

**INFORME MENSUAL**

**Ley de Isapres - Ley Fármacos**

**Acontecimientos en Prensa**

**FEBRERO 2016**

## I.- Reforma a la actual Ley Isapres:

<http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Reuniones%20Van%20de%20Ven%20Octubre%202015.pdf>

### **Reforma al Sistema Isapre:**

El siguiente documento recopila las opiniones y recomendaciones que el Sr. Van de Ven realizó a las Isapres, luego de reunirse con ellas y conocer los aspectos específicos de la propuesta de reforma al sistema conocida a esa fecha. En concreto, se le expuso y detalló al Sr. Van de Ven la presentación que la Ministra de Salud realizó el día martes 13 de octubre de 2015 ante la Comisión de Salud del Senado: “Propuesta de contenidos para un nuevo modelo y marco jurídico del sistema privado de salud (en elaboración)”.

En particular, el gobierno ha señalado que busca reformar el sistema Isapre de modo de dar solución a los siguientes problemas que presenta actualmente el sistema: La discriminación por sexo, edad, riesgos de salud y por nivel de ingreso, las pre-existencias y/ o cautividad, las alzas injustificadas y unilaterales de precios, la ausencia de solidaridad y la existencia de más de 14 mil planes distintos en comercialización (56 mil en stock), entre otros.

La Comisión Asesora Presidencial de 2014 recomendó avanzar en la construcción de un sistema de seguridad social de salud para el conjunto de la población, como contexto para el cambio requerido en el sistema privado. En este escenario, los fundamentos de la propuesta son:

- Solidaridad en el financiamiento.
- Universalidad del sistema de salud.
- Integridad del sistema con conjuntos amplios y universales de prestaciones, de carácter integral.
- Libertad de afiliación y afiliación abierta en la elección de asegurador, no discriminatoria.
- Seguro de largo plazo y protección a lo largo del ciclo vital.
- Evaluación comunitaria de riesgos, no individual, para la fijación de tarifas y primas.
- Mecanismos de compra eficientes entre aseguradores o financiadores y prestadores.

Las Isapres, por su parte, concuerdan con mejorar en los aspectos antes indicados, cuidando que los cambios mantengan un sistema multiseguro, con un fondo de compensación adecuado tanto para el sector público como el privado. Por esto están dispuestas a seguir avanzando para modernizar el sector, principalmente, para cambiar desde un modelo de aseguramiento individual a un sistema más solidario e igualitario, en el que se colectivicen los riesgos a través de un fondo de compensación de riesgos (FCR). En este contexto, es de vital importancia ir introduciendo en el corto plazo modificaciones normativas para provocar cambios inmediatos en lo que se refiere al

proceso de ajustes de precios y movilidad. Para luego, en una segunda etapa, realizar cambios más estructurales.

Justamente, entre las modificaciones de corto plazo, está la necesidad de establecer reglas que permitan la movilidad de los afiliados entre Isapres y la moderación o eventual eliminación de las diferencias de precios por sexo y edad, para lo cual es necesaria la creación de un fondo de compensación de riesgos entre Isapres, que considere sexo, edad y estado de salud. En este contexto, se invitó al Sr. Van de Ven, economista holandés experto en temas de organización de sistemas de salud y en el diseño y construcción de fondos de compensación de riesgos.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/12/680-660382-9-gobierno-postergaria-a-marzo-de-2016-reforma-a-isapres-y-evalua-modo-de-reajuste.shtml>

## **Gobierno postergaría a marzo de 2016 reforma a isapres y evalúa modo de reajuste de precios**

Ministro de Interior, Jorge Burgos, confirmó que proyecto de ley no se ingresará al parlamento este mes, como se había comprometido. Iniciativa hoy está en redacción. Se estudia incorporar umbral de siniestralidad que condicione ajuste anual de valor en los planes.

En el primer trimestre de 2016 sería presentado al Congreso el proyecto de ley de reforma a las isapres, que estaba comprometido para este mes. Así lo confirmó el ministro de Interior, Jorge Burgos, quien aclaró que si bien aún se evalúa la fecha de ingreso, no se alcanzará a cumplir el plazo pactado. “No está decidido todavía. Pero este año no. Es imposible este año”, dijo.

La ministra de Salud, Carmen Castillo, sostuvo que la cartera de todos modos entregará el escrito a la Presidenta Michelle Bachelet, antes de fin de año. “Queremos terminar todo este proceso y entregárselo a la Presidenta, y que ella determine cuál es el mejor momento político para presentarlo, para que la ley no se entrampe en los distintos pasos que hayan”, añadió.

Actualmente la ley está en redacción, con reuniones semanales en las que participan técnicos y representantes de los ministerios de Salud y Hacienda. A partir de los ajustes realizados, se estima que en la primera quincena de enero el texto estaría en condiciones de ingresar al parlamento. Sin embargo, esa fecha se intercalaría con el receso parlamentario, por lo que no se descarta iniciar el trámite en marzo.

### **Cambios al sistema**

El proyecto de reforma considera un modelo de plan denominado Conjunto de Beneficios de Salud (CBS) voluntario para los contratos vigentes, pero obligatorio para quienes se incorporen a las isapres. Se eliminan las preexistencias y la declaración de salud -filtro que usan las aseguradoras

para seleccionar a sus afiliados- en el sistema privado, inicialmente. Sin embargo, fuentes del sector señalan que se evalúa plasmar en el escrito un plazo de tres a cinco años para suprimir la declaración en todo el sistema, lo que permitiría la movilidad de usuarios de Fonasa a isapre. Esto, condicionado a que las condiciones de ambos sistemas alcancen un equilibrio.

Rafael Caviedes, presidente de la Asociación de Isapres, además de lamentar el retraso de la iniciativa, dijo que esto sólo sería posible “con un fondo de compensación de riesgos en el que participe Fonasa con sus cotizaciones más aportes fiscales”.

Además, el proyecto sólo considera un modelo de reajuste de precio de planes para el CBS, y no para los actuales contratos, a objeto de incentivar el cambio de afiliados al nuevo modelo. Y como fórmula, se evalúa fijar un umbral de siniestralidad, es decir, si el costo de las prestaciones y licencias médicas supera el 85%, la aseguradora podría optar a una fórmula, asociada a un panel de expertos, que calcule el porcentaje de reajuste para el año siguiente. También se analiza que, en caso de que la siniestralidad sea baja, se cree un fondo en beneficio de la cartera y poner un tope a la rentabilidad de las aseguradoras y limitar las utilidades.

Caviedes planteó que la siniestralidad actual del sistema es del 87%. “Poner un umbral es el modelo que se usa en Estados Unidos y que permite objetivar cómo opera el modelo de seguro. Una siniestralidad menor le permite a la isapre tener mayor holgura para mejorar sus productos y su posición competitiva. En ese sentido, me parece bien fijar un piso”, explicó.

Héctor Sánchez, director del Instituto de Salud de la U. Andrés Bello planteó que el mecanismo que se elija debe incluir elementos para el control de costos en las isapres y mejora en la eficiencia, a objeto de que la fórmula no sea inflacionaria. “Lo importante es no seguir traspasando costos e ineficiencia de las isapres a precios para el afiliado”, dijo.

<http://www.emol.com/noticias/Economia/2016/01/07/767230/Reforma-a-isapres-Se-podrian-conservar-actuales-planes-de-salud.html>

## **Reforma a isapres permitiría a cotizantes conservar actuales planes de salud.**

La industria valora el hecho de que se incorpore un sistema de compensación de riesgo que permite la libre movilidad de los afiliados, sobre todo de aquellos con preexistencias.

La viabilidad del sistema de aseguramiento privado de salud será uno de los problemas que se tomarán la agenda este año. Ello, luego de que los resultados de 2015 se habrían visto impactados

por la alta judicialización del ajuste de precios de los planes de las isapres, tanto así que cuatro de estas empresas terminarían con pérdidas operacionales.

El Gobierno ha dicho que este problema será abordado en la reforma que prepara, la que creará un plan de Cobertura Básica de Salud (CBS). El borrador de este proyecto estaría siendo revisado por los ministerios de Salud y de Hacienda, y hay autoridades que esperan que esté listo durante este mes, dice "El Mercurio".

Con la implementación de la CBS -que será financiada con el 7% de la cotización obligatoria de salud más una prima comunitaria, que permitirá optar por diferentes redes de atención-, la Asociación de Isapres considera que se realiza un cambio profundo al sistema, incorporando solidaridad no solo por los ingresos, sino por sexo y edad.

La industria valora el hecho de que se incorpore un sistema de compensación de riesgo que permite la libre movilidad de los afiliados, sobre todo de aquellos con preexistencias.

Los riesgos El borrador contemplaría fijar no solo las coberturas del plan de CBS (el producto) sino también la banda del precio y un sistema de reajuste.

El presidente de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, dice que esto puede generar graves consecuencias en el sistema de isapres e incluso "desincentivar la participación de privados en el mercado". Caviedes destaca que en Colombia -donde se fija el precio y el producto- la participación del sector privado es cada día menor.

Además, el sistema está afectado por la judicialización del sistema, aunque el objetivo no es congelar los precios como aquí, sino solicitar coberturas adicionales de costo catastrófico.

"A esta idea central de modificación del modelo de aseguramiento se le han ido colgando, como adornos al árbol de Pascua, conceptos que no aportan al cambio del modelo sino que reflejan una posición estatista", dice el timonel gremial y destaca entre ellas la creación del Fondo Mancomunado, al que se destinaría entre 0,1 y 0,4 puntos porcentuales de la cotización obligatoria de salud (7%).

Si este aporte es obligatorio tanto para los afiliados a Fonasa como al sistema privado, el Gobierno debería destinar, por lo menos, unos US\$ 50 millones anualmente a este fondo creado tanto para el financiamiento de trasplantes de órganos como para medicamentos.

Además advierte que el sistema no puede seguir esperando una solución ante la judicialización: "Lo que está matando al sistema de isapres es la inacción de la autoridad". Sin embargo, dentro del Gobierno hay quienes creen que el nuevo plan permitirá combatir la judicialización porque será una alternativa a los planes actuales.

No obstante, esto dependerá de los tribunales, por lo que existe el riesgo de que quienes tienen congelados los precios continúen en esa situación

<http://portal.chillanonlinenoticias.cl/2016/02/senado-la-reforma-a-las-farmacias-y-de-las-isapres-seran-los-objetivos-de-la-comision-de-salud-este-ano/>

## **Senado, La reforma a las farmacias y de las Isapres serán los objetivos de la Comisión de Salud este año**

Esta instancia se ha autoimpuesto aprobar ambas propuestas a la brevedad, de manera de verlas convertidas en ley antes de diciembre de 2016.

Dos son los proyectos que concitarán la mayor parte de la atención de los integrantes de la Comisión de Salud este año: la ley de medicamentos 2 y la norma que modifica el sistema de Isapres.

Así lo aseguró el presidente de esta instancia, el senador Fulvio Rossi, quien proyectó la agenda legislativa de los próximos meses. “Sin duda nuestras prioridades serán terminar con los abusos de las farmacias y las isapres. En el primer caso hemos avanzado en forma constante, mientras que en el segundo, queremos retomar el debate que estuvo congelado varios meses”, aclaró.

- **Ley Medicamentos 2**

Revisar las indicaciones recientemente presentadas al proyecto que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y busca evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias ([Boletín N° 9914-11](#)), será la misión de las próximas semanas de la Comisión.

La iniciativa corresponde a una moción de los senadores Guido Girardi, Carolina Goic, Manuel José Ossandón, Fulvio Rossi y Andrés Zaldívar, la que tiene por objeto ajustar la legislación con miras a fomentar la disponibilidad y la penetración en el mercado de los medicamentos genéricos bioequivalentes.

Entre otros aspectos exige que en las recetas médicas, se incluya expresamente la denominación de los medicamentos genéricos bioequivalentes, en caso de existir.

Asimismo establece que para la instalación y funcionamiento de una farmacia o almacén farmacéutico, se deberá contar con una concesión de servicio público, cuyas condiciones y requisitos serán establecidas en un reglamento dictado por el Ministerio de Salud (Minsal).

A su vez la norma prohíbe la integración vertical entre laboratorios y farmacias, de forma que la propiedad y administración de un laboratorio farmacéutico será incompatible con la de una farmacia, almacén farmacéutico o droguería.

- **Reforma a las Isapres**

Larga ha sido la historia de esta propuesta. La Comisión retomó la discusión de la iniciativa, presentada en la administración Piñera, que modifica el sistema privado administrado por las Isapres, incorporando un Plan Garantizado de Salud (PGS), que se encuentra en segundo trámite ([Boletín N° 8105-11](#)).

En el 2013 se avanzó la tramitación, sin embargo esta fue congelada a la espera que el gobierno de la presidenta Bachelet elaborara una nueva propuesta. Hasta ahora el texto no ha ingresado al Congreso ni tampoco vía indicaciones al proyecto citado.

La reforma las Isapres pretende entre otros aspectos, terminar con las pre-existencias, la tabla de factores de riesgo y el alza unilateral de los planes de salud. En tanto, el Ejecutivo ha dado cuenta de algunos imput del proyecto que elabora, por ejemplo, se cambia el PGS por un Conjunto de Beneficios de Salud (CBS).

El CBS se basaría en Fondo Mancomunado Universal donde van todas las cotizaciones de los afiliados a las Isapres y a Fonasa. En función de ello se entregarían prestaciones universales (80% hospitalarias y un 60% ambulatorias). A su vez, el modelo contemplaría un Fondo de Compensación de Riesgos Inter-ISAPRE, de manera que aquellas que tienen mayores costos se ven solventadas por las que tienen menos.

- **Viene de la Cámara**

Una de las normas emblemáticas que debería ingresar durante el año al Senado, es el mensaje que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: inviabilidad fetal, riesgo de vida de la madre y violación ([Boletín N° 9895-11](#)).

Dada la temática, se ha adelantado que su discusión se dará con el debido tiempo. La idea es escuchar a diversos actores involucrados para generar el necesario consenso en cada una de las votaciones.

[http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia\\_pescria.php?nota=13707170](http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia_pescria.php?nota=13707170)

## **Reforma a isapres: Se podrían conservar actuales planes de salud, donde los cotizantes del sistema alcanzan los 1,8 millones**

Desde la industria advierte que es necesario abordar la judicialización para garantizar la viabilidad del sistema.

La viabilidad del sistema de aseguramiento privado de salud será uno de los problemas que se tomarán la agenda este año. Ello, luego de que los resultados de 2015 se habrían visto impactados

por la alta judicialización del ajuste de precios de los planes de las isapres, tanto así que cuatro de estas empresas terminarían con pérdidas operacionales.

El Gobierno ha dicho que este problema será abordado en la reforma que prepara, la que creará un plan de Cobertura Básica de Salud (CBS). El borrador de este proyecto estaría siendo revisado por los ministerios de Salud y de Hacienda, y hay autoridades que esperan que esté listo durante este mes.

Con la implementación de la CBS -que será financiada con el 7% de la cotización obligatoria de salud más una prima comunitaria, que permitirá optar por diferentes redes de atención-, la Asociación de Isapres considera que se realiza un cambio profundo al sistema, incorporando solidaridad no solo por los ingresos, sino por sexo y edad.

La industria valora el hecho de que se incorpore un sistema de compensación de riesgo que permite la libre movilidad de los afiliados, sobre todo de aquellos con preexistencias.

- **Los riesgos**

El borrador contemplaría fijar no solo las coberturas del plan de CBS (el producto) sino también la banda del precio y un sistema de reajuste. El presidente de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, dice que esto puede generar graves consecuencias en el sistema de isapres e incluso "desincentivar la participación de privados en el mercado".

Caviedes destaca que en Colombia -donde se fija el precio y el producto- la participación del sector privado es cada día menor. Además, el sistema está afectado por la judicialización del sistema, aunque el objetivo no es congelar los precios como aquí, sino solicitar coberturas adicionales de costo catastrófico.

"A esta idea central de modificación del modelo de aseguramiento se le han ido colgando, como adornos al árbol de Pascua, conceptos que no aportan al cambio del modelo sino que reflejan una posición estatista", dice el timonel gremial y destaca entre ellas la creación del Fondo Mancomunado, al que se destinaría entre 0,1 y 0,4 puntos porcentuales de la cotización obligatoria de salud (7%).

Si este aporte es obligatorio tanto para los afiliados a Fonasa como al sistema privado, el Gobierno debería destinar, por lo menos, unos US\$ 50 millones anualmente a este fondo creado tanto para el financiamiento de trasplantes de órganos como para medicamentos.

Además advierte que el sistema no puede seguir esperando una solución ante la judicialización: "Lo que está matando al sistema de isapres es la inacción de la autoridad".

Sin embargo, dentro del Gobierno hay quienes creen que el nuevo plan permitirá combatir la judicialización porque será una alternativa a los planes actuales. No obstante, esto dependerá de

los tribunales, por lo que existe el riesgo de que quienes tienen congelados los precios continúen en esa situación.

[http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia\\_pescria.php?nota=13706574](http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia_pescria.php?nota=13706574)

## **Judicialización en las isapres**

Señor Director:

Con asombro y desazón he leído las declaraciones del superintendente de Salud publicadas ayer en "El Mercurio". En efecto, la autoridad señala que las isapres han descartado la creación de un IPC de la salud y que habría planteado un esquema de distintos factores que tampoco habría sido considerado por las isapres.

Lo planteado por el superintendente no es efectivo, como la opinión pública puede constatar por los reiterados planteamientos que hemos divulgado en los medios, solicitando que se elabore un indicador que dé cuenta de la variación de los costos de la salud y que la Superintendencia informe a los Tribunales sobre esto. Asimismo, se han propuesto, a esa misma autoridad, mecanismos para aumentar la movilidad de los cotizantes y un procedimiento regulado de adecuación de precios, todo lo cual demuestra nuestro apoyo a acciones que van en tal sentido.

La realidad es muy diferente. Ha sido la propia autoridad la que no ha recibido positivamente nuestros planteamientos ni los ha puesto en funcionamiento, para dar así mayor información y transparencia al público en general, a los cotizantes y a los Tribunales, buscando corregir la insólita y creciente judicialización que registra el sistema privado de salud. Creemos que la opción seguida actualmente por la Superintendencia de Salud, al definir explícitamente no participar en la búsqueda de soluciones para la situación de judicialización vigente, daña a los beneficiarios del sistema de salud y arriesga graves consecuencias para estos en el futuro.

