

SESIÓN 12ª 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 30 DE MAYO DE 2016. SE ABRE A LAS 15:36 HORAS.

SUMARIO

- Exposiciones del Gerente Comercial de Farmacias Cruz Verde, señor José Ignacio Larrondo; del Gerente General de Farmacias de Similares, señor Hugo Silva; del Fiscal de Farmacias Salcobrand, señor Alberto Novoa, y del Director de Cenabast, señor Pablo Venegas.

Asisten los diputados señores (as) Bellolio, don Jaime; Castro, don Juan Luis; Gahona, don Sergio; Hernando, doña Marcela; Macaya, don Javier; Pérez, don Leopoldo; Rathgeb, don Jorge; Rubilar, doña Karla, 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 Gerente Comercial de Farmacias Cruz Verde, señor José Ignacio Larrondo; el Gerente General de Farmacias de Similares, señor Hugo Silva, y el Director de Cenabast, señor Pablo Venegas. Asiste, además, la Jefa del Departamento Anamed del ISP, señora Pamela Milla.

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, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Queremos solicitar, junto con la diputada Rubilar, con quien comparto el criterio que me planteó, y dado que en estos días se está cumpliendo un

año desde la promulgación de la Ley Ricarte Soto, iniciativa legal creada para dar mayores garantías de cobertura a medicamentos en condiciones de enfermedades catastróficas, raras o poco frecuentes, que la Comisión Investigadora cite a las autoridades máximas del sector, como, por ejemplo, a la ministra, subsecretario de salud Pública y directora del Fonasa, para que nos entreguen una evaluación completa de la Ley Ricarte Soto durante el primer año. La idea es que eso permita que vengan las agrupaciones, pero que no intervengan en esa ocasión, con el fin de que haya un debate más extenso y tener claridad de lo que se ha hecho y no se ha realizado en materia de dicha ley, que está referida estrictamente a los medicamentos. Hago el alcance, porque es atingente al tema de la Comisión.

¿Habría acuerdo para discutir ese tema el lunes 6 de junio?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, agradezco que haya acogido eso de manera muy pronta. Ojalá que la información sea entregada en forma detallada, incluidos, por ejemplo, los precios de los medicamentos, la cantidad que se está comprando, cuál ha sido el gasto, etcétera. O sea, no quiero conocer la situación general, sino que se informe de manera bien específica cuántos pacientes, en qué regiones, de qué enfermedades, cuánto cuestan los medicamentos, etcétera.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señora diputada, lo vamos a explicitar en la convocatoria que hagamos a ellos.

A esta sesión se encuentran invitados los representantes de las farmacias Cruz Verde, Salcobrand y Simi, como asimismo el director de la Central Nacional de Abastecimiento.

Como ustedes saben, dado que el carácter de esta Comisión es investigadora, han surgido múltiples dudas en el relato de esta instancia desde hace varios meses. Queremos saber la opinión que tiene cada empresa farmacéutica en este caso, en particular acerca de las variaciones de precios y la política de los bioequivalentes y de fiscalización que el Gobierno ha hecho o no ha hecho, según el criterio que tenga cada una de ellas. Asimismo, conocer la mirada a futuro para saber hacia dónde va el mercado farmacéutico, de acuerdo con las reglas del juego, qué reglas faltan, cuáles no se aplican, cuáles habría que quitar o agregar y, en definitiva, de qué manera logramos satisfacer el compromiso sanitario con la gente respecto del acceso a los medicamentos.

Tiene la palabra el representante de la empresa Cruz Verde.

El señor **LARRONDO**.- Señor Presidente, mi nombre es José Ignacio Larrondo y soy el gerente general de sucursales Cruz Verde. Agradezco la invitación y espero aportar a la Comisión Investigadora. Para tales efectos, he traído una presentación que mostraré a continuación.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Larrondo, ¿quiénes son los dueños de Cruz Verde?

El señor **LARRONDO**.- El 40 por ciento de la propiedad está en manos de la familia Harding y el 60 por ciento restante del conglomerado mexicano Femsa.

En términos generales, la empresa Farmacias Cruz Verde fue fundada en 1984, en Viña del Mar, es decir, hace 32 años. Ha tenido un crecimiento sostenido y en la actualidad tenemos 652 locales. Con bastante esfuerzo y profesionalismo hemos llegado a una cifra importante a mayo de 2016 y prácticamente estamos en todas las comunas de Chile continental e insular. Asimismo, tenemos 6.500 colaboradores y 1.300 químicos farmacéuticos en nuestras cadenas de farmacias. Como todos sabemos, hay un déficit importante de dichos profesionales, sin embargo tenemos a 1.300 de ellos para cumplir con las regulaciones sanitarias. A lo menos, contamos con dos químicos farmacéuticos en cada local, 500 colaboradores en la administración central y 3 unidades productivas, que corresponden a los recetarios magistrales, ubicados en Santiago, Viña del Mar y Concepción, en los cuales confeccionamos medicamentos a la medida, conocida como la antigua botica. Como indiqué, tenemos 652 locales de farmacias, además de un almacén farmacéutico. Como anécdota, dicho almacén se encuentra ubicado en Cerro Sombrero, en la Patagonia, Tierra del Fuego, Región de Magallanes. Tenemos 5 farmacias de urgencia, las cuales están de turno las 24 horas del día, dos de las cuales se encuentran ubicadas en La Florida y las tres restantes en Vitacura, Viña del Mar y Valparaíso.

Es importante señalar que existe un acuerdo público-privado para definir en conjunto los locales abiertos las 24 horas del día, para que la gente tenga absoluta claridad de cuáles son los locales que atienden de noche. Además, tenemos cuatro centros de especialidades farmacéuticas, que finalmente son centro de salud enfocados en enfermedades complejas, como el cáncer, VIH y todo aquello que requiera la atención específica de nuestros pacientes. Asimismo, el ciento por ciento de nuestros locales cuenta con un terminal de autoconsulta de precios, sistema que instauramos en 2010, antes de promulgada la ley, lo que permite una búsqueda por nombre de fantasía o principio activo, gracias al cual también se puede ver inmediatamente el *stock* y el precio vigente del producto para los clientes.

Como mencioné, tenemos 652 locales para 17,6 millones habitantes, distribuidos en 4.270 kilómetros de extensión a lo largo de todo Chile. Según la información entregada por el Ministerio de Salud, en Chile tenemos una farmacia por cada 5.800 habitantes, lo que contrasta con la estimación de la OCDE, que señala que debe haber una farmacia por cada 3.500 habitantes. La distribución de las farmacias es tremendamente relevante, dado que hoy tenemos comunas sin cobertura de farmacias. En el norte tenemos 160 locales, lo que representa el 25 por ciento de nuestra cobertura; en Santiago Poniente, 153 locales, que corresponde al 23 por ciento; en la zona orien-

te, 141 locales, que representa el 22 por ciento, y en la zona sur, 198 locales, que corresponde al 30 por ciento del total. Cuando hacemos la correlación poblacional de dónde viven los chilenos, podemos señalar, por ejemplo, que el 23 por ciento de la población, considerando Valparaíso, vive en el norte del país; el 45 por ciento, en Santiago, Región Metropolitana, y el 32 por ciento en la zona sur del país. Por lo tanto, hay una cierta asimetría de la ubicación de los locales respecto de la distribución de los habitantes.

Cruz Verde dio sus primeros pasos en las regiones, por lo tanto tenemos un compromiso especial con aquellas. Es así como nuestros locales están ubicados en zonas extremas y de baja población, como San Pedro de Atacama -fuimos los primeros en estar allí-, Isla de Pascua, Cochrane, que está ubicado al norte de Puerto Natales; Porvenir, que se encuentra al sur de Punta Arenas, cruzando el Estrecho de Magallanes; Arica, Pichilemu, Pitrufquén, Cerro Sombrero, localidad con 700 habitantes; Coyhaique y Victoria.

Nuestra gran preocupación ha sido dar mayor cobertura a la zona y a las comunas, y que la población pueda acceder de forma más fácil a los medicamentos.

También disponemos de farmacias móviles que cumplen con toda la legislación sanitaria. Es decir, cada una de estas camionetas cuenta con agua con electricidad, con aire acondicionado y todo lo que se requiere para transportar medicamentos y entregar una buena atención a las comunas.

En el gráfico, a mano derecha, se puede apreciar que, de las cincuenta comunas que no tienen cobertura, gracias a las farmacias móviles estamos llegando a diez de ellas.

Este video relata los testimonios de la gente y la importancia para ciudades, como Melipeuco, y las zonas rurales donde no hay farmacias.

