SESIÓN 10ª 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 9 DE MAYO DE 2016. SE ABRE A LAS 15:34 HORAS.

SUMARIO

- Exposiciones del Presidente de la Asociación de Farmacias Independientes, señor Héctor Rojas, y del Director del ISP, señor Alex Figueroa.

Asisten los diputados señores (as) Bellolio, don Jaime; Castro, don Juan Luis; Chávez, don Marcelo; Gahona, don Sergio; Hernando, doña Marcela; Macaya, don Javier; Núñez, don Marco Antonio; Pérez, don Leopoldo; Rathgeb, don Jorge; Rubilar, doña Karla; Torres, don Víctor, y Urizar, don Christian.

Se ponen a disposición las Actas de las sesiones 5ª y 7ª, correspondientes a la actual legislatura.

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 Presidente de la Asociación de Farmacias Independientes, señor Héctor Rojas, y el Director del ISP, señor Alex Figueroa. Asisten, además, la Jefa del Departamento Agencia Nacional de Medicamentos, señora Pamela Milla, y el Asesor señor Humberto Burotto, ambos del ISP; el Jefe de Estudios de Cenabast, señor Arturo Avendaño, y los Asesores del Ministerio de Salud, señores (as) Carolina Mora y Guillermo Olivares.

Debidamente autorizados por la Comisión, asisten también los señores (as) Vanessa Astete, Juan Briones, Joan Casanova, Ignacio Copaja, Ibis Grey, Edgar Guíñez, Felipe Jerez, Fernando Pérez, Verónica Pérez, Karin Pozo, Tomás Rees, Constanza Sapag y Francisco Ule.

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).- No hay Cuenta, señor Presidente.

-Ingresan los señores invitados a la comisión.

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

En esta oportunidad, vamos a escuchar a don Héctor Rojas, presidente de la Asociación de Farmacias Independientes, quien nos va a presentar su punto de vista sobre la globalidad de los problemas que ellos observan en el sector.

Luego escucharemos al director del Instituto de Salud Pública, don Álex Figueroa, a quien pedimos, además de los temas a que él voluntariamente quiera referirse, atinentes a lo ocurrido en las últimas semanas en materia de fiscalización u otros aspectos, que se refiera a las indicaciones o a la voluntad que el Ejecutivo ha puesto en la denominada ley de Fármacos II, para que esta comisión tenga una mayor claridad sobre a qué se refiere y qué temas son los planteados en el Senado por la autoridad para regular el mercado farmacéutico.

También esperamos a un representante del Colegio Médico, al doctor Enrique Paris, quien no podrá asistir, pero va a enviar a otra persona a la comisión para dar a conocer su posición.

Tiene la palabra el señor Héctor Rojas.

El señor **ROJAS**.- Señor Presidente, los objetivos de la ley de Fármacos, por todos bien conocida, para ver si se han cumplido y saber, en definitiva, quiénes han sido beneficiados hasta el momento respecto de estos tres objetivos.

En primer lugar, se pretendía mayor accesibilidad de medicamentos por parte de la población. En segundo lugar, una disminución de los precios, más alternativas de medicamentos, mayor oferta, medicamentos genéricos, bioequivalentes y más baratos, y en tercer lugar, disminuir el costo de adquisición de medicamentos por parte del Estado. Es decir, buenos, baratos y accesibles, algo así como las tres "B".

Pero, ¿qué pasa después de dos años? Como mostraré, hay un fracaso rotundo, porque en realidad esta ley fue hecha a la medida.

En realidad, como dije, las tres "B" fueron un fracaso, porque tal como veremos ni la gente ni las farmacias han sido beneficiadas como se prometió cuando se presentó este proyecto de ley.

La Tercera publica que "Salud cambia política de bioequivalentes por alzas de precios". Nosotros lo dijimos en un principio, cuando el señor Mañalich era ministro, que esta política de bioequivalentes no iba a resultar. El costo de los bioequivalentes por lo menos para los laboratorios nacionales era imposible de obtener.

Continúa diciendo que "Cenabast halló variaciones de hasta 251 por ciento en valores de 16 remedios clave, entre 2012 y 2014".

Para explicar un poquito de medicamentos claves, creo que hay medicamentos que son imprescindibles para la salud de la población. Cenabast no está hablando de probióticos, de

vitamina C, de calcio, de colágeno, de endurecedor de uñas. No, estamos hablando de medicamentos de los cuales depende, a veces, la vida de las personas. En esos medicamentos se producía una diferencia de hasta en 251 por ciento de aumento de precio.

Posteriormente, Ciper Chile habla de la ley de Fármacos, que dice: "Por qué suben los precios y desaparecen productos". Una de las explicaciones que dieron dice que "Los laboratorios han privilegiado la certificación de remedios con marcas...". Y es de toda lógica, entre vender un medicamento kitadol, por ejemplo, bioequivalente, con monitos y cosas así, resulta mucho más interesante para Laboratorio Chile, que no tiene nada de chileno, no sé por qué se le permite usar la marca, cuando los dueños son extranjeros. Claro, en vez de tener el bioequivalente que vale 5 veces más barato. Por el monito que le pone al Kitadol y la marca la gente paga cinco o diez veces más caro.

Se agrega en Ciper que "En el primer año de vigencia de la ley, el Estado gastó 37 por ciento más en medicamentos bioequivalentes y debió importar los que ya no se producen en Chile". O sea, todos nosotros ayudamos a pagar esa tremenda diferencia de precio, que me imagino deben ser millones de pesos.

Después hay un gráfico donde aparecen estas diferencias estratosféricas de productos, que son importantísimos: Atenolol, carvedilol, atorvastatina, espirolactona, atorvastatina de 20 miligramos, etcétera, cuyos medicamentos la gente tiene que consumir en forma crónica, permanente, de la cual depende su salud.

¿Qué pasa con la accesibilidad de los medicamentos? Se ha provocado un desabastecimiento enorme. CNN Chile publicó con fecha 21 de abril de 2015 sostiene que "... expertos sostienen que existe un récord "histórico" de desabastecimiento de genéricos".

¿Cuáles son esos medicamentos? Voy a partir con un ejemplo, en lo personal, trágico, porque tengo un sobrino que está en la Clínica Alemana que no tiene bromocriptina. Hoy logré conseguir dos cajas de bromocriptina, porque en Chile no está este medicamento. Los médicos presentes me encontrarán la razón de que la vida de mi sobrino depende de este medicamento. Mandé un *whatsapp* a todos los conocidos y afortunadamente me llegó el producto hoy.

Reitero, ese producto no está en nuestro país. Tampoco está la levotiroxina que era bioequivalente, genérica, que el Estado la compraba en 500 pesos y nosotros en 9 mil pesos, como quedó corroborado con la aparición de la farmacia popular del alcalde Jadue, quien destapó la olla en ese sentido, porque apareció la tremenda diferencia de precio entre el que compra la Cenabast, es decir el Estado, y el que compramos nosotros los dueños de farmacias independientes.

Sigo con los ejemplos, como me lo pidió el señor Presidente. El metronidazol no existe de 250 miligramos, pero existe un laboratorio que lo fabrica de 500 miligramos, que vale cuatro veces lo que costaba el metronidazol. La penici-

lina-benzatina, esta es una vergüenza nacional, que no haya en un país penicilina-benzatina, que Dios nos pille confesados, porque la verdad es que es inexplicable. Diazepam, aminofilina, clorpromazina, crotramitron, el único producto que hay para los piojos. La gente de más escasos recursos está llena de piojos. Vengo de una farmacia ubicada en Independencia con Lastra, una farmacia internacional, porque atiendo generalmente a gente de Perú, de Colombia, de Venezuela. Hay una colonia chilena en el sector, pero es el 5 por ciento de clientes chilenos. Esa gente tiene problemas enormes con medicamentos que no encuentran. Y me dicen: "Pero si en mi país este producto se vende a destajo".

Mebendazol, comprimido y esencial, tinidazol, colchicina, levonogestrel, nitrofurantoina en suspensión. Anoche me tocó hacer turno y me mandaron una receta de nitrofurantoina en suspensión y yo le respondí en el mismo papelito atrás con una nota: "No hay en el mercado en este momento: cámbiela". Me llamó el médico de vuelta y me dijo: "Oiga, ¿qué quiere que le dé si se trata de una niña de tres años que tiene una infección urinaria?". O sea, no estamos hablando de una vitamina C ni de un producto probiótico para prevenir enfermedades. Quiero que nos pongamos la mano en el corazón. Este desabastecimiento nunca se había dado. No hay diazepam, no hay bromazepam y los productos que hay son 10 o 20 veces más caros. No hay propiltiouracilo para el cáncer de tiroides, no hay hidroxiurea, hidroxiclороquina. Por favor, ¡apóyenme! ¿Quién se beneficia con todo esto?

