

SESIÓN 9ª 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 11 DE ABRIL DE 2016. SE ABRE A LAS 15:41 HORAS.

SUMARIO

- Exposiciones del Fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irrarrazabal, y del gerente general del Laboratorio Chile, señor Hernán Pfeifer.

Asisten los diputados señores (as) Castro, don Juan Luis; Hernando, doña Marcela; Macaya, don Javier; Pérez, don Leopoldo; Rathgeb, don Jorge; Torres, don Víctor, Urizar, don Christian.

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 lectura a la Cuenta, en la cual se incluye el siguiente documento:

- Oficio ordinario N° 1.010, de 5 de marzo de 2016, del Ministerio de Salud, en respuesta al oficio N° 3, de 6 de enero de 2016, de esta Comisión, en materia de estudios clínicos a que se encuentra abocado el Instituto Milenium de Inmunología e Inmunoterapia para desarrollar la vacuna contra el virus sincicial.

Concurren, en calidad de invitados, el Fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irrarrazabal, y el gerente general del Laboratorio Chile, señor Hernán Pfeifer. Asisten, además, las señoras Pamela Milla, Jefa del Departamento Agencia Nacional de Medicamentos, y Biby Ferrada, Asesora Jurídica, ambas del ISP; el Jefe de Estudios de Cenabast, señor Arturo Avendaño, y la Asesora del Ministerio de Salud, señora María Carolina Mora.

Debidamente autorizados por la Comisión, asisten también los señores (as) Juan Pablo Briones, Ignacio Copaja, Paulina Cowal, Cristian De Amesti, Agustín Eguiguren, Julio Jiménez, Gabriela Sandoval y Montserrat Valenzuela.

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.

El señor Secretario va a dar lectura a la Cuenta.

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

El señor **CASTRO** (Presidente).- En relación con la Cuenta, si algún señor diputado desea copia de este oficio, estará disponible en el despacho del señor Secretario.

Por favor, que ingresen los invitados.

-Ingresan los invitados a la comisión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- En nombre de la comisión, les doy la bienvenida.

En primer lugar, tiene la palabra el fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irarrázabal, quien, posteriormente, debe concurrir a otra reunión en el Senado.

El señor **IRARRÁZABAL**.- Señor Presidente, después de la conversación que sostuve con el secretario de la comisión, entiendo que ustedes quieren saber cuál es el rol de la Fiscalía Nacional Económica, incluyendo al Tribunal de Libre Competencia, respecto de la adquisición de medicamentos y su acceso por la población.

Por lo tanto, haré una breve referencia de los cuatro planos en los que intervenimos, porque en cada uno de ellos hubo una intervención en materia de salud.

Antes de comenzar, quiero hacer una advertencia, en orden a que por disposiciones legales y por la cultura de la Fiscalía Nacional Económica, no hacemos comentarios sobre investigaciones que estén en curso mientras estas no finalicen.

En relación con las investigaciones ya realizadas existe un proceso bastante transparente, incluso el informe interno lo hacemos público. En consecuencia, cualquier información o mayor precisión respecto de las investigaciones está contenida en los informes, lo que para nosotros es mucho más cómodo, porque cuando se trata de temas complicados es mejor dejar hablar a los informes que a las personas que los hicieron, más aún si ha pasado un tiempo.

Respecto de los planos, nuevamente quiero hacer referencia sobre cuáles son y, también, explicar por qué a nuestro juicio el rol de este organismo público (Fiscalía Nacional Económica) no ha sido lo intenso que podría ser. Ese cambio o diferencia podría ocurrir justamente por lo que me convoca en la comisión del Senado sobre el cambio legislativo, respecto del cual no profundizaré, dado que fue aprobada por unanimidad en esta Cámara de Diputados y, además, porque el señor secretario sufrió conmigo toda la tramitación que se llevó a cabo tanto en la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia como en la Comisión de Economía, durante varios meses.

El primero dice relación con el tema carteles, que actualmente tiene, entre comillas, un peor escenario, alrededor de 25 millones de dólares por infractor. Ese peor escenario se cumplió en el caso de las farmacias hace algunos años -cartel de las farmacias-; incluso, se cumplió con el tope que había antes de la Reforma de 2009, que es de 20 mil UTA, es decir, aproximadamente, 17 o 18 millones de dólares.

Ese cambio de cartel será significativo, porque de ese escenario pasa a que se establezcan las sanciones hasta por un 30 por ciento de la facturación de las empresas infractoras en la línea de negocios infringidas, multiplicado por el número de años que duró la infracción. Eso, claramente, es un cambio sideral en relación con la magnitud y el monto de la sanción.

En cuanto a abuso pasa algo parecido, quizá un poco más agravado en el sentido de que no existe un tope de 30 mil UTA sino de 20 mil UTA, pero, también, se pasará a esta regla del 30 por ciento de la facturación.

En materia de fusiones, nuestro país no tiene una ley al respecto sino que se han aplicado disposiciones generales de la normativa de libre competencia, como el decreto ley N° 211; pero con la nueva norma el órgano persecutor pasará a tener prerrogativas, en este caso, el Fiscal Nacional Económico, en materia de fusiones. Ello nos permitirá cambiar de un régimen voluntario, donde las empresas técnicamente no debían pedir permiso frente a la autoridad cuando existían operaciones de fusiones, a un régimen donde las empresas estarán obligadas a obtener un permiso previo antes de materializar la operación.

Tenemos actividad en la Fiscalía Nacional Económica, a las que podemos hacer referencia, porque ya está resuelto -normalmente- a través de informes de archivos, de estudios e, incluso, de requerimientos o demandas frente al Tribunal de Libre Competencia.

Por último, el gran capítulo, que es el que debiera interesar a este mercado en particular: estudios. ¿Por qué? Porque la fiscalía ha hecho estudios; de hecho, comentábamos con representantes del ISP que hay estudios importantes en materia de salud, pero han sido hechos como un subproducto de alguna investigación en una eventual infracción, de manera que al día de hoy la fiscalía tiene atribuciones limitadas para pedir información confidencial al mundo privado, en orden a efectuar estudios de mercado. Pero eso cambiará, con la nueva ley tendrá atribuciones para pedir información a los privados, incluso, al mundo público, pero no con las mismas atribuciones obligatorias que a los privados.

Por lo tanto, con la nueva ley habrá más posibilidades de hacer estudios de mercado más profundos, más focalizados y con mejor calidad de información.

En resumen, hemos trabajado con lo que tenemos en términos de atribuciones, pero, a nuestro juicio, podría cambiar el escenario de forma bastante positiva en la medida en que se aprueben los términos de la nueva ley, lo que debería ocurrir prontamente.

El segundo punto dice relación con la tarea de la Fiscalía Nacional Económica en materia de salud, la cual ha sido bastante ardua en los últimos años. Tenemos conciencia de que es un sector sensible para la población, un factor interesante en la orientación de nuestra investigación y recursos. El trabajo que se ha hecho durante el último año da cuenta de esa suerte de priorización en los temas de salud.

El tercer punto apunta más bien un mercado complejo, por lo que revisamos 30 o 35 mercados distintos anualmente. Por ejemplo, el año pasado tuvimos acciones concretas con aproximadamente 15 mercados. Imagínense que debemos tener la cabeza en líneas aéreas, en el mundo financiero, bancario, Transbank y en salud. Por eso no nos pidan dedicación completa, pues debemos tener varios sombreros para revisar distintos mercados al mismo tiempo. Por lo mismo, debemos ser selectivos, especialmente cuando se hacen investigaciones de mercado que tienen ciertas complejidades. Este no es un mercado de dar y recibir, como otros; por consiguiente, no quiero apuntar a ninguno porque los que mencioné también son complejos, pero este especialmente no es de dar y recibir.

En cuanto al tema de la salud, somos abogados y economistas no médicos, por lo que debemos pedir peritaje y asesoría profesional al respecto, obviamente, algo deben decir los médicos respecto de los remedios y la diferencias que existen entre unos y otros.

Al respecto hay bastante regulación sectorial, códigos y leyes; pero otra cosa es que se cumplan y que exista fiscalización, que es uno de los temas que trataré después, específicamente, sobre lo que nos ha tocado ver; pero de que hay regulación, la hay. A veces puede ser antigua, añeja, más nueva, tener errores o silencios, en fin. Hay hartos actores del mundo privado; de hecho, si pensamos en laboratorios son alrededor de 60, después tenemos el *retail*, las farmacias independientes, otros posibles actores y, además, al Estado.

Lo que uno ve en materia de salud es que el Estado normalmente es el principal actor. Es cuestión de ver el porcentaje de afiliados a Fonasa versus Isapres, que entiendo es un 20 por ciento de la población a diferencia del 80 por ciento que abarca Fonasa.

Por lo tanto, hay muchos aspectos públicos que son distintos a los que uno analiza en un mercado común, en donde el ciento por ciento es privado. Además, hay mucha regulación y superintendencias. A veces vemos, con el cinismo que da la distancia, 30 o 35 mercados al año, una cierta yuxtaposición en las atribuciones de los mismos organismos que fiscalizan o que participan como compradores o vendedores dentro de ese mismo mercado.

Además, hay un aspecto que tiene que ver con la propiedad intelectual, que es un monopolio entregado por el Estado a quien inventó algo, lo que le permite cobrar sobreprecio, lo que es completamente legítimo, porque si no fuera así no habría incentivo para hacer inversiones gigantescas con la finalidad de encontrar algo que sea útil desde el punto de vista médico.