Estas farmacias tienen una frecuencia determinada por días permanentes. Es decir, a mano derecha, pueden ver el circuito de farmacias Móvil Sur. Los días lunes vamos a Hualpín; los martes, a Melipeuco; los miércoles, a Los Sauces; los jueves, a Contulmo; los viernes, a Ercilla.

En lo particular, me ha tocado viajar en estas farmacias a Melipeuco, donde no solamente va la gente de Melipeuco, sino que la gente de sus alrededores. Desde Radal, Las Horquetas, Los Laureles, Cunco, etcétera.

Esto, está todo autorizado por la autoridad sanitaria.

Por otro lado, respecto de la pregunta de los bioequivalentes, consideramos que los medicamentos bioequivalentes son más seguros y baratos. Por eso, estamos comprometidos. Es el único producto que puede contener los precios de los medicamentos originales. Es así como tienen gran calidad, seguridad y eficacia.

En nuestros locales, en nuestra red de 650 locales, nos preocupamos principalmente de una correcta visibilidad. Es decir, que el paciente cuando llegue a la farmacia pueda ver los productos. Como ven a mano derecha, todos nuestros locales tienen estos M-10, como los llamamos, estos muebles que

están detrás del punto de venta más accesible a los clientes o pacientes.

A su vez, tenemos una correcta disponibilidad. No sacamos nada con tener los muebles con productos si hay un producto en *stock*, o definitivamente no estén. Tiene que haber, a lo menos, dos bioequivalentes por principio activo, en cada farmacia.

La información que se tiene que entregar, tanto visual como de material POP, o la información que puedan entregar nuestras auxiliares de farmacia, más los químicos farmacéuticos, es vital.

Esto genera un mayor acceso para que los pacientes puedan solventar sus tratamientos de salud y les puedan salir más económicos.

También traje un video, que no podemos ver, pero que muestra un comercial que salió anoche en televisión, y que hace mención a que, dada esta visibilidad que se genera en las farmacias, el paciente o cliente pueda preguntar por su bioequivalente, es decir, cuando él va con su receta, donde va el nombre de fantasía, donde va el principio activo, le pueda preguntar al auxiliar de farmacia o al químico farmacéutico si hay disponibilidad de productos bioequivalentes, que principalmente son más baratos que los medicamentos de marca. Y hace que el precio de venta o a público, ni siquiera la sensación de precios, sino que efectivamente el precio de estos medicamentos son alrededor de un 50 por ciento más baratos que los originales de marca.

Como oportunidades, creemos que sería bueno seguir avanzando en la difusión, en dar a conocer, dado que la ciudadanía, los pacientes, los clientes, no saben qué es un genérico, un bioequivalente. Tienen mucha confusión. Por lo tanto, debe haber una campaña de difusión, de visibilidad, de disponibilidad, para que tengan acceso a estos medicamentos.

También estamos comprometidos con la entrega de información de nuestros productos. Y tenemos que tener una clara visibilidad de los precios. La comunidad tiene que saber y tiene que tener una correcta visibilidad de los precios, tal como los tenemos en los dispensadores. Pero toda la gente tiene que tener un acceso correcto a los precios. Y saber cuando está comprando un medicamento; cuál es más barato o más oportuno comprar.

También consideramos relevante un acuerdo público privado para definir en conjunto los locales de 24 horas. Es muy simple: tenemos locales que atienden las 24 horas. Sin embargo, también participamos en los rol de turnos. La autoridad designa cuales son los locales que tienen que entrar a abrir en la noche en su turno. Sin embargo, la comunidad o la gente no tienen conocimiento. Por lo tanto, se andan paseando de un lugar a otro buscando una farmacia de turno. Si somos capaces con la autoridad y con las otras cadenas de farmacias de ponernos de acuerdo y tener siempre farmacias las 24 horas, sería una gran ayuda para la comunidad que anda buscando a altas horas de la noche por emergencia un medicamento.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Ofrezco la palabra a la cadena de farmacias Doctor Simi; después, a Salcobrand.

Tiene la palabra el señor Hugo Silva.

El señor **SILVA**.- Señor Presidente, soy gerente general de la cadena de Farmacias del Doctor Simi. El dueño es don Víctor González Torres, quien fundó estas farmacias. Estamos en México por más de dieciocho años. Actualmente, tenemos presencia en Guatemala, Perú y Chile. En Chile tenemos poco más de 200 farmacias. Estamos operando en Chile desde 2005. Nuestra misión ha sido mejorar -y así se ha definido por el dueño- la idea de humanidad, ofreciendo productos y servicios de calidad al alcance de todos. Remarco de calidad y al alcance de todos, porque ha sido el compromiso que siempre hemos tenido en cada uno de los países en que hemos estado.

Respecto de nuestro modelo de negocios, puedo decir que actualmente compramos todos los medicamentos a proveedores nacionales. ¿Cómo lo hacemos? Hacemos una licitación de carácter anual, donde nos comprometemos, con los proveedores, a comprar cierto volumen de medicamentos, con el objetivo de ofrecer que el medicamento cumpla con calidad al menor precio posible.

Usualmente, estas asignaciones se hacen a un solo proveedor, y en aquellos casos en que la capacidad de producción del proveedor, o por las características del producto, el riesgo de quiebre es alto, se asigna a un segundo o tercer proveedor. En esos casos, todos los medicamentos con la excepción de algunos muy puntuales, son comercializados al mismo precio. Por lo tanto, si compra en el laboratorio a), b) o c) la sustancia activa, va a ser comercializado exactamente al mismo valor, independientemente de la marca.

Nuestras farmacias son sencillas, que usualmente están ubicadas en lugares más bien populares. En Vitacura no tenemos ninguna farmacia. Pero estamos en aquellos pueblos donde, a veces, por ciertas características, no es tan rentable entrar.

¿Cuál es nuestro compromiso con la comunidad?

Es vender el producto al mismo precio en todo el país.

Por lo tanto, el producto que se compra en Punta Arenas o en Santiago cuesta exactamente lo mismo, sin hacer diferenciación por comunas. No le pedimos a la gente comprar con tarjeta a), b) o c) para tener un descuento. A toda la gente le podemos ofrecer un descuento los lunes, en cierto horario, y vendemos todos nuestros productos con un 25 por ciento de descuento, y sin cumplir con ningún otro requisito que solo requerir el medicamento.

En Chile no estamos integrados verticalmente. En Méjico tenemos un laboratorio, el Laboratorio Best, que se dedica a producir medicamentos genéricos. La razón por la que no hemos podido traer los productos a Chile, siendo muchos de ellos bastante competitivos, es porque la legislación actual define ciertos centros de referencia como certificados para validar los registros bioequivalentes. Si es que esto cambiara -propuesta que presentaremos más adelante-, cumpliendo las

normativas legales y técnicas vigentes, los precios podrían ser más competitivos.

Creemos que el mercado de los medicamentos es imperfecto, pero con un beneficio social, porque hemos notado que los laboratorios venden a tres precios distintos: al que le venden al Estado, al que le venden a las instituciones y al que le venden a las cadenas de farmacias.

Nuestra afirmación de que es imperfecto se basa en que si fuera perfecto se vendería a todos los compradores al mismo precio en función del volumen. Asimismo, consideramos que es socialmente beneficioso, porque creemos que el Estado compra más baratos que las cadenas de farmacias. Por lo tanto, si en algún momento se define la política de que a todos se les venderá al mismo precio, sería altamente probable que los laboratorios no mantendrían los precios, sino que tenderían a aumentarlos para lograr un equilibrio en este, el cual, obviamente, no será el valor al que le venden al Estado actualmente.

De acuerdo con la información que entregó el director del Instituto de Salud Pública, respecto de los precios de los medicamentos que compró la Cenabast en febrero de 2016, realicé un esquema con seis laboratorios a lo que nosotros también les compramos. Entendiendo que ese informe probablemente corresponde solo a las compras de febrero, los tres primeros ejemplos son una proyección lineal de cómo nos tratarían los precios si compráramos la misma cantidad en el año.

El primer caso es la Betametazona Crema Dérmica, producto que se le compra a OPKO Chile. De acuerdo con lo informado por el ISP, la cantidad comprada en febrero de 2016 fue de 1.850 unidades. Claramente, sabemos que esa cifra no corresponde a lo que se compra anualmente, por lo tanto, hicimos una proyección. Al año, nosotros compramos 171 veces más, al mismo precio que la Cenabast, 204 pesos, si es que no me engaña la memoria.