Sin duda, hay un problema de adherencia, porque los precios han subido y han dejado de fabricarse medicamentos esenciales como los que hemos visto. Por lo tanto, hay falta de adherencia a los tratamientos. Como si fuera poco, la guinda de la torta, tenemos en nuestro sector excesivas, desproporcionadas e irracionales multas de parte del ISP, me va a disculpar el señor Alex Figueroa, que rondan los 50 millones de pesos por local, sea cadena, independiente, etcétera.

Tenemos una estadística que en Santiago en los últimos meses han cerrado 30 farmacias independientes. Ni siquiera se quieren defender a través de recursos, porque dicen: "Bueno, pero si me van a bajar a 10 millones. Mi farmacia vale 15". O sea, tampoco puedo pagarlo, tengo deudas, manejo una familia. Esta es una empresa familiar, independiente. Nosotros no somos cadenas, sin embargo, se nos mide con la misma vara.

Otro tema, Codelco Andina fue multado en 1000 UTM por envenenar un río -más o menos en lo mismo se multa a una farmacia- con 50 millones de pesos, y cuando el farmacéutico fue a almorzar y no lo encontraron o vino aquí a la Cámara de Diputados y fueron justo a controlarlo lo multan con 50 millones de pesos. Les cuento para dejarlos tranquilos que hay un farmacéutico en estos momentos.

La situación de los químicos. Esta situación es catastrófica. Imagínense que la ley dejó cerrada la alternativa para que nosotros pudiéramos hacer una vida normal. Esta es la esclavitud en el siglo XXI. O sea, un farmacéutico no puede ir a almorzar, tiene que bajar la cortina. ¿Qué pasa

con los pedidos que llegan? Precisamente, cuando uno sale y hay que hacer un cheque o llegó el vendedor que hacía tiempo no pasaba y justo lo necesitaba porque sé que él tiene los medicamentos que faltan.

Les cuento bajo promesa que lo que estoy diciendo es la verdad, porque yo vengo de una farmacia, detrás del mesón, lo que estoy hablando no lo hago como algún ejecutivo de empresa o asesor, no. El resto de este horario, en que me dedico al gremialismo, estoy en mi única farmacia.

Ahora bien, mañana vamos al Senado, invitado a una comisión y llevaremos estas propuestas. En el fondo, se trata de modificaciones simples, fáciles de aplicar. O sea, lo único que falta, por favor, es voluntad de los honorables diputados y senadores. Ojalá nos escuchen.

¿Se han cumplido los objetivos de la ley?

¡Tanto esfuerzo de ustedes en sesiones hasta la cuatro o cinco de la mañana! Soy testigo de ello, pues me tocó asistir en algunas oportunidades, dejando a sus familias de lado para que esto no haya resultado.

En este momento no hay accesibilidad. A un diputado le mostré una extensa lista de medicamentos esenciales para la salud de las personas y que actualmente no están en el mercado.

En cuanto a la disminución de precios de los medicamentos, tampoco se ha cumplido. Han subido una enormidad los precios. Hay un estudio de la Universidad de San Sebastián que arrojó que en cuatro meses subió alrededor de un 5 por ciento.

Lo relacionado con los medicamentos genéricos, bioequivalentes y más baratos tampoco resultó, porque cada vez hay menos genéricos. Algunas empresas tienen registrados los bioequivalentes, pero no los ponen en el mercado. Es lo mismo y, además, han subido de precio.

Respuesta: No a ninguna de las promesas que se hicieron.

Nuestra propuesta, en primer lugar, es cambiar dos decretos supremos del Ejecutivo, que tienen que ver con las normas para la bioequivalencia. Lo vamos a proponer mañana.

Afortunadamente, el Ejecutivo presentó una indicación al respecto, que he llamado "bioequivalencia por reputación", bajo el principio del dicho que más vale diablo conocido que por conocer.

Esa "bioequivalencia por reputación" la propuse hace diez años, como AFFI Chile, en el sentido de que un medicamento que ha estado en el mercado por más de diez años debería obtener la bioequivalencia *per se*, porque se la ganó.

Si no ha tenido denuncias ni experiencias catastróficas en la población, y si las personas siguen comprado ese medicamento, por qué no aceptar ese hecho como un gran estudio clínico en toda la población.

Entonces, estoy muy conforme con que el Ejecutivo haya presentado una indicación al respecto, porque de esa manera los laboratorios nacionales tendrán la alternativa de poner en el mercado medicamentos bioequivalentes, y no como se presentó en la ley de Fármacos 1, con un precio prohibitivo.

Ojalá eso lo aprueben en la Cámara de Diputados y también en el Senado.

El decreto supremo N° 79, que tiene que ver con los recetarios magistrales, es lo más absurdo que hay, pues impide prácticamente que existan en el país, en circunstancias de que se trata de una herramienta superútil e imprescindible, por ejemplo, para personas alérgicas a la lactosa, dado que en este momento la mayoría de los medicamentos se hacen con lactosa como excipiente.

Por lo tanto, los pacientes tienen reacciones adversas y, en un comienzo, los médicos piensan que se debe al principio activo, y se podrán dar cuenta a futuro de que el excipiente es el que está provocando el problema.

Esa situación se podría solucionar con un recetario magistral, pero en este momento está prohibido. Creo que hay treinta farmacias en todo el país, de las tres mil, que tienen recetario magistral.

Entonces, un paciente ante una reacción adversa va a tener que buscar entre estas treinta farmacias una que le pueda hacer el medicamento a la medida, porque los recetarios magistrales hacen medicamentos a la medida del paciente. Pero con este decreto supremo se han reducido al máximo los recetarios magistrales.

Me pregunto, ¿a quién le conviene esto? A las grandes empresas transnacionales, porque saben que es una competencia para ellos. No quieren que en nuestro país haya recetarios magistrales.

Creo que una manera fácil de mejorar esta situación es cambiando el decreto supremo N° 79.

Al asumir el cargo la ministra Castillo nos dijo que iba a hacer una mesa de trabajo y que íbamos a cambiar este decreto supremo, porque tiene normas tan absurdas como cuarenta días de vigencia de un medicamento. O sea, al preparar un medicamento se debe poner una fecha de vencimiento de 40 días, lo que genera en el paciente y el médico una evidente desconfianza, porque cómo se va a comprar un producto que vence en poco más de un mes.

Esto es lo que proponemos cambiar y es fácil hacerlo, porque está a nivel reglamentario. No se requiere una nueva ley.

Sobre venta de medicamentos por parte de Cenabast a todas las farmacias, ya está en una de las indicaciones, y agradecemos al Ejecutivo por ello.

Asimismo, mayor fiscalización a hospitales por compra de medicamentos, porque aunque ustedes no crean hay una serie de ventas por licitación que no reúnen los requisitos. Creo que como Cámara de Diputados, en su rol fiscalizador, deberían poner coto en esta situación.

Además, fiscalización y aplicación de multas con criterio en relación con el tamaño de la empresa, o sea, no como las que tenemos en este momento.

Ahora, dentro de los cambios al decreto N° 3, como dije, se observa lo relacionado con los diez años, lo que llamé "bioequivalencia por reputación". Está contenido en una de

las indicaciones que presentó el Ejecutivo, de manera que si un medicamento durante diez años ha cumplido su función y no ha tenido denuncias, sea catalogado como bioequivalente.

Respecto del decreto supremo N° 79, ya dije que hay que cambiar esa norma de los cuarenta días. La norma señala que un médico no puede prescribir con la misma dosis del producto registrado. Eso es un absurdo enorme. En las propuestas que di a conocer está lo de los cuarenta días, porque no hay ninguna explicación científico-farmacéutica -lo digo como químico farmacéutico- que diga que un producto de un recetario magistral no dure más de cuarenta días. En el lugar más estricto del planeta, en Europa, creo que un año le dan de vigencia a los preparados magistrales.

Por otra parte, a los médicos se les prohíbe prescribir por la misma dosis del producto registrado. Por ejemplo, si un médico quiere prescribir, vía recetario magistral, metronidazol de 500 miligramos, se lo prohíbe el decreto supremo porque un laboratorio tiene registrado el medicamento con 500 miligramos. O sea, aquí prevalece el interés de los laboratorios antes que el interés del propio paciente. Eso es lo que no se entiende cuando uno está detrás del mesón.

En cuanto al tema de las compras que se permite hacer a la Cenabast para las farmacias independientes, para aprovechar el gran precio que tiene, a veces es 20 veces más barato en algunos productos que el precio al que compramos nosotros habitualmente. Montones de veces denunciábamos esto y cuando aparecieron las farmacias populares quedó al descubierto. Es más, las farmacias populares están siendo víctima de los altos precios que tienen los laboratorios a cualquier actor que no sea la Cenabast.

Respecto del tema de las multas hay que decir que hay una indicación que señala que el ISP ya no va a participar en la fiscalización y pasaría nuevamente a la seremi, pero vamos a tener que seguir insistiendo por esta moda de condenar y de sancionar por el máximo.

Fíjense ustedes que el artículo 174 del Código Sanitario establece un rango entre 0,1 UTM, es decir, 4.500 pesos, a 1.000 UTM, o sea, 45 millones de pesos. Entonces, si alguien me dice que le sacaron una multa por 0,1 UTM yo diría que es ridículo.

