

EL MERCADO DE MEDICAMENTOS Y EL DERECHO A LA SALUD UN BALANCE CRÍTICO DE LA LEY DE FÁRMACOS I (Y II)

THE MEDICINES MARKET AND THE RIGHT TO HEALTH A CRITICAL BALANCE OF THE LAW OF DRUGS I (AND II)

*Julio Alvear Téllez**

I. ANTECEDENTES

La Constitución de 1980 llamó a la empresa privada a colaborar en las prestaciones de salud, en una época en que se constataba la ineficiencia y desfinanciamiento del Estado para lograr tales objetivos. Toda la estructura normativa del artículo 19 n.º 9 que garantiza el derecho a la protección de salud se funda en la idea de que la iniciativa privada puede colaborar en estas prestaciones, correspondiéndole al Estado el deber preferente de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, así como su ejecución, coordinación y control.

Sin embargo, la realidad de la salud en Chile se ha alejado de la axiología del constituyente. Se suponía que los privados, en un contexto de sana y libre competencia, ofrecerían un acceso a la salud con mejores servicios a precios razonables a todos los chilenos. Y que el Estado, a su vez, inyectaría recursos en un sistema de salud público universal y moderno, gestionado con prestancia. Pero esto no ha ocurrido en distinto grado.

Como se sabe, las reformas a la salud impulsadas por la legislación de la década de 1980 establecieron un sistema mixto (público-privado). En su interior asignaron al mercado un amplio campo de actuación en materia de seguro, financiamiento y prestación de los servicios de salud. Sus impulsores legitimaron dos ideas que habrían de calar hondo en las posteriores décadas,

* Doctor en Derecho y doctor en Filosofía. Profesor titular de Derecho Constitucional de la Facultad de Derecho de la Universidad del Desarrollo.

a saber: “la noción de que la salud es un bien que requiere de un pago” y que el lucro “es legítimo y necesario” para obtener mejoras sanitarias sustanciales en beneficio de toda la población¹.

Sin embargo, los límites de estas ideas eran ya visibles a fines de la década de 1990, incluso para sus propios defensores, e incidían en el funcionamiento del sistema mixto. Los buenos indicadores globales de salud en el ámbito nacional, fruto innegable de la competencia inicial y de la innovación, se relativizaron ante la inequidad del subsistema de Isapres hacia categorías enteras de la población y ante las deficiencias de atención, de gestión y de recursos del sector público. Las reformas posteriores no han logrado subsanar estos fallos. Con un condicionamiento adicional: el sistema de salud privado chileno se ubica entre los más caros del mundo.

En efecto, en el mercado local, los costos de hospitalización por día, visita médica de rutina o prestaciones hospitalarias comunes son bastante más caros en comparación con la mayoría de los países desarrollados o los países sudamericanos². Con el agravante, según datos de la OCDE, asumidos por la Fiscalía Nacional Económica, que los gastos de bolsillo del paciente representa el porcentaje más alto en relación con el gasto total en salud. Análoga afirmación se aplica a cirugías y exámenes³.

En consecuencia, se puede afirmar *grosso modo*, que el sistema de salud mixto comporta una dualidad: en lo público es defectivo y en lo privado inequitativo y encarecido.

Esta estructura ha afectado el acceso a los medicamentos. Hay diferencias notables en los precios de los medicamentos, según se provean en el sector público o en el privado.

El paciente que por diversas razones no accede a los medicamentos en el marco del Régimen General de Garantías de Salud en los establecimientos asistenciales del sistema público (donde subsisten controversias

¹ AEDO (2001), p. 608. Por “reformas” entiende el sistema implantado por las siguientes normas: el decreto ley 2763 de 1980, el DFL 1-3.063 de 1980, el decreto ley 3626 de 1981 y la Ley n.º 18933 de 1990. El enfoque del autor es el de la liberalización económica como modelo positivo del progreso de la salud en Chile. El estudio no se preocupa de la Ley n.º 18469. Omite, a su vez, la Ley n.º 19650, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud.

² *El Mercurio* (2013). El documento original en INTERNATIONAL FEDERATION OF HEALTH, *Plans 2012 Comparative Price Report Variation in Medical and Hospital Prices by Country*.

³ *La Segunda* (2013). El documento original en FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA, *Mercado de la salud privada en Chile*. Estudio solicitado a la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Octubre 2012. El documento analiza en detalle las deficiencias estructurales y funcionales del mercado de la salud privada, particularmente en lo que se refiere a la estructura de la propiedad de las Isapres (y sus vínculos con laboratorios y centros hospitalarios), y a los mercados de aseguramiento y provisión de la salud. FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2012), pp. 37-178.

sobre las políticas de calidad y seguridad), debe procurárselos en el mercado (directamente en las farmacias, indirectamente a través de las prestaciones al interior del mercado hospitalario privado).

¿Y cómo se estructura y funciona este mercado? Es lo que revisamos a continuación.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS CHILENO

A partir de 1980, el legislador entendió que empresas particulares, organizadas dentro del marco de las garantías constitucionales de la libertad económica y la propiedad privada, podían suministrar libremente los fármacos a la población obteniendo, a la vez, rendimientos económicos. Se sostenía que el interés privado lucrativo armonizaba sin mayor problema con el interés general, por lo que la iniciativa empresarial era capaz de poner a disposición de una población informada y con los incentivos propios de la libre competencia, los medicamentos de calidad, debidamente dispensados, a precios razonables, y con conocimientos adecuados para darles un uso racional.

Por diversos motivos dichas empresas, en los distintos grados de producción, distribución y comercialización de los medicamentos, se centraron cada vez más en sus márgenes de ganancia en desmedro de las exigencias de interés general que impone, por su propia naturaleza, la actividad a la que se dedican, y que se traduce –es importante insistir– en dispensar medicamentos a la población en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, calidad garantizada y utilización racional⁴.

El modo en que se estructura y funciona este mercado ha sido evaluado en diversos estudios⁵. Desde un punto de vista puramente económico, todos coinciden en su disfuncionalidad: la maximización de los beneficios de la industria farmacéutica y las grandes cadenas de farmacias no coincide con la maximización de la utilidad del consumidor, puesto que este tiene que sufragar precios desmedidos en los medicamentos y en las prestaciones del sistema en general, con alta incidencia promedio porcentual para el gasto de bolsillo de los hogares que requieren de servicios de salud.

En el mercado de medicamentos de los veinte años, se puede hablar de tres grandes etapas: la de regulación deficiente (1998-2014), la iniciada por la Ley de Fármacos I (2014 a 2018), cuyas carencias y fallos regulatorios

⁴ Por ejemplo, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004), p. 1.

⁵ VASSALLO (2010). FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2012); MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO. DIVISIÓN DE ESTUDIOS (2013).

dan inicio a una tercera etapa, prevista en el actual proyecto de Ley de Fármacos II, en tramitación (2019).

3. ETAPA DE REGULACIÓN DEFICIENTE DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS (1998-2014)

Hasta la dictación de la Ley de Fármacos I (2014), el mercado de medicamentos chileno presentaba gravísimas deficiencias. Tomando como base el periodo 1998-2014 (sobre el que existen estudios y análisis completos), se podía formular el siguiente diagnóstico⁶:

3.1. *Graves problemas de concentración económica y de ausencia de competencia suficiente.*

- i) En el mercado de provisión de medicamentos, las corporaciones que los producen o importan para comercializarlos en Chile concentran gran parte del mercado, con tendencias al oligopolio con diferenciación de productos. A este nivel, se constata una competencia reducida entre los grandes laboratorios, que, a su vez, poseen la mayoría de los registros farmacéuticos⁷.
- ii) En el mercado de distribución minorista, las tres grandes cadenas de farmacias concentran el 90% de las ventas del país, ostentando un relevante poder de mercado⁸. Hay barreras de entrada a la venta minorista de medicamentos, con costos hundidos casi imposibles de franquear⁹.
- iii) Integración vertical ascendente: las tres grandes cadenas de farmacias controlan laboratorios y distribuidoras de medicamentos¹⁰, generando el incentivo de favorecer los propios productos, con todas sus consecuencias perversas (comisiones de venta, captura de las prescripciones médicas por la vía de incentivos y beneficios, sustitución de receta médica, etcétera).
- iv) Las tres grandes cadenas de farmacias comparten desde hace años posiciones de dominio en la comercialización de medicamentos,

⁶ Utilizamos aquí los resultados publicados en ALVEAR (2013), pp. 133-141

⁷ VASSALLO (2010), pp. 5, 16-24, 56-57.

⁸ MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO. DIVISIÓN DE ESTUDIOS (2013), p. 3.

⁹ VASSALLO (2010), p. 6.

¹⁰ *Op. cit.*, pp. 12, 25, 86. Paralelamente existe integración vertical descendente entre Isapres y prestadores de salud (en especial clínicas privadas), y estos con fondos de inversión. Los últimos, a su vez, invierten en laboratorios. Los detalles en FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2012), pp. 37-71. Su valoración en *op. cit.* pp. 173-177.

con frecuente interacción entre ellos para mejorar sus márgenes de rentabilidad.

