

**SESIÓN 3ª 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 18 DE ENERO DE 2016. SE ABRE A LAS 15:33 HORAS.**

---

SUMARIO

- Exposición del Vicepresidente Ejecutivo de la Cámara de Innovación Farmacéutica de Chile, A.G. (CIF).

Asisten los diputados señores Bellolio, don Jaime; Castro, don Juan Luis; Gahona, don Sergio; Hasbún, don Gustavo; Pérez, don Leopoldo; Urizar, don Christian; y las diputadas señorita Cariola, doña Karol, y señora Hernando, doña Marcela.

Preside la sesión el diputado señor Juan Luis Castro. Actúa como Secretario el señor Javier Rosselot y, como Ayudante, el señor Guillermo Díaz.

El Secretario da cuenta del reemplazo temporal, por esta sesión, de la diputada señora Rubilar por el diputado señor Hasbún.

Concurren, en calidad de invitados, el Vicepresidente Ejecutivo de la Cámara de Innovación Farmacéutica de Chile, CIF, señor Jean-Jacques Duhart; los Asesores del Ministerio de Salud, señores (as) Guillermo Olivares, Rafael Mendez, Andrea Martones y María Carolina Mora, el Asesor del ISP, señor Humberto Burotto, y el Asesor de Cenabast, señor Arturo Avendaño.

Debidamente autorizados por la Comisión asisten también los señores (as) Sebastián Sottorff, Macarena San Martín y Jorge Chávez.

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 acta de la sesión constitutiva se declara aprobada.

El acta de la sesión 1ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

El señor Secretario va a dar lectura a la Cuenta.

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

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señores diputados, nos ha parecido razonable escuchar a los representantes del sector privado, el cual juega un papel muy importante y decisivo en la provisión de medicamentos en Chile. Por lo tanto, escucha-

remos al presidente de la Cámara de Innovación Farmacéutica, entidad que agrupa a los laboratorios internacionales, y luego al presidente de la Asociación de Industriales Farmacéuticos, que agrupa a los laboratorios nacionales.

Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor **ROSSELOT** (Secretario).- Señor Presidente, el señor Richard Nevares ha enviado sus excusas porque no podrá asistir a la Comisión, dado que se encuentra en el extranjero. Sin embargo, en su reemplazo ha concurrido el vicepresidente ejecutivo, señor Jean-Jacques Duhart.

En el caso de Asilfa, también se excusaron, dado que hoy asumirá el nuevo directorio de la Asociación y las autoridades. Por lo tanto, han solicitado ser invitados en otra ocasión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Secretario, haga ingresar a la Comisión al señor Duhart.

*-Ingresa a la Sala el invitado.*

El señor **CASTRO** (Presidente).- En nombre de la Comisión, le doy la bienvenida al vicepresidente ejecutivo de la Cámara de Innovación Farmacéutica.

Como Comisión Investigadora encargada de analizar la situación de los medicamentos en Chile, que inició su trabajo hace tres semanas, hemos querido invitarlo para que nos dé a conocer su punto de vista al respecto. Me imagino que usted conoce el propósito y los alcances de esta Comisión, como asimismo informarle que tenemos 180 días de plazo para emitir un informe.

La investigación que queremos realizar tiene una magnitud bastante amplia, en aras de ayudar a transparentar el mercado, mejorar el acceso, los precios de los medicamentos y la calidad de los productos que hoy se venden en Chile. Es un mercado muy complejo y que tiene muchas variantes. Además, tiene leyes nuevas que están entrando en rigor.

En consecuencia, queremos saber la opinión de la entidad que usted representa, para luego dar paso a una ronda de preguntas y comentarios de parte de los señores diputados.

Tiene la palabra el señor Jean-Jacques Duhart,

El señor **DUHART**.- Señor Presidente, agradezco la invitación a la Cámara de Innovación Farmacéutica para aportar nuestra visión y los antecedentes que requieran sobre este importante tema referido a cómo el país puede avanzar en mejorar el acceso a medicamentos de calidad en nuestro país.

Con tal propósito, quiero revisar estos tres puntos. Brevemente, contarles qué es la Cámara y a quiénes representa, dado que es una industria donde hay varios actores.

En segundo lugar, abordar algunos desafíos principales, a nuestro entender, en materia de acceso a medicamentos de calidad en Chile.

Y, en tercer término, señalar algunas líneas de acción a futuro, las cuales nos parece que abordan los problemas principales.

La Cámara de Innovación Farmacéutica agrupa a dieciocho compañías farmacéuticas internacionales de innovación, tanto de origen norteamericano como europeo, presentes en Chile. Tiene más o menos sesenta años de operación en Chile. En la lámina que les indico pueden ver el tipo de laboratorios que incluye.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Puede volver atrás, por favor? ¿Hay laboratorios internacionales distintos a los que figuran en Chile? ¿Podría precisarlo aún más?

El señor **DUHART**.- Si, señor Presidente.

Estos no son todos los laboratorios internacionales. Hay un par de laboratorios internacionales, como es el caso del Laboratorio Chile, que pertenece al grupo internacional Teva, y que opera con capitales internacionales. Son compañías globales, al igual que Recalcine, que fue adquirida por Abbott; Grünenthal, que compró Andrómaco, y que es parte de toda la dinámica de difusión y adquisición en esta industria que es muy dinámica. No pertenecen a Asilfa.

También está el caso del laboratorio Bagó, que es de un grupo de origen argentino. Es un laboratorio de alcance internacional, que no está en Asilfa.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Entonces, están Bagó, Chile, Recalcine, Grünenthal.

Puede continuar.

El señor **DUHART**.- Estos laboratorios se caracterizan por tener una fuerte orientación al desarrollo de nuevos fármacos, de nuevas moléculas, de nuevos tratamientos, basados en investigación y desarrollo que hacen a nivel internacional.

Hoy, estas compañías, a nivel internacional, son las que realizan el mayor esfuerzo de investigación y desarrollo. Según Thompson Reuters, que es la entidad que monitorea el nivel de actividad e investigación en muy distintos sectores productivos. Son laboratorios líderes a nivel mundial, tanto en la producción de lo que se conoce como productos farmacéuticos innovadores producto de investigación, pero también de producción de genéricos, que es una dimensión que se conoce poco. Muchas veces, se asocia a que estos laboratorios producen solamente innovadoras. También tenemos importantes fabricantes de genéricos, como es el caso de Sandoz -no quisiera nombrar a ninguno en particular-, pero, para dar algunos ejemplos, es el tercer productor a nivel mundial de genéricos.

Estas son compañías que producen tanto innovadores como genéricos. La diferencia no está en materia de calidad, sino

que, básicamente, son los innovadores aquellos productos que tienen durante un tiempo la protección por la vía patente o protección de datos exclusivos, por lo cual tiene que demostrar el mérito innovador, y después cuando cae la protección, se siguen produciendo en la forma de genéricos, y compiten en ambos mercados, siempre bajo muy estrictos estándares de calidad, como son las buenas prácticas de manufactura que recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Para tener una idea de cuánto representan los laboratorios de Asilfa en Chile, en términos de participación de mercado, algunos indicadores en el mercado *retail* -esto es el canal de farmacias-, los laboratorios dan cuenta de un 13 por ciento medido en unidades, y un 29 por ciento, si se mide en valor, de acuerdo a cifras de IMS, que es la entidad a nivel internacional que da las cifras y, en el mercado público, que es el otro mercado -tenemos el mercado *retail*, el mercado institucional y público, que cubre las compras de Cenabast y otras entidades públicas, como hospitales-, la participación de los socios de la Cámara alcanza el 47 por ciento en valor.

Otro punto importante de aclarar es que, si bien estos laboratorios producen productos innovadores, muchos de ellos protegidos, la participación de esos productos patentados en el total de productos que se comercializan en Chile, es una porción baja. Muchas veces se tiende a sobre-representar lo que representan los productos patentados.

Por ejemplo, acá podemos ver, en unidades, en el mercado *retail*, que menos del 2 por ciento corresponde a productos patentados, y en valor un 7 por ciento. Dentro de los productos que compra habitualmente o son garantizados por GES Auge, estamos hablando de que estos representan menos del 10 por ciento. O sea, con esto quiero decir que el tema de patentes es un componente importante, pero es menor dentro del conjunto de medicamentos que se transan.

Un aspecto poco conocido de actividades de estos laboratorios es la gran actividad que realizan en materia de investigación clínica en Chile. Nuestro país ha alcanzado una posición de liderazgo en América Latina, es el primer país en materia de investigación clínica per cápita en toda América Latina, lo cual habla muy bien de la excelencia y calidad de los profesionales y técnicos chilenos, puesto que se hace con equipos externos, no de las propias compañías. Representa una inversión del orden de los 75 a 80 millones de dólares al año. Normalmente, se conoce poco esta actividad de investigación y desarrollo que se hace en el área de salud, y que moviliza a un conjunto importante de profesionales y técnicos, también de pacientes que participan en estos ensayos clínicos.