Sería absurdo cursar una multa de una UTM por una infracción, pero también sucede al revés, nos fuimos al otro extremo: 45 millones para una farmacia que tiene un costo de 20 o 25 millones de pesos es de lo más absurdo que hay.

Muchas gracias.

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

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, agradezco la presentación del señor Héctor Rojas, ya que fue muy esclarecedora en términos de señalar lo que se pretendía con la ley N° 20.724 y, desde su perspectiva, lo que realmente se obtuvo.

Siguiendo la línea que inauguró don Héctor, quisiera partir por el final. Efectivamente, la ley N° 20.724 entregó la facultad de autorizar y de fiscalizar las farmacias al Instituto de Salud Pública. Durante dos años dicha facultad se ha aplicado, y para beneficio de la transparencia de esta comisión la cantidad de fiscalizaciones, rigurosidad y criterios, ha sido bastante más homogénea que antes, y para ello la cantidad de fiscalizaciones también se ha duplicado respecto de las que existían en la Región Metropolitana.

Bajo ese mismo precepto legal, el Ministerio de Salud suscribió un acuerdo con las seremis de regiones, en las que el Instituto de Salud Pública delegó la facultad de autorizar y fiscalizar a las farmacias, botiquines y droguerías, con el objeto de aplicar la nueva legislación.

Ahora bien, en la primera sesión de la comisión investigadora, si mal no recuerdo, entregamos la totalidad de los sumarios que estaban vigentes. Hoy, dada la relación de hechos que ha realizado don Héctor, voy a focalizarme solo en los sumarios de farmacias independientes en la Región Metropolitana.

Efectivamente, tenemos cerca de 200 sumarios desde 2014 al 2016, y aproximadamente 100 de ellos tienen una sentencia, ya sea de multas de diferentes valores, hasta el valor máximo de 1.000 UTM, que ha señalado don Héctor. Al mismo tiempo, existen sumarios que aún no han tenido sentencia.

Quiero decir que hemos tenido reuniones con la Asociación de Farmacias y le hemos manifestado que existe una ley, la N° 20.416, que habla de las empresas de menor tamaño. Respecto de ellas, uno podría encontrar una causal para rebajar las multas, dado que la multa que se cursa a una farmacia de cadena y a una farmacia independiente, por ejemplo, por ausencia del químico farmacéutico, es prácticamente la misma.

Ahora, ¿es dable pensar que el ser humano que se atiende en una farmacia independiente su salud tiene una calidad diferente a la de aquel ser humano que se atiende en una farmacia de cadena?

A juicio del Instituto de Salud Pública, no. Es tan grave la ausencia del químico farmacéutico en una farmacia como en otra, sin perjuicio de lo cual, y dados los argumentos que han entregado las farmacias independientes, y de acuerdo con la legislación vigente, se considera que el tribunal contencioso administrativo, en este caso el Instituto de Salud Pública, puede aplicar la ley que clasifica a las empresas en diferente tamaño y generar, a través de los recursos administrativos, antes de llegar a tribunales de justicia, un espacio para revisar el monto de las multas, y algo que para nosotros es más relevante, el cambio de conducta, ya que nuestra labor no es recaudar plata por multas, sino la de generar cambio en la conducta de un empresario grande o en la de un empresario chico para que se cumpla la ley.

Dicho eso, queremos decir que el ISP no modifica las leyes, sino que las aplica. En consecuencia, encontramos que en este espacio, sin necesidad de proponer un cambio legal,

podemos hacer una revisión de las causas de las farmacias independientes, tal como lo hemos manifestado en su momento.

Es decir, en todas las sentencias, tanto las que están cerradas como aquellas que están en vías de resolverse -se lo hemos explicado al presidente y a su directiva- tienen la posibilidad de presentar un recurso de reposición. Cuando este es fallado de una forma que no satisface a la farmacia independiente, tiene un segundo recurso, que es el de revisión.

Por lo tanto, lo que quiero señalar es que hay sentencias recurribles, es decir, para reposición, porque todas las otras pueden ser revisadas; hay algunas que no se han conocido y que perfectamente pueden ser recurribles. De esas, hay 77 sentencias que no han recibido ningún recurso por parte del privado.

Por lo tanto, informamos esto porque el espacio, el tiempo y la disposición del Instituto de Salud Pública está vigente, y es permanente, para revisar todos los casos que ha señalado la asociación que dirige don Héctor Rojas.

Señor Presidente, si me permite, quiero entregar un catastro en el que aparecen todas las farmacias independientes que en este momento están siendo sumariadas. Se identifica el nombre de la farmacia, la dirección, la comuna, si tiene o no prohibición de funcionamiento, si hay descubrimiento de incentivos a la venta, o canelas, como en algún momento se dijo; si hay o no ausencia de químico farmacéutico en el momento en que se realizó la revisión; si se vulneran o no las normas de publicidad, si hay sumario sanitario y el estado en que se encuentra, las sentencias correspondientes al 2014, al 2015 y al 2016.

A efectos de la transparencia de la comisión, quiero entregar el documento al Secretario.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Secretario, solicito que realice copias del documento para repartirlas a los integrantes de la comisión.

El señor **FIGUEROA**.- Para terminar ese capítulo, quiero decir que el ISP está completamente de acuerdo con el criterio de revisar las sanciones, dado los montos de las multas en el caso de las farmacias independientes verdaderas. Existen farmacias independientes que sí lo son y otras que pertenecen a cadenas, sin perjuicio de que no discriminamos en torno al punto, sino, fundamentalmente, respecto del mérito de los descargos de los recursos de reposición o de revisión que el interesado presente.

En segundo lugar, la evidencia muestra que la ley N° 20.724, a la cual ha hecho referencia el señor Héctor Rojas, significó una disminución del acceso a los medicamentos por el aumento de los precios, como se ha dicho en la presente instancia en otras ocasiones.

¿Qué evidencia existe al respecto?

Primero, los precios de los medicamentos de la Cenabast se han incrementado en un porcentaje importante desde la

entrada en vigencia de la ley. En segundo término, el Servicio Nacional del Consumidor realizó un análisis de los precios de una serie de medicamentos genéricos y de su respectiva marca del mismo laboratorio, que mostró grandes diferencias. En tercer lugar, tal como se señaló, hay algunos genéricos que han salido del mercado, dada la baja rentabilidad que aportan al sistema de salud.

Por último, cabe hacer una referencia a las marcas. Recordemos que la ley de Fármacos, en su momento, señaló expresamente que el médico, en la prescripción, debía consignar la marca del medicamento y solo a modo de información podía informar su denominación común internacional, y la Contraloría General de la República ratificó ese planteamiento.

Por ello, quiero entregar a la comisión, si lo permite la jefa del Departamento Agencia Nacional de Medicamentos (Anamed), la respuesta a un oficio enviado por la Cámara de Diputados, en el cual los parlamentarios Juan Antonio Coloma Álamos, Javier Macaya Danús, José Antonio Kast y Gustavo Hasbún, en uso de la facultad que les confiere el artículo 90 de la ley N° 18.918 orgánica constitucional del Congreso Nacional, requirieron información en relación con la variabilidad de los precios de los 20 medicamentos más comercializados desde la entrada en vigencia de la ley N° 20.724, que modifica el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos.

En respuesta, elaboramos un informe -desconozco si es legal entregarlo de manera directa a la comisión-, en el cual se identifican las principales marcas comercializadas en Chile. Cuando lo analicen, concluirán que el 90 por ciento de esas marcas experimentó un significativo incremento en sus precios de comercialización. Los datos del estudio fueron aportados consultora IMS Health, cuyo representante estuvo en la comisión, y el informe fue elaborado por el Subdepartamento de Estudios y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Asuntos Científicos del IST.

El señor **CASTRO** (Presidente).- El informe no tiene fecha.

El señor **FIGUEROA**.- Es de hoy. Póngale timbre.

Respecto del recetario magistral, conversamos con Anamed y, en principio, estamos de acuerdo en que se requiere una revisión del reglamento para ampliar el acceso.

Asimismo, quiero recordar que todo lo que significa entrega de medicamentos en envases clínicos a las farmacias requiere elevar una solicitud especial a la autoridad sanitaria, pues se debe contar con una sala para las labores de fraccionamiento. Es decir, si las farmacias independientes o farmacias de cadena trabajan con envases clínicos, es necesaria una autorización, que está normada. La regulación al respecto está publicada en la página web del ISP y los requisitos a cumplir están meridianamente claros.

Finalmente, el Ejecutivo presentó algunas indicaciones al proyecto de ley que se encuentra en tramitación en el

Senado, cuyos contenidos me reservo para que sea el Ministerio de Salud el que las informe a la comisión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Son públicas.

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, sin perjuicio de lo anterior, mencionaré algunas.

