

SESIÓN 13ª 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 6 DE JUNIO DE 2016. SE ABRE A LAS 15:33 HORAS.

SUMARIO

- Exposiciones del Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows, y de la Coordinadora del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, del Ministerio de Salud, señora Consuelo Navarro.

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

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

No hay Cuenta.

Concurren, en calidad de invitados, la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo; el Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows, y el Director (S) de Fonasa, señor Luis Brito. Asiste, además, la Coordinadora del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de Fonasa, señora Consuelo Navarro.

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).- Muy bien.

Agradezco la presencia y la buena disposición del subsecretario de Salud, señor Jaime Burrows. Además, esperamos la asistencia de la ministra de Salud.

El propósito de esta sesión es analizar, a un año de su promulgación, la ley N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

En el transcurso de esta Comisión Investigadora han surgido múltiples dudas y hemos recibido la opinión de distintos sectores y de agrupaciones de pacientes, quienes han hecho ver a distintos parlamentarios su inquietud. La mencionada ley tiene como propósito proporcionar no solo medicamentos, que es donde está lo más grueso, sino, además, elementos y alimentos de uso médico.

Por lo tanto, queremos evaluar la aplicación de dicha ley, que, como recordará el señor subsecretario, su paso por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados fue veloz y expedito, pues dimos todo el apoyo e hicimos las correcciones que había que hacer, lo que permitió un excelente acuerdo antes del 21 de mayo de ese año.

Tiene la palabra el subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows.

El señor **BURROWS**.- Señor Presidente, saludo a los miembros de esta comisión.

Esta es una buena oportunidad para dar cuenta del avance en la implementación del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, más conocido como ley Ricarte Soto.

Debemos recordar que dicha ley representa un compromiso de parte de la Presidenta Bachelet, orientado a apoyar a familias que por años han debido abordar los problemas de salud, costeadando tratamientos de alto costo para enfermedades que afectan a sus seres queridos.

La presentación contiene: antecedentes, implementación del marco normativo, participación y transparencia, proceso de selección de tratamientos y diagnóstico, acceso a las prestaciones y otros avances en implementación.

Respecto de los antecedentes, es necesario recordar que el propósito de la ley Ricarte es asegurar diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo con efectividad comprobada. Recalcamos el hecho de que no solo debe ser de alto costo, sino, también, de efectividad aprobada.

Con esto se da cuenta del derecho a la salud, que es un derecho universal, por lo que la ley señala que sus beneficiarios son aquellas personas adscritas a un sistema de salud previsional con principios que tienen que ver con la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social.

Desde la Marcha de los Enfermos, en mayo de 2013, se puede ver que en prácticamente menos de dos años llegamos a la dictación del primer decreto que identificaba los primeros tratamientos y sus protocolos.

Como marco general de la implementación de la ley Ricarte Soto, el primer decreto tienen una vigencia hasta diciembre de 2016, para lo cual se destinan 30.000.000.000 iniciales de 2015, más 60.000.000.000 de pesos en 2016. El segundo decreto tendrá vigencia hasta diciembre de 2017, acompañado de una inyección del presupuesto del fondo asociado a esta ley de 100.000.000.000. El tercer decreto, que entra en vigencia en enero de 2018, tiene una vigencia de 18 meses. En adelante se suman 100.000.000.000 anuales al fondo.

Un tema importante es cómo ha ido avanzando el marco normativo. Para eso, contamos con esta ley, como dijo, señor Presidente, a un año de su promulgación. De ahí hacia adelante hemos tenido todo el trabajo que ha significado el desarrollo de los distintos reglamentos y las definiciones que ha adoptado el ministerio. Como se puede ver, se han emanado ocho decretos: el 59, del 23 de octubre de 2015, que establece el reglamento para el procedimiento que fija el umbral de costo anual, con el fin de determinar si un diagnóstico o tratamiento es de alto costo; el 54, del 24 de octubre de 2015, que establece la normativa para el otorgamiento y cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos a ser incorporados; el 80, del 3 de noviembre de 2015, que determina el umbral de costo anual; el 87, del 4 de diciembre de 2015, que determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera, que es lo que llamamos el primer decreto, porque fu el primero en establecer aquellos tratamientos y diagnósticos protegidos por ley; el 1618, del 10 de diciembre de 2015, que determina el fondo para diagnóstico y tratamiento de alto costo; el 1243, del 28 de diciembre de 2015, que define la red de prestadores que otorgará las prestaciones del sistema de protección financiera; el 91, del 30 de enero de 2016, que establece el reglamento para la normativa sobre el registro de asociaciones o agrupaciones de pacientes de enfermedades o problemas de salud contemplado en la ley N° 20.850, que es un prerrequisito para constituir la comisión de priorización y la comisión ciudadana de seguimiento; el 89, del 30 de enero de 2016, reglamento que establece la normativa de implementación del sistema de información de seguimiento, monitoreo y control de otorgamiento de prestaciones, y el N° 1, del 18 de marzo de 2016, reglamento que establece los mecanismos de reembolso a prestadores por parte de Fonasa en los casos previstos en el artículo 3°.

Además, todavía estamos trabajando en tres otros reglamentos: uno que dice relación con el procedimiento de determinación de diagnóstico y tratamiento de alto costo, que establece el funcionamiento de la priorización; otro que instaura el funcionamiento de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control, y el que se está llevando a cabo en una mesa de trabajo con los distintos actores involucrados, que se refiere a los ensayos clínicos y a los productos sanitarios defectuosos.

La Superintendencia de Salud emitió diez circulares que complementan la normativa de los reglamentos. En la lámina se

da cuenta de una serie de circulares dictadas por la superintendencia. Por ejemplo, una de ellas establece la forma en que se realiza la continuidad de los tratamientos incorporados, una vez que existan tratamientos que antes estaban resguardados o financiados por las instituciones de salud privadas o el Fonasa; que la vigencia de la ley "Ricarte Soto" no puede afectar los beneficios prescritos y, además, que los beneficiarios son libres de elegir entre el financiamiento de la ley "Ricarte Soto" o el que otorga su respectivo plan de Salud. Otra circular se refiere al deber de informar de los entes previsionales a sus beneficiarios sobre la ley "Ricarte Soto" y, también, se dictó una circular que definió e instruyó el uso del formulario de notificación, entre otros aspectos.

En la actualidad, la superintendencia está trabajando en cuatro circulares, cuyas emisiones están pendientes. La primera tiene por objetivo establecer el procedimiento que permita tender a que la red de la ley "Ricarte Soto" converja con la redes establecidas por la Isapre, para otorgar distintos tipos de beneficio, precisando el concepto de prestaciones asociadas y asegurando la continuidad del tratamiento por parte del Fonasa. Una segunda circular busca actualizar la aplicación informática para notificar las urgencias vitales, de manera tal que puedan notificarse las hospitalizaciones GES de un paciente beneficiario de la ley "Ricarte Soto" conforme lo establecido en el decreto N° 1, de marzo del 2016. Una tercera circular en desarrollo está orientada a incorporar como materia de arbitraje la recalificación de una situación como de urgencia vital o secuela funcional grave, también conforme lo señalado en el Decreto N° 1. Finalmente, una cuarta circular se refiere a la información que debe entregar el Fonasa y la Cenabast a la superintendencia respecto de los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte del Sistema de Protección Financiera de Alto Costo y que hayan sido requeridas en ese carácter.

En relación con la participación y la transparencia - importantes de destacar-, la ley establece la existencia de dos comisiones pensadas como espacios de participación.

La Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control tendrá por función asesorar a los ministros de Salud y de Hacienda, a través del monitoreo del funcionamiento de este sistema y de la respectiva elaboración de recomendaciones, como indica el artículo 22 de la ley. Como señalé, el reglamento que rige el funcionamiento de esta comisión está en proceso de elaboración y pronto debiera realizarse la consulta pública para que la ciudadanía pueda participar y formular sus observaciones.

La otra instancia de participación que establece la ley es la Comisión de Recomendación Priorizada, la cual se encargará de la evaluación técnica de la evidencia, la cual deberá ser analizada y priorizada sobre la base del valor científico, económico y social que el tratamiento importe. Cabe señalar que para su creación debe estar vigente el reglamento de la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control y que, mediante una resolución, se dará origen a esta comisión que entraría

en funciones para la definición de los tratamientos a proteger en el tercer decreto.

El registro nacional de asociaciones o agrupaciones de pacientes de enfermedades o problemas de salud está operando y, a través del sitio web del Ministerio de Salud y por las redes sociales, se ha difundido. Además, se ha elaborado material físico de difusión, el cual se ha entregado en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y en los servicios de salud. Asimismo, por televisión se ha informado respecto de todo lo que significa la ley "Ricarte Soto".

Por otra parte, se han presentado 20 requerimientos de transparencia, en los que a nuestro ministerio se le ha solicitado información y todas las peticiones han sido respondidas. Los tópicos principales de las consultas por transparencia se vinculan con el proceso de determinación de las 11 primeras patologías incorporadas; con información sobre tratamientos incorporados -es decir, primero cómo se determinó y, segundo, sobre los tratamientos mismos-; con el número de beneficiarios de la ley y, también, se han solicitados las actas de las distintas reuniones e instancias.

