

SESIÓN 5ª 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 7 DE MARZO DE 2016. SE ABRE A LAS 15:40 HORAS.

SUMARIO

- Exposición del Gerente General de IMS-Health Chile, señor Rodrigo Castillo.

Asisten los diputados señores Castro, don Juan Luis; Chávez, don Marcelo; Gahona, don Sergio; Pérez, don Leopoldo; Rathgeb, don Jorge; y las diputadas 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.

No hay Cuenta.

Concurren, en calidad de invitados, el Gerente General de IMS-Health Chile, señor Rodrigo Castillo; el Director del Instituto de Salud Pública, señor Alex Figueroa; la Jefa de la División Jurídica del Ministerio de Salud, señora Andrea Martones; los Asesores del Ministerio de Salud, señores (as) María Carolina Mora y Guillermo Olivares; el Jefe de Estudios de Cenabast, señor Arturo Avendaño, y los Asesores del ISP, señores (as) Humberto Burotto, Biby Ferrada, Nicole Morandé y Sergio Muñoz.

Debidamente autorizados por la Comisión asisten también los señores (as) Ximena Gutiérrez, Judith Herrera, Daniel Portilla, Juan Soza y Francisco Ulloa.

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

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El señor Secretario se referirá a la Cuenta y, luego, se suspenderá la sesión a la espera de que se integre el Presidente de la Comisión, diputado señor Juan Luis Castro, quien avisó que llegará en algunos minutos.

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **ROSSELOT** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- Se suspende la sesión.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **CASTRO** (Presidente).- Continúa la sesión.

En la presente sesión está considerado, a consecuencia de muchas dificultades que surgieron en estudios de opinión pública en febrero pasado, el tema de las variaciones de precios en líneas de genéricos y bioequivalentes en que fueron aludidos distintos laboratorios nacionales, debido a un estudio que el Sernac hizo sobre la materia.

Entiendo que los representantes de dicho servicio tenían una complicación, por lo tanto, espero que nos acompañen en la próxima sesión en el Senado. Sin embargo, hemos pedido a los representantes de IMS-Health, empresa que realiza estudios de mercado en materia de medicamentos en el país, que dilucidan esta etapa -no sé si veremos al término de la sesión o en estos días la programación del resto de las sesiones que vienen por delante, pues hay que hacer una readecuación-. Nos interesa saber cuál es la verdadera situación de precios de mercado de los medicamentos en Chile, porque hay mucha interpretación en esta materia. También hemos solicitado al director del ISP, don Alex Figueroa, que precise las medidas que ha adoptado, sobre todo en estas últimas semanas que lo hemos visto activo en materia de precios y fiscalización de farmacias, y cuál es el estado de la situación.

Señor Castillo, sea usted bienvenido a esta Comisión.

Entiendo que vuestra empresa es la institución que realiza los estudios de mercado en materia de medicamentos.

El señor **CASTILLO**.- Correcto.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Por lo tanto, es una voz autorizada en el país ante dudas tan razonables y prácticas, como tiene la ciudadanía, respecto de los verdaderos valores de los productos que ustedes han indagado no ahora, sino desde hace mucho tiempo.

En ese sentido, nos interesa saber cuál es la comparativa internacional. ¿Cuáles son los copagos? ¿Cuáles son las coberturas que hacen los distintos seguros de salud? ¿Cuál es la fotografía más precisa de la realidad del sistema, de acuerdo con la lógica de investigación de mercado que ustedes realizan? Lo pregunto porque han venido actores del mercado que, bajo los mismos números de ustedes, tienen interpretaciones que van de la "A" a la "Z". Incluso, hay gente que dice que en Chile los medicamentos son carísimos y otros que señalan que son los copagos más baratos del mundo. Hay de todo. Lo que importa es que la Comisión, que está avanzando en un estudio profundo sobre la realidad de los medicamentos, pueda conocer, de primera fuente, la investigación que se ha hecho a lo largo del tiempo respecto de la materia a que se ha abocado.

Tiene la palabra el señor Castillo.

El señor **CASTILLO**.- Señor Presidente, la invitación para concurrir a la Comisión me llegó hace algunos días, por lo que he preparado una presentación. No sé si esté en condicio-

nes de dar respuesta a todas las consultas; sin embargo, estoy dispuesto a volver a concurrir en caso de ser necesario.

Me voy a permitir darles una "lata" en términos de revisar los procesos o algoritmos que utilizamos para trabajar los datos del mercado, porque es la única manera de entender por qué se producen esas diferencias.

Cuando una persona de una entidad "x" nos muestra una cifra y nos cita como fuente, y posteriormente otra de una entidad "y" muestra cifras distintas, y también nos señala como fuente, esas presentaciones están descontextualizadas en términos de no indicar qué se está comparando efectivamente, lo que obviamente puede llevar a distintas interpretaciones y señales equívocas respecto de cuáles son los precios verdaderos en el mercado farmacéutico chileno.

En ese entendido, la idea es recorrer muy brevemente y de manera lo más clara posible el proceso que hacemos para recoger los datos del *retail*, de las cadenas de farmacéuticas y de las farmacias, para traducirlos en las auditorías de venta que después son citadas como fuente.

¿Qué es IMS-Health? Es una compañía auditora y consultora que tiene puesto el foco exclusivamente en la industria farmacéutica. Tiene presencia a nivel mundial, pues está presente en más de cien países, por ende posee muchas bases comparativas de precios. En Chile tiene presencia desde hace casi 40 años.

¿Qué cubrimos en el país en lo que respecta a las auditorías de venta? Básicamente, el sector *retail*, es decir, todo lo que sale a través de puntos de venta de farmacias independientes y de cadenas de farmacias. No tenemos visibilidad alguna del sector *non retail*. Elaboramos estudios específicos ad-hoc, pero no un *tracking* o seguimiento mensual de las ventas del sector *non retail*.

¿Con quiénes trabajamos dentro del sector *retail*? Tenemos convenios de cooperación con las principales cadenas de farmacias, entre las cuales están Cruz Verde, Salco, Fasa y una cadena pequeña de propiedad de Laboratorio Recalcine, llamada Nova Salud.

¿De quiénes obtenemos qué cosa? Todas las semanas y todos los meses obtenemos todas las transacciones que salen desde el punto de venta al consumidor final, valorizadas al precio de público, es decir, al gasto de bolsillo o a lo que pagó el consumidor en el punto de venta, deducidos todos los descuentos a los que tenga acceso sea porque es afiliado a una Isapre o lo que sea.

Ahora bien, respecto de las transacciones Ges, hay que hacer una salvedad importante. Como en estas hay un copago que hace el paciente y una porción del precio es aportado por la Isapre, esas transacciones son informadas por las cadenas a precio lleno, o sea, a precio de lista sin descuento. Ello, porque las cadenas entienden que es un precio accesible, una negociación tripartita en la que participa la Isapre, la cadena farmacéutica y el fabricante. Por lo tanto, respecto de ese precio especial, no tenemos visibilidad, es decir,

tenemos visibilidad respecto de todos los descuentos otorgados al paciente menos de ese. Eso es para sentar la base en cuanto a lo que tenemos y no tenemos.

En el caso de los distribuidores, tenemos convenios de colaboración con Socofar, de las droguerías Ñuñoa y Toledo y de Farma 7, de las cuales obtenemos las ventas que esos mismos distribuidores hacen a las farmacias independientes. Eso sale a precio de venta del distribuidor a la farmacia, también los tenemos en valores y unidades, o sea, *pack* por *pack* o medicamento por medicamento. De eso obtenemos lo que ellos venden a las farmacias independientes. Ahora bien, en el entendido de que aquellas mantienen generalmente poco nivel de inventario, con la sumatoria de ambas, tenemos prácticamente el censo del mercado farmacéutico chileno en lo que respecta al sector *retail*.

Un actor importante que no está considerado es la cadena del "Dr. Simi", que no quiere participar en nuestra auditoría por decisiones propias de confidencialidad y, por ende, no está cubierto. En ese contexto, podríamos decir que nuestra cobertura actual es, más o menos, de 96 al 97 por ciento del mercado farmacéutico *retail*, tanto en unidades como en valores. En términos de participación de mercado, debe representar un 4 por ciento en unidades, o sea, en torno al 2 por ciento en valores.