Lo anterior ha afectado la accesibilidad de los medicamentos:

- a) La baja elasticidad en la demanda de remedios éticos (aquellos que requieren receta médica), hace posible el incremento arbitrario de precios sin que pueda disminuir sustancialmente la demanda¹¹.
- b) El año 2012, las tres grandes cadenas fueron condenadas por el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia y la Corte Suprema por fijar concertadamente, con la ayuda de los laboratorios proveedores de los productos, el alza del precio de venta al público de 206 medicamentos, de casi nula sustitución. Se trataba en gran parte de remedios éticos de enfermedades crónicas y agudas¹². El año 1995 ya habían sido objeto de una condena análoga¹³.

3.2. Graves problemas de atención farmacéutica

La lógica de la utilidad y del aumento de los márgenes de ganancia se ha convertido en un criterio primordial para proveer de medicamentos a los chilenos, con un cúmulo de efectos distorsionantes para su accesibilidad y disponibilidad:

- i) Las farmacias adoptan el formato *drugstore* y el modelo de negocios *retail*, en convenio con las principales casas comerciales del país, para que los pacientes devenidos en clientes obtengan crédito, y aumente la rentabilidad del negocio¹⁴.
- ii) Detrimento del papel profesional del químico-farmacéutico y protagonismo exclusivista de la gestión y estrategia de venta.
- iii) Millonarias estrategias de *marketing* para fidelizar a los clientes, cuyos costos pagan los mismos clientes.
- iv) Ejecutivos especialmente contratados para obtener mayor utilidad de los medicamentos (*category manager*).
- v) El precio de los remedios se encarece por el pago a diversos agentes que, ocupando diferentes papeles, participan en las distintas etapas del proceso comercial.
- vi) Incentivos económicos para la prescripción y venta de determinados fármacos. Los incentivos para la prescripción son utilizados general-

¹¹ VASSALLO (2010), pp. 6, 8, 57.

¹² CORTE SUPREMA (2012), considerandos décimo tercero, septuagésimo sexto, septuagésimo séptimo y octogésimo octavo, n. 9. TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA LIBRE COMPETENCIA (2012).

¹³ COMISIÓN RESOLUTIVA ANTIMONOPOLIO, determinación n.º 432, 16 de mayo de 1995, que condena a Farmacias Ahumada, Farmacias Cruz Verde, Comercial Salco y Farmacias Brand, por conductas de colusión.

¹⁴ CASTILLO (2009), pp. 5-6.

mente por los laboratorios que fabrican o compran el principio activo desarrollado por el laboratorio de investigación y lo comercializan. Los incentivos para la venta son adoptados por las grandes cadenas de farmacias con el objetivo de comprometer en la estrategia comercial al personal que expende los medicamentos¹⁵.

3.3. Graves problemas de derecho del consumidor

Anómalas condiciones de comercialización perjudican el estado de accesibilidad, disponibilidad y uso racional de los medicamentos:

- i) Ausencia de información relevante para conocer las razones del alto valor o del incremento del precio final de los remedios, lo que es especialmente grave tratándose de medicamentos éticos¹⁶.
- ii) Falta de transparencia en la información sobre el precio, calidad y efectividad del fármaco en correlación con sus sustitutos disponibles.
- iii) La carga de la búsqueda del medicamento más accesible se traslada al consumidor cuando la farmacia no cumple con su obligación (hasta el 2011 inexistente) de dar información visible sobre sus precios¹⁷.
- iv) Práctica de conservación de los datos sensibles de los pacientes extraídos de las recetas médicas para técnicas de mercadeo.
- v) En razón de los incentivos económicos de los agentes de venta, de las estrategias de publicidad y de las asimetrías de información, el consumidor, carente de conocimientos especializados en componentes activos y en porcentajes de concentración o pureza de los medicamentos que usa, queda expuesto a lo que el vendedor le pueda recomendar de acuerdo con el criterio de utilidad comercial¹⁸.

¹⁵ Las prácticas ii), iii), iv), v) y vi), en las que inciden los problemas de estructura y funcionamiento del mercado de medicamentos, son reconocidas a partir del año 2010 por las autoridades de salud y los distintos actores del mercado involucrados. SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE SALUD, *Primer Informe*, 15 de julio 2010 sobre reforma del *Código Sanitario* (Boletines n.ºs 6523-11, 6037-11 y 6331-11, refundidos), pp. 6-46. En cuanto al ánimo exclusivista de lucro, véase deposición reproducida en CORTE SUPREMA (2012), considerando vigésimo sexto, n.º 3, letra c.

¹⁶ Un ejemplo, entre otros. El inhalador presurizado Salbutamol, que la Central Nacional de Abastecimiento, Cenabast, vendía a \$690, en las cadenas de farmacias se ofrecía a \$ 6010, promedio. El inhalador Budesonida, que en Cenabast estaba a \$ 1664, en las cadenas se expedía a \$16 103, promedio. El Salmeterol que Cenabast ofrecía a \$ 4 119, en las grandes cadenas ascendía a \$26 875, promedio. CASTILLO (2009), pp. 4-5. Los datos de los dos primeros insumos son reproducidos en CORTE SUPREMA (2012), considerando septuagésimo séptimo.

¹⁷ MUÑOZ (2011), p. 38. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2009), decreto n.º 142 del 10 de diciembre del 2009. Vigencia desde el 1 de febrero del 2011.

¹⁸ El presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de Farmacias de Chile declaró que en algunas cadenas de farmacias alrededor del 80% de la remuneración mensual de un

vi) Los fármacos en las clínicas también son un problema. En precios de insumos y medicamentos en hospitalización, se han detectado diferencias de hasta un 345%, y, en general, el usuario no cuenta con un mecanismo de acceso fácil y expedito para informarse¹⁹.

El denominador común de las falencias precedentes es la afectación del acceso a los medicamentos de la población por la vía del encarecimiento sistemático de los precios, tendencia comprobada desde 1999. Con el alza de precios se benefician no solo las cadenas de farmacias, sino, también, los laboratorios que operan en nuestro país²⁰.

3.4. Datos estadísticos

En el periodo 2002-2008, los precios se incrementaron nominalmente en un 68% para los medicamentos de marca, un 46% para los similares y un 32% para los genéricos, con una evolución incremental mayor al IPC y al índice del sector salud.

Las estadísticas de la década 1999-2008 indican:

- a) el consumo anual de medicamentos se ha mantenido (en unidades), pero su costo asociado se ha incrementado en aproximadamente el doble y
- b) el gasto de bolsillo promedio en este periodo corresponde a un 40 a 50 % de los presupuestos familiares destinados a la salud²¹.

Hay otras estadísticas sintomáticas, si bien incompletas en cuanto al tiempo o factores medidos. Investigaciones encargadas por el MINSAL llegaron a la conclusión de que durante el quinquenio 1999-2003 el costo de la vida (IPC) en Chile aumentó en un 14,07%, mientras el precio promedio de los medicamentos lo hizo en un 63,46%. Mientras tanto, entre los años 1995-2002, la rentabilidad promedio de las cadenas de farmacias aumentó sistemáticamente de un 19% a un 30%²².

Otros estudios han acreditado que en nuestro país el precio de los fármacos es proporcionalmente más alto que el ingreso promedio, a diferencia de los países desarrollados²³. Asimismo, según consta en la sentencia de la Corte Suprema ya citada, las tres grandes cadenas de farmacias alza-

trabajador corresponde a comisiones por venta de determinados fármacos. SENADO DE LA REPÚBLICA (2010), *Segundo Informe*, 3 de enero 2012 sobre reforma del *Código Sanitario*, p. 20.

¹⁹ SERVICIO NACIONAL DEL CONSUMIDOR (2011),

²⁰ MINISTERIO DE SALUD (2004), p. 2.

²¹ MINISTERIO DE SALUD (2010), pp. 15- 17.

²² MINISTERIO DE SALUD (2004), pp. 2-3.

²³ DANZON y FURUKAWA (2005), p. 527.

ron sus precios entre diciembre de 2007 y abril del 2008 en un promedio de incremento de un 48%, llegando en no pocos casos a más del 100%, en circunstancias que el precio de compra no sufrió variación superior al 1%²⁴.

Relacionado con la accesibilidad, hay también problemas de disponibilidad. Dado que existen importantes diferencias de precios entre productos de marca, similares y genéricos, las cadenas de farmacias prefieren poner a disposición los medicamentos de marca y no sus sustitutos bioequivalentes, pues así obtienen mejores ganancias²⁵. En todo este cuadro, ha disminuido (cuando los hay) la venta de sustitutos de los remedios caros. Entre 2008 y 2012, por ejemplo, las unidades vendidas de genéricos decrecieron en un 14,6% en las tres principales cadenas farmacéuticas²⁶.

Asimismo, no existe correlación entre el número de farmacias, ubicación geográfica y disponibilidad de los medicamentos. Las cadenas instalan locales donde pueden obtener mayores beneficios económicos, por lo que existen comunas donde no hay farmacias, y amplias zonas, densamente pobladas, con escasos locales²⁷.

3.5. *Evaluación desde el derecho de la libre competencia*

Las cifras precedentes pueden ser leídas de diversa manera. Sin embargo, de ellas se deduce una conclusión indiscutible: que el mercado de medicamentos no funciona como la teoría económica, el derecho de defensa de la competencia y el derecho de protección al consumidor nos dicen que debiera funcionar. El mercado *real* de medicamentos no coincide con el mercado que *debiera ser*.

