de Hijuelas y en Aysén la comuna de Guaitecas. En general, son estas las regiones que nos preocupan y como sistema de salud hacemos todos los esfuerzos para dispensar medicamentos básicos.

Salud y municipio. Las farmacias municipales se rigen por la Ley Orgánica de Municipalidades y el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, contenido en la ley N° 19.378, que tiene tres componentes: planes y programas de la salud pública; las prestaciones de salud del sistema público, que tienen que ver con Fonasa, GES y no GES; y otras prestaciones de salud, que sirve para la generación de las farmacias municipales, que deben contar con cuatro componentes: iniciativas municipales; deben ser autorizadas sanitariamente como farmacias comunitarias por el Instituto de Salud Pública o por la secretaría regional ministerial de Salud; deben cumplir la misma regulación que cualquier otra farmacia comunitaria o privada, contenida en el decreto supremo 466, de 1984, en relación con infraestructura adecuada y dotación de recursos humanos, lo que involucra químico farmacéutico y petitorio farmacéutico, entre otros requisitos. El cuarto componente se relaciona con que este tipo de farmacia complementa las acciones de salud del municipio. No reemplaza a las existentes y garantizadas para los vecinos. Esto es muy importante, dado que en más de una oportunidad se ha dicho que reemplazan a las existentes correspondientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

¿Por qué hago la salvedad? Porque los vecinos que pertenecen a las Fuerzas Armadas o las personas particulares podrían acceder a estas farmacias municipales por el hecho de ser habitantes de esa comuna.

El artículo 56 de la ley N° 19.378 señala: "Los establecimientos municipales de atención primaria de salud cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. No obstante, siempre, sin necesidad de autorización alguna, podrán extender a costo municipal, o mediante cobro al usuario, la atención de salud a otras prestaciones".

Amparados en esto, los municipios han podido generar la dinámica de farmacias municipales.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, en lo que respecta a las farmacias populares me parecen una buena idea. Su figura corresponde a una farmacia particular o municipal subvencionada con copago.

Mi preocupación apunta a la posibilidad de que los pacientes que deben recibir medicamentos gratuitos por parte de los consultorios no estén acudiendo a este sistema a causa de los déficits de abastecimiento que tienen los consultorios o los centros de salud de las comunas.

En la Región de Coquimbo ocurre, y muy a menudo, que los centros de salud no tienen todos los medicamentos que se supone que deben tener disponibles para los pacientes. Por lo tanto, mi preocupación radica en cómo nos aseguramos de que estas farmacias municipales no estén reemplazando una función que deberían ejercer los centros de salud familiar.

Señor Presidente, por su intermedio consulto a la señora ministra si tienen algún mecanismo de fiscalización o alguna fórmula que nos permita tener la certeza de que esa clase de farmacias no esté siendo una alternativa con copago de las que no entregan en los consultorios.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Por su intermedio, señor Presidente, le respondo al diputado Gahona que en general todos los servicios de Salud cuentan con un químico farmacéutico que debe fiscalizar las farmacias de atención primaria de su jurisdicción. Él debe evaluar la oportunidad y la disponibilidad de los medicamentos. Los municipios siempre son informados respecto de ello. A veces puede haber limitaciones de faltas momentáneas, pero en general es un tema muy sensible dado que uno de los elementos que estamos entregando es disponer precisamente de esos medicamentos a través de la atención primaria, y que las farmacias municipales no sean una forma de eludir esa responsabilidad, que es exigible para nosotros.

El señor **GAHONA**.- Señora ministra, tengo claro que eso es exigible para el Ministerio, pero me preocupan los municipios, porque no es así como usted señala.

No hablo de todos los medicamentos. Me refiero sobre todo al caso de los medicamentos crónicos, porque a veces pueden pasar dos o tres semanas, un mes y hasta tres meses en las comunas rurales y los medicamentos no están. Ahora bien, eso no es responsabilidad del Ministerio, sino de los municipios que simplemente no cancelan sus deudas con Cenabast y de una serie de otros problemas. De ahí mi pregunta respecto de la fiscalización efectiva en los Centros de Salud Familiar en regiones.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra el director del Instituto de Salud Pública, señor Alex Figueroa.

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, voy a hablar de la experiencia que tuvimos con las farmacias comunales de Recoleta y San Ramón.

Hay un dictamen de la Contraloría que señala que esas farmacias, o cualquier iniciativa con copago, no pueden ocupar el sistema per cápita. Eso es lo primero.

Por lo tanto, todas las iniciativas que describió la ministra no sustituyen al Cesfam ni al programa GES. Por ende, todas aquellas canastas que están en los Cesfam o cubiertas por el programa GES, no deberían ser vendidas o expendidas por las farmacias municipales.

Digo esto porque en las dos farmacias existía la misma confusión. La gente que pensó que estas farmacias los podían abastecer de medicamentos GES.

Lo bueno es que esos alcaldes inscribieron a la gente; por lo tanto, cruzaron esa información con la base de datos que tenían del per cápita municipal y con la base de datos de crónicos. Por eso, pudieron detectar a quiénes no les correspondía ocupar ese canal y debían irse al otro.

Efectivamente, es un riesgo porque la gente irá al canal de distribución, que es nuevo, innovador, y que seguramente tiene más atractivo publicitario.

Sin embargo, como dijo la ministra, el riesgo se supera de dos formas. Primero, con fiscalización. Segundo, con bases de datos y cruce de recetas. Les recuerdo que en esas farmacias solo pueden adquirir medicamentos con receta.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, en primer lugar, me gustaría saber si la Cenabast tiene alguna restricción sobre el tipo de medicamentos que va a vender a las farmacias populares, porque si la farmacia comunal detecta que viene alguien por medicamentos que claramente indican que el beneficiario es portador de una patología del programa GES, debe derivarlo. Por lo tanto, la farmacia comunal no debería vender ni incluir aquellos medicamentos en su arsenal.

En segundo lugar, quiero preguntar algo que también consultamos en la Comisión de Salud cuando hablamos de las farmacias comunales, respecto de los municipios que tienen una tremenda deuda con la Cenabast por la vía del per cápita y de lo que se hace en los Cesfam; sin embargo, aportan recursos municipales por el lado de un programa de la Dideco teniendo una farmacia comunal. Entonces, ¿cómo se compatibilizan esas dos cosas?

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra el director del Cenabast, señor Pablo Venegas.

El señor **VENEGAS**.- Señor Presidente, en las conversaciones que tuvimos directamente con los alcaldes uno de los primeros temas que abordamos fue la deuda histórica que mantienen a través de la APS (Atención Primaria de Salud)

Uno de los requisitos que establecimos fue reprogramar esa deuda, documentarla, de manera de no iniciar un trabajo nuevo con ellos sobre una deuda existente.

