

SESIÓN 11ª 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 16 DE MAYO DE 2016. SE ABRE A LAS 15:30 HORAS.

SUMARIO

- Exposiciones del Fiscal de Farmacias Salcobrand, señor Alberto Novoa, y del Presidente de la Asociación Chilena de Farmacias Populares, señor Daniel Jadue.

Asisten los diputados señores (as) Bellolio, don Jaime; señorita Cariola, doña Karol; Castro, don Juan Luis; Chávez, don Marcelo; Hernando, doña Marcela; Pérez, don Leopoldo; Rathgeb, don Jorge; Rubilar, doña Karla; Torres, don Víctor, y 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.

No hay Cuenta.

Concurren, en calidad de invitados, el Fiscal de Farmacias Salcobrand, señor Alberto Novoa; el Presidente de la Asociación Chilena de Farmacias Populares, señor Daniel Jadue, y el Director del Instituto de Salud Pública, señor Alex Figueroa.

Debidamente autorizados por la Comisión, asisten también varios asesores ministeriales, parlamentarios y gremiales, cuya nómina obra en poder de la Secretaría.

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.

El señor **CASTRO** (Presidente).- En esta oportunidad está invitado el señor Alberto Novoa, fiscal de farmacias Salcobrand; el señor Daniel Jadue, presidente de la Asociación de Municipios de Farmacias Populares, y el señor Alex Figueroa, director del Instituto de Salud Pública.

Iniciará su intervención el fiscal, señor Alberto Novoa, quien nos va a compartir información sobre este mercado.

Previo a ello, vamos a solucionar algunos problemas técnicos.

Se suspende la sesión.

-Transcurrido el tiempo de suspensión.

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

Tiene la palabra el señor Alberto Novoa.

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, muchas gracias por la invitación.

Hace décadas que en Chile existe una diferencia de precios para la compra de medicamentos.

Al respecto, la compra que hace el sector público, es hasta 19 veces más económica de lo que es para las farmacias privadas.

Aprovechando la presencia del señor Daniel Jadue, y aun cuando no hubiera estado, quiero agradecer su gestión. La verdad es que ha sido el alcalde Jadue quien ha podido develar esta diferencia de precios, mostrarla en toda su intensidad, y así dejar de ser un tema de algunos para ser un tema de público debate.

Voy a poner algunos ejemplos. El producto Acebron de 4 miligramos, caja de 20 unidades, Cenabast lo vende a los organismos públicos en 840 pesos, mientras que el mismo laboratorio lo vende a Salcobrand en 11.000 pesos. El medicamento Eutirox de 100 miligramos, caja de 100, es vendido a Cenabast en 400 pesos, mientras que el mismo laboratorio lo vende a Salcobrand en 5.449 pesos.

De esa manera, pueden apreciar a qué me refiero con la diferencia en la compra que tenemos, como farmacia privada, respecto del sector público.

La siguiente diapositiva muestra el tamaño del mercado chileno en materia de medicamentos, el cual, según publicó el diario La Tercera en noviembre del año pasado, asciende a 2,4 mil millones de dólares, de los cuales el 65 por ciento corresponde al sector que podríamos denominar retail, que se entiende que son las farmacias privadas, y el resto corresponde a lo que se denomina venta institucional o a los precios económicos a que me he referido.

El diario El Mercurio publicó que la diferencia de los precios entre un sector y otro es de hasta 19 veces, en el sentido de que es más cara la compra que realiza la farmacia privada respecto de la que realiza el sector público.

Pues bien, esta historia de los medicamentos tiene un origen que fundamentalmente requiere una mirada a la cadena completa. Es decir, mirar cómo surge el medicamento. Aunque parezca obvio, el medicamento surge para tratar enfermedades y quien desarrolla la cura de esas enfermedades y hace la investigación y el desarrollo son los laboratorios innovadores que, tras hacer gastos bastante elevados en el desarrollo de medicamentos que pueden llegar hasta los 2.500 millones de dólares, generan un principio activo, una nueva molécula que patentan.

La patente y su duración dependerá de la regulación patentaria de cada país, pero, en definitiva, logran un monopolio legal por un período de tiempo, que en el caso chileno es de 20 años, que permite vender en forma exclusiva ese medicamento, el cual, a través de la receta médica, se va haciendo conocido por el cuerpo médico. En consecuencia, se va recetando a los pacientes.

Estos medicamentos, mientras tienen el carácter de medicamento bajo patente, son de alto costo, tanto para el sector público como para el sector privado. Ahí no existe la diferencia a la que hice alusión en la diapositiva anterior, porque el medicamento está en proceso de recuperación de la inversión que ha generado.

Luego, tras la extinción del plazo de la patente, se produce la posibilidad de que otros laboratorios puedan producir el medicamento, que se denomina genérico. En verdad, la palabra genérico da para mucho, porque hay genéricos de marca y genéricos que no tienen marca, pero concretamente es un medicamento que es reconocido por su denominación común internacional, DCI.

Además, esos medicamentos son producidos curiosamente por los mismos laboratorios innovadores. La razón de que los laboratorios innovadores puedan eventualmente producir medicamentos genéricos, a mi juicio, se origina en la legislación norteamericana, la cual permite al laboratorio que logre primero acreditar bioequivalencia tener un período de seis meses de exclusividad en las ventas.

Por lo tanto, resulta natural que un laboratorio que ha hecho la innovación pueda lanzar al mercado productos bioequivalentes para efectos de ganar, también a nivel del bioequivalente, la exclusividad durante un período de seis meses, pudiendo, en consecuencia, hacerse conocido en ese mercado específico.

Ahora bien, luego de 2012, se produjo en Estados Unidos lo que se denominó el barranco de las patentes o *patent cliff*; es decir, la pérdida de patentes de los medicamentos que más ventas generaban para los principales laboratorios innovadores.

En ese contexto, surgió la proliferación de los medicamentos genéricos y hoy vemos, con mucha alegría, que el precio general de los medicamentos a nivel mundial tiende a la baja, como consecuencia de la aparición de los medicamentos genéricos.

Ahora bien, el proyecto de ley de fármacos 2, iniciativa que está recogida en el boletín 9914-01, genera una serie de situaciones que me parece importante ilustrar a la Comisión, respecto de cuáles son las alternativas con que se encuentra una persona que entra a una farmacia.

Según los datos que señala el boletín -voy a usar los números y la terminología que este utiliza-, la persona que entra en una farmacia se encuentra con un producto genérico que aproximadamente vale 562 pesos. Luego, cada vez más caro, tiene el medicamento de marca propia que, según el boletín, tiene un costo de 1.716 pesos. Estamos hablando del mismo

medicamento. El similar de marca tiene un costo de 3.641 y, finalmente, el de marca innovadora tiene un valor de 6.061 pesos.

En definitiva, la persona tiene todas esas opciones para elegir; por supuesto, con respeto a la receta médica, en el caso de que la receta indique el medicamento a adquirir, pero esas son las alternativas.

¿Qué ocurre con la bioequivalencia? Se elimina el genérico de 562 pesos, el cual pasa a tenerse como genérico bioequivalente. ¿A qué me refiero con que se elimina? El registro sanitario del medicamento genérico queda nulo, sin vigencia legal, para pasar a registrarse como un medicamento genérico. En consecuencia, hay un desplazamiento, no obstante que la bioequivalencia no tiene que ver con precios, sino con la calidad de los medicamentos, que produce el efecto que el medicamento suba de precio, dado los costos que significa la bioequivalencia y otras consideraciones. Con el similar de marca ocurre lo mismo, pues sube de precio para colocarse sobre los 5.000 pesos, siguiendo el ejemplo anterior.

Luego, el boletín establece la posibilidad de eliminar la marca propia, es decir, la marca de un laboratorio integrado verticalmente a una farmacia que, además, le vende a otras farmacias, que representan en su conjunto aproximadamente el 3 por ciento de la totalidad de los medicamentos que hay en una farmacia, lo cual produce que las alternativas que le quedan al cliente son las más caras.

Cuando ese mismo cliente entre a la farmacia, si el proyecto prospera, encontrará un medicamento genérico bioequivalente que andará en el orden de los 2.500 pesos y sus únicas dos alternativas serán medicamentos que superan los 5.000 pesos. Finalmente, van quedando opciones de medicamentos caros. Quien da la cara por esa situación es precisamente la farmacia. Es decir, el efecto responde por la causa.

¿Qué ocurre? Se ha señalado a las farmacias como las responsables de la falta de productos bioequivalentes, de la falta de genéricos. La razón por la cual los medicamentos genéricos empiezan a faltar es porque se han pasado a llamar genéricos bioequivalentes. Eventualmente la razón de que los medicamentos suban de precio no es responsabilidad exclusiva de las farmacias. Por otra parte, la logística que implica tener una cadena de farmacias, llegar con medicamentos a todo el país con estándares a nivel mundial supone lidiar con una serie de proveedores que, en nuestro caso, establecen los precios a través de una lista de precios y nosotros tomamos los precios que nos imponen. Luego hacemos inversiones relevantes en materia de centros de distribución para lograr una cadena logística que permita llegar incluso por mar y por aire a distintas localidades del país y tener un estándar de servicio del más alto nivel. Para ello contamos con 9.405 colaboradores, de los cuales 6.388 son mujeres y se pagan remuneraciones del orden de los 84 mil millones de pesos al año. Tenemos 415 locales arrendados con más de 9 mil medicamentos por local y una inversión de 40 mil millones de pesos.

Somos la única farmacia que está en la isla de Juan Fernández y en localidades como Pirque. Atendemos a 150 mil personas al día y a 42 millones de atenciones al año. Además, somos víctimas de pérdidas por asaltos, hurtos y robos por un total aproximado de 4.000 millones al año.

¿Cuál es la ganancia como consecuencia de todo este esfuerzo? Hoy, según publica el diario La Tercera en noviembre de 2015, la utilidad sobre las ventas de las farmacias Salcobrand es de 1,5 por ciento, con un margen de 24,5 aproximadamente, donde el IVA representa el 19 por ciento del valor de cada medicamento. Y el 74 por ciento corresponde a los ingresos de los laboratorios, productores de los medicamentos.

He dicho.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, solicitarle al invitado si puede explicitar un poco más el tema de los genéricos ya que partió su exposición hablando de los genéricos y después hace mención de un proyecto de ley que se está tramitando en el Senado donde la propuesta sería eliminar los genéricos o a eso apunta el efecto de la legislación conocida como ley de fármacos 2.