Entrando al tema de la Comisión y a los principales desafíos, a nuestro juicio, para mejorar el acceso a medicamentos de calidad en Chile, en los últimos meses hemos visto una preocupación importante y creciente en la opinión pública, y en distintos actores, en relación con el problema de acceso a la salud y a los medicamentos. Es un tema emergente que ha ido subiendo en el *ranking* de prioridades y

sensibilidad en el país. Creemos que eso, de alguna manera, llegó para quedarse en la medida en que nuestro país está acercándose al perfil que presentan los países desarrollados en materia de salud, en cuanto una sociedad que va envejeciendo, que va cambiando sus perfiles epidemiológicos y, de esa manera, lo que se ve a nivel internacional es que hay, inevitablemente, una mayor preeminencia de la salud como preocupación de la sociedad. Y eso va ser creciente en el tiempo. Por lo tanto, es bueno preocuparse de ver si estamos abordando los problemas en buena forma en el área de salud, en particular, de medicamentos.

Por ello, es importante no equivocarse el diagnóstico. Si bien ha habido una preocupación creciente por el tema del acceso, nos parece que ha habido una tendencia a circunscribir el problema a un tema de precios, en circunstancias de que creemos que, en el fondo, no es un tema de precios de los medicamentos, sino que hay otros elementos que voy a explicar a continuación. Al respecto, nos parece importante situar bien el diagnóstico para no equivocarse la solución.

Ahora, si preguntamos si Chile tiene una situación de precios de medicamentos inusualmente alta, cuando los comparamos con cifras que da IMS -que es la fuente que se usa para comparar a nivel internacional a países, y lo usan los gobiernos, la industria, la academia-, vemos que para el mercado *retail* de farmacias en nuestro país -datos de 2014-, el precio promedio se ubica bajo el precio de los medicamentos en América Latina, y está en el rango más bajo junto a Uruguay, Ecuador, Colombia y Paraguay.

El señor **BELLOLIO**.- Sería interesante aclarar el origen de ese promedio. Ello, para tener certeza, porque tenemos medicamentos que están por sobre ese precio...

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

El señor **BELLOLIO**.- Señor Presidente, la pregunta no es irrelevante. Si se hace una relación entre aquellos remedios que tienen un valor de 100 pesos y aquellos que cuestan 15.000, pero que son consumidos por mucha gente, el promedio será bajo. En realidad, el gasto -que es lo que nos interesa- es la ponderación del uso de medicamento. ¿Existe ese dato?

El señor **DUHART**.- Efectivamente, este es el precio promedio ponderado, que considera las cantidades transadas. Es el precio promedio de los medicamentos que se transan en Chile en el mercado *retail*, independiente de si son producidos por socios de la Cámara de Innovación Farmacéutica (CIF), ya que corresponde a todo el mercado del canal *retail*. Luego, veremos que en el canal institucional hay otras estadísticas, pero, en este caso, se trata del precio promedio ponderado.

Por lo tanto, podemos analizar el precio promedio por país, separándolo de acuerdo a las categorías de productos, entendiendo que en el mercado farmacéutico podemos identifi-

car genéricos, comercializados sin denominación de marca o nombre de fantasía; productos de marcas, originales o innovadores, clasificados por la IMS Health, y, por último, los productos similares, que son aquellos genéricos de marca que, si bien no son originales, tampoco son genéricos, ya que se comercializan bajo una marca sin ser innovadores. Corresponden a los principales grupos en Chile.

Al comparar con una muestra importante de países de América Latina, de Europa y de Norte América, Chile tiene una posición muy competitiva en cuanto a los precios de genéricos, incluso, son bastante bajos respecto del promedio. En el caso de los medicamentos de marca u originales, estamos en una situación competitiva, o sea, bajo el promedio de otros países. En el caso de los productos similares, el precio en Chile está por sobre el promedio.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿A qué se refiere al hablar de similares?

El señor **DUHART**.- Son aquellos medicamentos que no son originales, es decir, no fueron registrados por primera vez con apoyo de estudios clínicos, pero tampoco son genéricos comercializados sin denominación de fantasía. Simplemente, son comercializados por el laboratorio que los produce, pero sin una marca, y posicionados en un rango intermedio de precios.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Sería el caso del Amoval?

El señor **DUHART**.- Sí, el Amoval es un producto similar. No es la amoxicilina, que sería el genérico, ni tampoco es el original.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Entonces, hay una gran franja de laboratorios nacionales en esa categoría.

El señor **DUHART**.- Para efectos de la clasificación, la IMS Health define como marca los productos originales o innovadores. Hago esta precisión, porque en general puede haber referencia a productos de marca que pueden incluir a los originales y a los similares. Para efectos de esta cifra, tenemos a los similares en oposición a las marcas y a los productos originales.

El señor **GAHONA**.- En el rango de precio, ¿compiten con las marcas?

El señor **DUHART**.- Están en una situación intermedia.

No obstante, en términos comparativos, ya sea a nivel promedio o de categoría de productos, Chile se encuentra en una situación bastante competitiva y, en promedio, en el rango bajo de precios.

Sabemos que ha habido programas y notas de televisión en que han mostrado casos de pacientes que han ido a Argentina a adquirir productos, haciendo referencia a un turismo farmacéutico. Sin embargo, hemos hecho un estudio con una muestra más representativa que un caso a caso, que permite reafirmar el hecho de que nuestro país se encuentra en una situación de precio más favorable, incluso, tomando una muestra de los cincuenta principios activos más comercializados en Chile y en Argentina, y el rango de precio de nuestro país sigue siendo favorable.

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

El señor **URÍZAR**.- Señor Presidente, por su intermedio, ¿a qué atribuye que la gente viaje dentro de Latinoamérica a comprar medicamentos más baratos? ¿Se da esta situación o es una fábula? La gente tiene la intención de ir a comprarlos al extranjero.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Duhart, agradeceré que redondee su exposición para pasar a la ronda de preguntas.

El señor **DUHART**.- Lo mismo sucede en materia de gastos, per cápita y medicamentos. En la discusión se ha planteado que en nuestro país habría un gasto excesivo de medicamentos, es decir, que existiría una especie de obsesión por la medicación. De acuerdo con los estándares internacionales y a las cifras del Ministerio de Economía, basadas en datos de la IMS Health, en cuanto a gastos en dólares per cápita al año, comparado con otros países, en América Latina nos encontramos en una situación mediana. Respecto de Europa, nuestro gasto en medicamentos es casi diez veces menor.

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

El señor **GAHONA**.- ¿Es en paridad de poder de compra?

El señor **DUHART**.- Sí, con igual poder adquisitivo. Ese fue el aporte del Ministerio de Economía para hacer comparables estas cifras.

Efectivamente, a pesar de que, incluso, en términos del nivel del ingreso per cápita, que nos podría haber acercado a un país como Argentina o como Brasil, seguimos teniendo un nivel de gastos en medicamentos per cápita relativamente bajo.

Creemos que la aparición de los problemas está situada en la forma de financiamiento del gasto en medicamentos, lo que hace que en Chile la percepción de carga financiera sea tan fuerte.

La lámina que se expone muestra un gráfico de cómo se estructura el gasto en medicamentos de todos los países de la

OCDE. Chile tiene la particularidad de tener un elevadísimo gasto privado de medicamentos, lo cual es una anomalía. Es decir, a diferencia de los otros países de la OCDE, los medicamentos son costeados por los individuos y no a través de mecanismos de seguridad social. Esa es una particularidad que, muchas veces, es un punto ciego y creemos que está en la raíz de la sensación de angustia financiera que sienten muchos chilenos por el incremento en los gastos en salud debido al desarrollo, el cual será creciente si es que no tomamos medidas más de fondo.

Al comparar el gasto privado en medicamentos, en el caso de Chile es del 90 por ciento, con independencia del nivel de precios. Es decir, el 90 por ciento anual del gasto en medicamentos lo hacen los privados, ya sea a través del gasto bolsillo -desembolso de las familias- o a través de seguros privados que deben pagar. Además, están considerados los copagos con seguros públicos, pero en definitiva son recursos que aportan los privados y no la sociedad a través de mecanismos de seguridad social.

Se duplica el promedio de la OCDE. No es una diferencia marginal; hay una diferencia de enfoque, de diseños de políticas y de esquemas de seguridad en que los medicamentos son considerados algo externo, algo exógeno a la seguridad social.