En relación con los medicamentos que se ofrecen en este momento a los municipios, son todos aquellos que cumplen el formato para farmacia. Además, hay medicamentos, por ejemplo la aspirina, que pertenece al programa GES, que sí está incluida dentro de esa canasta, pero en general no están los medicamentos GES.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, quiero complementar y a la vez preguntar respecto de la pertinencia y de cómo buscar una metodología. En la farmacia popular de Recoleta -me ha tocado vivir de cerca esa experiencia por el distrito que represento- hay personas que saben que su patología está incorporada y reciben a través de la canasta del programa GES del consultorio para enfermedades crónicas un determinado medicamento, pero por alguna razón hay médicos que dicen que lo que le entregan en el Cesfam es de mala calidad. De hecho, se escucha mucho que el medicamento del hospital o del consultorio es malo, independientemente de que no hay mayor sustento en esa información. Un ejemplo burdo de ello es que en vez del Ibuprofeno que le entregan quieren uno recubierto o que sea de otra manera, etcétera.

Por lo tanto, frente a eso muchas personas quieren comprar el medicamento, aunque eso signifique un costo para su bolsillo, a pesar de que lo podrían obtener gratis.

Hay personas que han llegado con esa posición a la farmacia solicitando comprar un medicamento con el mismo componente, pero que tiene una marca o un nombre distinto.

Entonces, ¿a esas personas hay que decirles que no tienen acceso y que deben ir a comprar a las grandes cadenas de farmacias? ¿Hay que obligarlas a que tenga acceso a su medicamento dentro del Cesfam? ¿Hay que buscar otro mecanismo como firmar algún documento que acredite que de manera voluntaria van a comprar tal medicamento?

Lo pregunto porque esas situaciones se han dado. Si bien no son la mayoría, son situaciones que están distorsionadas, producto de que hay médicos que incentivan la compra de una determinada marca y convencen a las personas de que esa marca es mejor que el medicamento genérico que les entregan en el Cesfam o en la farmacia del hospital.

Creo que debe haber una salida intermedia que garantice a las persona información exacta sobre el acceso a los medicamentos; además, que informen que tienen los mismos componentes, independientemente de la marca, que no tienen diferencias, en el caso de que la personas presente algún sesgo preconcebido producto de la mala información recibida.

¿Qué haremos en el caso de que esa persona no se convenza? ¿Qué alternativa le daremos? ¿La obligaremos a comprar en las farmacias de las grandes cadenas o le daremos la oportunidad de firmar un consentimiento informado que le

permita acceder a ese medicamento a través de la farmacia popular? Lo digo a propósito de la forma en que está normado.

¿Se ha conversado con los municipios? Ese era uno de los conflictos a los que se ha enfrentado la farmacia popular de Recoleta, por ese tipo de situaciones, que, reitero, no son la mayoría, pero se han dado.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, me parece muy interesante que en salud podamos elegir y, además, hacer copago. Es curioso.

Respecto de la Cenabast, cuando usted habla de documentar la deuda, ¿me está diciendo que la documentan con cheques o con pagaré? ¿Qué viabilidad de ejecución hay de esa deuda documentada? Creo que ninguna.

Por lo tanto, no me parece correcto que si un municipio está tremendamente endeudado con la Cenabast se le entregue medicamentos paralelamente a la farmacia municipal para que los venda. Eso me preocupa.

¿Cómo nos aseguramos? ¿Cómo documentan la deuda los municipios? Porque no lo hacen con cheque a fecha ni con pagaré. No creo que firmen eso. Por lo tanto, viabilidad de ejecución, ninguna.

Entonces, desde esa perspectiva, ¿se está haciendo una concesión?

Yo no le entregaría ni un solo medicamento a una farmacia municipal si no tiene al día todos los temas relacionados con sus propias farmacias, que deben ser gratuitas para la gente.

¿Cómo están resolviendo eso? Porque, insisto, documentar la deuda no creo que resuelva el problema.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, tengo varias consultas.

Señor Presidente, por su intermedio, en la página 9 de la presentación la ministra señala el desafío gigantesco del timbraje de recetas.

Eso lo respaldo porque hace mucho tiempo presentamos un proyecto de ley respecto de impedir lo fácil que es mandar a hacer recetas como si se fuera médico. Cualquier persona sin justificación lo puede hacer.

Celebro lo anterior, no obstante me preocupa su ejecución porque estamos teniendo problemas con la entrega de licencias médicas y recetas cheques por parte de diferentes seremías. Entiendo que hay problemas con el papel moneda, pero la situación es que tenemos profesionales de la salud que no pueden dispensar sus recetas cheque, que pueden corresponder a medicamentos psicotrópicos importantes, por lo

que dejan sin medicamentos a pacientes que tienen mucha necesidad de ellos.

Entonces, me gustaría entender cómo se va a lograr que esto sea tan efectivo de forma tal que no vuelvan a surgir problemas, y cuando hoy ya está pasando con recetas cheque y con licencias.

En segundo lugar, me gustaría que tomemos el acuerdo para hacer una sesión especial respecto del TPP. Al respecto, en la página 14 del texto presentado por la ministra, se plantea que los medicamentos más caros son los medicamentos de marca. Eso todos lo sabemos, pero resulta que hoy tenemos ni más ni menos un acuerdo a nivel internacional que habla del tema de los medicamentos de marca y las licencias o garantías que se dan a estos medicamentos de marca.

Entonces, creo que esta comisión investigadora debe tener conocimiento de primera fuente, por parte de quienes negociaron el TPP, de cuál es el impacto real que va a tener esta negociación en el costo de los medicamentos para los chilenos.

Por lo tanto, quiero pedir, en lo posible, lograr ese acuerdo. A su vez, preguntar a nuestras autoridades cuál es su impresión respecto de la negociación del Estado de Chile en esta materia.

En la página 18 de la presentación de la señora ministra, se habla de las comunas sin establecimientos ni servicios móviles farmacéuticos, y menciona que 53 comunas no tienen y que 52 comunas tienen establecimientos públicos de salud.

La Ley de Fármacos que aprobamos permitía vender medicamentos en los hospitales y consultorios. Quedó claramente establecido, por lo que no se necesitaba ningún cambio, porque estaba aprobado y porque podría estar habilitado.

Entiendo que el retraso del reglamento de la Ley de Fármacos lo impidió. Por lo tanto, me gustaría saber cuál es el plazo que se puso el Gobierno para permitir la venta en los establecimientos hoy existentes, porque se puede permitir que lo tengan las 53 comunas que hoy no lo tienen. Eso está en la ley y no necesita ningún cambio.

Por lo tanto, me gustaría saber cuánto es el tiempo que le va a tomar al Gobierno implementar la venta en estos lugares para mejorar el acceso a los medicamentos por parte de la población.