En el gráfico pueden ver al lado izquierdo, los distribuidores; al lado derecho, las cadenas de farmacias.

Pueden ver también la participación de cada una de ella en volúmenes, en unidades transadas. Ahí tenemos la evidencia de que las cadenas representan casi el 76 por ciento de la venta y los distribuidores un 24,5.

El IE significa Índice de Evolución. Cuando es mayor a 100, significa que estoy como segmento creciendo más que la media de mercado. Eso indica que las farmacias independientes están creciendo un poco más que la media de mercado. Y las cadenas de farmacias, un poco menos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Y el número de puntos de venta de las cadenas comparada con las farmacias?

El señor **CASTILLO**.- Mil quinientos y mil quinientos. Y casi un 90 en valores.

¿Por qué se produce la diferencia? Básicamente, las en unidades, por afluencia de público. Las farmacias independientes están más localizadas en sectores periféricos, en zonas rurales, en pueblos chicos, etcétera. Evidentemente, las cadenas tienen las mejores posiciones o las mejores locaciones en Santiago y en las principales ciudades del país. En valores, se da por una diferencia de portafolios. Es decir, los productos de más alto precio de compañías multinacionales, etcétera, en general se canalizan a través de las cadenas de farmacias y no así a través de los distribuidores o farmacias independientes por un tema de acceso económico.

En términos de valores, las cadenas dan cuenta prácticamente del 90 por ciento del mercado y las farmacias indepen-

dientes de un 10,6. El Índice de Evolución es más positivo para los independientes en comparación con la cadena.

Un punto importante: les pido, por favor, que se pongan en nuestros zapatos. Nuestra clientela son las compañías farmacéuticas. Ellas son las que nos compran esta auditoría, y lo hacen ¿para qué? Para hacer sus análisis de portafolios, para medir su nivel de gestión, cómo les está yendo; si crecen o no crecen; qué productos están saliendo al mercado, etcétera. Entonces, nuestra auditoría refleja o intenta reflejar en valores el precio en que el fabricante le vende a la cadena. Y nosotros, de la cadena, recibimos el precio al público. ¿Qué hacemos con el precio al público? Uno, le quitamos el IVA -19 por ciento-, y dos, le quitamos un margen, que es un *Mark up* o un margen sobre el costo, que es presunto, que es estimado. Y ese *Mark up* es un 20 por ciento para los productos éticos -y por ético entendemos todos aquellos medicamentos que se venden bajo receta-; un 36 por ciento para los productos populares OTC. Los productos populares son aquellos que son medicamentos de venta directa a los cuales se les puede hacer publicidad en medios masivos de promoción, televisión, radio, etcétera. Y a los productos genéricos, les quitamos un 48. Y el genérico puede ser ético, OTC, y le restamos igual un 48.

Un producto de venta bajo receta médica. El OTC es el de venta directa, que permite comerciales, televisión, radio, etcétera.

Y en el caso de los distribuidores, está la valorización de las cadenas. En el caso de los distribuidores, ¿qué hacemos? Tenemos el precio al cual el distribuidor le vende a las farmacias. A ese precio, le restamos un 8 por ciento, si el producto es ético. El mismo criterio, venta bajo receta; un 12 por ciento si es OTC o popular; si permite publicidad masiva, y un 15 por ciento, si es un genérico puro. Y, por genérico puro, entendemos aquel que se vende bajo el nombre de la molécula o de la droga.

¿Por qué queremos hacer esta distinción? Porque vino alguien que hizo un análisis comparativo de precios en Chile versus los precios en otros países de la región, dentro de América Latina, incluso de algunos países europeos. Ese estudio lo hicimos nosotros. Y la comparación que allí se hace es válida. El tema es que no está puesto el contexto. Y el contexto es que, para ese estudio puntual de precios, uno, se hizo a precio público, no a precio *factoring* o precio de salida de laboratorio. En segundo lugar, se escogió un cierto número de moléculas de manera tal de hacer una comparación válida en cuanto el tipo de productos, que fueran exactamente los mismos. Entonces, escogieron 80 moléculas que estuvieran en Chile; que estuvieran en otros países de América Latina, y que estuvieran en Europa y en Estados Unidos.

Entonces, estamos haciendo un micro universo del universo general. Por ende, los precios promedio no son comparables bajo ninguna perspectiva. Porque la otra versión que tengo, es que se mostraron promedios generales de mercado a precios de salida de laboratorio.

La presentación del Ministerio de Salud está basada en los precios de salida de laboratorios.

Entonces, uno mira uno y al otro, y no guardan ninguna proporción de ningún tipo. Son totalmente distintos, porque son bases distintas. Eso no significa que cada uno de por sí sea válido desde el punto de vista comparativo. No sé si me hago entender. Pero entre sí no son comparables. Estamos comparando peras con manzanas. Eso lo quería dejar meridianamente claro, en términos de la metodología que usamos y, por ende, de cómo se tienen que leer las cifras.

En lo sucesivo, le sugiero que pidan el protexto, porque el estudio en sí lo validamos y lo avalamos en términos de que es válido y está bien hecho. Pero cuando son distintos estudios, pueden no coincidir. Y eso depende del contexto en el cual fue preparado y construido.

No sé si está clara la apreciación.

No vengo a defender a nadie, sino a mostrar una atadura. Evidentemente, en algunas instancias daré mi opinión sobre la base de esas ataduras, sin tratar de emitir juicios de valor tampoco. Estoy constatando hechos. Esa es mi intención.

El señor **CASTRO** (Presidente).- (Inaudible)

El señor **CASTILLO**.- El 99 por ciento, nacionales e internacionales y es la misma información.

Si nos vamos a las ventas por tipo de mercado, volvemos a separar lo que es el mercado ético del mercado OTC, entendiéndolo por mercado ético el de receta médica. El del OTC, el que permite el uso de medios masivos de publicidad.

Tenemos que el mercado ético son 65 por ciento de la venta del *retail*. El mercado OTC es del 35. Eso en unidades. Y en valores, el mercado ético son 77 y el mercado OTC es un 23.

En el gráfico, abajo se muestran las tasas de crecimiento, que indican que, en unidades, el mercado ético está creciendo levemente por encima del mercado OTC. Y, por ende, el Índice de Evolución es positivo; en cambio, el Índice de Evolución del mercado OTC está en rojo, es negativo.

Y se da, más o menos, la misma situación o la misma figura en el mundo de los valores.

Aquí los valores están contrastados en términos nominales. No están ajustados por inflación.

Si el mercado creció un 13,4 por ciento en el mundo ético 2015 respecto del 2014, y un 10,1 por ciento en el mundo OTC 2015 versus 2014.

Otra consideración importante es distinguir los productos. Acá separamos el mercado entre los que son productos genéricos, que es aquel que se vende bajo el nombre de la molécula o de la droga, y el producto similar o genérico de marca, que es un genérico con nombre de fantasía. Y la marca que es el innovador. Vale decir, el de la compañía multinacional que fue la que investigó y lanzó el producto por primera vez al mercado. Y también hacemos la distinción de la marca propia. Esas son las marcas que manejan las cadenas

farmacéuticas de manera privada. Las de Cruz Verde, se comercializan solo en Cruz Verde; las de Salco, (solo en Salco) y las de Fasa, solo en Fasa. Estamos hablando de las marcas propias.

El primer dato relevante a señalar, es que la penetración de los productos genéricos en unidades, en volúmenes, es bastante alta y está creciendo. Al año 2014, a diciembre -MAT significa año móvil-, era de un 33,2 por ciento, y el año 2015, llegó a un 34.

El similar o genérico de marca, tenía un 35,8. Ahora tiene un 35,6. Está bien parejo.

La marca o el innovador está parejo también: 19,5, 19,8. Y aquel que está decreciendo en unidades, es la marca propia, que pasó de un 11,6 a un 10,6.

¿Por qué está decreciendo la marca propia? Creo que es una consecuencia de la ley de fármacos y de la ausencia de incentivos. Es decir, para la cadena es difícil mover marcas propias si no puede incentivar a su personal para que se lo recomiende o sugiera al consumidor final.

Si nos vamos al mundo ético, vemos que la penetración del genérico puro es incluso más alta, llegando casi al 45 por ciento.