Los genéricos, ¿realmente son una alternativa en el tratamiento de los pacientes? El invitado mencionó algo que también yo sostengo y es que cuando un médico receta a una persona esta no tiene capacidad para cuestionar al vendedor lo que el médico le recetó y aunque usted le diga que le va a costar 5.000 pesos menos, no funciona así el mercado aparentemente.

Segundo, dada la condición de estos 20 años de exclusividad en el caso chileno ¿realmente son los laboratorios el problema? En el caso de los bioequivalentes, ¿el hecho de tenerlos 6 meses de primicia para que entren al mercado? ¿O es la legislación norteamericana la que está afectando al mercado mundial de los medicamentos y a Chile llega de rebote? No sé qué está pasando. Si un medicamento lo compra Cenabast a quinientos y tantos pesos y ustedes se lo venden a otro precio... Imagino que todo eso debe estar publicado y no creo que se esté mintiendo en esto. Que la gente no tenga ninguna posibilidad de acceder a ese tipo de medicamentos por consideraciones que los usuarios no pueden manejar. Si un médico me receta X, yo debo comprar X salvo que el médico me diga que si no está X compre X+1.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quisiera que el invitado explicara la estructura de venta de las farmacias Salcobrand. De las ventas, ¿cuántas corresponden a genéricos? ¿Cuántos medicamentos son

de marca propia? ¿Cuánto es marca internacional (innovador)? A nivel de ingresos, ¿se puede desglosar? De esas utilidades, de ese 1,5 por ciento, ¿qué es lo que más se vende? En definitiva, ¿cuál es su estructura de venta?

El invitado hace una simulación con lo que podría pasar con el proyecto de ley de fármacos 2. Pero lo que pasó con la ley de fármacos 1, según respuesta del director del ISP, es que los medicamentos de marca subieron de precio. Puedo entender la explicación que da el invitado en su segundo esquema respecto de los cambios: el genérico se convierte en bioequivalente más caro o el similar se convierte en similar bioequivalente más caro. ¿Por qué subieron de precio en un 40 por ciento los medicamentos de marca? Los medicamentos de marca no tendrían que subir el precio. En estricto rigor debieran haber entrado a competir con los otros medicamentos si se incentivaba fuertemente el genérico bioequivalente o el similar bioequivalente. Igual subió de precio, el genérico de 500 pesos a 2.500 pesos, pero es muy barato respecto del de marca. Si aseguro que el genérico es absolutamente lo mismo que el de marca, debiera haber vendido más aunque el de marca estuviera más caro que el genérico y por competencia el de marca bajaría de precio. Pero eso no pasó y subió un 40 por ciento. ¿También es responsabilidad del laboratorio? ¿Se los está vendiendo más barato o decidieron una venta con más ganancia en los medicamentos de marca? ¿De quién es la responsabilidad de ese aumento hasta un 40 por ciento?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Novoa, en la primera línea del gráfico muestra qué es lo que la gente puede hoy elegir. ¿Cuántas veces el público el punto 1 (genérico) no lo conoce en un punto de venta Salcobrand o de otra cadena farmacéutica?

Pasamos a la marca de la propia cadena, ¿dónde hacen sus marcas propias? ¿Cómo puede garantizarnos que es una cadena natural de precios? La gente dice otra cosa porque va a buscar una amoxicilina y le enchufan una amoxicilina de marca propia o la colocan en un ofertón.

La denuncia que ha hecho el director del ISP incluye a su cadena y tiene que ver con materias de rotulación y bioequivalencia. ¿Cuál es la explicación de las infracciones que se han pesquisado en su cadena y que hacen poco transparente la oferta de los productos que la gente va a buscar a Salcobrand? Para que se respete el principio que declara, pero que no se correlaciona con la realidad en los puntos de venta.

Tercero, ¿qué hace el vendedor cuando llegan muchísimas veces sin receta médica? El cliente llega y dice que el niño tiene tos y qué le puedo dar. Ahí se viene la inducción que termina -según datos del ISP- en marcas propias o donde hay canela o incentivos, lamentablemente, detrás del mesón, que la gente los ignora, pero que es canalizado hacia un cierto producto, sin seguir el orden natural.

Por último, en la presentación sobre las utilidades, ¿cómo podríamos explicar que tienen un 1,5 por ciento de utilidades?

A esta comisión han venido representantes de diversos laboratorios, a los que ustedes les compran, y han dicho que tienen rangos de utilidades de 500, 600 o 1.000 por ciento. En cambio, una farmacia popular, que entrega al costo, que no tiene margen, tiene una diferencia abismante con ustedes respecto del precio de los mismos productos ¿Acaso ellas trabajan a pérdida? ¿Las farmacias populares están quebradas? Por favor, les pido que sinceren sus utilidades, porque nos parece casi una provocación que usted nos diga que en el mercado de farmacias Salcobrand, ellas bordean el rango de 1,5 por ciento. Perdone que sea tan vehemente al preguntar, lo hago con el mayor respeto, pero me gustaría que despejara esa duda.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero dirigirme al invitado.

En una de las láminas de su exposición se estableció que los laboratorios invertían en marketing el doble del presupuesto que destinan a investigación y desarrollo; es decir, en todo lo que concierne a colocar el producto en el mercado. Por ejemplo, gastan en visitadores médicos. Esa información constituye un elemento muy importante para nuestra investigación y me gustaría que profundizara al respecto.

En cuanto a las utilidades, cuando vino el representante de las farmacias independientes, dijo que el promedio de ellas, más o menos, fluctuaba en márgenes de entre 30 y 40 por ciento, respecto del precio de venta, para financiar todo el resto.

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

El señor **JADUE**.- Señor Presidente, quiero saber si Salcobrand le compra directamente a los laboratorios o si tiene algún intermediario. Si hay un intermediario, cuál es. También quiero saber si tiene un RUT asociado a las farmacias.

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

El señor **FIGUEROA**.- En la misma línea de lo que preguntó la diputada Rubilar, quiero saber cuál es el porcentaje de venta de los productos denominados como marcas propias.

En segundo lugar, quiero información respecto de la lista de convenios. Sabemos que Salcobrand tiene convenios con colegios profesionales, con mutualidades y con cajas de compensación, entre otros. Tal vez no sea posible conocer el porcentaje, propiamente tal, pero en el fondo, quedan claro que es importante conocer los precios de venta de los laboratorios a las cadenas de farmacia.

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

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, nosotros no tenemos ningún intermediario para la compra de medicamentos, los compramos en forma directa a los laboratorios. No existe ninguna empresa o sociedad asociada, que tenga un RUT, que haga de intermediario en esa cadena.

Respecto de por qué tenemos diferencias con las farmacias populares, en términos de precio de los medicamentos, es precisamente, por lo que expliqué al principio. Tenemos una fuente de compra de los medicamentos, que es distinta a la de la farmacia popular, salvo que estemos hablando de los medicamentos que la farmacia compra y que no están considerados dentro de la Cenabast; es decir, cuando la farmacia popular compra productos de la Cenabast, tiene una lista distinta de la que tiene la farmacia, una mucho más barata. Cuando la farmacia popular va a comprar medicamentos que no tiene la Cenabast, entramos en equivalencia de precios.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Precisamente, queremos que se refiera sobre el último punto.

El señor **NOVOA**.- ¿Me podría precisar la pregunta, señor Presidente?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Respecto de la compra de productos similares a laboratorios que hacen ustedes y las farmacias populares ¿Cómo se explica la diferencias en cuanto a las utilidades de venta entre ambos?

El señor **NOVOA**.- Nosotros compramos el medicamento más o menos al mismo precio. Tenemos algunos descuentos, probablemente, por el volumen de compras que, en su conjunto, no supera el 7 por ciento. Necesitamos cierta cantidad de dinero para levantar el negocio y generar la venta, y ese margen es de 24 por ciento. Eso es lo que retenemos. Después de vender de todos los medicamentos, nos queda 1,5 por ciento y ese es el número que arrojan los estados financieros de la compañía. No sé cuál es la duda respecto de ese margen, porque si ustedes lo analizan, nosotros tenemos ventas de 9 mil productos por local. La cifra 1,5 puede ser chiquitita, puede parecer una porquería de número, pero es suficiente para levantar el negocio, para pagar remuneraciones y para tener una utilidad decente. O sea, todavía es negocio. Insisto, tenemos 9.000 productos o medicamentos en cada local; son grandes números, pero en definitiva, el 1,5 por ciento es el resultado de nuestro ejercicio.

No sé si alguien ha dicho, no lo he escuchado, que tenemos márgenes de entre 30 o 40 por ciento; la verdad es que no los tenemos. No se condice con nuestros estados financieros. Si me permiten ir un poco más allá, si una analiza la FECU (Ficha Estadística Codificada Uniforme) de Fasa, por ejemplo, que estuvo abierta a la Bolsa, que es una empresa que está

listada y, por lo tanto, uno puede acceder a la información pública respecto sus utilidades, uno se da cuenta de que los números están más o menos en el rango. Entonces, si había una expectativa de que nuestras utilidades fueran mayores, lamentó que no sea así.

No sé si con eso contesto la pregunta.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, al invitado. No sé si hay una comparación, entre una farmacia popular y la farmacia Salcobrand, respecto del precio de costo y el de venta de un medicamento comprado directamente a un laboratorio o proveedor ¿Tiene algún análisis de ese tipo? Quiero saber cuál es la diferencia de utilidades de la venta de un mismo producto.

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

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, quiero complementar la pregunta. En definitiva, el cuestionamiento es: si el mayor costo solo se sustenta en 1,5 por ciento de utilidades ¿Cómo explicamos la diferencia de precio final al consumidor? ¿En cuál de todos los componentes del precio final se sustenta la diferencia entre farmacia popular y farmacia comercial? Porque, evidentemente, hay una diferencia de precio final al consumidor. Hablo de aquellos medicamentos que no se compran a través de la Cenabast, sino directamente a los laboratorios, que es donde sí se puede tener elementos de comparación objetivos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- En otras palabras ¿Es el laboratorio un perfecto discriminador de precios? ¿Le vende a distintos precios a usted y a la farmacia popular?

El señor **NOVOA**.- Sí, nos vende a distinto precio.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Les vende el mismo medicamento a distinto precio? ¿Puede precisar esa información, por favor?