Finalmente, es tremendamente relevante hacer una sesión, independientemente que hoy los parlamentarios consulten todo lo que quieran, sobre farmacias populares o municipales. Es decir, una sesión en la cual exclusivamente nos dediquemos a ver el tema de cómo van a funcionar estas farmacias, cuáles son las dudas, etcétera, porque lo que planteó el diputado Sergio Gahona es una realidad.

Entiendo y comparto el planteamiento de la diputada Karol Cariola, pero lo que no entiendo es que para algunas cosas digamos que la gente puede elegir e, incluso, copagar porque no quiere el medicamento que le entregan de forma

gratuita en el consultorio, pero para otras cosas, como en la educación, no se pueda copagar o no se pueda elegir.

Uno debe tener solo una línea en esto. No puede ser que en salud sí se permita; que algo que no me gusta o no lo considero bueno, se pueda intermediar a través del Estado o se obtenga de otra manera. Eso no tiene sustento.

Por eso, quiero saber cuál va a ser la lógica en este proceso, porque es muy complejo que se repacten deudas para que un municipio tenga medicamentos gratuitos para toda la población, y finalmente se termine repactando para venderlos.

La primera preocupación de un municipio es entregar los medicamentos de forma gratuita. De manera posterior, cuando esto se tiene resuelto y no hay problema en el acceso a medicamentos gratuitos, GES o lo que sea, recién ahí debiera entrar en la preocupación de este otro ámbito. Más aún si se plantea que la preocupación es que a algunos no les gusta el medicamento que les entregan en el consultorio y que quiere acceder a otro medicamento, y más encima con copago.

Entonces, debemos tener claridad respecto de cuál va a ser la línea en esta materia.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Señores diputados, pido respeto por el acuerdo inicial, porque a la señora ministra aún le queda más de la mitad de la exposición.

Las intervenciones serán de un máximo de tres minutos y espero que sean preguntas o comentarios relevantes.

Tiene la palabra el diputado señor Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, hay varios puntos que se han tocado en la discusión, que son importantes, razón por la cual planteaba su relación con el objetivo de esta comisión investigadora, en el sentido de solo investigar o también de poder proponer, porque evidentemente hay muchas soluciones que pueden surgir en torno al mismo problema.

Algunas cosas planteadas por la diputada Karol Cariola hay que considerarlas al momento de resolver el punto. Por ejemplo, el caso de que no se tenga acceso a un determinado medicamento de calidad porque un médico dice que los medicamentos del servicio público no son de buena calidad.

Eso es una realidad, es un hecho, eso ocurre, y estoy de acuerdo en que es algo de lo cual hay que hacerse cargo.

Una las cosas buenas que hizo el exministro de Salud Jaime Mañalich fue la creación de la bioequivalencia, porque frente al manejo, desde el profesional, de dirigir la compra a un medicamento u otro, se despeja dicha duda a partir de un elemento que es objetivo, que es una medición de estándares mínimos de calidad, o que acercan el producto que copia al producto original, y de esa manera se acerca también el acceso a medicamentos de menores costos.

Por lo tanto, lo primero es ver cómo el Estado garantiza la entrega de medicamentos con bioequivalencia. Si son pocos o escasos los medicamentos con bioequivalencia no tengo problema con que los laboratorios alcancen la bioequivalen-

cia, o que se subvencione esta si es necesario, porque de esa manera nosotros garantizamos que a través de copias del original, ya sea marca propia o cualquier otra categoría que dio el ministerio, siempre se acceda a medicamentos de calidad. En caso contrario, vamos a tener medicamentos muy baratos, que no van a tener el efecto que se requiere, lo que incluso puede generar un daño a la salud.

Por ejemplo, si el Omeprazol no tiene efecto, una gastritis puede encubrir un cáncer en avance, por lo que sería muy grave que un paciente piense que está haciendo un tratamiento determinado para evitar que avance una patología, y termine siendo esta peor porque el medicamento no tiene efecto.

Por lo tanto, lo primero que se debe hacer es considerar si el Estado está haciendo algo respecto de avanzar en materia de bioequivalencia.

En segundo lugar -refuerzo lo que dijo la diputada Rubilar en esa línea-, más allá de las farmacias comunales, tal como hoy están operando, que puede ser una alternativa interesante, es cómo también pueden operar y posibilitar, sobre todo en las 52 comunas, a través de esos centros que tienen un horario de atención más extendido, la adquisición de medicamentos que estén por fuera de la canasta básica que debe entregar el sistema.

Ahora, lo que uno quisiera es que efectivamente se cubran los medicamentos de entrega gratuita que corresponden.

En tercer lugar, me gustaría saber si existe alguna intención de intervenir el mercado en su conjunto. Lo consulto porque la pregunta que uno se hace legítimamente es si al aumentar los puntos de venta, disminuye de manera directa el precio de los medicamentos, o si hay una intervención mayor respecto del mercado.

Me hago esta pregunta porque cuando uno observa la cantidad de farmacias, de cadenas y las independientes, que bordean el 50 por ciento, aproximadamente, con un margen levemente a favor de las farmacias de cadenas, la concentración del mercado hace que el 50 por ciento venda el 90 por ciento y el otro 50 por ciento, solo venda el 10 por ciento; por lo tanto, no necesariamente hay una proporcionalidad directa entre aumentar los puntos de venta respecto del efecto de los medicamentos. Esa es una alternativa. ¿Pero vamos a intervenir el mercado en su conjunto? ¿Qué pasa, por ejemplo, con el rol de la Cenabast o de la posibilidad de transformarla en un organismo autónomo con patrimonio propio, que pueda intermediar el mercado en su conjunto, la posibilidad de avanzar hacia bandas de precios, o si hay acceso a menores precios desde los laboratorios a los puntos de venta o a las farmacias?

¿Qué pasa con lo que dijo la diputada Rubilar, con el TPP, si al final del día el mayor costo de los medicamentos está instaurado en las licencias de los laboratorios? Sé que es muy difícil que un país que ha firmado tratados internacionales haga algo al respecto. Claramente, hay que seguir avanzando.

Si todo lo que se nos ha dicho es cierto, lo que hace el Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica, TPP (*Trans-Pacific Partnership*), es mantener e incentivar la licencias respecto de estos medicamentos, la imposibilidad de hacer copias de calidad a menor costo; por lo tanto, termina siendo un disparo en los pies.

Sé que no lo vamos a resolver todo acá, pero me gustaría que pudiéramos ir haciéndonos cargo y respondiendo respecto de cada uno de estos puntos, si no es hoy puede ser en las sesiones futuras.

Muchas gracias.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO** (ministra de Salud).- Señor Presidente, si ya está confirmado que va a haber dos sesiones más, una acerca del TPP y otra relativa a la farmacia comunitaria, ¿no es necesario responder respecto de esos puntos específicos?

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Luego le respondo.