De Ambroxol 30 miligramos, 5 mililitros, en caja, que el ISP adquiere de Chemopharma, Cenabast compró 4.309 piezas en febrero de 2016; nosotros compramos 22 veces más unidades durante el año, y un 21,7 por ciento más caro que lo que compra la Cenabast actualmente.

En el caso de Bersen en suspensión, de 50 mililitros, la Cenabast adquirió 1.400 unidades de Laboratorios Pasteur. Nosotros compramos anualmente 9 veces más que esa cantidad y al triple del precio que lo adquiere el ISP. La Cenabast lo estaba comprando a 800 pesos y fracción, pero nosotros a alrededor de 3.000 pesos. Todos estos son comparativos exactamente iguales, mismo producto, misma caja y mismo empaque.

Los otros tres ejemplos son productos que, si bien, no podemos decir que compramos la misma cantidad o más que la Cenabast, podemos mostrar que en el caso de la Colchicina, que se adquiere del Laboratorio Chile, la Cenabast compró casi 65.000 comprimidos. Nosotros compramos siete veces esa cantidad a lo largo del año, y pagamos un 25 por ciento más por el mismo producto.

Respecto de la Prednisona del Laboratorio Andrómaco, el Estado adquirió 402.000 comprimidos en el mes. Nosotros compramos prácticamente la misma cantidad, pero pagamos casi 80 por ciento más.

En cuanto al Carvedilol, de B y B Farmacéutica, la Cenabast compró 360.000 piezas, y nosotros, seis veces más que eso. Si hacemos una proyección anual, la Cenabast compraría 1.200.000 comprimidos. Nosotros estamos comprando 366.000 comprimidos, casi al doble de precio.

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

El señor **SILVA** (don Hugo).- Señor Presidente, por eso comenté que las cantidades son las que la Cenabast informó que compró en febrero. Las que están destacadas en negrita, son las proyecciones de las cantidades totales de compra. En el caso del Carvedilol, la Cenabast informó en febrero que compró 360.000 comprimidos, por lo que en el año comprará 66,7 veces esa cantidad y a un 129,1 por ciento más caro. Para ello, tomé una base de comparación respecto de los 360.000. Con ello demostramos que, probablemente, si todos compráramos al mismo valor, los precios de equilibrio serían distintos. No creo que los laboratorios, pudiendo **no** habernos vendido más barato antes, lo vayan a hacer ahora.

Si requieren más detalle, podemos presentar la información con los números exactos en vez de los porcentajes.

Hemos notado que con el inicio de la bioequivalencia, en nuestro caso, que solo vendemos genéricos o el producto más barato de la sustancia activa, los precios han incrementado anualmente. Como dije, hacemos la licitación de carácter anual y las razones que los laboratorios han dado frente al alza de precios han sido las siguientes:

Primero, la inversión en bioequivalencia, dependiendo de si es *in vivo* o *in vitro*, incrementa los costos entre 50.000 y 150.000 dólares. La lógica que están aplicando los laboratorios es preguntarse si pueden recuperar ese dinero en menos de tres años, por lo que, ingresan ese costo al valor del medicamento.

Hemos tenido un incremento en los tipos de cambio, que fueron tomados como promedio a mayo de 2014, de 2015 y de 2016. Muchos de nuestros proveedores son importadores netos, lo que aumenta los costos, sobre todo, porque se ha producido una disminución de oferentes. Anteriormente, habían cinco o seis proveedores dispuestos a ofrecernos un producto, hoy, en muchos casos, hay uno o dos, y algunos, incluso, usan sustancias que han desaparecido del mercado.

En el caso de los laboratorios, estos usualmente privilegian el bioequivalente similar, es decir, el de marca, sin ser el líder, antes que el bioequivalente genérico, con el objetivo de aumentar el valor del medicamento. Al aumentar el valor del medicamento, la inversión se recupera en menor tiempo, por lo tanto, ese valor lo terminamos pagando todos los consumidores.

Un ejemplo de cómo han aumentado nuestros precios anualmente. El precio del Atenolol bioequivalente aumentó en 1,67 por ciento el primer año; al siguiente, en 16,67; la Citromezina aumentó 8 por ciento, luego, 16 por ciento; el Cefadroxilo aumentó 9 por ciento, luego, 13 por ciento; el Clonazepam, que en 2015 seguíamos comprando el genérico, por lo que se ofrecían distintos productos, aumentó en 30 por ciento; la Doxiciclina durante el primer año no aumentó de precio, luego aumentó en 16 por ciento; la Espironolactona aumentó 13 por ciento ambos años, y la Loratadina bajó de precio en un momento, pero luego subió en 29 por ciento.

En la medida de lo posible, tratamos de no modificar los precios. El año pasado, modificamos el valor de solo cuarenta productos. Este año debimos aumentar el precio de alrededor de cien productos, porque no alcanzábamos a cubrir los costos.

Respecto de qué creemos y qué queremos reforzar, por ejemplo, la aparición de un producto bioequivalente o que exista una sola competencia, no solo generará una disminución de costos. En el caso que vemos a la izquierda de la lámina, la Carbamazepina, la sustancia activa, el producto genérico lo vendemos en 1.400 pesos, el bioequivalente. El mismo producto en el mercado en promedio cuesta 19.100 pesos. En este caso, se da una diferencia tan importante por la sencilla razón de que Cruz Verde también tiene en su laboratorio un bioequivalente genérico, pero el líder sabe que hay una cantidad de personas que no van a estar dispuestos a cambiar su medicamento. En ese sentido es importante educar a la población, que la gente sepa que un bioequivalente cumple exactamente la misma función y tenemos una diferencia de casi 14 veces en el precio promedio.

El producto metformina, que también requiere receta, tiene más competencia, la diferencia entre el líder y el más barato es solamente cinco veces. El nuestro cuesta 1.700 pesos, y se debe a que en mercados más competitivos el precio disminuye o tiende a ello. Si hay poca competencia con el líder, su incentivo a bajarlo es nulo, es más, en los últimos 2 años, ha subido alrededor de 4.000 o 5.000 pesos.

Propuesta. Cómo aumentar la competencia. Si existen registros bioequivalentes de agencias nivel IV, que sea una homologación simplificada. Actualmente hay agencias de nivel IV en las que no se validan todos los registros sino solamente aquellos que existen en centros de estudios validados. Entonces, la propuesta sería que para todas las agencias nivel IV exista homologación simplificada de los registros sanitarios.

Aquellas moléculas que sean muy estables, que no van a tener problemas, hacer la bioexención, en lugar del in vitro, lo que disminuiría de manera importante los costos y permitiría que entraran más oferentes al mercado.

Los laboratorios que obligatoriamente tienen una marca de bioequivalente, que tengan una cuota o el registro de un producto genérico porque por la información que entrega la publicación del ISP a abril de 2016, existen 157 sustancias

activas bioequivalentes, pero solo 54, es decir, un tercio de ellas tienen un registro genérico y eso crea una asimetría enorme en los precios y en el encarecimiento de los mismos.

Afectaciones al paciente. Nosotros atendemos a la población más desvalida y más pobre del país. Lo que dice el médico sigue siendo ley, por lo tanto, si el médico le dice que compre determinado medicamento, muchas veces el paciente no se atreve a cambiarlo. La ley actual dice que el paciente debe pedir el bioequivalente, el químico no se lo puede ofrecer. Entonces, la gente más desposeída que va a un médico que no le receta la denominación común internacional, está en desventaja.

Si revisamos el estudio realizado sobre la base de la encuesta Casen de 2013, alrededor de 640.000 personas tienen problemas de acceso a los medicamento. Nosotros atendemos un poco más de un millón de personas, entonces, estoy seguro de que una parte importante la atendemos nosotros. Algunas personas llegan con la etiqueta del producto y dicen que quiere una cajita de eso. Si el doctor le da una receta que no considera el bioequivalente y no se permite el cambio de receta, se genera un enorme problema. Entiendo que el espíritu de impedir el cambio de receta es que no se venda el medicamento más caro, el que en su momento daba "la canela", no perjudicar al cliente, pero en farmacias como la nuestra en que nuestro compromiso es vender al precio más barato posible, no le podemos cambiar la receta a un paciente si no lo solicita.

La siguiente imagen muestra un estudio más actual en el que la fuente es la Brújula de la Salud, el informe bimestral de la Universidad San Sebastián, que señala que el 32 por ciento de las personas no pudieron continuar con su tratamiento porque no tenían dinero.

La cantidad de personas de Fonasa representan el 32 por ciento y es alrededor del triple de personas que pertenecen a una Isapre.