El señor **NOVOA**.- Los laboratorios tienen una lista de precios, la que considera algunos descuentos, que en suma bordean 7 por ciento. Esa es la regla general. Nosotros compramos esos medicamentos, eventualmente más baratos de lo que los compra el alcalde, en este caso, a través de la farmacia popular. Pero cabe señalar, que nosotros tenemos gastos operacionales tremendos, que representan 24 o 25 por ciento de lo que es nuestro precio final de venta al público. Es difícil comparar producto a producto. En lo que sí tengo claridad absoluta es en los medicamentos que son vendidos a la farmacia popular a través de la Cenabast, pues ahí sí que tenemos

una diferencia realmente relevante en materia de precios y he dado ejemplos al respecto, como el caso del Acebron, que dije que la Cenabast lo compraba a 840 pesos y así lo vendía a la farmacia popular, en circunstancias que el mismo laboratorio nos lo vende en 11.000 pesos.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, no comparemos con la compra de la Cenabast, porque a todos nos queda claro que si este organismo le vende a la farmacia popular, la diferencia va a ser grande. Ahora, si comparamos con la compra que se hace a los laboratorios y, según usted dice que su utilidad es de un 25 por ciento y que de ahí paga los costos así como otras cosas más y que le queda un 1,5 por ciento libre y que, por lo tanto, ningún medicamento del alcalde puede tener una diferencia mayor al 25 por ciento. ¿Hay más diferencias?

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

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, lo que pasa es que no tengo esos números, por lo que habría que levantarlos y ver efectivamente de qué estamos hablando, sin embargo, sí tengo los números de la Cenabast.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, pero esto es más interesante que la Cenabast, porque, en estricto rigor, es como comparar peras con manzanas.

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, por su intermedio, puedo hacer llegar a la diputada señora Karla Rubilar un análisis de esa situación.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Sería muy interesante.

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

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, quiero hacer una precisión. Ya entendimos que los medicamentos con origen en la Cenabast son más baratos, por lo que es ahí donde se sustenta gran parte de la diferencia de precios. Sin embargo, en los que estamos comparando se dijo que había un 1,5 por ciento de utilidades, según lo que entiendo de su gráfico, y un 24,5 por ciento en gastos operacionales. Entonces, lo que no entiendo es ¿cómo una cadena de farmacias -ojalá que no suene mal- termina siendo menos eficiente desde esa perspectiva?, porque, al final, hay un 25 por ciento adicional de costos, a lo mejor, menos si asumo los gastos operacionales de la farmacia popular, pero...

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Y es menos, porque tiene el 7 por ciento de descuento por volumen.

El señor **TORRES**.- Entonces, termina habiendo más allá de la utilidad, porque me dice: "Eso es 1,5 por ciento", sin embargo, en su gasto operacional del 25 por ciento está sustentado, por lo que la estructura es de mayor costo respecto de la farmacia municipal. Entonces, ¿cómo es posible ello desde el punto de vista de la eficiencia del gasto? No sé si me logró entender.

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

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, tenemos que pagar arriendos, remuneraciones y hacernos cargo de una serie de gastos que probablemente la farmacia popular no hace ¡No lo sé! Lo que pido es poder ver los números, porque, en verdad, estoy hablando sobre bases hipotéticas. Además, en general, lo que nos caracteriza como farmacia es nuestra capacidad de competencia, ya que siempre estamos con precios muy buenos, razón por la que no tengo dudas respecto de que los números van a ser *a priori*, pero hay que verlos primero.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Por último, ¿podría decirnos quiénes son los dueños de Salcobrand? ¿Cuánto factura al año? y ¿cuántos puntos de venta tiene?

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, no tengo ningún problema.

En primer lugar, respecto de su pregunta. La propiedad accionaria de la compañía está en un 70 por ciento en manos de la familia Yarur y en un 30 por ciento en manos de la familia Abuhadba, exdueños de PreUnic.

Respecto de la cantidad de locales, como le señalé, tenemos 415 locales arrendados, de los cuales aproximadamente unos 3 o 4 son propios o relacionados. Esa es la situación.

No me acuerdo de la otra pregunta.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Cuánto facturan al año o al mes?

El señor **NOVOA**.- No tengo ese dato aquí, sin embargo, no tengo ningún problema en hacérselo llegar.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muy bien.

Tiene la palabra la diputada señora Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, agradezco la presencia de nuestro invitado a esta Comisión.

Lamentablemente no pude escuchar la presentación del señor Novoa debido a que me encontraba en una reunión de la Subdere.

Ahora bien, en la misma línea de lo que ha preguntado el señor Presidente sería interesante conocer la distribución territorial de estos 415 locales a los que se hace referencia, así como conocer la relación regiones versus Región Metropolitana y dentro de la Región Metropolitana, oriente y poniente, norte y sur, en el sentido de cómo están distribuidos los locales de las Farmacias Salcobrand.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por favor, que el señor Novoa me conteste sobre la estructura de ventas de genéricos y de marcas propias, por cuanto es muy importante.

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

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, lamento no tener el detalle de la estructura de ventas, peso sí le puedo decir que vendemos un millón de genéricos al mes. Tenemos una venta bastante diversificada.

Por otra parte, la ley de fármacos I terminó definitivamente con lo que se denominaba "la Canela", es decir, hoy no existe ningún incentivo a vendedores, al menos en Salcobrand, para privilegiar la venta de algún medicamento por sobre otro. En consecuencia, la competencia -por decirlo así- que se produce entre los laboratorios tiene que ver principalmente con la inversión que se hace para acceder al mercado y con el precio que ese medicamento pueda tener en el punto de venta. En ese contexto, del total de productos que vendemos el 3 por ciento corresponde a marca propia.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿En unidades?

El señor **NOVOA**.- Así es. En definitiva, tenemos una situación bastante limpia en ese sentido. No hay una carga hacia un grupo u otro.

Con respecto a lo que preguntó la diputada Karol Cariola, le puedo hacer llegar esa distribución, no obstante, sí le puedo decir que la mayor concentración está en la Región Metropolitana. Los locales están distribuidos a nivel nacional. Hay localidades y comunas donde aún no tenemos presencia, sin embargo, hemos desarrollado todo un modelo de farmacia móvil para poder llegar a esos lugares. Fuimos pioneros en esa materia. La verdad es que hay localidades donde, lamentablemente, algunas farmacias no se justifican por razones que no existen médicos y la mayoría de los medicamentos que se despachan son con receta, pero estamos buscando junto con el director del ISP, aquí presente, mecanismos y fórmulas para poder llegar a esas localidades con la posibilidad de ser atendidos o tener un registro médico a través de telemedicina y de otros elementos que podrían empezar a solucio-

nar ese tema, pues el acceso nos ocupa mucho, razón por la que estamos trabajando en ello.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para que el señor Novoa nos envíe toda la información pendiente?

Acordado.

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, sería bueno que don Alberto Novoa nos contara cuál va a ser el mecanismo para difundir los precios de los medicamentos que la gente va a comprar. ¿Va a ser por medios digitales o por medios escritos?

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, antes de responder a la pregunta del señor Figueroa quiero responder a una que hiciera un señor diputado cuando preguntaba quién era el culpable en esto, si los laboratorios o las farmacias. En realidad, es común que cuando se habla de medicamentos se pretenda buscar a un culpable, pero creo que no lo hay. Aquí más bien hay una falta de cooperación entre todos quienes tenemos un propósito común, cual es lograr el acceso a los medicamentos en Chile. ¡Ello es lo que nos debiese convocar! Y es por ello que agradezco tanto estas instancias, pues se han transformado en un punto de reunión de todos los actores para poder sacar conclusiones que permitan que Chile tenga medicamentos a precios razonables.

Ahora, con respecto a la pregunta del director del ISP, estamos con listas de precios en nuestros locales desde la primera norma exigida por el Sernac y la ley sobre protección de los derechos de los consumidores.

Respecto de los mecanismos que se incorporarán en materia de precios, estamos analizando propuestas para llegar a la comunidad con la mayor transparencia posible, incluso, hemos colaborado con el Instituto de Salud Pública (ISP) en su Programa Observatorio de Precios de Medicamentos, de hecho, somos una de las pocas farmacias que está entregando información para el desarrollo de ese piloto.

En verdad, la relación con el ISP en materia de colaboración es bastante estrecha, por lo que no me cabe duda de que seguiremos trabajando y colaborando para que la información llegue a la gente como corresponde.

El señor **CASTRO** (Presidente).- La gente que sigue esta Comisión quiere saber cómo se pueden enterar de los precios de los medicamentos de la farmacia Salcobrand el 6 de julio.

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, la gente se puede enterar de los precios a través de los dispositivos que tiene la compañía, previstos en la red y en los locales con la lista de precios disponibles.

Todas estas cosas son perfectibles, en el sentido de instalar, por ejemplo, mejores mecanismo, tótems u otros elementos que permitan que esto sea lo más fácil y accesible posible.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, más que buscar a un culpable, la idea es buscar la causa de la diferencia de precios, pues es el objetivo de esta Comisión. Debemos conocer el porqué de esas diferencias de precios, más allá de que sean genéricos, marcas propias o innovadores.

El señor Novoa hablaba de coordinación, pero para nadie es un misterio que esto es un negocio. De hecho, no es algo malo que la gente quiera tener un negocio, vender y ganar plata. El problema es cuando el tema es excesivo y, más, cuando sucede con productos de primera necesidad, porque es lo mismo si el pan tuviese diferencias de precios de hasta 19 veces, en promedio.

Eso sí preocupa y, sobre todo aquí, que es un mercado con un sistema monopólico desde el prescriptor, que es médico por definición y perfecto discriminador y monopólico de precios, porque no tiene sustitutos cercanos, salvo por algunas excepciones en las que pueden recetar lentes y otras cosas.

La propia legislación establece que determinados productos farmacéuticos deben ser expendidos en farmacias, pero con ciertos requisitos. De hecho, aquí está el director del ISP, que establece, entre otras cosas, las normas, el personal, el químico, etcétera.

Por lo tanto, la coordinación dependerá de diversos factores, pues el laboratorio hace su negocio y la farmacia el suyo. Eso hay que tenerlo claro, porque no es un tema de buscar culpables, sino de buscar la razón o la causa de las diferencias de precios, ya que, en definitiva, eso es lo que nos importa saber. La gente reclama el gasto en sus bolsillos.

En el caso de los adultos mayores -personalmente es lo que más me preocupa-, el 67 por ciento de las pensiones que reciben se destina a medicamentos. ¡El 67 por ciento de sus pensiones que ya son bajas! Ahora, para qué hablar de otros grupos de la sociedad que por diferentes razones padecen enfermedades crónicas, por ejemplo, los niños enfermos de Celiaca o una pila de otras enfermedades en que las familias deben endeudarse y someterse a tratamientos para seguir teniendo una vida relativamente digna.

Esa es la preocupación, no el hecho de que se busquen culpables. Aquí queremos conocer la causa, es decir, saber si ese origen es en conjunto entre laboratorios, médicos, farmacias o médicos farmacias laboratorios, si damos vuelta el circuito. ¿Dónde está el problema? ¿Nuestra legislación puede ser el problema, porque es poco clara? ¿Tenemos vacíos? Esas pueden ser las causas, no lo sé.