La señora **CASTILLO** (ministra de Salud).- Sobre el costo de los medicamentos en las farmacias municipales, comparado con las distintas cadenas de farmacia, tengo un estudio que hizo la Municipalidad de Recoleta y los valores que dio la Cenabast. Por ejemplo, podemos comparar la levotiroxina, que a Cenabast le cuesta 522 pesos, puede llegar a valer 10.190 pesos en las farmacias. Respecto de la Hidroxicloroquina, a Cenabast le cuesta 2.598 pesos y puede llegar a tener un precio de 38.190 pesos en una farmacia. Por lo tanto, sí hay distintos valores, y los vecinos de la comuna pueden acceder a estas farmacias municipales, sin que necesariamente estén inscritos en el Cesfam, pueden ser de las Fuerzas Armadas, del sector privado, pero necesariamente deben vivir en la comuna. Por consiguiente, hay diferencia en el público objetivo, las farmacias van a mejorar el acceso a los medicamentos, disminuyen las barreras financieras de las personas de menores recursos respecto de estos productos esenciales. No necesariamente uno va a excluir medicamentos GES por el hecho de que tenga problemas de salud o que no necesariamente son GES y requieren medicamentos como el Celecoxib que, muchas veces, personas que no sufren de este problema piden específicamente ese medicamento o se les indica especialmente, sin estar dentro de los beneficios del GES. Por lo tanto, sí pueden estar recibiendo medicamentos que no están dentro del arsenal propio para lo que les corresponde en la atención primaria, dado que se protege para que sea exclusivamente para los problemas GES.

Respecto de la situación actual, se preguntó si se conocían todas las farmacias de Chile. En www.minsal.cl, a

través del Instituto de Salud Pública, de la Seremi o del Ministerio de Salud, se pueden ver las farmacias de turno y todas las que hay a lo largo de todo el país, ubicadas por orden de cercanía. El usuario puede hacer sus reclamos o incluso felicitar a la farmacia seleccionada y la autoridad sanitaria determinará asistir o acudir a una denuncia que pudiese efectuarse. La aplicación es accesible a través de un PC o de un *smartphone*. La información es válida, emanada por la autoridad sanitaria regional, con características de georreferenciación; por lo tanto, están todas ubicables, las cerca de 3.000 farmacias, con utilidad en materia de acceso geográfico a medicamentos. También permite la captura de reclamos. Para nosotros es importante tenerlos presentes y saber de dónde provienen la mayor cantidad de ellos. Está funcionando absolutamente bien al día de hoy.

Sobre la gestión de los Fofar, Fondos de Farmacia, uno de los fondos que se entrega desde 2014 y otorga medicamentos para problemas de salud crónicos a adultos mayores, busca especialmente, en la atención primaria, otorgar acceso oportuno a medicamentos definidos en el arsenal básico de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles, que tienen prioridad en los problemas cardiovasculares; fortalece la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud y de los servicios de salud, que permitan la provisión racional y oportuna de medicamentos.

Se han colocado fondos para este tipo de medicamentos, a través de las redes del sistema.

¿Cómo opera el sistema? Como dije, desde 2014 ha entregado 24.000.000 de recetas. El modelo funciona con este detalle: El Fofar tiene dos componentes, uno de acceso oportuno a fármacos, con apoyo en la adherencia a tratamiento y, el otro, tiene que ver con la gestión farmacéutica. El componente 1 tiene tres subgrupos: el fondo de farmacia, la adherencia a tratamiento y el stock crítico. Aquí se pueden hacer todos los reclamos respecto de la calidad de los medicamentos. La autoridad sanitaria siempre fiscaliza esto. Repito, para nosotros es importante tener este control de si se recibe o no tratamiento y, en este contexto, siempre estamos evaluando que no exista ningún tipo de rechazo, por ejemplo, verificamos respecto del tamaño de la cápsula o del comprimido, si son muy grandes. Son muchos elementos.

Bajo el componente 1, están los medicamentos para los tres problemas de salud, con insumos para la curación avanzada en personas con pie diabético, con mensajería de apoyo, incluso se está haciendo extensivo a otras comunas. Se trata de mensajes de texto que incentivan a tomar los medicamentos de un determinado tratamiento o les informa que deben venir a control. En cuanto al stock crítico, a lo menos, se resguarda por dos meses en las centrales de los distintos establecimientos para que esté disponible para las personas.

El componente 2, sobre la gestión farmacéutica, se subdivide en recurso humano y sistema de control de gestión. Hay horas químico farmacéutico para supervisar esto con un

técnico de nivel superior (TENS) y auxiliares, además de un módulo de farmacia con tablero de mando, que controla que efectivamente se lleve a cabo como corresponde la entrega de los medicamentos.

En resumen, en 2015 se cumplió en 98,85 por ciento la entrega de recetas. Se trata de 16.207.515 recetas despachadas; hubo 90 reclamos solucionados dentro de las 24 horas, de un total de 101, es decir, el 89 por ciento fue solucionado y los restantes se solucionaron después de las 24 horas. Se contó con químicos farmacéuticos contratados para este fin y con técnicos de nivel superior en farmacias contratadas, además de las estrategias en gestión de citas, a través de mensajería de texto. Algo muy importante es que esto nos va a cambiar la capacidad y la calidad de autovalencia de nuestros adultos mayores, dado de que tendrán más posibilidades de tener una vida íntegra, aun con enfermedades crónicas. Estos datos se van actualizando permanentemente. Estos son resultados concretos de un fondo de farmacia que se ha entregado desde 2014 en adelante.

En cuanto a las políticas con impacto directo en protección financiera de las personas, desde 1999, hay distintas formas de leyes, ley de urgencias, de entrega y protección de medicamentos; cobertura adicional de las enfermedades catastróficas, en 2000; en 2005, GES tuvo 25 problemas; en 2006, 40 problemas; en 2007, 56 problemas; en 2010, 69 problemas y, en 2013, 80 problemas de salud. Las políticas han permitido aminorar el efecto del gasto de bolsillo que, a diferencia de otros países de la región, alcanzaba 60 por ciento.

La ley N° 20.850, Ricarte Soto, en el sistema de protección financiera para tratamientos de alto costo, ha tenido avances en su ejecución y en su perfeccionamiento.

En lo que respecta a su ejecución hay reglamentos mínimos para implementación aprobados; protocolos de atención; decreto de Cobertura vigente para estos 11 problemas de salud con pacientes que ya están recibiendo sus medicamentos y la continuidad de tratamiento garantizado.

En perfeccionamiento contamos con una red de prestadores, la cual se está verificando; contamos con un margen de tres meses para ir fortaleciendo los prestadores que se están validando a través de las páginas web que tenemos disponibles al igual que con las nuevas adquisiciones de productos en trámite.

Actualmente están siendo beneficiadas 4.400 personas que padecen estos problemas de salud, todos los medicamentos que se encuentran aquí están autorizados, visados y registrados como corresponde por el Instituto de Salud Pública.