La penetración del genérico de marca también es alta, de 36 por ciento, y estable, aunque levemente decreciente. En el caso de la marca o del innovador, el porcentaje es de 14,4 y 14,5; en cambio, la marca propia en el mundo ético casi no tiene presencia, con solo 4 por ciento.

A la derecha de la presentación aparece el mundo ético. Las barras indican el nivel de penetración que tienen los genéricos puros, de marca o similares, y las marcas. En el caso de los genéricos puros, esta subió de 44,5 por ciento a 46,4 por ciento; en los similares decreció de 36,6 a 36,2; en el caso de las marcas de 14,4 a 14,5, muy parejas; y en las marcas propias, cayó de 4,2 a 3,9. Cabe destacar que la marca propia en el mundo ético casi no existe, tiene muy poca penetración.

El lado izquierdo representa el mundo OTC. En este caso, el similar o genérico de marca permanece constante entre 34,2 y 34,4; la marca también está constante entre 29,8 y 29,9; la marca propia cayó de manera importante de 25,5 a 23,3; y el genérico también creció de 11,9 a 12,4.

Esta es la realidad en volúmenes físicos, en unidades transadas. Si observamos, está centrado en unidades y tendremos una mirada de las unidades a largo plazo, desde 2004 a 2015, todos años cerrados. En la línea inferior está la evolución de la marca propia, es decir, aquella que comercializa la cadena. Vemos que esta creció hasta 2012; sin embargo, en 2013 se estancó, y en 2014 y en 2015 comenzó a caer. Entendemos que desciende como consecuencia de la ley de Fármacos que regula los incentivos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Que lo anterior quede en cuaderno separado.

El señor **CASTILLO**.- La línea azul corresponde a la evolución de las marcas.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, por su intermedio, a nuestro invitado. ¿El genérico incluye solo el principio activo o también las marcas?

El señor **CASTILLO**.- No, el verde corresponde a genéricos bajo el nombre del principio activo.

La línea azul indica la evolución de las marcas en unidades, que son bastante parejas. En 2005 se observa un *peak*, seguido de una leve baja en 2006, a consecuencia de la famosa guerra de precios que se concentró en las ofertas de productos crónicos provenientes de compañías multinacionales; sin embargo, se vieron bastante beneficiadas en términos de venta en esa época y por eso se ve ese *peak* en venta en unidades.

La línea roja corresponde a la evolución del genérico de marca o similar. Creció hasta 2011, en 2012 se estancó y de 2013 a la fecha empezó a declinar, aunque levemente. Eso guarda relación con la línea verde. Vemos que el genérico puro, o sea, aquel que se vende bajo el nombre de la molécula, venía cayendo drásticamente, muy rápido, incluso, se situó en niveles de 26 o de 27 por ciento en el mercado, pero volvió a crecer de manera impetuosa hasta 2015 debido a la ley de bioequivalencia. De alguna manera, gracias a la mayor exigencia por parte del paciente para que le vendan un genérico en un punto de ventas, comenzó a recuperar rápidamente posiciones en el mercado, logrando estar en su momento más bajo, en torno al 28 por ciento, hoy está en 35.

Respecto de los valores, las cifras son bastante más estables. Si bien la penetración del genérico en unidades era de 35 por ciento, en valores, es de 5,7. En el fondo, la penetración en valores es muy baja. La penetración del genérico de marca o similar subió de 46,5 a 47,3; la marca se mantuvo casi igual de 41,5 a 41,4, y la marca propia mostró el mismo comportamiento, cayendo de 6,3 a 5,6.

Al lado derecho, en el mundo ético, vemos que los similares o genéricos de marca subieron de 50,2 a 50,9; las marcas bajaron de 40,8 a 40,3; el genérico puro se mantuvo prácticamente constante, variando de 6,4 a 6,5; y la marca propia bajó de 2,6 a 2,3.

En el lado izquierdo, en el mundo popular u OTC, la marca subió de 44 a 45 por ciento; el similar, de 34,5 a 35,2; la marca propia cayó de 18,5 a 16,5; y el genérico puro subió de 2,9 a 3,07.

Una mirada de largo plazo. La tendencia es bastante estable para todos los productos considerados, salvo que la marca propia tiene una leve tendencia a decaer desde 2012 a la fecha. El genérico puro, representado por la línea verde, pese a recuperar unidades en el último tiempo, no recupera valores, sino que el precio promedio tiende a ser menor que antes. La marca se mantiene constante en el tiempo, al igual que el similar. Es como que aquellos que perdieron por el

lado de las unidades, recuperaron por el lado de los valores o de los precios.

En la lámina siguiente se aprecian los precios promedios por tipo de producto. La barra gris hace referencia al precio promedio mercado. La línea verde hace referencia al precio promedio del producto genérico puro. La línea amarilla hace referencia al precio promedio de la marca propia. La línea roja hace referencia al precio promedio del genérico de marca o similar. Y la línea azul hace referencia al promedio de las marcas o al productor innovador.

En la misma lámina, en el cuadro que se encuentra en la parte superior a mano izquierda, está el crecimiento de los precios por tipo de producto, a diciembre de 2015 en comparación a diciembre de 2014. Un punto importante a resaltar es que estos son precios nominales. Es decir, no están llevados a pesos de un mismo año, pero sí están en la lámina siguiente. No tenemos un índice de salud, pero sí ajustamos los valores al IPC. Aquí están todos los precios llevados a diciembre de 2015. Se ve una tendencia bastante más estable de todos los precios. El precio promedio del producto genérico es realmente muy bajo en Chile; la tendencia del precio de la marca propia es más bien decreciente durante los primeros años, y pareja a partir del 2006-2007; el similar tiene una tendencia de precio relativamente estable, salvo un salto en 2015 respecto de 2014, y se ve una marca con una tendencia creciente. Mi impresión es que desde 2004-2005 empezaron a lanzarse productos nuevos protegidos con patente o que tienen propiedad industrial. Es decir, productos que están solo en el mercado, productos innovadores que tienden a lanzarse a un alto precio y que van ganando con el tiempo participación de mercado, lo cual evidentemente influye al alza del precio promedio de los productos innovadores o de las marcas debido a la protección de patente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, en los precios promedios que están señalados para cada uno de los tipos de medicamentos, y de acuerdo con la nomenclatura que se usó, ¿tienen diferenciado por aquellos productos de mayor consumo? Porque el precio promedio, me imagino, es de todos los medicamentos.

El señor **CASTILLO**.- De todos los medicamentos.

El señor **GAHONA**.- Pero no todos tienen un volumen de venta igual. Desde esa perspectiva, las unidades de venta de los medicamentos de mayor consumo son los que más importan, son los que se expenden a personas con enfermedades crónicas, diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, etcétera. Por lo tanto, el peso de volumen de unidades de ese tipo de medicamentos es mucho mayor a todo el resto.

Me gustaría saber si hay una separación, porque si queremos determinar si efectivamente las farmacias, los laboratorios, en definitiva, todo este mercado, están aumentando fuertemente los precios de los medicamentos de mayor consumo versus el resto.

Entonces, ese promedio no sé qué tanto sirve para evaluar si hay un precio sostenidamente en aumento para los productos de mayor consumo.

El señor **CASTILLO**.- Ese análisis está, me puedo comprometer a mostrarlo.

Ahora, un análisis más exhaustivo se puede hacer. No obstante, si se sigue la regla 20-80, el 90 por ciento de la venta del mercado farmacéutico se debe explicar con el 30 por ciento de los productos y eso, de alguna manera, está representado acá, pero se puede hacer un análisis más fino. Pero el grueso de la venta está explicado por ese 30 por ciento, tanto en las unidades como en los valores. No debería variar. Se puede hacer un análisis más fino, es indiscutible, pero no debería variar.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Propongo que el señor Castillo continúe con su presentación, porque hay mucho interés.

El señor **CASTILLO**.- Precios en Chile. Hay un contexto que está dado, que es el modelo que nos dimos, y que es el mercado libre. Los precios y los márgenes son libres. En ese contexto se puede hablar de lo que existe.