Insisto en que ese es el objetivo de esta comisión, no buscar culpables para echarle la culpa. Simplemente queremos que se aclararen los porqués de un mercado que tiene muchos mantos de dudas.

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

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, nosotros hemos dicho desde hace un tiempo que si podemos tener acceso a los medicamentos a un precio más bajo, traspasaremos ese menor precio de compra a los consumidores y a los pacientes.

Cuando los pacientes ven que la farmacia popular vende un medicamento a 800 pesos, pero ese mismo medicamento me cuesta 5.000 pesos, evidentemente, no puedo venderlo a esos mismos 800 pesos. No tengo esa capacidad, no puedo.

Nos encantaría que esta Comisión resuelva ese problema. Sin embargo, me parece que al menos por el lado de las farmacias, solo podemos aspirar a que nos venden más barato, para revenderlo más barato.

Respecto de la pregunta de la diputada Rubilar, el alza de los medicamentos se produce año a año y, en ocasiones, esa alza en las listas de precios se produce varias veces en ese año. Por ello, el hecho de que un producto o un grupo de productos suba 40 por ciento, en verdad, es una pregunta que hay que hacérsela a los laboratorios.

Nosotros no tenemos la capacidad para subir precios en el mercado con ese nivel de porcentaje -40 por ciento-. Es un hecho que las farmacias están relativamente cerca y que las personas cotizan, entonces, pasan a una primera farmacia que ofrece un determinado precio, van a la otra que ofrece otro determinado precio y en la nuestra el medicamento tiene un alza de 40 por ciento respecto de las farmacias anteriores, claramente, no van a comprar el medicamento en nuestra farmacia. Nosotros no tenemos esa capacidad de alza de precios tan significativos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Ustedes, ¿dónde maquilan?

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, tenemos proveedores...

Nosotros estamos haciendo una inversión de varios millones de dólares en un laboratorio con chimenea, para dejar de maquilar y producir en Chile. Es una planta de primer nivel mundial que estamos instalando en Santiago y lo que hemos venido haciendo en maquila, principalmente ha estado en el extranjero, específicamente, en India, aunque hemos tenido maquila de algunos productos en Estados Unidos y en algunos laboratorios nacionales.

El problema es que la maquila nacional se trancó. Los pocos laboratorios nacionales de maquila ya no tienen capacidad de producción, lo cual obliga a tener planta propia. Esa es la razón, no es que queramos transformarnos en un gran laboratorio, sino que simplemente queremos cubrir la demanda que tenemos de medicamentos de marca propia, a través de fuente propia. Ese es el contexto general.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Novoa, agradecemos su comparecencia y explicaciones varias.

Se suspende la sesión por un minuto.

-Transcurrido el tiempo de suspensión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Se reanuda la sesión.

Le damos la bienvenida al alcalde Óscar Jadue.

Señor Jadue, ha escuchado un poco que nuestro propósito investigativo es el mercado farmacéutico. Siguiendo esa línea, nos gustaría que libremente cuente sobre la experiencia innovadora implantada en su comuna y ahora en la Asociación Chilena de Municipalidades.

Queremos que se refiera sobre costos, precios, acceso y Cenabast. Es decir, ¿cuál es la posición de su asociación? ¿Cuántos municipios participan en esa asociación? ¿Cómo les ha ido en estos meses de debut de las farmacias comunales?

El señor **JADUE**.- Señor Presidente, primero trataré de responder algunos temas anunciados en la exposición del señor Novoa.

De forma previa creo que no todas las farmacias se pueden analizar bajo el mismo prisma, porque algunas efectivamente tienen integración vertical entre el laboratorio, intermediarios y farmacias. Por lo tanto, en algunos casos hay una utilidad encubierta.

Se pueden preguntar dónde se da y dónde no, pero no es un motivo por el que debemos dar cuenta.

Si fuese por la ley de la oferta y la demanda, controles y descuentos de precios por volumen, el sector privado debería ofrecer mayores descuentos que la Cenabast, porque compra más que la Cenabast. Llama la atención, entonces, que en el *retail*, que concentra más del sesenta por ciento de esa venta, esos productos no tengan un valor más favorable para el público, lo que seguramente se explica porque compiten y no colaboran.

Por otra parte, sería bueno conocer qué se incorpora en los costos operacionales, pero en forma detallada y transparente, porque, por ejemplo, en el caso de las farmacias populares no se promueve el consumo de medicamentos. Para nosotros el último recurso es el medicamento. Es más, tratamos de evitar su consumo, y quizás habría que analizar si al igual que en el caso de otras sustancias que no son buenas para la salud, los medicamentos tampoco lo son. Los medicamentos curan las enfermedades, pero eso no significa que sean buenos para la salud.

En ese sentido, podrían establecerse algunas limitantes a la promoción del consumo de medicamentos, puesto que para mí esta forma parte de los gastos operacionales -acción que en el caso de las farmacias populares no llevamos a cabo-, lo que termina por inflar su precio.

Además, la promoción que se efectúa parece un tanto irracional, lo que se puede constatar cuando uno entra a una farmacia para comprar un remedio y le ofrecen un montón de otros productos en oferta, como si se tratara de la comercialización de un champú. Por lo tanto, tratan de "meterle" al paciente o a su representante más productos de los que en estricto rigor necesita.

Lo anterior se explica por una razón que es vieja, pues Adam Smith por algo señaló que la salud nunca debía ser operada bajo criterios de mercado. Eso lo dijo el padre del capitalismo, ningún comunista, para que nadie se asuste, y lo planteó precisamente porque eso implicaba problemas éticos que la sociedad capitalista no podría resolver, ya que un negocio tiene la legítima aspiración de crecer en forma constante, hasta el infinito, para lo cual se requiere promover la venta de determinado producto.

Entonces, uno tendría que preguntarse si efectivamente es ético promover la venta de medicamentos. Creo que allí está uno de los problemas que las sociedades capitalistas no se atreven a discutir, porque nadie va a tener medicamentos ni va a invertir en innovación para guardar sus productos en la bodega; nadie hace calzoncillos para guardarlos en la bodega, menos en el caso de los medicamentos. En todo caso, Adam Smith también planteó que el negocio de las armas debía ser operado sobre la base de criterios externos.

Por lo tanto, reitero que sería bueno conocer y analizar los costos operacionales en detalle asociados a la lógica señalada con anterioridad, porque al respecto tal vez puedo tener algunas respuestas que el señor Alberto Novoa no tiene.

De las farmacias ubicadas en la Región Metropolitana, el 47 por ciento se halla solo en trece comunas.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿El 47 por ciento en trece comunas?

El señor **JADUE**.- Exacto, y creo que más del 30 por ciento se ubica en cuatro comunas.

Por lo tanto, hay que entender que el mercado no tiene ética. Nunca le va a interesar ubicarse de manera descentralizada y equitativa en el territorio, porque no es parte del giro del negocio. Por eso es que las farmacias populares son un avance tan significativo, ya que es la primera vez que Chile tiene oportunidad de dar cobertura a todas las comunas de Chile con farmacias, porque a mí -voy a decirlo de manera elegante- me sorprende que un representante de una cadena de farmacias diga que hay lugares en los que no se justifica la existencia de un local de ese tipo de negocio. Discúlpeme que me ría y que lo diga delante de esa persona, pero eso demuestra la falta de ética del mercado, en virtud de algunas áreas en las que quizás nunca el Estado chileno debiera haber permitido su intromisión. Cuando me preguntan quién es el responsable de lo que ha sucedido, mi respuesta es el Estado, por su falta de compromiso con la salud de los chilenos, y eso también es responsabilidad de todos los actores políticos, los que han definido que cuando se discute respecto de medicamentos tengamos que hacerlo sobre el mercado de los medicamentos.

Si me preguntaran al respecto, respondería encantado que avanzaría en una nueva legislación, con la finalidad de permitir que la Cenabast fuera el intermediario único de todos los medicamentos en Chile. Además, señalaría que ese organis-

mo debe vender con banda de precios a todas las farmacias, públicas y privadas. Eso sería formidable, pues tendríamos precios justos de medicamentos en todo el país y nos permitiría terminar por sacar de la discusión una serie de elementos distorsionadores de la realidad, que los permite solo la incorporación del mercado como un ente fundamental, pero entiendo que eso quizás no es parte de la lógica que impera en la actualidad.

También, puedo darles los datos sobre cuál es la diferencia de valor entre los productos que no compramos a la Cenabast. La Cenabast a nosotros nos genera un ahorro de entre 77 por ciento y 95 por ciento de los productos, pero en los que no compramos a la Central tenemos entre 37 por ciento y 63 por ciento de ahorro, incluso con el 19 por ciento de IVA.

Nuestros costos operacionales, los que por supuesto están subsidiados, incluyen el pago del arriendo del local y los honorarios. No hacemos publicidad, tampoco les pagamos a los médicos para que receten los medicamentos que tenemos, porque no nos interesa hacerlo, ni los invitamos a congresos ni a viajes especiales. Tampoco invitamos a sus familias a disfrutar de vacaciones pagadas. Nada de eso está dentro de nuestros costos operacionales. Por lo tanto, tenemos una relación con los medicamentos en el sentido que sencillamente los entendemos como un medio para curar a las personas que se enferman.

Quiero decirles que en los consultorios de Recoleta, antes de que llegaran los medicamentos para una serie de enfermedades, los que son muy vendidos, ofrecemos la posibilidad de hacer hidrogimnasia. Damos terapias completas de hidrogimnasia, lo que permite aliviar algunas dolencias, cuyo tratamiento con medicamentos que sale bastante más caros, y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Con eso quiero decir que en el último tiempo creo que Chile ha equivocado la discusión en cuanto a qué se debe poner al centro de este debate. Considero que todavía estamos discutiendo si ponemos al centro la salud de las personas o la salud del mercado.

Nuestros costos operacionales son variables. Hace dos viernes atrás se constituyó la Asociación Chilena de Farmacias Populares y todavía estamos en el período de obtención de la personalidad jurídica, de manera que tendremos nuestra propia Cenabast municipal. De hecho, hemos conversado con la Cenabast y vamos a tratar de colaborar mutuamente, en términos de poder generar nosotros un poder de compra mucho mayor, para optar incluso a los descuentos por compra de medicamentos a los que no tenemos acceso en las farmacias populares por separado.