Dentro de esa complejidad se han visto transgresiones, como el denominado cartel de las farmacias, el que no solo fue sancionado una vez, a propósito del alza coordinada en materia de precios entre 2007 y 2008, sino que además lo fue en 1995, situación que uno tiende a olvidar.

El *retail* en materia de farmacias es una industria que por lo menos tiene dos transgresiones concretas debido a la

formación de carteles entre los agentes económicos que en él participan. Sin perjuicio de tener en consideración la complejidad de ese mercado, el que cuesta entender, debido que al tocar algo en un lado produce efectos en otros, una especie de efectos secundarios, razón por la que recomendamos -lo digo con la humildad y el conocimiento de tener un panorama general sobre la materia- llevar a cabo una revisión, desde la trinchera, de las materias relacionadas con la libre competencia en materia médica. Se deben analizar bien tanto los costos como los beneficios de un lado, pero también los costos y los beneficios de las alternativas. Por lo tanto, hago un llamado "a la prudencia y a la humildad", en el sentido de que muchas veces la solución puede ser en el mediano o en el largo plazo o producir efectos que también pueden ser contraproducentes.

Respecto de los problemas que hemos detectado -y lo que voy a señalar no es fruto de un trabajo exhaustivo, sino más bien de una selección no arbitraria sobre las cosas que hemos visto en el último tiempo-, me voy a permitir hacer una lista de los ocho problemas que hemos observado, los que sabemos que a los miembros de esta Comisión, y en especial su Presidente, les ha tocado revisar y plantear, en algunos casos, soluciones a través de proyectos de ley.

El primero es el de la agencia, el problema de los médicos. Como el doctor es el doctor, está en una posición frente al paciente en la que la decisión que toma no la paga él, sino el paciente. Entonces, se podría decir que no descansa en la persona la toma de decisión.

En relación con eso, hemos visto que hay una normativa que es más estricta en relación con los incentivos monetarios que podrían tener los doctores. No sé qué tanta fiscalización hay al respecto, pero si ustedes nos dijeran que seleccionáramos un problema, claramente el señalado sería uno, es decir, qué tanta fiscalización se está llevando a cabo sobre la relación que existe entre los médicos y los laboratorios. Me estoy refiriendo a todo tipo de regalos, a prebendas, a viajes e, incluso, a la capacitación: hasta qué punto la capacitación es tal o más bien un súper regalo, el cual se otorga por determinada entrega de prescripciones. Todos quisiéramos que se nos ofreciera ese tipo de capacitación.

El segundo problema son las asimetrías de información que se dan en relación con propios médicos, pero también estas se producen en la relación con los dependientes, con los químicos farmacéuticos o con las personas que en el mesón de las farmacias, las que tienen una importancia en el proceso de compra. Entonces, está el consumidor o el paciente y la persona que influye o que sugiere: el dependiente de la farmacia, el que recibe el incentivo de la denominada canela, con todas las formas de sofisticación con las que esta se esconde. Lo que hemos detectado es que la fiscalización es muy pobre en esta materia y que las sanciones que se establecen por esa infracción son una bagatela en relación con las que se disponen en otros cuerpos legales.

Por otro lado, ¿hasta qué punto influye la propiedad intelectual? En el extranjero existe un sistema que se llama *pay for delay*. Entonces, ¿la propiedad intelectual es importante? El principio general es que hay que remunerar por la innovación, pero esta cuestión tiene un límite legal, de modo que la pregunta que hay que hacerse es de qué forma se buscan subterfugios para hacer que ese Estado que todos quisiéramos, el cual debe tener el monopolio sobre algo que es importante, se expanda. Y allí está nuestro informe de patente suplementaria, que, a nuestro juicio, es el agujero creado en la nueva normativa, en términos de si para el cálculo respectivo se deben contar quince o veinte años desde la solicitud, y hasta qué punto la misma autoridad, y en este caso también puede haber una cierta injerencia de organismos del Estado, ha permitido que se expandan los plazos de propiedad intelectual de una manera que no es jurídica, que no corresponde o si podría haber una interpretación distinta que incluso lo restringiera de nuevo, sin perjudicar el pago de innovación que se requiere.

Después, sobre los medicamentos genéricos y bioequivalentes, elaboramos un informe sobre bioequivalentes, con el objeto de determinar hasta qué punto el medicamento genérico era igual al remedio original o hasta qué punto el Estado tenía que tener alguna injerencia para que ese genérico "fuese bien realizado", porque estamos hablando de remedios, de manera que el control de calidad es difícil, porque el componente está dentro de una píldora. Eso debe hacerlo el Estado, y la pregunta es hasta qué punto este ha sido eficiente en ampliar el círculo de bioequivalentes, para que efectivamente la oferta en relación con los medicamentos sea mayor que la que había con el monopolio. Eso es importante, porque no vaya a ser que salimos del monopolio legal, el de la propiedad intelectual, y no se avance en la oferta que debiera ser o que uno pensaría que debiera ser invasiva en relación con las alternativas que producen el mismo efecto, lo que se debiera traducir en una baja de precio importante.

El *retail* en Chile es concentrado, eso ya lo sabemos, estamos hablando de un porcentaje superior al 90 por ciento. ¿Qué hacen las cadenas de farmacias, que son un fenómeno del *retail*? Ejercer presión para la concentración del poder que detentan. Las farmacias del *retail* no son como las farmacias de barrio, las que tenían que aceptar lo que les imponían los laboratorios, sino que empieza a haber una negociación entre los laboratorios y las cadenas de farmacias. Muchas veces esas negociaciones benefician a los consumidores, y esas son las buenas negociaciones, pero efectivamente pueden provocar ciertas distorsiones, y puede que por alguna razón o por algún incentivo las farmacias terminen prefiriendo remedios que tienen un precio mayor o que pueden ser de peor calidad que otros medicamentos que podrían estar disponibles.

Entonces, el *retail* obviamente tiene un espacio y tiene tomas de decisiones que pueden impactar en el resultado final -de nuevo lo señalo- en relación con el mercado de las personas que compran remedios en farmacias.

Llamo a no perder el norte y mirar el cuadro completo. Aquí, también tenemos el mundo público, en donde la situación puede ser distinta porque a través de licitaciones se pueden obtener grandes ventajas pues quien compra es un persona con mucho más conocimiento sobre el tipo de remedios que puede adquirir, por lo que puede pedir remedios que no son los de marca, si le consta que son de buena calidad.

El Estado comprador

Hemos visto que se han realizado licitaciones que, a nuestro juicio, podríamos calificar de sesgadas, porque en el Estado una cosa es Cenabast, que tiene problemas porque no paga a tiempo, lo que es importante porque afecta los precios y puede crear desincentivos para empresas o laboratorios que tengan menores espaldas financieras, y otra cosa son los hospitales.

También los hospitales compran en forma muy sesgada. No son licitaciones, sino parecen compras a dedo, o donde establecen requisitos -y esto no es tan fácil detectarlo- que tienen como efecto el tener que comprar a un laboratorio determinado pese a que existen alternativas, con lo que no se produce el virtuosismo de la competencia pre licitación, sino que se va a caballo ganador.

Eso ha ocurrido, y lo decimos con conocimiento, pues tenemos un par de investigaciones donde lo hemos visto. Y los mismos hospitales, quizás por desconocimiento, han decidido no dar curso a esas licitaciones, porque los términos en las bases de la licitación estaban redactados de una manera que permitía solo a un laboratorio ofertar.

Regulaciones

Reitero que esta es la mirada que tenemos desde la libre competencia y no desde salud pública.

A nuestro juicio, sería muy bueno tener los remedios *over the counter* (medicamento de venta libre u OTC) en las góndolas, cómo en la mayoría de los países. Se han producido discusiones sobre este punto que está dentro de la ley, pero desde el punto de vista de la libre competencia, nos gustaría ver remedios no solo en las farmacias, sino en las tiendas de conveniencia, en grades supermercados y en cualquier tipo de comercio, como ocurre en otros países.

Fiscalización estatal

En nuestra opinión, se ve precaria. No es tan distinta a la fiscalización de otros ramos, pero la sensibilidad sobre este tema exige o pide un mayor nivel de fiscalización. También se ve precaria la regulación misma que permite esa fiscalización, y se ve más precario todavía, el régimen de sanciones frente a incumplimientos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muchas gracias, señor fiscal. Muy completa su presentación.

En primer lugar, quiero preguntarle cómo evalúa usted, desde el punto de vista económico, la perfecta discriminación de precios que realizan los laboratorios que venden a las farmacias y estas que venden al público, en cuanto a la dife-

rencia de precios que afecta a los distintos compradores en distintas condiciones.

Quiero reconocer, como se dijo en la sesión anterior, que los médicos somos perfectos discriminadores de precios, pues no cobra lo mismo un doctor aquí, en el centro, que en el barrio alto o que en una población.

En ese sentido, ¿cuál es su evaluación de este fenómeno que ha existido en la industria farmacéutica?

En segundo lugar, ¿cuál es su mirada respecto de este gran comprador, Cenabast? Genera una economía de escala y, por ser el gran comprador desde el ámbito público hacia los laboratorios, genera también un abanico de precios que va desde ese piso hacia arriba, lo que provoca un problema en el acceso de otros compradores de menor escala a los mismos productos.