Respecto de la forma en que adquieren los medicamentos, al 40 por ciento se le entrega gratuitamente en los consultorios, pero alrededor del 59 por ciento de las personas deben sacar dinero de su bolsillo para comprarlos. Por lo tanto, el acceso debe ser a productos baratos y eso se logra si existe más competencia.

Pedimos que se permita al químico farmacéutico cambiar el medicamento recetado si es por uno genérico o bioequivalente más barato.

Otra afectación es que en las comunas que muestra la diapositiva no existen farmacias de cadenas, en todas hay menos de 30.000 habitantes y la fuente es el censo anterior a 2012, con una proyección a 2016. Son farmacias en las que existen turnos de 24 horas. Por ejemplo, en Collipulli, en 180 días hubo 54 turnos nocturnos, de las 21.00 horas a las 8.00 horas. El porcentaje de turnos nocturnos del semestre es del 30 por ciento y vendemos alrededor de 40.000 pesos por noche. En Yungay vendemos 50.000 pesos; en Yumbel, 16.000 pesos; en Curacautín, 10.000 pesos y en Las Cabras, 30.000

pesos. El total no permite cubrir los costos de operación de una farmacia nocturna.

Esa es una de las razones por las que la gente de Cruz Verde pide que existan farmacias de 24 horas. Nosotros, en los turnos de 24 horas, los tres productos que más vendemos son: pargeverina, ibuprofeno y sildenafil. Los preservativos están dentro de los 10 más vendidos y la leche Nan ocupa el quinto lugar.

Entonces, creemos importante que exista un acuerdo en el que se asignen farmacias en ciertas zonas.

Si no existiera nuestro compromiso de vender en todo el país al mismo precio, definitivamente lo que tendría que hacer el líder del mercado es aumentar los precios. No lo hemos hecho ni lo vamos a hacer, pero es un costo que nos impide entrar en otras comunas, donde la gente también lo necesita, pero no nos dan los costos porque debemos tener un químico farmacéutico volante que cubra los turnos de noche, y tampoco alcanza para tener dos o tres químicos en una farmacia de estas características.

¿Qué creemos?

Que el ISP hace bien su trabajo, porque con preocupación he visto que algunas cámaras de innovación farmacéutica dicen que hay medicamentos de primera y segunda calidad. Si fuera así, creo que el ISP ya habría retirado los medicamentos que no cumplen con los estándares o con las buenas prácticas de manufactura.

Creemos que los medicamentos deben estar al alcance de todos, recetar con la denominación común universal y deben existir más ofertas de moléculas.

¿Cómo disminuir los costos de medicamentos?

Aumentar la oferta de la sustancia activa.

Hacer una validación de registros de manera expedita en agencias de nivel IV ayudaría a la existencia de más ofertas.

Los productos estables debieran hacerse por bioexención, en aquellos que se puedan revisar.

Definir políticas en función de la realidad de todas las farmacias y no solamente de las cadenas. Nosotros somos una cadena, pero les presenté el caso de las comunas en las que hay dos o tres farmacias y existe un solo químico, el dueño de la farmacia, y vive la misma realidad, no puede pagar un químico para toda la noche. Se dice que son esclavos de las farmacias.

Además, que el químico farmacéutico solo pueda cambiar la receta por un bioequivalente o genérico *de motu proprio*, no necesariamente porque el paciente se lo pide.

Creemos que el fraccionamiento va a incrementar los costos, porque cuando tenemos un producto como la Carbamazepima, que cuesta 16.000 pesos -que considero un mal ejemplo, porque es permanente-, si tenemos una diferencia así y al paciente se le dice que compre siete comprimidos, esa persona va a considerar que las pastillas cuestan 100 pesos cada una, pero el servicio de fraccionamiento le va a costar 6.000 o 7.000 pesos, de modo que, en lugar de disminuir, el costo va a aumentar.

Creemos que la obligatoriedad de tener todos los bioequivalentes incrementa los costos. Nosotros tenemos actualmente un stock de medicamentos bioequivalentes para 20 días, considerando el producto más barato posible. La realidad de mercado es que las farmacias van a preferir tener uno de cada uno y en cambio tener la mayor cantidad de aquellos medicamentos que les resulten más rentables. Con esa indicación, como está en la ley, creemos que se va a producir eso.

Como le había comentado anteriormente, indicar que existen productos de primera y de segunda clase genera incertidumbre y desinformación entre la población. Creemos que en el proyecto de ley de medicamentos 2.0, cuando dicen que hay que dar licencias de apertura para farmacias, lo que va a generar es un incremento en los costos, porque no va a existir competencia.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el fiscal de Farmacias Salcobrand, señor Alberto Novoa. Le pido que sea breve, porque usted ya expuso la vez anterior, así es que su intervención de hoy sería para precisar más bien algunas cosas.

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, el problema de los precios de los medicamentos no se origina en las farmacias privadas, en las cadenas de farmacias, en Salcobrand ni en la concentración del mercado. Este es un mercado al cual entran año a año distintos actores, nacionales y extranjeros. Lo que sí ha permitido este foco en las farmacias, esta "agenda antifarmacia", como uno la podría llamar, es que Chile tenga hoy los productos de marca más caros de América latina, según la información que nos entrega IMS.

Este medular problema, la diferencia de precios existente entre el Estado y los privados en materia de medicamentos, es subsanable, dando las mismas condiciones de compra a todos los actores del mercado. Curiosamente, Chile es el único país del mundo que culpa a las farmacias por los precios de los medicamentos.

Chile es también el único país de la región, y tal vez de la Tierra, que tiene esta diferencia de precios entre el sector público y el sector privado. Para la inmensa mayoría de las personas, es un total desajuste tener que pagar precios elevados por sus medicamentos y además subsidiar al Estado en la compra de los mismos. Por ello, apoyamos la igualdad de condiciones entre todas las farmacias a la hora de comprar medicamentos y el fin al financiamiento, que también importa, el pago de deudas por años de algunos sectores.

Nosotros pagamos dentro de los 120 días, o antes, incluso. Sin embargo, el financiamiento en algunos sectores se extiende por años. Si pudiéramos comprar a los mismos precios que lo hace Cenabast, por ejemplo, podríamos transferir perfectamente esos costos hacia las personas. Aunque pudiésemos importar medicamentos, ello sería inútil, porque los médicos, por regla general o casi absoluta, recetan marcas y hoy no

tienen la obligación de indicar la denominación genérica o DCI (Denominación Común Internacional).

Por ende, aún teniendo muchos medicamentos genéricos, la receta ordinaria o la receta común y corriente sería despachada siempre con un medicamento de marca.

Además, se han cercenado prácticamente todas las posibilidades para que el experto en medicamentos, es decir, el profesional químico farmacéutico, tenga la facultad de ofrecer un medicamento más barato al paciente y pueda operar efectivamente una sustitución tan benéfica y segura para las personas.

El profesional químico farmacéutico, dentro del centro de salud que constituye una farmacia, tiene hoy las manos atadas para vender medicamentos más baratos. De hecho, la distinción entre receta simple, receta retenida y receta cheque no tiene ningún sentido en la actualidad. La antigua sustitución que se podía hacer de la receta simple con los productos del formulario nacional de medicamentos, que permitía sustituir medicamentos de marca por medicamentos genéricos desde la época del Presidente Frei Montalva, hoy es letra muerta. Tanto es así que hemos sido sujetos de querellas criminales cuando hemos ejercido el derecho de instruir a nuestros colaboradores para poder ofrecer medicamentos más baratos.

Del mismo modo, los medicamentos de alto costo, que son aquellos que tienen vigentes las patentes, y por ende son caros tanto para el sector público como para el sector privado, están en parte financiados por la ley Ricarte Soto. No obstante, esta ley no beneficia a las farmacias privadas, es decir, el paciente o la persona que compra en farmacias privadas no tiene el beneficio que establece la ley Ricarte Soto.

Tampoco tenemos el beneficio de participar en las licitaciones internacionales a las cuales el Estado tiene acceso, es decir, de poder comprar medicamentos más baratos con otros países de América Latina.

Esta ley de financiamiento tampoco incluyó un sistema de límites a los precios internacionales de los medicamentos, es decir, bandas de precios que son utilizadas por países como Estados Unidos, Inglaterra y Colombia, que fijan un límite máximo a la cantidad a pagar o a financiar por cada medicamento de alto costo.