¿Quién guía el precio? El producto innovador. Puedo dar un ejemplo. Como los precios son libres, si lanzo un antidepresivo, con una droga nueva, con ciertas características, ciertos beneficios, cierta dosificación -una toma diaria en lugar de tres-, como laboratorio voy a mirar quién está en el mercado y me voy a plantear un cierto precio objetivo para el consumidor, dado los precios existentes en el mercado. Si hay un producto que cuesta 10 mil pesos y es de tres tomas al día y el mío es de una, legítimamente puedo posicionarme a 15 mil pesos. Estoy inventando. Lo lanzo, y en función de una cierta estimación de lo que va a ser el *markup* de la cadena, le vendo a la cadena a equis precio que, sumado el 20 por ciento, por ser un producto ético, más el IVA, va a llegar a 15 mil pesos. Eso es lo que manda, eso es lo que guía el precio.

Una vez que la patente vence, aparece el similar o el genérico de marca. Ese producto sabe que no puede costar lo mismo que uno de Pfizer -que fue el innovador-, por lo que tiene que posicionarse por debajo, pero con un nombre de fantasía. Entonces, se va a posicionar entre el 20 y el 40 por ciento más barato. Esa es la lógica: no puede cobrar lo mismo, pero tampoco regalarlo.

Finalmente, aparece el genérico puro, el que se vende bajo el nombre de la molécula y que puede posicionarse entre el 70 o el 80 por ciento más barato, porque el costo de

fabricación duro, como porcentaje del precio de venta, no es tan alto, y puede posicionarse entre el 70 y el 80 por ciento más barato, sin ningún inconveniente.

Es importante mencionar que el gasto de bolsillo en Chile es alto, es uno de los más altos del mundo, más allá de las consideraciones que acabamos de ver de los precios. Además, hay poca cobertura. En el GES hay 80 patologías y en algunas funciona muy bien, como en la diabetes tipo 1, pero en otras, la penetración de GES es bastante baja.

Tenemos la apreciación de que los precios en Chile son muy altos, porque se paga mucho de bolsillo. Más adelante vamos a hacer análisis comparativo con otros países de la región, para tener una panorámica más clara.

Quería mostrar la construcción natural del precio en Chile en el contexto de un mercado libre: precios libres y márgenes libres, históricamente regulados por la competencia.

Otro tema que ha sido muy polémico son los precios de la Cenabast versus los del *retail* y las razones de las diferencias.

Cuando voy a la Cenabast -no defiendo a nadie, solo doy hechos-, me aseguro una demanda por un cierto período de tiempo y, en general, son volúmenes muy altos.

Como compañía: ¿cuáles son mis variables relevantes? ¿Tengo capacidad en fábrica? ¿Tengo alguna razón estratégica para tratar de entrar a la Cenabast? ¿Cuál es mi costo directo de fabricación? Puedo entrar con el 10 o el 15 por ciento de margen y no gasto un peso en generar demanda para mi producto, porque es una demanda garantizada. Es como el genérico puro que se lo vendo a una cadena; llego a un acuerdo comercial con una cadena y no invierto un céntimo en que alguien prescriba Paracetamol. Esa receta va a llegar, y en el sector público se va a consumir.

También hay otras variables que influyen. Empaque hospitalario, que hace que los costos de fabricación se reduzcan. Como dije, puede haber motivos estratégicos. Por ejemplo, si soy el dueño de la aspirina, producto nuevo, y quiero que el médico del sector público acostumbre la mano a recetar aspirina, puedo hacer el sacrificio de marginar menos con tal de que el médico haga el esfuerzo y recete aspirina y más aspirina. Todo eso, en el entendido que podría transferir esa costumbre hacia su consulta privada y beneficie la demanda.

Un aspecto importante. Como les señalé, si me gano la licitación, es una demanda garantizada por un volumen alto de unidades. Si voy al resto del mercado, debo entrar a pelear un pedazo de la torta. Me guste o no. La puedo pelear vía el uso de medios masivos de promoción, si es un producto OTC o popular; o la puedo pelear a través de ganarme la confianza del médico y su prescripción, si es un producto ético y de receta. Eso cuesta. Mantener un equipo de visitadores médicos, cuesta. Entregar muestras médicas, cuesta. Me parece una práctica legítima que se usa en todo el mundo.

Entonces, no se pueden comparar los precios Cenabast con los de *retail* -no defiendo los precios *retail* ni hago un juicio de valor-, porque no son comparables: en uno tengo que

entrar a batallar por la prescripción del médico, por la preferencia del consumidor y para eso debo usar televisión, radio o la visita médica, que son los mecanismos de promoción tradicionales. Es más, podemos hacer el símil con el genérico, que es muy barato, porque no hago ningún esfuerzo para ganarme algo. Es mi precio de venta versus mi costo, y si tengo capacidad en planta, si tengo capacidad de producción pasiva y puedo ocuparla mejor, bienvenido sea.

Otra cosa que vale la pena destacar es que la diferencia de precios entre licitaciones y el mundo privado o *retail*, se da en Chile y en todos los países de la región, por las razones antes expuestas.

Vamos a hacer comparaciones. Tomamos Venezuela; para los efectos prácticos, tampoco haré juicios de valor. El tipo de cambio es ficticio, entonces llevar los precios expresados en bolívares a dólares, dan cifras monstruosas, así que sugeriría dejarla fuera del análisis.

Tenemos a México, Argentina, Bolivia, Perú, Brasil, Ecuador, Uruguay, Chile, Colombia y Paraguay. Si damos una mirada general, el precio promedio en Chile es de los más bajos de la región. Ahora vamos a ver el porqué.

Vamos a los innovadores y los genéricos de marca, es decir, todo lo que se vende bajo nombre de fantasía. También Venezuela aparece disparada y el orden siguiente es: México, Argentina, Perú, Chile, Colombia, Brasil, Ecuador, Bolivia, Paraguay y Uruguay. Chile aparece en la medianía de la tabla, con 7,9 dólares por unidad o por *pack*. No somos los más caros, pero tampoco los más baratos. En esta comparación estamos usando el tipo de cambio oficial; si usáramos el valor del dólar paralelo seríamos de los más baratos.

También se consignan los medicamentos genéricos de marca. El único país de América Latina en que IMS Health hace la distinción entre medicamentos de marca y genéricos de marca es en Chile. En Argentina y en Brasil, todos los medicamentos con nombres de fantasía se consideran de marca, de modo que en esos países no se puede hacer tal distinción.

En la diapositiva N° 18, sobre el precio promedio de medicamentos genéricos en el mercado farmacéutico latinoamericano, figura como dato muy relevante la ubicación de Chile en el lugar más bajo de la tabla, con 0,9 dólares. Eso se refiere al caso de medicamentos genéricos, puros. Insisto en que esos son precios de salida de laboratorio, no de venta al público.

¿Por qué el precio promedio chileno está dentro de los más bajos? En primer lugar, porque el precio del medicamento genérico es bajísimo, es ridículamente bajo. Otro factor es que la penetración del medicamento genérico es altísima.

En la diapositiva N° 19 se muestra mediante barras el nivel de penetración de los medicamentos genéricos, es decir, de cada cien unidades, cuántas son genéricas puras, que se venden bajo el nombre de la molécula.

El lugar más alto lo ocupa Colombia, pero con un precio promedio de 2 dólares. Chile se ubica en el segundo lugar, también con muy alta penetración, pero con un precio promedio

de 0,9 dólares. Después viene Brasil, también con una penetración bastante alta, pero hago notar que el precio promedio en este caso es de 6,3 dólares. A Venezuela no la tomo en cuenta. Perú tiene un precio promedio de 1,8 dólares y también una penetración bastante alta, pero que es casi la mitad de la que tiene Chile. México tiene un precio promedio de 3,5 dólares; Ecuador, de 2,3 dólares; Uruguay, de 1,7 dólares; Bolivia, de 4,4 dólares; Argentina, de 4,9 dólares, con penetración bajísima; y Paraguay, de 3,9 dólares, también con penetración bajísima.

Chile figura en una posición intermedia, dentro de los países más baratos de la región, gracias a la alta penetración y al bajo precio de los medicamentos genéricos, y a que se combinan los medicamentos de marca con los genéricos de marca, vale decir, los que ocupan nombres de fantasía. No somos los más caros ni los más baratos, considerando los precios de salida de laboratorio y en iguales condiciones con los demás países.