Cuando vamos al gasto en medicamentos, que es un componente del gasto privado, se hace evidente que el desembolso que deben hacer las personas es el 65 versus 33 por ciento. Es decir, más del doble, en un caso y en otro. A nuestro juicio, esto es bien estructural.

Cuando vemos la contrapartida de eso, la contrapartida de ciento por ciento, es evidente que se agudiza la comparación de la forma como se resuelve en Chile y cómo en los países de la OCDE.

El gasto público en medicamentos, que es la contraparte, queda en evidencia que Chile no está a la mitad, sino seis veces abajo del promedio del gasto público en medicamentos de los países de la OCDE.

Eso deja en evidencia que el Estado chileno -como una opción de sociedad- ha estado bastante replegado en contribuir al financiamiento de medicamentos, que son un componente cada vez más importante en los tratamientos de la salud moderna.

A eso hay que agregar que en las coberturas actuales que se entregan, por ejemplo, en patologías GES, -ustedes saben que para los usuarios de los grupos A y B de Fonasa, los medicamentos contemplados en los tratamientos GES deben ser entregados en forma gratuita- tenemos que en la práctica, y según lo consigna la encuesta Casen 2013, pronto tendremos los resultados de la próxima Casen, ya para los productos que son garantizados para esos grupos de pacientes de Fonasa, hay indicios de que poco menos de la mitad de esos medicamentos, que debieran ser obtenidos en forma gratuita, no lo están siendo. Aquí, nuevamente hay un problema de *delivery*, de

entrega, de implementar un derecho garantizado en el caso de patologías AUGE.

A eso hay que agregarle, además de la poca cobertura que tenemos, que tiene problemas de disponibilidad de medicamentos en terreno, en los consultorios, a eso de las cifras de gasto de bolsillo y gasto privado, una gran brecha, si la comparamos con la media de los países de la OCDE.

Aquí tenemos un gran problema que abordar, creemos que es uno de los desafíos de los cuellos de botella principales, y que no tienen que ver con precios, porque somos competitivos, tanto en América Latina como en la OCDE, en el mercado *retail*, por lo que veíamos en relación con el gasto per cápita y de distribución del financiamiento. A nuestro juicio, el problema es el altísimo gasto de bolsillo, que amerita soluciones muy claras para abordarlo.

Hemos visto que en la discusión ha aparecido, a raíz de esa preocupación, inquietud por la diferencia de precios que se obtendrían. Todo lo que hemos mencionado correspondía al mercado *retail*, pero, además, en medios de prensa aparecieron algunos análisis de comparación de precios obtenidos por un mismo producto en el canal *retail* y en el canal institucional o de Cenabast, con menores precios obtenidos por esta última, que nos parece importante explicar, nuevamente, para no equivocar el diagnóstico.

Podemos ver que, en general, cuando se producen diferencias de precios en un mismo producto o similares adquiridos o transados en el mercado *retail* o en el mercado institucional, obedecen a que se trata de mercados muy distintos. Recordemos que el mercado *retail* es minorista, al detalle, que llega al usuario final, el producto está listo para ser utilizado por el paciente o la familia que acude a la farmacia y que debe pagar ese precio, versus en el canal institucional, un mercado en el que esas compras se hacen para abastecer al sistema público, que va a los hospitales, a los consultorios, y que muchas veces hay que agregarle una serie de otras actividades dentro de la cadena de valor, porque son productos que no están listos para ser usados, son envases clínicos que requieren un fraccionamiento de parte de personal especializado en lugares habilitados para eso. Por lo tanto, hablamos de una cadena que no es enteramente comparable.

Además, existe un portafolio de producto muy distinto. Las compras que realiza Cenabast son especializadas, en una canasta muy acotada de productos, que son los que preferentemente van al mercado público institucional, para uso hospitalario, para programas de vacunación o para programas para el sida, VIH, etcétera. Es una cartera de productos mucho menor, comparada con una cartera muy amplia, que se obtiene en el mercado *retail*, en el que se pueden elegir más de 6.000 productos distintos, amén de la competencia diaria entre los oferentes, a diferencia de Cenabast, que opera con una lista mucho más acotada de productos de especialización para el sector público, con los volúmenes de compra sideralmente mayores que en el caso *retail*, en el que hay pequeños volúmenes unitarios, y cuya forma de adquisición, que se hace

vía licitaciones, es reconocida a nivel internacional como una de las más eficientes para negociar mejores precios. A diferencia de lo que ocurre en el mercado *retail*, la competencia es diaria, permanente entre muchos productos. En cambio, Cenabast, en caso de licitaciones, lo que hace es consolidar demanda por principio activo y los proveedores que participan en esas licitaciones anuales, se juegan el todo o nada, el cero o el ciento por ciento. Es decir, proponente que su oferta es adjudicada logra el ciento por ciento de compras en Cenabast, y el que queda segundo o tercero queda con cero por ciento. Es un juego mucho más drástico, más espaciado en el tiempo y con volúmenes muy distintos.

La imagen muestra un ejemplo, que retoma lo que apareció en la prensa y que nos parece importante aclarar, y que es que el análisis que realizó una consultora tenía evidentes errores metodológicos: comparaba precios inexistentes, no eran precios ponderados, y en muchos casos eran productos que se venden solo y exclusivamente en el mercado institucional, por lo tanto, el precio referente con el que se comparó en el caso *retail* era un precio de lista que, por ley, los laboratorios deben tener en sus páginas web, por disposición de la comisión resolutoria; pero no necesariamente es un precio al cual se ha transado alguna unidad. En consecuencia, en el artículo se comparaban precios reales, de volúmenes enormes, con precios absolutamente teóricos.

Lo que vemos en la siguiente imagen es un análisis de los productos que aparecían con mayores diferencias. Aquí pueden apreciar, en las dos últimas columnas, los volúmenes que se transan -estos fueron transados en 2015-, y para la mayoría de esos productos hay una diferencia de millones de unidades comparadas con decenas de unidades. ¿Por qué? Porque fundamentalmente se trata de productos especializados en el sector público, sector hospitalario, vacunas, programas para cáncer, etcétera. Por lo tanto, el precio relevante es el que obtiene Cenabast y, enhorabuena, son menores que los que se consiguen en el mercado *retail*, por las características que hemos comentado.

Para resumir esta parte, podríamos decir que de los productos que presentaban en el artículo y que dio origen al titular de "hasta 19 veces", lo que no tiene ninguna base, porque no hay ningún producto que tenga esa diferencia de precios, lo que hay detrás es que si tomamos los productos que tienen las mayores diferencias, el 97 por ciento de las unidades transadas era adquirido por Cenabast. Casi estamos hablando de un mercado exclusivamente público, porque es el sistema que atiende hospitales y consultorios, en el que se atiende el 80 por ciento de la población, y que accede a precios aún más favorables del precio promedio que habíamos visto.

El señor **CASTRO** (Presidente).- No está en el documento. Sería bueno adjuntarla.

El señor **DUHART**.- Perfecto, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Son precios unitarios?

El señor **DUHART**.- Sí, son precios unitarios. Son unidades.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Son unidades o cajas?

El señor **DUHART**.- Unidades. Esa es la versión que aparece en la segunda columna.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Son envases, cápsulas o comprimidos? ¿Qué tipo de unidades son?

El señor **DUHART**.- Es la unidad que toma IMS y Pharmatender para comparar; en algunos casos pueden ser comprimidos, ampollas, etcétera. Es variable, pero es según la presentación que allí aparece. En algunos casos son comprimidos, en otros son vacunas; pero son unidades.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Esto no es comparación de precios.

El señor **DUHART**.- No es comparación de precios, sino que son volúmenes de unidades transadas. Para ese producto, el año pasado, en el mercado Cenabast y en el mercado *retail*, que es la parte que no aparecía en el artículo...

El señor **GAHONA**.- En el Eutirox se nota.

El señor **DUHART**.- Exactamente, y corresponden a partidas bajo ciertas condiciones.

Insisto en el punto clave, estamos hablando de dos mercados que son distintos en cuanto a volúmenes, pero también en cuanto a variedad; esto es mucho más acotado. El propio director de Cenabast lo decía: si le pidiera a Cenabast que abastezca a los usuarios con toda la variedad de productos que existe en el *retail*, tendríamos un serio problema, porque eso funciona con licitaciones discretas en el tiempo. Si imaginamos todo el sector de farmacias dependiendo de la operatoria de Cenabast para despejar una vez al año, para cada uno de los 6.000 productos, sinceramente estaríamos en problemas.

Tenemos mercados especializados, con características, estructuras de costos y modalidades de compra distintas, que se usan a nivel internacional.