Señor Presidente, somos la única cadena de farmacias con capitales cien por ciento chilenos. Salcobrand está disponible para avanzar y lograr igualdad de condiciones en la compra de medicamentos. Creemos que cumplimos con los requisitos básicos para tener condiciones equivalentes a las de Cenabast. Mientras Cenabast informa que en 2014 compró 357 millones de dólares en medicamentos, en el mismo año Salcobrand compró 313 millones de dólares en medicamentos.

Los mejores sistemas de farmacias del mundo se basan en precios iguales de compra, para todos los agentes, y en ese marco de igualdad, o bajo ese supuesto de igualdad, se produ-

ce la posibilidad de copagos y seguros, para bajar aún más el gasto de bolsillo de las personas.

Por lo pronto, el Estado se encarga de asegurar que las personas de escasos recursos tengan plenos beneficios en salud, buscando siempre la cooperación y no la competencia entre agentes públicos y privados.

Solo bajo condiciones justas e iguales en la compra de medicamentos podremos hablar en propiedad de transparencia en este mercado y lograr precios razonables para todas las personas, sin distinción.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Si le parece a la comisión, escucharemos la intervención de Cenabast y a continuación abriremos el debate.

Tiene la palabra el director de Cenabast, señor Pablo Venegas.

El señor **VENEGAS**.- Señor Presidente, gracias por la invitación. No me voy a detener en el proceso, esto ya lo hemos discutido varias veces. Me refiero al proceso de compras de Cenabast.

En todas las compras realizadas a través del mercado público, Cenabast tiene una participación de 53 por ciento; los hospitales el 39 por ciento; atención primaria, el 5 por ciento; y las compras directas hechas por la Dirección del Servicio de Salud, el 3 por ciento. En total, representa un monto, transado por la Cenabast, de 406.847 millones de pesos.

Ahora, la deuda en cuentas por cobrar que tiene la Cenabast, al 30 de abril, alcanza a 35.623 millones de pesos; en sistema, 17.914 millones de pesos; en el Ministerio de Salud, 10.218 millones de pesos; en las municipalidades, 7.135 millones de pesos, y en extra sistema, 356 millones de pesos.

Si analizamos la deuda municipal por tipo de vencimiento, con el mismo corte al 30 de abril, nos encontramos con una deuda de 59 millones de pesos que no se encuentra vencida, pero todo el resto lo está. Cuando hablamos de deuda vencida me refiero a cuentas cuyo vencimiento es mayor a 30 días, para que lo tengan en consideración.

En la lámina aparece una deuda por cobrar de las municipalidades por la suma de 7.076 millones de pesos vencida y la que representa una deuda mayor a 360 días, corresponde a 6.000 millones de pesos.

Quiero entregar a la comisión este análisis del informe respecto de la deuda municipal, desglosado al 30 de abril y hecho por comuna. En resumen, presenta la misma información que estoy presentando acá, pero más detallada.

En cuanto a las municipalidades con farmacias comunales que están intermediando en la Cenabast, les quiero mostrar las que tienen mayor deuda; y en la columna de la derecha, aquellas que han establecido algún tipo de convenio de pago, para diferenciarlas de las que no lo han hecho.

En total, esas municipalidades que cuentan con farmacias comunales y que están intermediando con la Cenabast, tienen

una deuda con la institución de 740 millones de pesos. Insisto, todas son municipalidades con farmacias comunales que intermedian con la Cenabast.

La municipalidad de Quinta Normal estableció un convenio y ya comenzó a realizar los pagos.

Lo que establecimos con las municipalidades para facilitar los pagos fueron cuotas accesibles para ellas y que vayan en directa relación con el monto de la deuda. De esa manera, se comenzó a proveer el servicio de entrega de medicamentos.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, por su intermedio, si esa es la deuda de las municipalidades que tienen una farmacia municipal y además corporaciones o consultorios. Quiero saber, ¿existen municipalidades, en esa lista, que tengan farmacias comunales, pero que no estén intermediando con ustedes?

El señor **VENEGAS**.- Señor Presidente, esa información viene más adelante, en el análisis.

En esta lámina hay un detalle de las municipalidades con farmacias comunales que no intermedian con la Cenabast y si están con algún convenio de pago o no, pero en el informe que entregué hay más detalle de esa información.

Ahora bien, las acciones que realizamos actualmente para gestionar la cobranza -que son actos administrativos y de responsabilidad de todos- corresponden al envío de carta con la deuda, las visitas a terreno por parte de los ejecutivos de cobranzas de la Cenabast y convenios de pago para que puedan regularizar su deuda. El Consejo de Defensa del Estado nos representa e interpone las demandas con los municipios.

La lámina muestra los municipios que hoy se encuentran con alguna acción judicial respecto de la deuda que mantienen. Esta información también está detallada en el informe.

¿Cuáles son las compras realizadas por las farmacias a la fecha? Como pueden observar, pusimos el monto en pesos y el número de la cantidad de productos que han comprado las farmacias allí detalladas.

Quiero mostrar los productos más comprados a la Cenabast a través de esas farmacias, el monto en pesos de lo adquirido, cómo fue el proceso de compra durante 2015 y la distribución en cuanto a los laboratorios. Es decir, ¿cuánto fue lo que se compró? Porque se mencionó o se tenía la idea de una gran concentración en pocos proveedores y no es así. Repito, esta es una muestra de las compras que se realizaron durante 2015 y la distribución en cuanto a proveedores.

La imagen anterior es de intermediación y está el mismo tipo de información, pero para programas ministeriales. Es decir, a quienes compramos los productos para los programas ministeriales y con la misma información; proveedor, los montos comprados y el porcentaje dentro del total de la cuenta.

¿Qué hemos hecho en importaciones entre 2014-2015? Se mantiene este proceso de compra para el PNI, vacunas, enfermedades lisosomales y productos de intermediación. Por ejemplo, en productos de intermediación, importamos el clorpromazina, el pegaspargase y el trihexifenidilo. Cuando nos hemos encontrado sin stock a nivel nacional, realizamos esa compra.

Ahora bien, realizar importaciones no es un tema rápido ni resuelve una situación puntual de desabastecimiento en un momento, porque el volumen que compramos en forma trimestral, semestral o anual es altísimo, y las licitaciones que realizamos, muchas veces, comprometen la producción anual de una empresa, una industria, un proveedor. Por lo tanto, la importación tiene tiempos que no nos solucionan la emergencia por el volumen que compramos.

Eso es lo que quería compartir, pero además quiero manifestar que estamos preparando un informe comparativo desde 2011, pero por volumen.

Por otra parte, la información que entregó el señor Silva, de Farmacias Similares, está herrada, porque la comparó con la de la entrega que se hizo durante el mes. Por ejemplo, la compra de ambroxol para un semestre, en la Cenabast es de 35.440 unidades.

Entonces, la información que tomó en la página web es de lo que se entregó ese mes y no representa la compra para un año o para un semestre que hace la Cenabast. Repito, la compra de ambroxol para un semestre es de 35.440 unidades.

Estamos trabajando en un informe por volumen, por producto año a año, para que se pueda ver comparativo, porque me parece que junto con el precio tenemos que comparar el volumen.

Los volúmenes de compra de Cenabast son altísimos; y muchas veces comprometen la producción anual de un proveedor.

Muchas gracias.

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

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, prácticamente Cenabast se comporta como una comercializadora estatal de productos farmacéuticos. Por lo tanto, como empresa estatal debiéramos aspirar a que sea lo más eficiente posible, tanto en el manejo de sus ingresos y ventas, como respecto de la morosidad y todo lo que ello conlleva.

En esa línea, y luego de todo lo escuchado, mi consulta tiene que ver con los indicadores de morosidad, de deuda vencida y de cuánto hay de deuda castigada; y cuánto pierde el Estado al no poder cobrar esas deudas.

Respecto del volumen total de comercialización que anualmente hace Cenabast, me interesa saber cuánto de eso es morosidad de más de treinta días, cuánto de eso es deuda vencida, y cuánto de eso es deuda castigada y, respecto de esta última, cuánto representa anualmente, y cuáles son las medidas específicas que se están tomando. Por ejemplo, me

gustaría saber qué pasa con aquellos municipios o compradores que tienen deuda castigada. ¿Se les sigue vendiendo?

En resumen, quiero una explicación respecto de Cenabast como si fuera una comercializadora, y si se tuviera que comportar como una empresa privada cuál sería su condición actual. Lo consulto para mayor claridad respecto de su comercialización y ventas anuales y cómo impacta la morosidad en su funcionamiento y finanzas, en el entendido de que es una empresa del Estado.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, tanto las cadenas como Cenabast han remarcado el tema de la información. Sin embargo, a ello se agrega el poco conocimiento por parte de la población y lo incuestionable que muchas veces resulta ser la receta médica; esto quizá porque los médicos, al ser escasos y no tener sustitutos, deja a la población en la obligación de creerles. Por lo tanto, insisto en que aquí hay algo un poco opaco. En esa línea, y respecto de los proyectos de ley actualmente en trámite, espero que el proyecto de ley que faculta a los químico-farmacéuticos para poder recomendar medicamentos de igual calidad, pero a menor precio, no sufra ningún cambio.