***Rafael Caviedes D. Presidente Asociación de Isapres A.G.***

[http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia\\_pescria.php?nota=13712053](http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia_pescria.php?nota=13712053)

## **Judicialización y efecto en las Isapres: ¿Qué pasaría si una entidad quiebra?**

Cartera de la aseguradora en liquidación sería traspasada. Personas con preexistencias migrarían a Fonasa.

"Estéril" fue el diálogo que mantuvo por meses el gobierno con las Isapres ante el fenómeno creciente de la judicialización", dice el presidente de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes. A juicio del representante gremial, los juicios contra las entidades por el alza de los planes están dañando no sólo a éstas mismas sino que también a sus afiliados.

"El superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, se escuda en que nosotros no hemos sido capaces de mostrar frente a los tribunales las razones del alza. Pero, estos juicios son muy particulares, no permiten como en los juicios ordinarios, mostrar pruebas, testigos y expertos que acrediten la situación. Son juicios sumarios prácticamente", sostiene.

De hecho, añade, que las Isapres tienen todos los antecedentes respecto a los gastos que enfrentan, ya sea de salud, programas médicos Y licencias. Con los mismos antecedentes contaría la Superintendencia, "pero no ha sido capaz de cuantificar el daño", dice Caviedes.

Y el ejecutivo va más allá, ya que asegura que con esa información el regulador debería realizar un estudio que se dé a conocer a la opinión pública.

"El gobierno aún no ha sabido asignarle la importancia que tiene este tema y el grave daño que está causando, no sólo a las Isapres, sino que a los afiliados, en un sistema donde hay una tremenda incertidumbre porque no se sabe cuáles van a ser las consecuencias", comenta.

- **Sólo acabará con una quiebra**

Un actor de la industria recuerda que la crisis de 2008 no acabó por la intervención del gobierno de EEUU, sino por la quiebra de Lehman Brothers. Y en ese contexto, asegura que el Ejecutivo recién va a entender lo que sucede en la industria de las Isapres cuando alguna de éstas quiebre.

¿Qué implica eso? Otro ejecutivo del sector explica que una vez que una Isapre baje sus indicadores de solvencia, el regulador le pedirá corregirlos. La única posibilidad, entonces, para dicha entidad será hacer un aporte de capital. Si eso no sucede, la Superintendencia tendrá que intervenir y proceder a liquidar.

Lo grave de esta situación, aclara, es que la cartera de esa Isapre se quedará sin cobertura de salud. Las personas sin enfermedades podrán elegir otra aseguradora privada, pero los que tengan preexistencias no tendrán más alternativa que migrar a Fonasa.

<http://www.guepasa.cl/articulo/ojos-de-la-llave/2016/01/la-interrogante-que-enfrenta-el-gobierno-en-la-reforma-a-las-isapres.shtml/>

## **La interrogante que enfrenta el gobierno en la reforma a las isapres**

Una de las más complejas consiste en los incentivos que utilizará el Ejecutivo para que el actual stock de cotizantes y cargas (3,4 millones de chilenos) se cambie al nuevo sistema, el que tendrá sólo tres planes únicos que variarán por el nivel de hotelería y clínicas.

Si bien aún no existe una fecha concreta para que el gobierno ingrese el proyecto que modifica el sistema de isapres, sí ha estado avanzando en la materia, pero encontrándose con claras interrogantes.

Una de las más complejas consiste en los incentivos que utilizará el Ejecutivo para que el actual stock de cotizantes y cargas (3,4 millones de chilenos) se cambie al nuevo sistema, el que tendrá sólo tres planes únicos que variarán por el nivel de hotelería y clínicas.

Cercanos al proyecto aseguran que inicialmente se pensó en poner una fecha tope para la migración, pero este mecanismo sería ilegal.

Ahora se está evaluando generar un plan de medidas que, entre otras cosas, permita que las isapres puedan subir los valores de los planes libremente como lo hacen hoy, lo que impulsaría que las personas migren, puesto que en el nuevo sistema las alzas de precios serán reguladas y trabajadas por un comité de expertos.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2016/01/680-664218-9-parlamentarios-rechazan-que-reforma-a-isapres-no-aborde-judicializacion.shtml>

## **Parlamentarios rechazan que reforma a isapres no aborde judicialización**

Diputados y senadores coinciden en que proyecto de ley debe incluir un modelo de reajuste de precios.

El proyecto de reforma a las isapres que elabora el gobierno, y que incluye un plan único para todas las aseguradoras, considera un modelo de reajuste anual de precios -con un proceso actuarial y un panel de expertos que fijaría la variación mínima y máxima-pero sólo para los afiliados al nuevo sistema; es decir, no se aplicaría a los contratos vigentes.

Esto fue rechazado por los parlamentarios de las comisiones de salud, quienes plantean que el proyecto de reforma debe hacerse cargo de la judicialización que afecta al sistema y que lleva a que, cada año, sean miles los afiliados que presentan recursos de protección para frenar el alza de precio de su plan.

El senador RN, Francisco Chahuán, dijo que “rechazamos cualquier fórmula que no se haga cargo de la judicialización y las alzas de precio en los planes de salud. Actualmente, más del 80% de los recursos que reciben las cortes de apelación son de afiliados de isapres y hay claras resoluciones de la Corte Suprema y el Tribunal Constitucional respecto a las mejoras que requiere el sistema”.

La senadora (DC) Carolina Goic sostuvo que aún no se conoce en detalle el contenido del proyecto, pero que “el mecanismo de reajuste de planes debe ser tratado, deben haber mecanismos que garanticen a los beneficiarios que no hayan más abusos”.

El senador PPD, Guido Girardi, planteó que se requiere un polinomio que permita que el reajuste de planes se realice en función del costo real de las prestaciones. Añadió que “el proyecto de gobierno puede llegar de diferentes maneras, pero nosotros vamos a hacer una legislación razonable, porque queremos que las isapres sobrevivan, pero entregando una prestación de calidad, sin discriminar y en un sistema bien regulado.

La diputada Karla Rubilar (IND), planteó que “si no se aborda la judicialización, es una señal de que no se quiere mejorar el sistema y que lo que se busca es llegar a un único sistema estatal y todos los monopolios son malos”.

Desde el gobierno, en tanto, se afirma que no hay claridad respecto de la fecha en que se presentaría el proyecto de ley, pero que una opción podría ser en marzo.

[http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia\\_pescria.php?nota=13752961](http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia_pescria.php?nota=13752961)

## **Salud: reforma a las isapres ingresaría este trimestre al Congreso**

Ministra Carmen Castillo dijo que se están afinando los últimos detalles del proyecto de ley.

La ministra de Salud, Carmen Castillo, indicó que durante el primer trimestre del presente año se espera “cumplir como corresponde”, con la entrega del proyecto de Ley de Reforma a las Isapres a la Presidenta Michelle Bachelet para que sea ingresado al Congreso.

Se trata de una iniciativa aplazada en más de tres ocasiones el último año y que ahora se encontraría en sus últimos detalles.

El proyecto incluye un plan único para todas las aseguradoras y un modelo de reajuste anual de precios, entre otros cambios.

Castillo explicó que el gobierno está afinando la estructura del proyecto. “Hemos dicho fechas y lamentablemente no hemos podido cumplirlas, dado que han habido situaciones o imprevistos

que han obligado a retrasar reuniones. Esperamos que en este trimestre podamos ya cumplir como corresponde”, explicó la ministra.

[http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia\\_pescria.php?nota=13766043](http://www.nexchannel.cl/Nex/noticias/noticia_pescria.php?nota=13766043)

## **Salud privada**

Señor director:

Recientemente presentamos un estudio de dimensionamiento de la salud privada. El informe muestra que casi la mitad de los chilenos busca una solución a sus problemas de salud en centros privados. Las clínicas atendemos un 48% de todas las prestaciones de mediana y alta complejidad del país y en 2014 realizamos 680.000 cirugías y resolvimos 29 millones de consultas. Es más, seis de cada 10 pacientes que se atienden en las clínicas privadas son afiliados a Fonasa, que eligen tratarse a través de la modalidad de libre elección.

La contundencia de estas cifras pone de manifiesto la confianza depositada en el sector privado para recibir una atención oportuna y de calidad, lo que debería ser considerado en el diseño de políticas públicas de salud.

En momentos en que pesa la incertidumbre sobre la salud privada, con una reforma al sistema ad portas y un sector asegurador (isapres) ahogado en la judicialización que amenaza su sobrevivencia, las autoridades deben tener en cuenta que sus decisiones pueden afectar a millones de pacientes, incluso a los que aspiran a beneficiar.

***Alfredo Schönherr Monreal Presidente Clínicas de Chile***

[http://www.senado.cl/la-reforma-a-las-farmacias-y-de-las-isapres-seran-los-objetivos-de-la-comision-de-salud-este-ano/prontus\\_senado/2016-01-26/124707.html](http://www.senado.cl/la-reforma-a-las-farmacias-y-de-las-isapres-seran-los-objetivos-de-la-comision-de-salud-este-ano/prontus_senado/2016-01-26/124707.html)

## ***La reforma a las farmacias y de las Isapres serán los objetivos de la Comisión de Salud este año***

*Esta instancia se ha autoimpuesto aprobar ambas propuestas a la brevedad, de manera de verlas convertidas en ley antes de diciembre de 2016.*

Dos son los proyectos que concitarán la mayor parte de la atención de los integrantes de la Comisión de Salud este año: la ley de medicamentos 2 y la norma que modifica el sistema de Isapres.

Así lo aseguró el presidente de esta instancia, el senador Fulvio Rossi, quien proyectó la agenda legislativa de los próximos meses. “Sin duda nuestras prioridades serán terminar con los abusos de las farmacias y las isapres. En el primer caso hemos avanzado en forma constante, mientras que en el segundo, queremos retomar el debate que estuvo congelado varios meses”, aclaró.

## **Ley Medicamentos 2**

Revisar las indicaciones recientemente presentadas al proyecto que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y busca evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias ([Boletín N° 9914-11](#)), será la misión de las próximas semanas de la Comisión.

La iniciativa corresponde a una moción de los senadores Guido Girardi, Carolina Goic, Manuel José Ossandón, Fulvio Rossi y Andrés Zaldívar, la que tiene por objeto ajustar la legislación con miras a fomentar la disponibilidad y la penetración en el mercado de los medicamentos genéricos bioequivalentes.

Entre otros aspectos exige que en las recetas médicas, se incluya expresamente la denominación de los medicamentos genéricos bioequivalentes, en caso de existir.

Asimismo establece que para la instalación y funcionamiento de una farmacia o almacén farmacéutico, se deberá contar con una concesión de servicio público, cuyas condiciones y requisitos serán establecidas en un reglamento dictado por el Ministerio de Salud (Minsal).

A su vez la norma prohíbe la integración vertical entre laboratorios y farmacias, de forma que la propiedad y administración de un laboratorio farmacéutico será incompatible con la de una farmacia, almacén farmacéutico o droguería.

## **Reforma a las Isapres**

Larga ha sido la historia de esta propuesta. La Comisión retomó la discusión de la iniciativa, presentada en la administración Piñera, que modifica el sistema privado administrado por las Isapres, incorporando un Plan Garantizado de Salud (PGS), que se encuentra en segundo trámite

En el 2013 se avanzó la tramitación, sin embargo esta fue congelada a la espera que el gobierno de la presidenta Bachelet elaborara una nueva propuesta. Hasta ahora el texto no ha ingresado al Congreso ni tampoco vía indicaciones al proyecto citado.

La reforma las Isapres pretende entre otros aspectos, terminar con las pre-existencias, la tabla de factores de riesgo y el alza unilateral de los planes de salud. En tanto, el Ejecutivo ha dado cuenta de algunos imput del proyecto que elabora, por ejemplo, se cambia el PGS por un Conjunto de Beneficios de Salud (CBS).

El CBS se basaría en Fondo Mancomunado Universal donde van todas las cotizaciones de los afiliados a las Isapres y a Fonasa. En función de ello se entregarían prestaciones universales (80% hospitalarias y un 60% ambulatorias). A su vez, el modelo contemplaría un Fondo de Compensación de Riesgos Inter-ISAPRE, de manera que aquellas que tienen mayores costos se ven solventadas por las que tienen menos.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/12/680-660382-9-gobierno-postergaria-a-marzo-de-2016-reforma-a-isapres-y-evalua-modo-de-reajuste.shtml>

## **Gobierno postergaría a marzo de 2016 reforma a isapres y evalúa modo de reajuste de precios**

Ministro de Interior, Jorge Burgos, confirmó que proyecto de ley no se ingresará al parlamento este mes, como se había comprometido. Iniciativa hoy está en redacción. Se estudia incorporar umbral de siniestralidad que condicione ajuste anual de valor en los planes.

En el primer trimestre de 2016 sería presentado al Congreso el proyecto de ley de reforma a las isapres, que estaba comprometido para este mes. Así lo confirmó el ministro de Interior, Jorge Burgos, quien aclaró que si bien aún se evalúa la fecha de ingreso, no se alcanzará a cumplir el plazo pactado. “No está decidido todavía. Pero este año no. Es imposible este año”, dijo.

La ministra de Salud, Carmen Castillo, sostuvo que la cartera de todos modos entregará el escrito a la Presidenta Michelle Bachelet, antes de fin de año. “Queremos terminar todo este proceso y entregárselo a la Presidenta, y que ella determine cuál es el mejor momento político para presentarlo, para que la ley no se entrampe en los distintos pasos que hayan”, añadió.

Actualmente la ley está en redacción, con reuniones semanales en las que participan técnicos y representantes de los ministerios de Salud y Hacienda. A partir de los ajustes realizados, se estima que en la primera quincena de enero el texto estaría en condiciones de ingresar al parlamento. Sin embargo, esa fecha se intercalaría con el receso parlamentario, por lo que no se descarta iniciar el trámite en marzo.

### **Cambios al sistema**

El proyecto de reforma considera un modelo de plan denominado Conjunto de Beneficios de Salud (CBS) voluntario para los contratos vigentes, pero obligatorio para quienes se incorporen a las isapres. Se eliminan las preexistencias y la declaración de salud -filtro que usan las aseguradoras para seleccionar a sus afiliados- en el sistema privado, inicialmente. Sin embargo, fuentes del sector señalan que se evalúa plasmar en el escrito un plazo de tres a cinco años para suprimir la declaración en todo el sistema, lo que permitiría la movilidad de usuarios de Fonasa a isapre. Esto, condicionado a que las condiciones de ambos sistemas alcancen un equilibrio.

Rafael Caviedes, presidente de la Asociación de Isapres, además de lamentar el retraso de la iniciativa, dijo que esto sólo sería posible “con un fondo de compensación de riesgos en el que participe Fonasa con sus cotizaciones más aportes fiscales”.

Además, el proyecto sólo considera un modelo de reajuste de precio de planes para el CBS, y no para los actuales contratos, a objeto de incentivar el cambio de afiliados al nuevo modelo. Y como fórmula, se evalúa fijar un umbral de siniestralidad, es decir, si el costo de las prestaciones y licencias médicas supera el 85%, la aseguradora podría optar a una fórmula, asociada a un panel de expertos, que calcule el porcentaje de reajuste para el año siguiente. También se analiza que, en caso de que la siniestralidad sea baja, se cree un fondo en beneficio de la cartera y poner un tope a la rentabilidad de las aseguradoras y limitar las utilidades.

Caviedes planteó que la siniestralidad actual del sistema es del 87%. “Poner un umbral es el modelo que se usa en Estados Unidos y que permite objetivizar cómo opera el modelo de seguro. Una siniestralidad menor le permite a la isapre tener mayor holgura para mejorar sus productos y su posición competitiva. En ese sentido, me parece bien fijar un piso”, explicó.

Héctor Sánchez, director del Instituto de Salud de la U. Andrés Bello planteó que el mecanismo que se elija debe incluir elementos para el control de costos en las isapres y mejora en la eficiencia, a objeto de que la fórmula no sea inflacionaria. “Lo importante es no seguir traspasando costos e ineficiencia de las isapres a precios para el afiliado”, dijo.

<http://www.guepasa.cl/articulo/negocios/2014/10/16-15489-9-reforma-vs-eliminacion-las-dos-almas-del-minsal-frente-a-las-isapres.shtml/>

## **Reforma vs. eliminación: Las dos almas del Minsal frente a las Isapres**

En medio de la discusión respecto de las reformas al sistema de isapres, dos visiones contrapuestas quedaron al descubierto al interior del Ministerio de Salud. Será el Ejecutivo el que deberá zanjar cuál de esas dos almas prima y, de paso, decidirá el futuro del sistema privado que hasta hoy opera.

La ministra de Salud, Helia Molina, aún se recuperaba de una intervención por una hernia a la cadera, en agosto pasado, cuando debió interrumpir su reposo. Debía hacerse cargo públicamente de un tema delicado. Desde abril, la Comisión presidencial para la reforma al sistema privado de salud -creada para estudiar y proponer un nuevo modelo y marco jurídico para las isapres- había estado trabajando en algunos planteamientos, y ya habían aparecido quienes veían en esa instancia la oportunidad de introducir cambios de mayor envergadura o incluso modificaciones estructurales al sistema de isapres vigente.

Una de las primeras voces en dar cuenta de estas aspiraciones fue la de la actual directora del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Jeanette Vega. Durante una presentación que realizó a finales de julio en la Feria Expo Hospital, la funcionaria puso en alerta a los privados y generó revuelo al señalar que “el actual sistema de isapres dejaría de existir”, generando inmediata controversia. “El 7% no es propiedad de las personas; es un impuesto específico a la seguridad social y debe ser tratado como tal”, sostuvo Vega, quien agregó que estos fondos debieran ser redistribuidos de manera solidaria.

El llamado de atención de la ministra a su subalterna no se hizo esperar. En una entrevista que concedió en agosto a El Mercurio, Molina fue categórica. “La comisión está muy encaminada y no está por hacer cambios estructurales en salud”, dijo, descartando que las declaraciones de Vega representaran las intenciones del Ejecutivo. “Las únicas tres grandes reformas que el gobierno de la presidenta Bachelet desarrollará son la tributaria, la educacional y una nueva Constitución; no está considerada ninguna otra”, sentenció. Molina fue más allá en otra entrevista, publicada ese mismo día por La Tercera. “La directora de Fonasa es subalterna mía”, reafirmó, en una clara manifestación de molestia. “La línea del gobierno en salud la represento yo”.