Además, vamos a presionar fuertemente el mercado de los medicamentos en Chile a la baja de los precios de esos productos, a través de la incorporación de agentes externos en él. Nos abriremos a la importación directa y a la suscripción contratos de suministro. Tenemos ya contactos en China, India, Brasil, México y Argentina con productos similares,

así como con los fabricantes de algunos medicamentos de marca, pero elaborados con maquila de otros países, como se les denomina.

Esperamos que pueda llegar el minuto en el que podamos cerrar las farmacias populares y disolver la Asociación Chilena de Farmacias Populares, pero eso lo haremos cuando el Estado asuma de su rol de verdad y cuando saquemos el derecho a la salud del ámbito del mercado y lo alojemos como un derecho universal. Pero mientras eso no ocurra, seguiremos presionando al mercado, para que llegue a precios justos en materia de medicamentos, que creo es lo que debiera interesarnos a todos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el fiscal de Farmacias Salcobrand, señor Alberto Novoa.

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, solo señalar que el Estado tiene un rol respecto de la salud que es muy significativo, porque se encarga de entregar gratuitamente medicamentos a un grupo importante de la población, integrado por los afiliados Fonasa. Eso nosotros no lo podemos hacer. Tenemos otra función dentro de la sociedad.

En consecuencia, cuando se intenta tratar de asimilar la actividad que realizan las farmacias privadas con las actividades que lleva a cabo el Estado, en verdad se está hablando de puntos de referencia completamente distintos. Son roles y finalidades diferentes. Cada uno debe cumplir con su rol, cada uno debe cumplir con su misión, pero en niveles y en estatus absolutamente diferentes.

Nosotros no podemos regalar medicamentos; tenemos otra finalidad. El Estado lo puede hacer. Se entiende -por lo menos así lo considero yo- que por eso es que se justifica la venta de un menor precio hacia el Estado que hacia la farmacia privada, pero los roles son absolutamente distintos. Eso quería decir.

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

El señor **RATHGEB**.- Señor Presidente, saludar, junto con saludar a nuestros invitados, quiero señalar que en verdad no me queda claro absolutamente nada, lo digo muy sinceramente, porque no entiendo cómo Cenabast consigue un precio 77 por ciento más bajo.

En esto se habla del Estado, pero ¿cuál es la razón? ¿Por qué a Cenabast se le entrega a un precio 77 por ciento más barato?

¿Qué pasa con los laboratorios?

Las farmacias populares consiguen un precio 26 por ciento menor.

No calzan los porcentajes ni las cifras, porque es claro que la diferencia de precios entre una farmacia comercial y lo que hoy pueden entregar las farmacias populares no calza con los porcentajes que se han señalado acá.

Entiendo que se debe considerar el arriendo del local, que los municipios no tienen que asumir, generalmente, hay funcionarios que por otra vía se pagan, pero no entiendo la razón para esto. Dos personas han expuesto aquí las razones por las cuales a Cenabast se le vende a un precio notoriamente más bajo que a las farmacias comerciales, pero no entiendo cuál es la razón para ello, porque la exposición lleva a concluir esto: que a Cenabast se le vende a un precio manifiestamente menor.

¿Cuál es la razón de eso?

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

El señor **BELLOLIO**.- Señor Presidente, no voy a entrar al debate acerca de Adam Smith, que en todo caso se refería a la provisión de bienes públicos en la salud, como por ejemplo las campañas de vacunación. Obviamente el ejercicio individual de una vacunación es distinto al ejercicio público, porque si todos están vacunados se puede erradicar la enfermedad. Y por supuesto, el ejercicio de esa provisión en el año 1700 era distinto de lo que es hoy.

Pero usted tocó un punto muy importante.

Quiero saber cómo está funcionando, en la práctica, la farmacia.

¿Cuánto tiempo se demoran las personas que concurren a ella en encontrar el remedio?

Porque es obvio que el manejo de stocks es distinto.

Entiendo, además, que no todas las comunas están regidas de la misma forma, o sea, no todas se conformaron igual.

Quiero saber cuál cree usted que es la que ha funcionado de manera más eficiente, en relación al tiempo y al stock, dado que hay complementariedad. Hay personas que concurren al consultorio y a las que se les entrega sus remedios de manera gratuita, pero hay otras que no, y que son las que pueden acceder a estas farmacias populares. Represento comunas con una gran proporción de ruralidad, en las que una farmacia popular puede ser una gran idea. De hecho, San Bernardo es una de ellas, que no es la más rural, pero si atiende una gran población.

También quiero preguntar si se ha pensado, o si se ha visto la opción de generar más stock o más productos.

Y para las farmacias.

Un debate que hemos sostenido tiene que ver con quién es el que receta, sobre todo ese tipo de medicamentos. O sea, un caso es el medicamento OTC (*Over the Counter*, "sobre el mostrador", que se vende sin receta), pero otro es el medicamento directamente recetado por un médico que tiene el poder.

¿Cómo cree que eso afecta la relación entre el cliente y la farmacia?

Las personas que concurren al lugar, no tiene por qué cambiar el medicamento si lo ha recetado un médico por escrito. Hemos legislado al respecto. Por algo apareció acá respecto a los precios de los genéricos y de los bioequiva-

lentes, y que usted afirmó que ha permitido que incremente su precio.

Creo que ha ocurrido, más bien, una transferencia de precio entre uno y otro. O sea, todo el dinero que se gastaba en marketing para que un doctor conociera un producto y lo recetara, al disminuir, se traslada hacia otra parte. Cenabast no tiene que pagar el costo del marketing porque tiene una persona dedicada a comprar y no necesita que le apliquen influencia a través de esa técnica.

Una diferencia importante es que las farmacias privadas no pueden asociarse para comprar, porque hoy eso sería un delito. Tendrían que usar otra vía para tener el poder comprador al por mayor, lo que podría ser otra figura en la que lo que usted dijo podría ser: que Cenabast fuese el único comprador.

Creo que no es una buena idea en relación a nuevos productos e innovación, pero si lo sería en términos del precio.

Aquí han expuesto los laboratorios, y nos han mostrado la varianza de precios y cómo ellos explican los precios, pero aún no hay claridad acerca de quién se lleva la ganancia.

Existe, pero no sabemos quién se la lleva, y quiero saber dónde está.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, agradezco al alcalde, señor Daniel Jadue, que haya venido a exponer la iniciativa que ha desarrollado, la cual hoy trasciende la comuna de Recoleta hacia varias otras comunas.

Como primera pregunta, sería bueno que el alcalde nos diga cuantas comunas ya cuentan con farmacias populares, comunales o comunitarias -han variado en su apelativo-, pero que existen con este carácter municipal.

Además, quiero preguntar respecto de algunas experiencias que conozco por la relación particular que tengo con la comuna y que considero importante exponerlas en esta Comisión en relación al vínculo con los laboratorios, porque en algún momento se produjo una demora bastante larga en la entrega de medicamentos por parte de los laboratorios a la farmacia popular, lo que retrasó la entrega de esos medicamentos a los usuarios que los estaban esperando, algo que denunciamos con el mismo alcalde desde la comuna de Recoleta.

Quiero saber si hay un tiempo promedio de entrega, cómo eso se ha regulado a propósito del rol del Instituto de salud Pública (ISP), y si respecto de esto, el ISP puede contribuir en algo. Es decir, cuando existe algún tipo de traba por parte de los laboratorios, intencionada o no, para la entrega de medicamentos a las farmacias populares, ¿esto cómo se fiscaliza? ¿Cuáles son las multas que se aplican, si es que existen? ¿Cuáles son los mecanismos que se utilizan para precaver que este tipo de situaciones no signifiquen una forma de boicot oculto?

La misma pregunta respecto de las farmacias de cadena. ¿Cuál es el tiempo de espera? Para hacer una comparación con esa situación. ¿Han vivido experiencias similares? ¿Es algo común o es algo particular que se da en el caso de la farmacia popular?

El alcalde hizo referencia a algo que me parece muy interesante, que se proyecta a la Asociación de Farmacias Municipales sobre una Cenabast municipal.

¿Cómo se administraría? ¿Esta Cenabast tendría banda de precios? ¿Es una Cenabast distinta o es la Cenabast que todos conocemos con una línea vinculada a lo municipal en lo particular?

Esta propuesta no quedo clara.

Lo último, creo que es interesante preguntar a quién representa a las cadenas de farmacias, porque no quedo claro en la exposición algo que planteó el diputado Bellolio, que es ¿dónde está la ganancia?

Porque si las grandes cadenas, o en este caso, Salco-brand, tiene un 1,5 por ciento de utilidad dentro de toda la línea de compra y venta, queda la impresión que las utilidades de las grandes cadenas de farmacias son bastante pequeñas, y que el monto de sus ganancias se explica por lo masivo de sus lugares de venta, cuestión que es bastante difícil de creer.

Quiero entender en detalle lo que usted afirma acerca de que las utilidades son de un 1,5 por ciento, porque frente a eso me pregunto ¿cuál es la razón que justificó algo que conocieron todos los chilenos y que fue latamente discutido, cuestionado e, incluso, multado, la colusión de las cadenas de farmacias?

Quiero hacer la relación para que usted nos diga quién se está llevando las ganancias, lo que podría ser clarificador si hace una distinción respecto a los laboratorios, y qué es lo que lo justificó para ustedes, porque con este dato podremos entender las principales razones por las cuales las grandes cadenas de farmacias se coludieron en los precios en algún minuto.

Y al director del ISP le quiero preguntar cómo proyectan modificaciones que permitan resolver el problema que se genera desde la producción de los medicamentos y cuáles son los mecanismos de fiscalización que tienen para determinar la existencia de integración vertical entre instituciones productoras, distribuidoras y las farmacias.

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

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, no deja de ser interesante el debate que se ha dado en esta comisión. Sin embargo, coincido con que hay una pregunta sin responder, esto es, dónde se pierde el dinero. Y quiero ser bien estricto con el sentido de la pregunta, porque efectivamente hay una situación que no se entiende. Uno parte de la diferencia de precios, que es el consumidor el que termina pagando, y todavía

en la cadena, desde que se produce el medicamento hasta que se vende, no hay claridad en qué está afectando ese mayor precio. Hay claridad en algunos puntos, pero no necesariamente los podemos compartir como la gran razón.