Expondré a continuación algunas consideraciones finales. ¿Es Chile tan caro y poco competitivo? Creo que no, porque la penetración del medicamento genérico es alta y eso da accesibilidad a la gente. El gasto de bolsillo sí es alto, porque no hay cobertura. En Argentina existen obras sociales y en otros países hay distintos mecanismos de cobertura, como en Colombia; pero acá en Chile solo tenemos el sistema GES y con una penetración más bien baja. Como ya dije, la alta penetración del medicamento genérico, junto con su bajo precio, hacen que Chile sea en promedio uno de los países más baratos de la región.

¿Somos competitivos? Yo diría que sí, que en Chile hay bastante competencia. Si se hace un análisis por molécula, por principio activo, puede haber seis, siete, diez o quince alternativas disponibles para la población, en el caso de productos como Sertralina, Lansoprazol, Esomeprazol o Escitalopram. En general, en términos de número de alternativas, hay bastante accesibilidad para todas las moléculas.

Nuestra visión sobre la forma de dar mayor accesibilidad a esos medicamentos consiste en mejorar la cobertura, entendiendo que el gasto de bolsillo es alto; seguir con la tendencia creciente del genérico. Este tipo de medicamentos venía cayendo de manera bastante drástica, llegó hasta un piso de 28 por ciento y después empezó a recuperarse, gracias a la bioequivalencia. Entiendo que la bioequivalencia quedó en una especie de *on hold* por un tiempo; es un tema que se va a reestudiar, no sabemos qué se va a hacer con ella, pero creemos que es un paso que se debe dar, en términos de garantizar accesibilidad y calidad al consumidor final. Entendemos que debe hacerse en el contexto de un proceso ordenado, no con plazos tan perentorios, y que su ejecución sea razonable, para que sea abordable para la industria desde el punto de vista financiero.

Eso es lo que he preparado para exponer en esta comisión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, por su intermedio, si los precios promedios que figuran en el análisis comparativo de la presentación del señor Castillo se expresan en dólares, se podría decir que son comparables; pero ¿qué ocurre en términos de PPP, de poder de paridad de compra?

El señor **CASTILLO**.- Habría que prepararlo.

El señor **GAHONA**.- Porque es muy distinto hacer el análisis con poder de paridad de compra en Bolivia y Paraguay, que en Chile y Brasil.

El señor **CASTILLO**.- Es correcto, eso habría que prepararlo.

El señor **GAHONA**.- Entonces, la presentación se podría ajustar y las cifras podrían ser muy distintas a las que se mencionan ahí.

El señor **CASTILLO**.- Si me permite, anotaré las consultas que queden pendientes.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, dado que nuestro invitado ha llevado a cabo estos estudios, le pregunto, por su intermedio, acerca del caso chileno y las comparaciones de indicadores con los demás países. Lo que nos preocupa como país y lo que la ciudadanía nos demanda es el costo, o lo que usted denomina el costo de bolsillo para la ciudadanía, y particularmente lo que decía el diputado Gahona, en el sentido que estaría concentrada la demanda por determinados tipos de medicamentos por determinados grupos etarios.

Me refiero particularmente a los adultos mayores, a las personas de 60 años y más, quienes, por "el desgaste propio de la máquina", en su mayoría van a tener problemas de diabetes o de derivados de esta enfermedad, problemas de alto colesterol, por las dietas, por el tipo de cultura alimentaria que tenemos. En el caso de las mujeres, hago mención a problemas asociados a la artrosis y otras enfermedades degenerativas del aparato óseo. Las patologías se concentran mucho en un grupo etario y eso pasa a ser parte importante del problema. Actualmente, el 67 por ciento de los ingresos de nuestros adultos mayores va destinado a medicamentos, y eso se ha mantenido en el tiempo.

La pregunta concreta es por qué ocurre esa asimetría en los precios, si se trata de los mismos laboratorios, que venden los mismos productos -y soy insistente en esta

pregunta- a Cenabast, en una licitación pública que se realiza una o dos veces al año, a un determinado precio.

En el mercado regular, tanto en las cadenas como en las farmacias independientes, los precios son sustancialmente mayores, y no toda la gente tiene, como usted decía, cobertura GES u otros beneficios que el Estado otorga a gran parte de la población.

Ese grupo etario, si bien es el que tiene menos ingresos, desgraciadamente, por su condición, es el que más demanda un determinado grupo o número de medicamentos que debe tomar sí o sí, porque, si no lo hace, su calidad de vida se deteriora o el fin de sus días se acerca a pasos agigantados.

Por lo tanto, le pregunto a nuestro invitado, por su intermedio, señor Presidente, desde la perspectiva de la información que él maneja, a qué se debe esa asimetría que se estaría dando, no solo ahora, sino que desde hace bastante tiempo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, creo que la exposición del señor Castillo ha sido muy clarificadora y, gracias a ello, ahora tengo más preguntas que hacer al ISP, cuando le toque intervenir en esta comisión.

El señor Castillo nos dice que esos son precios de salida de laboratorio. En tal virtud, le pregunto, de acuerdo con su experiencia, cuánta diferencia puede haber con el precio de salida de la farmacia. Es decir, ¿puede darse esa diferencia tan abismal, que finalmente es lo que ha generado la polémica?

Vi que el señor Castillo hizo su estructura de porcentajes, de cuánto se le pone encima, pero, para que la gente lo entienda de manera más simple, ¿puede ser que se genere un porcentaje enorme, gigante, en la diferencia del precio de laboratorio versus el precio con que el medicamento sale finalmente a la farmacia?

También le pregunto sobre la denuncia de que no se están vendiendo medicamentos genéricos. Lo que el señor Castillo nos muestra es que dicha venta está aumentando. No se trata de un aumento sustancial, pero sí nos dice que aumenta la penetración de medicamentos genéricos en el mercado. Usted hizo ver la necesidad de promover la venta de medicamentos genéricos, pero lo que vimos anteriormente es que estos tienen una penetración importante y que, incluso, están aumentando su venta. Eso es lo que muestran sus números.

Por lo tanto, la denuncia respecto de que no se venden los medicamentos genéricos por parte de los laboratorios o de las farmacias, ¿son afirmaciones que tienen asidero de acuerdo a los números que usted ve? Me gustaría entender eso, porque son afirmaciones que se hacen todos los días.

Respecto de promover la venta de productos genéricos, ¿qué opina de la obligatoriedad de prescribirlos y de recomendarlos en la parte de abajo de la receta si el médico así

lo quiere? Siempre he entendido lo de la bioequivalencia como una forma de asegurar calidad. Eso fue algo que se perdió en la ley de fármacos. Quiero decir las cosas como son: no es que ahora quiera recetarse. Eso se perdió. Venía en la ley de fármacos; se votó en el Congreso Nacional y se perdió. Lo que se ganó fue que se recetara la marca y que en la parte de abajo de la prescripción se pusiera el nombre del medicamento genérico cuando existe bioequivalencia.

Entonces, ¿qué opina respecto de esa modificación y qué recomendación para mejorar el acceso de los medicamentos?

Finalmente, me gustaría que se refiriera al sistema de seguro en otros países, porque usted habla mucho del gasto de bolsillo en Chile. Obvio, tenemos un gasto de bolsillo altísimo en materia de medicamentos; por eso parece que son muy caros. ¿De qué cobertura y de qué pago de bolsillo hablamos cuando se refiere a otros países? ¿De cuánto? ¿Qué porcentaje tienen Chile y los otros países en promedio? Finalmente, ¿cuánto cubre el seguro público y privado en los medicamentos en general?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, quiero reforzar la inquietud de la diputada Karla Rubilar respecto de esa gran diferencia en la cobertura, porque, aparentemente, Chile tiene los precios más bajos, ¿pero qué tanto impacta eso en el precio final a pagar de los medicamentos en otros países?

Me va quedando bastante clara esa diferencia tan grande -aunque no me convence ciento por ciento- entre los precios de los medicamentos licitados de la Cenabast y del *retail*. Pero centrémonos en el *retail*, porque allí también se producen diferencias importantes en medicamentos de marcas; incluso, hay diferencias importantes de precios dentro de la misma cadena de un mes a otro.