Si los volúmenes de compra de Cenabast respecto de los privados es mayor, ¿por qué tienen precios tan disímiles, tanto en el mercado interno como externo?

Por otro lado, si la solución pasa por tener medicamentos bioequivalentes, producidos en el exterior, o genéricos similares, también producidos en el exterior, ¿se pueden importar o existen trabas para hacerlo? Lo consulto porque el director de Cenabast explicaba que en el proceso de compra en el extranjero, ellos también tienen problemas relacionados con los volúmenes.

Al respecto, ¿existen trabas administrativas en nuestro país respecto de la importación de medicamentos, tanto bioequivalentes como genéricos de probada eficacia? Creo que en este punto se pueden disminuir los precios de venta, y no quedarnos con las listas de precios de los laboratorios de la plaza, que ya se demostró que tienen tres tipos de precios.

El director de Cenabast dijo que hay un 72 por ciento que se le compra a 20 laboratorios, y un 28 por ciento que se le compra a 64 proveedores distintos. Al respecto, me gustaría que se nos pueda hacer llegar un desglose de esos 20 laboratorios y qué tipos de productos son los que le venden a Cenabast, tanto en sus porcentajes y montos.

He dicho.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, ya hemos determinado y acreditado la diferencia de precios de

venta de los laboratorios respecto del Estado versus las cadenas.

Entendemos que efectivamente se produce una suerte de subsidio cruzado que permite que los laboratorios le vendan más barato al Estado, porque si se vendiera a todos al mismo precio, probablemente el costo subiría. Entonces, me pregunto si es dable o no mantener el sistema tal cual como está, para mantener esta mirada "social" de los laboratorios hacia el Estado.

Está claramente establecido que el Estado compra más barato, lo que permite intermediar a las farmacias populares de forma más barata. Sin embargo, las autoridades de salud nos dicen que al menos la mitad de la deuda hospitalaria es respecto de medicamentos. Entonces ahí surge un fenómeno especial, porque tenemos una deuda hospitalaria muy grande a nivel de medicamentos, a pesar de que el Estado los compra más baratos.

¿Qué es lo que pasa ahí? ¿Qué falta? Esto es lo primero que debemos responder para así entender la deuda del sistema público en materia de medicamentos.

Quiero consultar a la directora de Anamed, respecto de que aquí hay varias propuestas que se han repetido en diferentes interlocutores, y que tienen que ver, por ejemplo, con simplificar el registro de medicamentos respecto de lo registrado en las agencias nivel cuatro, fuera de Chile.

Si bien nosotros no somos agencia nivel cuatro, somos más exigentes respecto de lo que está acreditado en agencias extranjeras. Esto quiere decir que nosotros ponemos más peros a medicamentos de agencias que vienen de afuera con mayor calidad que la que nosotros podemos crear, sin ser nosotros agencia de nivel cuatro. Por lo tanto, toda defensa que hagamos al respecto, no es válida. Probablemente lo seremos a futuro, sin embargo, hoy es raro no admitir medicamentos que vienen avalados por agencias de nivel cuatro. Es raro y quiero entenderlo.

Respecto de la bioexención, relacionado con moléculas más estables y respecto de lo cual no es necesaria tanta certeza de nivel plasmático, ¿cuál es la opinión del Ejecutivo? ¿Debe esto cambiar en el proyecto de Ley de Fármacos II?

¿Cuál es la opinión del Ejecutivo respecto de la posibilidad de que el químico-farmacéutico cambie el medicamento por un bioequivalente o un genérico más barato? ¿Es parte de lo que el Ejecutivo está pensando hacer en el proyecto de Ley de Fármacos II?

Discusión interesante e importante es cuando los laboratorios hacen bioequivalencia de un medicamento de marca, pero no a un genérico. Se entiende que al no ganar tanto con el genérico como lo hace con el medicamento de marca, ello lleva a que el bioequivalente genérico desaparezca, sin siquiera esforzarse en hacer la bioequivalencia.

Es interesante esa discusión, porque se podría plantear que un laboratorio debiera estar obligado a hacer una bioequivalencia de un genérico si quiere vender un bioequivalente de marca, de tal forma de no hacerlo desaparecer. Sería

interesante y atingente como propuesta, por lo que me gustaría saber qué opina el Ejecutivo al respecto. Tal vez, establecer la obligatoriedad de tener un listado de bioequivalentes en las farmacias, pero no de todos los bioequivalentes de todos los medicamentos, sino de los más baratos, porque, finalmente, lo que nos interesa es que la gente pueda acceder a medicamentos de la misma calidad, pero más baratos. Insisto, no tener todos los bioequivalentes que encarecen los costos.

Respecto de la intervención de la gente de Salcobrand, a mí también me llamó la atención. Sin embargo, el próximo lunes vamos a tener una sesión para tratar la "ley Ricarte Soto".

Me gustaría preguntar qué pasa en países desarrollados que tienen una legislación con bandas de precios de medicamentos de alto costo. Eso no lo tenemos en la "ley Ricarte Soto" y, efectivamente, discutimos si íbamos a regular ese punto, para poder internar medicamentos en ciertos rangos. La próxima semana veremos si los precios bajaron ahora que el Estado compra muchos medicamentos y creo que nos vamos a encontrar con la sorpresa de que no han bajado nada. Es más, podemos encontrarnos con medicamentos que ahora han subido de precio por la obligatoriedad de comprarlos. Entonces, si bien ese tema lo vamos a ver la próxima semana, me gustaría saber cómo ven la propuesta de las bandas de precios de los medicamentos de alto costo a nivel internacional.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Quiero hacer una pregunta bien simple a los representantes de las tres cadenas de farmacias. ¿Cuál es la política de descuento que tienen? Me refiero a qué días, si existe segmentación de barrios o de puntos de venta, si existe tarjeta de descuento, si líneas de productos específicas son sometidas a las rebajas. Es decir, ¿cuáles son las condiciones en que ofrecen los descuentos cada una de las cadenas de farmacias?

A los representantes de Dr. Simi, quiero preguntarles en particular por las consultas médicas que tenían adosadas a las farmacias cuando debutaron hace algunos años, donde había un prescriptor que recetaba el genérico para que fuera despachado en la oficina contigua, en la farmacia. Además, yo mismo presencié cómo se ofrecía en el centro paquetes de arroz y de tallarines a la gente que iba a comprar, cosa que llamó mucho la atención en su momento.

Por lo tanto, quiero saber si la consulta médica asociada a Dr. Simi se mantiene y si todavía existen, total o parcialmente, las ofertas de mercaderías y si la respuesta es afirmativa, en qué lugares se están dando.

Tiene la palabra el diputado Rathgeb.

El señor **RATHGEB**.- Señor Presidente, quiero que en términos muy simples que cada uno de los expositores nos señalen cuál es la razón por la que unos pueden vender más caro y otros más barato.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, a propósito de la información que nos han proporcionado relacionada con las deudas que las municipalidades tienen con Cenabast por más de 7.000 millones de pesos, cuando uno mira el listado, ve que la mayoría son deudas chiquititas, menores a 30.000.000 de pesos. Imagino que la deuda se concentra en algunas, pero ese cuadro no está aquí. Entonces, ¿tienen información de las 10 municipalidades que concentran la deuda con Cenabast? Si no tienen esa información, la podemos pedir.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Pamela Milla.

La señora **MILLA** (doña Pamela).- Señor Presidente, voy a tratar de explicar en términos simples las preguntas complejas que me han hecho.

En primer lugar, en relación con la posibilidad de ingresar medicamentos del extranjero, no hay trabas administrativas, porque el Estado, a través de la regulación y de todos los sistemas de calidad que tiene el ISP, se asegura que toda la información para poder hacer el trámite de registro esté suficientemente explicada en la página web. También hay mecanismos de transparencia, mecanismos de admisibilidad, tiempos asociados, etcétera. O sea, no hay una traba administrativa especial.

Ahora, hay un sistema regulatorio que es uno de los que tiene menos obstáculos técnicos al comercio en Latinoamérica. Debo señalar que la parte técnica no puede ser distinta; no puede ser menos que la que nos hemos definido como país. Por el bien de la salud pública, no tiene sentido disminuir las exigencias. Sí es posible cuidar que no haya un obstáculo técnico a ese comercio.