Las diferencias entre la ministra y Vega no hicieron otra cosa que develar las dos almas que coexisten al interior del Ministerio de Salud y que a su vez reflejan las diferentes miradas que existen a nivel nacional sobre cómo resolver un problema complejo y que se arrastra por años. Por una parte está la de aquéllos que buscan que el sistema privado deje de existir como tal, dando paso en última instancia a un fondo único estatal de salud y, por otra, la de aquéllos que esperan modificar el actual sistema de isapres, pero manteniéndolas en paralelo al sistema público. La pregunta que está aún latente es cuán profundos serán los cambios que se plantearán en el proyecto de ley del Ejecutivo y qué repercusiones tendrá una futura ley en el mediano y largo plazo.

Por ahora, la discusión no ha estado ajena de otro tipo de polémicas. En septiembre, la renuncia de dos miembros a la Comisión Presidencial por diferencias de criterio agitaron las aguas. Cuando Gonzalo de la Carrera, presidente de Isapre Colmena y Ana María Albornoz, gerente de Clínicas de Chile, decidieron alejarse de la instancia, esgrimieron que en la conducción de la comisión -a cargo del académico del departamento de Salud Pública de la UC, Camilo Cid- se estaba dando una “tiranía” y que no se estaban plasmando las opiniones minoritarias en el informe final, documento que fue entregado a la presidenta Michelle Bachelet el 8 de octubre. Según planteó entonces reiteradamente De la Carrera, en varias ocasiones preguntó si en la comisión se cumpliría el mandato presidencial de estudiar un cambio al sistema vigente de las isapres o se iría más allá. “Se me dijo que había apoyo para hacer este gran cambio”, sostuvo entonces.

Camilo Cid decidió salir al paso de los cuestionamientos y encendió aún más la hoguera al responder a la salida de De la Carrera y Albornoz con declaraciones como “las isapres deben regirse por principios de seguridad social” o explicando que la idea de un fondo mancomunado –

que se incluiría en el informe- tenía la intención de “romper con la segregación” entre lo público y lo privado, y que aspiraba a un sistema unificado.

La ministra debió nuevamente zanjar la discusión, y salió a explicar que la iniciativa de la comisión de crear dicho fondo no se traduciría en la “expropiación” del 7% a los usuarios. Acotando el alcance que tendrían los cambios, Molina aseguró que sólo se estaban analizando propuestas que apuntaran a eliminar las inequidades del sistema.

En el mismo tono fueron las palabras con las que la presidenta Michelle Bachelet reconoció el trabajo de la comisión al momento de recibir el informe. “Agradezco que hayan cumplido con lo señalado en el mandato presidencial, analizando un tema tan complejo y generando ideas concretas para mejorar la cobertura de salud de más de tres millones de chilenos y chilenas que están afiliados al sistema privado”, sostuvo Bachelet, dando luces de lo que podría incluir el borrador del Ejecutivo.

Sin embargo, todavía existen dudas sobre qué es lo que ocurrirá en adelante, cuando dicho texto sea enviado a la Comisión de Salud del Senado.

En definitiva, lo que está por resolverse es cuál será el alma que primará a la hora de ingresar los cambios. Según explica el senador Fulvio Rossi, en los últimos días los miembros de la Comisión de Salud se reunieron con Camilo Cid para conocer en detalle el informe entregado a la presidenta.

Según ha señalado la ministra Helia Molina, el texto presidencial será presentado antes de fin de año.

“Ojalá se inclinara por nuestro deseo de que se cree un fondo único de salud que incluya a Fonasa y que quien quiera una mayor cobertura contrate un seguro complementario”, sostiene el senador del Partido Socialista. Por lo pronto, asegura que está satisfecho con muchos aspectos planteados por la comisión, como por ejemplo, la mejora de las licencias médicas y la creación de un fondo solidario en el sector privado.

“Es turno de que la presidenta resuelva qué decisión tomará. Puede ingresar un proyecto (o una indicación parlamentaria) con lo que presentó la comisión asesora o, como nos gustaría, ir más allá e incluir un fondo único de salud para terminar con estos dos subsistemas de salud en Chile”, remata Rossi.

En el mundo privado reconocen preocupación, ya que se teme que los cambios vayan en la segunda dirección. Un conocedor de la industria sostiene que la principal inquietud radica en que propuestas como la creación de un fondo mancomunado de salud se convierta en una etapa de transición que termine dando paso, incluso en el corto plazo, a la creación de un fondo único estatal.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/09/680-646286-9-isapres-estiman-que-330-mil-afiliados-de-fonasa-llegarian-por-reforma.shtml>

## **Isapres estiman que 330 mil afiliados de Fonasa llegarían por reforma**

La industria plantea que se tratarían de enfermos en lista de espera. Gobierno realizará su proyección sobre migración de usuarios.

Personas enfermas que han esperado por meses por una atención y cuyo sueldo bordea el medio millón de pesos o bien pueden ser ayudadas por sus familias. Según la Asociación de Isapres ese es el perfil de los beneficiarios que se podrían salir del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) -el seguro público del que son parte 13,5 millones de personas-, para inscribirse en las isapres. Este escenario se concretaría si es que entra en funcionamiento la ley que reforma a las aseguradoras privadas.

La asociación efectuó una proyección del impacto de la eliminación de la declaración de salud o “filtro” que usan las pólizas privadas cuando una persona desea afiliarse, una de las propuestas que ha hecho el gobierno para incluir en el proyecto de ley que cambiará la forma de operar del sistema isapres.

La estimación de la industria indica que serían 110.597 usuarios de Fonasa -en un escenario conservador- los que se afiliarían a algún seguro. La entidad dice que, en un escenario más extremo, la cifra podría llegar a 331.778 personas que emigren hacia el sector privado.

Se trataría, en su mayoría, de pacientes que viven en ciudades intermedias o grandes, con acceso a las aseguradoras y a prestadores en su comuna. Además, se considera que podrían trasladarse a las isapres quienes poseen alguna enfermedad contemplada en el plan Auge (las más complejas) y que están en una lista de espera por una atención por más de cuatro meses. Además, estarían en condiciones de cambiarse, las personas que padecen patologías que no están en el Auge, pero que sí requieren una intervención quirúrgica y que aguardan por una consulta por más de un año. La asociación precisó que los beneficiarios tendrían una remuneración que parte desde los \$ 550.000 mensuales. También se prevé que habrían cotizantes que, aunque poseen un sueldo menor, podrían acceder al sistema por una red de apoyo que los podría financiar.

### **Costos**

Rafael Caviedes, presidente de la Asociación de Isapres, explicó que la llegada de estos nuevos cotizantes tendría un impacto: \$ 833 mil millones en solucionar sus problemas de salud, lo que equivale al 40% de los ingresos anuales del sector. Agregó que la supresión de la declaración de salud “es decir, asegurar libre movilidad entre Fonasa e isapres, sólo sería factible si la atención en ambos sistemas fuera similar o si permitiera que la población pudiese utilizar una compensación ajustada a riesgo o bien financiada con subsidios en el caso de las personas más pobres”.

Respecto al análisis, el superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, señaló que estudiarán los datos entregados por la industria. “Los antecedentes serán remitidos a Fonasa para que ésta realice sus propios cálculos”, expresó. Luego de ello, los escenarios serán analizados en la mesa técnica integrada por las empresas y la superintendencia.

Gonzalo de la Carrera, presidente de Colmena, manifestó ayer que las propuestas que ha planteado el gobierno “matan el sistema isapres”, refiriéndose a la eliminación declaración de salud y la existencia de un fondo mancomunado con aportes de todos.

A la vez, llamó al Ejecutivo a definir quién es el representante oficial que comunicará los alcances de la reforma. “No queremos medidas irracionales e inviables”, dijo.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/10/680-649762-9-senadores-presionan-con-proyecto-de-ley-de-isapres-y-gobierno-no-define-plazo.shtml>

**LATERCERA**

## Senadores presionan con proyecto de ley de isapres y gobierno no define plazo

Comisión de Salud de la instancia revisará el proyecto de ley y citará a ministra del ramo.

El Periodista  
@deciudadel2015 / 2343784

7     [uri http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/10/680-649762-9-senadores-presionan-con-proyecto-de-ley-de-isapres-y-gobierno-no-define-plazo.shtml](http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/10/680-649762-9-senadores-presionan-con-proyecto-de-ley-de-isapres-y-gobierno-no-define-plazo.shtml)  



Los senadores de la Comisión de Salud del Senado anunciaron que el martes será revisado un proyecto para reformar al sistema de isapres.

Carolina Goic, senadora DC y presidenta de la instancia, dijo que analizarán la iniciativa que presentó en 2012 el ex Presidente Sebastián Piñera.

El senador Francisco Chahuán (RN) explicó que este proyecto plantea la creación de un plan base de salud, que termina con la discriminación e incluye un panel de expertos para regular los precios de los planes. Añadió que el Ejecutivo no ha presentado su propia reforma para el sistema privado, por lo que comenzarán a estudiar el articulado ya presentado y que, para conocer cuando el gobierno presentará su iniciativa, fue citada la ministra Carmen Castillo, aunque se excusó de asistir.

Goic dijo que hay más de tres millones de beneficiarios del sistema “que aún no tienen respuesta ante el encarecimiento de los planes o la declaración de salud que se les pide para ingresar, por lo que debe haber un cambio”.

Sobre los plazos, el superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, afirmó que “hay una estrategia legislativa del Ministerio de Salud junto a la Secretaría General de la Presidencia” sobre la reforma, pero no especificó fechas. Aclaró que el proyecto debe abordar “fuentes de conflictos como la judicialización y la discriminación, lo que tenemos que resolver”.

Sobre la iniciativa parlamentaria, dijo que “si los senadores nos citan, iremos y tendremos que responder las consultas”. Mientras, la mesa técnica de trabajo entre la Superintendencia y las isapres, continúa.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/10/680-650316-9-gobierno-no-da-fecha-para-envio-de-proyecto-de-ley-de-isapres.shtml>

≡ LATERCERA

## Gobierno no da fecha para envío de proyecto de ley de isapres

Industria pide definiciones al Ejecutivo y senadores presionan con tramitación de propuesta de la administración de Piñera.

*Dríana Fernández*  
06 de octubre del 2015 / 13:41 hrs

11    4  [url http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/10/680-650316-9-gobierno-no-da-fecha-para-envio-de-proyecto-de-ley-de-isapres.shtml](http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/10/680-650316-9-gobierno-no-da-fecha-para-envio-de-proyecto-de-ley-de-isapres.shtml)  



El suspenso es lo único claro en torno al proyecto de ley de isapre que modificará el sistema de salud privado, luego que ayer el gobierno extendiera hasta fin de año el plazo para su ingreso al Congreso.

Prente a la dilación del Ejecutivo, este martes la Comisión de Salud del Senado reactivó la tramitación del proyecto elaborado por el gobierno pasado, liderado por Sebastián Piñera, como una señal para que la actual administración acelere el diseño de su propuesta.

Ante este escenario, la ministra de Salud, Carmen Castillo afirmó que "los análisis que estamos efectuando obligan a repensar (el envío) dentro de este mes (...), o sea sería dentro de este año". Añadió que la Presidenta Michelle Bachelet está "atenta" a que el proyecto llegue al Parlamento con "los antecedentes bien analizados". Agregó que el debate prelegislativo "ha significado análisis profundos, que tienen que ver con puntos específicos que no queremos que signifiquen un atraso en la discusión (...) Esperamos tener pronto el proyecto de ley para entregárselo a la Presidenta y que ella determine por donde ingresarlo".

La propia ministra ha aclarado que esta reforma incluirá la creación de un plan de beneficios en salud, el fin de la declaración de salud o "filtro" para ingresar a una aseguradora, además de un mecanismo de control de tarifas.

La senadora y presidenta de la Comisión de Salud, Carolina Goic (DC) aseveró que "ha habido tiempo suficiente para elaborar la propuesta". Por ello, citaron a la ministra para el próximo martes. "No se puede abordar solo los abusos del sistema, sino que debe haber fundamentos de seguridad social", dijo la congresista.

## II.- Reforma Farmacias, ley de medicamentos 2

[http://www.senado.cl/en-que-estan-los-proyectos-relacionados-con-la-venta-de-medicamentos/prontus\\_senado/2015-12-04/103949.html](http://www.senado.cl/en-que-estan-los-proyectos-relacionados-con-la-venta-de-medicamentos/prontus_senado/2015-12-04/103949.html)

### ¿En qué están los proyectos relacionados con la venta de medicamentos?

Tanto en el Senado como en la Cámara Baja se tramitan sendas iniciativas que buscan mejorar el acceso a la población de fármacos que se comercializan en el sistema privado a altos precios.

Desde que se conoció el caso de la farmacia popular en la comuna de Recoleta, la idea de facilitar la entrega de medicamentos a un bajo costo ha comenzado a tomar forma. Para ello se han estudiado iniciativas legislativas y administrativas.

A continuación, daremos una mirada a las propuestas que están en el Congreso Nacional y que pretenden, a través de diversos caminos, terminar con la colusión de los precios de las farmacias y masificar el acceso a estos productos básicos.

### ¿Qué proyectos se tramitan en el Senado?

- Aquel que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y busca evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias ([Boletín N° 9914-11](#)). Se le conoce como ley de medicamentos 2.

### ¿Cuál es el objetivo de la iniciativa conocida como Ley de Medicamentos 2?

El proyecto corresponde a una moción de los senadores Guido Girardi, Carolina Goic, Manuel José Ossandón, Fulvio Rossi y Andrés Zaldívar, la que tiene por objeto ajustar la legislación con miras a fomentar la disponibilidad y la penetración en el mercado de los medicamentos genéricos bioequivalentes.

Se le conoce como ley de medicamentos 2 porque viene a solucionar algunos temas que quedaron pendientes en la tramitación de la ley de fármacos publicada en el 2014 (Ley N° 20.724 que modifica el Código Sanitario en materia de regulación a las farmacias).

### ¿Qué ideas persigue esta norma?

Modifica la legislación sanitaria vigente, incorporando la exigencia de que en las recetas médicas se incluya expresamente la denominación de los medicamentos genéricos bioequivalentes, en caso de existir.

- Para la instalación y funcionamiento de una farmacia o almacén farmacéutico, se deberá contar con una concesión de servicio público, cuyas condiciones y requisitos serán establecidas en un reglamento dictado por el Ministerio de Salud (Minsal).
- Prohíbe la integración vertical entre laboratorios y farmacias, de forma que la propiedad y administración de un laboratorio farmacéutico será incompatible con la de una farmacia, almacén farmacéutico o droguería.
- Hace imperativo que los medicamentos de venta directa al público estén disponibles en góndolas, estanterías o dispensadores, debiendo considerarse medidas de resguardo general para evitar su alcance por los niños.
- Las infracciones a las normas de este proyecto de ley, serán sancionadas con la clausura de la farmacia.

#### **¿En qué trámite está en texto?**

La Sala del Senado ya aprobó las ideas matrices del texto, por lo que hasta el 7 de diciembre hay plazo para que parlamentarios y el Gobierno presenten mejoras al texto en primer trámite. Una vez que eso se concrete, la Comisión de Salud comenzará a estudiar el articulado y sus indicaciones, lo que debería concretarse a mediados de mes.

#### **¿Han trascendido las indicaciones?**

Sí, tanto los senadores como el Ejecutivo han comentado en la prensa algunas ideas. La mayor parte de ellas surgieron en el debate de generalizar las llamadas farmacias populares:

- Se busca fortalecer a la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), de manera que pueda vender medicamentos a precios de mayoristas a farmacias independientes y municipalidades. La idea es que la utilidad de estas farmacias no sea superior a un 10% o 20% cosa de atenuar lo del lucro.
- Cenabast operaría como laboratorio. Podría comprar un remedio afuera, registrarlo en Chile y distribuirlo.
- Cenabast también podría representar a Chile para negociar con otros países o bloques para conseguir mejores precios.

- Se traspasarían atribuciones del Instituto de Salud Pública (ISP) a las secretarías regionales ministeriales (seremis) de salud para la fiscalización.

### **¿Qué pasa con la distribución de fármacos?**

Existe el gran distribuidor público que es la Cenabast que compra medicamentos, alimentos, dispositivos e insumos de uso médico para la red pública de atención (consultorios y hospitales).

En el sistema privado hay más de 169 farmacias al año 2012, de acuerdo a las estadísticas que maneja el Minsal.

Acá el problema es que los precios de las farmacias son extremadamente elevados si se les comparan con aquellos valores a los que compra Cenabast.

Entonces lo que busca el proyecto que se tramita en la Cámara Baja, es que las municipalidades puedan comprar fármacos a precios más similares a los de la Cenabast, de manera que los vecinos tengan acceso a éstos, bajo valores razonables.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/11/680-657426-9-que-se-debe-cumplir-y-que-esta-pendiente-en-la-ley-de-farmacos.shtml>

### **¿Qué se debe cumplir y qué está pendiente en la Ley de Fármacos?**

La norma, que rige desde febrero de 2014, introdujo regulaciones a la venta, acceso y prescripción de remedios. Hoy se cumple sólo en parte, por falta de reglamentos.

Salas de venta con los medicamentos dispuestos en góndolas, al alcance de la mano, para facilitar la comparación de precios y contenidos. Expendio en dosis exactas, mediante el fraccionamiento de remedios, y a partir de una receta médica que incorporaría el nombre genérico, para poder intercambiarlos por bioequivalentes, más económicos, cuando el paciente lo requiriera.

Así deberían ser al día de hoy las farmacias del país, según lo promovía la ley que regula el acceso, venta y prescripción de medicamentos, vigente desde febrero de 2014, y conocida como “Ley Nacional de Fármacos”.

De ésta, sin embargo, sólo parte se está cumpliendo. A 21 meses de su publicación en el Diario Oficial, la norma carece de los reglamentos que regulan algunos de los aspectos más ciudadanos, formulados en función a mejorar la transparencia del mercado y disminuir el alto gasto de bolsillo en medicamento que tienen las personas.