En tercer lugar, ¿qué mirada tiene usted de que se tiene la percepción de que en Chile la separación de funciones, la función de prescribir, producir y la de dispensar? En la práctica no se respeta, pese a que el Código Sanitario las categoriza; por algo un médico no puede ser químico farmacéutico a la vez.

Sin embargo, eso no se respeta en el sentido de la labor de dispensación y prescripción, porque hay cadenas o grupos de farmacias que tienen sus laboratorios asociados para determinados productos, además de las relaciones que existen entre prescriptores y laboratorios -irregulares algunas de ellas-.

En cuarto lugar, ¿qué opina usted sobre la falta de respeto de la receta médica?

Comparto en un ciento por ciento el punto uno que usted señaló, que es el rol de agencia de los médicos y de los incentivos a que estos se ven expuestos, y la definición e inducción de la demanda que hace el médico al recetar un producto determinado para ese paciente. A pesar de que la ley de fármacos establece la bioequivalencia, no se ha podido aplicar por los problemas que ha traído.

Sin embargo, hoy se respeta lo que se ve: la receta retenida. Es imperativo. La del clonazepan o de todos los productos estrella verde, corticoides, antibióticos, ciertos psicotrópicos, bloqueadores H₂, ranitidina y omeprazol, productos para cuya compra sabemos que en las farmacias se pide la receta al usuario.

Todo lo demás, que es aproximadamente dos tercios de los fármacos que están en la categoría de venta con receta médica, son susceptibles de intercambiabilidad, y no precisamente la que establece la ley, sino la que el señor de blanco en el mesón de la farmacia indica, sugiere o señala al usuario para que se lleve el producto, con o sin incentivo. Es decir, ausencia de fiscalización en este rubro tan sensible como el punto uno: demanda mediante una receta médica.

Por último, ¿qué opinión tiene usted en el tema de la propiedad intelectual, en relación con lo que el Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica (*TPP: Trans Pacific Partnership*) trae para Chile en esa materia?

El señor **IRARRÁZABAL**.- Señor Presidente, es difícil para mí, con suma transparencia, porque no hablo desde mi opinión, sino desde una investigación, y algunos de estos temas o sus aristas podrían estar bajo investigación, por lo que tengo la responsabilidad como servidor público de ser muy prudente hasta esperar los resultados de esas investigaciones.

En esas circunstancias se omiten muchos adjetivos y se concentra en cuestiones más fácticas.

Ahora, qué quiere que le diga, su lista abarca temas importantes que tenemos, más o menos, en el radar desde el punto de vista de la libre competencia que, de alguna manera, han tenido, tienen o pueden tener algún impacto en el análisis que realizamos.

Muy vagamente y con esa aprehensión, el tema de la discriminación de precios es un tema muy complejo y sensible de analizar. Tiene pros y tiene contras. Hay países que tienen regulaciones distintas según una u otra cosa, y se producen efectos secundarios según se haga una u otra cosa.

Normalmente, en los mercados se discriminan precios. Ese fenómeno es "natural" en relación con la situación de los mercados.

Pero frente a eso, se puede preguntar qué tan sensible es el mercado de la salud, que está fuera de lo que son los estándares del mercado. Y se podría hacer otra pregunta como si tiene algún límite ese nivel de diferencia.

Creo que esas son dos preguntas válidas, pero este es un tema muy complejo. Me pondría en aprietos si yo pudiese resumir en un par de frases qué reacción puedo tener frente a eso. Pero lo hemos visto en casos concretos.

Lo de Cenabast es lo mismo, es de dulce y agraz. Juntar demandas tiene beneficios y, obviamente, va a tener descuentos por volumen. Además, tener compradores sofisticados es evidente que tiene un beneficio en relación con los que quieren participar en la licitación en favor de quien está comprando; cuando quien compra es sofisticado, tiene incentivos para estudiar, no es una sola compra la que está haciendo, sino que tiene estrategias. Incluso, tiene incentivos para invertir en buscar a otros proveedores cuando encuentra que el mercado chileno está muy cerrado.

De alguna forma, ¿está manejando el mercado? Sí lo está, en el sentido de que tiene cierta posición de poder de compra.

Hay que ser cuidadoso en ver cómo hace ese proceso el mismo Cenabast. También podría haber situaciones en donde la misma autoridad podría estar, de alguna forma, en una posición que no iría con la libre competencia, sino que se podría ir alejando de la libre competencia.

En cuanto al tema de la separación de funciones, ahí hay una cuestión más de legalidad del mismo sector. Y usted dice, ¿y hasta qué punto hay separación de funciones? Normalmente, "en el mercado típico" las empresas tienden a producir fenómenos de integración vertical, no solamente horizontal, a propósito de operaciones de concentración, que al menos en materia de *retail* ya no se están viendo, porque los niveles

de concentración a que llegaron son muy altos. Pero puede haber situaciones de integración vertical. Ahí tenemos un informe que fue contratado. Creo que la máxima autoridad mundial en esta materia es un profesor de Toulouse, Francia, Patrick Rey. Y usted puede ver nuestro informe, que tiene cincuenta páginas, y le digo no es de respuesta fácil.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para pedir este informe?

Acordado.

El señor **IRARRÁZAVAL**.- Señor Presidente, todo lo que les hablo está en la página web. El informe de integración vertical está en la página web.

Después, está el tema de la receta médica. De nuevo, ahí hay temas legales, y está la cuestión de la intercambiabilidad. Y también hay otra fuerza entremedio. Esto, suponiendo que los doctores no tienen ningún incentivo directo, indirecto, fácil de ver, invisible.

Entonces, si fuera así, y si hay razones médicas, sobre eso no me pronuncio, y tampoco sobre los temas legales que esto ameritaría, que puede ser un tema que escapa a nuestra revisión. Pero si hubiera otro producto que fuera un sustituto perfecto, desde el punto de vista nuestro tiene un cierto beneficio. Puede tener otros costos -por eso digo que estas son preguntas buenas, pero las respuestas son malas- la posibilidad de que se intercambien a otro producto. Ahora, también suponiendo que quien le da ese consejo es una persona completamente imparcial, o sea, una persona que no tiene ningún incentivo. Entonces, si es así, puede ser que el consejo sea en beneficio del paciente si los efectos médicos son los mismos que lo que le estaba recetando el doctor.

En cuanto al tema de propiedad intelectual, hemos visto que produce desafío desde el punto de vista de Chile, en el sentido de una aplicación de temas de propiedad intelectual de una manera mucho más estricta, y puede ser interesante ver los efectos que ello podría producir. Puede tener efectos positivos, pero efectos negativos y alguien tendrá que hacer el balance, las máximas autoridades del Estado, en la medida de si es conveniente o no un tratado de esta naturaleza.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Veo que usted ha navegado en el filo de la navaja. Respuestas muy cautelosas.

Tiene la palabra el diputado Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, saludo al señor fiscal y a los invitados a esta sesión.

Las preguntas que hizo el Presidente de la comisión abarcan un abanico de dudas y apuntan al objetivo de la comisión.

El fiscal nos señaló que la Fiscalía Nacional Económica, al año, manejaba alrededor de treinta y cinco investigacio-

nes, de las cuales selecciona quince para ver distintos mercados.

También nos dijo que el mercado de los fármacos es bastante complejo, por quienes participan en el mismo, que no es el tradicional, que hay una mezcla público-privada, los laboratorios por un lado, el *retail*, las farmacias independientes, los médicos, que son quienes prescriben un determinado medicamento y, además, un ciudadano que compra los medicamentos que, haciendo un parangón con los seguros complementarios de salud, todo el mundo los contrata, pero nadie los quiere usar. Es lo mismo con los medicamentos. O sea, nadie va a comprar medicamentos por gusto, sino porque padece de algo y porque quien se lo prescribe es el médico, que se supone sabe, y además, por definición, el médico -lo decía el doctor Juan Luis Castro- es un monopolista perfecto y discriminador, porque abarca todo el abanico al momento de prescribir o de cobrar.

Sobre esa base, como fiscalía, dada la sensibilidad que usted expresó, que es un mercado que tiene un alto impacto en la sociedad, más hoy con una sociedad más empoderada desde el punto de vista de la información, y donde se supone que el avance de la ciencia y de la medicina, dado que la sociedad chilena está viviendo mucho más, provoca una demanda en aumento, qué factibilidad hay de que ustedes orienten el radar y lo sitúen dentro de los quince estudios complejos, a fin de que clarifiquen, en el tiempo que demoran las investigaciones, lo que usted planteó, en el sentido de que existen fallas legislativas, de fiscalización, de regulación por parte del Estado, que tal vez estén superpuestas, etcétera. Es decir, las aprensiones que nos ha manifestado llevarlas a una cuestión más concreta, de manera que la fiscalía, de una vez por todas, hincue el diente al famoso problema del mercado de los medicamentos. Esta situación ha llegado a tal punto que se ha constituido una comisión investigadora. La gente está empoderada y demandándonos respuestas, como representantes de la ciudadanía.

Son preguntas muy recurrentes en el tema salud en general y en los medicamentos en particular. Además, incide directamente en el gasto del ciudadano, sobre todo de grupos etarios y sectores sociales donde el gasto en medicamentos, en el caso de los adultos mayores, llega a 67 por ciento, sobre todo entre los pensionados. La opción es si me alimento o si compro los remedios. O sea, es un círculo vicioso bastante negativo, porque la decisión es compleja. Obviamente, todos prefieren comprar el medicamento, pero a la vez descuidan una cuestión asociada.