Para que se mida el calado de esta conclusión se han de volver a mirar algunos de sus detalles, pero ahora con un cariz comparativo desde la propia lógica de mercado que los ampara:

²⁴ Un análisis general de los precios en el mercado y sus determinantes, así como de los precios de venta del Estado, en VASSALLO (2010), pp. 31-49.

²⁵ SERVICIO NACIONAL DEL CONSUMIDOR (2012). Constata que en septiembre 2012 (a) las tres grandes cadenas de farmacias comercializan solo un 23% de los bioequivalentes disponibles, y (b) el precio de los bioequivalentes es hasta casi veinte veces más económico que su medicamento de referencia.

²⁶ MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO (2013), pp. 2, 4-11. Para el periodo 2008-2012, el Informe Ims Health (2013) también destaca la tendencia al alza en los precios, tanto en los fármacos de venta directa como en los sujetos a receta médica. El precio promedio de los medicamentos se elevó un 23,1%. En el mismo periodo los ingresos de las farmacias se incrementaron un 34,1%: en 2008 las ventas fueron por \$545 446 000, en 2012 por \$731 424 000. Del total, los mayores ingresos se obtienen porcentualmente por la venta de los medicamentos más caros.

²⁷ VASSALLO (2010), pp. 26-27.

3.5.1. En cuanto a la estructura del mercado de medicamentos

- La integración vertical entre distribuidores (farmacias) y productores / importadores (laboratorios), tal como está operando, perjudica la competencia *suficiente* en la oferta de medicamentos en sus distintos niveles²⁸.
- El fenómeno de concentración oligopólica de las tres grandes cadenas de farmacias impone barreras de entrada de tal entidad que, en concreto, vulnera actual o potencialmente la *libertad de acceso* al mercado de las pequeñas y medianas empresas y la *libertad de permanencia* en el mercado de las llamadas farmacias independientes. Sin la libertad de las pequeñas y medianas empresas la *libre competencia* es una ilusión.
- La integración y concentración precedentes otorgan a las cadenas de farmacias un poder determinante para manejar los precios, en especial tratándose de situaciones de demanda con poca elasticidad, como es el caso del mercado de medicamentos éticos. Lo cual altera la imagen maestra del mercado donde los precios los fija el *libre* juego de demandantes y oferentes al interior de un mecanismo que se supone neutro. En la práctica, los demandantes quedan maquiñalmente en la condición de precio aceptantes pasivos.

3.5.2. En cuanto al funcionamiento del mercado

- La integración y concentración aludida tolera o permite a una de las partes –productores y distribuidores– marginar utilidades sostenidas en el tiempo, exista o no colusión entre ellos. Laboratorios y cadenas de farmacias quedan en condiciones de maximizar siempre sus beneficios a cargo de los consumidores, que se ven perjudicados en la maximización de su utilidad (salvo en situaciones de “guerra de precios”). Lo que atenta contra una de las funciones esenciales del mercado: la *eficacia* en la asignación de los recursos.
- La información sobre los productos del mercado de medicamentos es por naturaleza *asimétrica*: para conocer la forma de medicación y la calidad de los fármacos e insumos médicos se requiere de un conjunto de conocimientos técnicos que normalmente están fuera del alcance del consumidor medio. La elección de mercado del consumidor depende en gran parte de terceros: del médico prescriptor o

²⁸ Hablamos de competencia *suficiente* y no de competencia *perfecta*, paradigma hoy discutido. ALVEAR (2017), pp. 111-139. En el contexto de prestadores de salud, la integración vertical comporta la generación de nuevas barreras de entrada y la suavización de la competencia por calidad. FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2012), pp. 174-175.

del farmacéutico. Pero si dicha elección depende del agente de venta, como es recurrente en Chile, y este es impulsado exclusivamente por el afán de lucro, se distorsiona gravemente las condiciones de *racionalidad* en la libre elección del demandante. Racionalidad que, se supone, es una de las bases de la economía de mercado²⁹.

3.5.3. En cuanto al vínculo con el consumidor

Entre los agentes económicos del mercado de medicamentos, el paciente devenido en consumidor es el más afectado. No conoce a ciencia cierta el motivo del alza sostenida de los precios de los medicamentos; solo puede resignarse a su destino: pagar. Hay informaciones parciales sobre la notable desproporción entre determinados precios que ofrece Cenabast y los que fijan las cadenas de farmacias por un mismo producto. U otras situaciones aún más graves: la discriminación de precios de los laboratorios internacionales.

Pero las preguntas fundamentales quedan sin respuesta: ¿qué porcentaje del incremento de utilidades de este periodo corresponde al mayor volumen de ventas y cuál al mayor margen de ganancia por unidad vendida? ¿Qué porcentaje del alza sostenida de los precios se debe al aumento de utilidad neta, cuál a la inversión en técnicas de mercadeo y publicidad, o al simple crecimiento de la empresa para maximizar sus ganancias?

El Estado parece no tener herramientas para transparentar esta opacidad. Solo se sabe una cosa: que *lo que paga el paciente por el producto no es solo el producto*: es una suma, para él aleatoria, de condiciones de venta, sobre las cuales él no tiene posibilidades de optar. Fruto característico de los *mercados oligopólicos sin garantías* para el consumidor³⁰.

²⁹ Desde el ángulo de la filosofía económica, el mercado es susceptible de diversa valoración. En rigor, depende del papel que se le asigne al interior de la sociedad en función de las diferentes teorías económicas (vr. gr., escuela neoclásica, keynesiana, austríaca, ordoliberal, doctrina social de la Iglesia, etc.). Cuando la valoración del mercado se extiende más allá de lo propiamente económico y connota una cosmovisión de cómo debe ser la sociedad, nos encontramos ante la *ideología* de mercado. En ella, el mercado desorbita sus propias funciones y pasa a ser un metacriterio definitorio de toda asignación o distribución de bienes humanos y canon primordial de relacionamiento social. Sobre la distinción entre mercado como *ideología* y mercado como *realidad*, ALVEAR (2017), pp. 112-121, 278-284.

³⁰ En Europa, vr. gr., también hay mercados oligopólicos, pero con ciertas garantías para el consumidor en cuanto al precio y a la información sobre los medicamentos. En cuanto a esto último, por ejemplo, se puede conocer fácilmente cuál es el precio de venta de laboratorio de los medicamentos, cuál es el margen de utilidad del mayorista y el margen de utilidad de la farmacia minorista. ANTONANZAS *et al.* (2005), p. 156. Los datos actualizados, por ejemplo, para España, se pueden encontrar en la página web de *farmaindustria*. Lo mismo dígase del resto de los países europeos, en el ámbito nacional o comunitario.

La conclusión se impone una vez más: el mercado de medicamentos en Chile es deficitario, puesto que *distorsiona* las reglas del libre mecanismo de la oferta y la demanda. Hay una imposición, por una de las partes, de las condiciones objetivas (precios, a veces cantidades) del intercambio.

Es importante insistir en esta conclusión por dos razones. Primero, porque es difícil que las condiciones defectivas del mercado de medicamentos puedan ser superadas desde la lógica exclusiva del mercado. Segundo, porque el Estado tiene el deber de garantizar el acceso a los medicamentos, en la misma medida en que el mercado se muestre defectivo por estructura o funcionamiento. En este punto, el interés del consumidor coincide materialmente con el mandato constitucional de proteger el derecho a la salud.

3.6. *La mirada desde el derecho constitucional*

En esta etapa de regulación deficiente, los analistas pensaron en tres grandes proyectos de solución. Están contenidos en el Informe Ims Health (2013)³¹, el Informe Vassallo (2010)³² y el Informe Pucv (2012)³³.

³¹ Como única solución, el Informe Ims Health propone extender la comercialización de medicamentos de venta directa a los establecimientos comerciales. Estima que, de acuerdo con las reglas de la competencia, se ampliará la cobertura de la oferta y, en consecuencia, se reducirán los precios en dicho segmento de fármacos. MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO (2013), pp. 13-14. A nuestro juicio, este es un ejemplo característico de cómo la *ideología* del mercado paraliza la posibilidad de una solución inteligible e integral a las deficiencias reales que sufre este, particularmente agudas tratándose de aquellos medicamentos que precisamente no son de venta directa, y que, por tanto, no recibirían ningún arreglo.

³² Analizando el mercado de medicamentos en su conjunto, Carlos Vassallo propone una regulación sistemática, que supone implementar medidas concretas en dos dimensiones: (a) sobre el mercado, normas de regulación técnica, económica y de vigilancia a cargo de órganos contralores ya existentes, así como estrategias de información a pacientes, prescriptores y dispensadores; b) sobre el Estado, deberes de provisión mínima en la selección, compra, distribución y utilización de medicamentos. Todo lo cual supone, para su sostenibilidad, la transformación de Cenabast en empresa pública. VASSALLO (2010), pp. 91-125. En su estudio es notable el equilibrio entre el papel asignado al mercado (libre y suficientemente competitivo) y la función que atribuye al Estado como proveedor de medicamentos, que podría asimilarse, con correcciones, al concepto de “Estado garante” del derecho comunitario europeo. En este sentido, hay que observar que las medidas propuestas suponen el uso de técnicas conforme al mercado y están destinadas en su conjunto a compensar socialmente sus deficiencias en el ámbito del acceso y de la competencia de los medicamentos en todos sus grados. Estimamos, sin embargo, que solo indirecta y eventualmente quedaría solucionado el problema gravitante del alza sistemática de los precios.