Entre estos mandatos están los cambios a la receta médica, que obligaría a los profesionales a prescribir el nombre genérico -además de la marca-, tanto como información al paciente, como para ampliar sus opciones de compra.

Según la pasada administración, esta disposición tenía vigencia inmediata (ver imágenes de presentación del gobierno). Sin embargo, el gremio médico y las actuales autoridades plantean que no ha entrado a regir, pues está a la espera del reglamento, lo que avala que no se esté cumpliendo. “Si estuviera vigente se podría utilizar la receta médica con el beneficio de prescribir genéricos bioequivalentes. Eso lleva a que la personas tengan una prescripción con un fármaco de calidad y seguro”, dijo el presidente del Colegio Médico, Enrique Paris.

Otro pendiente -y voluntario-, es trasladar los remedios que no requieren receta médica desde detrás del mostrador, a las góndolas de las farmacias que hoy exponen productos de higiene, aseo y belleza. A esto se suma el fraccionamiento, que tendría un plazo de hasta 12 meses para las farmacias, y que permitiría a las personas pagar exactamente las dosis que necesitan, en lugar de cancelar los excedentes contenidos en las presentaciones de 10, 20 o 30 píldoras.

“El fraccionamiento habría bajado el gasto en medicamentos”, sostuvo la diputada independiente, Karla Rubilar, quien añadió que “hay una grave falta a los deberes por parte del ministerio de Salud, pues a más de 20 meses de la promulgación de la Ley de Fármacos, recién el 2 de noviembre pasado ingresó el reglamento, impidiendo su ejecución”, sostuvo.

El ex ministro de Salud, Jaime Mañalich, sostuvo que, la Ley de Fármacos “resuelve, si se hubiese aplicado, la mayor parte de los problemas que se discuten hoy. Obliga a prescribir genéricos, al fraccionamiento de medicamentos para ahorrar el costo de empaquetado del envase -el cual es uno de los motivos por los que Cenabast (Central Nacional de Abastecimiento) compra más barato-, obliga a tener todos los bioequivalentes en las farmacias, permite a Cenabast importar directamente y que los centros de salud impulsen la venta de medicamentos”. Agregó que su administración dejó los reglamentos ingresados en Contraloría, pero que fueron retirados por las actuales autoridades.

Lo anterior fue rebatido por el subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows. “No dejaron reglamento y lo tuvimos que elaborar completo. En enero de este año se terminó, fue revisado por la Segpres y luego se evacuó a Contraloría. Es un proyecto complejo y la Contraloría hace consultas”, sostuvo. Añadió que “las cosas se deben demorar lo necesario para que salgan bien. Está la voluntad de todos y esperamos que a fin de año esté aprobado”.

### **¿Qué fiscaliza la ley?**

El Instituto de Salud Pública fiscaliza algunos aspectos de la Ley de Fármacos, como la prohibición de la “canela” o incentivo económico desde los laboratorios a los vendedores de farmacias, la

presencia de químico farmacéutico, el cumplimiento del petitorio mínimo de medicamentos, la instalación de precios en los envases y la disposición de listas de precios para los clientes. En todos estos aspectos, el ISP ha detectado incumplimientos, lo que ha llevado a sanciones que van desde multas al cierre del local. Este año en la Región Metropolitana, el servicio ha hecho 351 fiscalizaciones, que llevaron a abrir 228 sumarios y dictar 87 prohibiciones de operación.

## **Ley de Fármacos II**

El Gobierno anunció que patrocinará la llamada Ley de Fármacos II que tramita el Senado, para corregir aspectos de la primera normativa y ampliar sus disposiciones. Esto es criticado por parlamentarios y ex autoridades, que afirman que la regulación pendiente podría asumir esas materias. “La discusión es bastante extraña, como si nadie se hubiera dado el trabajo de revisar qué es lo que hay que implementar y qué existe”. Agregó que “aquí hay una cosa muy delicada y es que los legisladores se pusieron de acuerdo en un mandato legal, le dieron una orden al Ministerio de Salud y, al cabo de dos años, no hay absolutamente nada”.

Manuel Monsalve, diputado PS, dijo que “este es un tema muy importante para los ciudadanos y no es bueno que no se haya cumplido”.

Nicolás Monckeberg, diputado RN, dijo que “el gobierno actúa con desidia. Podrían haber bajado los precios hace tiempo, a través de recetas médicas con genéricos bioequivalentes o bien se podría haber instalado farmacias comunales mucho antes”.

Rubilar, sostuvo que “el gobierno no ha aprobado el reglamento de una ley en casi dos años y ahora anuncia indicaciones para una norma nueva. Lo que se quiere impulsar ya existe pero no lo han podido sacar adelante”.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/11/680-656985-9-ley-de-farmacos-reglamento-da-tres-meses-a-medicos-para-prescribir-genericos.shtml>

## **Ley de Fármacos: reglamento da tres meses a médicos para prescribir genéricos**

El texto, que hará regir la Ley de Medicamentos, está en Contraloría en su fase final.

Uno de los problemas con el cual se han encontrado los profesionales de la Farmacia Comunal de Recoleta, y que ha demorado la compra de los medicamentos a laboratorios para la entrega

programada, inicialmente, para inicios de noviembre, es que las recetas que han recibido de parte de los vecinos vienen sólo con la marca o nombre de fantasía de un medicamento.

Eso obliga a cotizar con un único laboratorio fabricante sin poder intercambiarlo según su principio activo y, por ende, uno de menor precio. Especialmente, en caso de que exista un bioequivalente.

Pese a que la Ley de Fármacos, aprobada en enero de 2014, indica que los médicos deben prescribir, junto a la denominación de fantasía de un medicamento, “la denominación común internacional que autorizará su intercambio”, esta no es una práctica habitual.

Y eso ocurre, en parte, porque la ley carece del reglamento que permite su operatividad y entregar facultades para fiscalizar. Esto podría cambiar en los próximos días, dado que el documento se encuentra en la Contraloría en su fase final de revisión. Tras eso y la toma de razón del ente regulador, se darán tres meses para su entrada en vigor.

Según el subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows, “la ley actual habla de que se puede prescribir el nombre de fantasía y opcional es poner el bioequivalente o genérico”.

Por ello, se incorporó en el reglamento una modificación para precisar respecto del deber que tienen los médicos de incluir junto a la marca de un fármaco, su nombre genérico.

“El médico, si pone un nombre de fantasía o marca, no permite la intercambiabilidad de productos (por uno de menor precio)”, agrega el subsecretario.

El presidente del Colegio Médico, Enrique Paris, discrepa respecto de la interpretación que hace Burrows a la ley y reconoce que hay algunos médicos que aún no aplican la normativa en sus consultas.

“Siempre se entendió, dado que la Ley de Fármacos se dio en el marco de la bioequivalencia, que la prescripción tenía que hacerse con marca o nombre de fantasía de un medicamento, y sólo agregar genérico si éste tuviese bioequivalente certificado”.

Estos últimos son aquellos fármacos genéricos que demuestran mediante pruebas científicas y ante el Instituto de Salud Pública, (ISP), que tienen la misma seguridad, eficacia y efecto terapéutico que el original. Actualmente, existen sólo 840 productos que han demostrado bioequivalencia.

Paris explica que el prescribir genéricos que no tienen bioequivalencia certificada, es un riesgo porque “ahí no se le da ninguna seguridad al paciente de que el medicamento le hará bien”.

## Alza de precios

La política de la venta de remedios homologables, según sus propios objetivos, habría fracasado, ya que no ha logrado disminuir el precio de los medicamentos. Esto se debería generar al entregarle más opciones al consumidor para elegir y cotizar.

Según un sondeo del Ministerio de Salud a 16 de los 20 fármacos más comprados por el Estado para la red pública, por medio de la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) se detectó un aumento de precios entre 2012 y 2014, de hasta 251% en algunos productos.

Por ello, el gobierno ha impulsado cambios a la Ley de Fármacos II que está actualmente en el Congreso y que modifica la actual normativa, ingresando indicaciones que irán en la línea de ampliar las denominaciones de prescripción en la receta médica, para garantizar la posibilidad de intercambiar un medicamento en la farmacia.

“De todos modos, queremos que en la Ley de Medicamentos II la receta deba incluir el principio activo o denominación común internacional. Además de esos puntos, el profesional podrá consignar el nombre de fantasía (marca) del medicamento”, añade el subsecretario Burrows.

<http://www.carey.cl/indicaciones-enviadas-por-el-gobierno-a-la-ley-de-farmacos-ii/#.VrjIDfnhDIU>

## Indicaciones enviadas por el Gobierno a la Ley de Fármacos II

El 4 de Enero de 2016 la Presidenta de la República ingresó una serie de indicaciones al Proyecto de Ley que “modifica el Código Sanitario para regular medicamentos bioequivalentes genéricos y evita la integración vertical de laboratorios y farmacias”, Boletín 9914-11– (“Ley de Fármacos II”).

Esta intervención del Gobierno ha expandido el alcance original del proyecto y debería acelerar su tramitación, aunque todavía falta que se desarrolle el período de discusión parlamentaria, tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados.

Los elementos centrales de las indicaciones presentadas por el Ejecutivo son:

1. Se incorpora la obligación de informar al Ministerio de Salud, al Instituto de Salud Pública (ISP) y a CENABAST sobre la **suspensión voluntaria** de comercialización de productos farmacéuticos, así como cualquier otra circunstancia que ponga en riesgo el abastecimiento de los productos.
2. Se dispone que los laboratorios de producción y los importadores deberán entregar al Ministerio de Salud y al ISP **información de precios** de los productos farmacéuticos que se

3. encuentren disponibles para su venta, según lo determine el reglamento que se dictará al efecto.
4. En la **receta médica**, el producto farmacéutico prescrito deberá ser individualizado por su denominación común de internacional (DCI), pudiendo incluir además la denominación de fantasía.
5. Se elimina el **recurso de reclamación** ante el Ministro de Salud contra las actuaciones y resoluciones que adopte el Director del ISP.
6. El Ministerio de Salud, las SEREMIS de Salud, y el ISP tendrán la facultad de **interpretar administrativamente** las normas que sean materia de su competencia de modo general y obligatorio.
7. El plazo de **prescripción** de las infracciones sanitarias y de las sanciones administrativas se eleva a cuatro años, disponiéndose que se dictará un nuevo reglamento para la tramitación de los sumarios sanitarios.
8. Se elimina la competencia del Ministerio de Salud para pronunciarse en forma previa a **lacancelación del registro sanitario** de un medicamento.
9. Inclusión de un nuevo artículo 128 en el Código Sanitario, el cual establece que la importación de las especialidades farmacéuticas podrá ser efectuada por laboratorios
10. farmacéuticos, farmacias, droguerías, depósitos de productos farmacéuticos y, en general, por cualquier persona natural o jurídica, conforme a la legislación vigente.
11. Se elimina la facultad del ISP para autorizar la **instalación de farmacias y almacenes farmacéuticos**, pasando ésta a las SEREMIS de Salud.
12. Se encomienda al Ministerio de Salud la formulación de una nueva política de **Equivalencia Terapéutica**, incluyendo una nueva Norma Técnica que determine los principios activos que deben demostrar equivalencia terapéutica.

[http://www.senado.cl/indicaciones-a-la-ley-de-farmacos-2-permiten-que-cenabast-entregue-medicamentos-prioritarios-para-venta/prontus\\_senado/2016-01-19/174625.html](http://www.senado.cl/indicaciones-a-la-ley-de-farmacos-2-permiten-que-cenabast-entregue-medicamentos-prioritarios-para-venta/prontus_senado/2016-01-19/174625.html)

## **Indicaciones a la ley de fármacos 2: permiten que Cenabast entregue medicamentos prioritarios para venta**

Asimismo, se plantea que lo relativo a la integración vertical sea resuelto en la iniciativa que busca sancionar la colusión con cárcel efectiva. Los senadores deberán estudiar las mejoras al texto en los próximos días.

En las dos semanas que quedan del periodo legislativo, antes del receso de verano, los integrantes de la Comisión de Salud se abocarán a conocer las indicaciones presentadas al proyecto que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias.

La norma en primer trámite, se ha hecho conocida como ley de medicamentos 2, originalmente venía a solucionar algunas situaciones que la actual legislación de fármacos no pudo, por ejemplo respecto a masificar la venta de genéricos bioequivalentes.

No obstante, y dada la coyuntura, tanto el Ejecutivo como los legisladores de esta instancia han confesado la necesidad de introducir también, la idea de las farmacias populares mediante la intermediación de la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast).

Así tanto el Gobierno como la senadora Carolina Goic, presentaron diversas mejoras al contenido, las que deberán ser sometidas a votación por la Comisión. Éstas dicen relación con los siguientes tópicos:

- **Cenabast y modelo de farmacias populares**

Una indicación del Ejecutivo declara qué se entenderá que “hay inaccesibilidad (a los fármacos) cuando existan barreras económicas, financieras, geográficas o de oportunidad, que impidan acceder a un medicamento”.

Asimismo, faculta a la Cenabast “a solicitar ante el Instituto de Salud Pública (ISP), el registro sanitario de productos farmacéuticos contemplados en planes, programas o acciones de salud que se lleven a cabo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Dicho registro, autorizará la

distribución de los productos en situaciones de inaccesibilidad y no obstará a la libre comercialización del producto por parte de terceros”.

Esto implica que la Cenabast podría proveer de medicamentos a otras instancias, entre esas, los municipios, los que a su vez podrían comercializarlos.

La idea es reforzada por una indicación de la senadora Goic, quien propone que “la Cenabast podrá intermediar productos sanitarios declarados como prioritarios por el Ministerio de Salud, a establecimientos de salud privados, siempre que ella se realice bajo la condición resolutoria de traspasar el mejor precio obtenido a los consumidores finales. Dichas intermediaciones deberán ser publicadas en el sitio electrónico de la Central”.

En este caso se apunta a las clínicas, con la condición que éstas pongan en venta los fármacos a bajo precio.

- **Receta médicas y genéricos**

La indicación del Gobierno define como receta “el instrumento privado mediante el cual, el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su Denominación Común de Internacional (DCI), pudiendo incluir además la denominación de fantasía”.

Con ello se explicita la idea original de la ley de fármacos vigente que era que el médico siempre prescriba el tratamiento en forma genérica.

- **Roles del ISP, Seremis de Salud y Cenabast**

La indicación del Ejecutivo entrega nuevas facultades a estos organismos.

El texto señala que “la suspensión voluntaria de los productos farmacéuticos deberá ser comunicada al Minsal al ISP y la Cenabast, con al menos tres meses de anticipación si la suspensión es transitoria y seis meses si es definitiva.

El ISP deberá poner la información relativa a las suspensiones de distribución y quiebres de stock, en conocimiento del público general, mediante una publicación en el sitio electrónico institucional”.

Asimismo se faculta a la Cenabast a importar medicamentos. “Esta entidad podrá contratar a través de la modalidad de trato directo, la compra de fármacos y proceder a la importación del producto sanitario”.

- **Obligaciones de las farmacias**

El Gobierno estipula que “será obligación de los establecimientos de expendio, poner a disposición de quien requiera la venta de un medicamento, un listado de los productos que no son intercambiables”.

La intención es garantizar que existan medicamentos genéricos bioequivalentes. Esto debido a que en la actualidad hay una creciente falta de stock. A su vez, la intención del Minsal es reforzar la actual norma que obliga a que se exhiba el precio del producto.

- **Bioequivalencia comprobada**

También se plantea que “dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, el Minsal deberá formular una nueva política de Equivalencia Terapéutica y establecer un Plan de implementación de la misma”.

- **Integración vertical**

El Gobierno declaró que desea que este aspecto sea retirado del proyecto.

La idea es que el texto, iniciado en mensaje, que fija normas para la defensa de la libre competencia ([Boletín N° 9950-03](#)), que tramita la [Comisión de Economía](#) y que está ad portas de ser visto por la [Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento](#), absorba aquello. Cabe consignar que la norma entrega facultades a la Fiscalía Nacional Económica (FNE) para monitorear la concentración de los mercados, entre ellos los farmacéuticos.

No obstante, la senadora Goic propone una forma de terminar con la intervención vertical. Para ello su indicación plantea que “los propietarios o los administradores de una farmacia o de un almacén farmacéutico no podrán ser personas relacionadas con propietarios o administradores de una droguería, establecimientos de depósito o laboratorio farmacéutico”.

<http://www.soychile.cl/Concepcion/Sociedad/2016/02/03/373592/Ley-de-Farmacos-intensificaron-fiscalizaciones-a-farmacias-en-el-Biobio.aspx>

## **Ley de Fármacos: intensificaron fiscalizaciones a farmacias en el Biobío**

El intendente, Rodrigo Díaz, y el Seremi de Salud, Mauricio Careaga, encabezaron una serie de fiscalizaciones de a farmacias del centro de Concepción para verificar el cumplimiento de la Ley de Fármacos.

Durante la jornada, personal de la Seremi efectuó 5 fiscalizaciones y cursó un sumario por envases de medicamentos sin precio a disposición del público.

Sobre esto, el titular de salud en el Biobío indicó que cada producto debe tener su precio visible y debe existir también un registro con los precios de todos los medicamentos, que sea de fácil consulta del público; además, se prohíbe la publicidad de fármacos al interior del local, para no inducir en la compra de determinados productos.

En enero del presente año, se registró un total de 34 fiscalizaciones a nivel regional, que dieron origen a 8 sumarios sanitarios. En tanto, quienes incumplen la normativa se exponen a sanciones que van desde multas de 4 a 63 UTM, hasta la clausura del local.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/11/680-654839-9-por-que-varian-tanto-los-precios-de-medicamentos.shtml>

## **¿Por qué varían tanto los precios de medicamentos?**

Valores hasta 15 veces más bajos resultan de la comparación de precios entre los remedios que venden las farmacias y los que dispensará Recoleta a sus vecinos. Las grandes cadenas aducen ser perjudicadas por listas diferenciadas y más altas de valores de parte de los laboratorios, que afirman reconocer mercados distintos entre compradores públicos y privados.

Los precios que exhibe la recién creada farmacia comunal de Recoleta, comparados a los que se pagan en el mercado, ha generado una airada discusión en el país, que ha cruzado los hogares, enfrentado a partidos políticos y alcanzado al gobierno y el parlamento, que recién aprobó una ley para dar cobertura financiera a los medicamentos. Pero sólo a los de alto costo.