Por otra parte, también han llegado solicitudes ciudadanas que han sido gestionadas por las oficinas de Información y Reclamos de Salud. En ese sentido, hemos recibido un total de 15 solicitudes durante este tiempo, las que en su mayoría corresponden a consultas de información que se han canalizado, principalmente, a través de Salud Responde o del sitio web del Ministerio de Salud.

Hasta el momento, no ha habido ningún reclamo ni tampoco una felicitación.

A continuación, abordaremos el tema más de fondo que le interesa a esta comisión investigadora.

¿Cómo se seleccionan los tratamientos que se incorporan al sistema? Teniendo en consideración el derecho universal, la evidencia científica y la disponibilidad de redes asistenciales. En una oportunidad la ministra expuso el particular en una sesión del Congreso Nacional.

Ahora, en cuanto a qué prestaciones se incorporan al sistema, en primer lugar, los tratamientos deben sobrepasar el umbral de alto costo que el decreto que se dictó el año pasado fijó en 2.418.399 pesos. Luego de pasar dicho umbral, se recolecta información respecto de los tratamientos propuestos mediante la evidencia de la efectividad, el conocimiento que se tiene de estos problemas en el ministerio, el Fonasa y los servicios de salud y, además, se realiza un levantamiento de la información disponible sobre los costos y precios. Después, se hace una evaluación, en la cual se aplican criterios de efectividad y de calidad de la evidencia, se solicitan opiniones de expertos y se lleva a cabo el análisis de factibilidad. Finalmente, llega la etapa de decisión, en la cual está involucrada el impacto en el presupuesto del fondo de la ley "Ricarte Soto", el impacto en las redes asistenciales y la elaboración de los protocolos.

Es así como para el primer decreto -las conocen, pues es de público conocimiento- se definió 11 primeras patologías

con sus respectivos tratamientos, los cuales están enumerados en la diapositiva. Cada uno de ellos implicó generar un protocolo de tratamiento que está disponible en la página web del ministerio.

El gráfico que observan a continuación, que según los entendidos tiene por objeto simplificar la explicación del procedimiento -no me parece tan simple-, es un esquema que refleja el proceso de definición que se aplicará para el segundo decreto.

Gran parte de la carga inicial de trabajo la realiza la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, a la cual se han hecho llegar las solicitudes de incorporaciones de tratamiento presentadas en el Ministerio de Salud o a través de las organizaciones de pacientes; solicitudes de la ciudadanía y aquellas patologías que no fueron priorizadas, pero que fueron evaluadas en el decreto N° 1.

Todas las solicitudes descritas fueron incorporadas y se elaboró un primer listado. Dicho listado, que se consigna en la lámina como listado 1, pasó a un primer análisis que se denomina en jerga técnica Análisis de *Knock Out*, es decir, si cumple algún criterio *knock out* queda fuera. Por ejemplo, si el tratamiento no es de alto costo, en otras palabras, si no supera el umbral de alto costo: *knock out*, queda fuera; si no hay disponibilidad de ningún especialista que sepa aplicar el tratamiento, se cumple un criterio *knock out*; si el costo es tan alto que supera el dinero disponible en el fondo, también es un criterio *knock out*.

Todos los tratamientos que no pasan la evaluación *knock out* se califican como tratamientos descartados y quedan a la espera de un futuro análisis, porque la idea no es que sean descartados para siempre, sino, en la medida en que la experiencia nos muestra que los tratamientos de alto costo, son costosos porque están protegidos por patentes, o porque no hay difusión de información o porque no hay tratamientos similares y tienen monoproveedores. Pero, en la medida en que pasan los años, puede ser que los precios bajen prontamente o que se den otras condiciones que nos permitan su incorporación futura.

Por lo tanto, después de estos criterios nocaut, viene un segundo listado que entra al análisis de la evaluación de tecnología sanitaria. Esto implica una evaluación de la efectividad del tratamiento y también de los costos asociados y futuros. O sea, no solo es un análisis entre costos y efectividad, sino que de cada uno por separado. A ese respecto, la Ministra instruyó la creación de una comisión que incorpora a representantes tanto de la propia Subsecretaría de Salud Pública, como la Diprece y Diplas, como también del Fonasa y Cenabast, además de consultas a especialistas y expertos clínicos, constituidos a través de comisiones de expertos, como la Comisión de Enfermedades Raras o Poco Frecuentes, que hace todo el análisis de la evidencia científica para tener certeza de que los tratamientos son realmente efectivos para lo que se supone y en qué situaciones serían efectivos y aplicables. De repente, se hace presión porque un determinado tra-

tamiento o dispositivo sea utilizado y de harta disponibilidad para las personas que tienen equis patología, pero la evidencia científica puede ser que muestre que solamente es efectivo en determinado tipo o subgrupo de pacientes, lo que evidentemente repercutirá en el gasto y, por lo tanto, en la capacidad de respuesta del sistema frente a esa intervención o ese tratamiento, alimento o diagnóstico que se quiere incorporar.

Además, como la Cenabast va a comprar finalmente, viene un proceso en que se excluye de la conversación, según establece la ley de Compras Públicas. Luego, la Comisión hace una ronda de exploración de precios con los laboratorios, en la cual se plantean los tratamientos que están en evaluación. A su vez, los laboratorios dicen: "Si nos compran, vamos a ofrecer o a llegar a la licitación con un precio de tanto." Con el decreto anterior, hubo oportunidades en las que no bajaron nada sus precios. El laboratorio que más lo hizo fue en un 65 por ciento respecto del precio de mercado.

Finalmente, esto genera un informe en que cada uno de los tratamientos tiene una carpeta, la cual es analizada por la ministra y presentada por la subsecretaría de Salud Pública, y se define en una reunión de autoridades el listado final, que va a ser implementado en el decreto N° 2. Luego, se hace el decreto y se elaboran los protocolos de tratamiento. En este momento estamos *ad portas* de presentar a la ministra todo el paquete de tratamientos evaluados para el segundo tratamiento, lo cual debería pasar dentro de los próximos 15 días.

¿Qué ha ocurrido con el acceso a prestaciones con la Ley Ricarte Soto? Como ustedes saben, el decreto establece los diagnósticos, la confirmación diagnóstica, el tratamiento para una enfermedad equis, el medicamento, los exámenes, la oportunidad en que debe ser entregado el tratamiento, la red y los protocolos, todo lo cual va asociado para generar las prestaciones.

¿Cómo se genera la prestación? Frente a la sospecha diagnóstica, el médico tratante notifica mediante un sistema online, en que se sube la información del paciente. Luego, el Fonasa designa a un prestador aprobado, que puede ser el mismo que hizo la sospecha diagnóstica. Sin embargo, si no aparece como prestador aprobado, se deriva a otro prestador -hay una posibilidad de que el paciente pueda elegir- y, finalmente, en la red aprobada se confirma el diagnóstico y se inicia el tratamiento.

Ahora bien, para evaluar la red de prestadores, el Ministerio también generó una comisión de evaluación de prestadores. Si bien la definición final lleva la firma de la subsecretaría de Redes Asistenciales, también participan representantes de la Subsecretaría de Salud Pública y de otras instancias. Para aplicar esto en un tiempo récord, se necesitó que todos pudieran incorporar, desde distintos puntos de vista, la elaboración de la norma técnica que establece los estándares para la aprobación de los prestadores y

la comisión ha seguido funcionando como una evaluadora de cumplimiento de esos estándares.

¿Por qué la aprobación de red de prestadores no ha sido un proceso simple? Más bien, ha sido algo más lento de lo que hubiéramos querido, primero, porque se ha requerido una gran documentación verificable, y, segundo, está el problema de escasez de especialistas. Llama la atención que un menor número de prestadores privados que postularon en forma definitiva hayan logrado ser aprobados, porque no eran capaces o no querían cumplir con algunos requisitos establecidos dentro del parámetro de probidad.

¿A qué nos referimos? Básicamente a dos cosas. Por una parte, a que la norma técnica originalmente establecía que los prestadores aprobados debían publicar en sus páginas web todos los beneficios o relaciones que tuvieran con laboratorios. Hubo un importante número de centros privados que se negaron a publicar esa relación con los laboratorios, por lo tanto tampoco fueron incorporados a la Ley Ricarte Soto. Por otra, también se pide que los prestadores hagan una declaración de conflicto de interés, especialmente en el ámbito de la investigación, lo cual también dificultó la definición en algunos casos, porque en la norma técnica original no había quedado definido qué pasaba cuando había conflicto de interés, si ese prestador quedaba fuera o no, o cuál era el grado de dicho conflicto. Ambas situaciones se subsanaron mediante modificaciones de la norma técnica.