³³ El Informe PUCV se enfoca en el mercado de aseguramiento y provisión de la salud, que transversalmente toca el acceso a los medicamentos, como componentes integrales de las prestaciones de salud otorgadas directamente por las clínicas privadas y aseguradas por las

Empero, mirada las cosas desde el derecho constitucional, se requiere de un enfoque más amplio e integrado, que encuentra su matriz no solo en principios económicos –como la lógica del mercado y de la libre competencia–, sino, también, en principios sociales, particularmente la subsidiariedad activa y la protección de la salud como derecho fundamental. En otros términos, una vez constatadas las deficiencias del mercado, se impone la necesidad de superarlas dentro del esquema de los derechos sociales “plurivalentes”³⁴.

Esto significa que, dentro de los marcos de una economía social de mercado³⁵, se puede avanzar en el ámbito de la salud en varias direcciones jurídicas: los “derechos prestaciones”, que facultan para exigir un beneficio o prestación determinada; los “derechos libertad”, que garantizan a la asociación privada ámbitos de autonomía razonable para prestar servicios de salud; y los “deberes del Estado”.

La salud, como derecho subjetivo, tiene un carácter justiciable muy diverso, y a veces nulo. Precisamente por ello, el Estado debe asumir obligaciones al respecto. Los deberes del Estado se traducen, por mandato constitucional, en el deber general de promoción y protección de la salud, particularmente en su dimensión objetiva, donde se integran los medicamentos como bienes básicos de la prestación de salud y del proceso terapéutico³⁶.

Isapres. Las propuestas de regulación son todas conforme al mercado y buscan disminuir sus deficiencias tanto respecto de los planes de salud (reducción de la asimetría de información respecto de su calidad y valor, control del alza de precios mediante el IPC de la salud, mengua de la cautividad al interior del sistema, etc.) como de sus prestadores (superación de la falta de transparencia en los indicadores de precio y de calidad por servicio y gestación de mecanismos de elección realmente libres). Hay también recomendaciones indicativas sobre la estructura de la propiedad. FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2012), pp. 179-185. Es de lamentar que un documento tan fundado se limite a proponer técnicas conforme al mercado *chileno* en particular, y no al mercado en general. Dado que muchos de los déficits del mercado chileno son estructurales, se puede prever, si no nos equivocamos, que dichas técnicas, de aplicarse, servirán solo para aminorar los problemas, pero no para solucionarlos.

³⁴ Es “plurivalente” porque en la noción de derechos sociales se debe integrar distintos elementos jurídicos –derechos, libertades, deberes estatales– determinados en mayor o menor medida por la capacidad política y económica del Estado y la colaboración asociativa de los privados. Todo, con la finalidad de satisfacer no los ideales utópicos igualitarios, sino las condiciones reales de una vida digna para una población histórica y concreta. Sobre los derechos sociales como derechos “plurivalentes”, ALVEAR (2017), pp. 252-265 (en el capítulo dedicado a los derechos sociales).

³⁵ Para la noción de economía social de mercado y su distinción con la economía liberal de mercado, ALVEAR (2017), pp. 303-311.

³⁶ Para algunos, los derechos fundamentales tienen una dimensión subjetiva (derechos subjetivos) y una dimensión objetiva (bienes o valores), a cuya “fuerza expansiva” el Estado se debe, al menos en cuanto a su promoción. Extremando algo las cosas, la doctrina alemana conoce esta dimensión como “la concepción institucional de los derechos fundamentales”. DIEZ-PICAZO (2008), pp. 63-64.

Se trata, en general, de deberes de “medios” y no de “resultados”. Eso no los convierte en meros anhelos programáticos. Al contrario, suponen el desarrollo de políticas públicas y de concreciones normativas destinadas a la implementación de un sistema de salud universal y de calidad, y de una provisión accesible de medicamentos, de acuerdo con los estándares internacionales.

Lo que, a su vez, implica una ampliación de derechos subjetivos en materia de salud a través de fórmulas jurídicas lo suficientemente precisas. Pero, también –y no hay que olvidarlo– la garantía de las libertades asociativas. El impulso de los privados es vital para la innovación y el desarrollo moderno de la provisión de la salud y de los medicamentos. Los abusos de los privados –en Chile, casi constante– no justifica la denegación de sus espacios legítimos de libertad, o la vulneración de la propiedad implicada en estos mercados. *Abusus non tollit usum*, decían los romanos.

Por otra parte, hablamos mucho del *abusos de los privados*, pero ¿y el *abuso del Estado*? En la materia, no se escapa a nadie que hay todo un mundo que atender y precaver.

4. ETAPA INICIADA POR LA LEY DE FÁRMACOS I (2014 AL 2018)

De alguna manera, la Ley de Fármacos I (Ley n.º 10724, del 14 de febrero de 2014, que modifica el *Código Sanitario* en materia de regulación de farmacias y medicamentos) desarrolla los deberes del Estado en materia de salud, en la dirección apuntada precedentemente. Pero con deficiencias no menores. Lo que explica el proyecto de ley de Fármacos II y su actual discusión.

Para entender el problema revisemos muy brevemente la historia de la Ley de Fármacos I y las soluciones que propuso.

4.1. *Objetivos y soluciones de la Ley de Fármacos I*

En 2014, tras cinco años de debate, el Congreso aprobó al fin, con el voto de todos los sectores, la Ley de Fármacos I. La regulación tuvo su origen en proyectos dispares (*Boletines* n.ºs 6523-11, 6037-11, 6331-11 y 6858-11, refundidos): unos buscaban impedir los incentivos económicos ilegítimos en la prescripción y dispensación de medicamentos; otros pretendían dignificar la receta médica, reivindicar el papel del químico-farmacéutico, transparentar la oferta de productos o mejorar la información comparativa de precios al servicio del usuario. Todos esperaban enmendar sustantivamente las falencias de nuestro mercado de medicamentos.

La ley pretendió incidir en este mercado con una serie de medidas (algunas bastante obvias), que, a primera vista, aparecen como soluciones fragmentarias, principalmente modificaciones o adiciones al *Código Sanitario*. Por ejemplo, los precios visibles en las farmacias, la disponibilidad de los bioequivalentes, la posibilidad de comprar fármacos de manera fraccionada, la prohibición de publicidad de medicamentos sujetos a receta médica.

Empero, la ley es susceptible de leerse con un cierto significado unitario. Hay una definición más clara del papel que le cabe cumplir a las farmacias, una delimitación más precisa de los medicamentos que deben dispensarse a través de ellas y exigencias más estrictas en cuanto a su venta y publicidad. En otros términos, la Ley de Fármacos ¹ regula el mercado de medicamentos, estableciendo nuevos requisitos y modalidades –si bien, parciales– para los *sujetos* que intervienen en él, para los *productos* que se venden y para la *actividad* comercial que se articula en torno a ellos.

En cuanto a los *sujetos* del mercado de medicamentos, se dispone que las farmacias deben ser dirigidas técnicamente por un químico-farmacéutico, el que debe estar presente durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, y que corresponde a estos profesionales realizar o supervisar la dispensación adecuada de los productos farmacéuticos (artículo 129 A del *Código Sanitario*). Esta disposición nos aproxima, sin llegar a él, a un modelo jurídico que es característico de la legislación de los países desarrollados: la exigencia de la farmacia profesional, donde los medicamentos no son considerados únicamente bienes comerciales, sino bienes de interés general, que han de ser “dispensados” por químico-farmacéuticos y otros especialistas, y no solo “expedidos” por agentes de venta, de acuerdo exclusivamente con estrategias comerciales.

En este último sentido, la nueva legislación limita la *actividad* comercial de los distintos agentes que participan en el mercado de medicamentos. En primer lugar, se prohíbe la publicidad (comercial) de los medicamentos esenciales. En segundo lugar, quedan prohibidos los incentivos económicos que otorgan algunos laboratorios, distribuidores mayoristas o farmacias, según los casos, a fin de que se prescriban o vendan determinados fármacos.

Como se sabe, los incentivos para la prescripción se dirigen a los médicos para que en sus recetas privilegien marcas específicas. Han sido utilizados especialmente por los laboratorios que fabrican o compran el principio activo desarrollado por los laboratorios de investigación. Por su parte, los incentivos para la venta han sido adoptados por farmacias con la finalidad de comprometer en la estrategia comercial al personal que expende los medicamentos, a fin de marginar mayores utilidades. Es lo que en la jerga común se conoce como “canela”.

En cuanto a los medicamentos en sí mismos, también se dispuso nuevas medidas. La ley intenta garantizar su disponibilidad y accesibilidad en el

sector privado, tal como se viene ensayando, por otros medios, en el sector público, sobre todo a partir de la ejecución de la *Política Nacional de Medicamentos de la Reforma de Salud* (resolución exenta n.º 515 del 2 de abril de 2004, Ministerio de Salud), reforzada el año 2012 con la *Política e Institucionalidad para la compra y abastecimiento de fármacos e insumos médicos* de la Dirección de Presupuesto, entre otras.