Por ejemplo, se acaba de publicar un estudio hecho por la *London School of Economics*, donde se comparan las experiencias en materia de sistemas de licitación en Europa, en el que se reafirma la bondad de este tipo de instrumentos para obtener menores precios. Esa es una de las fortalezas y buenas capacidades que tiene Cenabast de negociación, mediante la cual logra consolidar la demanda y usar volúmenes de compra para obtener mejores precios.

En el caso de los productos que ahí se mencionan, que están preferentemente orientados al mercado público para uso intrahospitalario, programas de vacunación, tratamientos de SIDA y programa GES, sola una parte minúscula y que se pueda vender eventualmente en el *retail* tendrá una participación de mercado marginal y, en muchos casos, habrá hasta diez productos sustitutos. Esto no lo dice la Cámara de Innovación Farmacéutica, lo dijo la Fiscalía Nacional Económica en una investigación realizada el año pasado para examinar si había problemas de libre competencia en las diferencias de precios.

La conclusión de esa investigación fue que no había problemas en materia de libre competencia, sino que las diferencias de precios obedecían a estructuras de costos y operación distintas, en las que no existe una posición dominante para esos productos.

Los productos de esos fabricantes tienen un porcentaje de mercado muy pequeño en el mercado *retail*. Es cierto que a precios más altos, pero hay alternativas que los usuarios pueden elegir, por lo que existe competencia, y no se configura el abuso de posición dominante. Lo que corresponde es más bien una esquema de discriminación positiva de precios, en donde, como producto de los enormes volúmenes, pero también acotado al número de productos, se alcanzan condiciones más ventajosas que van en beneficio de los grupos mayoritarios de la población. Recordemos que el 80 por ciento de dichos usuarios está constituido por grupos vulnerables, quienes reciben tales productos gratuitamente. Creemos que ese es un aspecto positivo, que se debe seguir reforzando por la vía de aumentar la cobertura.

Si nuestro país tuviera el nivel de cobertura que tiene el promedio de los países de la OCDE en las compras a través de esquemas tipo Cenabast, podríamos obtener precios aún más convenientes que los precios promedio del *retail*, que son bastante razonables, si uno los compara con otros precios.

Para terminar, expondré algunas propuestas de acción.

En primer lugar, creemos que, a través de mecanismos de seguridad social, hay que otorgar mayor cobertura financiera al gasto en medicamentos, que es un componente creciente en los tratamientos de salud. Esa es la experiencia de los países desarrollados y es lo que recomienda la Fiscalía Nacional Económica, de manera que el mercado se institucionalice más, que haya actores más institucionales y que se obtengan soluciones menos atomizadas y con gastos de bolsillo, que son menos eficientes, además de establecimientos menos equipados.

Segundo, creemos que hay que avanzar en fortalecer la competencia y transparencia en el mercado, fundamentalmente por la vía de aumentar la comparabilidad de productos, de medicamentos, en cuanto a su calidad, eficacia y seguridad, que son los atributos de valor y de calidad asociados a los medicamentos y no solo el precio, porque si no tendríamos una competencia que no es enérgica ni vigorosa. Y eso pasa por avanzar y despejar algunas brechas que nuestro país presenta en materia de calidad de medicamentos, además de una imple-

mentación correcta de la bioequivalencia, lo que creemos que en nuestro país no ha ocurrido.

Tercero, hay que ampliar la cobertura y terminar con esta anomalía *chilensis* de que los medicamentos son considerados como un factor que está fuera de los tratamientos. Este es el único país donde esto es así. En todos los países de la OCDE y en muchos países de la propia región, a través de sus esquemas de seguridad social, consideran los gastos de medicamentos como parte de los seguros de salud, tanto públicos como privados.

Esto no solamente permite avanzar hacia una mayor equidad, sino que también tiene elementos de mayor eficiencia, en la medida en que permite institucionalizar los procesos de compra, tener actores que son institucionales, compradores, pagadores y vendedores, versus actores atomizados. Permite alcanzar, como ya lo veíamos en el caso de Cenabast, economías de escala muy importantes, mejores precios por volumen, y reducir las asimetrías de información en la medida en que hay capacidades de evaluar la costo-efectividad de distintas alternativas, lo que para los individuos, los pacientes y sus familias es muy difícil. Son productos altamente sofisticados, no siempre tienen los mejores elementos cuando se trata de que instituciones, ya sea seguros públicos o privados, entran a tallar, cuentan con equipos técnicos capaces de hacer evaluaciones, lo que se llama evaluación de tecnologías sanitarias, que es una variable importante para asegurar la buena inversión en este tipo de elementos.

Un segundo desafío es fortalecer la competencia y la transparencia por la vía de una mayor comparabilidad, dado que en nuestro país -y esta es otra área de singularidad-, a diferencia de los países desarrollados y de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud, hay medicamentos que son registrados por la autoridad y que no han demostrado su eficacia terapéutica ni su seguridad, como sí lo recomienda la OMS.

Nos parece que aquí hay una asignatura pendiente, que hace que en Chile tengamos medicamentos de primera y de segunda clase. El problema es que la gente no siempre sabe cuál es cuál, y uno puede suponer quién es el que termina finalmente usando los medicamentos de segunda.

Creemos, entonces, que aquí hay una brecha importante, que es responsabilidad de la autoridad cerrar. A eso apuntaba la política de bioequivalencia iniciada en 2005, pero ha ido demasiado lenta y han pasado ya diez años. México y Brasil partieron igual que nosotros y hoy tienen normalizada su situación de medicamentos, esto es, no hay ningún medicamento que se ponga en circulación, que se autorice, que sea registrado, que no cuente con todos esos atributos. Si no, queda en lista de espera, porque estamos hablando de productos que son sensibles para la salud, no (de) cualquier cosa. Y esto también ha sido reconocido por la Fiscalía Nacional Económica en su estudio sobre los efectos de la bioequivalencia, la penetración de genéricos, en el que reconoce que lo que se entiende por genérico en Chile no es lo que se entiende en la

OMS ni los países desarrollados. Aquí tenemos una suerte de jurel tipo salmón, lo que no solamente implica un riesgo para la salud de las personas, sino que también importa una importante distorsión de mercado, en la medida en que hay productos que se denominan de la misma forma, pero que no tienen atributos de eficacia terapéutica garantizados y están compitiendo por precio, únicamente. O sea, es un mercado que está funcionando a medias, con neblina.

¿De qué porte es este problema? Podríamos pensar que este es un problema secundario, marginal. Nuestras estimaciones muestran que este es un problema importante todavía, que alcanza a más del 70 por ciento de los medicamentos que se transan en el país, en unidades.

Si uno descuenta los productos que son elaborados por compañías que, al momento del registro, tienen que presentar estudios clínicos que demuestran su eficacia terapéutica y seguridad, y se ciñen a estrictas prácticas de buena manufactura, y se agrega la pequeña porción de medicamentos que han certificado bioequivalencia, que no es más del 10 por ciento en unidades, estamos hablando de menos del 30 por ciento. El saldo, más del 70 por ciento, son productos que no tienen esos atributos básicos garantizados, como recomienda la OMS, sino que aparecen con una distorsión importante, amén de ser un riesgo inaceptable para la población.

Agreguemos a esto que hay incertidumbre en materia de buenas prácticas en manufactura. No sabemos, a pesar de que reiteradamente hemos pedido información respecto del cumplimiento de buenas prácticas de manufactura por parte de los laboratorios, la verdad es que lo que informa el ISP nos deja preocupados, toda vez que habría un espacio para que un número importante de laboratorios no cumplan como corresponde con los estándares de buenas prácticas de manufactura, que es un elemento fundamental para la calidad adecuada en este tipo de productos.

Para eso hay que avanzar -a nuestro juicio- y corregir progresivamente esta brecha de calidad, seguridad y eficacia de medicamentos; regularizar, nivelar el mercado y asegurar la comparabilidad, siguiendo los lineamientos de la OMS, de manera que en Chile puedan existir genéricos de verdad, con seguridad y eficacia comprobadas, cosa que hoy no es el caso.

Además, creemos que eso es un *hándicap* que hace que los medicamentos genéricos en Chile no sean plenamente competitivos, desde el punto de vista de lograr contestar y amenazar -por así decirlo- a los productos originales, como ocurre en los mercados de los países desarrollados.

Para eso creemos que es importante estimular que la intercambiabilidad de medicamentos solo se permita cuando se trate de genéricos bioequivalentes, que será un espacio importante que estará normado en la ley de Fármacos II o III, de manera que sea un estímulo al uso de genéricos bioequivalentes como alternativa válida que no ponga en riesgo la salud de las personas respecto de los productos originales.