También deduzco de su presentación que hay un costo de producción que debería ser meridianamente similar para todos -quisiera que me reafirmara si es así o no-, si efectivamente el costo de producción es similar para todos, el costo de comercialización, que son los ítems de publicidad, promoción y que los médicos receten finalmente los medicamentos, que deberían ser meridianamente los mismos. Por lo tanto, las grandes diferencias se establecen en función del margen. Sin embargo, si bien es cierto que muchas veces esos medicamentos tienen una variación alta en los precios de los de marca y de un mes a otro, normalmente, una vez que una farmacia tiene un precio, la otra la sigue y, finalmente, tienden al equilibrio.

Entonces, si las grandes diferencias de precios están fundamentalmente en el margen -entendiendo que los costos de comercialización y producción son meridianamente similares para todos- quisiera que lo aclare, porque, a estas alturas de la discusión y de la sesión, todavía no logro tener claridad de donde se produce la diferencia, comparando, exclusiva-

mente, los medicamentos que se venden en el *retail*, partiendo de la base que es por volumen, por los costos de empaque y todo lo demás. Pareciera que los de Cenabast deberían ser naturalmente más baratos, pero la diferencia es abismante.

Finalmente, ¿son los criterios para establecer márgenes los que efectivamente marcan esa gran diferencia en los precios?

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

El señor **CHÁVEZ**.- Señor Presidente, en la misma línea de lo que señaló el diputado Gahona, cuando uno mira el precio promedio -que es lo más impactante- y ve el *ranking* donde está ubicado el país, indudablemente, parece muy poco coherente con dos elementos: el gasto de bolsillo de la gente y el alto valor de los medicamentos. Por ejemplo, me llama la atención -es un hecho conocido- que la gente encarga medicamentos a Argentina; sin embargo, vemos que ese país, en la misma estadística, está con valores mucho más elevados que Chile. Por eso no deja de llamar la atención. Por lo tanto, no me resulta coherente que en el precio promedio los medicamentos en Chile sean más económicos que en Argentina. Algo me suena raro. No digo que su información lo sea, pero me llama la atención.

Por eso, si es posible, quisiera que ahondara en cómo se construye ese promedio. Es decir, ¿de qué medicamentos hablamos? ¿De los que son más requeridos o de todos? Sería interesante que profundizara en cómo se construye esa información promedio, porque llama la atención. Por eso pregunto en qué parte se termina invirtiendo el promedio que usted señala, lo que hace que la gente termine pagando el medicamento con un valor mucho más elevado. Uno tendría que suponer que es en la fase de la comercialización, en este caso en el *retail*; sería la única alternativa.

Me gustaría que nos dijera dónde se produce el mayor valor de los medicamentos, ya que uno asume que Chile, en promedio, tiene los medicamentos a bajos precios. A su juicio, ¿en qué parte se produce ese problema?

Por último, ¿usted tiene información disponible de las utilidades de la industria farmacéutica, de los laboratorios en Chile, que nos pueda hacer llegar?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Castillo, quiero que me diga cuál es la diferencia del precio final al consumidor en vuestros estudios comparando las cadenas versus farmacias independientes a igual producto.

En segundo lugar, quiero saber si usted tiene opinión del estudio del Sernac en relación con las diferencias en las líneas de producción de remedios genéricos, genéricos de marca o similares y de las variaciones extremas de precios que aparecen en ese estudio, tema en que ahondaremos después, cuando pueda venir el director del Sernac a explicarnos los detalles.

En tercer lugar, quiero que me hable sobre el antes y el después de la ley de fármacos. ¿Cuáles son, a su juicio, como empresa, las variaciones de precios desde 2014 a la fecha cuando se inaugura e instala la ley de fármacos?

Por último, no sé si usted estudió un tema distinto que dice relación -en esta gran banda ancha- con el producto ético, el cual es una mezcla de muchas cosas, porque hay una cantidad enorme de productos que la normativa señala que deben ser vendidos con receta, pero se venden directamente, y para otros sí se pide receta, como los corticoides y el Omeprazol. Entonces, respecto de la venta bajo receta médica, en cuanto a su respetabilidad o a sus condiciones de dispensación, ¿ustedes han evaluado cuánto de lo que aparece como producto ético termina siendo una venta directa a demanda del público exclusivamente? No sé si es una variable que han estudiado; por eso la dejo planteada.

Tiene la palabra el director del ISP, señor Alex Figueroa.

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, quiero agradecer la oportunidad y la posibilidad de conocer lo que presenta don Rodrigo Castillo en representación de IMS-HEALTH Chile. Al mismo tiempo, quiero señalar que estoy plenamente de acuerdo con las intervenciones de los diputados señores Leonardo Soto, Sergio Gahona, Marcelo Chávez y de la diputada señora Karla Rubilar.

Ciertamente, nos surge la misma pregunta, porque sabemos que esa entidad -muy respetable en el mundo y que ha significado un gran apoyo para la industria farmacéutica a nivel mundial- trabaja bajo ciertos principios que se comparten y bajo metodologías que están estandarizadas a nivel internacional.

Por lo tanto, los datos que nos muestran -la evidencia está en esta presentación- son datos promedio y, al mismo tiempo, agregados. En consecuencia, constituyen un gran insumo de información para grandes laboratorios que manejan grandes volúmenes, pero que compiten por cada uno de los segmentos y de los mercados que conforman los principios activos.

Sin embargo, si bien puede ser una gran información macro, desde el punto de vista de la cantidad de unidades que se comercializan en un país, así como los volúmenes de dinero transados, en forma promedio o segmentado por clases, también hay que decir que el ISP ha emanado algunos estudios que demuestran cosas que ya están asentadas en el mundo; por ejemplo, que cada principio activo constituye un mercado diferente, con comportamientos distintos unos de otros. Incluso más, dentro de una misma clase terapéutica, medicamentos que funcionan sobre un órgano blanco funcionan sobre ese mismo órgano en diferentes sitios, y hoy constituyen, para efectos de cálculo económico, o de costo-efectividad, un nicho de mercado diferente uno de otro.

Por lo tanto, dado que en Chile existe la política de bioequivalencia, sería muy interesante conocer estudios que

tenga el IMS respecto de nichos o principios activos absolutamente detallados. En esa línea, nos encontramos con que hay un laboratorio que tiene cinco principios activos con demostración de bioequivalencia, cuatro de ellos como genéricos, y uno de ellos como genérico de marca. Ese mismo laboratorio, en el marco legal que tenemos hoy, compite con otro laboratorio que tiene seis productos bioequivalentes del mismo principio activo, dos de ellos de marca y cuatro genéricos.

Lo que quiero decir es que el mercado farmacéutico en el mundo hay que precisarlo por principio activo, porque de esa forma se puede tener una mirada macro mucho más pura y completa. Al mismo tiempo, hacerlo ayudaría bastante para la visión micro, porque si el interés de la comisión es el gasto público, el gasto privado y fundamentalmente el gasto de bolsillo -interés de la gente-, es importante conocer el mercado de cada principio activo, que perfectamente se puede ordenar por jerarquía, sea por carga enfermedad o por gasto de bolsillo, según los estudios que se han demostrado en el último tiempo.

Digo esto porque el promedio siempre oculta, si fuera una distribución normal, lo que se aleja de las medianas; por lo tanto, ya sea hacia abajo o hacia arriba, en general, el promedio funciona con una mirada lineal, y hemos visto que el comportamiento de cada principio activo en cada mercado, si, por ejemplo, uno los compara uno a otro y quisiera hacer una política de regulación de precios, está claro que hay que usar operaciones de cálculo integral más que ecuaciones lineales.

En consecuencia, con la experiencia que tiene, el IMS puede hacer un gran aporte dada la relación de mucha cercanía con la industria farmacéutica, porque puede aportar información en Chile, por principio activo, con las consideraciones legales que la Cámara de Diputados o que este mismo Congreso Nacional aprobó en su momento que consisten en la existencia de estudios de bioequivalencia, en los que un producto de marca -genérico- o un producto genérico puro se compara con el original.

Lo que hace el ISP es compararlos desde el punto de la bioequivalencia, de la cantidad de medicamento que llega a la sangre, de la cantidad de medicamento que disminuye en ella, etcétera. Sin embargo, desde el punto de vista económico, sería interesante contar con una visión que permita tener antecedentes para orientar decisiones de política pública o legislativa, respecto de principios activos y, por lo tanto, de nichos de mercado, ocupando operaciones multivariadas y no univariadas, que son más complejas e integrales que una mirada solamente lineal, porque el mercado farmacéutico no responde a situaciones lineales.