En coherencia con ello, la Ley de Fármacos ¹ arbitra tres medidas, todas las cuales respetan el dinamismo interno del mercado:

- i) los establecimientos farmacéuticos deben contar no solo con medicamentos de marcas (los más caros), sino, también, con sus sustitutos bioequivalentes (mucho más baratos);
- ii) en la receta médica la prescripción del fármaco debe individualizarse no solo por la marca o nombre de fantasía, sino, también, por su denominación genérica, a fin de facilitar su intercambio;
- iii) se otorgan competencias específicas a organismos del Estado (ISP, Cenabast) para garantizar el abastecimiento o accesibilidad de medicamentos para la población.

Queda pendiente, sin embargo, la discusión sobre la acreditación de los bioequivalentes en Chile, pues no todos los productores de medicamentos cumplen con las buenas prácticas de manufactura (GMP en inglés).

Las dimensiones aludidas de la regulación del mercado de medicamentos (sujetos, objetos y actividades) no se identifican de manera clara en el articulado de la nueva ley. Se nota que no se ha querido avanzar en una regulación sistemática de este mercado, ni explicitar los principios generales que deben regir en su interior, con especial atención a los derechos fundamentales en juego, entre otros, libertad de empresa, derecho de propiedad y derecho a la salud. Tan solo se ha dado solución a las dificultades más urgentes, desde una mirada más pragmática, casi transaccional.

De ahí que muchos problemas hayan quedado pendientes.

En este sentido la Ley de Fármacos ¹ es una *mala* ley. Porque no abordó de un modo unitario y sistemático el mercado de medicamentos, debiendo haberlo hecho. El mercado de medicamentos es una actividad esencialmente vinculada al interés general en razón de su objeto (la salud de la población). Pide una técnica de regulación *específica* que garantice dicho interés general, estableciendo exigencias o requisitos integrales tanto al sujeto que realiza la actividad como a la actividad misma. Solo se avanzó en medidas “parche”, algunas efectivas en su parcela de aplicación, otras ineficaces. Incluso, más de alguna disposición ha resultado perjudicial

4.2. Los graves problemas que quedaron pendientes

Apenas un año después de publicada la Ley de Fármacos I, el 10 de marzo de 2015, se presentó una moción parlamentaria, con el objetivo de modificar nuevamente el *Código Sanitario*, para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias³⁷. Es conocida como el proyecto de ley de Fármacos II.

En la exposición de motivos se afirma:

“el mercado completo de medicamentos, esto es, farmacias, distribuidores, laboratorios, médicos y dependientes de la venta en farmacias, participan de un industria que opera en condiciones que tienden a la colusión y el abuso de posición dominante en todos los niveles de la cadena productiva”³⁸.

O sea, los problemas centrales del mercado de medicamentos no han sido resueltos por la Ley de Fármacos I. El texto constata, además, que sigue existiendo “un reducido número de competidores (laboratorios) en el mercado de productores, los cuales tienen la mayoría de los registros farmacéuticos”; que “tres cadenas de farmacias concentran más del 90% de las ventas la comercialización privada de farmacéuticos”; que “se evidencia una integración vertical del proceso productivo de medicamentos”, donde

“los laboratorios producen los medicamentos que se venden luego en las cadenas y una integración con droguerías y distribuidoras para fijar el precio y condiciones de compra y venta del mercado”.

Hay, además, una “frecuente interacción entre competidores”, y “baja elasticidad de precio de la demanda de medicamentos éticos, lo cual facilita el aumento arbitrario de rentas”³⁹.

En lógica con estos datos, la Fiscalía Nacional Económica (FNE) inició, el 24 de abril de 2018, un estudio sobre el mercado de medicamentos. Entre las razones que justifican la iniciativa se encuentra, junto a la baja contestabilidad en el mercado,

“el nivel de concentración que existe en el canal de retail, que eleva el riesgo de ocurrencia de prácticas anticompetitivas que en el pasado han tenido efectos negativos para los consumidores”⁴⁰.

³⁷ *Boletín* 9914-11.

³⁸ *Op cit.*, p. 1.

³⁹ *Op. cit.*, pp. 2-3

⁴⁰ FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2018), p. 6.

Asimismo, teniendo en vista que los medicamentos

“son bienes de confianza (credence goods), debido a la dificultad para que una persona no experta evalúe adecuadamente su valor antes, durante y después del consumo”,

las decisiones de compra de los pacientes son condicionadas por el médico y el dependiente de la farmacia. Ambos –como ha ocurrido y se suponía que estaba desterrado– pueden ser capturados por incentivos económicos provenientes de diversos agentes, que pulsan por la venta de determinados medicamentos, sin atención al costo que esto significa para el paciente⁴¹.

La Fiscalía Nacional Económica alude a otras dos cuestiones de importancia. Primero, la deficiente aplicación de la política de bioequivalencia, que ha debilitado la intercambiabilidad de los medicamentos (los medicamentos más caros –los innovadores de marca– quedan sin sustitutos). Tal deficiencia proviene, en parte, de fallas regulatorias: la Ley de Fármacos 1 no exigió que todos los medicamentos genéricos sean bioequivalentes de los innovadores. A esto se suma que el proceso de acreditación de bioequivalencia no es completamente satisfactorio en cuanto a la acreditación de la calidad; y que su costo ha resultado demasiado alto, por lo que muchos fármacos no han procedido a certificarse⁴². De hecho, se estima que el 70% de los productos farmacéuticos en circulación aún no entran en régimen de exigencia de demostración de bioequivalencia (lo que es esencial para mejorar el acceso a medicamentos de calidad)⁴³.

También ha habido problemas con las patentes de invención. Con ellas, los laboratorios protegen legítimamente la producción de medicamentos innovadores. Pero se han dado diversas prácticas –especialmente de *feen-sing* y *co-marketing*– por las que se busca extender de un modo artificial la protección del producto, a fin de obtener rentas monopólicas⁴⁴.

La FNE hace ver que las deficiencias no se reducen al ámbito privado. En la compra de medicamentos por licitaciones públicas se ha dado un número relevante de casos donde los hospitales públicos han afectado la competencia, excluyendo de forma arbitraria a potenciales proveedores⁴⁵.

⁴¹ FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2018), p. 7.

⁴² *Op. cit.*, p. 6.

⁴³ SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE SALUD (2019) p. 9.

⁴⁴ FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2018), p. 5.

⁴⁵ *Op. cit.*, p. 6.

4.3. *A pesar de la Ley de Fármacos I, nada ha cambiado en lo grueso*

En este cuadro, el precio de los medicamentos en Chile y su incidencia en el bolsillo del paciente es una máquina que no se ha detenido, particularmente en las tres grandes cadenas de farmacias. Las estadísticas son conocidas y se proyectan, también, a la etapa de vigencia de la Ley de Fármacos I. Continúa la tendencia sostenida al alza con una evolución incremental mayor al IPC, incluso al índice del sector salud. Se han incoado, incluso, viajes “turístico-farmacéuticos” por parte de muchos compatriotas que deben salir al extranjero a comprar medicamentos, cuando no encuentran sustitutos accesibles en el mercado chileno.

En esta línea, de acuerdo con una investigación del CEP, entre el año 2012 y 2016, el gasto promedio de “bolsillo” en salud de los chilenos ha crecido en términos reales en un 50%.

El fenómeno tiene muchas bajadas. En una polémica no zanjada, la Asociación de Productores Locales de Medicamentos (Prolmed) imputó a las tres grandes cadenas de farmacias de vender hasta tres veces más caros los medicamentos que adquieren. Un paracetamol en gotas, por ejemplo, cuyo precio de lista promedio en los laboratorios es de \$ 4 050, en las grandes cadenas se vende a \$11 490. Para complicar más las cosas, el estudio de Prolmed agrega otra variable comparativa: los precios en las farmacias independientes son más bajos, hasta en un 48%, que los fijados por las grandes cadenas⁴⁶.

A su vez, las farmacias acusan a los laboratorios internacionales de una abusiva discriminación de precios. Llegan a hacer una diferencia entre Chile y Europa de hasta diez veces. También en relación con el resto de los países latinoamericanos: el mismo medicamento se vende en Chile, en promedio, al doble. Asimismo, al interior del mercado chileno, la diferencia por un mismo fármaco puede llegar a diecinueve veces, entre lo que laboratorios ofrecen al Estado (Cenabast) y lo que ofrecen al mercado privado⁴⁷.

Por otra parte, los laboratorios tienden a disminuir o acabar con la fabricación de genéricos, para favorecer sus productos de marcas. Esta tendencia puede volver imposible, en el futuro, la intercambiabilidad de los medicamentos caros.

Y así, 198 medicamentos (siete principios activos) han dejado de venderse en Chile en los últimos cuatro años. La mayor parte de ellos corres-

⁴⁶ *El Mercurio* (2018a).

⁴⁷ Deposition del presidente de la Asociación de Farmacias Independientes y del gerente general de Farmacias Ahumada, SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE SALUD (2019), pp. 29-30.

ponde precisamente a los “genéricos”, que son los de precios más bajos⁴⁸. Sería, para algunos, un efecto no previsto de la Ley de Fármacos, regalo de nuestros sabios legisladores, que, además, habría desincentivado a los pequeños competidores a invertir en bioequivalentes.

Asimismo, en un reciente estudio del Sernac, se constata que

“la gran brecha de precios entre bioequivalentes con denominación genérica y medicamentos originales o innovadores se ha mantenido relativamente estable en el tiempo”⁴⁹.