Lo que sorprende a quienes revisan esos valores es la gruesa diferencia que arrojan: según el ejercicio realizado por Recoleta, algunos son hasta 15 veces más altos en las cadenas de farmacias.

¿Por qué esta dispersión de precios en un mismo producto? La respuesta está en lo que ocurre detrás del mostrador: dos mercados que, pese a tener un mismo proveedor, acceden a distintas condiciones de compra.

El mercado farmacéutico en el país superó en 2013 los US\$ 2.4 mil millones, según la consultora IMS Health, y mantiene un crecimiento anual de entre 7,1% y 8,3% desde 2008. La torta se divide entre tres actores principales: el retail, que llega al 65%, instituciones privadas (clínicas y centros particulares) que alcanzan al 16% y el sector público, con hospitales y consultorios, cuya participación llega al 16% (ver infografía).

Estos últimos recintos se aprovisionan por dos mecanismos: compras directas a los laboratorios o a través de la Central Nacional de Abastecimientos (Cenabast), el gran comprador del Estado en salud. ¿Su ventaja? Los productos que adquiere a nombre de los municipios -278 lo solicitaron en 2014- obtienen precios un 55% más bajos. Visto de otro modo: ese año, algunas compras directas de las comunas pagaron un sobrecargo de hasta 182%.

Cada año, la labor de Cenabast consiste en agrupar la demanda de hospitales y consultorios, según sus programas, y licitarlos. “Consolidamos los productos y salimos a comprarlos. Si nos comparamos con Mercado Público, en el promedio de las compras logramos un ahorro de 39,4%”, dijo Pamela Chacaltana, directora (s) de Cenabast.

La entidad intermedia la compra de 1.600 productos, a grandes volúmenes. ¿Un dato? En el caso del paracetamol se adquirieron para este año 368 millones de unidades, a distintos laboratorios, a precios que fluctuaron entre \$ 6 y \$ 18 por cada píldora.

Así, esta modalidad permite a los recintos públicos acceder a bajos precios en fármacos, tanto los que son usados en las atenciones como los que se entregan gratuitamente a los usuarios de la red pública. Eso hasta ahora, pues la iniciativa de Recoleta ha impulsado una nueva línea de negocios en Cenabast, para abastecer los que serán vendidos a los vecinos que lo soliciten, al precio obtenido en la licitación (más el IVA y el 7% que cobra Cenabast por la intermediación).

El alcalde de Recoleta, Daniel Jadue, explicó que la farmacia comunal terminó ayer el proceso de cotización de la segunda compra de fármacos, la que se hará directamente con los laboratorios y que beneficiará a más de 200 personas. Se espera entregarlos a mediados de noviembre. “Estamos satisfechos de que más de 130 municipalidades estén iniciando el mismo proceso. El próximo semestre vamos a ver surgir decenas de farmacias que van a asegurar tratamientos y medicamentos a precio justo a todos los habitantes”, añadió.

## El caso de las farmacias

En Chile hay 3.013 farmacias, de las cuáles el 51,2% corresponden a cadenas Cruz Verde, Salcobrand, Ahumada y Dr. Simi. Y del total de ventas, el 89,8% proviene de estas últimas y un 10,2% a locales independientes.

La modalidad de compras es mixta: algunas en forma directa con laboratorios y la mayoría a través de distribuidores, que abastecen los locales de la cadena, lo que se suma a los costos operacionales que cada firma plasma en el valor del fármaco.

Con todo, según lo publicado en los sitios web de los laboratorios y lo informado por firmas de cadena, los precios a los que cada productor vende a las farmacias es entre tres y 16 veces más alto que el que obtiene Cenabast en sus licitaciones, lo que queda de manifiesto al compararlos con el ejercicio de Recoleta (ver tabla).

“En Chile hay una coexistencia de dos mercados paralelos y excluyentes; uno es el institucional, al cual accede el Estado a través de Cenabast, con hospitales y consultorios, y otro es el mercado farmacéutico, al cual están obligadas las farmacias privadas a comprarle a los laboratorios. Son listas de precios completamente distintas, que responden a una separación que han hecho los laboratorios”, sostuvo Alberto Novoa, gerente de asuntos corporativos de Empresas Salcobrand, quien descarta que el volumen de adquisiciones de Cenabast determine los bajos precios que obtiene. “Casi el 70% de los fármacos que se distribuyen en Chile salen del canal privado y no es justo que la gente que compra ahí tenga que pagar hasta tres mil veces más por el mismo medicamento”, enfatizó.

Algo similar manifestó Héctor Rojas, presidente de la Federación de Farmacias Independientes. “El Eutirox (medicamento para la tiroide) yo lo compro a unos \$ 8.000 y la farmacia estatal de Recoleta probablemente la compre a \$ 700 a Cenabast. Hay responsabilidad de los laboratorios en estas tremendas diferencias de precios”.

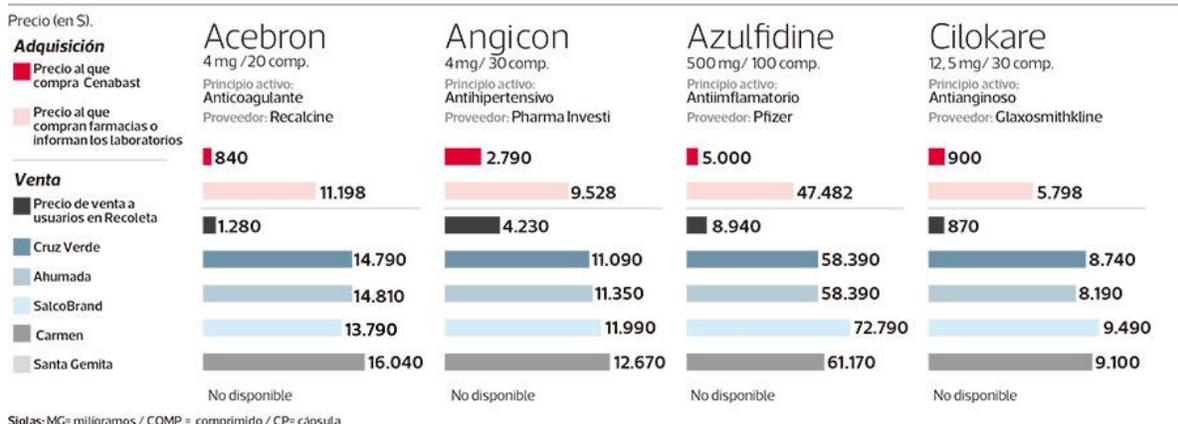
Jean-Jacques Duhart, vicepresidente ejecutivo de la Cámara de la Innovación Farmacéutica de Chile (CIF), sostuvo que, contrario a lo que se cree, los remedios en el país no son más caros que en Latinoamérica ni al compararlos con Europa o Estados Unidos. Alude el informe de IMS Health de 2013, que señala que el per cápita en fármacos en Chile es de 82 dólares, por sobre Perú, Colombia y México, y debajo de Argentina y Brasil (ver infografía).

“Pueden haber algunos más baratos en otros países, pero es una anécdota. Hace años Chile está en el mercado más bajo de precios”, dijo.

Sobre las diferencias de valores de lista, Duhart dice que los productos que se venden a Cenabast no pueden compararse con los que se despachan a farmacias. “Son dos mercados distintos. Cenabast opera en base a licitaciones a gran escala y discretas en el tiempo, para abastecer hospitales y consultorios. Es un mercado industrial, que adquiere productos que deben ser

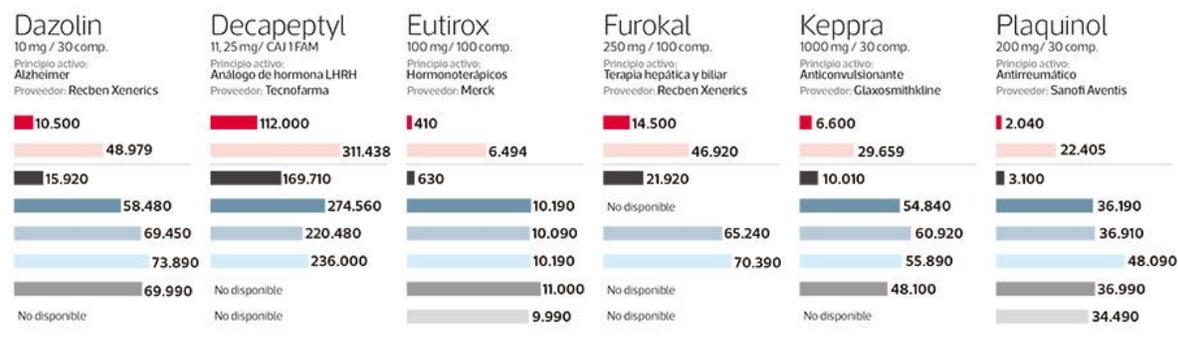
manejados o procesados, que se despachan en envases clínicos o a granel. Son parte de una cadena de producción no terminada. El valor de un comprimido a granel con otro que está dentro de un envase, no es igual, pueden parecerse, pero no son lo mismo, pues este último tiene muchos adicionales”, planteó el representante de CIF. Añadió que, en cambio, “el retail no hace licitaciones por escala y volumen. Es una compra más distribuida, por menudeo. Además, son productos que no van a la entrega gratuita, sino a la venta. Hay diferencias de precios, porque son mercados distintos”.

#### DIFERENCIAS DE PRECIOS EN DISTRIBUIDORAS DEL PAIS



Siglas: MG= miligramos / COMP.= comprimido / CP= cápsula

FUENTE: Municipalidad de Recoleta / Cenabast / Visitas a locales de SalcoBrand, Cruz Verde, Farmacias Ahumada en Santiago Centro y Av. Grecia. Farmacias Santa Gemita de Av. Irarrázaval y Carmen de Av. Salvador.



LA TERCERA

### Propuestas

Esta semana SalcoBrand entregó propuesta para bajar el precio de los fármacos en las cadenas: un sistema único de adquisición de medicamentos. “Que no existan estos dos mercados diferenciados en los laboratorios, sino una lista de precios para todos”, plantea Novoa, quien explica que la norma actual impide que las farmacias vendan en formato institucional, como el de Cenabast. Agregó que “el libremercado considera la solidaridad y cuando tienes este nivel de diferencias, hay

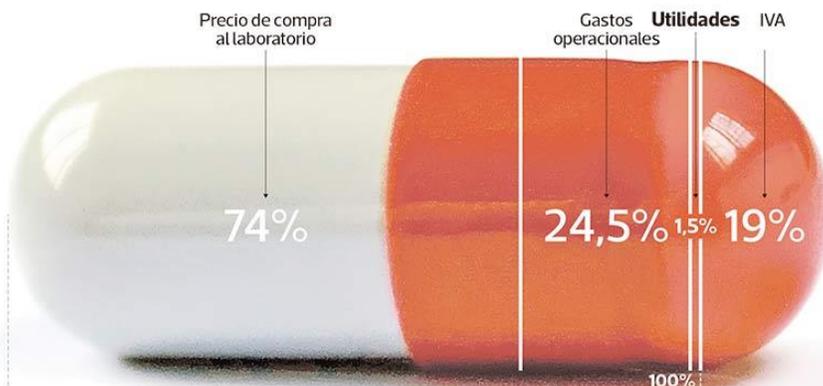
que decirle al proveedor que permita un acceso a precios más equitativos. Si lo logramos, tendríamos que darle todos las gracias a Jadue”.

Duhart, manifestó que si bien la farmacia comunal es una iniciativa bien intencionada “se sigue errando en el problema de fondo. Lo que se necesita no es conseguir menores precios, sino financiamiento en el gasto de medicamentos. La solución de fondo es una política de Estado que equilibre el gasto en medicamentos que, en un 80%, proviene del bolsillo de las personas. Se necesita un mecanismo de seguridad social, con mezcla de aportes públicos y privados, para que no sea visto como un ítem personal de las familias”, aclaró.

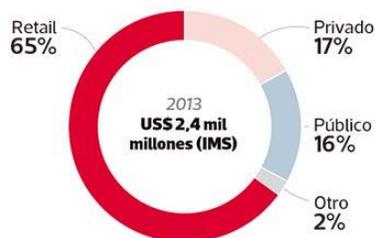
Rojas, por su parte, está pidiendo una modificación legal para permitir que Cenabast venda a farmacias independientes, a lo que el gobierno comprometió apoyo.

## LAS CIFRAS DE LOS FARMACOS

### Costos asociados a un medicamento

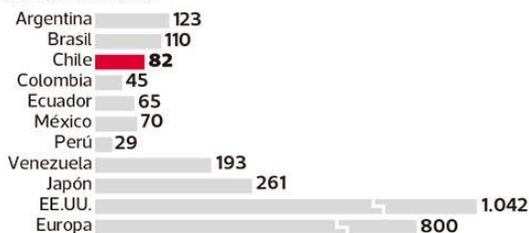


### Tamaño del mercado farmacéutico



### Gasto per cápita en remedios

2012, cifras en US\$.



FUENTE: IMS Health/OECD 2013, Health at a Glance.

LA TERCERA

[http://www.senado.cl/la-reforma-a-las-farmacias-y-de-las-isapres-seran-los-objetivos-de-la-comision-de-salud-este-ano/prontus\\_senado/2016-01-26/124707.html](http://www.senado.cl/la-reforma-a-las-farmacias-y-de-las-isapres-seran-los-objetivos-de-la-comision-de-salud-este-ano/prontus_senado/2016-01-26/124707.html)

## **La reforma a las farmacias y de las Isapres serán los objetivos de la Comisión de Salud este año**

Esta instancia se ha autoimpuesto aprobar ambas propuestas a la brevedad, de manera de verlas convertidas en ley antes de diciembre de 2016.

Dos son los proyectos que concitarán la mayor parte de la atención de los integrantes de la Comisión de Salud este año: la ley de medicamentos 2 y la norma que modifica el sistema de Isapres.

Así lo aseguró el presidente de esta instancia, el senador Fulvio Rossi, quien proyectó la agenda legislativa de los próximos meses. “Sin duda nuestras prioridades serán terminar con los abusos de las farmacias y las isapres. En el primer caso hemos avanzado en forma constante, mientras que en el segundo, queremos retomar el debate que estuvo congelado varios meses”, aclaró.

- **Ley Medicamentos 2**

Revisar las indicaciones recientemente presentadas al proyecto que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y busca evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias ([Boletín N° 9914-11](#)), será la misión de las próximas semanas de la Comisión.

La iniciativa corresponde a una moción de los senadores Guido Girardi, Carolina Goic, Manuel José Ossandón, Fulvio Rossi y Andrés Zaldívar, la que tiene por objeto ajustar la legislación con miras a fomentar la disponibilidad y la penetración en el mercado de los medicamentos genéricos bioequivalentes.

Entre otros aspectos exige que en las recetas médicas, se incluya expresamente la denominación de los medicamentos genéricos bioequivalentes, en caso de existir.

Asimismo establece que para la instalación y funcionamiento de una farmacia o almacén farmacéutico, se deberá contar con una concesión de servicio público, cuyas condiciones y requisitos serán establecidas en un reglamento dictado por el Ministerio de Salud (Minsal).

A su vez la norma prohíbe la integración vertical entre laboratorios y farmacias, de forma que la propiedad y administración de un laboratorio farmacéutico será incompatible con la de una farmacia, almacén farmacéutico o droguería.

- **Reformas a las Isapres**

Larga ha sido la historia de esta propuesta. La Comisión retomó la discusión de la iniciativa, presentada en la administración Piñera, que modifica el sistema privado administrado por las Isapres, incorporando un Plan Garantizado de Salud (PGS), que se encuentra en segundo trámite

En el 2013 se avanzó la tramitación, sin embargo esta fue congelada a la espera que el gobierno de la presidenta Bachelet elaborara una nueva propuesta. Hasta ahora el texto no ha ingresado al Congreso ni tampoco vía indicaciones al proyecto citado.

La reforma las Isapres pretende entre otros aspectos, terminar con las pre-existencias, la tabla de factores de riesgo y el alza unilateral de los planes de salud. En tanto, el Ejecutivo ha dado cuenta de algunos imput del proyecto que elabora, por ejemplo, se cambia el PGS por un Conjunto de Beneficios de Salud (CBS).

El CBS se basaría en Fondo Mancomunado Universal donde van todas las cotizaciones de los afiliados a las Isapres y a Fonasa. En función de ello se entregarían prestaciones universales (80% hospitalarias y un 60% ambulatorias). A su vez, el modelo contemplaría un Fondo de Compensación de Riesgos Inter-ISAPRE, de manera que aquellas que tienen mayores costos se ven solventadas por las que tienen menos.

<http://www.colegiofarmaceutico.cl/index.php/noticias-nacionales/466-las-visiones-sobre-la-nueva-ley-de-farmacos>

## **Las visiones sobre la nueva Ley de Fármacos**

El fraccionamiento de medicamentos y la venta en góndolas comenzarán a regir a partir de agosto.

Tras cinco años de tramitación, la ley de fármacos finalmente fue promulgada. Sin embargo, aún no está exenta de críticas. Entre los principales puntos de la normativa, se obliga a las farmacias a disponer en sus estantes de fármacos bioequivalentes, los que son de menor precio y tienen una calidad similar a los medicamentos fabricados por los laboratorios bajo otros nombres. La idea es evitar que las farmacias nieguen su existencia a los consumidores.

"Todos estos medicamentos van a tener que estar dispuesto en las farmacias grandes, en las farmacias pequeñas, en las cadenas, en las farmacias de propietario individual y aquí no puede haber diferencia ante la ley", explicó el ministro de Salud, Jaime Mañalich.

Pero aún cuando la iniciativa ya fue aprobada, las farmacias independientes aseguraron que no van a poder cumplir con el requerimiento mínimo de bioequivalencia. "Yo le puedo nombrar cien

producto que en este momento no están en el mercado no por culpa de las farmacias, esto se lo digo a la población. Son los laboratorios farmacéuticos que en algún momento no les interesa el producto y lo dejan de vender", afirmó Héctor Sánchez, Presidente de la Asociación de Farmacias Independientes.