He escuchado en todas las sesiones, por ejemplo, cuestionamientos de integración vertical, por dar un ejemplo al revés. No sé si integración vertical en sí mismo sea algo negativo. De hecho, el Estado está integrado verticalmente y eso ha significado menores costos. Se integra verticalmente para minimizar los costos. Entonces, el problema es la integración vertical o que, utilizado ese instrumento, se abuse de él -no sé si logro explicar- porque, si no, la regulación debería terminar siendo otra, exigir que en el mercado haya más presencia de competidores que permitan bajar los costos, pero no eliminar competidores, que lo único que provoca es seguir garantizando a los laboratorios innovadores precios más altos, porque allí también existe una discusión que no hemos abordado. Por ejemplo, qué pasa con la política de patentes en nuestro país, porque acusamos integración vertical, pero no decimos nada sobre los cinco años que existen de patentes, además las posibilidades de seguir extendiéndola cada vez que se encuentra algún tipo de acción novedosa del medicamento, y así eternizamos las patentes e impedimos que haya competencia.

A mí me gusta la idea, y lo he planteado muchas veces, de que este podría ser un mercado regulado, con la posibilidad de un intermediario único, que podría ser la Cenabast, y con venta en los puntos con regulación por banda de precio. Eso es lo que he planteado hace bastante tiempo, porque de esa manera podríamos conocer los valores que realmente tienen las farmacias para adquirir el medicamento, y poder regular en banda de precio según un porcentaje de ganancia consensuado. Con eso se lograría minimizar varios costos. Podría ser un instrumento interesante, al menos, de analizar, porque sigo sin entender que el mayor costo de medicamentos esté sustentado básicamente en gastos operacionales. O sea, no logro entenderlo, porque si usted me dice que tiene una utilidad de un 10, un 15 o un 20 por ciento, perfecto, puede ser una utilidad razonable, pero si me dice que la utilidad es de 1.5 por ciento y el gasto operacional de 25 por ciento, insisto que sigo sin entender que ese sea el sustento del mayor precio o del mayor costo. Ahí es cuando se empieza a sospechar que no se sinceran todas las cifras. Uno podrá entenderlo, hay competencia, etcétera, pero no se sinceran las cifras de donde se sustenta este mayor costo.

Entonces, ¿hay voluntad de hacer una intervención de fondo respecto de patentes a innovadores, para entender si la integración vertical regulada puede ser un mecanismo eficiente, o hay que eliminarlo? ¿Hay disponibilidad para avanzar en un intermediador único, con regulación de banda de precio en los puntos de venta? Cuando hablo de intermediador, me refiero a todo el sistema, no solo para las pequeñas. Ahí discrepo de la colega Cariola y su proyecto de resolución, porque eso genera competencia simétrica, pero no se meten en el 80 o 90

por ciento del mercado que representan las grandes cadenas. Si uno quiere regular, también tendría que dar una oportunidad a las farmacias más grandes para que compren al costo, pero con regulación en el punto de venta por banda de precio. Compra más barato, pero ese menor precio se traspasa al consumidor, y ahí no hay distorsión del mercado. Esa es mi impresión.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, tengo dudas que se relacionan con la operación de la farmacia comunal, a raíz del pronunciamiento de la Contraloría, que puso bastantes restricciones, o sea, no pueden vender medicamentos que sean GES y tampoco aquellos que se entreguen en la atención primaria en forma gratuita. Eso ya es una restricción a los medicamentos que pueden vender. Si a esto sumamos que son para personas que pueden acreditar que los consumen permanentemente por una enfermedad crónica, significa que hay una cantidad, y ustedes tratan de agregar volumen para obtener buenos descuentos.

Me gustaría conocer el porcentaje de esos fármacos que ustedes pueden vender y se los compran a la Cenabast y qué otro compran a los laboratorios.

Respecto de eso, quiero recordar que en una de las primeras reuniones consultamos a la Cenabast, que quedó de hacernos llegar los listados de los medicamentos que estaban comprando en ese minuto los diferentes municipios y las diferentes farmacias comunales.

Además, por su intermedio pregunto al alcalde qué pasa con aquellos municipios que tienen corporaciones municipales y que atienden salud, por lo cual estas farmacias quedan al alero de esos consultorios o de esa atención primaria, porque hay muchas de estas que tienen deudas importantes con la Cenabast, por lo que era incomprensible que pudieran tener una farmacia atendida de manera paralela y mantener la misma deuda que tenían en los consultorios de atención primaria. Cómo han ido solucionando ese tipo de problemas.

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

El señor **JADUE**.- Señor Presidente, respecto de la consulta del diputado Jaime Bellolio, ha sido bastante bueno el funcionamiento. Creo que ha sido de un éxito absoluto, en la medida en que todos los que han podido obtener los medicamentos ha sido con ahorros absolutamente significativos para el presupuesto familiar.

La etapa de espera va de tres a siete días, en condiciones normales. Cuando hablo de condiciones normales me refiero a que hoy hay 417 casos que han esperado más de cuatro meses, porque los laboratorios no nos querían vender, a raíz de que estaban esperando la opinión del gremio, porque no nos que-

rían contribuir como clientes, porque habían tenido una reacción de algunas farmacias, según nos comentaban ellos. No puedo dar fe de eso, pero esa fue su respuesta. Sin embargo, agradezco al ISP, porque después de nuestra denuncia y de las fiscalizaciones que el ISP realizó, esto se empezó a normalizar y hoy tenemos el gusto de informar que algunos laboratorios están creando gerencias especiales para farmacias populares, de tal manera de establecer una relación que se está haciendo muy fructífera. Nos queda un solo laboratorio de los que operan en Chile. Estamos con algunas diferencias, pero ya se normalizó o está en vías de normalizarse.

Asimismo, debo señalar que en la medida en que la gente se inscribe y aumenta... Pasó lo mismo que con la óptica. Nos demoramos un mes en tener los primeros mil inscritos en la farmacia; en la óptica, en tres días llevábamos 1.500 inscritos, y en tres semanas llevábamos más de mil lentes entregados. Y la gente se compra hasta dos lentes. Creo que el tema del precio justo es bastante importante, en ambos casos. Pero, en la medida en que cada persona entrega una receta, que es permanente, no compramos solo el del mes, sino un stock de seis, y cuando llega el segundo se le puede dar de manera inmediata la segunda unidad. Por lo tanto, se va generando una bicicleta que, en el mediano o largo plazo, casi convierte la farmacia en una farmacia de emergencia, y que, incluso, te permite discutir si quieres tener stock, porque nosotros no funcionamos originalmente con stock. Nosotros solo compramos un medicamento o insumos médicos. Te estoy hablando de pañales, de alimentos, de todo lo que tú puedas intermediar en una farmacia solo a partir de un encargo. Y eso ha ido funcionando y se ha ido perfeccionado y va a madurar mucho, en la medida en que el tiempo vaya consolidando el proyecto.

Las diferencias entre hoy, lo planteo: entiendo que haya preocupación por la eficiencia y la eficacia, y considero que nosotros somos mucho más eficaces y eficientes que todas las otras farmacias. Pero, a pesar de pensar eso, reconozco que es nuestro foco de atención.

O sea, si ustedes me preguntan, el otro día alguien criticaba, y sin mucha información, lo que es muy común en nuestro país, decía que los medicamentos en las farmacias populares eran los más caros de Chile, porque si uno dividía los costos operacionales por los medicamentos que lográbamos intermediar, estos terminaban siendo mucho más caros. La verdad es que ese tema no es de nuestro interés. La verdad es que esa es una discusión que está fuera, porque para nosotros la preocupación es otra.

Les puedo dar, eso sí, un dato muy concreto. Hasta antes de las farmacias populares, nosotros entregábamos una cantidad de casi 140 millones en medicamentos que subsidiábamos con plata del Estado a precio de cadena. Nos hemos ahorrado 5 millones de pesos mensuales en estos subsidios. Esto es bastante interesante, porque para nosotros, los costos operacionales ya son costos hundidos, porque ni siquiera están por debajo de la mitad de lo que nos estamos ahorrando de lo que

antes teníamos que regalar a precio de cadena. Y seguimos regalando lo que nos piden que regalemos, porque hay incapacidad para comprar, pero a precio de farmacia popular y no a precio de cadena.

Quiero hacer una observación respecto de los medicamentos que vendemos: nosotros no podemos vender los que están en la atención primaria de salud. Pero vendemos medicamentos GES que no están en la atención primaria. Recuerden que los de los hospitales, pues ahí hay un tema que no mucha gente entiende, pero siempre lo explico. El acceso al medicamento tiene un sentido de oportunidad, pero además de cercanía geográfica.

O sea, si ustedes me preguntan hay mucha gente que de solo pensar en gastarse la plata para ir a un hospital con la incertidumbre de si va a ser atendido, te aseguro que es mucho más eficiente y eficaz venderle el Eutirox a 517 pesos las cien dosis, que pagar dos micros para ir y para volver.

Efectivamente, uno podría incorporar otros temas, como la huella de carbono, ¿cuántos viajes no estamos evitando en Recoleta? Creo que cuando uno hace la discusión más compleja y más multivariable y empieza a incorporar cuánto le cuestan los viajes a nuestra ciudad, cuánto cuesta la congestión, cuánto cuesta la contaminación, uno entiende que una mejor distribución de los puntos de entrega de necesidades básicas es siempre mucho más rentable para el Estado y para la sociedad que cualquier otra cosa que haga el mercado. Porque el mercado -vuelvo a decirlo- tiene una deformación, de manera que se ubica solo donde obtiene la rentabilidad esperada. Eso explica que haya 54 comunas que no tienen farmacias ni que nunca nadie se haya interesado: ni grandes ni chicas.

Respecto de los números -ustedes ya lo deben saber-, las farmacias independientes son el 50 por ciento de los puntos de venta, pero solo son al 9,7 por ciento del mercado. Las cadenas de farmacia representan el 50 por ciento de los puntos de ventas si uno las considera asociadas todas, pero obtienen el 90,2 por ciento del mercado, aproximadamente.

Son datos que pueden ir cambiando, pero eso es. Por lo tanto, estamos hablando de un mercado que es, si no monopolístico, oligopólico, claramente. Y planteo la duda, porque si uno hace una comparación entre el minuto de la condena por colusión y ahora, casi no hay ningún medicamento que haya bajado. Entonces, legítimamente uno tendría que preguntarse si se habrían coludido para bajar los precios. Y todo indica que no, y si la colusión funcionó para subir los precios, todo indica que o siguen coludidos o igual están haciendo más utilidad que antes de la colusión. Nuestro país es el único que cuando pilla a alguien cometiendo un delito, lo premia, le permite que se quede con las utilidades y, más encima, que siga haciendo lo mismo a un precio más caro. Porque eso es lo que ha pasado.

No tengo información de que algunos de los medicamentos que estaban bajo sospecha de colusión, y por los cuales fueron condenadas las farmacias, hayan bajado de precio. Legítima duda.

Se ha mejorado el vínculo con los laboratorios. Ya lo dije. Una semana, la demora normal.