En primer lugar, las facultades de autorización y de fiscalización de las farmacias en Chile se entregan a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. En segundo término, se regulan los dispositivos médicos de mayor riesgo, materia que no estaba normada. A partir de esa legislación, se comienza a discutir la regulación de dispositivos que son centrales en el sistema de salud chileno. En tercer lugar, se otorgan más facultades a la Cenabast para que supere el desabastecimiento que se ha discutido en la presente comisión. La idea es que la Central de Abastecimiento cuente con las atribuciones y con los recursos necesarios para traer medicamentos, registrarlos y, de esta forma, lograr pleno abastecimiento, tal como lo anunció la ministra de Salud. En cuarto lugar, se entregan al Instituto de Salud Pública y al Ministerio de Salud la facultad de interpretar la ley, los reglamentos y las normas, a fin de hacer más expedito el funcionamiento del sistema de salud, en las áreas farmacéuticas y de dispositivos médicos.

Otra indicación importante es que se invierte el contenido de la norma vigente. Por tanto, el producto farmacéutico prescrito deberá ser individualizado por su denominación común internacional (DCI) y, a modo de información, se consignará la marca.

Además, se agregan una serie de normas para transparentar la relación del prescriptor con los laboratorios. De tal modo, se le otorga a la autoridad sanitaria facultad para regular de mejor forma una materia que es discutible, en la cual hay una gran sombra. Ciertamente, aquello contará con el apoyo del Colegio Médico de Chile y de todas las autoridades del área científico-médica.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor **NÚÑEZ** (don Marco Antonio).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero agradecer la presencia del director del Instituto de Salud Pública de Chile, doctor Alex Figueroa, de la señora Pamela Milla, jefa del Departamento Anamed y, también, del señor Humberto Burotto. Cabe recordar que Humberto Burotto y Alex Figueroa fueron dirigentes estudiantiles muy destacados en los años 80, pues ocuparon los puestos de presidentes de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (FECH) y de la Federación de Estudiantes de la Universidad Católica de Chile (FEUC), respectivamente; años después hay que reconocerlo, pero es la historia que no podemos negar.

Asimismo, quiero saludar la presencia de Héctor Rojas, a quien conocemos hace mucho tiempo y que, en los últimos días, ha hecho noticia profusamente por varios temas.

En cuanto a la materia en discusión, quiero recordar que hace tres años la Comisión de Salud, en sentido figurado político, libró una verdadera guerra mundial. Es más, en dos oportunidades terminamos querrellándonos contra el ministro de Salud del Presidente Sebastián Piñera, el señor Jaime Mañalich, en el marco de la tramitación de la ley de fármacos.

La ley de fármacos fue inconsulta. Su objetivo era vender medicamentos en cualquier parte; además se la vinculaba con otras obsesiones, como las integraciones verticales. Es decir, no tenía ninguna relación inicial con los conceptos de uso racional de medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nosotros nos opusimos a esa ley, respaldados en un principio básico. Le manifestamos al señor Mañalich, quien en la Comisión de Salud golpeaba la mesa, se permitía actos de violencia verbal e, incluso, física, -están los videos-, que queríamos que el ISP se transformara en una agencia del medicamento en Chile, con los más altos estándares internacionales, y eso está pendiente. La Anamed es un avance, es control nacional que se transforma en Anamed, pero no cuenta con autonomía administrativa, sino solo a nivel de recursos; además, su planta profesional no ha crecido de acuerdo a sus atribuciones. Este es un tema pendiente.

En segundo lugar, le expresamos al ministro de la época que el sentido de la bioequivalencia era bajar el precio de los medicamentos y mantener o aumentar su calidad. Pero qué ocurrió. La bioequivalencia, tal cual se la concibió, no es reconocida internacionalmente, y sucedió lo que pronosticamos: los medicamentos genéricos bioequivalentes aumentaron de precio. Existen los registros audiovisuales que confirman que se lo dijimos al ministro Mañalich. Es más, hago una llamado a los consumidores a revisar los debates de hace 3 o 4 años, porque hay un responsable de que ellos paguen más. En el marco del debate, dijimos que aquellos que votaran a favor del proyecto, de determinados artículos, amén del ministro, serían los responsables del incremento de los precios, Espero que si estos ministros nos están escuchando se responsabilicen por el alza de precios de los medicamentos. Además, si iba a haber intercambiabilidad, que esta fuera de medicamentos certificados como bioequivalente, ya que no cualquier genérico es intercambiable.

Si bien se hicieron cambios a la receta, pero la realidad es que en este país se tiende a no respetarla. A modo de ejemplo, en las farmacias de Chile se venden anualmente más de 25 millones de comprimidos de Cialis y de Sildenafil, sin que se exija receta, aun cuando es un medicamento que requiere receta para su consumo. Cada vez que puedo hago la prueba de colocar el nombre propio en mis receta, lo cual es ilegal, cometo una ilegalidad en mis recetas; sin embargo, nunca me

han rechazado una por no poner la denominación común internacional.

Entonces, se nos anuncia que hay una ley de Fármacos 2 en discusión en el Senado, que es incluso menos conocida, menos dialogada y que no ha tenido discusión pre-legislativa con nosotros.

Mañana tenemos un almuerzo con la ministra de Salud para hablar de la ley de Fármacos 2, olvidando que venimos saliendo de una guerra mundial. Ahora hay una ley de Fármacos 2, originaria de cuatro senadores y patrocinada por el Ejecutivo, por lo que pasa a ser una ley del gobierno, cuyo título es Fin a la Integración Vertical; pero me dicen que no hay integración vertical. Es decir, ni siquiera el título es consistente con su contenido.

Entonces, cómo le irá al gobierno con un modelo de gestión -se lo dijimos a la ministra y se lo volveremos a decir- en que se ponen de acuerdo con dos senadores, que representan ciertos intereses, me da lo mismo quienes sean, y vienen meses después a la Comisión de Salud a aprobar la ley de Fármacos 2. ¡Les va a ir pésimo, porque así no se genera política pública! ¡Conozcamos los contenidos! ¿Es necesaria una ley de Fármacos 2? ¿Funciona bien la ley de Fármacos 1, respecto de bioequivalencia, intercambiabilidad, recetas y fiscalización? No, entonces vamos a la 2, sin resolver los problemas de nivel cuatro en la Anamed, bioequivalencia e intercambiabilidad.

Entiendo que las instituciones hacen lo que pueden. Probablemente, si fuéramos asesores del director, estaríamos respaldando ese diseño de política. No lo planteo desde la perspectiva pequeña de la defensa de los intereses corporativos de la Comisión de Salud y de los diputados, sino desde el sentido común lógico de cómo el gobierno debe desarrollar las políticas de fármacos.

Nosotros aún no recibimos oficialmente el articulado de la ley de Fármacos 2, y está por despacharse. Puede haber artículos que sean atendibles y otros discutibles, pero si esas son las condiciones -se lo dije al subsecretario Burrows- desde ya planteo que esa no es la forma de trabajar entre el principal legislador, que es el Ejecutivo, y los colegisladores, que somos nosotros.

La comisión investigadora tiene un tiempo acotado, por lo que agradezco la presentación de nuestros invitados.

Señor Presidente, por su intermedio, pido al Instituto de Salud Pública (ISP) que venga antes de nuestro cierre, para conversar con su director y con la directora de Anamed, sobre las dudas que planteen nuestros invitados y que aparezcan en el transcurso de la comisión investigadora.

Asimismo, quiero que se abra un cuaderno aparte. Es decir, aquel en que la Secretaría lleva un acta especial y que cada vez que hay alguna afirmación o entrega de algún dato empírico relevante, va a ese cuaderno aparte, porque alguno de los parlamentarios presentes determinamos que es de importancia para el informe final. Por eso, señor Presidente,

pido que al final de la sesión someta a votación la instalación de un cuaderno aparte para esta comisión.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente).- De inmediato.

¿Habría acuerdo para abrir un cuaderno aparte?

Acordado.

El señor **NÚÑEZ** (don Marco Antonio).- Señor Presidente, por su intermedio, y a fin de aprovechar la presencia de nuestro invitado, me referiré a dos propuestas que él hizo con relación a los decretos N° 3 y 79.

Respecto de las normas de bioequivalencia, quiero que profundice, desde la visión de las farmacias independientes, cuál ha sido el efecto en los precios, en la calidad, en la competitividad en el mercado, y en la relación con los laboratorios y con la Cenabast, desde que se inició el articulado de bioequivalencia, particularmente este decreto, y el recetario magistral. Entiendo que usted ha hecho una evaluación crítica, pero quiero que profundice en ambos conceptos para que sepamos, en términos legislativos, qué cambios debiésemos implementar en la ley o acordar con el Ejecutivo el cambio de esos decretos.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a los invitados.

En la línea de lo expresado por el diputado Núñez, quiero que el señor Rojas profundice respecto de la diferencia de los precios. Si bien se habla de la ley N° 20.724 y de la denominada ley de bioequivalencia, ¿de qué nos sirvió? Todos nos damos vuelta en una serie de normas, pero en la práctica lo que a la gente y a nosotros, como representantes de la ciudadanía, nos interesa saber es qué pasa con el lado oscuro del mercado de los medicamentos en Chile y que hasta hoy, ni el fiscal nacional se atrevió a aclarar. Lo dejó siempre en una penumbra, argumentando que estaba impedido de explicarlo, ya que la fiscalía tenía juicios en tribunales o investigaciones en curso. Todos, de alguna u otra manera, le hacen el quite al tema de fondo. Usted trató de decirlo, pero después se fue para otro lado, como que no quiso ahondar en el tema.