En tanto, para el Colegio Químico-Farmacéutico esta nueva ley ha generado confusiones en la población respecto a la bioequivalencia. Además, según el gremio el bajo costo no sería tal. "La bioequivalencia con que los precios van a bajar, ejemplos extremos donde van a bajar 3 mil por ciento o un 300% le da falta de expectativas a la ente que no van a bajar casi nada de eso se van a ir bajando en el tiempo pero progresivamente y poco", puntualizó el presidente de la organización, Mauricio Huberman.

<http://ciperchile.cl/2015/03/23/ley-de-farmacos-por-que-suben-los-precios-y-desaparecen-productos/>

## **Ley de Fármacos: por qué suben los precios y desaparecen productos**

Mientras se espera la sentencia para los responsables de la colusión para subir los precios de los medicamentos, en las farmacias los precios han vuelto a subir e incluso hay desabastecimiento. La industria culpa a la nueva Ley de Fármacos, que impuso rígidas normas para exigir la bioequivalencia de los genéricos. Los laboratorios han privilegiado la certificación de remedios con marca, que son más caros, o han optado por retirar sus versiones genéricas. En el primer año de vigencia de la ley, el Estado gastó 37% más en medicamentos bioequivalentes y debió importar los que ya no se producen en Chile.

"Hemos oficiado hoy a la Fiscalía Nacional Económica (FNE) un téngase presente, porque el único mecanismo para que la afirmación de que no es cierto que los precios de los medicamentos bajarán con la bioequivalencia es que estos laboratorios se coludan y se pongan de acuerdo para no bajar los precios en el futuro". Las palabras pronunciadas por el ex ministro de Salud Jaime Mañalich en enero de 2013 aún resuenan en el ambiente. En esa ocasión, Mañalich respondía a un inserto pagado por las empresas farmacéuticas chilenas que aseguraba que los precios subirían si se aprobaban las exigencias de bioequivalencia establecidas en el proyecto de Ley de Fármacos. Finalmente la ley se publicó en febrero de 2014 y hoy dos cosas están claras: los remedios subieron de precio y la disponibilidad de medicamentos genéricos ha disminuido, lo que en la práctica también obliga a los pacientes a pagar más. Lo anterior es verificable tanto en las farmacias como en las compras del Estado, que hoy está pagando 37% más que hace un año por los fármacos a los que se les exige bioequivalencia.

La nueva ley busca, entre otras cosas, asegurar que los remedios demuestren su efectividad a través de un test que garantiza que los medicamentos genéricos sean equivalentes a los originales.

En la jerga especializada, que sean bioequivalentes. Un proceso que había comenzado en 2005 pero que la ley consolidó, exigiendo a las farmacias tener y vender medicamentos bioequivalentes. Además, obligó a los médicos a poner en sus recetas la denominación común de los remedios y no sus marcas, y a las farmacias a tener a disposición del público al menos las versiones genéricas del petitorio mínimo, que incluye los 161 fármacos considerados básicos por la autoridad sanitaria.

En el papel se garantizaría que si, por ejemplo, un doctor escribe clonazepam en la receta, el paciente pueda obtener el mismo resultado si compra el genérico que lleva ese nombre (\$ 1.690), un genérico de marca o copia, como el Clonapan (\$ 6.990); o el medicamento original (innovador), de marca Ravotril (\$10.590). La diferencia de precio entre los tres tipos de fármacos es particularmente importante en un país donde los más pobres destinan el 67,6% de su gasto en salud a comprar remedios (ver estudio). En promedio, los genéricos cuestan once veces menos que las copias de marca y son hasta 25 veces más baratos que los originales (ver estudio).

En el caso de las compras del Estado, la bioequivalencia también tendría ventajas, ya que permitiría optimizar los recursos de salud con la certeza de la efectividad de los remedios a un menor costo, y así poder utilizar los fondos disponibles para otras cosas, como la adquisición de camas, insumos, construcción de hospitales, o comprar más cantidad y variedad de medicamentos.

- **El problema es que todo indica que está pasando lo contrario.**

Al menos es lo que muestran los números de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), que centraliza la compra del 39% de los insumos del sistema público. Su director, Edgardo Díaz, comentó a CIPER que el precio que pagan por los fármacos en promedio ha aumentado en un 10%, sólo un poco por sobre lo que registra el INE para los medicamentos en general (9,6%) y que duplica el aumento de la inflación en el mismo periodo (4,4%). El número crece cuando se pone una lupa sobre los datos: en los medicamentos que tienen la certificación de bioequivalencia, el precio pagado por la Cenabast aumentó un 37%.

-Estamos hablando de que los medicamentos que nosotros compramos en 2013 por \$8.595 millones, en 2014 costaron \$11 mil millones, producto del aumento de precio que ha significado la bioequivalencia -detalla Díaz.

El caso que mejor ilustra esto, según el director de Cenabast, es el del ácido acetilsalicílico de 100 mg, usado para la hipertensión de manera preventiva, para evitar ataques cardíacos, y en el que se gastaron \$2.728 millones en la compra de 2014 para 2015. De este medicamento, se exige el certificado de bioequivalencia desde diciembre de 2013 y hace un año, la CENABAST lo compraba a \$1,6 por comprimido. Hoy el costo es de \$11 por cada pastilla, es decir, casi siete veces más caro.

Desde la puesta en marcha de la ley, el Ministerio de Salud ha extendido dos veces los plazos exigidos a los laboratorios para contar con certificados de bioequivalencia. La última fue en diciembre pasado, cuando se detectó que el 70% de los productos no había cumplido aún con la norma, por lo que dieron plazo de certificación hasta el 31 de diciembre de este año para los medicamentos del grupo C del Decreto N° 500 del Ministerio de Salud, que incluye 49 principios activos. En ese momento, el subsecretario de Salud, Jaime Burrows, reconoció que la bioequivalencia “no ha tenido desde el punto de vista de los precios de los medicamentos y del acceso un impacto positivo, al contrario, ha habido una disminución de la disponibilidad de algunos principios terapéuticos y el encarecimiento de algunos de esos rubros, lo que la gente ha sentido que no ha sido un beneficio”. Sin embargo, a tres meses de la medida la situación no ha mejorado.

Ante el evidente aumento de los precios de los genéricos, las cadenas de farmacias, que están en medio del juicio en que se las acusa de coludirse para subir los precios en 2010, buscan dejar en claro que esta vez ellas no son las culpables de las alzas, apuntando hacia los laboratorios. En todo caso, las tres grandes cadenas –FASA, Salcobrand y Cruz Verde– también tienen laboratorios, los que parecen estar actuando en la misma línea que el resto del mercado. Recientemente el diario Pulso informó que los clientes que han denunciado una nueva colusión por el aumento de los precios de los medicamentos ante la Fiscalía Nacional Económica, han recibido como respuesta que existe una investigación en curso. Sin embargo, no se conocen los detalles.

- **Las Prioridades de los Laboratorios**

Al 13 de enero de 2015, según datos del Instituto de Salud Pública (ISP), el número de productos con certificación de bioequivalencia llegaba a 560, aproximadamente un 3% del total de medicamentos disponibles en el mercado. De éstos, 65% correspondían a medicamentos con marca, según datos del informe “Bioequivalencia en Chile: análisis y recomendaciones”, de la ONG Políticas Farmacéuticas, lo que indica que los grandes laboratorios nacionales estarían prefiriendo certificar las copias en vez de los genéricos (ver estudio). Como las copias tienen marca, son más caras que los genéricos, lo que estaría empujando los precios al alza.

Juan Pablo Morales, director ejecutivo de la ONG, explica que esto podría deberse a que es más conveniente certificar una marca por sobre un genérico: “con la marca se pueden generar márgenes no solamente asociados al costo de producción, sino que además le pueden hacer identificación de marca, establecer lealtades con los médicos”. Varios actores del mercado confirman la tesis.

En conversación con CIPER, dos profesionales ligados a cadenas de farmacias –que también tienen laboratorios– explicaron que cuando se opta por certificar la bioequivalencia de más medicamentos genéricos con marca que sin marca, se está tomando una decisión comercial. “Es

una definición estratégica simplemente. Y claro, se venden a mayor precio, pero eso es evidente, porque no hay ningún laboratorio que pueda sostenerse vendiendo sólo genéricos sin marca. Y en eso no hay ninguna maldad, es una cosa de costos”, asegura uno de ellos.

Otro ejecutivo vinculado a los laboratorios calcula que en su empresa se va a dejar de producir entre un 10% y un 15% de medicamentos por razones de costos. La explicación es que resultaría muy caro certificar la bioequivalencia de todas las presentaciones de los distintos remedios que producían antes de la ley (desde \$ 30 millones): “Vamos a elegir los que son los más requeridos por la gente, aquellos en que nos va a ir mejor en la venta”.

Gracias a esta definición estratégica, remedios como clomipramina (antidepresivo), metilfenidato (usado para el tratamiento de la narcolepsia y el déficit atencional), fluconazol (antifúngico) o ciclosporina (usado luego de un trasplante de órganos), sólo se pueden encontrar en su presentación bioequivalente de marca, todos con un precio en farmacia superior a los \$ 15.000.

De acuerdo a la información del ISP, entre los medicamentos a los cuales se exige cumplir el test de bioequivalencia, hay 35 principios activos que no tienen versión genérica sin marca y de éstos, doce sólo se encuentran en las farmacias en su versión original o innovadora (ver tabla de precios de remedios bioequivalentes con marca y originales que no tienen alternativa genérica).

- **Desaparecen los Genéricos**

De los 17 laboratorios que concentran el 80% de los productos bioequivalentes registrados por el ISP, a enero de este año ocho no habían certificado la bioequivalencia de ningún o casi ningún medicamento sin marca (genérico): Saval, Novartis, Bagó, Rider, Pharmavita, Sanitas, Etex Chile Farmacéutica y Galenicum Health Chile. El efecto de esta decisión adoptada por los principales fabricantes e importadores de medicamentos del país es que, cuando deciden no certificar el genérico, éste pierde su registro sanitario y desaparece del mercado.

Elmer Torres, gerente general de la Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos (ASILFA), confirma que muchos laboratorios decidieron no hacer los estudios de bioequivalencia, porque son muy caros y por eso se han dejado de producir.

Cuando un medicamento no está en el mercado, las farmacias deben contar con una “carta de desabastecimiento”, con la que justifican ante la autoridad que no cuentan con un remedio del petitorio mínimo en sus estanterías debido a que no hay proveedores que lo vendan. CIPER tuvo acceso al registro de cartas de desabastecimiento de una de las cadenas de farmacias, que muestra que a febrero de 2015, cerca de una veintena de los productos no tenía proveedor genérico y un número similar de proveedores previamente licitados por la farmacia habían dejado de producirlos. De estos casi 40 productos genéricos, la mitad no tenía tampoco un reemplazo de

marca. La lista incluye alprazolam 0,25 mg (ansiolítico), levonorgestrel 30 mg (anticonceptivo) propiltiouracilo 50mg (tratamiento tiroides) o tolbutamida 500 mg (tratamiento diabetes).

Uno de los casos más mencionados para graficar el problema es el de la levotiroxina sódica de 100 mg, un medicamento de amplio uso para los tratamientos de problemas a la tiroides. Se le exige cumplir el test de bioequivalencia desde 2012 y solía tener una versión genérica producida por el Laboratorio Andrómaco (costaba \$2.790). Hoy sólo están en el mercado la versión de marca, T4 de Bagó (a \$8.890), y el medicamento innovador, Eutirox de Merck, que se vende a \$9.790 en promedio (ver resolución del ISP contra farmacia Cruz Verde de Punta Arenas)

CIPER tuvo también a la vista la carta de desabastecimiento de la distribuidora de medicamentos Socofar –ligada a la cadena Cruz Verde–, que da cuenta de que sólo entre los remedios que ellos trabajan, hay 25 principios activos sin registros sanitarios vigentes en su denominación genérica y, por lo tanto, ya no existen en el mercado. Esto significa que los laboratorios no pueden fabricarlos ni comercializarlos. O, como explica la doctora químico farmacéutica Pamela Milla, jefa de la Agencia Nacional de Medicamentos del ISP –principal entidad fiscalizadora del cumplimiento de esta ley–, puede significar también que los laboratorios decidieron no fabricarlos ni comercializarlos.

Pamela Milla contó a CIPER que cuando se implementó la norma “se les dijo a los laboratorios que con lo de la bioequivalencia y, a partir de cierta fecha, ya no podrían hacer uso de los registros (licencia de fabricación de medicamentos) no certificados. Entonces algunos, por temas económicos, no se interesaron. Otros laboratorios también decidieron no hacerlo, porque ya tenían mucha carga de trabajo como para hacer la bioequivalencia, porque es un proceso largo y caro”.

Si bien se ha abierto un debate respecto a los responsables del desabastecimiento, lo cierto es que éste existe. Tanto así que, según el químico farmacéutico Héctor Rojas, presidente de la Asociación de Farmacias Independientes de Chile, la falta de medicamentos registrada hoy es mayor que cualquiera que haya visto en sus 30 años trabajando tras un mesón farmacéutico. Rojas explica que los productos que faltan en las farmacias son, principalmente, los genéricos, los más baratos. Y da ejemplos: metronidazol (antibiótico), fluoxetina (antidepresivo), carbamazepina (anti epiléptico) y timolol (gotas para los ojos usados en el tratamiento de glaucoma). “Son productos súper importantes y muy consumidos que han desaparecido en sus versiones genéricas. Porque los productos originales, los más caros, nunca han estado en falta”, dice.

- **Las causas del desabastecimiento**

Los costos y los plazos para certificar bioequivalencia son las principales razones esgrimidas en la industria para la falta de genéricos en el mercado.

-Lo que comúnmente pasa es que los laboratorios más pequeños, que normalmente producen medicamentos genéricos, al tener menos personal, de repente se demoran en los trámites ante el ISP, y el ISP no perdona: le caducan el registro y multan al laboratorio. Entonces, ese laboratorio tiene que hacerse cargo de la inversión que está haciendo por sacar productos bioequivalentes, y además, pagar las multas, contratar abogados y no tener más ese registro y, por lo tanto, no poder comercializar más ese medicamento -comentó a CIPER un ejecutivo farmacéutico.

Otro profesional de la industria recalca los altos costos que ha tenido no poder cumplir con los plazos del ISP: “Estamos enfrentando una serie de juicios, varios sumarios y multas por 1.000 UTM cada una, como \$ 40 millones por cada multa, que en total suman algo más de US\$ 1 millón, y eso también sube los costos”.

Juan Pablo Morales, de la ONG Políticas Farmacéuticas, tiene otra visión: “La certificación tiene un costo que parte desde los \$30 millones y va hasta los \$150 millones, dependiendo del medicamento y de los estudios que haya que realizar. Pero si tú tomas esa cantidad de dinero y la enfrentas a las utilidades o a los mismos costos de producción, la verdad es que ni en envases ni en estuches se gasta eso. Es un gasto marginal”.

Aunque a Morales le parece plausible la explicación de los plazos, apunta también a una razón más preocupante: muchos de los medicamentos que se vendían en Chile no habrían pasado un test de bioequivalencia. Es decir, que sus versiones genéricas no eran igual de eficaces que el fármaco original y, por lo tanto, hay dudas sobre su real efecto en los pacientes.

Esta tesis es descartada por un actor de la industria farmacéutica, quien cree que la norma es demasiado estricta y que, aunque el medicamento no sea idéntico al original, la experiencia de los médicos con el uso de un fármaco es muestra suficiente de su efecto terapéutico. Algo muy difícil de demostrar a nivel masivo.

Tanto farmacias como laboratorios coinciden en identificar a la norma como el único responsable del desabastecimiento y del alza de los precios. Según Asilfa, cuando se implementó la normativa el plazo era muy corto y los principios activos a certificar eran demasiados. “Bajo esa premisa, era imposible que la industria local pudiera cumplir con esas condiciones”, explica Elmer Torres, gerente de la entidad gremial de los laboratorios.

Para otros actores del mercado entrevistados por CIPER, además de los plazos, el problema estaba en la falta de centros certificadores en Chile. “Todos los que éramos agentes del mercado tuvimos que ir al mismo tiempo a pedir certificación in vivo (probados en personas) respecto de

determinados productos, entonces se armó un cuello de botella que retrasó aún más el proceso”, asegura uno de ellos.

- **Avalancha de Sumarios**

Desde julio del año pasado a la fecha, el ISP ha iniciado 99 sumarios a 40 laboratorios por “incumplimiento de la obligación de bioequivalencia”. Según la institución, eso implica que prácticamente todos los laboratorios han sido sumariados, con un total de 307 productos con sumarios sanitarios.

Según la opinión de un ex funcionario del sector salud, ha habido una mala gestión de un proceso que se preveía complejo. Cuenta que hubo laboratorios que amenazaron con anticipación con dejar de producir los medicamentos si es que no les convenía comercialmente y que, por lo tanto, se debía trabajar con los productores para evitar que dejaran de producir los genéricos de un día para otro y sin aviso. El problema del sumario, dice, es que puede terminar con multa, pero no evita el desabastecimiento. Por eso, la ley exige que los laboratorios avisen con seis meses de anticipación que van a dejar de producir un fármaco con registro sanitario vigente.

En el sector público, el aviso permite que la Cenabast pueda licitar internacionalmente los medicamentos que no están disponibles en el mercado chileno. El director del organismo explica que las importaciones se han reforzado desde que se exige bioequivalencia y que entre los 33 fármacos básicos que se compran en el exterior, están el ibuprofeno (antiinflamatorio), la pegaspargasa (oncológico) y la cabamasepina (antiepiléptico).

Las farmacias también han sido sumariadas por no contar con bioequivalentes, aunque el ISP no cuenta con un número preciso de procesos por esta causa.

- **Nuevas canelas, Falsa escasez**

Los incentivos por la venta de determinados productos, con los que se beneficiaban los vendedores de farmacias, también fueron prohibidos por la ley. Pero no terminaron. Las llamadas “canelas” han dado origen a otros sumarios. Según un informe del ISP, a un año de la entrada en vigencia de la nueva ley, hay 31 sumarios a farmacias por incentivos a los vendedores para que los clientes compraran ciertos fármacos.

A fines del año pasado, la institución prohibió el funcionamiento de siete locales de Cruz Verde y dos de Ahumada —todos en Santiago—, al constatar el ISP que nuevas “canelas” estaban incorporadas en la estructura de remuneraciones de los vendedores.