Insisto, es un mercado donde la gente adquiere un bien, pero un bien que nadie quiere obtener. Desgraciadamente, es obligatorio adquirirlo, de lo contrario, si me enfermo, me muero.

Entonces, dada la connotación del problema, qué posibilidades hay de que la fiscalía coloque el foco en un mercado que es muy sensible, porque ayudaría mucho al sector salud en

general. No es solo medicamentos, porque esto afecta a toda la salud.

El señor **CASTRO** (Presidente),- Tiene la palabra el diputado señor Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo al fiscal nacional.

No tengo ninguna duda de que la Fiscalía Nacional Económica ha estado preocupada del tema. Basta revisar la prensa de los últimos tres años. Probablemente, por eso ha tenido que rozar el filo del bisturí, o de la navaja, como dijo el señor Presidente, y no poder transmitirnos en profundidad los conceptos y cuestiones que pueden perturbar las investigaciones que lleva adelante.

Entiendo que una de las últimas tuvo que ver, a propósito de las investigaciones que asumo que se han mirado, con lo que ha sucedido con los precios de los laboratorios hacia las denominadas farmacias populares, y esperamos que todas esas investigaciones puedan tener un buen resultado.

Sin embargo, me quedé preocupado por una frase que dijo el fiscal nacional respecto de qué tanta fiscalización se hace a los médicos en su relación con los laboratorios, incluso a los dependientes de las farmacias sobre determinadas prácticas. Asumo que algunas cosas, por disposición de la ley, son de competencia de las entidades de Salud, como los seremis de salud, o del ISP en el aspecto sanitario.

Mi pregunta. Dentro de las facultades de la Fiscalía Nacional Económica con respecto a otros órganos de la administración del Estado, ¿están colisionando mucho con Salud en el caso de los medicamentos?

Veo que las denuncias muchas veces nacen del requerimiento del propio ISP. Por lo tanto, quiero entender, en el rol de la Fiscalía Nacional Económica -normativamente hablando; estamos legislando sobre temas de competencias y haciendo adecuaciones normativas en esa materia-, si se dan conflictos de competencia entre ustedes y los otros órganos del Estado. Lo he visto en licitaciones de Chilecompra, donde muchas veces se dice que esto no es facultad de nosotros, porque el tribunal de Chilecompra tiene que ver si hubo acuerdo o no en una eventual licitación.

Me gustaría entender si hoy las facultades de la Fiscalía Nacional Económica están colisionando y en qué grado con las de otros órganos de la administración del Estado, y particularmente con seremis de Salud, porque existen prácticas, pero no todas se conocen y tampoco la Fiscalía Nacional Económica cuenta con las herramientas para abordar cada uno de los temas.

Además, quiero preguntar su opinión sobre el tema de la bioequivalencia. La semana pasada se produjo un interesante debate entre partidarios de profundizar la bioequivalencia, y mejorarla obviamente, y personas que tenían una visión un poco más reticente a los requisitos que se había puesto a la

bioequivalencia en nuestro país, y de qué manera esto había impactado en los precios de los medicamentos.

Me gustaría saber si hay alguna mirada general de lo que significa la bioequivalencia en el precio de los medicamentos en beneficio de los consumidores chilenos en la adquisición de estos.

¿Cómo puede la bioequivalencia significar una cuestión buena? ¿Se pueden hacer adecuaciones a lo que actualmente existe?

Por último, entiendo que esto se hace en otros lados, y probablemente sea una de las razones por las que nuestro mercado de medicamentos tiene los problemas por todos conocidos.

¿Qué rol pueden jugar en un futuro bien regulado los seguros tanto públicos como privados en la adquisición de medicamentos?

Pido la visión del fiscal nacional sobre ese tema en particular.

Gracias, señor Presidente.

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

El señor **IRARRÁZABAL**.- Sobre el tema de la importancia de Salud, como les decía, hemos destinado bastantes recursos, pues el costo alternativo nuestro es alto, porque así también tenemos los bancos, temas financieros, los supermercados, el caso de los pollos, el papel *tissue*. En ese sentido, tenemos que hacer un cierto equilibrio y cierta economía de nosotros mismos, pero los temas que ustedes nos han comentado ya los habíamos analizado desde una u otra perspectiva.

Ahora, la visión que tenemos de Salud no es omnicompreensiva. Creo que es bueno ser humildes y dejarlo claro desde ahora, y si me permiten una imagen, esta visión es una especie de *patchwork*, es decir, que tiene zonas que están bien iluminadas, pero en las otras hay una claroscuro, incluso, puede haber una cierta oscuridad, y eso es así porque la Fiscalía no tiene la facultad de hacer estudios omnicomprensivos. Esa es una facultad que se está discutiendo ahora en el Congreso y que debiera otorgarle la posibilidad de pedir información confidencial al mundo privado.

Cuando eso ocurra, y porque hay varios mercados compitiendo en esto, que hemos estado analizando, habría que ver bien cuál de esos elegir, y luego uno podría hacer un estudio omnicompreensivo, donde mire todo en 360 grados. Ahora, eso va a requerir tiempo, por lo menos un año, un año y medio o dos años, dependiendo de qué tan profundo haga usted ese análisis.

Ahora, hemos hecho una cosa parecida, y hemos puesto el *patchwork* en exhibición, y ustedes lo pueden ver en nuestra página. A principios de 2016 sacamos un estudio sobre las investigaciones que hicimos, y allí hay un documento de 40 a 50 páginas donde se describe bien el problema que hemos

detectado, cuál es su amplitud y con qué información llegamos para detectar ese problema.

Entonces, la invitación que les hago es mirar ese documento, que está en la página Web. En dicho documento hay links situados en las notas a pie de página donde están los documentos originales en los cuales se basa el resumen que es este informe, porque este informe es un resumen de otros informes anteriores. Puedo dejar copia del estudio en la comisión. Son estudios de los últimos años y que tienen importancia en materia de salud.

Sobre la fiscalización de los médicos, hemos trabajado en ese ámbito. Por ejemplo, requerimos a los médicos de Chillán porque a nuestro juicio se asociaron en un cartel. Los ginecólogos se cartelizaron para subir el precio de las consultas, y lograron subirlas de 13 mil pesos a 25 mil pesos.

Ese caso llegó al Tribunal de la Libre Competencia, ganamos, y después fuimos a la Corte Suprema donde ganamos de nuevo, y no solo eso, sino que disolvimos la asociación gremial de los médicos. Entonces, se trata de un trabajo profundo en una cuestión concreta que hemos detectado.

Después, está la pregunta de la colisión con otros órganos del Estado. Lo que podría entregar, en el corto tiempo que tenemos, es una imagen. El Estado chileno vive en el Medioevo, entonces cada uno tiene su reino y maneja y administra su reino de una manera más o menos eficiente, y las relaciones que existen -y existen- son esporádicas entre un rey y otro. Estoy haciendo una caricatura a fin de expresarlo. Esto se ve especialmente en salud, donde cada uno está tan focalizado en lo que tiene que hacer que no mira lo que hace el otro, y tal vez si hubiese más puentes en este Medioevo podrían salir cosas más interesantes.

Un estudio de mercado bien hecho, con 360 grados, obliga a avanzar en la oscuridad del Medioevo, porque obliga a pensar desde otra óptica o con otro tipo de funcionalidad.

Ahora, en concreto, en relación con los organismos del Estado en materia de salud, no hemos tenido grandes conflictos. Hemos tenido grandes conflictos con otros organismos del Estado, pero en esta materia diría que no. Y hemos tenido algunas ayudas, pero tampoco una gran ayuda. Es decir, ni lo uno ni lo otro. Entonces, creo que es algo que efectivamente podría mejorarse.

Sobre la bioequivalencia hay un informe nuestro de 2014, que tiene 60 páginas, y nos sacamos la mugre tratando de entender esta cuestión, y puede tener algunos errores, pero hasta ahora nadie lo ha rectificado. Se trata de un informe público, y está en la página Web. Creo que lo mejor es que lo miren, pero la idea que está detrás de esto es que debiéramos hacer un proceso tan rápido como sea posible, para que una vez que expire la propiedad intelectual ese remedio esté a disposición de los pacientes en la mayor cantidad de laboratorios y con las mayores exigencias médicas posibles. Por eso, la bioequivalencia sí funciona.

Aquí el Estado tiene que hacer la pega para que los permisos salgan en forma adecuada y que no sea tan costoso el proceso de autorización del permiso.

Ahora, si eso logra salir claramente sería un tema de libre competencia, que es apurar el término del monopolio de la propiedad intelectual y hacer que ese remedio baje de precio de una manera importante. La forma de hacerlo es que existan más oferentes de ese mismo remedio y si a eso además el Estado le puede hacer una revisión de que sean remedios equivalentes, del punto de vista médico; bueno, ahí estamos en el "mejor de los mundos" y el precio debiera tender a bajar.

Sobre el rol de los seguros, este se encuentra en el informe de bioequivalencia, como una de las conclusiones. En otras jurisdicciones, como la de Estados Unidos, se produce un control natural, porque cuando los remedios no los paga el paciente, sino que las compañías de seguro, estas tienen un incentivo en controlar el sobreprecio que se paga por los remedios. La gracia es que ese control viene del mismo mundo privado. A propósito, en 2014 hicimos una sugerencia, de buscar algún tipo de premio a través del mecanismo de seguro chileno, cosa de incentivar la adquisición de genéricos y de bioequivalentes, en contraste con los de marca, que tienen protección de propiedad intelectual.