Para la adquisición de medicamentos, a nivel nacional e internacional, hemos fortalecido distintos ámbitos para compras conjuntas con países asociados, que tienen que ver con elementos que ayuden a disminuir la brecha que existe con aquellos países con mayores volúmenes de compras. Somos un país que tiene menos habitantes que Brasil y que otros de las Américas, por lo tanto, podemos hacer la asociación. Los

miembros son Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela, Bolivia; y asociados Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Guyana y Surinam en el ámbito del Mercosur.

En general, se persiguen valores tales como que los medicamentos son un bien esencial; el acceso a medicamentos debe buscar la equidad en la región y la reducción de asimetrías de información y precios.

Hemos tenido que resguardar fuertemente el hecho de que los laboratorios o las empresas, a veces, propongan un valor a esta agrupación y, por fuera, otros valores, razón por la que hemos tenido que mantener la unidad para que no se nos disperse esta situación.

A la fecha, la negociación de precios de medicamentos de los países del Mercosur ha permitido acordar un producto estratégico con una rebaja de cinco veces respecto del valor del mercado local. Las tratativas continúan para los demás productos estratégicos y se ampliarán de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los países del bloque. Estamos hablando de medicamentos estratégicos, la economía de escala mayor, los números de ítem y la reducción de costos que es muy importante.

Gestión en la adquisición: convenios bilaterales, evaluación adquisición internacional de medicamentos-comparación rápida, podemos observar a Brasil y a Chile en el fortalecimiento del acceso a medicamentos y las compras en 2016 de la Cenabast en Brasil que vamos a efectuar.

En la lámina, se pueden ver las barras donde aparecen las diferencias de valor cuando se compra en Chile y en Brasil. Por ejemplo, en color azul, aparece cuánto cuesta en Brasil y, en rojo, cuánto cuesta cada uno de estos medicamentos en Chile.

En productos seleccionados, el precio de medicamentos visto en Brasil es significativamente menor al visto en Chile. Brasil cuenta con subsidios, laboratorios públicos y regulación de precios, situación que puede impactar significativamente en la reducción de costos de adquisición de la Cenabast y del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mejorando el acceso a medicamentos y permitiendo sobrellevar situaciones de desabastecimiento o inaccesibilidad en el mercado local. Estamos hablando de regulación en los costos que tienen que ver con un mínimo y un techo, es decir, con una banda. En este caso, construyendo un proceso ordenado para contar con medicamentos en forma estable y sin problemas de abastecimientos.

Desafíos.

Observatorio de precios: reduciendo la asimetría de información y promoviendo la competitividad.

La Ley N° 20.724 permite transparencia, pero no comparte esta información, solo la tiene para sí misma, a diferencia de las farmacias populares o las comunitarias que sí la entregan.

Vamos a potenciar esta forma de información a través de la Ley de Fármacos II, que está en plena ejecución, para que

realmente el observatorio de precios pueda ser visto en cualquier lugar comparativamente.

Tenemos ejemplos concretos; Colombia y Perú ya tienen esta fórmula de trabajo y en Chile tenemos experiencia sobre el gas, las bencinas y las parafinas. Por lo tanto, creemos que no va a ser complejo instaurar un sistema que nos brinde diferentes alternativas de un mismo producto; ver dónde está el lugar más económico y saber los horarios, turnos y medios de pagos disponibles en los locales donde uno quiera adquirir algún medicamento.

El señor **GAHONA**.- Ese es un proyecto que ya está en la Cámara.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Pero es insuficiente, pues, tal como decía, la transparencia es solo consigo misma y no con los demás, razón por la cual queremos que se comparta la información entre todas las cadenas de las distintas farmacias.

Reformulación de normativa de equivalencia terapéutica: Estatus a diciembre 2015.

Aquí está lo que habían señalado sobre un antecesor mío respecto de si se había fortalecido la bioequivalencia.

Podemos observar que esto se inició en 2009, continuó los años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015, aumentando los bioequivalentes de tres, en 2009, a 308, en 2015.

No han sido del todo satisfactorios los precios; sin embargo, esperamos que con todas estas nuevas estrategias podamos bajarlos como corresponde.

Anualmente, el número de rechazos se encuentra en aproximadamente el 10 por ciento de las presentaciones, en la mayoría de los casos a deficiencias en el cumplimiento de los requisitos de la validación del proceso productivo.

Hay 885 productos bioequivalentes que corresponden a 143 principios activos y a 57 tratamientos de distintas patologías que para nosotros son muy importantes.

El desafío para la industria que entrega estos productos es la calidad. La industria ha ido respondiendo progresivamente; sin embargo, sabemos que el precio es muy alto y que ha generado desabastecimiento de los genéricos, lo cual se está corrigiendo con las compras internacionales y con las facultades que estamos dando a la Cenabast para que pueda cumplir con este objetivo.

Respecto a la reformulación de esta norma de bioequivalencia terapéutica, podemos ver lo que significó. Inicialmente todos pensamos que iban a bajar los valores, al contrario, subieron; incluso, en 251 por ciento como el Atenolol. Los únicos que bajaron de precio fueron cuatro: el Nitrendipino, el Nifedipino, la Metformina y el Losartán potásico. Todos los otros se fueron al alza, lo cual ha significado precios altos de compra para el Sistema Nacional de Salud y para el Fofar.

Otras situaciones vistas: desaparición de versiones genéricas de medicamentos, obviamente que a las empresas no les interesaba continuar con ellas y hubo desabastecimiento.

La opción es reformular siguiendo los lineamientos internacionales, es decir, exigir equivalencia terapéutica en base a la ventana terapéutica; contar con medidas alternativas de abastecimiento y formular medidas que favorezcan la presencia de productos en el mercado. Para nosotros esto es muy importante y es un desafío el cómo potenciar los genéricos respecto de los de marca, pues ello, como país, significa un ahorro enorme.

Respecto de la inquietud si la Central Nacional de Abastecimiento ha tenido ahorro para el Estado de Chile, podemos ver en la lámina que este ha sido de unos 194 millones de dólares en los últimos cuatro años, lo que significa que este cálculo tiene que ver con la canasta de Intermediación, valorizando los productos comprados por la Cenabast respecto a los mismos productos con precio promedio de mercado público para los establecimientos de Salud.

La Central Nacional de Abastecimiento cuenta con un gran potencial para generar ahorros significativos al Sistema Nacional de Servicios de Salud. A modo de ejemplo, podemos ver un resumen comparativo de los valores de la Cenabast versus las principales cadenas farmacéuticas que se encuentran representadas con los colores verde, rojo y azul; el valor de la canasta, que son 47 productos y comparativamente el valor del mismo principio en la Cenabast con diferencias de 711 por ciento, de 723 por ciento o de 752 por ciento. Es decir, 28 mil pesos versus 246 mil pesos, versus 238 mil pesos versus 234 mil pesos. En promedio general la canasta de productos es 7,3 veces más cara en farmacias que en la misma Cenabast.