En las fiscalizaciones que ha realizado el Instituto de Salud Pública hemos hecho diversos hallazgos. Particularmente, hemos revisado ocho laboratorios; todos ellos expenden medicamentos a las cadenas de farmacias, a las farmacias independientes, a la Cenabast y a las farmacias de municipalidades. Hemos encontrado, de acuerdo a lo que nos entrega la

ley, que, si bien prácticamente todos los laboratorios revisados tienen el listado de precios de medicamentos, algunos no lo han actualizado. En ese sentido y con esa información, lo que nos mandata la ley también es a revisar si tienen descuentos por volúmenes en las ventas que hacen; la mayoría los tiene. Sin embargo, hay algunos aspectos que sería interesante que ustedes conozcan.

Además, obviamente, todas estas materias se van a transformar en sumarios. Por ejemplo, nos encontramos con descuentos por volumen que les hacen a farmacias, pero que no se han publicado. También nos encontramos con facturas de venta a farmacias y droguerías con precios que no coinciden con los descuentos declarados públicamente en la página web. También nos hemos encontrado con descuentos realizados por laboratorios -esto está por contrato y obran en nuestros registros- sólo si las farmacias o cadenas de farmacias exhiben los productos farmacéuticos de ese laboratorio; si no los exhibe, no le aplican los descuentos.

También hemos encontrado requisitos de parte de laboratorios para que las farmacias apliquen descuentos o, mejor dicho, aplican descuento a las farmacias, siempre y cuando haya una política explícita en el punto de venta de las farmacias que beneficie la venta de los productos de ese laboratorio. Al respecto, tenemos textos que indican que una farmacia está obligada a no cambiar la receta del medicamento de ese laboratorio, so pretexto de que si eso ocurre, la farmacia es castigada; es decir, no se le seguiría incentivando con el grupo, la tasa, o el quintil de descuento que se le ha indicado.

Lo que quiero decir es que, así como hay variables entre la prescripción médica, o por un profesional habilitado, de un medicamento a través de una receta médica, que es un lugar común en el cual se producen situaciones de falta o asimetría de información, también hay una situación atada en el punto de venta que este Congreso Nacional ha tratado de enmendar a través de eliminar los incentivos a la venta de productos farmacéuticos en farmacias. Sin embargo, hay una situación contemplada en la ley que requiere una discusión mayor, en la cual hemos descubierto incentivos de laboratorios para que las farmacias vendan más sus productos por sobre otros, lo que tal vez podría explicar estas variaciones de precio promedio, tal como lo explicó el representante de IMS.

Finalmente, este estudio es interesante desde el punto de vista de los promedios globales, tanto de las unidades y de los valores agregados. Sin embargo, creemos que se podrían perfeccionar al tomar en cuenta la comparación en el punto de venta entre genéricos propios, o genéricos sin marca, versus genéricos de marca, del mismo laboratorio y en diferentes farmacias. Eso lo podemos comparar con genéricos de marca y genéricos sin marca de otros laboratorios, en una comparación respecto del precio final que tiene el producto original.

En ese sentido, leímos con mucha atención el estudio que hizo el Sernac, que fue analizado con antecedentes técnicos entregados por el Instituto de Salud Pública.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Para responder las consultas de los integrantes de la Comisión, tiene la palabra el señor Rodrigo Castillo.

El señor **CASTILLO**.- Señor Presidente, me llevo como tarea la consulta respecto del costo promedio en dólares a PPP.

Respecto de los adultos mayores, hay un punto válido planteado por el doctor Álex Figueroa. Es evidente que hay moléculas o áreas terapéuticas que son más sensibles que otras. Lo que acá estamos mostrando es un promedio ponderado a nivel agregado, lo que es correcto. Cada molécula es un mundo. Eso también es correcto.

Esta respuesta la empalmo con la pregunta sobre los adultos mayores, porque probablemente patologías, como Alzheimer, diabetes tipo 1 y todas las que afectan a los adultos mayores, quizá requieren un zoom especial, en términos de ver qué pasa con los genéricos de marca, con los genéricos puros, con las diferencias de precios y con las alternativas de tratamiento. Por ejemplo, para la diabetes tipo 1 no hay genéricos ni genéricos de marcas. Todos los antidiabéticos tipo 1, con insulina, son de compañías multinacionales y, evidentemente, el precio promedio es bastante alto. En ese caso no sé qué pueden hacer ustedes como autoridad, pero hay que mejorar la cobertura. De lo contrario, el pobre señor de 75 años que tiene diabetes tipo 1 está perdido, porque todos los meses va a tener que seguir pagando fortunas para su tratamiento, a menos que se atienda por GES, ya que es una patología puntual que está cubierta por GES, pero pueden haber muchas otras que no están cubiertas por GES y cuestan una fortuna.

Entonces, me gustaría hacerme cargo de los dos puntos y hacer una recomendación, porque, en verdad, hay un sinnúmero de moléculas que existe en el mercado que evidentemente recojo la inquietud del doctor Figueroa, pero sería bueno hacer una especie de priorización, tomando en consideración la consulta que se me ha hecho y ver las moléculas sensibles para los adultos mayores, porque en general son las más caras. Por ejemplo, los *drivers* de crecimiento del mercado chileno son las patologías para adultos mayores, que son crónicas, para toda la vida, y los productos en general tienen un alto precio.

Entonces, mi recomendación -me llevo este tema, como algo por hacer y por enviarles- es hacer un zoom para ver moléculas puntuales y empalmarlas con patologías para adultos mayores. Por lo tanto, lo anoto como un punto a sumar.

En relación con las diferencias de precios entre la Cenabast y el *retail*, no quiero aparecer defendiendo el precio *retail*, y no estoy diciendo que nadie abusa. Lo único que estoy diciendo es que si voy a la Cenabast y me gano una licitación, no tengo costos adicionales asociados a aquello. Ahora, si voy a pelear un pedazo de la torta por la preferencia del médico o del consumidor final a través del uso de medios masivos de publicidad, tengo que invertir. Esa inver-

sión tengo que cargarla en el precio, alguien la tiene que pagar, de lo contrario, me voy a pérdida.

Estamos en un contexto de libre mercado, lo que no significa que estemos defendiendo compañías que se disparan en los precios. Simplemente, estoy diciendo que no son comparables, porque las inversiones que hay detrás son distintas.

En el tema de la magnitud no me atrevo a hacer juicios de valor. Hay algunas que pueden ser de gran magnitud y a su vez absolutamente injustificable y otras que son de una magnitud más razonable y justificable, pero igual no son comparables, porque la inversión que hay detrás, como compañía manufacturera, para ganar esos volúmenes de unidades o esa venta, es totalmente distinta. En un caso es cero, salvo el costo de fábrica, y en el otro es bastante, pues mantener un equipo de representantes de 200 o 300 personas cuesta mucho dinero, que por lo demás es parte de la inversión.

Ahora, para responder al diputado Gahona, quiero señalar que en mi experiencia no he visto ese tipo de conductas depredadoras. Lo que puedo decir es que el costo de fabricación, como proporción del precio de venta a las farmacias o al público, es más bien bajo. Puede ser un 20, 25 o 40 por ciento del precio, y hay que pagar a la gerencia general, a la planta, etcétera.

Voy a dar algunos ejemplos de compañías. Una compañía de dermocosmética, que igual hace promoción médica, puede cubrir los 300 o 500 dermatólogos que hay en el país con solo seis o siete representantes. Una compañía como Recalcine, hoy Abbott, necesita probablemente 300 y hasta 400. Por lo tanto, si uno hace la relación de ventas entre una y otra, constatará que no son iguales. Por ejemplo, Alcon visita solo oftalmólogos. No estoy defendiendo a nadie, sino simplemente diciendo que hay estructuras más caras que otras. Eso no significa que no hay compañías que tienen precios bastante injustificables si uno compara la Cenabast con el *retail*.