Creo que esa conexión es muy importante, pero más importante sería que las compañías de seguro tuvieran mayor participación en el cofinanciamiento o en el financiamiento. Si no es así, no sirve, porque es ahí donde puede tener un control por el lado de las compañías de seguro.

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

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, por su intermedio, me gustaría que el fiscal nos hiciera llegar los estudios e informes más importantes en materia farmacéutica de los últimos cuatro o cinco años.

El señor **IRARRÁZABAL**.- Sí, en poder de la Mesa voy a dejar un set de más o menos 300 páginas de documentos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Hernán Pfeifer, gerente general del Laboratorio Chile, invitado y sugerido por el diputado Pérez en la sesión anterior.

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, gracias por la invitación a la comisión investigadora.

Trataré de ser breve en mi exposición de modo dejar espacio para las preguntas, que son lo más interesante.

Partiré mostrándoles un video para aquellos que no lo hayan visto, probablemente no tendrán el mejor audio, porque no estamos conectados a un parlante.

-Se muestra video.

No sé si han tenido la oportunidad de verlo, es un *spot* que está en el aire desde hace algunas semanas en los principales canales abiertos y del cable del país. Como pueden ver, una persona entra en una farmacia y el dependiente trata de cambiarle el medicamento que le es solicitado por uno similar, no bioequivalente. La persona, muy bien informada, le dice: no, mire, yo quiero mi remedio de siempre. Y, desde luego, ahí hablamos del nuestro, del genérico del Laboratorio Chile.

Lo que quiero decir es que Laboratorio Chile viene apoyando fuertemente la campaña de bioequivalencia, que se inicia en 2009. Y es algo que nos parece que va en bien del país. Creo que hemos avanzado muchísimo, tenemos del orden de 900 productos más o menos, de los cuales 112 corresponden al Laboratorio Chile. Ustedes pueden ver que más del 10 por ciento del total de los medicamentos bioequivalentes corresponden al Laboratorio Chile. Además, tenemos 19 más 6 en trámite, que están en distintas etapas para ser aprobados como bioequivalentes, y 5 estudios en ejecución.

En este gráfico podemos ver los principales laboratorios y el número de bioequivalentes que tienen. Se ve que tres laboratorios se destacan del resto en términos del número de bioequivalentes.

Una vez más queda de manifiesto que este es un tema país. Tal como lo dijo el fiscal, hay muchos temas que se entrecruzan; pero hay uno que no merece mucha discusión y es el de la bioequivalencia. Pensemos en la medicina del primer mundo: en Estados Unidos, en Japón, en Europa, todos los medicamentos todos bioequivalentes, todos los que pueden serlo, porque los que son líquidos, los inyectables, no pueden; pero todos los sólidos, por definición, son bioequivalentes. De otra forma no pueden salir al mercado.

Chile, con esta norma, se está *aggiornando*, se está poniendo al nivel de un país con estándares de salubridad más altos que los que teníamos en el pasado.

Por eso, como Laboratorio Chile apoyamos fuertemente la bioequivalencia. Aquí aprovecho de enviar un mensaje: se nos están acabando los listados de productos bioequivalentes. Esto nació en 2009, a través de sucesivos listados que fueron emitidos por el ISP, y nosotros, a estas alturas, hemos hecho prácticamente todos los estudios de bioequivalencia que podíamos hacer; nos quedan unas pocas moléculas y después nos quedamos sin horizonte, o sin luz de navegación. Y aquí enfrentamos la disyuntiva de parar o continuar. ¿Qué significa continuar? Realizar estudios de bioequivalencia voluntarios, que se pueden hacer, pero que tienen dos inconvenientes. Uno, es que muchas veces no está definido el comparador, porque la bioequivalencia hay que hacerla contra algún medicamento con el cual uno se compare. Entonces, si no está definido el comparador, es difícil avanzar en la bioequivalencia.

La segunda dificultad es que, incluso estando definido el comparador, si ese producto no tiene exigencia de bioequivalencia, evidentemente que tiene mucho menos peso y fuerza

en el mercado, porque van a seguir existiendo muchos otros bioequivalentes que le van a competir en desigualdad de condiciones o hacer una competencia desleal respecto de este bioequivalente que tuvo que incurrir en costos para certificarse como bioequivalente.

Nosotros, a pesar de ser proveedores únicos en 12 moléculas, que estaban incluidas en los listados, igual le hemos hecho bioequivalencia a esos productos. Ustedes comprenderán que siendo proveedor único, probablemente podríamos estar es una situación algo más privilegiada para decir: mire, estos los dejo para el final, porque no hay otra alternativa.

En todos esos productos somos proveedores únicos, no hay otra alternativa en el país, y nuestra política de hacer los estudios y de precios ha sido exactamente la misma para aquellos productos en los que somos proveedores únicos, como cuando no somos exclusivos. Esto viene a reflejar una vez más el interés y el empeño que hemos puesto en la bioequivalencia. Hemos tratado de trabajar muy de la mano con el ISP, definiendo una serie de interrogantes en el camino, para lo cual el ISP nos ha colaborado en muchas ocasiones.

Lo que pedimos es que, ojala, haya varios nuevos listados con un horizonte de tiempo razonable y realizable. Porque uno de los problemas que tuvo la bioequivalencia al principio fue que se prometió que los medicamentos iban a bajar de precio, asunto que en la práctica no ha sido así. Lo que ha ocurrido es que se acható la pirámide: bajaron de precio los medicamentos de más alto valor, los innovadores, y subieron un poco de precio los genéricos. Entonces, quedó una pirámide de base más ancha, pero -como dije- más chata.

Ahora bien, en cuanto al valor total, el resultado está por verse, porque con la bioequivalencia los genéricos han vuelto a ganar mercado. Así, los genéricos habían caído hasta el 28 por ciento del mercado, en 2013; hoy, solo en dos años y medio, nuevamente representan el 40 por ciento del mercado. Si pensamos que el 40 por ciento de las unidades que consume Chile cuestan, en promedio, menos que un pasaje del Transantiago, evidencia que la población chilena se está tratando con medicamentos de buena calidad, certificados por el ISP, a un precio muy asequible, lo que es muy importante, dado que en nuestro país el mayor gasto es, justamente, el de bolsillo.

En cuanto a la relación entre laboratorios y municipios, las llamadas farmacias populares, la primera declaración como Laboratorio Chile -ya que no puedo hablar por otros- es que apoyamos las farmacias populares; nos interesan, porque mientras más canales de distribución tengamos, mejor. Entonces, apoyamos conceptualmente la creación y la operación de las farmacias populares.

¿Qué ha pasado a la fecha? Nosotros hemos sido contactados por 55 municipalidades que demuestran interés en ser abastecidas. Como saben, las farmacias populares toman distintas formas: algunas dependen del área de salud; otras de una corporación especial; otras dependen directamente de la municipalidad, etcétera, por lo que cada una nos ha explicado

cómo quieren funcionar. De esos 55 municipios, a 17 ya les estamos vendiendo normalmente; 20 decidieron comprar y están en proceso de generar las órdenes de compra a través de la plataforma del mercado público, que es la forma como deben comprar todas las entidades públicas; y las 18 restantes -me imagino- están en proceso de análisis, porque no nos han vuelto a contactar. La verdad es que cada uno o dos días nos llega un nuevo municipio con su orden de compra; es un proceso *ongoing*, como se dice.

En la presentación pueden observar la distribución por zona: la mitad de ellas son de la zona centro, zona que incluye la Región Metropolitana. De estas 18, 15 son de la Región Metropolitana; el resto son de cerca de la Región Metropolitana. Siete son de la zona norte y 12 en la zona sur.

En la siguiente lámina se puede ver el listado de municipios que han solicitado cotización, que luego han comprado, y la zona a la que pertenece. Se ha dado el caso de que un municipio solicita cotización, pero no ha comprado, lo que significa que está en proceso de compra o que no ha manifestado mayor interés.

Como dato anexo, la municipalidad de Maipú nos cotizó la semana pasada un total de 200 medicamentos distintos, de los cuales nos adjudicó -entiendo, porque fuimos una buena oferta, pues ellos no expresan razón de causa al adjudicar- 180 productos; de los 20 productos no cotizamos, porque en unos teníamos dificultad abastecimiento, en otros no teníamos capacidad productiva, en otro inexistencia de droga, etcétera, siempre hay razones para que un producto esté fuera de mercado. Con todo, están haciendo una segunda ronda para saber cuándo podríamos abastecerla.

En cuanto al rol que juega Cenabast. Es evidente que la Central es un gran cliente. Los municipios, para sus farmacias populares, tienen la posibilidad de abastecerse a través de Cenabast o directamente a través de los laboratorios.

El camino por el que opten los municipios, para nosotros es bastante indiferente. En términos de facilidad operativa, diría que, incluso, preferimos que opten por atenderse a través de Cenabast, porque nos es complejo abastecer múltiples pedidos, no tenemos la estructura para eso, no somos un laboratorio de atención de múltiples pedidos relativamente pequeños. Entonces, si se atienden a través de la Central, nos parece muy bien, y si optan atenderse directamente con nosotros, ya sea porque Cenabast no les da el precio o los servicios o no tiene los productos, tenemos la disposición de brindarles la mejor atención.