Respecto de la publicación en la página web, se eliminó ese requisito, porque la intención del Gobierno es que en la ley de medicamentos vamos a exigir esa información a los laboratorios. O sea, estos deberán ser los sujetos activos que, si tienen alguna relación con prestadores, tendrán que informar todas las transferencias que hacen a los distintos prestadores tanto institucionales como individuales.

En cuanto a los conflictos de interés, quedó establecido que la comisión de evaluación de prestadores juzga y establece si un conflicto de interés es contrario al interés público, en el sentido de tener a ese prestador como aprobado.

Así, al 30 de abril ya tenemos 61 prestadores aprobados, de los cuales el 74 por ciento corresponde a los del sector público de salud. Si ustedes se fijan en las aprobaciones de prestadores, un prestador no necesariamente está aprobado para todos los tratamientos. Para cada tratamiento hay una evaluación de la capacidad de ese prestador para dar tratamiento en el caso de una patología en particular. También se puede apreciar -y este ha sido un trabajo bastante interesante- que hemos ido incorporando a prestadores de las Fuerzas Armadas, lo que ha sido bastante importante también como apoyo.

En relación con la evolución de los beneficiarios según el tipo de previsión, el 91 por ciento de las personas incorporadas son usuarios del Fonasa; un 7,9 por ciento, de isapres, y un 0,5 por ciento, de las Fuerzas Armadas. De las 2.035 personas incorporadas al 30 de abril, 1.336 son nuevos usuarios de tratamiento, es decir, no estaban identificadas

antes, y 699 son usuarios de continuidad de tratamiento que estaban en el programa piloto de alto costo del Fonasa.

¿Cuáles han sido los problemas de salud con mayor número de prestaciones y número de pacientes? El cáncer de mamas GES, la profilaxis VRS en recién nacidos de pretérmino, con displasia broncopulmonar y la artritis reumatoide. Está, también para el registro, la distribución por cada uno de los tratamientos.

Tenemos la distribución por regiones; tenemos el sistema de la ley Ricarte Soto operando a nivel de todo el país. Como pueden ver, en todas las regiones tenemos pacientes.

Este gráfico nos muestra cómo ha estado la cobertura respecto de los casos proyectados a finales de 2016. A estas alturas, estamos dando cuenta y el corte que se hizo para el sistema. El 30 de abril de 2016 estaban incorporados 2.035 pacientes, un 47 por ciento de los estimados, en los primeros cinco meses. Pensamos que se va a acercarse al número proyectado, y no lo vamos a alcanzar ni a superar. Va a acercarse, pero va a estar por debajo.

Estos son los tratamientos que han alcanzado, o se han acercado, por ejemplo, el cáncer de mama, a lo proyectado, y otros que están bastante menos que los proyectados, especialmente en hipertensión arterial pulmonar, esclerosis múltiple y artritis reumatoide.

Al respecto, hemos focalizado, como ya empezamos a tener números suficientes en comparación con dónde estamos más rezagados respecto de lo que habíamos proyectado, para focalizar e ir a ver qué está pasando y qué se está haciendo para que haya menor número de pacientes en tratamientos que los que esperábamos. Aparentemente, hay un tema de acceso al diagnóstico en el caso de la hipertensión arterial pulmonar, y que estamos trabajando con el Servicio de Salud Oriente y el hospital del Tórax para mejorar y dar más diagnósticos de hipertensión arterial pulmonar, y así mejorar la cobertura del tratamiento. Estamos trabajando en eso.

Respecto de la compra de medicamentos, el mecanismo más utilizado ha sido la compra directa que se debe principalmente a la existencia de monoproveedores de los diecisiete fármacos, correspondientes a once patologías incluidas en el primer decreto. El 79 por ciento corresponde a monoproveedores. Del total de 150 mil dosis comprometidas para compra, que es el equivalente al número de casos que habíamos dicho que se había proyectado, se han distribuido al 30 de abril 24 mil dosis, lo que corresponde a un 16 por ciento de las dosis calculadas.

Este cuadro, que les dejo, es muy interesante, porque muestra una comparativa de los precios de compra por parte del Cenabast de estos tratamientos antes de la ley Ricarte Soto y el precio después de la ley Ricarte Soto. Pueden ver que hay variaciones de rebaja. ¡Ojo! Puede ser un poco confundente lo que se dice del porcentaje de rebaja, porque a mayor número quiere decir que es mayor la rebaja. La mayoría se rebaja, salvo el tratamiento para la mucopolisacaridosis tipo 2, en que el precio subió un 6 por ciento. El resto, en

promedio, bajó su precio 8 por ciento, lo cual es bastante significativo en términos del monto total de recursos asignados.

Respecto de cómo funciona la compra del *stock*, puedo decir que se emite el decreto y, luego, calculada la potencial demanda, se genera un mandato de compra por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; se codifican los productos; se verifica si tienen registros sanitarios. Si no lo tienen, o no lo tuvieran, la ley permite que la Cenabast haga registros sanitarios, y se carga la demanda en el sistema y luego se procede a la compra con los distintos pasos administrativos, la certificación, almacenaje y distribución por parte de los operadores logísticos y la recepción al cliente. De todo eso, se hace un seguimiento mediante un sistema informático. Lo mismo, con la compra de las importaciones.

¿Y qué ha pasado con la evolución que hemos gastado de los recursos que fueron asignados?

El fondo disponible, que era el 80 por ciento del fondo total, como establece la ley, un marco de definición para tener un colchón ante eventualidades de que los precios subieran o porque la demanda hubiera sido estimada demasiado por debajo, nos exige que calculemos lo que vamos a gastar con el 80 por ciento de lo disponible. El fondo tenía asignado 90 mil millones de pesos y, por lo tanto, con los 72 mil millones que calculamos, ¿cuánto ha sido lo que realmente se ha gastado al 30 de abril? Son 30.755 millones de pesos, equivalentes al 43 por ciento del fondo, lo que está comprometido contractualmente. Efectivamente, se han gastado 8.376 millones de pesos.

Como pueden ver en el cuadro de abajo, los 8 mil millones de pesos son los que están cancelados. Y el resto del año, lo que debiéramos estar gastando, asciende a 30 mil millones de pesos.

Por lo tanto, vamos a estar gastando aproximadamente la mitad del fondo durante este año, lo cual nos va a dejar un importante remanente para el cálculo del segundo decreto.

Es importante también destacar las eficiencias que ha generado la existencia de este sistema.

Otros avances de implementación, que nos gustaría destacar brevemente, han implicado que las distintas instancias de las instituciones autónomas asociadas al Ministerio de Salud, han estado avanzando en sus respectivos ámbitos de funcionamiento. Por ejemplo, parte del Fonasa, estableciendo los convenios con prestadores en la medida en que hayan sido aprobados, entregando información de la trazabilidad del fondo mensualmente, información de trazabilidad de los pacientes, que es otra función que tiene asignada mediante la ley el Fonasa. Se está publicando mensualmente la nómina de los beneficiarios de la ley por patología y por región. Se está entregando un registro interno y el análisis de la información, según los requerimientos por parte del Ministerio de Salud.

Además, se están definiendo prospectivamente nuevos convenios.

En cuanto a la Cenabast, también ha ido implementando sus procesos de compra, de licitación y adquisición, especialmente orientados a la ley Ricarte Soto. Y se estableció cómo se procede en caso de suspensión de registro o de quiebre de *stocks*, y de la información que tienen que hacer los proveedores respecto de eventuales quiebres de *stocks*, y se ha estado enviando información mensual respecto de los precios de estos medicamentos. Se está haciendo un monitoreo.

Finalmente, el Instituto de Salud Pública también ha ido estableciendo ciertas adecuaciones en su funcionamiento, en virtud de la ley Ricarte Soto, que tienen que ver con el registro, con la notificación de las suspensiones voluntarias, temporales o parciales; adecuaciones en su plataforma web Gicona, remodelando esta aplicación para mejorar la presentación de la información.

Se está trabajando en remodelar e informar el procedimiento para monitoreo, información, procesamiento y fiscalización de las suspensiones voluntarias, reforzando los equipos fiscalizadores, constituyendo un mapa de vigilancia; se está participando en el reglamento de ensayos clínicos, y después van a tener a cargo su fiscalización.

Se está trabajando en la reglamentación farmacéutica que considera la autorización provisional para los usos con fines de investigación científica, etcétera.

Finalmente, debo destacar que el Ministerio de Salud ha desarrollado un sistema informático específico para la ley Ricarte Soto, que tiene básicamente cuatro módulos: un módulo de registro y seguimiento de los beneficiarios del tratamiento de alto costo, un módulo de compras y distribución, un módulo de *stock* y un módulo de movimientos del fondo, que reportan, específicamente, tal como señala la diapositiva, seguimiento del paciente, gastos ejecutados del paciente y de los productos, las cantidades entregadas de tratamiento y el gasto ejecutado por prestaciones asociadas a prestador.