También creemos que es importante que las compras públicas que realiza Cenabast privilegien la compra de productos y

medicamentos que hayan demostrado eficacia terapéutica, seguridad y calidad, conforme a las recomendaciones de la OMS. Es decir, que privilegie la compra, ya sea de genéricos bioequivalentes, pero en forma, no genéricos a secas, y de productos originales, que es lo que ocurre en los mercados de países desarrollados, donde las principales categorías son originales, mientras son protegidos y, después, genéricos, pero genéricos de verdad, cosa que en Chile no ocurre.

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

El señor **BELLOLIO**.- Señor Presidente, por su intermedio, tengo dudas respecto de un dato de la presentación. Dice que la venta de aspirinas era cercana a las 45.700 unidades; a lo mejor, me faltan 3 ceros. Es decir, si son 4 millones puede ser, porque en comparación con otra cifra que era de 215 millones resulta ser demasiada grande la diferencia. Pero, más allá de eso, la tabla era muy interesante para saber las unidades vendidas de cada uno de los distintos productos.

En primer lugar, quiero preguntar sobre lo que dijo en la última parte de su presentación, respecto del 70 por ciento de los medicamentos sin eficacia y seguridad. ¿Cuánto es la diferencia de precio entre los de marca versus el resto? Quiero saber si tiene un orden de la magnitud y si existe la posibilidad de saber cuánto es por el peso de la marca y cuánto es por el peso del I+D previo, que se divide por los años, una vez que ya se acabó la patente, a pesar de la carga que puede tener el propio laboratorio.

En segundo lugar, respecto de la demostración de la eficacia y la seguridad, la ley de Fármacos tiene una forma para demostrar que un medicamento es bioequivalente, pero, a la vez, son pocos los laboratorios que pueden hacer esa demostración.

Entonces, ¿de qué manera cree que podríamos aumentar la cantidad de bioequivalencia en los medicamentos en el entendido de la OMS y no en el entendido *marquetero* que se suele utilizar?

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, en relación con lo que plantearon los diputados Bellolio y Urizar, no queda claro lo que se expuso respecto de Cenabast como comprador institucional, que, si bien tiene una canasta bastante pequeña, que estaría centrada en aquellos medicamentos de alto costo que son para tratar cáncer, VIH y otra serie de enfermedades y que no son de uso corriente en las farmacias, pero en la exposición que tuvimos acá por parte de la autoridad -Cenabast y el Ministerio-, se nos dijo que Cenabast, del mercado total, solo el 41 por ciento lo compra por licitaciones. El resto lo adquiere por trato directo, por

importaciones o por otras vías, y las farmacias representan el 59 por ciento del mercado.

Pero usted me dice que es al revés, que Cenabast es el gran comprador de medicamentos en Chile, en circunstancias que tenemos más de 3.000 farmacias en el país que pueden tener un popurrí de medicamentos.

A mi juicio, -usted me puede corregir si me equivoco, ya que está en el negocio farmacéutico- la sociedad chilena, a partir de cierta edad, tiene un comportamiento similar en el consumo de medicamentos, y dentro de los cinco más nombrados está el famoso Eutirox, para la gente con problemas a la glándula tiroides, porque en Chile, sobre todo la mujer, es de alto consumo y tratamiento, incluso en edades tempranas, ni siquiera hablo de la tercera edad. El tema de la presión arterial o los problemas de hipertensión, dolencias que cada vez parte antes; el de la diabetes tipo II comienza antes de los 60 años; incluso en el grupo etario de la tercera edad, que lo componen millones de personas, no todos reciben del sector público ese tipo de medicamentos; tal vez reciban otros.

Y aquí viene la segunda pregunta. Usted señaló que el 50 por ciento de los medicamentos que se consumen estarían dentro de la categoría de medicamentos genéricos, que no están debidamente probados -eso es lo que entendí y si estoy equivocado me lo aclara- desde el punto de vista terapéutico. Es decir, nuestra población, en un altísimo porcentaje, estaría expuesta a consumir medicamentos, por prescripción de especialistas, cuya efectividad, a juicio de usted, no estaría probada, por lo que su resultado sería dudoso, situación que también me preocupa.

La otra pregunta dice relación con una información que usted entregó sobre la diferencia de precios -y eso coincide un poco con la pregunta del diputado Urizar-. Si Cenabast compra el Eutirox, de marca, en un laboratorio que es socio de su agrupación -así como Eutirox-, ¿cuál sería la diferencia de precio en una licitación? De las cantidades que allí se mostraron, tengo mis dudas, porque uno ve mucha gente con muchas recetas. Yo represento un distrito con más de un millón de personas, muy vulnerables. Cuando uno recorre las farmacias, escucha lo que la gente comenta. Van con las recetas del consultorio, porque los consultorios no lo entregan como marca Eutirox o no lo tienen disponible, pero hay mucha gente que llega con esos recetarios de los consultorios municipalizados y la verdad es que tienen que ir a la farmacia con el nombre de Eutirox. ¿Por qué a unos les cuesta 600 pesos? Más la comisión y todo lo demás, puede que cueste 800 pesos. La pregunta es por qué si en la farmacia más barata -voy a hablar de una farmacia de barrio o de una cadena que podría comprar al por mayor- la diferencia es diez veces mayor. Quiero que me explique eso.

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

El señor **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, tengo las mismas dudas que el diputado Pérez. Se nos muestra un cuadro en amarillo, en el que se grafica lo que pasa con Fonasa, es decir, cómo Cenabast es capaz de abastecer y quiénes tendrían que pagar y no pagar, haciendo omisión a que sean solo los tramos A y B los que tienen derecho a recibir, de manera gratuita, los medicamentos incorporados en el Formulario Nacional de Medicamentos. Sin embargo, si uno piensa en todas esas personas, la mitad de ellas se van insatisfechas y sin el medicamento, aproximadamente. Solo un porcentaje menor al 50 por ciento obtiene el medicamento sin problema; el otro 50 por ciento es aquel que deambula con las recetas -como dice el diputado Pérez-, y eso no se compadece con el cuadro que usted nos mostró antes, cuando se refirió a los promedios ponderados. Puedo entender que si vendo 1.000 píldoras a 15.000 pesos cada una, es obvio que habrá mucha diferencia que si los compre el Cenabast, a un precio mucho más bajo, pero solo por el volumen el promedio termina siendo bastante más bajo.

Además, cuando de la OCDE somos uno de los países que tiene más gasto de bolsillo, ¿cómo se entiende que los costos de la Cenabast sean bajos, si la mayoría está comprando en el retail?

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

El señor **URÍZAR**.- Señor Presidente, quiero hacer la misma pregunta que le hice al representante de CIF. Lo concerniente al turismo farmacéutico es cierto, es una situación que ocurre hace muchos años, y en la medida de que las posibilidades de viajar están al alcance de algunas personas, ello ocurre en mayor cantidad.

¿A qué obedece esto? ¿Es una creencia instalada en la ciudadanía y que en realidad no es cierta? ¿La gente va a perder plata fuera de Chile? ¿Es efectivo que encuentran medicamentos más baratos en Argentina, Brasil y Perú?

Se dice que el problema no es tanto el nivel de gasto, sino cómo se financia. Ese es el gran problema: cómo el Estado se hace cargo. Pero mientras no podamos arreglar eso ni no nos involucremos de una manera más social al respecto, considero que el problema es el nivel de gastos.

Los ciudadanos de este país están preocupados del nivel de gasto, porque es lo que les toca día a día. El decir que el problema no es el nivel de gasto es un poco como tirar la pelota para el frente; es como decir que la culpa o el problema no es nuestro, sino cómo el Estado se hace cargo.

Esto no es así, porque el problema es generado por los precios que los laboratorios o las farmacias tienen instalados en Chile. Ese es el problema.

Respecto del cuadro en amarillo, también referido por la diputada Marcela Hernando, hace un análisis de lo que paga Fonasa. Sin embargo, lo que aquí aparece es un poco la

crítica a cómo Fonasa se hace cargo de la compra de los medicamentos.

Al respecto, me gustaría que se miraran un poco el ombligo ustedes y no se preocuparan tanto de lo que hace Fonasa o el Estado o cómo se financia, sino qué hacen ustedes, porque estar mirando para el lado, para el frente, diciendo cómo funciona el Estado, no trae nada nuevo, porque sabemos los problemas que tiene el Estado. Sabemos que necesitamos una economía que aplique más impuestos, ojalá con un mejor precio del cobre, que se haga más cargo del tema social.

Mientras tanto, debemos preocuparnos de los valores, porque los actuales son inadecuados. Además, esto que hoy ocurre en Chile es una cosa que nos tiene discutiendo del tema porque es algo que realmente está pasando.

Finalmente, quiero llevar todo esto al precio de las farmacias populares. Alguien podría decir que las farmacias populares no pagan arriendo de local, porque lo asume el municipio, o no paga funcionarios porque son del municipio. Sin embargo, si se hace solo un análisis de flujo de caja, con todos esos pormenores, no llega por ningún lado a valores de diferencia de 10 o 15 veces.