La pregunta concreta es qué pasa en Chile. ¿Es un problema de la ley N°20.724 o del par de decretos que usted dice que hay que cambiar? ¿Es problema de los médicos, que son monopólicos, por definición? Las personas que concurren al médico no tienen la capacidad de ir a una farmacia con una receta y discutirle al dependiente, porque es el médico el que tiene la razón, la verdad absoluta y revelada.

No quiero que los médicos presentes me malinterpreten, pero nadie va a cuestionar lo que el profesional le recetó, porque sería absurdo.

Por lo tanto, cuando en la farmacia le dicen que no tienen tal o cual medicamento, pero que tienen otro, el cual puede ser incluso más barato, la gente no se atreve a comprarlo. Es más, algunos facultativos le preguntan a uno que por qué cambió el remedio que le receté. Yo le pregunto que cuál es la diferencia, porque el farmacéutico me dijo que química y clínicamente era lo mismo, que no iba a tener ninguna diferencia. Pero como uno no es ni médico ni químico, no le puede discutir al médico; personalmente, no voy más a verlo.

Señor Rojas, desde su perspectiva, detrás del mesón, ¿qué con el mercado de los medicamentos en Chile? ¿Dónde está el quid del asunto? Todo el mundo se está corriendo de decir la verdad.

Al director del ISP le pregunto, por su intermedio, señor Presidente, si es la ley N° 20.724, publicada hace dos años y medio, la gran culpable del problema que tenemos con los medicamentos. ¿El problema surge en el gobierno pasado o todos se dieron cuenta de que había una asimetría muy grande de información y de una serie de prácticas solo hace dos años y medios? Lo pregunto, porque todo se refiere a este punto; lo dijo el diputado Núñez, en la época del doctor Mañalich. Entiendo que el proyecto que dio origen a la ley N° 20.724 se discutió por cuatro años en el Congreso y se publicó en febrero de 2014, y es de autoría de la exsenadora Alvear, del exsenador Ruiz-Esquide y de otros, ni siquiera del gobierno de turno.

Entonces, me gustaría que también se aclarara ese punto, porque se le está echando la culpa al empedrado. Pero vamos al fondo, al objetivo de la comisión.

¿Qué pasa con Cenabast? ¿No tiene la musculatura o los dientes, como dicen algunos, para ejercer su labor? ¿Qué pasa con el ISP que va a entregar sus facultades a través de una ley que se dice se está tramitando en el Senado y que nadie conoce? Lo dicen los colegas más entendidos e integrantes de la Comisión de Salud.

La verdad es que vamos a seguir con el problema y la ciudadanía espera, de esta comisión investigadora, que le digamos si esto tiene o no solución, o cuál es el problema para buscar esa solución. Sin embargo, ni siquiera hemos llegado a diagnosticar el problema, nos hemos ido solo en elucubraciones, es decir, podría ser, pero podría no ser, etcétera.

Por lo tanto, les pido que seamos más concretos, tal vez, por eso a los invitados de hoy les ha tocado escuchar más vehemencia en las preguntas, porque debemos darle una respuesta a la ciudadanía. Hemos divagado con muchas teorías pero no hemos concretado el objetivo central de la comisión.

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

El señor **ROJAS**.- Señor Presidente, quiero hacerme cargo del aumento de los precios en los medicamentos, que es lo que

a la gente más le preocupa; además, es el objetivo principal de la comisión investigadora.

Si mal no recuerdo, es un problema de cultura que viene desde que la Presidenta Bachelet era ministra de Salud.

Generalmente en nuestro país se privilegia a las empresas extranjeras, lo dice la canción: al amigo cuando es forastero.

Existe la Cámara de la Innovación Farmacéutica que reúne a los laboratorios más grandes a nivel mundial, los que arbitrariamente colocan precios a los productos en nuestro país, los mismos que en otros países están a mitad de precio y, a veces, más baratos. Tanto es así que se ha hecho común el contrabando de medicamentos; pacientes que van a Mendoza a buscarlos porque les sale más barato incluso pagando pasajes, comiendo una parrillada y comprando una chaqueta de cuero.

En 1978 me recibí de químico farmacéutico, trabajé en tres o cuatro laboratorios, Parke-Davis, Rider. En ese tiempo, había laboratorios que fabricaban acá en el país, pero de pronto dejaron de hacerlo y se fueron a otros lugares. Luego, llegaron otras empresas, pero siempre los gobiernos, en forma transversal, han beneficiado a la industria farmacéutica extranjera y a la nacional le han puesto obstáculos. Lo mismo ocurre con las farmacias.

En el último tiempo, como ya expliqué, hay dos decretos: el 79 y el 3, que benefician absolutamente a los laboratorios, principalmente a los extranjeros. Los privilegia o beneficia porque no les pone obstáculos, les da todas las facilidades para que hagan sus negocios en nuestro país. Además, no se les fiscaliza. Nunca he visto una fiscalización a un laboratorio extranjero. Sin embargo, en las farmacias he visto hasta parlamentarios que van a cerrarlas. Se inyectó todo un esfuerzo en tratar de asfixiar a las farmacias para que, a través de la ley N° 20.724, no aumentaran los precios. Posteriormente, se dieron cuenta de que no era la farmacia la que aumentaba los precios sino los laboratorios. Ahí está el quid del asunto. Si los laboratorios tuvieran fiscalización o algún control, así como lo hacen con las farmacias, no me cabe duda de que el aumento de precios no habría sido tan exagerado. Sin embargo, se ha tratado de desprestigiar a las farmacias -la culpa la tienen las tres cadenas con la colusión- y cada vez que se clausura una o se arremete con una serie de normativas en contra de ellas, todas se resienten, incluso, las de barrio, porque el paciente ve que hay una situación irregular dentro de nuestra industria, la de la dispensación.

Lo bueno del actual proyecto de ley es que también se está hincando el diente a los laboratorios. El enfoque lo pone donde está el origen del aumento de precios, especialmente en los internacionales.

Entonces, en la medida en que se siga tratando de regular las farmacias con listas de precios, poner el precio en los envases, evitar la productividad, que se impida pagarle a un empleado por productividad, que tiene el derecho como cualquiera a recibirlo, propuestas que tengo entendido vienen

en el nuevo proyecto como vestigios, como resabios de la ley de fármacos uno, los medicamentos seguirán con altos precios. Todas esas situaciones quedaron en la ley N° 20.724 que tenían por objeto asfixiar a las farmacias como industria y dejar libre a los laboratorios, y que permitiera a estos últimos aumentar los precios arbitrariamente.

Los laboratorios no tienen ninguna fiscalización. Jamás he visto en la prensa que vayan a fiscalizar y a quebrar un laboratorio. Los asociados me lo habrían dicho. Creo que solo hubo una pequeña investigación y hay un sumario administrativo.

Entonces, mientras los laboratorios internacionales sigan haciendo de las suyas en nuestro país, los productos van a aumentar su precio. Además, sacan un medicamento del mercado cuando consideran que no es negocio y ni siquiera han tenido una multa por esa situación, lo cual es un riesgo inminente para la salud de la población.

Tengo un sobrino internado en la Clínica Alemana con un trastorno hipofisario y me llamaron porque necesitaba bromocriptina, porque no había. Hoy le conseguí dos cajas. Eso se debe a que los laboratorios lo sacaron del mercado.

Los gobiernos en forma permisiva han hecho todo lo posible por desprestigiar, condenar y sancionar a las farmacias, pero no ha dado el resultado que se pretendía y tampoco lo va a dar, porque, en el fondo, marginamos un rango entre el 20, 30 y hasta el 40 por ciento en algunos productos, pero los laboratorios marginan 20 veces más, es decir, 2.000 por ciento de diferencia.

La farmacia popular vende a precio costo, a través de la Cenabast, y es 20 veces más barata. Imagínense la utilidad que tienen. 2.000 mil por ciento.

Si usted va a asfixiar al dispensador, que tiene un margen de utilidad de 30 por ciento, no va a lograr nada. ¿A quién tiene que apretar? Al que tiene la mayor utilidad. Es como si dijéramos que la bomba de bencina o estación de servicio es la culpable del alto precio de dicho combustible en nuestro país, en lugar de ver que hay un tremendo impuesto que cobra el Estado.

Entonces, aquí nos estamos haciendo los lesos, pues son los laboratorios los que generan esa tremenda diferencia; está a la vista, ahí está la causa del alto precio de los medicamentos en nuestro país. Esa es la única razón, no existe otra.

Si ustedes siguen asfixiando a las farmacias solo van a lograr bajar el precio de los medicamentos en 2, 3, 4, 10 o 15 por ciento, pero jamás van a eliminar esa tremenda diferencia de 2.000 por ciento, situación que está corroborada por las farmacias populares, que también han sido víctimas de esa situación.