Ese sistema también puede entregar información sobre los tratamientos de alto costo otorgados y sus modificaciones en el tiempo; nos puede alertar sobre irregularidades detectadas respecto del *stock* esperado versus el recibido o el no retiro de medicamentos por parte de los beneficiarios; nos puede reportar los pedidos y las compras a laboratorios efectuadas por Fonasa a través de la Cenabast y su posterior distribución, en volumen físico y en recursos monetarios; las recepciones y dispensaciones de medicamentos y otros, efectuadas a pacientes, en volumen físico y en dinero, y los medicamentos que están en *stock*, tanto en volumen físico como en dinero.

Hasta ahí es el reporte de lo que hemos hecho.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a todos los presentes. Efectivamente, la presentación que hizo el subsecretario de Salud Pública da cuenta de los avances en la imple-

mentación de la denominada ley Ricarte Soto, que ha implicado bastantes acciones adicionales a lo que inicialmente se había estimado, ya que hemos debido adecuar el quehacer, tanto de Redes Asistenciales como de Salud Pública, para dar respuesta a esta ley.

La ley en cuestión es tremendamente importante y segura, y por el hecho de ser universal, debemos velar para que tenga permanencia y para que entregue una respuesta, muchas veces, de por vida, a las personas. Por lo tanto, si en algún momento estiman algún valor que hiciera pensar que nos estamos quedando con algún monto para el próximo año, hay que observar y velar para que esta continuidad sea de por vida. En el momento en que se indica un tratamiento, no se puede aducir la falta de fondos para no entregarlo. El hecho de ser universal nos obliga a ser muy responsables al respecto. Los montos son muy importantes de considerar y, por eso es que, la Cenabast debe continuar velando porque se consiga, en el exterior o a nivel nacional, valores de medicamentos asequibles, pero que no conlleven una menor calidad.

Todos esos elementos son importantes. El Instituto de Salud Pública debe velar por la calidad del producto que uno está adquiriendo. Todos son elementos que se deben tener presentes al momento de tomar la decisión.

Tal como dijo el subsecretario, estamos trabajando en el segundo decreto, es muy importante que tenga todos los racionamientos del Etesa, y que vean que técnicamente tiene justificación. Sabemos que hay mucho interés en saber cuáles son las patologías, pero estimamos que debe tener suficiente sustento cuando se exhiba hacia la comunidad.

Esperamos contar con esa información cuando ya esté avanzada. Estamos en la fase final, tal como señalaba el cronograma. Estamos en la definición de lo que será el segundo decreto. Ha sido un trabajo integrador que nos ha permitido, como ministerio, junto con las autónomas, trabajar en conjunto para sacar adelante una ley tan importante como es la denominada ley Ricarte Soto, que es un complemento dentro de lo que uno evalúa con la ley del GES, en el sentido de que comparte problemas de salud en el contexto del alto costo del medicamento al día de hoy.

No obstante, sabemos que la ley puede ir incorporando dispositivos médicos, diagnósticos y alimentos. Hoy está en el contexto de los medicamentos. Hemos tenido un tremendo trabajo -por el cual hay que hacer reconocimiento a los equipos de trabajo de Redes Asistenciales y de Salud Pública- en sacar la reglamentación que respalda la decisión y en formar equipos para hacer un buen filtro para que realmente le llegue el medicamento a quien lo necesita y no a quien tiene el título de la enfermedad, sino que realmente ese medicamento tenga una utilidad efectiva y de calidad, tal como se ha señalado en más de una oportunidad en esta exposición.

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- Tiene la palabra el diputado Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señora Presidenta, es una lástima que haya salido la ministra. Sin perjuicio de que está el señor subsecretario, en una comisión investigadora de la Cenabast, más allá de que el informe de la denominada ley Ricarte Soto es importante, el objetivo de esta comisión son los medicamentos.

Señora Presidenta, dejaré mis preguntas para cuando vuelva la señora ministra.

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- Tiene la palabra el diputado Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señora Presidenta, por su intermedio, al señor subsecretario. ¿Qué cobertura se ha logrado obtener para algunas patologías, específicamente, el mal de Fabry? Usted debe conocer tanto como yo, la situación de la Región de Coquimbo, especialmente en las localidades de Guanaqueros y Coquimbo en donde hay 72 casos, pero solo hay cobertura para 38.

Más allá de que se puede entender que el déficit de cobertura tenga que ver con recursos, ¿cuál ha sido el mecanismo de selección de los pacientes beneficiados? ¿Cómo los están seleccionando? Probablemente, no estén los 72 por un tema de financiamiento del tratamiento, pero quiero saber cómo han elegido a quienes lo están recibiendo. ¿Qué expectativas tienen de integrarse al tratamiento aquellos que aún no lo han hecho?

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- Tiene la palabra el subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows.

El señor **BURROWS**.- Señora Presidenta, la idea principal de la denominada ley Ricarte Soto es generar universalidad. No debiera haber criterios discriminatorios per se en la aplicación; sin embargo, cuando la evidencia científica nos dice que un subgrupo de los que sufren la enfermedad realmente se beneficiarán del tratamiento, se estableció dentro de los propios protocolos, la existencia de comisiones que evalúan los casos para ver si efectivamente cumplen con los criterios, porque si no los cumplen, podrían gastarse recursos que no tendría efectividad. Esa situación se da, básicamente, en esclerosis múltiple y en artritis reumatoide. No sé si existe otra patología con comisión, como el mal de Fabry o el cáncer.

En otras patologías, la incorporación ha sido más lenta, por lo que estamos estudiando la forma de acelerarla. Más bien, se trata más de un tema administrativo, que de la no selección de los pacientes. De aquí a fin de año, la gran mayoría de esos pacientes debiesen estar incorporados, porque no hay un criterio de comisión con Fabry. O sea, yo sé que Fabry no; hay otros que sí tienen comisión, en cuyo caso, se establece, de acuerdo con el protocolo, que un genotipo en especial o una presentación clínica en particular determina a

quién le sirve el tratamiento. Para eso, hemos establecido las comisiones de expertos.

El señor **GAHONA**.- Entonces, debo entender que respecto del mal de Fabry no hay ninguna comisión de selección de los pacientes beneficiarios. Por lo tanto, debo entender que debiéramos tender a tener cobertura total y que la actual falta de cobertura obedece a problemas administrativos que el servicio de salud local deberá resolver en el corto plazo.

El señor **BURROWS**.- La asesora me recuerda que lo que están haciendo con Fabri es corroborar los diagnósticos. Es decir, se corrobora el diagnóstico con la prueba correspondiente y se ingresa al tratamiento.

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- Quisiera consultarle al subsecretario si nos puede adelantar hacia dónde va la formación de la comisión de recomendación priorizada, es decir, cómo se va a formar, quiénes van a participar exactamente, etcétera. Dijo que la resolución para su creación se encuentra en redacción, así que si es posible, le agradecería que nos diera la información.

Además, respecto de las comisiones que dijo que estaban en funcionamiento, la de esclerosis múltiple, de hipertensión pulmonar, que nos diga quiénes son las personas que las forman, cuántas son, dónde trabajan, qué especialidad tienen.

Asimismo, me gustaría que nos contara respecto de lo que le preguntaron sobre transparencia, porque sería muy interesante saber cómo fue el proceso de determinación de las 11 primeras patologías, porque no hemos tenido la posibilidad de conocerla. Cómo se hicieron, por qué se determinaron esos tratamientos.

No sé si entendí mal -usted me corrige si es así- pero en la diapositiva que mostró respecto de lo que esperaban que hubiera de cobertura y lo que existe hasta el momento, dijo algo así como que había dificultad en el diagnóstico. ¿Qué significa que haya dificultad en el diagnóstico?

¿Significa que en el primer decreto estaban cubiertos solamente los medicamentos y no el diagnóstico, y ese es el problema que tienen?

¿Qué significa ese problema de diferencia en el diagnóstico?

Por otra parte, en los documentos dice que una de las principales coberturas está dada por cáncer de mama y artritis reumatoide. Las agrupaciones de pacientes que pelearon por el medicamento para el cáncer HER2 positivo, que lo ganaron en 2012 en unas marchas muy notorias en nuestro país, dicen que ya habían ganado ese derecho y que la inmensa mayoría de los pacientes son Fonasa. Pero en los documentos dice que gracias a la Ley Ricarte Soto ingresaron muchos pacientes.

¿Ese derecho ya estaba ganado o no?

Ellas informan que se había ganado en 2012, por lo tanto, me gustaría entender si esto es un beneficio de la Ley

Ricarte Soto o no. Lo mismo en lo relacionado con la esclerosis múltiple. Le pregunté por el medicamento que hoy ingresa a la Ley Ricarte Soto que antes estaba dentro de las guías clínicas de esclerosis múltiple del AUGE. Existen pacientes que pasaron de la isapre a ser cubiertas por la Ley Ricarte Soto con uno de los medicamentos que ingresó. Antes lo cubría el AUGE, lo cubría la isapre, y tanto es así que a todas las personas que lo requirieron antes del 20 de junio de 2015, las sigue cubriendo la isapre por una circular de la superintendencia.