En relación con los obstáculos técnicos al comercio, dejamos entrar la mayoría de los medicamentos. Por ejemplo, Chile no va a ver planta en el extranjero. Chile admite la GMP de los otros países. México es una situación especial, pues, por ser agencia en nivel IV, sus estudios son aceptados, pero son evaluados, lo que es distinto. Nadie plantea que vamos a ser un país buzón, porque debemos ser responsables, y nuestra responsabilidad es con la salud pública.

Es más, en el seno de la Alianza Pacífico, en la cual me toca participar, en materia de obstáculos técnicos al comercio de medicamentos, estamos negociando con México, porque ese país va mucho más allá. No admite estudios hechos en pacientes que no sean mexicanos. No existe ninguna posibilidad de que los medicamentos chilenos que tienen los estándares más altos de bioequivalencia en Latinoamérica entren a México. Además tienen otra perla, cual es que la norma con la cual hacen análisis a un medicamento es la mexicana en primera instancia y si no existe, admiten otra farmacopea. Entonces, en este momento estamos negociando con México para que

baje esa barrera y poder homologar en condiciones de igualdad el comercio de medicamentos. Vamos a homologar punto por punto el estándar de bioequivalencia y la forma en que lo enfrentamos, porque los países que tienen un estándar más antiguo están menos al día y necesitamos homologar, por el bien de nuestra población y también por una sana competencia de nuestra industria, con la industria internacional. En ese pie estamos.

México prometió antes de junio, en la reunión del grupo de alto nivel de la Alianza Pacífico, la respuesta de si baja las exigencias de su ley, que no acepta estudios de bioequivalencia que no son hechos en población mexicana, lo cual es una aberración técnica, porque no son una raza tan distinta al resto del mundo.

Nosotros sí aceptamos los estudios hechos en México, con la salvedad de que acreditamos o evaluamos el centro donde se hizo el estudio, porque eso es superrelevante en el proceso. Tenemos varios centros mexicanos evaluados que hacen los estudios. La referencia puede ser distinta cuando es un producto muy antiguo y a veces topamos -más con los productos brasileros- en el margen de la estadística, porque en los medicamentos de estrecho margen terapéutico manejamos un medicamento. En el fondo, se compara el medicamento genérico con el innovador y las curvas tienen que coincidir. Hay un margen que va entre 100 y 125.

En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico es entre 90 y 110, porque son más complejos. A veces en normativas más antigua el estándar es distinto y ahí tenemos que entrar a evaluar o muchas veces no los admitimos, pero esa no es la tónica. Chile es el país más abierto en esta materia, pero en este momento estamos negociando para poder tener igualdad.

Respecto de la bioexención, cuando partió originalmente la bioequivalencia, se hacía un pequeño ensayo con alrededor de 20 personas para evitar el ensayo clínico. Por lo tanto, todos los medicamentos eran hechos *in vivo* con 20 o más personas. Sin embargo, apareció un investigador que se llama Gordon Amidon que clasificó los medicamentos, de acuerdo con su capacidad de disolución y de absorción, en cuatro tipos biofarmacéuticos, de los cuales los tipos 1 y los tipo 3 pueden ser por bioexención. La clasificación depende de la molécula. No depende del ISP o del Estado, sino de las características fisicoquímicas de las moléculas. En la OPS antes se admitían los tipos 1, los tipos 3 y algunos tipo 2. La OPS acaba de pedir en 2014 que, por favor, los tipo 2 sean todos *in vivo*. Sin embargo, para los que están en las otras clasificaciones no tenemos problemas en que sean por bioexención, siempre y cuando sea posible. Ahí la carga de la prueba la tiene el laboratorio, que debe hacer una compilación bibliográfica y demostrarnos con estudios científicos que el producto puede ser hecho por bioexención.

Sin embargo, para los *in vivo*, para evitar estos estudios tan caros y porque es más ético, la primera dosis, la primera potencia se hace *in vivo* y el resto de las potencias

se hace *in vitro* homologándola a esa potencia *in vivo*. Por tanto, los estudios de bioexención se aplican también, en los productos *in vivo*, a sus otras dosis. En general, 49 por ciento de los estudios son por bioexención de los que 20 por ciento son a moléculas y el resto son homologación de dosis. Esa alternativa siempre ha estado presente y no tiene déficit técnico hacer bien una bioexención.

Es cierto que los productos bioequivalentes, en general, son intercambiables. Algunos países, como España, los productos sicoactivos no los intercambian. Algunos podrían caer como los inmunosupresores con los que habría que tener cuidado. En general, los bioequivalentes sí deberían ser intercambiables.

Respecto de las indicaciones **1) y 2)**, está en la comisión del Senado, si bien yo represento al Ejecutivo y no al ministerio. Algo que ya plantean los diputados está en la discusión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el representante de la cadena farmacéutica Dr. Simi, señor Hugo Silva.

El señor **SILVA**.- Señor Presidente, respecto de las políticas de descuento, hacemos descuentos en todo el país los lunes, en horario de funcionamiento de las farmacias, es decir, desde las 7.00 a 21.00 horas. Se hace 25 por ciento de descuento a cualquiera y con un tope en las compras de 20 mil pesos para restringir que sea para consumo familiar y no comercial. Respecto del regalo de productos básicos como arroz, leche, etcétera, es cierto que en un comienzo cuando empezó la empresa, en cada inauguración de una farmacia, se regalaban productos básicos porque en ese momento la lógica de la empresa era que atendíamos a los que más lo necesitaban y la mejor forma de ayudar era entregarles un producto básico. Respecto de los médicos, actualmente, tenemos alrededor de seis consultorios donde se atienden migrantes y trabajadores informales y aquellos a quienes sus empleadores no les pagan sus cargas sociales. En estos consultorios no entregamos licencias médicas para que no se preste a ningún tipo de situación. El médico trabaja de manera libre y depende de un contralor médico que tiene un doctorado en políticas públicas y que trabaja medio día con nosotros e incluso ha hecho asesoría en políticas públicas al Estado. Los médicos no tienen una relación directa con nosotros, sino que todo lo ven con este médico.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Usted tiene claro que en este país, por el Código Sanitario, no se puede prescribir y dispensar a la vez. Está reconociendo que dentro de la empresa Simi hay médicos pagados por ella que prescriben y que ustedes dispensan medicamentos a la gente que son atendidos por ellos. Quiero aclarar ese punto.

El señor **SILVA**.- Señor Presidente, entiendo el Código Sanitario y por eso los médicos no dependen de nosotros.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿De quién dependen entonces?

El señor **SILVA**.- Dependen del contralor médico.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Quién paga a los médicos?

El señor **SILVA**.- Nosotros no pagamos a los médicos. Ellos cobran tres mil pesos por cada atención médica que realizan.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Dejo planteada esta pregunta al ISP, para saber a quién va a fiscalizar porque todos entendemos que hay un problema en ese punto.

Tiene la palabra el gerente comercial de Cruz Verde, señor Ignacio Larrondo.

El señor **LARRONDO**.- Señor Presidente, el mercado farmacéutico es altamente competitivo y los precios son muy sensibles hacia los descuentos. Cruz Verde tiene ofertas, promociones y alianzas con distintas instituciones: isapres, cajas de compensación, Fuerzas Armadas, etcétera. Los descuentos fluctúan entre 5 y 12 por ciento de acuerdo a las condiciones de dichas alianzas. A lo largo de todo el país los precios son iguales. Con los productos de marca, el precio de venta es aproximadamente el doble de los bioequivalentes y se requiere autorización de la autoridad sanitaria para poder intercambiar dichos medicamentos. Cuando llega una receta con el nombre de fantasía, con el principio activo, se requiere que el químico farmacéutico o el auxiliar de farmacia tenga la facultad para poder intercambiar dicho medicamento, principalmente, por un bioequivalente que es un producto seguro, de calidad y más barato para mayor acceso.

Sería buena política pública migrar paulatinamente hacia la bioequivalencia favoreciendo al consumidor o paciente final. Los bioequivalentes son los únicos medicamentos que podrían contrarrestar y disminuir el precio de los productos de marcas originales.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Usted habló de las máquinas de autoconsulta y dijo que en cada punto de venta había una. Si un usuario va a la máquina y coloca Amoval o cualquier marca, ¿automáticamente sale el bioequivalente con su precio?