Conclusiones y otros desafíos.

Respecto de la cobertura garantizada, continuar con las estrategias de disponibilidad de medicamentos, como Fofar, GES y la ley N° 20.850 o ley "Ricarte Soto".

Optimizar los procesos de negociación, fortalecer la Central Nacional de Abastecimiento a través de una mayor capacidad de negociación, compras internacionales, de una mejor capacidad para agrupar requerimientos de los servicios de salud y de las municipalidades y un registro sanitario ante el Instituto de Salud Pública de productos por parte de la Cenabast, para asegurar abastecimiento de Sistema Público y municipal.

Mejorar normativas y políticas públicas asociadas a los medicamentos, optimizar la legislación farmacéutica que tiene que ver con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, promover y legislar la disponibilidad de los medicamentos en Chile, fortalecer la Central Nacional de Abastecimiento, promover el acceso a medicamentos y políticas genéricos, optimizar la regulación de los dispositivos médicos estableciendo múltiples mecanismos de control de acuerdo al riesgo sanitario e implementar una nueva política de medicamentos en el país, con un fuerte énfasis en la

promoción del uso de productos genéricos de calidad y el uso racional de medicamentos.

En cuanto a las estrategias pro acceso, apoyar todas las iniciativas municipales en materia de acceso a medicamentos, tales como farmacias municipales, velando por el cumplimiento de todas las normas y estándares existentes.

Respecto de la calidad de los medicamentos, reconocimiento a la organización Panamericana de la Salud, a nuestras autoridades sanitarias, tanto Ministerio de Salud, ISP y Seremi, como autoridades reguladoras nacionales de medicamentos de referencia -Agencia nivel IV que postulamos para 2016-.

Como Ministerio de Salud debemos relevar el rol del medicamento como un bien esencial, promoviendo regulaciones, políticas, estrategias y acciones que mejoren el acceso y calidad de estos, así como la racionalidad con que se emplean; y, que disminuyan las barreras, inequidades y asimetrías que distorsionan su accesibilidad.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la ministra y a las autoridades que la acompañan.

Quiero comenzar por el tema de la bioequivalencia, porque ha sido uno de los más polémicos en los últimos meses y también durante la tramitación de la ley de fármacos.

A propósito de los números que usted menciona, señora ministra, en la página en la que se da un detalle de medicamentos que habrían subido de precio a raíz de la bioequivalencia, usted dice que son más de 800 productos certificados. Quiero ver esa misma tabla, pero con la muestra completa de medicamentos, porque una de las características de la bioequivalencia -la sabíamos- era que se tenía que acceder a estudios que son costosos, pero que a la larga permitían avanzar en seguridad en el consumo de ciertos medicamentos.

Acá, nos muestra un estudio donde ciertos medicamentos suben de 4 a 6 pesos o de 5 a 8 pesos, pero quiero ver ese estudio en medicamentos que tienen más alto costo, porque una de las cosas que se pretendía con la bioequivalencia es que un medicamento que, por ejemplo, costaba 40 mil pesos bajara a menos de 5 mil.

Me gustaría tener una muestra más integral de ello, como también la lista de los 800 medicamentos. No sé si se puede hacer o si se podrá elaborar en el transcurso de esta Comisión Investigadora. Sería un insumo bastante importante para entender y justificar la decisión de haber suspendido la entrada en vigencia y de haber flexibilizado los plazos que estaban establecidos por la ley y que eran parte del programa.

Nos gustaría entender, desde el punto de vista conceptual, cuál es la opinión, más allá de que se dice que

se quiere exigir equivalencia terapéutica en base a una ventana terapéutica. Me gustaría que profundizara más en ese concepto, porque hay una decisión de avanzar en una determinada definición de política pública; sin embargo, hasta el momento, la definición que hemos conocido es flexibilizar en un camino que se había comenzado.

Quiero saber cómo puede la opinión pública entender lo que piensa la autoridad en esta materia.

Por otra parte, hay algunos temas donde la potestad reglamentaria estaría vulnerando normas explícitas de la ley, particularmente, me refiero a que son imperativas y no facultativas, como lo que ocurre con los medicamentos que, probablemente, fue una de las difusiones más fuerte de la ley de fármacos. Había imposiciones en contra y a favor, incluso, bastante transversales en la venta de OTC.

La ley que aprobamos dejó fuera del ámbito de aplicación de los medicamentos OTC a los establecimientos que no fueran farmacias. Quedó absolutamente establecido y expreso.

Entonces, ¿cuál es la interpretación que hace para que el reglamento en las farmacias lo haga facultativo? Lo mismo con el fraccionamiento, es decir, ¿si se ha hecho una difusión legal de algo que legalmente está establecido como obligatorio, por qué se está estableciendo? ¿Existe esa posibilidad de hacerlo legalmente facultativo?

Lo mismo en el sentido inverso, en orden a que la ministra dijo que se reunirá con el Colegio Médico. Entiendo que aquí puede haber una proposición de defensa gremial del Colegio Médico respecto del timbraje de las recetas, pero más allá de la posición gremial, porque adivino cuál va a ser la del Colegio Médico, me preocupa desde el punto de vista de los principios que están detrás de eso. Incluso, cuestiones constitucionales que estarán siendo de alguna manera vulneradas por un Reglamento que impondrá una obligación adicional a los médicos en el ejercicio libre de la profesión que está, además, garantizado por la Constitución Política de la República.

Por ello, me gustaría que profundice más en lo que dice relación con este nuevo requisito de recetas y lo que va a significar, más allá del diálogo que se tenga con el Colegio Médico. Me imagino que las consultas de los médicos subirán; no tengo duda que esto será un requisito adicional que le impone burocracia al trabajo médico, más allá de la posición de los médicos que, probablemente, compartiré desde el punto de vista de los principios. Algo se hará mediante un reglamento, si se dio o no la vuelta, habrá que verlo.

Por otra parte, hay evidencia bastante abundante respecto del valor de los medicamentos que Cenabast entrega a los establecimientos públicos. En particular, a los municipios es bastante inferior a cuando se hace directamente por los laboratorios hacia las cadenas farmacéuticas que atienden a la gran masa de la población chilenas, más allá del trabajo específico que se haga de parte de Cenabast en los establecimientos públicos.

Me gustaría entender -para tener un insumo adicional, no tiene que ser entregado hoy- cuál es el nivel de deuda que tienen los establecimientos públicos y en, particular, los municipios con Cenabast. Sería importante acceder y agregar esa información, porque si hoy están partiendo iniciativas de farmacias populares como en Viña del Mar y Recoleta, probablemente, lo harán otros municipios.

Es una política pública que puede ser interesante de analizar, pero creo que al final el tiempo terminará de hacer su trabajo, porque hay municipios que están fuertemente endeudados con la Cenabast.