¿Eso significa que el Estado se haciendo cargo de ese costo que de no haber sido modificado habría seguido siendo cubierto por las isapres?

¿El Estado se está haciendo cargo de pacientes isapres que de no modificarse ese decreto tendrían que haber seguido cubriendo?

Porque al sacar eso del decreto AUGE y pasarlo a la Ley Ricarte Soto, se hace cargo el Estado, independiente del seguro que tenga la persona.

El señor **BURROWS**.- Señora Presidenta, respecto de la comisión de recomendación priorizada, la ley establece que está compuesta por 12 miembros, dos de los cuales son representantes de la ciudadanía, por eso es necesario tener el reglamento que fija tanto la comisión de vigilancia como la forma en que se va a elegir a esas dos personas dentro de la comisión de priorización antes de nominarlas. El resto de las personas deben ser expertas en este tipo de problemas, determinadas con una convocatoria pública y por el Ministerio de Salud.

A propósito de eso, las comisiones que están funcionando están compuestas por expertos, no sabría decirle cuántos específicamente tiene cada una de ellas, porque están organizadas desde la subsecretaría de redes. Cada una tiene un presidente y distintos miembros que también fueron seleccionados por las referencias de sus pares. Pero podemos hacer llegar la nómina de los miembros actuales de esas comisiones.

El proceso de evaluación para el primer decreto tiene mucho que ver con lo señalábamos respecto de las propuestas, el hecho de pasar el umbral de alto costo y la posibilidad de implementar esto en las redes, sobre todo hacernos cargos de la continuidad de tratamiento de aquellos que están en el piloto de alto costo que estaba en Fonasa.

Lo vinculo con el tema que señalaba usted respecto del derecho, porque el piloto de Fonasa estaba concebido como algo transitorio, eventualmente podía desaparecer, disminuir o quedar limitado como estaba ocurriendo con algunas patologías. Es decir, tenemos cupos para tantos pacientes y el cupo más uno no cabe porque esto es un piloto. Entonces, en el fondo los tratamientos de alto costo, que seguían siendo tratamientos de alto costo, pasarán al financiamiento de la Ley Ricarte Soto, para garantizar el universo de los pacientes que tenían ese mismo problema. La gran mayoría de los proble-

mas que están siendo financiados por el primer decreto coincide con aquellos que estaban en el primer decreto.

¿Cuáles no fueron traspasados?

Por una parte, aquellos que no cumplían en la actualidad con el criterio de alto costo, por ejemplo, la hormona del crecimiento, o porque no había evidencia suficiente, en ese momento, para su incorporación de acuerdo con los estándares que le estábamos estableciendo al sistema. Por ejemplo, el síndrome de Morquio.

Para esta oportunidad se ha vuelto a evaluar la evidencia de Morquio, y se incorporaron las evaluaciones de otros tratamientos que fueron sugeridos tanto por la comunidad, por las asociaciones de pacientes y los especialistas, dentro de los parámetros que hemos establecido. Son de alto costo, existe la posibilidad de implementar ese tratamiento en nuestro país porque existen los especialistas para el caso. Luego viene la evaluación de la efectividad y lo que se consigue con el tratamiento y es lo que ahora se le va a entregar a la ministra para hacer la priorización y después se dará cuenta de los criterios que se priorizaron.

Básicamente, la idea fue incorporar criterios más claros, lo que explica que se haya creado una comisión con participación ciudadana para hacer esa priorización. Es muy difícil tener criterios exactos y exantes para sopesar la importancia de un tratamiento en comparación con otro. Por ejemplo, la efectividad de algunos tratamientos se mide por el aumento de la capacidad pulmonar al desarrollar una determinada actividad, como caminar, por ejemplo. En cambio, otros tratamientos pueden tener como parámetro de efectividad la cantidad de años de sobrevida, lo cual es distinto. El objeto de tener una comisión que haga esas priorizaciones es establecer criterios más claros de forma, pero la experiencia internacional siempre muestra que una deliberación es lo más importante para tomar esa decisión de priorización.

En este momento, debido a que estamos desarrollando el sistema, solo podemos dimensionar la evidencia que soportaría la incorporación de cada uno. Por esta última vez, corresponderá a la autoridad máxima del ministerio evaluar algunos criterios en comparación con otros. En su oportunidad se dará cuenta pública de eso.

Respecto de las dificultades de diagnóstico, como les señalaba en la presentación, ha habido problemas que hemos tratado de identificar, referentes a la diferencia en la incorporación, que ha sido más lenta de lo que se ha esperado. En eso llevamos pocos meses desde la implementación de la ley.

En el caso específico de la hipertensión arterial, se trata de un procedimiento de diagnóstico al cual es difícil acceder, porque no hay mucha disponibilidad para hacerlo, pero estamos viendo la forma de aumentar la disponibilidad para hacer ese examen. No es un problema de costos, porque, como señala la ley, el costo debiera ser asumido con cargo al fondo, como parte del diagnóstico de la hipertensión pulmo-

nar. Tiene que ver más bien con la implementación del procedimiento.

Respecto del tema de la esclerosis múltiple, qué bueno que plantea la pregunta, porque en eso hay que ser claro: el listado específico de prestaciones -que contenía un error- no hacía referencia a un tratamiento específico, sino a una familia, la de los inmunomoduladores. En el último tiempo, debido al mayor desarrollo de los tratamientos biológicos, se han estado incorporando muy rápidamente al mercado nuevos inmunomoduladores y no hay claridad sobre cuáles de ellos están garantizados, lo que ha generado una presión de compra sobre los seguros, principalmente el seguro público. Fonasa nos comunicó que dicha situación les ocasiona un problema, que se replica en el sistema privado, aun cuando, en este último caso, la dificultad se ha resuelto de alguna manera mediante las circulares.

La forma de abordar eso fue a través de la determinación de los tratamientos a que se refería el decreto GES de 2013 en relación a los inmunomoduladores. Eran específicamente dos tratamientos, que se compraban habitualmente en los servicios de Salud, financiados por Fonasa, lo cual no impidió que se incorporara un tercer inmunomodulador a través de la ley Ricarte Soto, cuando la evidencia demostró que era posible financiarlo. Se podría implementar lo mismo a través de la ley AUGE, pero la idea no fue hacerse cargo de algo que debiera estar asegurado a través del Estado, sino definir en primer lugar el alcance de la garantía a través de la modificación que se había hecho en el listado de prestaciones y, en segundo lugar, avanzar a través de la ley Ricarte Soto, que es el mecanismo que tenemos actualmente, para financiar un tratamiento que ha demostrado efectividad, como es este tercer inmunomodulador que se incorporó en la cobertura de dicha ley.

Entonces, hemos tenido que hacernos cargo de varios temas. Hay que recordar que la implementación de esta ley no tuvo ningún proceso de marcha blanca ni de pilotaje, sino que entró en vigencia inmediatamente. Creo que los avances en eficiencia que ha habido en su implementación han sido mayores a los que esperábamos, considerando el trabajo realizado por el Ministerio de Salud. Hay que recordar que la ley GES tuvo dos años de pilotaje antes de entrar en vigencia. En cambio, esta ley entró en vigencia inmediatamente después de que se decretó el primer listado de tratamientos.

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señora Presidenta, dado que la reunión de la ministra con el Presidente titular de la comisión se extendió al parecer más de lo presupuestado, haré las consultas que atañen al señor subsecretario.

Esta comisión fue mandatada por la Sala de la Cámara de Diputados para investigar el tema de los precios de los medicamentos, más allá de que indudablemente la guinda de la tor-

ta en los precios de los medicamentos la constituyen los tratamientos de alto costo considerados en la ley Ricarte Soto. En una de sus láminas, el señor subsecretario expuso que existirían conversaciones con un número determinado de laboratorios en relación al tema de los precios, debido a que son monoproveedores o porque no existen medicamentos bioequivalentes, o los que podríamos denominar genéricos, que son utilizados para los tratamientos de alto costo.

Le pregunto al subsecretario si eso es así realmente, cuáles son específicamente los laboratorios que tienen la condición de "proveedores" para los tratamientos considerados en la ley Ricarte Soto y a qué han arribado esas conversaciones, porque, según los datos que usted entrega, se ha logrado una rebaja de 8 por ciento. Aprovecho de preguntarle: ese 8 por ciento, ¿se calcula descontado el IPC interno o es nominal?

Una segunda pregunta se refiere a la relación entre laboratorios y centros privados que mencionó en su exposición. Le pido que profundice en esa materia, por favor.

Una tercera pregunta: las compras directas ¿las hace Cenabast?, ¿las hace el ministerio?, ¿es un procedimiento conjunto?, ¿las hacen en asociación?, ¿qué mecanismos se están utilizando en la compra de esos medicamentos de alto costo?