Eso es lo que puedo informar en cuanto a los precios.

Respecto de la accesibilidad, creo que históricamente lo hemos dicho y así lo ha corroborado el director del Instituto de Salud Pública; incluso, hay laboratorios internacionales que en nuestro país tienen el registro de un producto y ni

siquiera lo comercializan. De tal forma, las farmacias no tienen la posibilidad de importar ese producto ni registrarlo en Chile, porque los laboratorios internacionales ya lo tienen registrado y no lo mandan al mercado; lo tienen ahí, como un bien que podría ser transable a futuro, creando con eso un perjuicio para toda la población.

En cuanto al tema de la accesibilidad, creo que no existen dudas, ya que los documentos y las cifras duras lo demuestran: la accesibilidad en nuestro país ha decaído enormemente.

Respecto de la calidad, debo precisar que, según información entregada por la Universidad de Chile, la bioequivalencia se ha hecho en un 80 por ciento mediante el sistema de bioexención, que es una forma diferente a la que se planteó en un comienzo, pero que es mucho más sencilla y no da plena seguridad de que los medicamentos vayan a ser realmente bioequivalentes. Considero que eso estuvo mal y los llamo a aprobar esta otra forma de bioequivalencia, que yo he llamado "por reputación", porque, si un medicamento ha tenido una buena reputación durante diez años, perfectamente debería declararse su bioequivalencia.

Es más, aquí ha faltado voluntad política, pues hay una bioequivalencia per se, que no requiere ningún tipo de estudio ni análisis. Esta condición está presente, por ejemplo, en los medicamentos inyectables, porque cuando usted, doctor, inyecta un medicamento a la vena, ¿llega en un ciento por ciento o no? Sí, llega directamente el ciento por ciento del principio activo; no tiene la barrera del estómago, del intestino ni de otro órgano. Cito dos ejemplos: Diclofenaco inyectable, que tiene un valor de 2.000 pesos, y Lertus en ampolla, inyectable, que tiene la misma bioequivalencia; los dos son intramusculares, endovenosos, pero el último cuesta 8.000 o 9.000 pesos. Entonces, ¿por qué no le damos la posibilidad a esas formas farmacéuticas, que tienen una bioequivalencia per se, para que empiecen a vender inmediatamente bioequivalentes?

En lugar de eso se da toda una vuelta, se hacen análisis de las formas de comprimido y se sostiene que la bioequivalencia se aplica solo a los comprimidos. ¿Para qué? ¿Por qué no decimos que no hay voluntad política? Si hay voluntad política se deberían escuchar esos argumentos y entregar los medicamentos, porque va en directo beneficio de la gente. Hay una serie de medicamentos que podrían bajar diez veces su precio si se fomentara esta modalidad de bioequivalencia per se, que es otra de nuestras propuestas.

Por otra parte, los recetarios magistrales es un tema único en nuestro país. Creo que, en forma porcentual, en ninguna parte del mundo hay tan pocos recetarios magistrales; anteriormente mencioné la cantidad de 30 en 3.000 farmacias. En cuanto a la alternativa de disminuir los precios de venta -no tengo ahora un comprobante u otro documento, pero se los puedo hacer llegar-, existen recetarios magistrales que podrían hacer bajar hasta 30 veces el precio de un medicamento de un laboratorio extranjero que se vende en el mercado

nacional, en el caso de que ese medicamento se pudiera hacer mediante el recetario magistral, a través de una cápsula o de un comprimido.

Ahora bien, mencioné el decreto 79 porque me parece que es lo más rápido; la salud no puede esperar, es un derecho que tiene la población, a la cual no le podemos poner trabas. Y si las conclusiones son evidentes y no hay un riesgo para la salud de la población en esos temas se debería dar "chipe libre", legislar y regular rápido, porque esto no es para mañana, sino para ayer.

Señores diputados, espero que el tema les haya quedado claro: "chipe libre" en lo que esté comprobado, en lo que sea necesario; de otra forma, vamos a tener que cambiar la ley y seguir con la misma cantinela, vamos a seguir siendo permisivos con los laboratorios extranjeros y ellos van a seguir haciendo lo que quieran con nuestro país.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a nuestros invitados.

En mi caso tengo varias dudas. Es muy importante tener clara la historia de la ley, ya que un determinado cuerpo legal se promulga de una forma porque en algunas materias se logran reunir los votos favorables, y en otras no. Es bastante simple decir que la ley tiene un problema o que generó alguna dificultad, pero, por ejemplo, hoy se nos dice que se va a usar la denominación internacional, se quiere modificar la receta y poner la denominación internacional, que corresponde a lo que habitualmente denominamos un medicamento genérico; es una mezcla de conceptos. También se ha dicho que en la parte inferior de la misma receta se va a agregar el nombre de marca entre paréntesis, si el médico lo estima conveniente, es decir, se haría algo inverso a la práctica actual.

Ahora, lo que se anota hoy en la receta no es producto de que la ley de fármacos 1 lo establezca así, sino que por medio de la ley de fármacos 1 se buscaba incluir la denominación común internacional. Basta con ver las actas para darse cuenta de que se proponía consignar la denominación común internacional y la marca, pero terminamos en un "no", redactado de otra forma. Es decir, el médico ponía la marca y, si lo estimaba necesario, ponía entre paréntesis la denominación común internacional; el medicamento solo se podía cambiar en caso de existir un bioequivalente.

En la comisión mixta también tuvimos una discusión respecto de los bioequivalentes per se, en cuyo marco el senador Guido Girardi dijo que él no cree que, por ejemplo, esta bioequivalencia per se sea aplicable a los inhaladores. Lamentablemente no tengo acá el acta, pero la puedo traer la próxima vez. En ese caso, él se opuso a la intercambiabilidad y puso en duda la bioequivalencia per se. Es más, dijo que, en caso de aprobarse esa norma, el Ministerio de Salud tendría que hacer un listado de los medicamentos bioequivalentes per se y

hacerse responsable de su intercambiabilidad, de modo que los distribuidores puedan decir: "yo me lavo las manos y es el ministerio el que deberá hacerse cargo si ocurre cualquier problema".

En definitiva, ni soñar en esta bioequivalencia de reputación, porque si hay dudas sobre la bioequivalencia per se en el caso de productos como inhaladores, inyectables y otros, que todos sabíamos que estaban siendo cuestionados en el marco de la tramitación de esa ley, olvídense de la bioequivalencia por reputación.

Quiero dejar las cosas claras. Primero, si tenemos una ley que no considera la denominación común internacional como una obligación para el médico es, precisamente, porque el Parlamento la aprobó así; por lo tanto, habría que revisar de qué manera votó cada parlamentario. Entonces, para dejar clara las cosas, no es que el ministro Mañalich haya traído consigo una ley que estipulaba que se debía anotar la marca, dejémoslo claro.

Segundo, creo que efectivamente hubo un problema con la bioequivalencia, porque no nos aseguramos de dejar establecida la necesidad de implementarla en el caso de los medicamentos genéricos. Y como eso no quedó establecido, ¿qué hicieron? No lo hicieron y sacaron los medicamentos más baratos del mercado. Es cierto, fue un problema y una externalidad que no se quiso en su momento y que es una realidad, pero la pregunta que quiero hacer es la siguiente.

En la intervención del subsecretario Burrows dijo que lo que buscaban con los cambios de la ley de fármacos II -que comparto con el diputado Núñez que debe ser conversada por más de dos o tres senadores porque, de lo contrario, van a tener problemas- era suspender, es decir, que solo sean intercambiables solo los que tienen la bioequivalencia y permitirlos en los medicamentos bioequivalentes por reputación más o menos o en algunos de los medicamentos en que no es tan estricto el nivel plasmático. Claramente, no hablamos de antidepresivos ni de ninguno de esos medicamentos, sino de medicamentos donde su variabilidad no impacte clínicamente. Entiendo que esa es la idea.

Si eso es así, ¿cuál es el alcance que va a tener esa modificación? ¿Cuál es la mejora de los medicamentos bioequivalentes para hacerlos más asequibles?

De hecho, nos dijeron en muchas oportunidades que esas bioequivalencias se hacía imposible realizar y cumplir esos estándares, no la nueva, la anterior; por eso el gobierno la paró. Esa es la explicación por la cual, hace bastante tiempo, se han sacado muy pocos medicamentos bioequivalentes.

Por lo tanto, ¿cuáles son los cambios reales que se quieren hacer y en qué tenor? Porque el problema que tenemos hoy es la ausencia de genéricos, pero también me llama la atención, porque la empresa que respondió los oficios del diputado Macaya y de otros diputados, es la misma que vino a decir que el mercado ha aumentado su venta de medicamentos genéricos -esa información está en las diapositivas de la empresa-, que disminuyó la venta de los medicamentos simila-

res, los medicamentos de farmacias que muchas veces asocian las marcas propias, que todo eso disminuyó, y que la venta de los medicamentos de marcas también disminuyó.