Quizá el farmacéutico o la cadena podrá decir que se deben preocupar de la difusión, de la comercialización y todo lo que quiera, pero con todos esos gastos no se llega a las 10, 12 o 15 veces de diferencia en precio de los medicamentos.

Entonces, lo que pido es que ustedes se hagan cargo de esta situación y nos muestren cuadros que no se refieran a lo que pasa al lado, lo que pasa con Fonasa o lo que pasa con Estado, sino de aquello que ustedes se hacen cargo, porque lo que queremos saber es de qué se hace cargo la industria farmacéutica en Chile respecto de esta abismante diferencia en precios.

Es eso lo que queremos escuchar, porque lo demás lamentablemente ya lo sabemos.

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

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, a propósito de lo que plantea el diputado Christian Urizar, me gustaría ver si nuestro invitado tiene alguna posibilidad de hacernos un ejemplo bastante más gráfico de cómo se producen estas diferencias de precios, en términos de si un productos que hoy se vende en la farmacia en una cantidad x, y el producto que se vende a la Cenabast tiene un valor de x-20, cuáles son los componentes y las partidas de gasto asociado para llegar al precio final de venta, incluidos, por supuesto, los márgenes que hacen constatar esa diferencia.

Me interesa saber por qué respecto de la Cenabast tenemos una diferencia tan grande; me interesa saber cómo se compone y descompone respecto de un medicamento tipo.

Al hacer el ejemplo podrán clarificar respecto de aquello que corresponde a gasto de distribución, de comercialización, de publicidad, de recursos humanos, y así poder entender de alguna forma esta diferencia abismante, sin perjuicio de los volúmenes involucrados, pero sí respecto del precio que se cobra, y cuanto de eso es margen de ganancia.

Nuestra impresión, y creo que es la de toda la ciudadanía, es que efectivamente los márgenes son excesivos.

Entonces, mientras no se demuestre cómo se compone esa diferencia, va a ser muy difícil creerles. Así es de sencillo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Juan-Jacques Duhart.

El señor **DUHART**.- Señor Presidente, hay varios comentarios y consultas. Trataré de responder a varios de los temas que fueron planteados, por lo que los agruparé por la recurrencia de temas.

En primer lugar, quiero aclarar el tema de las diferencias de precios. Al respecto, es importante que puedan escuchar a los otros actores de la industria. Como representante de la Cámara de Innovación Farmacéutica debo decir que nosotros tenemos una parte bastante menor dentro del conjunto de mercado.

Ahora, desde nuestra perspectiva no nos hacemos cargo de esas diferencias de precios que aparecieron en la prensa, y que consideramos absolutamente sin fundamento, sin base, porque no corresponde a la realidad que nos toca vivir.

Hay diferencias de precios, pero a lo más corresponden a un ciento por ciento, puntualmente, o hasta un 200 por ciento en ciertos casos. Sin embargo, los casos que quedaron ahí grabados con el titular de una diferencia de hasta 19 veces, por lo menos nosotros no podemos dar fe de eso porque no hay ninguna base al respecto. Es más, los análisis que se hacen de la comparación de precios son absolutamente de errores básicos, de comparación de precios que no existen.

Les pido que entiendan que por normativa de libre competencia como gremio no podemos entrar en análisis puntuales de productos específicos o de compañías, porque esos son temas que maneja cada compañía, por lo que nos está vedado meternos.

A lo que hacemos referencia son planteamientos generales que están sustentados por la realidad; sin embargo, no quisiera entrar a defender un producto puntual de otro, porque no me corresponde, no tengo las atribuciones y la normativa me lo prohíbe.

No digo esto para sacarme el bulto de la consulta, pero lo que quiero decir es que en términos generales el rango de diferencias entre...

El señor **GAHONA**.- Comprendo que cada empresa define su estrategia de ventas y la información es reservada; sin embargo, en las industrias hay comportamientos respecto de

las grandes partidas y cómo se calculan los precios, y que no necesariamente son estratégicas, sino son globales y comunes a la industria. Es eso lo que le estamos pidiendo. No estamos hablando de un medicamento en especial, sino de partidas de composición del precio de venta y que está en toda la literatura y en la administración de empresas a nivel mundial. Reitero, no me refiero a que se haga una comparación de una empresa con otra.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Jean-Jacques Duhart.

El señor **DUHART**.- Señor Presidente, con esa precisión voy a responder, por lo que me referiré en términos generales a los elementos de modelo existentes que permiten diferenciar y caracterizar el mercado institucional respecto del mercado retail.

En primer lugar, insisto en sacar la referencia de diferencias tan absurdas, porque no tienen ninguna base y porque podemos demostrar, caso a caso, que tiene errores metodológicos obvios, como por ejemplo, comparar por precio, y donde no hay ninguna unidad transada de ese producto a ese precio. Por tanto, es un precio teórico, que quedó establecido, porque es obligación tenerlo, pero no construye un precio ponderado.

Además, las diferencias son mucho más acotadas en el rango, en el cual pueden llegar a una diferencia de hasta una o dos veces como máximo.

Quiero insistir en algo importante, que tiene que ver con la dinámica muy distinta que tiene la operación vía licitaciones anuales, de productos muy específicos, respecto de una mecánica de competencia diaria, donde todos los competidores están presentes día a día en el mercado retail, con participaciones de mercado que son pequeñas y donde los volúmenes transados son mucho menores.

Esto, en relación con lo que decía el diputado Leopoldo Pérez, no contradice que en el agregado el mercado farmacéutico chileno se componga de aproximadamente dos tercios de las ventas del mercado retail y un tercio del canal institucional, pero eso es considerando los más de 6.000 u 8.000 productos agregados.

Cuando uno descompone esa cifra y se va a ciertas categorías de productos, como por ejemplo las vacunas, ahí la participación es completamente distinta. El ciento por ciento es público, institucional, por las características del producto, para ponerlo en el caso extremo e ilustrar lo que quiero exponer. No es que todos los productos sean vacunas. Por ejemplo, productos para programas VIH SIDA, uno no va a la esquina a comprarlos, o productos bajo GES, en que tenemos una situación intermedia, donde empiezan a intervenir también elementos de gestión.

No se trata de que estemos mirando al enfrente o que tiremos la pelota para el lado, pero estamos diciendo que aquí hay un problema desde el punto de vista de que cierta

disponibilidad garantizada por ley en la práctica no se está cumpliendo plenamente, lo que genera la necesidad de que esas personas eventualmente terminen comprando en las farmacias aquello que, por derecho, deberían tener.

No nos estamos lavando las manos. Lo que decimos es que ese problema no se resuelve vía precios, sino solucionando los problemas de gestión o rebalanceando los compromisos financieros, de manera que lo que se establezca como compromiso se pueda cumplir. No es para tirar la pelota para otro lado. Son elementos de diagnóstico distintos que llevan a elementos de solución diferentes.

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

El señor **URÍZAR**.- Señor Presidente, con un simple análisis económico uno podría pensar que si el número de personas que termina comprando en la farmacia es mayor, el precio en el mercado debería ser menor. Si esas personas compraran en el sistema público, menos personas comprarían en las farmacias, y ahí el precio podría subir, pero es al revés, mientras más personas que compraban en el sistema público compran en las farmacias, ustedes mantienen el precio más alto. Entonces, no entiendo la justificación.

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

El señor **DUHART**.- Señor diputado, lo único que puedo decir, para el caso de los productos que mencioné en el cuadro, donde se pueden ver las comparaciones de cantidades transadas, es que son datos objetivos del volumen transado para cada uno de esos productos. Y esos volúmenes corresponden a productos que son transados año a año. Son productos que van a quedar en la licitación a un precio determinado y al año siguiente no queda.

Lo que quiero decir es que no es que sean dos alternativas continuas, donde haya un flujo o una especie de vasos comunicantes.

Estamos analizando y viendo qué hay detrás de esas diferencias, primero, diciendo que no son tales, que no son de la magnitud que se plateó; segundo, que las que hay corresponden a características de mercado distintas para productos que corresponden a un portafolio muy reducido, y para esos productos se alcanza esta característica única, cual es que son de alta demanda en el sector público, a través del esquema de Cenabast que consolidó demanda e hizo que en un momento la aspirina quedara ahí versus otro producto, pero con esas cantidades se obtienen mejores precios que en el retail.

Ahora, se puede decir que ese precio promedio esconde diversidad de situaciones. Es cierto, pero vayamos a una muestra un poco más grande.