Quiero insistir en que la situación que se deriva de la existencia de esos medicamentos o tratamientos de altísimo costo no afecta solamente a los enfermos cubiertos por la ley Ricarte Soto, sino también a muchos pacientes con enfermedades crónicas, particularmente de la tercera edad. No estoy hablando de miles, sino de millones de personas para quienes esos medicamentos o tratamientos resultan ser de altísimo costo, dadas sus pensiones, si consideramos que el 67 por ciento del gasto total de la pensión recibida en Chile por un adulto mayor corresponde en promedio al gasto en medicamentos. Si queremos llevar este análisis al extremo, podemos interpretar que también son tratamientos de alto costo, si bien las enfermedades que ellos padecen no tienen la misma magnitud.

Finalmente, quería hacerle dos preguntas a la señora ministra, pero se las voy a hacer a usted, señor subsecretario, dado que también tienen que ver con lo que nos expuso respecto de la información a la ciudadanía. Después de leer la explicación que dio, respecto de cómo ha operado la aplicación de los tratamientos de alto costo cubiertos por la ley Ricarte Soto, considero que el sistema es bastante engorroso. Pero también hay un tema de expectativas.

Usted fue bastante claro; así al menos lo entendí yo y, si estoy equivocado, por favor corrijame: no es tan simple acceder al sistema. Por lo tanto, la ciudadanía debiera saber, en esta etapa de implementación de la ley -que, como usted bien dijo, no consideró una puesta en marcha, sino que fue de inmediato-, si el ministerio tiene contemplada alguna política de difusión que, en un lenguaje simple, le llegue a la ciudadanía y a las familias de quienes tienen a esos

enfermos, al menos, con esas once enfermedades o las futuras patologías de la ley Ricarte Soto, porque lo que uno escucha, ve y las consultas que recibe, es muy distinto a lo que estamos conociendo.

Por último, en relación con la política y al objetivo de la comisión, ¿cuál es la opinión del Ministerio de Salud respecto de los precios de los medicamentos o del mercado de los medicamento en este país? Porque conocimos la opinión de los laboratorios, de las agrupaciones, de las farmacias independientes, de las de cadenas y del fiscal Nacional Económico; sin embargo, me gustaría conocer la del gobierno de Chile o de quien representa al Estado a través del Ministerio de Salud, respecto del mercado de los medicamentos y esta opacidad que todavía no podemos aclarar en esta comisión. Espero que sea parte del informe y que lleguemos a buen puerto.

La señora **RUBILAR**, doña Karla (Presidenta accidental).- Tiene la palabra el subsecretario de Salud, señor Jaime Burrows.

El señor **BURROWS**.- Señora Presidenta, por su intermedio, respecto de las consultas del diputado Pérez, en relación con los precios de los medicamentos que compramos a través de la ley Ricarte Soto y el sondeo de la información, surge de mirar el proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), como se denomina, y la experiencia de otros países. Por ejemplo, en otros países como en Inglaterra, se hacen las ofertas públicas con antelación, se consulta públicamente los precios que van a ofrecer, eso se toma como máximo y se compara con lo que denominan precio industrial máximo. Eso es un proceso que está normado como tal.

Sin embargo, en nuestro país tenemos la ley de Compras Públicas que establece algunos criterios diferentes. Entonces, lo que necesitamos es la información, una referencia para hacer la Evaluación de Tecnologías Sanitarias que dice relación con el costo que van a tener los medicamentos, para asumir un compromiso respecto de un tratamiento. Es decir, si decidimos incorporar un tratamiento y no sabemos el precio que nos van a cobrar o si lo van a subir, era bastante complicado tomar esa decisión.

Por lo tanto, se invitó a los laboratorios de todos los tratamientos que se estaban evaluando -que son mucho más que a los que actualmente se les ha comprado- para que hicieran una oferta, nos dieran una referencia o un presupuesto con un período de vigencia que pudiera servir en una eventual licitación o compra por parte de la Cenabast, que indicara el precio máximo que iban a cobrar, porque con eso podíamos hacer la evaluación del valor de la incorporación de ese tratamiento. Hubo algunos laboratorios que leyeron mal y dijeron de todas maneras lo van a incorporar y no rebajaron nada, pero otros hicieron una rebaja tan sustantiva que nos permitió tener un margen que posibilitó la incorporación del tratamiento, en ese primer decreto. Eso es parte de lo que se

necesita para una evaluación en cualquier lugar del mundo para incorporar un tratamiento que sea financiado.

Ahora bien, fuimos bastante cautos con eso. Como señalé, no ha participado la Cenabast, porque es la que compra y no queríamos que existiera ninguna relación con los laboratorios en esa suerte de exploración de precios. Si le parece bien, podemos enviar las fechas de las reuniones y los nombres de los laboratorios que participaron, porque nos interesa mostrar transparentemente todo el procedimiento y el de la elaboración del segundo decreto.

Respecto de la relación de los laboratorios con los centros privados, efectivamente, es un tema que nos llama poderosamente la atención, pero no solo desde ahora, sino desde siempre porque -y es conocido además en la literatura mundial- gran parte de la fuerza de venta que tienen los laboratorios se ejerce a través de la influencia de un intermediario, que puede ser del médico quien prescribe o de los centros médicos que disponen de los tratamientos, por la existencia de la asimetría de información.

Por lo tanto, es fácil que visitantes médicos ofrezcan regalías a quien prescribe, asociadas a las recetas de un determinado tratamiento y eso termine siendo una especie de conflicto de interés en que se termina recomendando a los pacientes un determinado medicamento que no necesariamente es el más barato, sin permitir al propio paciente que lo elija o se le hace pensar que un determinado tratamiento no es lo mismo que otro y que es superior, sin que exista evidencia científica que avale esa determinación.

Conociendo eso, lo pusimos en la norma técnica, porque dado que el prestador debe ser aprobado y es también quien va a indicar o certificar que se necesita un determinado tratamiento, si se certifica o se aprueba el tratamiento que está brindado por un laboratorio quien da o vende ese tratamiento, podía existir el riesgo de que se sobre indicara.

Ahora bien, como tenemos un mayor control respecto del seguimiento de los pacientes y todas esas cosas, en segunda instancia dijimos que no era tan necesario, en este momento, que esa relación entre el laboratorio y el centro médico quede transparentada desde el principio, sin perjuicio que nos interesa que todo ese tipo de relaciones, en algún momento, se transparenten y, por ello, lo hemos puesto como una indicación al proyecto de ley de medicamentos que está en trámite en el Senado -que esperamos pronto pueda pasar a la Cámara de Diputados para que acá también se pueda discutir- que consiste en que los laboratorios informen públicamente a las autoridades de todas las transferencias de valor que le hacen a los que participan, de alguna manera, en la prescripción, ya sean centros médicos, prestadores individuales, universidades, facultades de medicina donde se hace investigación, etcétera.

Respecto del alto costo de los tratamientos en nuestro país, la impresión que tenemos es que efectivamente hay algunas distorsiones en los precios y eso -no habiendo estado presente- se lo debe haber planteado el fiscal Nacional

Económico. Algunos estudios que han levantado respecto de comportamientos que se acercan mucho a las conductas monopólicas y que sin terminar de configurarse algo por lo cual la fiscalía podría llevar el caso al Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, sí, efectivamente, hay ciertas distorsiones que en las conversaciones que hemos tenido recogimos e incorporamos en las propuestas en las indicaciones a la denominada ley de fármacos, entre ellas, por ejemplo, la obligación de parte de las farmacias, no solo de informar a los pacientes sus precios, cosa que ya está en la ley, sino también los precios para quienes compran a los laboratorios y que la información tanto de la compra como de la venta sea actualizada en tiempo real.

Hay múltiples puntos en los cuales uno podría buscar y, probablemente, existan algunas distorsiones, justamente, por la falta de transparencia. Por eso, la principal tónica de las indicaciones al proyecto de ley dicen relación con aumentar los grados de transparencia en el mercado. Pensamos que con el solo hecho de transparentar en distintos puntos las relaciones entre los actores, avanzaremos de manera importante en una disminución de los precios.

Coincido respecto de la información a la ciudadanía.

La ley Ricarte Soto generó muchas expectativas. Efectivamente, por una parte la ley busca satisfacer esas expectativas, sin embargo, también busca hacerlo de una manera que es racional.

Muchas veces se tienen expectativas respecto de algunos tratamientos que son promovidos como salvadores de vida, en el sentido de cambios radicales, sin embargo, la evidencia no muestra efectivamente que tenga incidencia. Entonces, a veces es bastante difícil explicarle a la gente que nosotros no lo vamos a financiar porque nada demuestra que gastando una cantidad importante de recursos, efectivamente se está generando un beneficio al paciente.

Es por eso que también es necesario trabajar directamente con los intermediarios de esto. Es en eso que hemos estado concentrados en el último tiempo.

No tengo mucho que decir respecto de los *spots*, que es un gasto de recursos que no tenemos porque ya pasaron, y respecto de la viralización de videos y otras cosas; lo que hemos estado haciendo en el último tiempo es trabajar con el Colegio Médico y respecto de los prestadores individuales.