Entiendo que ha aumentado el costo de los medicamentos de marca. Sin embargo, el mismo estudio dice que aumentó la venta de los medicamentos genéricos. Entonces, ¿cómo se condice que desaparecen los medicamentos genéricos, pero, a la vez, el estudio dice que aumentó su venta? Necesito que alguien me explique eso, porque no lo entiendo; es decir, hay más venta de medicamentos genéricos o desaparecen. ¿Cuál es la realidad? ¿Qué dice el Ejecutivo que está pasando hoy en el mercado de los medicamentos? Me gustaría entender esa situación, porque si van a vender menos medicamentos de marca, claramente hay laboratorios que pueden aumentar sus precios, cuestión que cuando vendan tengo mayor margen de ganancia, pero eso no necesariamente implica que la gente esté comprando más medicamentos de marca. ¿Están comprando más medicamentos de marca a precio más caro o medicamentos genéricos a un precio más barato? Necesito entender qué pasa en el mercado, porque no lo entiendo.

Por su intermedio, señor presidente, me gustaría que se respondiera qué pasa en el mercado, qué se busca con la ley de Fármacos II.

Asimismo, ¿qué pasa con la Agencia Nacional de Medicamentos (Anamed), con la agencia tipo 4 y todos los requisitos que se pidieron durante el gobierno anterior, que no permitieron aprobar un proyecto de ley? Porque no puede haber cambiado el discurso desde el gobierno anterior a este, es decir, el gobierno anterior exigió todo eso a Anamed y ahora le exige menos. ¿Qué pasa con Anamed?

El proyecto no está archivado y por unanimidad la comisión la semana pasada decidió mantenerlo. Es más, pedimos verlo.

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

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, quiero que nos hagamos cargo de todo lo que hacemos, decimos y pensamos.

En primer lugar, como autoridad, no tengo ningún conflicto de interés con ningún actor de la industria, mi declaración de patrimonios e intereses está en el Servicio Civil y en la Contraloría General de la República, fue hecha en tiempo y forma, y está disponible para toda la comisión. No represento a ninguna farmacia, ni laboratorio y a ningún actor relacionado con esas materias.

En segundo lugar, es clave señalar los principios que nos guían en nuestra labor:

El propósito fundamental que tiene el Ejecutivo al presentar las indicaciones, en el proyecto de ley conocido como ley de medicamentos II o ley de fármacos II, es fomentar la transparencia y la información. Es más, diría que el principal objetivo de ese proyecto de ley es, fundamentalmente,

superar la situación de nebulosa o de mayor regulación que existe entre la prescripción y el mundo de los laboratorios. Además, también, permitir a las personas una mayor posibilidad de hacer uso de la indicación terapéutica que se le ha hecho en términos de que se le prescriba un medicamento bioequivalente, que tenga un registro adecuado y que se pueda cambiar por un medicamento accesible a su bolsillo y de la misma calidad. Con eso, se fortalece la noción del registro sanitario del ISP.

En Chile valoramos poco lo que tenemos, sin embargo, una de las cosas que más valor tiene para los países extranjeros es, precisamente, la potencia que tiene el registro de los medicamentos en nuestro país. Porque, primero, se trata de una fundación en la salud pública chilena y, segundo, ha sido siempre una situación de registro muy impermeable a las presiones de la industria nacional e internacional.

En consecuencia, el registro de medicamentos del Instituto de Salud Pública es para algunos una barrera de entrada al mercado farmacéutico y en Chile podemos decir que entrega certeza de calidad y, al mismo tiempo, certeza jurídica para quien lo inscribe.

Claramente, ese registro va a tener mayor potencia cuando el ministerio de Salud se presente ante la acreditación de la OPS como agencia nivel 4, ya que hay un acuerdo a nivel gubernamental de presentar las credenciales y los procesos para que la OMS y la OPS lo conozcan durante el mes de junio y principios de julio. En dos oportunidades Chile ha sido clasificado en nivel 3 como agencia OPS y la idea es que ahora, presentar por tercera vez y obtener el nivel 4 como agencia OPS.

¿Eso qué permite? En primer lugar, permite que haya medicamentos más baratos y de calidad en Chile para el consumo interno y, en segundo lugar, abre un espacio a la industria nacional, particularmente a la producción nacional, que significa incorporarse a lugares donde hoy el registro del ISP es importante, pero no es reconocido como un *fast track* y la idea es que sea reconocido rápidamente, por ejemplo, por países de la alianza pacífico, donde hay una mesa de conversación con la industria nacional para favorecer la inserción de nuestros productos en otros países.

En tercer lugar, si se pregunta por temas de fondo en esta comisión investigadora sobre medicamentos, diría que así como ustedes lo han hecho todo este tiempo, hay que actuar con equilibrio y prudencia, pero hay dos conceptos que me interesa defender, que son los siguientes:

Primero, el acceso a medicamentos que sean de calidad, seguros, eficaces y a buen precio. Creo que el acceso a medicamentos en el mundo entero y, particularmente, en Chile, está puesto en entredicho, fundamentalmente por razones de precio. La evidencia que ha presentado Sernac, Cenabast y los estudios que han aportado las personas que han expuesto, claramente concuerdan que en Chile tenemos un problema de precio que requiere ser asumido como un tema de fondo.

Eso significa ir a lo que están haciendo países desarrollados y países en vías de desarrollo, como es la tendencia hacia la nitidez del mercado y la transparencia en los precios.

Actualmente, en Chile, todas las preguntas que aquí han surgido respecto de volúmenes y montos, no pueden ser respondidas por ninguna autoridad regulatoria en este país, tampoco por ningún parlamentario ni por la industria. La excepción es una agencia internacional, que trabaja para la industria farmacéutica, que reúne precios agregados, por principios activos. Sin embargo, hoy no existe una obligación de informar a ninguna autoridad en nuestro país respecto de cuáles son los precios finales; o mejor dicho, los precios de lista de las farmacias al público en general.

Tampoco existe obligación de mostrar cuáles son los tipos de convenios que tienen los puntos de venta para las diferentes personas que hacen uso del punto de venta.

Lo único que hoy existe, con la ley N° 20.724, es que los laboratorios presenten si tienen o no las listas de precios, y si tienen o no descuentos por volúmenes. Hasta ahí no más llegamos.

Entonces, si en el seno de esta comisión se quiere avanzar, para asumir temas de fondo, evidentemente el precio es un tema clave y, otro, la transparencia. Fundamentalmente para que la gente, o los grandes compradores, tengan la oportunidad de acceder a precios competitivos.

¿A qué me refiero con eso? Me refiero a que en determinados segmentos de medicamentos, en forma estacional durante el año, los seres humanos que habitan nuestro país, tengan la capacidad y la posibilidad de acceder a medicamentos previa comparación del precio de los mismos.

Creo que eso es clave. En esto, otros países ya no solamente están comparando, sino que están derechamente regulando el precio, con bandas, con fijación, con reembolsos, por lo que creo que para nuestro caso se puede aplicar un mix de estas experiencias.

Si me preguntan, para mí el tema es precio, transparencia y la posibilidad de que la gente pueda comparar.

Es más, hay que tener mucho cuidado con el tema de estar refrendando canelas nuevas, porque de lo que acabo de escuchar me quedó la impresión de que se podrían crear incentivos para que las farmacias vendan más productos. Entonces, ojo con estar cambiando una canelita, por un canelazo, porque eso claramente va a significar aumentar el precio de los medicamentos. Ahora, si se hace, eso tiene que ser meridianamente transparente, de cara al público y, al mismo tiempo, con una autoridad regulatoria económica y sanitaria que regule una situación de ese tipo.

Al respecto, quiero decir que las farmacias municipales, que el ISP ha autorizado, buscan justamente eso, es decir, tener mayor acceso a los medicamentos por parte de la población.

Respecto de lo mismo, si se nos pregunta si las farmacias independientes podrían apostar o ingresar a ofertas de

la Cenabast, en principio creemos que sí. Si además nos preguntan que si las farmacias independientes son una buena opción, también pensamos que sí lo es. ¿Por qué? Porque en algunos lugares, comunas donde no hay ningún tipo de farmacia, sino que algunas farmacias independientes, con recursos propios, de FNDR o privados, perfectamente pueden establecerse y ser un buen canal para que la gente acceda a medicamentos.

Ahora, respecto de la revisión de sumarios nosotros vamos a actuar de acuerdo con lo que dice la ley; en forma transparente y clara, con la consiguiente precisión, para que a todo el público le quede claro, que la revisión de los sumarios que nosotros tenemos con las farmacias, se va a hacer de acuerdo a derecho y aplicando la legislación vigente, que diferencia entre empresas grandes, medianas, pequeñas y micro.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Doctor se podría referir con mayor precisión a la denuncia o formulación respecto de prebendas, beneficios o garantías que tendrían los laboratorios extranjeros por sobre los nacionales.