Es cuanto puedo informar y quedo a disposición de sus preguntas.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el diputado Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, quiero destacar la importancia que tiene el que los representantes de los

laboratorios vengan a esta comisión, ya que no están obligados a hacerlo, toda vez que la Cámara de Diputados fiscaliza a los organismos públicos.

Ahora bien, entiendo que hubo un requerimiento del Sernac respecto de los dos últimos medicamentos que aparecen en el listado de ustedes, que son el omeprazol y el zomepral. Me gustaría saber cuál es la explicación técnica para la diferencia tan importante de precio con un medicamento bioequivalente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Hernán Pfeifer.

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, me voy a colgar un poco de las palabras del fiscal.

Este es un mercado extraordinariamente complejo. Efectivamente, existen cinco productos, de un total de 500, o sea, un 1 por ciento, para los que nosotros tenemos aún la versión genérica, pero también tenemos la de marca: omeprazol y zomepral es uno de ellos.

Usualmente, la forma de ingresar al mercado en Chile es a través de un genérico de marca, porque es la forma de dar a conocer al cuerpo médico que una droga, cuya patente expiró, tiene ahora versiones provistas por los distintos laboratorios. Y esto exige promoción médica: gasto de *marketing*, representado por promoción médica, por muestras médicas, por entrenamiento médico, etcétera. Con el tiempo, en el ciclo de vida del producto, empiezan a aparecer más competidores. El ciclo de vida del producto entra en una fase natural de maduración y aparecen las versiones genéricas. Usualmente, nosotros mismos lanzamos la versión genérica y, naturalmente, empieza a decaer la venta de la versión de marca hasta que se discontinúa. Ese es el ciclo de vida natural del producto, y es lo que ocurre en el caso de zomepral, que va a ir desapareciendo.

Tengo entendido, aunque no tengo plena certeza, que son productos que están discontinuos y que desde hace un par de meses no los vendemos. Cumplió su ciclo de vida, se vendía muy poco y ese precio debe haber estado pegado en alguna farmacia. No sé de dónde lo levantó el Sernac y, como dije, no tengo la certeza si es uno de los cinco medicamentos que tienen dualidad de condición, pues se encuentran en versión genérica y de marca.

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

El señor **MACAYA**.- A propósito de la respuesta del señor Pfeifer, ¿cómo se realiza la promoción de muestras médicas y de *marketing*? Quiero que nos ilustre cómo operan los laboratorios, a quiénes se enfoca ese *marketing*, cómo se hace y si alguna vez los han fiscalizado por esto. Quiero entender cómo es el trabajo de ustedes en ese ámbito de aplicación. Aclaro que soy partidario de que esta cuestión se pudiese abrir

incluso más de lo que está restringido en la ley, porque las condiciones en las cuales la ciudadanía tiene la posibilidad de informarse son muchísimo más restringidas de lo que uno quisiera. Por lo mismo, y entendiendo que hay una normativa, quiero que con ejemplos prácticos nos indique cómo hacen *marketing* y cómo atacan, entre comillas, a los médicos.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Pfeifer, usted, como gerente de Laboratorio Chile, nos habló de las bondades de su laboratorio, pero quiero que me dé su opinión, como integrante del mercado de los fármacos, los remedios, respecto de por qué los precios finales o el gasto de bolsillo que usted mencionó y que, aparentemente, como política de empresa apuntan a disminuir al máximo el gasto de bolsillo, es tan imperfecto, tan complicado o tan opaco.

Nos puede aclarar esta asimetría que existe. Insisto en que cuando una persona va a comprar con receta, pide lo que el médico recetó, no lo que le va a vender la persona que atiende en una farmacia, sean comunales, de *retail* o independientes.

Por otra parte, quiero consultar por las farmacias populares. Usted habló de "tantos" ítems y justamente la semana pasada la comisión pidió la información al ISP, dado que aumentan las dudas respecto de las farmacias solidarias, comunales o populares, por la prohibición de la Contraloría es bastante amplia en cuanto a no vender los medicamentos AUGE ni los que están en la canasta básica del per cápita y el arsenal, si podemos usar ese concepto. Ello, porque se achica bastante el abanico de las personas más necesitadas, ya que existe una serie de otros productos que no venderán estas farmacias por un tema de costo, y como hay prohibición de copago, al menos en estos dos grandes bloques, quiero que también nos dé también una opinión al respecto. ¿Qué tan beneficiosas van a ser estas farmacias municipales, comunales o solidarias, como reguladoras de precios?

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, por su intermedio, consultar al señor Pfeifer por las farmacias populares o comunales.

Contraloría ha sido bien clara en términos de cuál es la fórmula para que los municipios puedan acceder a tener estas farmacias, que es dependiendo de consultorios o Cesfam.

Por eso, mi pregunta es: ¿con qué frecuencia ustedes venden directamente a las corporaciones municipales, a los consultorios o a los Cesfam? Si no lo hacen de esa forma, lo harán a través de Cenabast. Eso respecto de la atención primaria normal y habitual.

En cuanto a las compras desde las farmacias comunales, ¿están haciendo alguna distinción respecto de aquellos municipios que tienen deudas con ustedes, si es que ustedes les venden directamente? ¿Cómo se da esa figura? ¿Están vendiendo a la corporación municipal y separadamente la municipalidad es otro cliente, y no se toma en cuenta si es que tiene deuda o no?

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, muy interesantes las tres preguntas. Las voy a responder en el mismo orden en que fueron hechas.

¿Cómo se hace el *marketing*? El *marketing* tiene diversas vertientes, pero diciéndolo en forma sencillo es dar a conocer al cuerpo médico y químico farmacéutico la existencia de un nuevo producto. Por ejemplo, imaginemos que existe una droga llamada omeprazol, que tenía un original de nombre Losec, pero en algún momento del tiempo vence la patente e inmediatamente aparece otro. Ello, porque el mercado es bastante perfecto, cosa que puede corroborar la directora de Anamed (Agencia Nacional de Medicamentos de Chile). Cuando vence una patente, normalmente, ella se ve inundada por varias solicitudes de registro más o menos en forma simultánea. Estamos hablando de una especie de grilla de largada para ver quién logra salir antes al mercado, para fijar primero su marca en la mente de los médicos, quienes, como todos los seres humanos, no tienen capacidad de retener una cantidad infinita de marcas en la cabeza. Usualmente, retienen 2 o 3 por molécula, aunque lleguen a hacerle promoción, salvo que esta sea muy impactante y novedosa o cuyo mensaje sea muy atrayente, tienden a quedarse con las primeras marcas que conocen.

¿Cómo se hace esto? Habitualmente, a través de material científico, que es lo más habitual, dípticos, trípticos, etcétera, para informar al médico que ha salido un genérico de marca, con tal nombre. Ahí es donde vienen los secretillos de la industria, como que el nombre de marca normalmente emula el principio activo de la enfermedad o dolencia que trata de atacar, de modo que el médico desarrolle una especie de revelación nemotécnica para acordarse del nombre de tal producto. Por lo general, se usan elementos de recordación de *marketing*, por ejemplo, un lápiz, un taco, algún portacalendario, etcétera, lo cual, por lo demás está cada vez más regulado, nos parece muy sano y lo compartimos absolutamente, de acuerdo con las normas IFMA, de modo que no existan incentivos desmedidos hacia el cuerpo médico como para tal vez torcer la memoria del médico.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Pfeifer, hay harto medicamento que está con marca genérica y puede ser bioequivalente: Lipox y Atorvastatina; Clonapam y clonazepam; kitadol y paracetamol; acitrom y acitromicina; grifociprox y ciprofloxacino; flogofin y ketoprofeno; auxxil y levofloxacino; ectivan y escitalopram; simperten y losartán; hipo-

glucim y metformina, y cortiprex y prednisona. Son 12, con marcas bastante promovidas.

El señor **PFEIFER**.- Si me presta el listado, le puedo decir cuáles están discontinuos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Acá está.

El señor **PFEIFER**.- Están discontinuos Clonapam, Grifociplox y Flogofin.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Kitadol está discontinuo?

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, Kitadol está vigente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Kitadol es *Over the counter* (OTC) y está en promoción en la mayoría de las farmacias, en el mostrador.

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, ¿en el mostrador?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sí. Concurra a cualquiera de las tres grandes cadenas de farmacias y verificará que, dentro de las ofertas principales, está Kitadol.

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, pero no está detrás del mostrador, no está manejado por las cadenas. Aquello está prohibido.

El señor **CASTRO** (Presidente).- No, está en las ofertas. Me refiero a que está vigente en las ofertas.

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, sí. Efectivamente, Kitadol es un producto OTC y las cadenas lo manejan como tal. Se trata de un producto con el que, en muchas ocasiones, tratan de cerrar la venta.

Ectiban y Simperten están vigentes. Efectivamente, tenemos Lipox, Kitadol 2, Kitadol 3, 4, 5. El resto está discontinuado. Corrijo, en vez de 5 son 6. Probablemente, hay alguno que está en proceso de discontinuación, pero me dijeron que eran 5.

A continuación, responderé las preguntas del diputado Leopoldo Pérez.

Las razones de la opacidad de los precios son varias. Primero, cabe señalar que las farmacias fijan los precios y no los laboratorios. Los laboratorios vendemos a las farmacias y ellas tienen políticas de precios privativas respecto de marcas, de genéricos, de genéricos bioequivalentes, etcétera. Por lo tanto, en dicho ámbito no podemos intervenir, porque es privativo de las farmacias.

