

Parlamentarios lamentaron limitación de los fondos del proyecto, que hoy debiera ser despachado por la Cámara: Pese a transversales críticas por su acelerado trámite, el Senado aprobó anoche Ley Ricarte Soto

RENÉ OLIVARES y NADIA CABELLO

"Quiero manifestar mi molestia por cómo estamos legislando", afirmó con molestia el senador Felipe Harboe (PPD) cuando la sala ya sumaba tres horas de debate en general y en particular del llamado proyecto de ley Ricarte Soto, que crea un fondo para cubrir enfermedades de alto costo.

"No puedo entender que se haya incorporado un conjunto de normas que no tienen nada que ver con el sentido original del proyecto", disparó, y luego criticó que por el apuro de aprobar la iniciativa "antes del 21 de mayo" se haya impedido debatir con calma los detalles de un proyecto que no dudó en elogiar. Lo secundaron senadores independientes, como Pedro Araya, y de la oposición, como Manuel José Ossandón (RN), quien dijo que "es una vergüenza lo que está ocurriendo".

El debate había comenzado a las 18:30 horas con allocuciones coincidentes, en el sentido de considerar la iniciativa "un avance" y "una necesidad", que habría que ir perfeccionando después. Había acuerdo con el objetivo de la iniciativa, pero los senadores hicieron ver que los \$100 mil millones de presupuesto anual en régimen que tendrá la ley pueden ser escasos. José García (RN) destacó que podría haber expectativas que no se podrían cumplir del todo.

"Muchas definiciones van a requerir correcciones en el camino. El proyecto no controla los costos, es un tremendo problema", aseguró Carlos Montes (PS).

"El único tema más controversial es el monto del fondo. Todos quisiéramos más recursos, pero es un punto de partida porque hoy no tenemos nada", argumentó el presidente de la comisión de Salud, Fulvio Rossi (PS).

Jacqueline van Rysselberghe (UDI) aseguró que "si hoy hay \$20 mil millones para enfermedades de alto costo (en Fonasa), y con eso se están atendiendo unas 1.700 familias, entonces con \$100 mil millones vamos a atender a 8.500, menos de la mitad de los 20 mil pacientes que se quieren".

Desde las diferentes bancadas se calificó la iniciativa como "una necesidad" e hicieron ver que los \$100 mil millones anuales que se destinarán para cubrir tratamientos de enfermedades de alto costo se harán pocos.

Restricción a investigación perjudicaría a 5 mil pacientes

Las mayores exigencias para la investigación clínica que incluye la ley podría afectar a los pacientes beneficiados por ellas. Según el vicepresidente ejecutivo de la Cámara de la Innovación Farmacéutica, Jean Jacques Duhart, la ley "perjudicará los intentos de generar una industria del conocimiento, y a los 5.500 pacientes, que de otra manera no tendrían acceso a estos tratamientos".

Las facultades de medicina, que concentran la realización de investigaciones, también se oponen. Pablo Vial, decano de la U. del Desarrollo, opina que la autoridad debe mirar "lo que pasa en los países OCDE, y se va a encontrar con que la mayoría de los países no tiene una norma similar; aquí hay confusión de qué se le pide".

No obstante, la iniciativa se aprobó en general con el apoyo de los 37 senadores presentes.

Luego, en la votación en particular, el debate se complicó por normas que podrían implicar un desincentivo a la investigación (al obligar a quienes las realizan a hacerse cargo de los efectos que tengan en los pacientes en que se prueben los fármacos por hasta 10 años) e indicaciones que buscaban evitar incentivos a trabajadores de farmacias por vender productos no farmacéuticos (como alimentos o perfumería). Mientras la primera fue aprobada, la segunda se rechazó luego de una suspensión de la sesión de casi media hora, para intentar volver a enfocar la discusión.

Sin embargo, las críticas al modo en que se estaba legislan-



PRESENCIA.— Los ministros Jorge Insunza (Segpres), Jaime Burrows (subrogante en Salud) y Marcelo Díaz (Sequeqob) asistieron a la votación del proyecto. Hoy debiera sumarse la titular de Salud, Carmen Castillo.

do continuaron. Ossandón afirmó que la premura, que impedía un debate más acabado, se debía a que el Ejecutivo busca "adornar un discurso", en referencia al mensaje presidencial del 21 de mayo, en el cual esta ley debiera figurar como un logro.

Para que ello ocurra, finalmente anoche el proyecto fue despachado, y hoy la Cámara de Diputados debe ratificar los cambios hechos por el Senado.

Con ello concluirá el trámite de la norma, cuyo inicio se comprometió para fines de 2014, pero que terminó ingresando el 31 de enero de este año. Luego de este atraso, se debió tramitar en menos de dos meses. De hecho, el Senado (comisiones de Salud y de Hacienda más la sala) tuvo menos de 48 horas para debatirlo.

"Se necesitan cinco de estas leyes para bajar el gasto de bolsillo al promedio de la OCDE"

Aunque desde todos los sectores consideraron la aprobación de la norma como un avance, también hay consenso en que Chile debe seguir en la misma línea —la de reducir el gasto de bolsillo que deben efectuar las familias en los tratamientos— para así reducir el problema financiero que significa que una persona tenga una enfermedad catastrófica.

De hecho, en Chile el gasto de bolsillo duplica al del promedio de los países de la OCDE, que está en torno al 40%, lo que "era un punto ciego en las políticas públicas, que demostraba que en materia de acceso se estaba al debe, y en ese sentido creemos que la iniciativa es correcta, de ir hacia un esquema más solidario, con coberturas de medicamentos de alto costo. Es un hecho inédito, que marca un punto de inflexión en Chile", afirma el vice-

presidente ejecutivo de la Cámara de la Innovación Farmacéutica (CIF), Jean Jacques Duhart.

Para dimensionar el aporte de la ley, hay que considerar que el mercado farmacéutico en Chile es de US\$ 2.400 millones al año. De ellos, el Estado compra unos US\$ 500 millones, que a partir de esta ley aumentarán en alrededor de US\$ 165 millones.

De ahí que la estimación de la CIF sea que "para lograr quedar en el promedio de la OCDE de 40%, necesitaríamos como cinco leyes Ricarte Soto".

Duhart expone que "es un paso inédito, pero hay otros escalones que hay que dar, como deberá ser la reforma a la ley de isapres, para ver cómo se complementan con otras fuentes de financiamiento".

DATOS CLAVE

¿A QUIÉNES BENEFICIA?

A las personas con enfermedades que consuman más del 40% de los ingresos familiares en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad. Así, si una familia que reúne ingresos por \$1 millón debe gastar en la patología de uno de sus miembros más de \$400 mil mensuales, será elegible. Por el contrario, si la familia tiene recursos por \$500 mil y gasta en la enfermedad de uno de sus integrantes, por ejemplo, \$180 mil (36% de sus ingresos), no podrá ingresar en el sistema.

¿CÓMO ACCEDERÁ?

El Estado cubrirá el 100% del costo del tratamiento, pero el ingreso del paciente quedará supeditado a que los comités de expertos y usuarios apruebe el ingreso de dicho mal al sistema creado por la ley.

¿OPERARÁ DE INMEDIATO?

Si la ley se despacha hoy de la Cámara de Diputados, aún se deberá promulgar, cumplir el trámite de toma de razón en Contraloría y redactar el reglamento que la haga operativa.