En caso de enfermedades crónicas o de alta demanda, la brecha llega a extremos: en el Omeprazol de 20 mg es de 3 162,8%; en el Atenolol de 50 mg es de 1950,7%. El problema es que, muchas veces, los sustitutos bioequivalentes o no existen, o no están disponibles en las cadenas de farmacias, o simplemente no se ofrecen⁵⁰.

Una vez más, nada de sustancial ha variado desde la publicación de la Ley de Fármacos I.

De acuerdo con información consolidada a enero de 2019, los precios de los medicamentos perjudican particularmente a la población más añosa⁵¹, y, en general, a los que padecen de enfermedades regulares, cualquiera sea su condición, pues sus hogares tienen que sufrir la mayor concentración de gasto de bolsillo⁵². Si se desglosa el gasto de medicamentos, los que se llevan, en promedio, una mayor proporción, son los destinados al aparato digestivo (18,8%), aparato respiratorio (11,6%), sistema nervioso (9,1%), aparato génito-urinario (8,0%) y dermatológicos (7,2%)⁵³.

⁴⁸ *El Mercurio* (2018b).

⁴⁹ SERVICIO NACIONAL DE CONSUMIDOR (2018), p. 25.

⁵⁰ “Para una canasta compuesta por 10 medicamentos genéricos bioequivalentes (10 principios activos distintos), copias de marca bioequivalentes y medicamentos originales comparables a nivel de dosis y presentación, se pudo verificar que el valor de los últimos ha sido, durante un año de seguimiento, en promedio 8 veces el valor de los genéricos bioequivalentes y 2 veces el valor de las copias de marca bioequivalentes. Así mismo, el valor de las copias de marca bioequivalentes resultaron ser 5 veces, en promedio, el valor de los genéricos bioequivalentes. Esto refleja la gran ventaja para los consumidores/as que cotizan y prefieren las alternativas bioequivalentes por sobre los medicamentos de marca originales y, por ende, la necesidad de que dichos productos estén efectivamente disponibles en los establecimientos de las grandes cadenas de farmacias del país”. SERVICIO NACIONAL DEL CONSUMIDOR (2018), p. 25.

⁵¹ BENÍTEZ, HERNANDO y VELASCO (2019), p. 5.

⁵² “El impacto del gasto en salud no sólo afecta a los hogares de menores recursos, puesto que, en el decil mayor este desembolso se transforma en catastrófico para un 40% de los hogares. Y, al comparar los ingresos per cápita de los hogares con y sin gasto catastrófico en salud, se aprecia que no hay diferencias significativas”. *Op. cit.*, pp. 16-17.

⁵³ *Op. cit.*, pp. 9-10.

Desde el año 2014, el gasto en medicamentos corresponde, promedio, al 35% del gasto de bolsillo en salud, pero si se toma solo a los hogares que gastan en fármacos (el 53,4% del total), esta proporción alcanza el 55,3% del gasto de bolsillo en salud, o más del 60% según los casos⁵⁴. El fenómeno es, además, regresivo⁵⁵, y particularmente inhumano en los sectores más pobres, al menos en ciertas hipótesis⁵⁶.

El Ejecutivo también ha dado cuenta de las falencias de la Ley de Fármacos I, al presentar indicaciones al proyecto de ley de Fármacos II. Sostiene que la ley avanzó en el fomento de los medicamentos bioequivalentes; el fortalecimiento del ISP y de Cenabast; en la eliminación de la “canela”. Reconoce, sin embargo, que “quedaron pendientes” los siguientes problemas: la escasez de bioequivalentes disponibles en el mercado; la fuerte diferencias de precios (que sigue aumentando) entre medicamentos genéricos y de marcas; las restricciones para que Cenabast importe medicamentos a precios bajos; el fraccionamiento de medicamentos y la venta en góndolas por parte de las farmacias (que se había establecido como voluntario)⁵⁷.

4.4. Ley de Fármacos I y desprotección de la salud

El cuadro precedente implica la desprotección del derecho a la salud en uno de sus elementos esenciales: el acceso a las prestaciones que permiten restituirla o rehabilitarla. En efecto, para muchos hogares chilenos, el pago continuo por dichas prestaciones puede transformarse en un evento catastrófico desde el

⁵⁴ BENÍTEZ, HERNANDO y VELASCO (2019), p. 15.

⁵⁵ “Para los hogares que presentan desembolsos en esta área, el gasto es, además, regresivo, ya que representa una proporción mayor del gasto total y del gasto de bolsillo en salud en las familias de menores recursos. Lo anterior, a pesar de que las familias pertenecientes a quintiles de menores ingresos destinan un monto menor en pesos a fármacos que los hogares de mayores ingresos (por hogar y por persona), y que en los quintiles de menores ingresos una menor proporción de hogares compra medicamentos (entre otros, reciben en mayor proporción medicamentos gratuitos)”. *Op. cit.*, p. 16.

⁵⁶ “No obstante, la pobreza parece estar más presente en los hogares sin gasto en medicamentos, lo que podría indicar que para esas familias los medicamentos están generalmente cubiertos por sus esquemas previsionales o que deliberadamente deciden no destinar recursos a medicamentos en atención a otras demandas. De ser correcta la segunda hipótesis, es posible que algunos grupos de menores recursos tengan más problemas para adherir a los tratamientos que les son indicados, con el consiguiente riesgo de deterioro de su estado de salud”. *Op. cit.*, p. 16.

⁵⁷ Tomamos la síntesis de SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE HACIENDA, *Informe recaído en el Proyecto de Ley que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos genéricos y evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias*, 2 de mayo de 2019, pp. 4-5. Aunque defectuosa, la política de bioequivalencia ha logrado aumentar de 577 a 1579 productos bioequivalentes. *Ibid.*, p.11.

punto de vista financiero, sin que el esquema provisional de salud sirva para paliar el problema⁵⁸. Situación francamente absurda⁵⁹.

Tampoco, desde la lógica de la libre competencia, la Ley de Fármacos I ha logrado buenos resultados generales. Y no podía ser de otro modo, pues la regulación que impuso, como ya observamos, no tuvo por objetivo dar una solución integrada a los problemas estructurales y de funcionamiento del mercado de medicamentos chileno. En este sentido, la Ley de Fármacos I fue amiga celosa de las medidas indirectas para promover la competencia. Pero la estructura no competitiva del mercado ni se inmutó. Tampoco lo hizo su opacidad.

La Ley de Fármacos I no calibró que los medicamentos –al menos los esenciales– están vinculados no solo a la noción de bien comercial privado, sino, también, a la de bien de interés general. Para ello se requiere avanzar no solo a través de medidas parciales que “incentiven” la competencia (que, en todo caso, han resultado ineficaces en lo grueso). Se debe avanzar sobre todo en un modelo jurídico de farmacia que garantice la accesibilidad de los medicamentos, superando la estructura del establecimiento puramente económico. En la Unión Europea hay múltiples ejemplos, entre los que destaca la farmacia profesional y sostenible, y la farmacia privada de interés público.

⁵⁸ “Si bien existen hogares pobres con alto gasto de bolsillo, aquellos donde el gasto se transforma en un problema financiero de gran magnitud afecta a los hogares indistintamente de su nivel de ingresos, y más bien tiene que ver con la edad de sus integrantes y la proporción de mujeres (...) En términos generales, es posible señalar que los esquemas previsionales están dejando fuera gastos de salud que son muy relevantes para las familias, como medicamentos y servicios de hospitalización, quirúrgicos, ópticos y dentales, entre otros. Además, si bien tanto el esquema de Fonasa como de las isapres cuentan con protección para gastos catastróficos, el análisis apunta a que este está siendo insuficiente. Ello podría explicar la sensación de inseguridad y desprotección por parte de las personas en el ámbito de la salud, sobre todo para las familias de menores ingresos”. BRUZZO, HENRÍQUEZ Y VELASCO (2018), p. 17.

⁵⁹ “El acceso universal a la salud exige que los ciudadanos puedan disponer de prestaciones que les permitan restituir y rehabilitar su salud cuando sea requerido, sin que ello se transforme en un evento catastrófico desde el punto de vista financiero para los hogares. Ello no parece ocurrir del todo en Chile, ya que 6 de cada 10 personas creen que no podrán pagar la atención que necesitan ante una enfermedad grave, a pesar de que 97% de la población declara estar cubierta por algún esquema previsional de salud. Ello podría explicarse porque en Chile el “gasto de bolsillo”, es decir, lo no cubierto por el esquema de previsión en salud, representa un alta proporción del gasto total en salud, relativo a otros países (...) Los medicamentos son el principal destino del gasto de bolsillo de los hogares, llevándose un 38% del GBS, duplicando al ítem que le sigue, consultas médicas, con 19,8%. BRUZZO, HENRÍQUEZ Y VELASCO (2018), pp. 1 y 16.

5. HACIA UNA LEY DE FÁRMACOS II

El proyecto de ley de fármacos II ha intentado hacerse cargo, a su modo, de los problemas precedentes. Iniciado, como sabemos, por moción parlamentaria, ha sido objeto de nuevas propuestas regulatorias a través de indicaciones del Ejecutivo. Estas, a su vez, han sufrido diversas modificaciones en las comisiones parlamentarias. No es oportuno, por tanto, evaluar aún lo que podría ser el texto definitivo.