Farmacias Cruz Verde y FASA Chile no tardaron en reaccionar a las amonestaciones del Instituto de Salud Pública. Ambas empresas interpusieron recursos de protección (ver recurso de protección de FASA y Cruz Verde) en contra del director del ISP y sus fiscalizadores, argumentando que se les estaba sancionando por normas laborales y no sanitarias. La Corte de Apelaciones les dio la razón y se está a la espera del pronunciamiento de la Corte Suprema.

Mauricio Acevedo, presidente de la Federación de Trabajadores de Farmacias, dice que las cadenas han implementado un nuevo sistema de incentivos en que, en vez de comisiones por productos específicos, ahora sobre el sueldo base se agregan bonificaciones basadas en la venta de medicamentos pertenecientes a cuatro “categorías terapéuticas”, bajo las cuales se agrupan distintos tipos de remedios. Por la primera categoría pagan \$55 por cada caja vendida, por la segunda \$65, por la tercera \$80 y por la cuarta \$100.

Según Acevedo, “las tres cadenas tienen exactamente el mismo modelo de sueldos, y con esa nueva estructura de incentivos, a los trabajadores les va a dar lo mismo vender el medicamento original, la copia o el genérico”. Con la nueva “canela” –explica– cuando se va a comprar un medicamento específico, los encargados van a intentar vender, además, otros medicamentos para cubrir las categorías terapéuticas y así tener mayores bonificaciones.

-Entonces, como hoy tenemos que vender más, vamos a vender remedios que nosotros no sabemos si tienen alguna contraindicación con otros medicamentos que el cliente esté usando, ni si es alérgico ni nada. Y eso lo encuentro gravísimo, siniestro, porque además nos pone en riesgo a nosotros los trabajadores. Porque claro, nos obligan a hacer eso, pero también nos pone en peligro de sanciones por estar ofreciendo remedios no siendo médicos –explica el presidente de la Federación de Trabajadores de Farmacias.

Para este dirigente sindical, la sensación de escasez de medicamentos puede verse incrementada por la nueva estructura de sueldos de los trabajadores. En los últimos meses han circulado por las redes sociales denuncias hechas por personas que acusan a las farmacias de no venderles más que una caja de medicamentos bajo la excusa de que es la última que les queda. Acevedo afirma que eso ocurre, porque ahora a los empleados de las farmacias les pagan el incentivo por la primera caja vendida a un cliente, no por todas las que compre. “Entonces, si tú me pides dos cajas de paracetamol, yo te vendo una no porque lo esté guardando para venderlo de a poco y que la farmacia esté abastecida. Lo hago así, porque si te vendo dos cajas yo no gano, no llego a la meta que me impuso la farmacia”.

- **Médicos con Marca**

Otro de los pilares de la nueva Ley de Fármacos descansa en los doctores. La mayoría de los medicamentos obligados a tener certificación de bioequivalencia son los con prescripción médica, como los antidepresivos, antidiabéticos, antiepilépticos y los ansiolíticos. La ley, en su artículo 101,

establece que el prescriptor –médicos, además de matronas y odontólogos– deben poner en la receta no sólo el nombre de fantasía del medicamento, sino la denominación común internacional, es decir, el nombre del principio activo del remedio, o su nombre genérico. El problema es que, según varias de las personas entrevistadas por CIPER, este punto no se cumple.

Los médicos son parte importante del proceso de venta de medicamentos. Son ellos los que eligen qué fármaco y con qué frecuencia tomará el paciente. Y de eso están muy pendientes los laboratorios. Si bien la ley prohíbe todo tipo de incentivo hacia los prescriptores, estudios internacionales muestran que parte importante del presupuesto de la industria farmacéutica se destina al marketing de sus productos, en el que destacan los incentivos a los doctores.

Según Juan Carlos Almonte, siquiatra y miembro de la agrupación Médicos Sin Marca, esta práctica está lejos de desaparecer:

-Los incentivos se han desplazado hacia la “educación” para los médicos. Pero esa “educación” consiste en que viene un destacado líder de opinión de la especialidad a uno de los mejores hoteles de Santiago, con centolla y camarones, a contarte en 15 minutos las novedades del fármaco. Y después viene un grupo de jazz espectacular a tocar y, claro, es una actividad educativa, pero lo que más tiene es glamour, hoteles caros, comida cara y buen trato a los médicos.

Esa práctica genera una lealtad de parte de los doctores hacia determinadas marcas, lo que se traduce en la prescripción de éstas. Entonces, en vez de recetar el medicamento genérico, recetan el de la marca con la que tienen buena relación. O, en el mejor de los casos, la marca en cuya efectividad confían. La idea de la bioequivalencia es que esa confianza se extienda a todos los medicamentos certificados, pero eso parece no haber sucedido.

Al recetar medicamentos con marca, los doctores no están cumpliendo con la ley, además de desincentivar el consumo de genéricos bioequivalentes y empujar a que sus pacientes compren remedios más caros. Uno de los ejecutivos farmacéuticos entrevistados por CIPER lo explica así:

-El nivel de cumplimiento es mínimo. Los médicos no están poniendo ese dato (nombre genérico). Entonces, cuando una persona nos pregunta por el bioequivalente del medicamento que le recetan, pero ese dato no está escrito en esa receta, nosotros no podemos hacerlo, porque sólo podemos intercambiar productos cuando existe ese dato.

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/12/680-660094-9-farmacos-encuesta-revela-que-el-30-de-los-pacientes-suspende-tratamientos.shtml>

## **Fármacos: encuesta revela que el 30% de los pacientes suspende tratamientos**

Entre quienes reconocieron no haber completado el tratamiento de medicamentos, más del 62% admitió que su salud empeoró por este efecto.

El 30% de las personas admite haber suspendido un tratamiento farmacológico por falta de dinero para comprarlos y, en segundo lugar, por baja disponibilidad de los productos en los consultorios y hospitales. Así lo revela la encuesta del Instituto de Políticas Públicas de la U. San Sebastián (Ipsuss), que consultó a 2.546 afiliados de Isapre y Fonasa respecto a diversos aspectos de la atención de salud en el país.

Entre quienes reconocieron no haber completado el tratamiento de medicamentos, más del 62% admitió que su salud empeoró por este efecto.

El director de Ipsuss, Jaime Mañalich, calificó como grave esta situación. “Significa que uno puede hacer el diagnóstico, pero no puede garantizar que las personas sigan su tratamiento”, afirmó.

Además, un 54% de los encuestados dijo que consume remedios que requieren receta médica, mientras que el 46% usa productos sin prescripción. En ese contexto, el 69% de los entrevistados apoyó la creación de farmacias comunales, pues admitieron, mayoritariamente, que hoy deben costearlos.

Sobre la iniciativa de los municipios de vender remedios a bajos precios, Mañalich dijo que “reflejan una esperanza, pero con poca viabilidad de materializarse porque falta voluntad política y una política de Estado en la que realmente se garantice el acceso a medicamentos, y el fortalecimiento y presupuesto de Cenabast (Central Nacional de Abastecimiento) para responder a la demanda”.

También, el 67% de las personas dijo no entender la letra del médico en la receta, punto abordado en la Ley de Fármacos, cuyo reglamento regirá a contar de junio, y que obliga a los profesionales a hacer más legible la indicación de la prescripción “si es manuscrita deberá extenderse con letra imprenta legible”, dice la Ley.

La senadora DC, Carolina Goic, explicó que el precio de los medicamentos y los mecanismos para reducirlos están contenidos en la llamada Ley de Fármacos II que está en trámite y a la cual el Ejecutivo comprometió apoyo. “Hace falta un rol más activo del Estado, porque estamos hablando de bienes públicos, no de consumo. Para eso queremos fortalecer a la Cenabast y la facultad de vender a las farmacias independientes con un margen de utilidad (del 10%), además de mejorar la transparencia de la información en las farmacias y apoyar las iniciativas comunales”, dijo Goic.

<http://www.biobiochile.cl/2015/12/05/ley-de-farmacos-comienza-a-regir-nuevo-reglamento-sobre-venta-de-medicamentos.shtml>

## Ley de Fármacos: comienza a regir nuevo reglamento sobre venta de medicamentos



174

52

0

0

0

4677  
Visitas



Publicado por Francisca Rivas | La Información es de Ignacia Jiménez

Este sábado comenzaron a regir varias medidas incluidas en la **Ley de Fármacos**, que fue promulgada en 2014 y que se ha implementado de manera gradual.

Entre las nuevas medidas se encuentra que, de manera voluntaria, las farmacias podrán comenzar a **vender en las góndolas los medicamentos que no se entregan con receta**.

Junto con lo anterior, de forma obligatoria **deberán mantener una lista de precios** de los remedios, que sea accesible para los pacientes que lleguen a los locales, y los valores de éstos también tendrán que ser especificados en las cajas.

Por otra parte, recordemos que actualmente se discute en el Congreso la llamada *Ley de Fármacos II*, a la cual se ingresarán indicaciones.

Dentro de las medidas que busca modificar están la prescripción de la receta médica, con el fin de permitir la posibilidad de intercambiar los medicamentos por bioequivalentes.

Asimismo, dentro del proyecto está la idea de que la Central Nacional de Abastecimientos (Cenabast), pueda abastecer de medicamentos a farmacias pequeñas y las denominadas farmacias populares.

Al respecto, el presidente del Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile, Mauricio Huberman, indicó que el actual funcionamiento del organismo no permitiría abastecer al sector privado.

<http://diario.latercera.com/2016/01/13/01/contenido/pais/31-207034-9-ejecutivo-ingreso-indicaciones--a-la-ley-de-farmacos-ii.shtml>

VER EDICIÓN WEB : SECCIONES ▾

VER PAPEL DIGITAL ▾

# LATERCERA

LA TERCERA EDICIÓN IMPRESA | MIÉRCOLES 13 DE ENERO DE 2016

Portada País Mundo Negocios Opinión Tendencias Cultura&f

## Ejecutivo ingresó indicaciones a la Ley de Fármacos II

por Lorena Leiva

Me gusta 0

Compartir 0

0

0

0

0

0

Tras varias postergaciones, el gobierno entregó el primer paquete de indicaciones a la Ley de Fármacos II que se tramita en el Senado. Según lo indicado por algunos de los autores de la norma, la senadora Carolina Goic (DC) y Guido Girardi (PPD), resta que el gobierno ingrese otro grupo de mociones, de alcance económico.

En el primer alcance, el Ejecutivo plantea que, en vista de que hay un proyecto que modifica la Ley de Defensa de la Libre Competencia en segundo trámite en el Parlamento, donde se pretende controlar la integración vertical- uno de los pilares del proyecto parlamentario-, las indicaciones se focalizan en la protección de los usuarios y pacientes, obligando a farmacias y laboratorios a publicar e informar los precios de sus productos, y encomendando al Ministerio de Salud a formular una nueva política de equivalencia terapéutica, con un plan de implementación de ésta. También, los laboratorios deberán informar la suspensión de un producto y cualquier circunstancia que ponga en riesgo el abastecimiento, lo que deberá ser informado por el Instituto de Salud Pública (ISP).

En tanto, la facultad del ISP para autorizar la instalación de farmacias, se traspasaría a las seremis de salud.



<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/01/680-559611-9-se-aprueba-ley-de-farmacos-que-regula-la-venta-directa-y-establece-petitorio.shtml>

LATERCERA Política | Nacional | Mundo | Negocios | Opinión | Santiago | Tendencias | Educación | Cultura | Entretenimiento | Deportes | La Tercera TV

## Nacional

Iniciar sesión | Registrarse |    

Buscar...

# Se aprueba Ley de Fármacos que regula la venta directa y establece petitorio mínimo de medicamentos bioequivalentes

El ministro de Salud, Jaime Mañalich, aseguró que "el Presidente no hará uso del veto" a la norma que fue aprobada por votación unánime (96 votos).

La iniciativa, propone entre otros puntos un petitorio mínimo obligatorio de medicamentos bioequivalentes, con el que deben contar las farmacias, la certificación de los fármacos en cuanto a su eficacia.

por Catalina Rojas O. - 07/01/2014 - 13:18

 Me gusta 115  Compartir 3  LinkedIn 9  124 

### RELACIONADOS

 Los que ganaron y perdieron con aprobación parcial de Ley de Fármacos

Trascasí cinco años de tramitación, esta tarde la **Cámara de Diputados** aprobó el proyecto de **Ley Nacional de Medicamentos**, más conocido como la polémica



"Ley de Fármacos". La iniciativa ingresó al Congreso en mayo de 2009 y **modifica el Código Sanitario, en materia de farmacias y medicamentos**. La votación fue **unánime (96 votos)** a favor de la normativa.

La iniciativa, propone entre otros puntos: Un petitorio mínimo obligatorio de medicamentos bioequivalentes con el que deben contar las farmacias; la venta de remedios que no requieren receta médica (OTC) en góndolas instaladas en estos centros comerciales; la certificación de los fármacos en cuanto a su eficacia y asegurar que la publicidad de los envases de los productos y los mismos no sean "atractivos", velando por la protección de los menores.

<http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=208121>

## Hoy entra en vigencia el reglamento de la Ley de Fármacos

sábado, 05 de diciembre de 2015



**R. O.  
Nacional  
El Mercurio**

**La norma regula el fraccionamiento en locales y la venta en góndolas. Ambos serán optativos.**

El lunes se tomó razón y quedó listo para su publicación en el Diario Oficial de hoy el reglamento de la Ley de Fármacos, norma aprobada en 2014 y que regula distintos aspectos de la dispensación de medicamentos en farmacias.

Entre los puntos esenciales sobre los cuales tendrá efecto está la venta por unidades en los locales, así como en góndolas cuando los productos no requieran de receta médica. En ambos casos, la norma la considera "facultativa", es decir, cada local podrá disponerla o no.

El retraso en la tramitación de este reglamento fue uno de los argumentos de parlamentarios de Chile Vamos para acusar constitucionalmente a la ministra de Salud, Carmen Castillo, libelo que la Cámara de Diputados votará el miércoles.

La nueva normativa regula también la disposición referida a los precios de los productos. Obliga a que todos los fármacos tengan en sus cajas el valor del mismo, como también que cada farmacia cuente con sus precios en un formato de fácil entendimiento para el usuario, como, por ejemplo, un computador.

Respecto de otros ítems que originalmente estaban en el reglamento, Salud decidió no persistir y convertirlos en indicaciones a la llamada "Ley de Fármacos 2", cuyas indicaciones serán presentadas el lunes al Congreso.

Entre ellas, la norma referida a la intercambiabilidad de la receta. Esto es, que cuando una receta sea por el producto original, pero haya un genérico bioequivalente, el personal farmacéutico pueda ofrecer este último.

El subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows, explicó que varias de estas disposiciones entrarán en vigencia de inmediato. Otras, como las referidas a las góndolas y a los listados de precios, serán implementadas gradualmente.

**Imprime esta página** **Envía a ...**

<http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=165826>

## Salud busca que Cenabast pueda comprar medicamentos para las farmacias de barrio

sábado, 25 de julio de 2015

 Tweet

**Economía y Negocios**  
**Nacional**  
**El Mercurio**

**En la misma norma se creará una certificación de calidad para dispositivos médicos, como los marcapasos.**

Aunque la Ley de Fármacos recién entró en vigencia en 2014 y algunos aspectos que se establecen en ella -como la venta de medicamentos en góndolas o su fraccionamiento- todavía no se han implementado porque faltan los reglamentos, existe un diagnóstico transversal: hay temas por corregir.

Es por eso que en el Congreso se tramita un proyecto de ley (moción de los senadores Carolina Goic, Guido Girardi, Manuel José Ossandón, Fulvio Rossi y Andrés Zaldívar), que busca regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y evitar la integración vertical entre farmacias y laboratorios. El Ejecutivo lo patrocinará, pero enviará indicaciones próximamente.

En el Ministerio de Salud consideraron que esta es una opción para introducir cambios en el mercado y "avanzar hacia un mejor acceso a precios razonables", según el subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows.

Así, se buscará potenciar las atribuciones de la Central Nacional de Abastecimientos (Cenabast) para permitirle que intermedie las compras no solo del sector público (como hoy se lo permite la ley), sino que también pueda hacerlo para privados.

Esto está pensado principalmente para ayudar en las adquisiciones de las farmacias independientes, que, por comprar volúmenes menores a los de las cadenas, adquieren los productos a precios más altos y, por lo mismo, su oferta es más cara.

"Las farmacias pequeñas están donde las otras no: donde está la gente vulnerable, en comunas rurales y en la periferia de las urbes. Entonces, si nosotros las ayudamos a comprar más barato con el poder de negociación de Cenabast, la idea es que ellos no vendan a precios caros", detalló Burrows. Por lo mismo, Salud fijará un porcentaje máximo de ganancia que estas puedan obtener de aquellos medicamentos en que haya intermediado.

Además, las indicaciones buscarán que Cenabast pueda importar fármacos directamente cuando estos desaparezcan del mercado -como ha ocurrido con algunos productos que no han demostrado su bioequivalencia como se lo exige la ley- o cuando la autoridad considere que es necesario tener en el país un medicamento que los laboratorios no se han interesado en comercializar. Eso hoy solo puede hacerlo cuando existe un riesgo sanitario por quiebre de stock.

Otro aspecto en el que se buscará mejorar es el mercado de dispositivos médicos, pues hoy no tienen regulación sanitaria, y si falla, por ejemplo, una válvula biológica e incluso marcapasos, no se puede ordenar su retiro del mercado como sí ocurre con los medicamentos. "Hay que montar un sistema de registro en el que está trabajando el Instituto de Salud Pública y un modelo de acreditación de los proveedores o certificación de calidad", explicó el subsecretario.

En paralelo, el Ministerio de Salud trabaja en la fórmula para disminuir la cantidad de medicamentos a los que se les exige bioequivalencia (ver relacionado). Por ello, en las indicaciones también se buscará que las recetas médicas tengan la denominación común internacional de los fármacos (el nombre de los genéricos) y no el de fantasía, como ocurre hoy, y que a las farmacias no se les obligue a tener a la venta todos los medicamentos bioequivalentes del petitorio nacional, sino al menos tres genéricos bioequivalentes.