La razón de ello es porque ellos tenían bastantes dudas y porque también nos hemos fijado que a ellos les ha sido difícil, como prestadores individuales, el subir información a la página web y utilizar la respectiva planilla para incorporar la información de los pacientes. Respecto de ello, hemos tenido reuniones, en conjunto con los capítulos regionales del Colegio

La opinión del Ministerio respecto del mercado de medicamentos está clara. Eso fue planteado a través de las indicaciones.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, aun tengo dudas respecto de la cobertura global que se vaticina como buena. Tengo mis dudas respecto de que sea buena.

La proyección era llegar a 4.309 personas, sin embargo, hoy se llega a 2.035 personas. Es más, esta ley nunca fue pensada que entraría en funcionamiento de manera gradual, sino fue pensada para que la gente llegara, tuviera su diagnóstico y luego ingresara, y nadie pensó que estos ingresos iban a ser de a poco. Por lo tanto, personalmente creo que el 47 por ciento no es una buena noticia y me gustaría entender cuál es la explicación real que se da.

Por ejemplo, si tengo sospecha de diagnóstico de alguna de estas enfermedades, en especial respecto de aquellas con más baja cobertura, ¿dónde voy a hacerme el examen? ¿Qué examen me hago?

Si bien nosotros tenemos el decreto de los medicamentos, no tenemos el decreto de cuáles son las prestaciones de otro tipo que asegura este primer decreto. ¿Podría contarnos cuáles son las otras prestaciones que están aseguradas al respecto?

Respecto del medicamento, por ejemplo, en artritis reumatoide refractaria, la Comisión recibió una carta de la Sociedad Chilena de Reumatología en la cual se cuestionaba por qué no se incluían los medicamentos que estaban en el programa piloto. Planteo esto en la preocupación de que tengamos baja cobertura porque el medicamento no es el que efectivamente querían los especialistas y que es el que se ocupa en el mundo. Entonces, quiero saber si existe algún análisis respecto de que las bajas de cobertura obedezcan a estas razones, o porque la esclerosis múltiple no tiene ritroximab, porque ese es hoy el medicamento que está usando. Por lo tanto, en razón de lo anterior me interesa entender lo relativo a las bajas coberturas.

Por otro lado, quiero saber si es pública la información respecto de las enfermedades en análisis para ingresar en el segundo decreto.

He dicho.

El señor **BURROWS**.- Señor Presidente, el listado largo es público. La lista de medicamentos autorizados pasar al segundo decreto, la ministra aún no lo autoriza. Sin embargo, el listado de 34 productos que llegaron para su primera evaluación se puede entregar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Cuándo se podrá entregar el listado del segundo decreto?

El señor **BURROWS**.- Ahora, cuando salga el decreto.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Entonces no será público?

El señor **BURROWS**.- En ese momento vamos a entregar la información de los distintos productos y por qué quedaron abajo aquellos tratamiento que no se van a financiar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Sabemos que hay un listado que todas las personas pueden solicitar. Posteriormente, queda un listado menor, en los que se aplican los criterios que establece el ministerio.

Respecto del listado que va a la "pelea final", ¿será público cuando esté el decreto?

El señor **BURROWS**.- Sí.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Correcto.

El señor **BURROWS**.- Básicamente es así porque la ministra evaluará sobre todo el proceso.

Respecto de la baja cobertura, ello tiene dos explicaciones. Parte de la cobertura se hizo en base a antecedentes epidemiológicos de la literatura y de la experiencia en el mundo. En ese sentido, nosotros elegimos y proyectamos con las cifras más altas, y que no necesariamente corresponden a nuestra realidad.

Por otra parte, respecto de los ingresos de pacientes por dificultades relativas al diagnóstico u otras, que los propios médicos habían tenido dificultades para ingresar; cada uno de los tratamientos tiene una vía, que si bien se puede parecer, también puede ser distinta; es más, todas tienen la misma lógica, pero en algunos casos, el médico que la pueda sospechar y la sube no será el médico que lo va a diagnosticar, porque, por ejemplo, requiere una evaluación por un especialista o un examen que en muy pocos lugares del país se tiene acceso. Por lo tanto, una vez que se sube esta información, Fonasa le asigna el prestador que corresponde en ese momento. Por ejemplo, si tiene que hacerse un diagnóstico que solo se hace en el INTA, ese es el prestador que tiene convenio con el Fonasa para hacer ese diagnóstico. Es así como se determina la secuencia.

Eso es importante porque para cada uno de los tratamientos nosotros tenemos un seguimiento que nos permite ver si ha habido dificultades y cuáles han sido aquellas que han generado que no se llegue a todos los pacientes.

Si uno se fija, hay algunos casos a los que se llegó rápidamente porque justamente son aquellos respecto de los cuales los diagnósticos ya se estaban trabajando, pero también otros cuyas dificultades estriban en la capacidad de diagnóstico en la red.

Respecto del listado definitivo, solo puedo reiterar lo señalado.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Finalmente, quiero saber cuánto se ha gastado de lo establecido en el total.

El señor **BURROWS**.- Hasta abril se han pagado 8 mil millones.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Gastados en los 2.035 pacientes?

El señor **BURROWS**.- Sí.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Solo corresponde a medicamentos?

El señor **BURROWS**.- Corresponde a todos los tratamientos incluidos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Es solo de medicamentos?

El señor **BURROWS**.- Sí, solo medicamentos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Qué pasa con el examen?

El señor **BURROWS**.- Ahí no está cuantificado.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Debiera considerarse en este fondo?

El señor **BURROWS**.- Depende.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿De qué depende?

El señor **BURROWS**.- Depende de si es un tratamiento que es requerido para el alto costo y que no se puede hacer por el seguro propio.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Me gustaría saber cuándo accederemos a esa información y así saber qué es lo que está garantizado por esta ley en diagnósticos.

El señor **BURROWS**.- Ninguna cosa se ha establecido en el decreto en el sentido de que se está garantizando como diagnóstico parte del tratamiento. Sin embargo, la ley nos permite incorporarlo a las garantías, porque el protocolo no lo estableció.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿El decreto no tiene otra cosa que medicamentos? ¿Así se debe entender?

El señor **BURROWS**.- Sí.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Cuánto se demora, en promedio, el proceso desde que se sube la información, se determina el prestador y se accede al medicamento y prestación?

El señor **BURROWS**.- Ahí hay diferencias entre los distintos problemas. Algunos de ellos son inmediatos, porque en la práctica es la continuación de un tratamiento.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Me interesa saber respecto de los casos sin continuación.

El señor **BURROWS**.- Ha habido casos en los que hay un rezago.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Cuánto es el rezago?

El señor **BURROWS**.- No sé. Es posible que la funcionaria de Fonasa, señora Consuelo Navarro, pueda contar con esa información.

El señor **CASTRO**.- Tiene la palabra la señora Navarro.

La señora **NAVARRO** (doña Consuelo).- Señor Presidente, mi nombre es Consuelo Navarro, de Fonasa; coordinadora de la ley Ricarte Soto.

Tal como señala el subsecretario, esto depende de cada patología. Ahora, en aquellas donde funcionen las comisiones evaluadoras de expertos, que son cinco, en general se sesiona la que más tiempo de latencia tiene, y que corresponde a 15 días para su resolución. Por lo tanto, cuando el médico sube efectivamente todos los antecedentes requeridos, hay pacientes que obtienen resultados en menos de una o dos semanas. ¿Cuándo hay latencia? Cuando no suben todos los exámenes que se solicitan. Por consiguiente, el tema es médico dependiente.

El comité conversa con los médicos tratantes a través de la plataforma y se van pimponeando el caso, en el sentido de que les dicen que faltó adjuntar este dato. Ahí el médico sube los antecedentes y después la comisión resuelve en función de ellos.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Puedo estar completamente errada, pero tengo la sensación de que el diagnóstico es el cuello de botella. Ese problema nos pasó muchas veces en el AUGE.

En la discusión de esta ley, ingresamos los diagnósticos para evitar ese problema. Dijimos que no queríamos un AUGE 2 y que, por esa razón, los diagnósticos debían estar incluidos, insisto, para evitar ese problema. Ahora, si el cuello de botella es que el médico no sube todos los antecedentes que necesita la comisión para validar el diagnóstico, quiero preguntar cómo pueden acceder esos médicos a esas sospechas de diagnóstico para mandar a hacer esos exámenes, posteriormente subirlos y los apruebe rápidamente la comisión, porque

pareciera ser un proceso entrampado, burocrático, que no ayuda.

Por otra parte, ¿cuál es la opinión que tiene Fonasa respecto de este atraso en hipertensión pulmonar, esclerosis múltiple y artritis reumatoide? ¿Por qué la baja cobertura? ¿Acaso hubo una mayor proyección, se extrapolaron las estadísticas de otros países o pasa algo en particular con esas tres patologías?

La señora **NAVARRO** (doña Consuelo).- Señor Presidente, en el caso de la artritis, creemos que hay una mayor proyección.