El señor **LARRONDO**.- Si se coloca Amoval, aparece el principio activo con el que se encuentra el bioequivalente, con su stock y su precio.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ... **asegurados?**

El señor **LARRONDO**.- Así tiene que estar. Así es.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- No sé si lo envió o si está pendiente, para Salcobrand y Cruz Verde, para saber si es real la información que sale en las cuñas, ¿cuánto de su venta corresponde a genéricos, a productos de laboratorio y de marca?

El señor **LARRONDO**.- De acuerdo al último estudio IMS Health, después de la ley de Fármacos I, por unidades, 35 por ciento de genéricos, 20 por ciento de marca y 48 por ciento los similares. Ha habido menor variación con respecto del último estudio que se hizo en 2013 y en febrero de 2016.

Cuando se hace en monto, dado que los medicamentos de marca son bastante más caros... En facturación, dado que el monto de venta es más alto...

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Dónde hay más margen?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Para que precise, en la misma categoría.

El señor **LARRONDO**.- En la misma categoría, en los medicamentos de marca no hay más margen. Los bioequivalentes son más convenientes para toda la comunidad, para todas las industrias, etcétera.

El señor **CASTRO** (Presidente).- De las utilidades en facturación, precise ¿cuánto se factura y qué porcentaje en marcas, similares y genéricos?

El señor **LARRONDO**.- Por facturación no tengo el dato preciso, pero les traje la composición en unidades y en stock.

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

El señor **NOVOA**.- Señor Presidente, en primer lugar quiero abordar la pregunta que hizo del diputado Leopoldo Pérez respecto de la posibilidad de importar. La explicación que nos dio la directora de Anamed en ese sentido, es correcta. No existen limitaciones administrativas para importar. Pero no sacamos nada con hacerlo, porque las recetas se extienden para productos de marca y nosotros no tenemos ninguna capacidad de competir frente a esa situación. Es decir, si importáramos, nos llenaríamos de productos genéricos que no podríamos vender. Además de eso, en Chile los medicamentos genéricos son baratos. Si uno los compara, en términos relativos, son baratos; por lo tanto, no tenemos motivos para importar medicamentos genéricos. Lo que necesitamos es flexibilidad

para ofrecerles a más personas los medicamentos más baratos, que son precisamente los genéricos.

Respecto de la pregunta que formuló el diputado de por qué se vende más barato en un sector y más caro en otro, hay que preguntarles a los laboratorios. No existe ninguna norma, salvo aquella que indica que las farmacias no pueden vender medicamentos en formato institucional, que se refiere a aquellos que no tienen el envase secundario y tampoco tienen el folleto de información al paciente, y que se entregan directamente a las personas en los hospitales y centros de salud. Además de esa distinción, no existe ninguna otra en la legislación chilena, que esté sustentando esta verdadera falta de equidad en la venta de los medicamentos, en este caso, hacia las farmacias privadas.

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

El señor **LARRONDO**.- Señor Presidente, respecto de la información que me pidió, los datos son los siguientes: en unidades, los medicamentos genéricos representan 35 por ciento; los de marca, 20 por ciento y similares, 45 por ciento. En monto, los medicamentos genéricos representan 10 por ciento; los de marca, 42 por ciento y similares, 54 por ciento.

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

El señor **LARRONDO**.- Por supuesto, le haré llegar la información.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para solicitar la información?

Acordado.

Tiene la palabra el director de Cenabast, señor Pablo Venegas.

El señor **VENEGAS**.- Señor Presidente, respecto de la pregunta de la diputada, primero que todo, los establecimientos de la red no están obligados a comprar mediante la Cenabast.

En 2015, el porcentaje de intermediación de los hospitales con la Cenabast fue de 40,9 por ciento. Entonces, por descarte, el diferencial es comprado a través del mercado público, por parte de los hospitales. En lo que ya llevamos de la programación 2017, aumentó en **17 (inaudible)** por ciento en los hospitales, pero siempre mantenemos un margen, un delta, que es lo que se va a estar adquiriendo a través del mercado público.

Ese es lo que puedo decir en cuanto lo que intermedian los hospitales con nosotros.

El Ministerio de Salud, junto con la Cenabast, estamos haciendo un análisis respecto de cómo se está orientando el uso de los recursos, la compra de los medicamentos, qué se

está comprando y dónde se está comprando. Es un análisis bastante exhaustivo.

Respecto de la consulta que hizo la diputada Hernando, esa información se la vamos a hacer llegar junto con los estudios que enviaremos, vamos a hacer un anexo con lo que ella ha solicitado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Cuál es la política de convenio para las farmacias populares, respecto de las que tienen deudas sin convenio de repactación? ¿Cuál es la definición que tienen ustedes?

El señor **VENEGAS**.- No estamos operando con ellos; es decir, no les estamos entregando medicamentos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Refiérase a la Municipalidad de San Bernardo, que es la que tiene una de las deudas más abultadas.

El señor **VENEGAS**.- Fue una de las deudas más abultadas, pero debo decir que su alcaldesa fue la primera que se acercó para conversar respecto de la situación y para iniciar la repactación de la deuda. Dedo reconocerlo y distinguirlo, está repactada la deuda y están pagando.

Con aquellas que tenían una deuda, que está en convenio y que se está pagando, estamos operando en forma normal.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, al director de la Cenabast, para precisar, mi solicitud de información es acerca de los 20 laboratorios y su relación porcentual, es en tipos de medicamentos, porque en la presentación solo estaban los porcentajes.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, a propósito del tema de la deuda, si las municipalidades les adeudan a ustedes, y hay algunas deudas que son bastante antiguas, ¿cuánto les adeuda el resto de sus clientes y cuál es la antigüedad de la deuda?

El señor **VENEGAS**.- En este momento, la deuda total que mostré en el informe es de 35.000 millones de pesos, donde las municipalidades tienen los 7.325 millones de pesos. El Ministerio de Salud tiene una deuda no vencida, son programas ministeriales, pero lo otro importante son los 17.914 millones de pesos, que es la deuda del sistema; es decir, de la red de hospitales. También le puedo entregar mayor detalle, por establecimiento y por antigüedad.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Es súper interesante la pregunta de la diputada Hernando, la mía apunta a que el Ministerio de Hacienda extendió un cheque relevante, de 130.000 millones de pesos, para saldar completamente la deuda 2015 de los hospitales. En estricto rigor, quedamos en cero. Dicen que la mitad de la deuda es por medicamentos. Pero ahora, usted me está diciendo que no se ha pagado, que extendieron un cheque...

El señor **VENEGAS**.- Diputada, lo que yo estoy diciendo y demostrando en este momento, y lo que se nos solicitó, es la deuda municipal. No estoy mostrando la deuda de los hospitales.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero usted dice que 17.000 millones al menos, son de hospitales. Le extendieron un cheque, pero se ha pagado.

El señor **VENEGAS**.- Los hospitales compran en forma permanente. Esta es la deuda permanente, no es la deuda totalmente vencida de la red; es lo que está en cuentas por cobrar en este momento. De los 17.914 millones de pesos, por supuesto hay un porcentaje que se encuentra como deuda vencida, que tiene más de 30 días, como lo estamos midiendo.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, ¿podemos contar con esa información, también?

El señor **VENEGAS**.- Eso es lo que le ofrecí a la diputada Hernando.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Pamela Milla.

La señora **MILLA**.- Señor Presidente, respecto de la indicación que usted nos hizo, quiero aclarar lo expresado por Farmacias de Similares. Nosotros ya tenemos un plan de fiscalización para este año, de publicidad y de promoción, el que se insertaría, más o menos, en la facultad que tenemos para distinguir si la receta que se está utilizando es abierta o no. No hemos encontrado ese problema en los locales, pero sí tenemos otras vías para capturar información. Cabe mencionar que la farmacia se separó de la medicina en el siglo XV. Entonces, a través del mundo, en todas las regulaciones, está bien separado, para evitar problemas. En vista de eso, este año tenemos un plan de fiscalización, con publicidad y promoción, en donde se tiene a hacer maridaje comercial, que aspiramos a que sea en salud pública, no en ese espacio. Entonces, vamos a tomar la iniciativa esta semana y vamos a acudir a eso, para tenerlo informado y ser justos con los privados; o sea, pondremos la luz en esa declaración.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Agradecemos la presencia de nuestros invitados.

Ha sido una provechosa sesión, las puertas de esta Comisión están abiertas para seguir con las conversaciones y recibir todos los antecedentes que deseen.

Debo señalar que esta Comisión termina en agosto, o sea, dentro de tres meses cierra el plazo y termina con su mandato.

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 17:17 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ
Presidente de la Comisión

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Secretario de la Comisión