## Apariciones del Senador en Prensa Local y Nacional

<http://www.radiocamila.com/noticias.php?idnoticia=4968>

[Inicio](#) | [Policia](#) | [Crónica](#) | [Cultura](#) | [Política](#) | [Deportes](#) | [Educación](#) | [Salud](#) | [Social](#)

### Víctor Pérez (UDI) pide a instituciones explicaciones

Miércoles, 24 de Febrero del 2016. 135 0 0



El senador UDI Víctor Pérez emplazó a las instituciones públicas a explicar sus fracasos en la provincia de Bío Bío en la tarea de terminar con los actos de violencia que ya suman tres en lo que va del año.

En tanto la werkén pehuenche Camen Paine denunció que Alto Bío Bío se militarizó tras el último atentado incendiario en la localidad de Pitiril.

El legislador por Bío Bío Cordillera dijo que por una parte el gobierno tiene que dar respuesta a través de su acción preventiva en coordinación con las policías, cuya inteligencia está al debe, y el Ministerio Público en torno a su trabajo en materia de persecución de responsabilidades.

Estas tareas a su parecer han fracasado, ya que se han registrado tres atentados en lo que va del años.

Por su parte la werkén pehuenche Carmen Paine indicó que se le advirtió al gobierno que no aceptarán ni una central hidroeléctrica más en Alto Bío Bío y denunció militarización en la localidad de Pitiril tras el último atentado.

Desde la Gobernación, en tanto, aseguraron que están reuniendo los antecedentes para interponer una acción legal en contra de los responsables de la quema de las cinco máquinas, medida que se concretará este miércoles en Santa Bárbara.

<http://www.biobiochile.cl/2016/02/23/perez-udi-pide-a-instituciones-explicar-su-fracaso-en-el-cese-de-violencia-en-el-bio-bio.shtml>

## Pérez (UDI) pide a instituciones explicar su fracaso en el cese de violencia en el Bío Bío

Entrar



127  
Visitas



Publicado por Carina Almaraz | La Información es de Constanza Reyes

El senador UDI Víctor Pérez emplazó a las instituciones públicas a explicar sus fracasos en la provincia de Bío Bío en la tarea de **terminar con los actos de violencia** que ya suman tres en lo que va del año.

En tanto la **werkén pehuenche** Camen Paine denunció que Alto Bío Bío se militarizó tras el último atentado incendiario en la localidad de Pitiril.

El legislador por Bío Bío Cordillera dijo que por una parte el gobierno tiene que dar respuesta a través de su acción preventiva en coordinación con las policías, cuya inteligencia está al debe, y el Ministerio Público en torno a su trabajo en materia de persecución de responsabilidades.

Estas tareas a su parecer han fracasado, ya que se han registrado tres atentados en lo que va del año.



Por su parte la **werkén pehuenche** Carmen Paine indicó que se le advirtió al gobierno que no aceptarán ni una central hidroeléctrica más en Alto Bío Bío y denunció militarización en la localidad de Pitiril tras el último atentado.



Desde la Gobernación, en tanto, aseguraron que están reuniendo los antecedentes para **interponer una acción legal en contra de los responsables de la quema de las cinco máquinas**, medida que se concretará este miércoles en Santa Bárbara.

<http://www.latercera.com/noticia/negocios/2016/02/655-667406-9-los-flancos-abiertos-en-la-fusion-de-las-afp-cuprum-y-argentum.shtml>

≡ **LATERCERA**

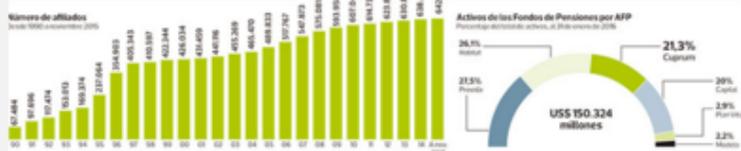
## Los flancos abiertos en la fusión de las AFP Cuprum y Argentum

En la renuncia de Tamara Agnic a la Superintendencia de Pensiones no está el fin de esta historia. El Servicio de Impuestos Internos, la comisión investigadora, el Consejo de Defensa del Estado y la fiscalía tienen aún bastante que decir.

Claudio Reyes  
07 de febrero del 2016 / 01:39 Hrs

34 [url http://fw.to/s6q4svQ](http://fw.to/s6q4svQ)

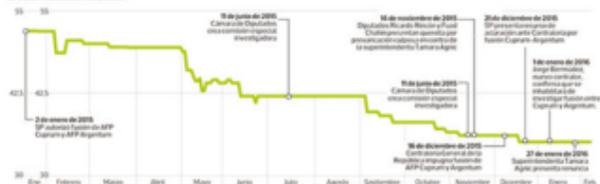
### CUPRUM EN EL MERCADO



### Cronología de la polémica

- 8 de octubre de 2012: AFP Cuprum informa a sus afiliados sobre el ingreso de Provida Group.
- 27 de diciembre de 2012: Principales AFPs sobre Cuprum.
- 28 de enero de 2013: Principales AFPs sobre Cuprum.
- 16 de noviembre de 2014: Principales AFPs sobre Cuprum.
- 19 de diciembre de 2014: SP autoriza la fusión de Argentum.
- 29 de diciembre de 2014: AFP Argentum informa al Registro de Valores.

### Evolución de la acción en S-Trade



Nadie pronosticaba, al menos públicamente, la tormenta que se produciría cuando, el 26 de enero de 2015, AFP Cuprum informó que la fusión con otra administradora, Argentum, daría origen a un beneficio tributario -goodwill- por unos US\$ 130 millones. "No estaba dimensionado", dice una fuente que ha conocido el caso. "Lo informaron por transparencia", agrega.

Un día antes de cumplirse un año de esa comunicación, el lunes 25 de enero de este año, Tamara Agnic presentó su renuncia como titular de la Superintendencia de Pensiones (SP). Esa entidad autorizó la existencia de Argentum y la absorción de Cuprum, ambas de la estadounidense Principal Financial Group. La salida de Agnic se produjo tras los cuestionamientos contenidos en una opinión de la Contraloría General de la República (CGR) y, también, luego de inéditas divergencias con la ministra del Trabajo, Kimena Rincón.

Aunque la secretaria de Estado le señaló en un oficio que se abstuviera de autorizar movimientos similares, Agnic dio su venia a una operación semejante: Metlife creó Acquisition para fusionarla con Provida, generando un goodwill tributario por unos US\$ 288 millones. "La ministra no se aguantó el desafío", dice una fuente, y presentó más tarde dos informes en derecho que respaldaban su oposición. En su carta de renuncia, la ex superintendente apuntó que la SP no merece estar sometida a la "inédita situación" de que la ministra no respete su autonomía.

<http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2016-02-03&dtB=03-02-2016+0%3A00%3A00&PaginaId=2&bodyid=1>

## El SII tiene un examen pendiente

Señor Director:

El 14 de noviembre de 2014 se pidió autorización de la Superintendencia de Pensiones (SP) para la existencia, como AFP, de "Argentum S.A.". El 19 de diciembre fue otorgada, bajo condición de que, en 60 días, se fusionara con "Cuprum S.A.". La SP se basó en los antecedentes empresariales de esta, no en los de "Argentum S.A.", que carecía de ellos. El 29 de diciembre, "AFP Argentum" se inscribió en el Registro de Valores. El 2 de enero de 2015, la SP autorizó la fusión. Pocos días después, la fusión se concretó y "AFP Argentum", sin haber operado jamás, se disolvió.

Pero había tenido —la AFP cometa— un rol formal. La Ley 20.630 reconoció el *good will* en fusiones. Informaciones indican que, en este caso, su aplicación al caso implicaría una consecuencia tributaria, beneficiosa para los contribuyentes, de decenas de miles de millones. Pero la clave del asunto es que —conforme a la legislación especializada— solo pueden fusionarse dos AFP. Así, la fugaz "existencia" de "AFP Argentum" habría tenido por único objeto que pudiera aplicarse la norma sobre *good will*. En efecto, desde el principio, siempre fue claro que no operaría en la realidad.

¿Qué actitud debería adoptar el SII, que —sorprendentemente— no ha sido objeto del escrutinio aplicado a la SP? ¿Puede aceptar la operación del *good will*, o tendría que rechazarla, y liquidar los impuestos que correspondan?

**Política**

"Nosotros queremos colaborar en los temas de desarrollo y en el combate a la violencia".

"El Ministerio Público que tiene el monopolio de la investigación criminal, también está al debe".  
*Victor Pérez, senador de la UDI.*

"Tanto autoridades locales como nacionales tienen que ponerse los pantalones".  
*Jacqueline van Rysselberghe, senadora de la UDI.*



FOTO: CARLA GUZMÁN

SENADORES DE LA UDI DICEN QUE GOBIERNO DEBE CAMBIAR ESTRATEGIA EN CONFLICTO MAPUCHE

# Gremialismo solicita presencia de Aleuy en provincia de Arauco

Los representantes opositores manifestaron que la tesis del robo de madera "se ha venido abajo" en los últimos días, y critican el dispar criterio que adoptan las autoridades en regiones diferentes antes hechos, según ellos, similares.

**Angel María Rapel Álvarez**  
@angelrapel

Los senadores de la UDI en la Región del Bío Bío, Víctor Pérez y Jacqueline van Rysselberghe, se reunieron para solicitar al Gobierno un cambio en su estrategia para enfrentar los últimos hechos de violencia que han acontecido en la provincia de Arauco. En el mismo punto, hicieron un llamado para que el subsecretario del Interior Mahmal Aleuy visite el territorio de conflicto.

El senador de la Circunscripción Cordillera dijo que la actual administración ha fijado su estrategia en el robo de madera, violencia rural y síndica. En su opinión, "nos

### Vocero de la CAM

Van Rysselberghe criticó que vocero de la CAM, Néstor Urrutia, "promueva la violencia" y "no pase nada".

se venido abajo, ya nadie lo cree".  
Agregó que "puede que exista" alguna situación como la manifestada por la actual administración, pero "no así relevante".  
"Hay una organización violentista que se ha declarado autora de estos hechos y

### Gobierno de reacción

Pérez dijo que habló que terminó con la reacción gremialista en las presentaciones de acciones legales.

ha dicho que lo seguirá haciendo, eso es el llamado fondo. Ahora, el instrumento o mecanismo que se utiliza puede variar, pero no estamos sólo frente a un tema de robo de madera", dijo Pérez aludiendo la adjudicación de los comisionados Arauco-

Malluco (CAM).

Por lo anterior, comentó, el Gobierno debe fijar su acción "en los grupos violentistas que están causando terror en la ciudadanía" y, en ese sentido, terminar con su política reaccionaria que se ha traducido sólo en la presentación de querrelas.

"Se debe pensar, desarticular a los grupos violentistas y evitar que estos actúen (...). Nosotros firmamos un acuerdo con el Gobierno el 4 de enero de 2015, para enfrentar estos hechos, pero si el Gobierno no modifica su acción, nosotros tenemos que revisar nuestra participación en ese tema. Nosotros queremos colaborar en

los temas de desarrollo y en el combate a la violencia", sostuvo Pérez.

### El subsecretario

El representante gremialista dijo que espera la pronta presencia del subsecretario Aleuy.

"El subsecretario fue el que nos convocó para que participáramos de una acción en la provincia de Arauco, en materia de desarrollo e inclusión de los pueblos originarios. Por lo tanto, si, que ha llevado la dirección de este tema, debe estar en el territorio. Yo espero que ello suceda la última semana de febrero, quien por razones de agenda va a estar fuera de

### Inteligencia y Ministerio Público

"Cuesta creer que el Gobierno no sepa quienes son los violentistas, si el gobierno tiene todos los instrumentos para saber quienes son", sostuvo el senador gremialista.

Dijo, además, tener la profunda convicción que las acciones de hechos violentos no son más de cincuenta. "La gran mayoría de las comunidades son pacíficas y quieren, a través del diálogo, solucionar este tema. Por tanto, el Gobierno tiene que tener la capacidad para que grupos violentistas actúen y causen terror", señaló el representante gremialista.

Consultado, opinó que si ha fallado la inteligencia policial, también es responsabilidad del Gobierno, y del Ministerio Público "que tiene el monopolio de la investigación criminal, también está al debe".

Chilo en los próximos días", manifestó el senador.

Por su parte, la senadora Van Rysselberghe, junto con manifestar su temor debido que los grupos violentistas están actuando como terroristas, criticó el dispar criterio que existe entre autoridades de distintos territorios del país.

"Haya la atención la falta de unidad en la acción. Resulta que en la Región de Los Ríos se presentan querrelas por delitos terroristas y así, frente a un hecho que no tiene nada de común, con acciones desencadenadas, con hechos que se sientan en las instituciones... se presenta una querrela por incendio. De verdad, nosotros creemos que, tanto las autoridades locales como nacionales, tienen que ponerse los pantalones para poder enfrentar esto".

Agregó que "cuando se actúa una cultura donde hay niños, en un sector turístico, donde no hay madera, donde no hay fuerza forestal... Esto no tiene más objeto que generar terror en la población. Entonces, en cualquier parte, se llama terrorismo".

Van Rysselberghe dijo que forma la objeción que el vocero de la CAM, Néstor Urrutia, habló las amenazas, "promueva la violencia", y no pasa nada, pero a que se encuentran bajo "libertad condicional (...). Ahí me parece que algo está mal", manifestó el representante de la UDI.

### OPINIONES

**Victor @VictorPerez**  
@angelrapel

<http://www.elsur.cl/imprensa/2016/01/31/full/cuerpo-principal/4/>

Un llamado al gobierno a cambiar la estrategia para enfrentar los atentados en la Provincia de Arauco plantearon ayer los senadores de la Unión Demócrata Independiente (UDI), Jacqueline van Rysselberghe y Víctor Pérez.

Los parlamentarios gremialistas coincidieron en que el enfoque del robo de madera o de hechos aislados, que le ha dado el gobierno a los atentados incendiarios que están ocurriendo en la zona araucana, está agotado.

Incluso, Van Rysselberghe fue más allá y solicitó que el Ministerio del Interior presente querrelas por delitos terroristas en el Biobío, al igual como se ha hecho en otras regiones y no siga persiguiendo

## SENADORES GREMIALISTAS Y ATENTADOS EN LA PROVINCIA UDI exige a gobierno cambiar estrategia en zona de Arauco

Jacqueline Van Rysselberghe y Víctor Pérez aseguraron que actual administración ha sido superada por la violencia en la zona sur araucana, la que calificaron de "terrorista".



Los senadores Jacqueline van Rysselberghe y Víctor Pérez golpearon la mesa por violencia en Arauco.

### LICITACIÓN PÚBLICA

chaca Cultivos Sur S.A, los interesados a participar acción pública para la venta embarcaciones menores.

de licitación estarán ibles a contar del 01 al 10 ero, y podrán ser solicitadas correo electrónico [sanchez@camanchaca.cl](mailto:sanchez@camanchaca.cl) adas en nuestras oficinas las en Rauco Rural S/N ihi.

estos ataques como delitos comunes, como ha sido hasta ahora.

También se criticó la vocería pública de Héctor Llaitul respecto de la Coordinadora Arauco Malleco, quien el miércoles expuso la posición del pueblo mapuche en relación al conflicto en La Araucanía y la Provincia de Arauco. JVR aseguró que una persona que se encuentra en libertad condicional como Llaitul no puede hablar por una entidad que reivindicó ataques terroristas.

#### CAMBIO

El senador Víctor Pérez destacó que "junto a la senadora Van Rysselberghe queremos emplazar al gobierno a que modifique su estrategia para enfrentar los hechos de violencia. El gobierno ha fijado una estrategia que es el robo de madera, violencia rural y hechos aislados. Eso se vino abajo, nadie lo cree y las circunstancias lo han dejado en desuso".

Añadió que "el gobierno tiene que asumir que frente a grupos violentistas que causan terror en

la ciudadanía debe establecer otra estrategia u otra política que le garantice a los chilenos que van a poder trabajar, tener sus galpones, camiones y maquinarias sin que nadie se los queme".

Además, señaló que "el gobierno tiene que modificar su acción. Lo único que hace es presentar querrelas, pero como reacción ante un hecho ya sucedido. Lo que tiene que hacer el gobierno es accionar, prevenir, desarticular a los grupos violentistas y evitar que estos actúen".

Pérez aseguró que esto ya se lo habían comunicado tanto al gobierno regional, como a nivel nacional.

"Aquí no estamos sólo frente a un tema de robo de madera, el problema no es ese, el problema es la acción de un grupo violentistas", finalizó

#### TERRORISMO

La senadora Jacqueline van Rysselberghe destacó que "cuando hay un atentado en donde se ataca una cabaña con niños y se trata de un sector turístico, donde no hay madera, no hay faenas forestales, definitivamente eso no tiene si no otro objeto que generar el terror en la población. Eso aquí y en otras partes se llama terrorismo".

La parlamentaria de Biobío Costa añadió que "me llama la atención la disparidad de criterios, la falta de liderazgo y falta de unidad en la acción, porque resulta que en la Región de Los Ríos se generan querrelas por delitos terroristas y acá en un hecho que no tiene nada de delito común, con encapuchados y balazos, resulta que presentan una querrela por delito común".

Más adelante dijo que "nosotros creemos que, tanto las autoridades locales como nacionales, tienen que ponerse los pantalones para poder enfrentar esto, porque ya veíamos en declaraciones de la gente que ya se están yendo. Lo hacen por miedo a sufrir atentados y que sus familias puedan incluso perder la vida".

**Parlamentarios de derecha afirmaron que no se puede seguir presentando querrelas por delito común, cuando se trata de terrorismo.**

## breves



*Senador Víctor Pérez.*

FUERA DE CONCEPCIÓN

### Senador acusa baja inversión en provincias

El senador de la UDI, Víctor Pérez, aseguró que "hay una significativa falta de inversión pública en las provincias de Bío Bío, Ñuble y Arauco lo que complicará la situación económica de estos territorios para enfrentar la crisis económica que afecta al país".

El parlamentario sostuvo que "mientras en la provincia de Concepción se van a ejecutar importantes proyectos como el puente Industrial y el Teatro Penco-politano, en el resto de los territorios no existe ningún proyecto emblemático en ejecución".

Puntualizó que "en periodos cuando la economía va mal, es justamente la inversión pública la que permita dinamizar la actividad productiva".