Nosotros encargamos a IMS un estudio para saber qué base hay detrás de la percepción de precios más favorable en Argentina. Les pedimos que nos hicieran un análisis de un grupo de 51 principios activos, 51 moléculas, y compararan los precios a público en Argentina y en Chile.

Esta es una situación intermedia entre tomar dos o tres ejemplos, que es lo que uno ve en las notas de prensa, porque una persona no va a ir a comprar con una lista de supermercado, sino dos o tres productos, y a partir de eso se generaliza, y su experiencia es muy válida y respetable. En el otro extremo tenemos los precios promedios que mostrábamos hace un rato.

Dijimos, veamos qué pasa con las 51 moléculas o principios activos de mayor comercialización en Chile y en Argentina, para que fuera representativo, que corresponden a los productos que están en el listado de la presentación, pero que tienen como características ser de amplio uso y muy incidentes en materia de compras, tanto en Argentina como en Chile.

Podemos hacer llegar todos los antecedentes para que los señores diputados los puedan revisar. Lo que obtuvimos de ese análisis es que en esa muestra, con todas las presentaciones comerciales disponibles para cada uno de esos 51 principios activos, que son 190 las presentaciones comerciales, de un gramo, medio gramo, gramo y medio, etcétera, el precio promedio ponderado que se obtiene para esa canasta en Argentina es un poco más de 4 dólares versus 3 dólares en el caso de Chile.

No es una muestra sesgada que hayamos hecho a dedo, sino que tomamos una muestra representativa, desde el punto de vista del tipo de compra que hacen las personas, que sea comparables en los dos casos, y veamos cómo andamos de precios. En la lámina se puede ver el resultado que arrojó. Esto es retail.

De nuevo se recoge lo mismo que se ve a nivel de precios promedios en otros niveles, pero hay una diferencia favorable para Chile. No quiero negar las experiencias de algunas personas que han encontrado algunos productos a menor precio, pero para hacerlo representativo estadísticamente, se equiparan con las experiencias de otras personas que van a encontrar esos productos a precios más ventajosos en Chile. Y en el gran agregado están los precios promedios, donde Chile sigue teniendo una situación más favorable, dependiendo del producto en particular, si es original, similar o genérico. Si hay una comparación de productos allá, puede que haya otras opciones, pero el balance grueso, los números gruesos, apunta a esto.

Señor Presidente, estamos disponibles para aportar estos antecedentes, y si hay otras versiones, discutirlos y contrastarlas, pero con evidencia y elementos, porque como el tema es de mucha sensibilidad es importante que aportemos datos duros para no equivocarse el diagnóstico y no distraernos de las soluciones de fondo.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero plantear al señor Duhart un tema que está asociado a esta discusión, pero que se tocó muy a la pasada, por lo que me gustaría que lo profundizara.

Considerando el mercado público, es decir, Cenabast, Chilecompra u otro órgano del Estado que compre en el servicio de Salud u hospitales directamente, a través del sistema de compras públicas, quiero que nuestro invitado, que representa solo a 18 laboratorios, no los 192 laboratorios que hay en Chile -representa alrededor de 10 por ciento-, se refiera al juego de suma cero, que los laboratorios se jugaban en las licitaciones el todo o nada. Quiero saber respecto de la política comercial, porque ahí hay algo que no me huele bien, siendo muy transparente y franco.

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

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, uno podría deducir que la dificultad que tenemos en el país respecto del precio de los medicamentos, con el análisis que nos señaló nuestro invitado, haciendo un análisis comparativo con el resto de Latinoamérica, y calculando en términos de precios promedios ponderados, se debe a que el Estado no cubre todo lo que se cubre en otros países y, en el fondo, gran parte de los medicamentos aquí y en el resto de Latinoamérica y en Europa valen exactamente lo mismo; que en otros lugares del mundo el Estado pone más recursos y, por eso, para nosotros son más caros, porque el Estado pone menos recursos. ¿Esa es la conclusión final que nos está señalando?

Independiente de todo lo que ha presentado, esa sería la razón de por qué el precio de los medicamentos en Chile es tan elevado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Andrea Martones.

La señora **MARTONES** (doña Andrea).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero aclarar un tema técnico. En Chile, como Estado, se garantiza la seguridad y eficacia de todos los medicamentos.

A propósito de lo que señaló el diputado Pérez, no hay un medicamento en Chile que sea registrado sin que se compruebe su seguridad y eficacia.

Distinto es el tema de la bioequivalencia, en donde se demuestra que son los mismos medicamentos equivalentes terapéuticos y, por tanto, intercambiables. Esa es otra condición.

En ese sentido, solo ratificar que Chile ha acreditado sus procesos de registro sanitario ante la Organización Panamericana de Salud (OPS), en 2012. Estamos en nuevos

procesos de acreditación para la seguridad de la población. Es decir, en Chile cualquier persona puede tomar un medicamento con la absoluta tranquilidad de que la autoridad reguladora está haciendo su trabajo.

Además, los medicamentos se registran con estándares de seguridad y de eficacia.

Distinto es decir que un medicamento tiene la misma eficacia terapéutica que otro. Para determinar que son lo mismo, es donde se hacen estudios de bioequivalencia.

Quiero poner un ejemplo. La FDA en Estados Unidos no solicita bioequivalencia a todos los productos que son OTC, es decir, de libre venta sin receta, porque no es necesario en todos los casos determinar la equivalencia terapéutica para que esta quede demostrada. Eso significa, tal como decía el señor Jean-Jacques Duhart, una redefinición de la política de bioequivalencia para hacerla de verdad tangible. Pero para la tranquilidad sanitaria, todos los medicamentos se registran en Chile con pruebas de seguridad y de eficacia.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Jean-Jacques Duhart.

El señor **DUHART**.- Señor Presidente, partiendo por el tema 0 o 100 por ciento, es para graficar en el fondo cómo se desarrolla una licitación. Lo que cada participante ve, en licitaciones que son anuales, es que quien resulta adjudicado obtiene el 100 por ciento de esa compra, y durante un año, de alguna manera, tiene la exclusividad. No compite con otro producto para esa categoría, que es muy distinto al caso que ocurre en el *retail*, donde la competencia es diaria. O sea, están todos los competidores permanentemente disputándose el terreno, a diferencia de los otros, donde uno tiene que hacer alguna estimación. La experiencia internacional muestra que a través de esquemas de licitación lo que hacen es lograr bajar muy fuertemente el precio, porque de alguna manera extrema las condiciones de competencia y obliga a los que participan, por teoría de juegos, a extremar sus posiciones.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Algunas consultas. Los 18 laboratorios que representa, ¿producen lo mismo? ¿Alguno se dedica a otro tipo de moléculas? ¿Hay competencia entre estos 18 laboratorios que tienen investigación y desarrollo, o no se tocan en algunos de los registros?

El señor **DUHART**.- Señor Presidente, como en toda empresa, no es que todos produzcan los 8 mil y tantos registros.

Hay áreas de especialización en las cuales hay competencias en grupos de laboratorios. Por poner un caso, hay áreas terapéuticas donde según el producto no participan todos los laboratorios de la industria, pero no es que haya uno solo, salvo de que estemos en el caso -por eso hacía la referencia-

de productos que tengan una protección porque según su patente tiene un monopolio legal por un periodo de tiempo.

Salvo eso, en general tenemos competencias de muchos laboratorios de la cámara, pero también del resto de industrias, y de otros laboratorios internacionales.

Hay que entender que esta industria es cada vez más global. Hoy están apareciendo laboratorios de muy distintas latitudes, de origen indio, chino, etcétera. Por ser Chile un país abierto, con pocas barreras de entrada, eso está a la vuelta de la esquina. Entonces, es una competencia bastante ardua.

En relación con lo que comentaba el diputado Sergio Gahona, creemos que junto con la necesidad de avanzar en materia de cobertura para aliviar el problema del gasto financiero que, a nuestro juicio, está desbalanceado en el caso de Chile, pero más allá del impacto en materia de equidad o de tranquilidad mental de las familias chilenas, envuelve un elemento de eficiencia que es muy importante, y así lo reconoce la propia Fiscalía Nacional Económica.

En la medida que uno tiene mayor cobertura -así lo tienen mucho de los países desarrollados y varios de los países vecinos- se alcanza una forma de organización en el mercado que privilegia la operación de actores más institucionales, como compañías de seguros, públicos y privados, agencias compradoras del Estado, federaciones, que son las que interactúan también con la industria proveedora. Por lo tanto, se alcanza un mayor equilibrio en las negociaciones, hay información más equilibrada para abordar todas las negociaciones, y tal como lo hemos visto en el caso Cenabast, se logran economías de escala y consolidar demandas que permite a todo el país ubicarse en un punto de mayor eficiencia.