En segundo lugar, como dijo el fiscal, estamos frente a un mercado que tiene asimetrías de información. Detrás del

mostrador hay una persona de blanco, que puede ser un químico farmacéutico o un dependiente, pero pensemos en un consumidor que, normalmente, está poco informado. Si bien es cierto los consumidores están cada vez más informados -ayuda "doctor google", etcétera-, llegan mejor preparados al médico. En dicho escenario, considero que una campaña, como la que estamos haciendo y que pudieron visualizar en la presentación, ayuda, pues va en ese sentido: que el paciente exija sus derechos y no se deje inducir por una compra que no quiere realizar.

Ahora bien, el tema de la asimetría es difícil de resolver. ¿Cómo se soluciona? A mi juicio, con información, es decir, mediante la entrega permanente de información y de educación.

En tercer lugar, otro motivo son las marcas propias que, evidentemente, tuercen la voluntad del consumidor, ya sea por la existencia de algún incentivo para la propia marca o, tal vez, por una razón mucho más sencilla. A lo mejor, no se debe ser tan mal pensado y creer que el dependiente obtiene una ventaja económica al vender un fármaco de su propia marca. Basta que la cadena tenga alguna ventaja económica, pero no los productos equivalentes de los laboratorios, y que el consumidor llegue a la farmacia, pida un producto determinado, y se encuentre con la siguiente respuesta: "No tengo ese producto, pero tengo otro." Además, si la respuesta va acompañada de algún mensaje como que el medicamento es el mismo, tiene igual valor o es más barato -necesariamente no es correcto- es mejor que otro mensaje de ese tipo. Pensemos en que el consumidor desinformado confía bastante en la persona de blanco que está detrás del mostrador y, por lo tanto, acepta su sugerencia.

Esas son tres razones que explican la opacidad de precios.

En cuanto a si las farmacias populares serán reguladoras de precios, creo que está por verse; ojalá lo sean, dependerá de la profundidad que alcancen. Si, por ejemplo, en el país tenemos 50 farmacias populares, probablemente, no serán reguladoras de precios; pero si son 200, tal vez sí, porque dependerá del grado de alcance que tengan sobre la población, además, si son farmacias abiertas o cerradas. Hasta el momento, hemos escuchado que muchas farmacias populares son cerradas a los habitantes de la comuna y la verdad es que no entiendo la razón, salvo que de por medio exista un subsidio municipal. Si existe lo entiendo; por qué Recoleta va a subsidiar a la persona que vive en Providencia. Sin embargo, si no existe un subsidio municipal, como ocurre en la mayoría de las farmacias que hemos conocido, no tengo clara la razón de por qué la farmacia tiene que ser cerrada. A mi juicio, las farmacias populares deberían ser abiertas. Es más, si son abiertas, tendrá más volumen y, en consecuencia, el cliente será más interesante, mejor atendido, etcétera, es decir, se genera un círculo virtuoso. Por lo tanto, ojalá sean reguladoras de precios.

Por ejemplo, en el caso de Farmacias del Dr. Simi, mientras contó con 50 locales tuvo poco peso en el mercado y, a pesar de estar orientada casi exclusivamente a los genéricos, no logró penetrar en el colectivo del consumidor. Sin embargo, hoy tiene 150 locales y es un actor que hace ruido y, de alguna forma, ha frenado el alza de los precios de los genéricos, porque su negocio principal son los genéricos. Y las cadenas que, en un principio, le dieron poca importancia, hoy la están mirando, porque se ha transformado en un actor importante. Por ello, espero que tengamos 200 o 250 farmacias populares.

En Chile existen 350 comunas y creo que no todas estarán preparadas para contar con una farmacia popular, pero si 200 o 250 comunas las tienen, me parece estupendo.

La diputada Marcela Hernando preguntó sobre la frecuencia de venta a los Centros de Salud Familiar (Cesfam) y, también, si hacemos distinción respecto de si tienen o no deudas.

En cuanto a la primera parte de la consulta, quiero señalar que la frecuencia de venta es a requerimiento de ello. Desde luego, tratamos que no hagan pedidos todos los días, porque, reitero, no estamos en condiciones de despachar diariamente una cajita, porque "nos sale más cara la vaina que el sable", es decir, el flete es más oneroso que la ganancia por la venta. Entonces, intentamos explicarles que se organicen, por ejemplo, que compren una vez a la semana o cada dos semanas. También, nuestra disposición depende del tamaño del Cesfam y de la municipalidad. En el caso de las municipalidades grandes que compran mucho, no tenemos ningún problema en despechar, si es necesario, dos veces a la semana. Sin embargo, por ejemplo, en el caso de la Municipalidad de Putre, en la práctica, compre lo que nos compre, siempre nos saldrá más caro el flete en comparación con la ganancia de la venta, porque es un municipio pequeño, una comuna con muy pocos habitantes y muy alejada. Por tanto, el costo logístico es carísimo. Además, creo que nunca he visto un pedido superior a 200.000 pesos en Putre, porque no necesita más, si tiene muy pocos habitantes. Al final, lo que buscamos es un promedio.

Respecto de las deudas, hacemos un análisis porque, obviamente, no podemos vender a una municipalidad con la que tenemos en litigio por no pago. Lamentablemente, existen municipalidades que tienen la muy mala costumbre de no pagar y nadie está en este negocio para continuar vendiendo a un comprador con el que se está, incluso, litigando judicialmente por deudas que datan desde hace cuatro o cinco años.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Cuál es el total de la facturación del Laboratorio Chile, desde una perspectiva porcentual, no de números absolutos? ¿Cómo se desagrega la facturación de Cenabast, los hospitales, los Cesfam, las cadenas de farmacias, las farmacias independientes y las populares?

Tiene la palabra, señor Pfeifer.

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, responderé su consulta partiendo de lo general a lo particular.

Del ciento por ciento de la torta de venta, el 65 por ciento corresponde a los *retails*, a saber, cadenas de farmacias y distribuidores que llegan a las farmacias independientes. El 35 por ciento restante corresponde a instituciones, es decir, Cenabast, hospitales y municipios, que son los tres grandes compradores. Dentro del municipio, metemos a las farmacias populares. La verdad es que estas son muy irrelevantes aún, pues no llegan ni al medio por ciento, porque está recién comenzando. Es algo que espero que se desarrolle en lo que resta del año, pero es muy incipiente.

Ese 35 por ciento está dividido en tres tercios prácticamente iguales. Varía año tras año, porque en algunos años nos va mejor con la Cenabast y en otros peor, dependiendo de la competencia que haya. Pero tiende a ser más o menos un 12 por ciento en cada uno, pesan más o menos lo mismo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Del mercado de genéricos, ¿cuál es el rango de venta suyo, comparado con los otros laboratorios productores de genéricos y bioequivalentes?

El señor **PFEIFER**.- ¿A qué se refiere cuando dice rango de ventas?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Al porcentaje de participación de mercado que tiene su laboratorio respecto del total de la facturación.

El señor **PFEIFER**.- El orden del 50 por ciento. No lo puedo decir exactamente. Al contrario de lo que sucede con las marcas, IMS mide las marcas con mucha exactitud, pero no identifica los genéricos, porque la farmacia hoy trabaja el genérico A, mañana el B y pasado mañana el C. Esa es una de las razones o la principal razón por la que no se puede hacer promoción médica de un genérico, porque si la hago y la farmacia tiene otro genérico, estaría trabajando para mi competidor. Pero sí se le puede hablar al público, que es lo que estamos haciendo a través de ese comercial. De modo que si comparamos lo que vendemos con lo que vende el mercado, pues IMS sí audita el total de los genéricos que vende el mercado, nuestra participación es del orden del 50 por ciento.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la directora de la Agencia Nacional de Medicamentos, señora Pamela Milla.

La señora **MILLA** (doña Pamela).- Señor Presidente, fui anotando algunas de las cosas que yo podría aclarar o dar alguna respuesta.

Respecto de la publicidad, esta se encuentra prohibida en los medicamentos que no son de venta directa. Los de venta directa pueden tenerla. La promoción médica está permitida, y

desde la promulgación de la ley Ricarte Soto el ISP la está evaluando y aprobando.

También se está fiscalizando la publicidad en las farmacias. Debemos coordinar con las seremis para buscar atisbos de publicidad en las revistas, lo cual estamos haciendo, y en los medios de comunicación masivos.

En cuanto a la promoción médica, es complejo controlarla en la prescripción, porque, en términos estrictos, esta última sería un acto médico y, por lo tanto, correspondería a la seremi en profesiones médicas; sin embargo, muchas veces se ve de una forma indirecta a través de la promoción.

Los países con más control sobre eso tienen receta médica electrónica. O sea, junto con lo que pagan los seguros públicos y privados, la receta es respetada en la farmacia, porque simplemente no se devuelve. Eso ocurre ahora con los seguros. El copago solo opera cuando se trata de un medicamento prescrito, no obstante la mayoría de la gente no tiene seguros complementarios. Esto va a pasar en la medida en que vaya subiendo el costo de estos seguros.

Ahora bien, en el sistema público se compra por genérico o por ofertas, por tanto, aquí, no hay problema de intercambio, pero sí a veces de orientación hacia ciertos productos. Eso se ve en las licitaciones. Sin embargo, estamos trabajando con la Cenabast y la Subsecretaría de Redes Asistenciales para solventar esos problemas y dar mayor educación respecto de las licitaciones.