¿Qué opinión le merece la posibilidad de intermediar sobre las cosas que han sido planteadas por gente del mundo privado de las farmacias, como que Cenabast pueda cumplir un rol distinto en la compra de medicamentos para la gran masa de la población chilena que accede a los medicamentos, ya sea en las farmacias de cadenas o en las farmacias independientes?

Por último, saber si existe alguna fiscalización pendiente o en curso respecto de lo que ocurre con los turnos de las farmacias. De hecho, me ha tocado vivirlo, es un reclamo permanente en aquellas comunas que, incluso, cuentan con más de una farmacia, que no hay información muy eficiente sobre las farmacias que por ley deben estar de turno. Además, me gustaría entenderlo como representante de la ciudadanía y para dar a conocer posteriormente esta información.

Muchas gracias.

El señor **NÚÑEZ**, don Marco Antonio (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, saludo a la señor ministra y a todos quienes la acompañan.

El mandato que nos dio la Sala es bastante claro. Me centraré en esto, dado que en la exposición se dejaron fuera una serie de antecedentes que, en mi opinión, considero relevantes para la investigación.

La ley N° 20.724 consagra en su articulado disposiciones respecto de los laboratorios farmacéuticos, los que aquí no fueron mencionados, en circunstancias de que creo que si bien en el proceso de comercialización las farmacias son importantes, como ente distribuidor, así como la Cenabast, como gran comprador por parte del Estado, quien abastece tanto a las farmacias, pertenecientes a cadenas o independientes, como a la Cenabast son los laboratorios que operan en Chile, sean estos extranjeros o nacionales bajo licencia.

Al respecto, los laboratorios debieran publicar para conocimiento de la comunidad, no solo de los incumbentes, de los que compran medicamentos, las listas de precios de lo que producen o fabrican y las tablas de descuento por volumen. Como eso no se encuentra establecido en la ley respectiva, quiero consultar a la ministra de Salud si ese aspecto está recogido en el reglamento. Sería muy clarificador saber

cuáles son los mecanismos de comercialización que se están usando en Chile, porque la gran duda que existe hoy, a raíz de la creación de la farmacia comunal o popular -como quieran llamarla- es la diferencia de precios.

Se habla de medicamentos de marca, que tienen un valor determinado, y de productos genéricos, que tienen otro precio, de manera que la pregunta que como representante popular uno debe hacer a la autoridad competente, en este caso del ISP, independiente de si los médicos recetan productos de marca o genéricos, es si hay diferencias de calidad, dependiendo del tipo de enfermedad, en el arsenal de medicamentos que se está utilizando, porque si es así, hay que ser transparentes y decir las cosas como son, ya que esto no solo es una cuestión de precios, sino del acceso a un bien esencial. Por eso, más allá de la accesibilidad y de la transparencia de la información, entre otras cosas, está el tema de la calidad, porque no se puede sacrificar tratamientos o poner en riesgo la salud de las personas por un asunto de precios.

Asimismo, quiero que nos señalen cómo opera el mercado de medicamentos en Chile, en particular el proceso de compra de la Cenabast, mediante las dos famosas licitaciones anuales que se realizan, en cuanto a si los medicamentos que la Cenabast entrega al sector público, sea a nivel municipal o de los servicios de salud, entiéndase hospitales u otros tipos de recintos, como CRS o CDT, son todos genéricos o también se entregan fármacos de marca.

Además, quiero conocer los precios a los que se ha comprado en las últimas dos licitaciones tanto los productos genéricos como los de marca, porque si compran productos de marca, por ejemplo, a un valor de 100 y en la farmacia ese mismo producto cuesta seis o siete veces más, creo que las autoridades económicas, el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia o la Fiscalía Nacional Económica, deberían haber intervenido hace rato. No encuentro explicación que ante esas diferencias todo el mundo esté tan tranquilo.

Asimismo, saber cómo funciona, y perdónenme la expresión que voy a usar, el negocio de la intermediación de medicamentos entre el Estado, a través de sus licitaciones, y los laboratorios, sean estos nacionales o pertenecientes a países del Mercosur, porque entiendo que los laboratorios hacen un tratamiento distinto a países como Chile, Surinam y Paraguay, entre otros.

El objetivo de esta Comisión es aclarar no solo el rol de las farmacias, y todos tenemos más o menos claro cómo funciona el sistema, pero no comprendo por qué existen dos listas de precios y dos listas de descuento por volumen. Por eso, quiero saber cuál es el rol del Estado en el proceso de negociación de medicamentos y cuál es el papel de los laboratorios, sean nacionales, extranjeros o que operan bajo licencia.

Por último, saber si la Cenabast, para satisfacer los distintos sistemas de salud pública del país, compra solo medicamentos genéricos o si adquiere para sus arsenales -como

se les denomina- una mezcla entre remedios genéricos y de marca.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Marcelo Chávez.

El señor **CHÁVEZ**.- Señor Presidente, en la línea de lo señalado por el diputado Leopoldo Pérez, quiero plantear una consulta, aunque no sé si la podrán responder ahora, porque en relación con el precio de los medicamentos, la gran duda que surge cuando uno empieza a involucrarse en la discusión es precisamente saber cuál es la opinión de ustedes, como autoridades del sector, en cuanto a si el negocio de las diferencias de precios beneficia más a las farmacias o a los laboratorios.

Es una pregunta que, de alguna manera, esta Comisión debiera tratar de desentrañar, respecto de dónde está quedando el negocio, a la luz de los números que se han mostrado, cuyas diferencias son siderales, puesto que las cadenas de farmacias han señalado que en ese sector no está quedando esa diferencia tan grande. No sé si las autoridades del sector tienen una visión al respecto, pero es importante desentrañar ese aspecto, porque me parece fundamental a la hora de establecer cuáles son los pasos a seguir en esta materia.

En relación con la política de bioequivalencia, tal como lo señaló la ministra de Salud, y sobre la base de la literatura que existe sobre la materia, se ha planteado que por lo menos no ha habido una afectación positiva en relación con los precios. Eso se debe a que probablemente ha habido poco interés de parte de los laboratorios para realizar los procedimientos y trámites requeridos para adaptarse al mecanismo de la bioequivalencia, entre otras cosas, por las patentes involucradas, lo que eventualmente hace poco atractivo a muchos laboratorios nacionales operar sobre la lógica de la bioequivalencia.

Deseo saber si el Ministerio de Salud tiene alguna visión en ese sentido, más allá del diagnóstico que de alguna manera la ministra ha esbozado en cuanto a si es necesario generar mecanismos que corrijan lo que está pasando, puesto que no estamos viendo una afectación positiva de los precios de los medicamentos.

En relación con las medidas de futuro, pensando solo en precio de medicamentos, ¿se ha analizado o evaluado la fijación de precios a través de bandas de precios, en las cuales se pueda mover un medicamento u otro? Quiero saber si eso forma parte de una política que el Ministerio de Salud esté analizando, como una manera de establecer precios, mecanismo que existe en otros países, incluso en naciones de carácter capitalista.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Christian Urizar.