Sí podemos hacernos una idea a partir de lo que pretende el Ejecutivo, de lo que quiere la oposición y de lo que ha sido aprobado por las respectivas comisiones parlamentarias.

Las propuestas del Ejecutivo tienen tres objetivos declarados: bajar los precios de los medicamentos, dar mayor acceso a los mismos y resguardar la calidad⁶⁰. A lo que hay que sumar la transparencia del mercado⁶¹ y el fortalecimiento de los órganos contralores⁶².

La moción parlamentaria, por su parte, perseguía originalmente objetivos adicionales: prohibir la integración vertical entre laboratorios y farmacias, y la concesión de servicio público para la instalación y funcionamiento de farmacias o almacenes farmacéuticos. En el camino se agregaron otros elementos que, como el último, no parecen del todo congruentes con la Constitución económica chilena.

Hasta el momento, sin embargo, se ha llegado a ciertos acuerdos básicos en materias sensatas: regulación de medicamentos, registro y prescripción⁶³;

⁶⁰ Para alcanzar estos objetivos, se impone a los médicos la obligación de recetar el medicamento por su denominación común internacional (DCI); se promueve la intercambiabilidad de medicamentos basada en la equivalencia terapéutica; se facilita la importación de medicamentos; se regula la propiedad de los medicamentos obligando a reportar la DCI en cada patente y registro farmacéutico; se permite la venta de medicamentos que no requieran receta en establecimientos de comercio, con garantías de reglas sanitarias; se fortalece Cenabast; se permiten farmacias de especialidad para fomentar la especialidad en el giro de ciertos medicamentos

⁶¹ El Ministerio de Salud debe tener toda la información sobre la producción y distribución de los productos farmacéuticos, y, además, disponer de un comparador de precios *on line* respecto de todas las farmacias del país.

⁶² Se aumentan las facultades de investigación y sanción por infracción a las normas (aumento de multas y clausura en caso de reiteración). Las competencias para autorizar y fiscalizar a las farmacias se radican en las Secretarías Regionales Ministeriales, quien detenta, en general, la potestad fiscalizadora. Al Instituto de Salud Pública se le otorga la facultad de interpretar la legislación sectorial.

⁶³ Se impone la política de la intercambiabilidad, encomendándose al Ministerio de Salud el formular una nueva política de Equivalencia Terapéutica junto a un plan de implementación de la misma. Además, se establece el registro simplificado para medicamentos reconocidos por agencias de alto nivel, y la prescripción exclusiva por DCI. Esta última medida no salva el

distribución y expendio de medicamentos⁶⁴; información de precios en toda la cadena de producción y distribución⁶⁵; ampliación del área farmacéutica⁶⁶; regulación de elementos de uso médico⁶⁷, Cenabast⁶⁸, sanciones⁶⁹ y nuevas competencias⁷⁰.

Otros acuerdos parecen más discutibles, como el que prevé un decreto supremo para regular los precios (art. 101 ter); el que extiende licencias no voluntarias (art. 43 bis C y 51 bis A ley propiedad industrial), el que declara que los medicamentos son bienes esenciales para el interés general de la nación (art. 94), o el que disminuye el tamaño del nombre de fantasía en los envases de los medicamentos (128 bis). Disposiciones todas que, de no precisar mejor sus alcances, podrían llegar a chocar con diversas garantías constitucionales y, eventualmente, obtener resultados contrarios a lo que se pretende. Asimismo, en la modificación de los procedimientos administrativos sancionatorios, habría que lograr un mayor respeto al debido proceso.

Finalmente, llama la atención que no se prevean normas para incluir o aumentar la cobertura de medicamentos en los esquemas de seguros privados y públicos.

derecho de un facultativo de confiar en un medicamento de una determinada marca. SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE HACIENDA (2019), p. 11.

⁶⁴ Se impone a las farmacias un petitorio mínimo por DCI. Es decir, tendrán que contar con una serie de medicamentos genéricos obligatoriamente a disposición del público. Además, se establece la necesidad de intercambiabilidad para todos los medicamentos; la libre elección del paciente; la obligación de fraccionamiento. También se establece la importación de medicamentos para consumo exclusivo del importador y la venta de medicamentos en línea. *Op. cit.*, pp. 11-12.

⁶⁵ Se aprueba una serie de medidas para incidir en la opacidad del mercado: la obligación del establecimiento de salud de informar precios y stock de medicamentos; la obligación de laboratorios de publicar precios y descuentos por volumen; un comparador de precios de medicamentos de toda la cadena productiva; un observatorio nacional de medicamentos. También se regulan los reportes de transparencia y conflictos de intereses. *Op. cit.*, p. 12.

⁶⁶ Se autorizan farmacias de especialidad; se permiten que pacientes, durante hospitalización o atención ambulatoria, puedan consumir sus propios medicamentos; se permite eximir a farmacias independientes de alguno de los requisitos que establece la ley. *Op. cit.*, p. 12.

⁶⁷ Se determina obligación de registrar o notificar la distribución de EUM según su riesgo sanitario; se dispone la dictación de dos reglamentos: uno para regular los EUM definiendo los criterios de riesgo sanitario; y otro para regular las instituciones certificadoras de calidad y seguridad de EUM. *Op. cit.*, p. 12.

⁶⁸ Se amplía la facultad de solicitar el registro de medicamentos (basta que estén en planes, programas o acciones del S.N.S.S.); se impone la obligación de considerar medicamentos genéricos intercambiables y precios en las licitaciones; se faculta para intermediar con farmacias y afines medicamentos prioritarios en caso de inaccesibilidad. *Op. cit.*, p. 12.

⁶⁹ Se aumentan las multas del sumario sanitario, de 1 000 a 5 000 UTM, y se faculta la clausura temporal en caso de reincidencia. *Op. cit.*, p. 13.

⁷⁰ Se entregan facultades interpretativas al MINSAL y al ISP. *Op. cit.*, p. 13.

6. CONCLUSIÓN

Hemos demostrado en este trabajo que a pesar de los muy relativos avances de la Ley de Fármacos I, esta no atendió a lo esencial. Nada ha cambiado en lo grueso, sea en la estructura, sea en el funcionamiento del mercado de medicamentos. La desprotección del derecho a la salud en esta materia sigue alcanzando proporciones inadmisibles, lo que contradice el mandato constitucional.

El proyecto de ley de Fármacos II intenta afrontar este nudo ciego. De una propuesta que incidía principalmente en la competencia se ha pasado, a lo largo del debate parlamentario, a una regulación que también atiende a las exigencias del derecho a la salud en su conjunto⁷¹.

Con una batería de disposiciones, las indicaciones del Ejecutivo apuntan a reducir o eliminar, según los casos, los distintos condicionamientos que impiden la accesibilidad de los medicamentos en el mercado chileno. Da la batalla en los detalles, donde más se necesita, colocando la atención en todo el proceso, desde la producción o importación hasta la dispensación minorista. Se preocupa, asimismo, de la eficacia de la futura normativa, radicando competencias claras en los distintos órganos de la salud, junto a una previsible disuasión sancionatoria.

Desde el ángulo político, las propuestas del Ejecutivo tienen una sensibilidad liberal, pero también una preocupación “social”, como hoy se dice. Preocupado de la propiedad, intenta no tocar el problema de la integración vertical. Con ello se desentiende (al menos directamente) de la estructura del mercado, centrándose en su funcionamiento. Asimismo, sabe distinguir entre uso y abuso, con lo que respeta en su justa medida el papel que a los privados les cabe en la producción, distribución y provisión de medicamentos. Empero, no aparece en el horizonte del Ejecutivo un modelo jurídico adecuado de farmacia, como base de la solución.

⁷¹ Esto es patente en la nueva formulación de la idea matriz del proyecto. Dice así: “La idea central de la moción es proveer un marco regulatorio en materia de medicamentos destinado a fomentar la existencia y disponibilidad en el mercado de los medicamentos genéricos bioequivalentes –que alcanzan un valor promedio tres veces menor que el de los de marca propia–, entregando la necesaria información a la ciudadanía en general y a los pacientes en particular para su adquisición al menor costo posible, derribando la asimetría que producen elementos estructurales en esa industria que hacen que la competencia en precios resulte desviada hacia variables que no benefician a los consumidores, como la promoción médica, la entrega de incentivos a las farmacias y la creación y proliferación de marcas, y, por otra parte, se traduce finalmente en una conculcación de derechos humanos fundamentales relacionados con la salud y, por lo tanto, con la vida de las personas”. SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE HACIENDA (2019), pp. 1-2.

Por su parte, la moción parlamentaria, junto con las propuestas que han seguido su línea, tienen un sesgo más estatista. Se plantean desde una comprensión no del todo virtuosa respecto de la garantía de la libertad de empresa, las patentes de invención, y la propiedad de los distintos agentes que participan en el proceso de producción, distribución y venta de los medicamentos. De ahí que la normativa tienda a una cirugía mayor en la estructura del mercado de medicamentos, con técnicas duras de intervención, que incluyen el control de precios (estatal, no tripartito) y un mecanismo directo para afectar la propiedad desde la función social. Confían más en el Estado que en el mercado. Esperan más de las prohibiciones que de los incentivos. Avanzan, sí, hacia un modelo jurídico de farmacia no puramente economicista (que es lo que corresponde). Pero no hay claridad en el referente a seguir (la concesión de servicio público no es una buena técnica), ni tampoco previsibilidad en los efectos financieros de este tipo de decisiones.