Otra cosa importante que puede ser políticamente incorrecto es la siguiente. Supongamos una molécula que está en su etapa final del ciclo de vida, que se demanda muy poco. Por ejemplo, el Alopurinol que se usa en tratamientos para la gota, pero ya es poca la gente que lo está comprando. En general las compañías, cuando hay poca demanda para ese producto, tratan de maximizar el beneficio por el tiempo que queda. En cambio cuando es un producto de alta demanda y tiene expectativa de crecimiento, la compañía está dispuesta a ser más competitiva. Si el producto va a morir en uno o dos años, va a tratar de ganar lo que pueda. Me va a llegar más de un tirón de orejas, pero así funcionan todos los productos.

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

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, solo quiero hacer una precisión.

Creo que no es válida la comparación de los costos de los medicamentos dermatológicos de un pequeño laboratorio específico con todos los gastos que significa la comercialización de un laboratorio como, por ejemplo, Recalcine. Habría que comparar los costos del laboratorio pequeño con los costos que tiene Recalcine solo en ese rubro.

El señor **CASTILLO**.- Señor diputado, estoy de acuerdo. Es válido su punto.

Respecto de la obligatoriedad del genérico, estoy absolutamente de acuerdo con ella, me parece una buena medida, pero con una condición, cual es que efectivamente exista bioequivalencia. Si no existe, a mi hijo, por ningún motivo, le voy a comprar un genérico o lo compraré, dependiendo de la compañía.

El tema de las coberturas me lo llevo para la casa. En realidad, hay muchos sistemas de coberturas en el mundo. Un ejemplo es Inglaterra, en que uno paga siete libras esterlinas por cualquier cosa que compre. Da lo mismo si el producto es para el Alzheimer, la gota, la diabetes, pues el costo es siete libras esterlinas. Si el medicamento es más caro, la diferencia la pone el Estado y si el medicamento es más barato, la diferencia la pone el señor que fue a comprar algo que valía menos que siete libras esterlinas. Como ese modelo puede haber muchos otros. Por lo tanto, es un tema que me llevo como tarea pendiente.

Alguien preguntó por el impacto de la cobertura. Aquí quiero hacer una observación. Los precios que están comparados aquí no incorporan coberturas, es decir, es el precio al público sin cobertura. Si uno agrega a los otros países como, por ejemplo, Argentina, la cobertura que recibe de las obras sociales, la foto de aquí es, incluso, peor. Es decir, hay más gasto de bolsillo, porque la comparación es precio de salida versus precio de salida sin cobertura de por medio. Aquí no hay copagos ni nada.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, la pregunta del diputado Chávez es más bien respecto de lo que es habitual, porque la comparación que uno hace con Argentina, habitualmente, es la de un medicamento de marca. Uno no va a Argentina a comprar el genérico; generalmente, uno se refiere a que compró un medicamento de marca en Chile y que en Argentina tiene un valor bastante menor. Esa es finalmente la pregunta, se trata de un chileno que compra en Argentina; por lo tanto, ese seguro no vale.

El señor **CASTILLO**.- ¿Me permite una observación, señora diputada?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Todas las que quiera.

El señor **CASTILLO**.- En un canal de televisión, creo que fue Canal 13, se hizo una comparación de cuatro medicamentos específicos, comprados en distintos países.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿De marca?

El señor **CASTILLO**.- Sí, de marca.

Dentro de la canasta de productos estaba el anticonceptivo Yaz o el Yasmín -uno de los dos-, y se determinó que en nuestro país era mucho más caro que en los otros tres países. Por lo tanto, desbalanceaba notablemente la canasta en contra de Chile.

Mi invitación es a no hacer comparaciones puntuales. Nosotros estamos en condiciones de ayudarlos a hacer todos los *zoom* que ustedes necesiten en términos de categorías terapéuticas u otros. Podría buscar medicamentos que me hagan salir bien o mal parado, pero al final del día se debe trabajar con medias lo más acotadas y precisas posibles, evitando todo tipo de sesgos. Insisto, evidentemente, uno puede escoger el medicamento, o los dos o los tres, que sean dos veces más caros en Chile que en Argentina y se va a producir el proceso inverso. Por eso mi invitación es a ser lo más precisos y objetivos posibles.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Entonces, en Argentina, los innovadores, en la media, ¿son mucho más baratos que en Chile?

El señor **CASTILLO**.- Son más baratos en Argentina, pero habrá que ver qué pasa durante el nuevo gobierno, porque el proceso de fijación de precios en dicho país consistía en fijar libremente el precio de salida del laboratorio al partir, es decir, cuando recién se lanzaba el producto. Pero cuando había alzas de precio -imagínese la inflación en Argentina- se debía negociar con el Ministerio de Economía. Eso, evidentemente, genera un sesgo. Es probable que, desde ahora en adelante, seamos más comparables de lo que éramos antes. Ahora, no me atrevo a especular y a hacer comparaciones, porque no son válidas, no son precisas, porque son dinámicas distintas.

Respecto de los costos de fabricación y de promoción, hay un tema importante, pues yo tengo una visión respecto del costo de fabricación de las compañías nacionales porque trabajé en una de ellas hace algunos años, pero deben considerar que las trasnacionales tienen precios de transferencia; es decir, una compañía suiza que despacha medicamentos a su filial en Chile va a cobrar un cargo como costo de transferencia, que no sé si sea el costo directo del producto. Tengo serias dudas al respecto, pero algo de utilidad queda en la casa matriz. Puedo decir que es un costo más bien bajo, la mitad o bastante menos, pero no tengo datos precisos al respecto. Depende del fármaco, en algunos puede ser 10 por ciento y en otros 15, 20 o 30 por ciento; la verdad es que varía, pero no es una proporción alta.

En cuanto a los gastos de *marketing*, va a depender del tamaño de la compañía, insisto. Usted hizo la comparación con la unidad de negocio que se encarga de eso; que es válido, pero no es un costo menor.

Alguien preguntó por la utilidad de la compañía farmacéutica. Trabajé en Andrómaco, que fue adquirida por el laboratorio alemán Grünenthal y la utilidad sobre la venta era de 7 por ciento, no se puede decir que ganaban fortunas. Sobre el patrimonio, no sé. Una compañía exitosa es aquella que tiene un rentabilidad sobre 14 o 15 por ciento de la venta, y hablo de compañías nacionales.

Respecto del margen de la cadena, en general el Ebitda o la utilidad neta fluctúa entre 1,5 y 2 por ciento. Si usted piensa que la ganancia se está quedando en la cadena, probablemente sí, pues algunas líneas de productos valen mucha plata, otras no tanto y en otras, por ganar mercado, hasta pierden un poco, pero no ganan fortunas.

Un señor **DIPUTADO**.- Estamos hablando de la farmacia, del *retail*.

El señor **CASTILLO**.- Respecto del porcentaje de la venta, por ejemplo, en Andrómaco era 7 por ciento, y una compañía que se considera exitosa, repito, debería estar por sobre el 15 por ciento.

La diferencia de precios entre distribuidores y cadenas, me la llevo como tarea, pero no les quepa la menor duda de que las farmacias independientes son bastante más caras que las cadenas, si comparamos la misma base de productos. Igualmente, les haré llegar esa información, con datos concretos.

En cuanto al mercado, antes y después de la Ley de Fármacos, los incentivos no han funcionado en un ciento por ciento, tal como comentaba el señor Figueroa. Se nota en las ventas. Los productos, que son más bien de movimiento de mesón, que están deprimidos en términos de demanda; los OTC, que son productos dependientes del impulso en el mesón y ni hablar de las marcas propias, pues ustedes han visto cómo han ido cayendo en ventas.

Creo que lo más rescatable de la ley de Fármacos que funcionó, en términos de disposición, fue la ausencia de incentivos.

En cuanto a los genéricos, mientras no haya bioequivalencia, no funciona.

Respecto del precio publicado, no le vemos mucho sentido, porque una cosa es el *sticker* que le pone la cadena al empaque y otra es el precio con el que, efectivamente, se vende el producto al público; por lo tanto, son dos cosas distintas.

Eso es todo cuanto puedo decir, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Castillo, le agradezco su exposición y espero que nos haga llegar la información que quedó pendiente.

Los antecedentes quedarán a disposición de la comisión y se les hará llegar copia a cada uno de los diputados y diputadas.

Les recuerdo que el próximo lunes contaremos con la presencia del director del Sernac.

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 17:18 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZALEZ
Presidente de la Comisión

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Secretario de la Comisión