La droguería. Esperamos que esta funcione e, incluso, estamos trabajando con la Cenabast para copiar el modelo. Claro, nosotros vamos a tener mayor autonomía. Recuerden que lo nuestro va a ser una droguería de una asociación y, por lo tanto, de una entidad distinta, que va a tener más libertad.

Incluso, estamos haciendo el análisis de la posibilidad de abrir la venta de nuestra intermediación a otro tipo de farmacias que no sean populares. El tema está en discusión, porque efectivamente tendríamos atribución para salir al mercado a traspasar el costo que consigamos en el laboratorio a cualquier farmacia, y eso está dentro de las posibilidades. No lo puedo anticipar, porque todavía no se ha tomado la decisión. Pero efectivamente la nuestra sería una Cenabast municipal con cobertura y con un dispositivo logístico. Por algo estamos financiando, porque de todos los municipios que han concurrido, ya son 54 inscritos con todos los papeles al día y 120 en proceso, es decir, tenemos más del doble de los municipios que hoy tienen farmacias ya inscritos para la farmacia.

Creo que sobre esto hay una convicción acerca de que es un instrumento. Y hoy día ya estamos analizando la posibilidad de incorporar también el tema de las ópticas dentro de la misma asociación. No se justificaría una segunda asociación para algo que tiene el mismo fin.

Comparto con usted diputado, por intermedio del Presidente, que la integración vertical *per se* no es mala, pero hay una diferencia entre la integración vertical que busca bajar costos, que es la del Estado, y aquella integración vertical que busca subir utilidades, a través de externalizar el costo y disminuir los riesgos. Creo que ahí está la banda, la integración vertical en donde no existe plusvalía o intento de plusvalía es muy buena, siempre, porque permite además generar sinergia.

Pero donde existe búsqueda de utilidad y producción de plusvalía, creo que uno la puede discutir, porque cuando uno termina con la integración vertical, después, como pasa hoy en los supermercados, en donde una vez que tratamos de combatir la integración vertical, hicieron primero la integración horizontal, y cuando tuvieron la integración horizontal, lo que significa que hoy venden de todo -estamos a pasos de que empiecen a vender autos dentro de los supermercados y quieran vender medicamentos también-, después de que venden de todo, en la integración horizontal, empiezan a hacer la integración vertical con marcas propias y ahí es donde matamos hace rato el libre mercado en nuestro país, que ya no existe.

Entonces, creo que la discusión sobre el rol de la integración vertical y la horizontal es cuál es el objeto de la integración.

Además, quiero decir que hemos tenido una muy buena experiencia en la farmacia popular, que le ha permitido a Recoleta recuperar tres mil percapitados, porque hemos integrado al sistema de salud pública a personas que no estaban

informadas de los beneficios que tenían y, por lo demás, mucha gente llega a comprar un medicamento que se le entrega gratuito en el consultorio cuando...

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Cuál es el per cápita de salud de la comuna?

El señor **JADUE**.- Es de 86 mil. Lo que no es menor.

Por lo tanto, ha sido muy bueno, porque estamos haciendo el tránsito cultural desde la marca hasta el principio activo, y eso también es importante. Porque aquí uno de los factores más relevantes es la falta de información o la asimetría de información entre el comprador y el vendedor, que se genera a partir de la falta de educación cívica y de otras.

Las corporaciones tienen, incluso, más libertad que las farmacias. Voy a hacer un comentario bien duro: sería muy bueno que esta Comisión hiciera el análisis completo de las deudas municipales de la Cenabast.

¿Aquí arriesgo demanda respecto de lo que diga?

El señor **CASTRO** (Presidente).- No, aquí goza de las últimas impunidades.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- No, él no, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Me dicen que no.

El señor **JADUE**.- Entonces, arriesgo demanda. Tengo tantas que a estas alturas.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Viaja poco?

El señor **JADUE**.- Casi no viajo.

Quiero comentarles que realicé un análisis bastante exhaustivo de las deudas municipales y me encontré que tienen un sesgo político bastante increíble. Lo digo así. Me ha llamado la atención, y me reservo el derecho de la legítima duda, de si hay algún sector político interesado en que la Cenabast fracase en su misión. Si uno compara las deudas de los distintos municipios y las cruza con los per cápita se puede llegar a sorprender.

Les puedo decir que solo 11 municipios de Chile Vamos explican el 53 por ciento de toda la deuda de la Cenabast, a pesar de que son municipios que tienen mucho más per cápita, el que entiendo como la división del presupuesto anual municipal por la cantidad de habitantes.

El promedio de deuda de los municipios de Chile Vamos está por sobre los 264 millones de pesos. El promedio de deuda de la Nueva Mayoría está en 74 millones. Uno no entiende, por ejemplo, la situación del municipio de Viña del Mar, porque cuenta con ingresos bastante interesantes, con Casino de por medio, y con un per cápita que casi triplica el de

Recoleta. Lo señalo, porque hay un umbral de deuda que lo explica, la dificultad para pago a los proveedores de las municipalidades. Entiendo que entre los 15 y 30 millones de pesos están en la rueda esperando los flujos. En enero-julio, las patentes. Pero hay otras deudas que uno las mira y creo que sería sumamente bueno dilucidarlas, porque eso también incide de manera significativa en las posibilidades de que Cenabast pueda responder adecuadamente a los objetivos que tiene con nuestra sociedad.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, solo para que no quede la sensación en esta Comisión de lo que acaba de decir, por su intermedio, señor Presidente, el alcalde Jadue, que hay un interés político por hacer fracasar la Cenabast y que solo 11 municipios concentrarían un altísimo porcentaje de la deuda.

Lo planteó la diputada señora Marcela Hernando, en el sentido de que la Cenabast quedó en enviar esa información para tener los datos duros de Cenabast respecto de la composición de la deuda de los municipios a raíz de la creación de las farmacias comunales.

Bueno, él está en su derecho de poder decir lo que quiera. Él habló de Chile Vamos, puede haber de la UDI, PRI, Evópoli, de Renovación Nacional, que es mi partido. Pero creo que es un análisis un poquito liviano sin tener las cifras, porque la idea de Cenabast es otra. El problema que tenemos con Cenabast y en eso quiero ser bastante claro, y a lo mejor arriesgo demanda, todos sabemos cómo operan las licitaciones de Cenabast por parte de 18 laboratorios. Lo señalo, porque es cuestión de ver las licitaciones. Es cuestión de agarrar las licitaciones del mercado público y verlas. Ellos van al juego de suma cero; es el cero o el 100 por ciento, así distribuyen los medicamentos y por eso están todos felices, y por eso le dan esa banda de precios solamente a la licitación de Cenabast que son del orden de los 1.400 o 1.500 millones de dólares al año. Eso indudablemente salva a un laboratorio en el año, porque si no tienen que esperar otro año para ir a la licitación.

Por lo tanto, ¡cuidado! Si queremos profundizar y analizar el mercado de los medicamentos hay que tener claridad respecto de cómo operan las licitaciones de Cenabast. No digo que Cenabast sea un ente con problemas de prioridad, al contrario, sino que los laboratorios privilegian por sobre el resto dado que es una compra muy grande.

Por otro lado, para responder al análisis que hizo el alcalde Jadue, lo que dijo la diputada Marcela Hernando es crucial. O sea, tengamos los números en la mesa y veamos. Porque asignarle a priori a un sector político de que quiere que Cenabast fracase, me parece bastante imprudente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo de la Comisión para invitar al director de Cenabast?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Jorge Rathgeb.

El señor **RATHGEB**.- Señor Presidente, justamente iba en ese sentido, de que se pueda officiar a la Cenabast, pero ya se resolvió que se invite al director de la Cenabast. Me parece que es la única manera de poder dilucidar esa situación.

Sin entrar a polemizar y ya que el alcalde planteó este tema, entiendo que se maneja bastante bien con las cifras respecto de la situación de la deuda, ¿qué información tiene de la entrega de medicamentos que pueden hacer en forma gratuita unos y otros municipios respecto de los que tienen la deuda? Lo consulto, porque puede suceder que quienes tengan mayor cantidad de deuda son los que entregan mayor cantidad de medicamentos en forma gratuita que los que no lo hacen. Quiero saber qué información tiene respecto de esa situación.

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

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, en primer lugar, por su intermedio quiero aclarar que no represento a todas las farmacias, sino que solamente a Salcobrand.

En segundo lugar, debo señalar que nosotros como compañía no tenemos deuda; por lo tanto, no tenemos el problema de estar con dilaciones por parte de los proveedores respecto de la entrega de medicamentos.

Luego de ello, quiero señalar que respecto de la regulación del mercado, las empresas reguladas y la legislación que regula a las empresas en general establece que las deficiencias razonables son de un 25 por ciento de margen directo. Por lo tanto, si uno considera que Salcobrand tiene un margen directo de un 25 por ciento; que el 14 por ciento corresponde a remuneraciones, porque son 10 mil colaboradores los que tenemos contratados, ustedes comprenderán que las diferencias que podemos tener respecto de una farmacia popular, por ejemplo, que apoyamos y nos parece extraordinario que exista esta posibilidad para mucha gente, que no puede acceder o comprar en nuestras farmacias por distintas razones, son incomparables con nuestra realidad.

Ahora bien, sumo a ello que el oligopolio o la estructura de mercado oligopolística no es ni buena ni mala, es simplemente la concentración de unos pocos proveedores o unos pocos consumidores de uno y otro lado. Pero este en el caso de las farmacias es una cosa muy particular, porque resulta que el oligopolio permite que entren distintos actores. De hecho, hace tiempo que no hablamos de las tres cadenas, sino que aquí está además el Dr. Simi, Dr. Ahorro, hay una serie de otros participantes dentro de esta industria que está

abierta a cualquiera que quiera competir en un mercado que tiene esta estructura de ganancia.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, por su intermedio me parece que no respondió respecto de la motivación de la colusión.

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, ese fue un tema que pasó, efectivamente, en 2007. No tengo ningún inconveniente de pedir una audiencia con la diputada Cariola para explicarle en detalle qué ocurrió y cómo se dio esa situación. ¿No sé si le parece bien, señor Presidente?

Hago ese planteamiento, porque en cinco minutos no podría explicar esa situación. ¡Es imposible!

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, quiero hacer un comentario que me parece interesante a propósito de lo que dijo el alcalde Jadue. Primero, para dejar absolutamente claro, el alcalde Jadue dijo que podría existir alguna intencionalidad, y eso es importante destacar porque no hizo una afirmación, a propósito de lo que ha dicho el diputado, por su intermedio señor Presidente.