El señor **FIGUEROA**- Señor Presidente, si se refiere a la política de bioequivalencia implementada con plazos muy estrechos, que prácticamente hicieron muy difícil que la industria nacional diera cuenta y respuesta adecuada a eso, claramente ahí pudiere existir un beneficio a la industria farmacéutica internacional. Sin embargo, no tengo datos para poder afirmar una cosa así. Lo que sí puedo decir es que la gestión del ISP hoy está absolutamente orientada a darle garantías a todos y a todas, fundamentalmente porque tenemos la convicción de que para que la gente acceda a medicamentos, tiene que haber diferentes alternativas. Si eso lo dan los laboratorios internacionales y los laboratorios nacionales, bienvenido sea. Lo que a nosotros nos interesa es que haya mejores precios, más transparencia y que la gente pueda comparar.

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

El señor **ROJAS**.- Señor Presidente, el decreto 79 y el decreto 3, tiene situaciones tan claras como, por ejemplo, que los envases clínicos, por poner un caso, solamente se venden a las clínicas, a los hospitales, pero nosotros no podíamos venderlo. Es más, se nos vende, pero infringiendo la norma, como es el caso del agua destilada. Si usted compra agua destilada y dice que es una venta exclusiva para establecimientos de tal o cual tipo.

Entonces, este tipo de situaciones que siguen vigentes, es un claro hecho de que se ha favorecido, y no es un tema respecto de este gobierno, sino que ha sido un tema transversal.

Ahora, que nadie le haya puesto el cascabel al gato, lamentablemente es así, pero el decreto 79 viene del 2010, y si bien ha pasado por una serie de revisiones, y demuestra un claro beneficio a los laboratorios internacionales. Es más, yo diría que alguien de ese grupo lo redactó, porque no puedo entender cómo eso pasó por las autoridades de ese momento, para perjudicar de esa manera a las farmacias independientes y a las farmacias en general, porque no solo se perjudicó a las nuestras, sino a farmacias de cadenas, que hoy se dedican a otros temas, como la obesidad.

En ese escenario, hacer medicamentos que sean para el público en general como un beneficio, va a ser muy difícil, porque como he dicho, 40 días, entre otras cosas. ¿Dónde está la diferencia que se hace a las farmacias respecto de los laboratorios internacionales?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Respecto del desabastecimiento del cual usted hizo referencia, señor Rojas, me gustaría saber, a su juicio, cuál es la causa que medicamentos de uso tan frecuente, tales como el diazepam, el lorazepam, los tiroídeos, y otros de uso masivo, hoy estén carentes o no estén disponibles para los dueños de farmacias para que puedan comprarlo.

El señor **ROJAS**.- Señor Presidente, principalmente es una motivación económica. Por ejemplo, el precio de farmacia del piroxicam es de aproximadamente de 200, o 250 pesos, por lo que creo que ningún laboratorio va a querer negociar un medicamento tan barato.

Es posible que haya productos que son más caros, pero cuyo costo es elevado y su margen de utilidad para el laboratorio no es rentable, razón por la cual lo deja de fabricar.

Al respecto, entiendo que en el nuevo proyecto viene una fuerte fiscalización y obligaciones que deben tener los laboratorios, por ejemplo, anticipando con sesenta días, cuando van a descontinuar un medicamento.

Sin embargo, todo eso no se ha hecho, más allá de que haya sido denunciado en el tiempo. Bueno, los intereses comerciales son los que privilegian a esos laboratorios para sacar el medicamento del mercado. No queda otra alternativa.

La señora **MILLA** (doña Pamela).- Señor Presidente, quiero decir varias cosas.

En primer lugar, en relación con la fiscalización, este año triplicamos las visitas inspectivas a los laboratorios y a las droguerías, que son las internacionales. Se hizo de acuerdo con un plan de vigilancia, en el cual tratamos que el eje de la fiscalización del ISP fuera más relevante que los registros, que los papeles, que son bastante robustos.

Me extraña la aseveración del señor Rojas. En nuestra cuenta pública aparece que este año se triplicaron las visitas inspectivas. A las farmacias se duplicaron y en el resto se triplicaron.

En segundo lugar, respecto de la bioequivalencia, no es verdad lo que él dice. Solo el 20 por ciento se hace por bioexención, que son los Tipo 1. Eso está avalado por la OMS que en 2014 resolvió que los Tipo 2 de bioequivalencia eran también *in vivo*. Por lo tanto, en nada estamos alejados de la norma internacional. Son muy pocos los que tienen bioexención y se suman los que han probado por proporcionalidad de dosis. Es decir, cuando se cambia la dosis, se puede hacer bioexención, pero es una cosa técnica. No existe la bioequivalencia a la chilena. Estamos avalados por todo lo que dice la Organización Mundial de la Salud. Es más, somos líderes en Latinoamérica, porque asesoramos a Colombia y a Perú, y en la Alianza del Pacífico estamos a cargo del tema. Ahora estamos negociando con México.

Respecto de qué pasa con los principios activos, debo señalar que hay varias causas. Una de ellas es que los tres principales laboratorios proveedores de genéricos en Chile fueron comprados por compañías internacionales: Grünenthal-Andrómaco S.A., Abbott-Recalcine y Teva-Laboratorio Chile. Por lo tanto, el nicho del negocio cambia, porque ahora se dedican a hacer medicamentos para Latinoamérica y el mundo, y no solo para Chile. Por lo tanto, su portafolio disminuyó y cambió.

Respecto de los principios activos que él coloca, hay algunos que tienen problemas a nivel internacional. Aquellos principios activos que son de poco uso, como Diazepam o Bromazepam, que han sido trasladados a otros medicamentos, tiene problemas en el mundo. Hay una lista de por lo menos diez principios activos que están desapareciendo. De hecho, Brasil se está planteando, como nicho de negocio, hacer principios activos, para que ustedes vean la diferencia. En el caso de la Benzatina, hubo una alerta de la OMS de que había un problema de producción mundial que se produjo en China, pero en este momento se ha salvaguardado la situación, porque acaba de entrar al mercado chileno una Benzatina desde Brasil.

Por lo tanto, son cosas que suceden a nivel internacional. Este es un problema de la globalización.

Ahora, nuestra regulación provee que se debe avisar cuando se ha pensado descontinuar un medicamento, pero cuando se ha pensado y no cuando la descontinuación se produce por un problema mundial, etcétera.

No hay cómo dar más facilidades a Cenabast, salvo de la forma en que aparece en el nuevo proyecto de ley, para buscarlo si el medicamento está en el mundo.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero puede salir a comprar cuando se desabastece.

La señora **MILLA** (doña Pamela).- El desabastecimiento se produce en el momento en que Cenabast no alcanza a ir a comprar. Tendría que ser previo.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Una cosa es que agreguen un tiempo y otra que la herramienta no exista. Y la herramienta existe.

La señora **MILLA** (doña Pamela).- No ha sido suficiente.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero existe.

La señora **MILLA** (doña Pamela).- Se preocuparon, pero eso mismo permitió testearlo. En realidad, hay problemas con la ley de compras y todos los dictámenes de la Contraloría y no ha sido posible. Entonces, se perfecciona, que fue una muy buena intención primaria, pero faltaron cuerpos legales, etcétera.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Los laboratorios nacionales e internacionales se fiscalizan de la misma forma?

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, si lo permite, en algún momento podemos traer datos específicos sobre las visitas inspectivas que hacemos a los laboratorios, tanto a productores locales como a importadores. Creo que sería bueno, para el conocimiento de la Comisión, trasladar acá el tema técnico.

Lo que puedo decir es que hemos aumentado tres veces las visitas inspectivas a los laboratorios, cosa que antes no se hacía, y al doble las fiscalizaciones a las farmacias. Si nos dan el espacio, podemos mostrar cómo se hace la visita inspectiva. A lo mejor, hay cosas que mejorar.

El señor **NÚÑEZ** (don Marco Antonio).- Señor Presidente, aprovechando la propuesta que hizo el director, pido enviar un oficio al propio Instituto de Salud Pública de Chile, para que nos remitan, con el mayor detalle, todos los antecedentes vinculados con la fiscalizaciones y las visitas inspectivas, tanto a cadenas de farmacias, farmacias independientes y laboratorios nacionales e internacionales, con toda la descripción posible desde la promulgación de la ley hasta ahora. Particularmente, quiero conocer la distribución entre la Región Metropolitana y otras regiones.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para acceder a lo solicitado?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, también quiero pedir que se envíe un oficio, porque estoy preocupada por el desabastecimiento y los problemas que se han denunciado por la falta de venta de los laboratorios a las farmacias populares. Es una denuncia que, según entiendo, está siendo investigada por el director.

Por lo tanto, pido información respecto de esa situación y también de cuántas recetas pendientes están teniendo cada una de las farmacias populares, porque la información que uno tiene es que el tiempo entre el despacho de los medicamentos versus lo que está pendiente, y lo que espera la gente, es bien grande.

Entonces, quiero saber el número de recetas pendientes y el tiempo de espera que están teniendo las personas para acceder a los medicamentos, en cada una de las farmacias populares.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo?

Acordado.

Por haberse 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 GONZÁLEZ
Presidente de la Comisión

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Secretario de la Comisión