El señor **URÍZAR**.- Señor Presidente, seré muy puntual porque sé que este será un tema que nos va a dar para una sesión completa, pero respecto de las farmacias populares o comunales, la ministra planteó que hay dos que ya están en funcionamiento, en las comunas de Recoleta y San Ramón, y que hay cuatro o seis que están en el proceso de entrega de antecedentes. Si se toma en cuenta de que cada una de ellas debe cumplir con las mismas regulaciones que cualquier otra farmacia, mi apreciación es que el Ministerio de Salud debe ser muy cauto en la información que va a dar, porque estamos en un año complicado, en un año electoral, y la implementación de las farmacias populares ha significado que, tal vez en el 60 o 70 de los municipios de Chile, se diga - pensando en la reelección de los alcaldes- que habrá farmacias municipales o populares, en circunstancia de que algunos de ellos no han iniciado gestión alguna en ese sentido.

Entonces, lo que va a pasar es que habrá una explosión ciudadana para solicitar a sus alcaldes y alcaldesas que tengan esas farmacias populares, así como dimes y diretes entre el Ministerio de Salud y los municipios, en cuanto a quién tiene la pelota para sacar adelante esos proyectos.

Por lo tanto, mi humilde apreciación es que -sé que es una materia que dará para una sesión completa-, sobre el tema de las farmacias municipales, hay que ser muy claro en lo que se le diga a la comunidad.

¿Se están realizando o no los trámites? Si no se están haciendo se va a generar una situación complicada y, en medio de un período electoral, no me gustaría ver a algunos municipios declarando que el ministerio es el culpable de que en su comuna no esté instalada esta farmacia. Si esto ocurre, nadie va a asumir la responsabilidad y, probablemente, algunos candidatos o candidatas van a culpar al empedrado por no haber hecho las gestiones a tiempo. Cuando la campaña para las próximas elecciones municipales se encuentre en su fulgor máximo durante los meses de julio y agosto, algunos dirán que no lograron llevar adelante este proyecto porque la autoridad, en este caso el ministerio de Salud, no puso a disposición todos los elementos que correspondía administrar.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, en la presentación de la ministra se puede apreciar como el ministerio, a través de la aplicación de diferentes normas legales, ha tratado de regular el mercado de los medicamentos.

En alguna época pasada, el Estado de Chile asumió la responsabilidad de desarrollar la política de medicamentos, a través de la provisión de tener un laboratorio propio -una empresa estatal-, la cual poco a poco fue externalizada y privatizada, generando con ello una situación que hoy nos tiene así.

Está claro el legítimo interés que tenemos todos por tratar de regular este mercado, para que el gasto en medicamentos no se haga a expensas de los bolsillos de las familias chilenas.

Desde ese punto de vista quiero preguntar si, cómo política ministerial, ustedes estiman que se debe volver a establecer la responsabilidad estatal de que haya una cierta provisión de medicamentos, especialmente respecto de aquellos temas más sensibles para la salud de todos los chilenos.

Esto existió cuando el Estado tenía el Laboratorio Chile, el Formulario Nacional, pero desde ahí se ha derivado a la situación actual.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Dado el cúmulo de preguntas de gran envergadura, quiero proponer que el subsecretario, el director de Cenabast y el director del ISP concurran a la próxima sesión de la Comisión con las respuestas contundentes a las preguntas realizadas por los diputados y diputadas.

Además, entiendo que hay varios aspectos que no han quedado definidos como, por ejemplo, el tema de las farmacias comunales. Por ello, quiero saber si hay acuerdo para que prosigamos con las respuestas del Ejecutivo sobre estas materias y posteriormente ver el tema de los oficios y los invitados.

Sobre el punto, tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, estoy de acuerdo en que se contesten las preguntas de los parlamentarios; no obstante, creo que hay muchos puntos aún por resolver, como comenté con el diputado señor Marco Antonio Núñez.

Todo lo relacionado con las farmacias comunales es un tema en sí mismo, también los TPP, la fiscalización del sistema público de salud, de los consultorios a través de la Superintendencia de Salud, de los hospitales a través de la intermediación de Cenabast, o de las farmacias a través de los seremis u otras autoridades; la bioequivalencia y el cambio de reglamentos en materia de fármacos experimentales, sin lo cual se está dejando a muchos pacientes sin acceder a los medicamentos.

Por lo tanto, sería interesante constituir un comité para ver cada uno de los temas y avanzar en su discusión, porque es mucho más claro, por ejemplo, si en una sesión se aborda el tema de las farmacias comunales y se aclaran todas las dudas sobre su funcionamiento. Lo mismo se aplica a la fiscalización o en el TPP, que sería más eficiente que estar preguntando de todo un poco.

Señor Presidente, quizá, sería bueno, a partir de su experiencia y buenos oficios, armar sesiones específicas que permitan a esta Comisión resolver cada tema y hacer propuestas para el informe final, que imagino no solo va a

ser fiscalizador sino también proactivo en áreas donde todavía hay una enorme discusión, como es en las vacunas.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Estoy totalmente dispuesto a acoger su propuesta, señora diputada.
Tiene la palabra el diputado señor Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, pienso que la Comisión debería acordar, en forma previa a estas sesiones especiales para tratar materias puntuales que pueden distraerla de su tema central, la lista de invitados de la vereda de enfrente.

Si bien ya recibimos al sector público con una batería de preguntas que serán contestadas la próxima semana, también es necesario escuchar, por ejemplo, a los representantes de la Cámara de la Industria Farmacéutica de Chile, a los laboratorios y al fiscal que representa a las cadenas de farmacias. Me interesa interrogarlos y conocer cuál es su versión al respecto.

Asimismo, contar con la presencia del ministro de Economía, quien, en definitiva, tiene que ver el tema de los laboratorios, la producción, la industria en general y las farmacias independientes. Todo esto es para comprender cómo funciona el mercado.

Pienso que en forma previa a lo propuesto por la diputada señora Rubilar, me interesa tener la opinión de la vereda de enfrente.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sugiero que generemos un pequeño comité de trabajo con la participación de la diputada independiente, un diputado de la Alianza por Chile, otro de la Nueva Mayoría y quien habla, para elaborar una propuesta metodológica que permita desde el próximo lunes avanzar y darle continuidad al trabajo durante el mes de enero y al menos hasta marzo, y acordar en esta primera etapa las invitaciones sobre la base de un orden establecido que permita clarificar los puntos que aún están pendientes.

¿Habría acuerdo para ello?

Acordado.

¿Alguna otra cosa pendiente?

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe de Taquígrafos de Comisiones

Habiéndose cumplido con el objeto de la presente sesión, se levanta a las 17:27 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZALEZ
Presidente de la Comisión

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Secretario de la Comisión