Hasta el momento, el proyecto de ley de Fármacos II adolece de una gran carencia: una definición sobre el modelo jurídico de farmacia. En nuestro país, estos establecimientos se parecen más a unidades comerciales con el formato *drugstore*. Están aún lejos de ser un centro de salud; un canal adecuado para dispensar medicamentos que supere la lógica unidimensional de la acumulación de utilidades.

En la materia, es esencial avanzar hacia una farmacia “profesional”, donde los medicamentos no sean considerados únicamente bienes comerciales, sino bienes de interés general, que han de ser “dispensados” por químico-farmacéuticos y otros especialistas, y no solo “expedidos” por agentes de venta, de acuerdo exclusivamente con estrategias comerciales.

Con un adecuado modelo jurídico de farmacia se evitarían mucho de los abusos que ha denunciado el ISP en más de dos mil fiscalizaciones realizadas desde el año 2014. Abusos que contradicen, *per diametrum*, lo que debe ser una farmacia. Por ejemplo, la falta de químicos-farmacéuticos en los locales, el mal almacenaje de los fármacos o la ausencia de existencias según recetario, la persistencia de la “canela”, la infracción en los turnos de funcionamiento y en la transparencia de los precios, etcétera⁷².

Como todo proceso legislativo, el proyecto de ley de Fármacos II irá ajustándose con el tiempo. Esperemos que esta vez sí se atienda a lo esencial: la adecuada protección de la salud, cuidando, por cierto, de las otras garantías constitucionales.

⁷² SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE SALUD (2019), p. 44.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AEDO, Cristián (2001): “Las reformas en la salud en Chile”, en Felipe LARRAÍN y Rodrigo VERGARA (eds.), *La transformación económica de Chile*, capítulo 14: p. 608. Disponible en https://wiki.ead.pucv.cl/images/b/b7/Las_Reformas_Salud_en_Chile.pdf
- ALVEAR TÉLLEZ, Julio (2013): “Protección de la salud, acceso a los medicamentos y deficiencias del mercado: Hacia un derecho social plurivalente en el marco de una economía social de mercado”, en *Ius et Praxis*, vol. 19, n.º 2, Universidad de Talca, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales: pp. 133-141. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/iusetp/v19n2/art05.pdf>
- ALVEAR TÉLLEZ, Julio (2017): *Libertad económica, libre competencia y derecho del consumidor* (Valencia, Editorial Tirant lo Blanch): pp. 111-139, 252-265, 278-284, 303-311.
- ANTOÑANZAS, Fernando, Roberto RODRÍGUEZ *et al.* (2005): “Los medicamentos en la Unión Europea: el tándem comercio-salud”, en *Gaceta Sanitaria*, n.º 19 (2): p. 156. Disponible en <https://cyberleninka.org/article/n/986658.pdf>
- BENÍTEZ, Alejandra, Andrés HERNANDO y Carolina VELASCO (2019): “Gasto de bolsillo en salud: Una mirada al gasto en medicamentos”, en Centro de Estudios Públicos, *Puntos de referencia*, n.º 502: p. 5. disponible en www.cepchile.cl/cep/site/docs/20190130/20190130113629/pder502_abenitez_ahernando_cvelasco.pdf
- BRUZZO, Stefano, Josefa HENRIQUEZ y Carolina VELASCO (2018): “Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada desagregada”, en Centro de Estudios Públicos, *Punto de referencia*, n.º 478: pp. 16-17. Disponible en www.cepchile.cl/cep/site/docs/20180316/20180316105839/pder478_jhenriquez_sbruzzo_cvelasco.pdf
- CASTILLO, Leonardo (2009): “Colusión en mercados relevantes: un aporte a la discusión”, en *Programa Gerencia Social y Políticas Públicas*, Flacso Chile: pp. 5-6. Disponible en www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/Colusion-en-Mercados-Relevantes.-Un-aporte-a-la-discusion.pdf
- DANZON, Patricia M. & Michael F. FURUKAWA (2005): “Prices And Availability Of Pharmaceuticals: Evidence From Nine Countries”, in *Health Affairs*, n.º 3: p. 527. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/afb3/4bc06cca0fc31da8402219940b2c93c58f30.pdf>
- DIEZ-PICAZO, Luis María (2008): *Sistema de derechos fundamentales* (3ª edición, Pamplona, Editorial Thomson-Civitas): pp.63-64.
- FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2012): “Mercado de la salud privada en Chile”, en *Informe Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*: pp. 37-185. Disponible en www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf
- MUÑOZ, Francisco Javier (2011): *Dispersión de precios y costos de búsqueda en el mercado farmacéutico chileno*, tesis magister en Economía, Pontificia Universidad Católica

de Chile, Instituto de Economía: p. 38. Disponible en http://institutodeeconomia.reactorlabs.net/wp-content/uploads/2015/07/tesis_fmunozn.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004): “Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva”, en *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*, n.º 8: p. 1. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4964s/s4964s.pdf>

VASSALLO, Carlos (2010): “El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica”, en *Informe Final*, solicitado por el Colegio de Químicos Farmacéuticos de Chile: pp. 5-6, 8, 12, 16-25, 56-57, 86, 91-125. Disponible en www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Informe-Vassallo-2010.pdf

Otros documentos

El Mercurio (2013): “Estudio internacional ubica a Chile entre sistemas de salud privados más caros del mundo”, 27 de marzo de 2013.

El Mercurio (2018a): Los precios en las farmacias independientes son más bajos, hasta en un 48%, que los fijados por las grandes cadenas, 11 de julio de 2018.

El Mercurio (2018b): “198 medicamentos (7 principios activos) han dejado de venderse en Chile en los últimos cuatro años. La mayor parte de ellos corresponde precisamente a los ‘genéricos’, que son los de precios más bajos”, 19 de julio de 2018.

FISCALÍA NACIONAL ECONÓMICA (2018): *Minuta de lanzamiento del estudio sobre el mercado de medicamentos*, 24 de abril de 2018. Disponible en www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2018/04/Minuta_EM03_2018.pdf

La Segunda (2013): “Clínicas privadas en la mira. Cirugías y exámenes en Chile se consideran entre los más caros del mundo”, 23 de marzo del 2013. Disponible en www.lasegunda.com/Noticias/Economia/2013/03/832699/clinicas-privadas-en-la-mira-cirugias-y-examenes-en-chile-se-consideran-entre-los-mas-caros-del-mundo

MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO (2013): *El mercado de medicamentos en Chile*, abril de 2013. Disponible en www.economia.gob.cl/wp-content/uploads/2013/04/Boletin-Mercado-de-Medicamentos.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2004): *Minuta Política Nacional de Medicamentos en el contexto de la Reforma de Salud*, abril de 2004. Disponible en <https://ciperchile.cl/wp-content/uploads/estudio-comision-reforma-de-la-salud.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2009): *Reglamento sobre información de precio de productos farmacéuticos y productos en general al interior de farmacias y almacenes farmacéuticos*, 10 de diciembre de 2009. Disponible en http://juridico1.minsal.cl/DECRETO_142_09.doc

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2010): *Manual de Selección de Medicamentos: Metodología para la selección de medicamentos del Formulario Nacional y arsenales*

farmacoterapéuticos de los establecimientos de salud, febrero-diciembre de 2010. Disponible en www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/1CD_Manual-Selecci97n-de-Medicamentos-.pdf

REPÚBLICA DE CHILE (1995): *Comisión Resolutiva N° 432*, 16 de mayo de 1995. Disponible en www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/reso_0432_1995.pdf

SENADO DE LA REPÚBLICA (2010): *Boletines* n.º 6523-11, 6037-11 y 6331-11 refundidos, Comisión de Salud, 3 de agosto de 2010. Disponible en www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=13360&tipodoc=info

SENADO DE LA REPÚBLICA (2011): *Boletín* n.º 9914-11, 10 de marzo de 2015. Disponible en www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=9914-11

SENADO DE LA REPÚBLICA, COMISIÓN DE HACIENDA (2019), *Informe recaído en el Proyecto de Ley que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos genéricos y evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias*, 2 de mayo de 2019

SERVICIO NACIONAL DEL CONSUMIDOR (2011): *Estudio de precios de prestaciones médicas*, 17 de octubre del 2011, sobre la base de 64 prestaciones, insumos y medicamentos vigentes al 24 de Agosto de 2011, en dieciséis instituciones de la región Metropolitana Disponible en www.sernac.cl/26020/

SERVICIO NACIONAL DEL CONSUMIDOR (2012): *Estudio de precios de medicamentos bioequivalentes*, 29 de octubre de 2012. Disponible en www.sernac.cl/estudio-hasta-20-veces-menos-puede-costar-un-medicamento-bioequivalente/

SERVICIO NACIONAL DEL CONSUMIDOR (2018): *Estudio de precios de medicamentos bioequivalentes en las grandes cadenas de farmacias*, 28 de noviembre de 2018. Disponible en www.sernac.cl/portal/619/articles-55009_archivo_01.pdf

JURISPRUDENCIA CITADA

CORTE SUPREMA (2012): Rol 2578/2012, Requerimiento de la F.N.E. contra Farmacias Ahumada y otros, 7 de septiembre del 2012.

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA LIBRE COMPETENCIA (2012): N° 119/ 2012, 31 de enero de 2012.