Nuestra impresión -como industria queremos colaborar con el avance del país en este sentido- es que Chile está ubicado en un punto de equilibrio que no es el más eficiente, desde el punto de vista de cómo hemos abordado el tema del gasto en salud y en medicamentos.

Revisando y retomando la experiencia internacional y de los países desarrollados, creemos que en la medida de que vayamos hacia esquemas de seguridad social, esquemas más compartidos de este esfuerzo, más mutualizado, con esquemas más de tipo de seguro de riesgo, se hace más profesional y menos atomizada la operación en este mercado, y por esa vía se alcanzan mejores condiciones aún que las que tenemos en promedio si nos comparamos con los países de la región.

Es decir, creemos que estamos en una situación intermedia, pero a nuestro juicio, y no queremos desconocer la aflicción y angustia de muchas familias cuando se ven enfrentadas a una solución de crisis, de emergencia, de enfermedades, donde a esto se le agrega el peso financiero, lejos de desconocerlo, decimos que la forma de salir de eso es que logremos soluciones vía esquemas de seguridad social que permiten ir hacia esquemas más institucionales, más de compra con poder de negociación más distribuido, y de esa forma poder avanzar.

Junto con esto, y lo decíamos en la presentación, hay un desafío en materia de mejorar la competencia y la transparencia en este mercado.

Nosotros señalamos que aquí un elemento importante es que en Chile se podría lograr una mayor competencia dotando, especialmente a los genéricos, de mayores dientes, por así decirlo, de mayor credibilidad respecto de su calidad, eficacia y seguridad, porque hoy día hay un manto de duda respecto de qué tan comparable son.

De hecho, creo que a eso apunta el objetivo de la bioequivalencia. De lo contrario, para qué el país habría hecho una inversión desde 2005, que inició la actual Presidenta cuando era ministra de Salud, si no hubiéramos tenido un problema. O sea, para qué arreglarlo si no estaba roto.

La política de bioequivalencia es la forma en que la Organización Mundial de la Salud recomienda cerrar estas brechas de calidad.

Quiero replicar a la abogada Martones. En Chile, el sistema de registro sanitario tiene una puerta y una ventana. Tiene un procedimiento de registro completo, que es el que se hace a los productos originales, al primero de su categoría, donde el producto debe entregar los resultados de los ensayos clínicos.

Aquí, y en todo el mundo, los resultados de los ensayos clínicos sirven para fundamentar ante la autoridad sanitaria que este producto cuenta o no con determinadas características en cuanto a eficacia terapéutica y seguridad.

Eso se hace para los productos originales, pero no se hace para los que siguen. Y la legislación ni siquiera habla de productos genéricos, sino de los que siguen, del que no es el primero en su registro, en su categoría. Y para esos otros, los que vienen, tienen una forma que se llama procedimiento abreviado.

¿En qué consiste ese procedimiento abreviado? Que el proponente dice que su producto que quiere registrar tiene la misma fórmula química que el original y se comporta terapéuticamente igual, y la forma de demostrar eso es trae copia de los estudios clínicos y se lo entrega a la autoridad, indicando que tal producto se va a comportar igual, por transitividad.

Nos parece que ese acto encierra cierto riesgo y la forma de corregir eso, entre otras -no es la única-, es a través de estudios de bioequivalencia o de otras formas, según recomienda la OMS en su anexo 7. Hay distintas formas para comprobar la equivalencia terapéutica. En distintos tipos de productos hay formas para decir que no solo tiene el mismo principio activo, sino que también se comporta clínicamente de manera similar, y esa es la base de la intercambiabilidad.

Hoy en Chile tenemos un porcentaje importante de productos, que decimos que es sobre 70 por ciento, que dejando de lado los productos originales, que por el sistema de registros en el procedimiento completo tienen que demostrar los ensayos clínicos, más aquellos productos que ya han demos-

trado, a través de estudios de bioequivalencia, que según nuestras estimaciones, basadas en IMS, alcanzan el orden de 10 por ciento, llegamos a un orden de un poco más de 20 por ciento.

El resto, no es que podamos decir a ciencia cierta que son inseguros o ineficaces, pero hay un manto de dudas por cuanto no lo han demostrado conforme a lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud.

En la medida de que eso subsista, de alguna manera tenemos una neblina en el mercado y tanto los pacientes como los prescriptores, las instituciones y las autoridades, no saben a ciencia cierta en qué medida son comparables o no determinados productos que tienen el mismo principio activo. Por lo tanto, no opera bien la competencia, como se da en los países desarrollados.

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

El señor **URÍZAR**.- Señor Presidente, me gustaría que la aseveración que hace el representante de la Cámara de Innovación Farmacéutica quedará en cuaderno separado. Él dice que en Chile se comercializan productos de marca sin eficacia terapéutica y sin seguridad demostradas. Esa es una aseveración grave, y me gustaría que la analizáramos cuando esté presente algún representante del Ministerio de Salud.

Insisto, me parece que es muy grave que se plantee algo como eso y no tenga respuesta, porque entonces estamos diciendo a los ciudadanos de nuestro país que puede ser que estén tomando medicamentos que no les sirven para nada y, además, que tienen cierto rango de inseguridad.

Creo que es una aseveración riesgosa, pero lo ha dicho nuevamente el señor Duhart.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Secretario, quedará en cuaderno separado.

Tiene la palabra el diputado señor Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, quiero saber si es posible que el señor Duhart nos haga llegar la información de cómo se llega al precio de venta, especialmente considerando las diferencias. No estoy hablando de un producto determinado, pero en la estructura de costos de una compañía promedio -una compañía ideal, por decirlo de alguna manera- por qué un medicamento vale 10 y el otro 2, para hacerlos comparables.

¿Qué hace la diferencia para llegar a ese precio? Espero que no sea solo el margen. Esa es mi inquietud. Quiero tener claridad por estructura de costos, no respecto de un medicamento específico, pero al menos de alguno que nos sirva como ejemplo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Jean-Jacques Duhart.

El señor **DUHART**.- Señor Presidente, hemos tomado nota y vamos a reunir los antecedentes para responder a esa inquietud, entendiendo que es un análisis agregado de las principales categorías.

Respecto de la seguridad y de la eficacia terapéutica no comprobada, quiero precisar, tal como lo mostré en el gráfico, que no es algo propio de los genéricos solamente. Esto cubre indistintamente a medicamentos tanto genéricos como similares, a pesar de que tienen un precio bastante más elevado, y a marcas propias.

A los únicos que no cubre esta cifra es a aquellos productos que por requerimiento del registro son originales y han tenido que demostrar con ensayos clínicos dicha condición, y a los productos que a través de estudios de bioequivalencia han tenido que demostrar que tienen esta equivalencia terapéutica con el original, que según las estimaciones del IMS, no alcanzan a más de 10 por ciento.

El resto es una condición que no solamente afecta a los genéricos, para que no se interprete que estamos poniendo el punto para esta categoría de productos. Es general. Y queremos decir que no han demostrado de acuerdo con lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud en su anexo 7.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sé que el tema es importante y vamos a seguir en esto, pues tenemos 180 días para investigar.

Agradecemos la presencia del señor Duhart.

Pido la consideración de la comisión para que el próximo lunes, que es la última sesión de enero, a las 15.30 horas...

Un señor **DIPUTADO**.- Señor Presidente, no está claro si el próximo lunes va a haber sesiones.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Está claro. Hablé con el Presidente de la Cámara y se va sesionar los días martes, miércoles y jueves, como siempre.

Por lo tanto, queda la sesión de comisión del día lunes en Santiago. Sugiero que ese día concurra el presidente de la Asilfa, más dos representantes de los cuatro laboratorios que tienen la condición de independientes, que son Laboratorios Chile y Recalcine, los más grandes que hay en el mercado.

*-Hablan varios señores diputados a la vez.*

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, ¿terminaríamos con el tema de los laboratorios?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sí, cerraremos ese tema el próximo lunes.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Entonces, dejaremos para marzo el tema de las farmacias.

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

Les sugiero que el próximo lunes acordemos cambiar el día y hora de las sesiones. Varios diputados me han manifestado dificultades para trasladar las sesiones a los días martes o miércoles. La idea es ir pensando en opciones para convocarlos a todos.

La próxima sesión se realizará el lunes próximo, a las 15.30 horas.

Quiero que quede constancia de que la diputada Karol Cariola pidió que en marzo se invite al señor Maximiliano Santa Cruz, director del Instituto Nacional de Propiedad Industrial, y al señor Daniel Zapata, dueño de la Farmacia Daniela, quien hace importaciones de medicamentos a bajo costo.

Es una petición que agregaremos a la lista de invitados, cuando ordenemos el calendario respectivo.

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 GONZALEZ  
Presidente de la Comisión

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO  
Secretario de la Comisión