Sin embargo, quiero destacar un elemento que no se puso sobre la mesa y que tiene que ver con la consecuencia inversa de esta situación respecto de las farmacias populares y el rol que han tenido a nivel nacional en cuanto a resolver la deuda con Cenabast.

O sea, a diferencia de lo que ocurre con estos 11 municipios donde se concentra el cincuenta y tantos por ciento de la deuda, que extrañamente coinciden, ahí uno sí podría establecer alguna duda respecto de la intencionalidad. No estamos acusando que hay una intencionalidad política por parte de un conglomerado, probablemente. Uno pudiese pensarlo. Sin embargo, al contrario de eso lo que ha ocurrido con la creación de farmacias populares en aquellas comunas en que se ha incurrido en esta medida es que se han buscado mecanismos para resolver la deuda de los municipios, que claramente es un tema que está expandido, no solamente en una municipalidad u otra, también hay otros municipios que a lo mejor por distintas razones tenían deudas con Cenabast y eso se ha ido resolviendo además de aumentar los percapitarizados en el sistema público.

Por lo tanto, esta es una medida que también ha traído como consecuencia el fortalecimiento de una institución del Estado, que es fundamental fortalecerla, y creo que en eso, al menos varios de los presentes, tenemos un tremendo acuerdo respecto de esa situación.

Por otro lado, en el caso de la atención primaria ha permitido fortalecer el rol de los municipios respecto del ingreso de los recursos, a través de los percapitalizados. Es importante destacar esos antecedentes.

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

El señor **FIGUEROA**.- Señor Presidente, tangencialmente se mencionó el tema de la concentración económica que hay en Chile. Ello responde a la legislación, al marco legal que nos rige desde hace muchos años y al tamaño del mercado chileno. Sin embargo, la concentración económica también tiene mucho que ver con el tipo de sociedad que estamos construyendo, cuáles son las opciones que estamos dando a la gente, cuáles son las opciones que la gente indica al país que es necesario construir. Digo esto porque entre la salud del mercado y la salud de las personas siempre hay una tensión. La pregunta es, ¿qué va a ser más importante para la gente? ¿Qué es más importante para las instituciones? En ese sentido, si uno apuesta por la salud de las personas, naturalmente también tiene que ver que la libertad que hoy ejercen las personas no necesariamente está yendo de la mano con más información porque, si bien las farmacias están orientadas, y también los laboratorios, al grueso de la gente que se atiende en un oligopolio, como se ha señalado, y que está completamente concentrado, no es menos cierto que ellos concentran la mayor parte de las transacciones comerciales y, al mismo tiempo, concentran la mayor cantidad de precios. No se pueden comparar el Estado, Cenabast, con las farmacias privadas o laboratorios privados porque hay problemas de volúmenes, hay envases clínicos, que son distintos a los envases que se venden en las farmacias, por lo tanto, el precio varía. El problema reside en que cuando se integra verticalmente el sector público, generalmente eso se traduce en mejores precios y en mejor acceso a la gente, pero cuando esa integración vertical se produce en el mundo privado, lamentablemente eso no se traduce en mejores precios para la gente, sino que en mayores utilidades. Si a ello se suman todas las imperfecciones que tiene el mercado farmacéutico, desde la asimetría de información en la prescripción hasta la asimetría de información en el punto de venta, naturalmente estamos hablando de una situación extraordinariamente complicada, que requiere decir hasta qué punto nos centramos en la salud de las personas y cómo, si ponemos en el centro la salud de las personas, le decimos a esa gente, a toda la gente, a todo nuestro país, independientemente de la clase económica de las personas, cuánta información le voy a entregar como sociedad para que esa gente pueda decidir bien a la hora de optar, ya sea por un médico o por un medicamento.

Señor Presidente, uno de los temas de fondo es la transparencia, la nitidez del mercado, que hoy es extraordinariamente opaca. Entonces, si nos preguntan cuál es la modificación legal que habría que hacer, es una sola, un botón de

muestra. Me parece que la ley N° 20.724 tiene que ser modificada de tal forma que en su articulado, en el artículo 2 y 3, la lista de precios de laboratorios y las listas de precios de farmacias deban ser entregadas a una autoridad. En este caso, al Instituto de Salud Pública, en formato electrónico, integrado, de modo que esto se pueda difundir a todo el país a través de aplicaciones y de sistemas que permitan a la gente tener buena información para que puedan decidir oportunamente dónde, cuándo, a quién comprar, qué comprar y cómo hacerlo, y que se apliquen todos los descuentos, vía convenio, que tienen las farmacias; que se aprovechen la economía y las negociaciones que está haciendo el conjunto de municipalidades con la Cenabast y con los laboratorios directamente.

Por otra parte, quiero decir que hay dos cosas que me llaman la atención de lo que se dijo hoy y en todas las conversaciones. En primer lugar, que el tema de los incentivos a la venta de los medicamentos, finalmente también ha repercutido en el aumento de los precios y eso hay que reconocerlo. Por eso, la ley N° 20.724 que ustedes aprobaron, apuntaba a eliminar, a prohibir el incentivo a la venta por dos razones: una, por discriminación, evitarla y, dos, para permitir que la gente accediera a medicamentos más baratos, eficaces y seguros.

En segundo lugar, es importante que se diga claramente que se va a seguir fiscalizando esta materia porque todas las farmacias dijeron que cambiaron sus rótulos y su forma de remunerar a la gente. Pues bien, quiero hacer una prevención. Se ha dicho que una gran cadena tiene el 25 por ciento de gastos operacionales y el 1,5 por ciento de utilidades. El hecho de que el ISP y la seremi fiscalicen los incentivos a la venta no puede significar que ese bajo rango de utilidades se transforme en cierre de locales porque temo, por lo que hemos escuchado en algunas cadenas de farmacias, que nos estén anunciando cierre de locales o disminución de la estructura remuneracional de algunas farmacias. No hay ningún antecedente, en la macro y micro economía, que signifique que habrá cesantía o que se van a perder puestos de trabajo, fundamentalmente porque la industria farmacéutica está con buenos márgenes, como aquí se ha dicho, y los laboratorios están aumentando su producción, tanto es así que una de las grandes cadenas se comprometió a comprar medicamentos afuera o a instalar un nuevo laboratorio para fabricarlos. Entonces, si hay dinero y recursos para invertir en elaboración, con mayor razón tiene que haber recursos para desarrollar la situación de los locales de venta. Eso quería prevenir, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor director, la prevención que usted hace es catastrófica. Usted está haciendo un anuncio apocalíptico, porque está diciendo que bajan los sueldos de los funcionarios de farmacias de cadena o que se van a cerrar puntos de venta.

Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, el director del ISP nos ha entregado algunos elementos que ameritan tener nuevamente presente en la comisión tanto al representante de Salcobrand como a los de otras cadenas porque hay varios elementos que quedan dando vueltas sobre la mesa. No tengo interés de tener una reunión privada con nuestro invitado para conocer elementos que vinculen la situación de baja marginación o de baja utilidad.

Imagino que si la cadena Salcobrand tiene ese nivel de utilidad, que ustedes nos están mostrando acá, uno no se explica cuando mira la particularidad de medicamentos, como el del Eutirox, por ejemplo. El Eutirox, en la farmacia popular tiene un costo de 600 pesos las 100 cápsulas, aproximadamente. En la comparación de las cadenas, 30 cápsulas valen 9.000 u 8.000 pesos, que es la diferencia que se da entre una y otra. Entonces, con esos niveles de diferencia en cuanto a valores, ¿cómo se explica que la utilidad sea de un 1,5 por ciento? No entiendo, y entiendo menos, cuando uno trata de entender las justificaciones jurídicas que hubo en algún minuto por parte de la defensa de aquellas farmacias y cadenas que se coludieron y por eso hago la relación.

Por ende, hay que aclarar y poner sobre la mesa algunos elementos que han sido parte del desarrollo histórico de este proceso, el comportamiento que han tenido las grandes cadenas, en función de lo que estamos investigando, que es el origen del abuso en los precios de los medicamentos. Entonces, como dije, no quiero una reunión privada. Lo que quiero es que estos temas se pongan sobre la mesa, que contemos con los antecedentes en la comisión y, con las prevenciones que hace el director del ISP respecto de acciones que se podrían llegar a tomar con esta situación, me parece que con mayor razón debiésemos tener una sesión a la que invitemos no solo a nuestro invitado de hoy, sino a las cadenas de farmacias. Podríamos tener mayores elementos con todos ellos en la mesa.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Novoa, ¿está en disposición para venir en una próxima ocasión?

El señor **NOVOA**.- Sí, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para invitar a Salcobrand y a las otras cadenas?

Acordado.

El señor **RATHGEB**.- Señor Presidente, falta que me responda el señor alcalde a la pregunta que le formulé.

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

El señor **JADUE**.- Señor Presidente, Cenabast funciona de una manera muy particular. Dentro de las licitaciones, los laboratorios están obligados a seguir proveyendo, a pesar de no existir pago, todos los medicamentos que están en el GES,

tanto de atención primaria como secundaria. Por lo tanto, el hecho de que una municipalidad no pague porque, además, las municipalidades no reciben a través de Cenabast, tiene dispositivos de entrega directa: compran, paga Cenabast, pero se entrega directo a los municipios. Por lo mismo, no hay riesgo de que la deuda esté ligada. Muy por el contrario.

Pero sí lo está para la compra.

Quiero explicitar pueden obtener los datos de las deudas a través de Transparencia en las municipalidades.

El señor **RATHGEB**.- Entonces, no tiene la información que le pedí respecto de si los municipios que tienen mayor deuda entregan mayor cantidad de medicamentos...

El señor **JADUE**.- No es así.

El tamaño de la deuda no discrimina per cápita ni por cantidad de remedios.

Sería bueno que solicitaran la información.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Tiene esa información?

El señor **JADUE**.- Por Transparencia me hice una tabla de la deuda de la mayoría de los municipios de Chile a Cenabast al 31 de marzo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Nos podría hacer llegar esa información?

El señor **RATHGEB**.- Respecto de la cantidad de medicamentos que entregan. Eso es lo que nos interesa.

El señor **JADUE**.- En todo caso, es una curva normal.

La distribución de medicamentos a lo largo de todo Chile es una curva normal. Hay medicamentos que están en el *peak* de las atenciones, son bastante conocidos, pero no hay una diferencia significativa en cantidad de remedios entregados en los consultorios.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muy bien.

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

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe de Taquígrafos de Comisiones

Habiéndose cumplido con el objeto de la presente sesión, se levanta a las 17:39 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ
Presidente de la Comisión

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Secretario de la Comisión