Lamentablemente, todavía no tenemos los casos de incidencia propiamente tal. Lo que teníamos en Fonasa era nuestro piloto, que era bastante restrictivo. Como se llama en función de las confirmaciones de los casos que hay, efectivamente, la comisión se ha ajustado bastante al protocolo y, por lo tanto, esos casos se han confirmado prontamente, pero también, como señaló la diputada, en el piloto había cinco medicamentos y la ley cubre dos. Eso hace que se disgregue el universo que tenemos. Por lo tanto, en Fonasa seguimos cubriendo aquellos pacientes que tenían indicados los otros medicamentos, pero también en función de la selección entre esos dos medicamentos. Efectivamente, cuando un paciente nuevo va iniciar la terapia, no tiene contraindicación de empezar con uno u otro medicamento. El problema son los que han iniciado la terapia con los medicamentos que no están garantizados.

En el caso de la esclerosis múltiple, tenemos el diagnóstico con los exámenes que, como señalé, los médicos no suben a la plataforma. ¿Por qué? Porque aquí hay una comisión o un comité de expertos que evalúa presencialmente el caso. La virtud de la comisión de expertos en el caso de la esclerosis múltiple es que tiene profesionales de la Clínica Las Condes, como el doctor Fruns, y médicos de la Clínica UC y del hospital Barros Luco y de la Clínica Dávila que en general tienen mucha *expertise* en cuanto al número de pacientes.

Lo que ha hecho la conversación con los médicos tratantes, cuando uno ve la plataforma, es que hay médicos que solicitaron un biológico de segunda línea que, a raíz de los antecedentes, no estaba indicado y otros con los que uno sigue conversando el caso y, efectivamente se toma la determinación. Entonces, ha sido virtuoso el comité en función de los efectos de contraindicaciones que tienen los medicamentos. Ha tenido un efecto protector, pero básicamente el retardo son los antecedentes clínicos.

Hoy tenemos varios pacientes que el comité ha evaluado en dos oportunidades, pidiendo antecedentes adicionales. Por lo tanto, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se está haciendo la gestión de los casos con esos médicos tratantes, de tal manera de apoyarlos en los exámenes que faltan.

Ahora, quiero hacer una precisión. La ley cubre un conjunto de patologías. Unas son confirmaciones diagnósticas asociadas, que son todas las enfermedades lisosomales o las

con más baja prevalencia. Ahí tenemos exámenes de diagnóstico asociados. Es decir, el caso que se preguntó de los pacientes de Coquimbo con la enfermedad de Fabry va asociado a exámenes de diagnóstico.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿En qué decreto se encuentra establecido?

La señora **NAVARRO** (doña Consuelo).- En el decreto N° 1, donde dice lo que está garantizado para esas patologías. Lo que pasa es que las otras son solicitudes de tratamiento. Por lo tanto, no requieren una confirmación diagnóstica. Ahí la evaluación es de tratamiento, pero en las que son poco frecuentes van asociados exámenes que, a veces, son genéricos. Justamente, para no generar una barrera de acceso están contemplados en el decreto.

Cuando se gatilla la solicitud de confirmación diagnóstica, llega inmediatamente al INTA con el procedimiento de envío de la muestra, de tal manera que pueda ser procesada.

Eso está en el decreto vigente para las enfermedades poco frecuentes...

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Si tengo un problema de exámenes para esclerosis múltiples, ¿eso no está garantizado?

La señora **NAVARRO** (doña Consuelo).- Eso no está garantizado, porque es confirmación diagnóstica. El problema que hemos hablado con las agrupaciones de pacientes no tiene que ver con el acceso al examen, sino con el acto del médico de subir toda la información necesaria para que el comité pueda efectivamente revisar los casos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Y en el caso de los exámenes para la hipertensión pulmonar?

La señora **NAVARRO** (doña Consuelo).- El examen que hoy está definido es el cateterismo, pero creo que puntualmente no se refiere a ese, porque está garantizado. Hay un examen específico que no tiene codificación y lo que nos han manifestado los pacientes del sector privado -no del sector público- es que les están cobrando distintos precios, dado que no tiene codificación. Estamos revisando ese tema y en conversaciones con las agrupaciones de pacientes para poder subirlos para codificación, pero ese es un examen específico.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, si bien hice las consultas al subsecretario, quiero preguntarle a la señora ministra de Salud su opinión, como representante del gobierno y del Estado de Chile, respecto del mercado de los medicamentos en Chile, específicamente de los precios, no solo por el tema que hoy nos convoca, que son los trata-

mientos de alto costo que son la guinda de la torta de los precios, sino por los precios que afectan a millones de chilenos, particularmente, con enfermedades crónicas. En el caso de los adultos mayores, más de 67 por ciento de su presupuesto se va en gastos de medicamentos. Por consiguiente los tratamientos para ellos resultan bastante onerosos y de altísimo costo.

Aquí hemos escuchado al fiscal nacional económico, a las cadenas de farmacias independientes, a las grandes cadenas de farmacias, a los laboratorios organizados en un tipo de asociación gremial, a otros laboratorios, al IPS, etcétera. Dado el objeto de esta Comisión Investigadora, quiero conocer la opinión del Ministerio de Salud respecto del mercado de los medicamentos que hoy tiene nuestro país.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud.

La señora **CASTILLO** (doña Carmen).- Señor Presidente, quiero señalar que la consulta del diputado Pérez es tremendamente importante no solo para Chile, sino para el mundo.

Como ministra de Salud, tuve la oportunidad de estar el año pasado en la Organización Mundial de la Salud y los medicamentos es el tema más emergente, especialmente, los medicamentos de alto costo y cómo estos se van a manejar. En este sentido, hay una alianza que se efectuó, a través del Unasur y del Mercosur, con distintos países para poder hacer compras conjuntas. También con la Organización Panamericana de la Salud, estamos probando fuerza con algunos medicamentos para ver cómo nos va.

En paralelo, la ley de medicamentos trae un componente muy importante para dar más facultades a la Central Nacional de Abastecimiento para que se pueda comprar medicamentos a un costo más razonable a través de organizaciones internacionales o nacionales. Estamos trabajando para que también pueda tener facultades en la desaduanización de los medicamentos, dado que sabemos que ese es uno de los elementos que encarece enormemente su ingreso a Chile.

En ese contexto, como Ministerio de Salud valoramos toda acción que permita dar más facilidades al usuario, por ejemplo, las farmacias comunitarias y las farmacias populares son una forma de bajar los costos, por lo menos a lo que hoy están. Además si nos unimos los países, por ejemplo, frente al crecimiento de la necesidad de medicamentos biológicos, podemos lograr precios más razonables. Debemos tener un nivel de coordinación muy eficiente entre los países, por ejemplo, si todos los países del Mercosur llegamos a un acuerdo de compras, no podemos aceptar luego negociaciones de un país con algún laboratorio. Lo saben los laboratorios y sabemos que existe esta posibilidad. Esperamos que con esto se rebajen los montos de los medicamentos.

Otro elemento es el uso racional de los medicamentos que debemos trabajar. La diputada Rubilar también lo sabe, para nosotros el que exista resistencia a los medicamentos es un

tema importante. Estamos trabajando para que el uso racional de los medicamentos sea una realidad y no exista el abuso por parte de nuestros usuarios; muchas veces la automedicación es un gran riesgo.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero hacer una precisión a la ministra de Salud que -agradezco- su respuesta fue parcial. Como ministra quiero conocer su opinión sobre el mercado de los medicamentos en Chile. Sé que hay un problema a nivel internacional, pero pregunté sobre el objeto de esta comisión. ¿Qué opinión tiene el gobierno respecto del mercado? En la comisión hemos escuchado a muchos actores y ahora quisiera escuchar al Ejecutivo.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, es interesante saber que la ministra está trabajando en desaduanización, tema en el que llevo mucho tiempo. Por su intermedio, señor Presidente, me gustaría conocer de la ministra el alcance de esa conversación con el Ministerio de Hacienda. ¿Hablamos de sacar el *ad valorem*, el 6 por ciento? ¿Sacar el IVA a los medicamentos importados? ¿Afecta solo a medicamentos o también a tejidos, células madre u otros? Si así fuera, sería una buena noticia.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (Ministra de Salud).- Señor Presidente, en Chile el mercado de los medicamentos es inequitativo ya que es diferente comprar a través de la Cenabast que a través de un mercado externo como las grandes cadenas farmacéuticas que venden con precios diferentes a los que nosotros disponemos. Sabemos que vienen en distintos preparados, pero podemos perfectamente regularlo y recibir, a través de la Cenabast, medicamentos con valores más justos; incluso con algún medicamento el valor desciende el 90 por ciento.

Respecto de lo que dice la diputada Rubilar, efectivamente, es hacia donde queremos ir. De alguna manera queremos lograr que la desaduanización también incorpore tejidos y células. Hacia allá va y estamos trabajando para impulsar toda investigación que permita tener un estudio genómico de las enfermedades que permitirá un tratamiento personalizado.

El señor **CASTRO**.- Muchas gracias ministra.
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