El proyecto de ley de Fármacos II, que en este momento se encuentra en tramitación, incluye más aspectos de transparencia, como, por ejemplo, transparentar los servicios que se den a los prescriptores de los laboratorios. Por el momento, solo tenemos acceso al listado de precios y hemos instruido en los laboratorios que entreguen los precios especiales que se pueden dar por convenio, lo que también deberían declarar. Y eso se está fiscalizando.

También, el ISP está desarrollando un aplicativo de precios voluntario que tiene como función algún grado de vigilancia, no de fiscalización, porque no nos corresponde, de lo que está pasando en el mercado. Lo que sale de IMS no es suficiente y no toca el sector público ni a las farmacias populares.

Respecto de la prescripción, en 2010 la OMS declaró el uso racional de medicamentos como una pandemia. Entre muchas causas de aquello, señala que el Estado no ha sido capaz de ser el primer capacitador del gremio médico. Los prescriptores son capacitados por los laboratorios. En ese sentido, se avanza y tratando de que el ISP, que tiene hartas dificultades técnicas e, incluso, jurídicas, tenga un *vademécum* para el público que considere lo estrictamente aprobado, porque a veces los *vademécum* comerciales están *off label* o un poco aumentada la indicación terapéutica aprobada por el ISP, bajo los estrictos parámetros científicos que se presentaron.

Finalmente, me quiero referir a la farmacia popular, la que no considera una atención tan cerrada en el sentido de que toma al Fonasa y a las Isapres, porque finalmente la

Contraloría General de la República la vio más que como parte de un consultorio de un Cesfam, como parte de la Promoción de la salud (PS), la cual es para todos.

Si su señoría lo tiene a bien, sugiero darle la palabra a la señora Biby Ferrada para referirse a la fiscalización.

La señora **FERRADA** (doña Biby).- Señor Presidente, quiero referirme a dos temas tratados en relación con la actividad fiscalizadora en el ámbito sanitario.

Como mencionó el fiscal nacional, a partir de 2014, el Instituto de Salud Pública ha tenido un rol preponderante en el ámbito de la fiscalización de las farmacias y los laboratorios, fundamentalmente, en un aspecto que ha sido relevante y que tiene incidencia en el mercado de los medicamentos en cuanto a los incentivos.

Hoy, los incentivos fiscalizados por el Instituto de Salud Pública están relacionados con el momento de la dispensación. A raíz de eso, se han instruido cincuenta sumarios sanitarios por incentivos en el acto de la dispensación. Uno de ellos fue instruido en relación con los incentivos de laboratorios hacia cadenas farmacéuticas o centros asistenciales o de salud.

En ese sentido, las sanciones cursadas en relación con esa infracción ascienden a 1.000 unidades tributarias mensuales por cada trabajador al cual se le ha incentivado o pagado incentivos por la venta de medicamentos.

En cuanto a la bioequivalencia, también es un ámbito que el Instituto ha fiscalizado y se han instruido sumarios sanitarios por incumplimiento de la obligación de demostración de bioequivalencia. Se han instruido cien sumarios sanitarios y se han cursado multas, por cada registro que esté en incumplimiento, de 1.000 unidades tributarias mensuales, que es el máximo de sanción que establece el Código Sanitario, que va de 0,1 a 1.000 UTM.

Por lo tanto, la actividad fiscalizadora del Instituto ha estado presente para exigir o velar por el cumplimiento de la reglamentación y de la ley N° 20.724, que incorpora estos elementos prohibitivos a la normativa vigente y que, en el caso de los incentivos, fueron absolutos a partir de la ley interpretativa del artículo 100 del Código Sanitario.

Esos son los elementos que yo quería incorporar de la actividad fiscalizadora del Instituto.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero consultar a la jefa del Departamento Jurídico del ISP, en relación con las farmacias comunales o solidarias, respecto de las prohibiciones que estableció la Contraloría General de la República, ¿qué sucedería en el caso concreto y puntual, que me tocó ver, el fin de semana pasado, en el distrito que represento, una receta del hospital Sótero del Río, a través de su Centro de Diagnóstico y Tratamiento,

CDT, que tiene una farmacia propia y la persona concurre, se le receta, y va a la farmacia del hospital, y el remedio no está disponible hasta aproximadamente un mes y medio más? Y esa persona va a la farmacia comunitaria, y el farmacéutico, los dependientes y todo el mundo empiezan a hacer preguntas hasta que llega este diputado, donde se me pregunta si tenía alguna interpretación de la ley. Les dije que ninguna, porque es un caso bien especial. ¿Qué pasa en ese tipo de casos? Me gustaría que el ISP pudiera aclararle a quienes están operando, o van a entrar a operar, situaciones de ese tipo. Si bien está prescrito el medicamento de un organismo del Estado, pero no está en la nómina, no es un medicamento AUGE, no es un medicamento canasta. Pero sí del Centro de Diagnóstico y Tratamiento del hospital base, en el caso puntual del Sótero del Río. ¿Se le puede vender a esa persona si insiste o no?

El señor **CASTRO** (Presidente.- Tiene la palabra la señora Biby Ferrada.

La señora **FERRADA** (doña Biby).- Señor Presidente, en primer lugar, debo aclarar que el Instituto ha velado fundamentalmente por quien tiene a cargo la autorización de las farmacias y por la instalación y funcionamiento.

Hay aspectos propios de la administración que, más bien, están relacionados con la autonomía de las municipalidades; el modelo de administración y de beneficiarios que han adoptado en la instalación de sus farmacias.

En términos generales, la ley N° 19.378, sobre atención primaria de salud, no establece restricciones. Hay dos aspectos: por una parte, permite otras prestaciones y, por otra, que los consultorios entreguen otras prestaciones. En ese contexto de otras prestaciones, se ha instalado la entrega de medicamentos. Yo no diría venta propiamente tal porque no hay una actividad comercial, sino que es la entrega de una prestación y que se financia con una especie de copago o un pago que hace el beneficiario.

No hay distinción respecto de estas otras prestaciones, ni tampoco hay distinción de si para estas otras prestaciones, a las cuales la persona que concurre y paga, deba ser para un beneficiario de Fonasa o para alguien que no sea beneficiario del sistema público APS. No hay distinciones, lo que no obsta a que las municipalidades puedan optar por un tipo de beneficiario en particular. Es decir, la ley no establece exclusión respecto de los beneficiarios, sin perjuicio del modelo que puedan adoptar los municipios en su decisión de gozar de la autonomía que tienen para adoptar un modelo u otro. En algunos casos, son solo a beneficiarios y, en otros, puede ser a ambos tipos de personas.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Por último, señor Pfeifer, no sé si lo dijo en un minuto, ¿cuál es la diferencia de precios observada entre lo que le vende al *retail* por cada genérico, y lo que ve, y lo que dicen los estudios, de

que es el precio de venta final a público? ¿Cuál es esa diferencia?

El señor **PFEIFER**.- Señor Presidente, es muy difícil hacer una generalización. Diría que, tratando de buscar alguna conclusión más o menos general, los genéricos, como son muy baratos, las farmacias los marginan porcentualmente más. En términos absolutos, tal vez, no es mucho, pero porcentualmente los marginan más. Por lo general, más de una vez. En otras palabras, sobre un ciento por ciento de recargo. Estamos hablando de un producto que vendemos a 200 pesos. Los venden a 400 pesos. Entonces, uno dice sigue costando menos que un pasaje en el Transantiago.

La pregunta que debe hacerse ahí -y me meto en zapatos que no son míos- si una cadena puede funcionar financiando todos sus costos operacionales con 200 pesos por medicamento de marca. Esa es una pregunta que más bien habría que hacérsela a las cadenas.

En los medicamentos genéricos de marca, se margina menos. No he visto casos del ciento por ciento.

Es difícil buscar una regla, porque los medicamentos que son de uso crónico, tienden a marginarlos menos, porque la gente tiende a tener un precio mental. Si tomo un Mertformin todos los meses, o algo para el control de la presión, sé perfectamente cuánto pagó por el producto. Por lo tanto, cuando me lo suben, me cambio de farmacia o voy donde el médico y le pido una alternativa o un remedio genérico.

Aquel remedio que es agudo, para el dolor, un medicamento antibiótico, etcétera, tienden las farmacias a marginarlo más, porque son de compra puntual, y no tengo un comparador cercano.

Y los que menos marginan, en términos porcentuales, si bien son los que más marginan en términos absolutos, son los innovadores, por un tema de precio absoluto. Ningún innovador puede costar 30 mil pesos o más. Entonces, si están marginando un 30 por ciento sobre 30 mil pesos, están generando un margen de 9 mil pesos. Tendrían que vender 45 genéricos para hacer un mismo margen. Ahí viene el tema de los genéricos y del poco amor que tienen las farmacias por los genéricos. Hay un amor y un desamor. Hay un amor, porque les llevan tráfico, flujo, y esa gente que compra genéricos, eventualmente también aprovecha de comprar pasta de dientes, pañales y otras cosas.

Como digo, los genéricos son un gran generador de tráfico. Si bien son baratos y contribuyen, en términos absolutos, poco; en términos porcentuales, hartos.

El señor **CASTRO** (Presidente.- En nombre de la Comisión, agradezco la presencia de nuestros invitados.

Por haberse cumplido el objeto de la sesión, se levanta.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe de Taquígrafos de Comisiones

Habiéndose cumplido con el objeto de la presente sesión, se levanta a las 17:31 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ
Presidente de la Comisión

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Secretario de la Comisión