

Por qué la vida nos cuesta tanto

Revista Domingo, 22 de febrero de 2015

César Alva y su notoria preocupación junto a su amiga Marina Soto. César Alva (48) ha vuelto a sentir miedo. Como cuando se enteró de que tenía VIH hace 14 años y no una inofensiva gripe como creía. Ha vuelto a flaquear como cuando se enfrentó a la toxoplasmosis y a la tuberculosis, fantasma mortal que padeció dos veces en seis años.

Esos años, donde dejó de trabajar y sus padres –que ya eran ancianos– una ama de casa y un exobrero de construcción civil, tuvieron que costear, con su pensión, su tratamiento contra el VIH de 300 dólares mensuales.

Ha perdido la calma que le dio el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa), subvencionado por el Estado desde el 2004. La calma se le ha ido no por una recaída sino porque no sabe hasta cuándo más estará bien.

Desde hace un año, César consume una cápsula diaria de Reyataz o Atazanavir (nombre genérico) de 300 miligramos. Impacta, una ONG a la que decidió acudir por una "mala atención" del hospital Dos de Mayo (estuvo un mes sin tomar uno de sus antirretrovirales), se la ha entregado gratuitamente sin problemas.

Hasta hace unos meses, que se la han ido racionando. Razón por la cual ha tenido que presentarse cada 20 días –y no cada tres meses como se acostumbra– por sus frascos. “Ellos no tienen la culpa. El Atazanavir es caro, y han tenido inconvenientes para costearlo”, explica.

El Atazanavir es un antirretroviral fabricado por la empresa estadounidense Bristol-Myers Squibb (BMS) como parte de un esquema de segunda línea (cuando el virus ha hecho resistencia); y en estos momentos está en tela de juicio porque el Estado paga el precio más caro de la región. El costo promedio en el Perú, por cada cápsula, es de S/. 36.13, mientras que en Bolivia es de S/. 1.40.

Si la compra es a gran escala, los resultados son más perturbadores. Según la Red Peruana por una Globalización con Equidad (Redge) el país desembolsa 50 millones de soles en antirretrovirales. De ese pastel, 27 millones son solo por el Atazanavir.

¿Pero por qué se paga tanto? Porque está patentado. Esto quiere decir que el inventor de un medicamento, en este caso Bristol-Myers, tendrá exclusividad para fabricar y vender el producto durante 20 años. Es una recompensa por revelar su secreto. Pero a la vez genera monopolio y, como no es regulado, establece un precio distinto y excesivamente elevado.

Un detalle no menor es que, de acuerdo a Javier Llamoza, farmacéutico de Acción Internacional para la Salud (AIS) y exfuncionario de Essalud, lo que se ha patentado en el Perú es el Bisulfato Atazanavir, es decir, una combinación con la sal de bisulfato. “Una de las condiciones para otorgar la patente es tener altura inventiva. No se cumple porque la sal ya existe. Es una mezcla”.

Quizá por eso Brasil, Colombia, Venezuela y Uruguay rechazaron la patente. Solo la aceptaron Chile y Perú. Y el acuerdo es hasta el 2019.

Frente a ello, se está discutiendo la figura de la licencia obligatoria, recogida en los Acuerdos ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) de la Organización Mundial del Comercio. Consiste en que el gobierno autorice el ingreso de otros equivalentes al Atazanavir para que se reduzcan los precios y que a los titulares de la patente se les reconozca una regalía.

Uno de los mejores ejemplos donde la medida ha funcionado es Tailandia, país que en el 2008 emitió licencia obligatoria para el Femara (Letrozol) de la multinacional suiza Novartis (tratamiento de cáncer de mama), que de siete dólares pasó a costar diez centavos de dólar.

Parece sencillo. Pero solo parece. “El proyecto de Decreto Supremo ya está en la PCM. Esperemos que el MEF y el Mincetur no se sientan presionados por los laboratorios. Se trata de una red muy opaca de relaciones comerciales”, señala el congresista Jaime Delgado, uno de los principales impulsores de la norma.

Mientras tanto, César Alva se hunde en la incertidumbre, como muchos de los mil 700 peruanos que consumen Atazanavir, en un sistema que podría colapsar. “Pronto tendré que regresar al Dos de Mayo (su período en una ong es limitado), donde hay tres mil pacientes con Targa. No se darán abasto. Tengo miedo de que no me atiendan bien”, dice consternado.

Misma suerte

Así como en el VIH, algunos fármacos de síntesis química no tienen competidores en el mercado, los biotecnológicos (derivados de células de organismos vivos), que son para el tratamiento del cáncer, tampoco.

En este caso se trata de los biosimilares que, de alguna manera, son el equivalente de los genéricos. De alguna manera porque no son idénticos al medicamento original solo similares, como su nombre lo indica, a su composición de referencia.

El Trastuzumab, un anticuerpo que inhibe la proliferación de células tumorales, es comercializado con la marca Herceptin por la suiza Roche para tres tipos de cáncer: gástrico, cáncer de mama precoz, y cáncer de mama metastásico o HER2 positivo (las células malignas tienen la proteína HER2 en su superficie). Ha tenido tan buenos resultados que, en estos momentos, combinada con otro biotecnológico llamado Pertuzumab es capaz de prolongar la vida hasta en 16 meses.

Hasta ahí todo bien. No obstante, cada ampolla cuesta S/. 5.300, y un tratamiento completo alrededor de 120 mil soles. Según Llamaza de AIS, una investigación realizada por una ONG holandesa ha revelado que el costo de su producción es el 2.3% de su valor comercial. Solo Essalud gasta, aproximadamente, 150 millones de soles comprando biotecnológicos.

En este contexto, el ingreso de biosimilares a menor precio parecería cantado. Pero una medida cautelar interpuesta por la Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (Alafarpe), en junio de 2014, le impide a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) registrar este tipo de medicamentos.

Todo ello permitido por dos imperdonables 'descuidos', por llamarlos de alguna manera: la ausencia de una reglamentación que regule la inscripción de biosimilares (la Ley de Medicamentos 29549 se promulgó en el 2009 y hasta la actualidad no hay reglamento), y la no creación de una directiva que, precisamente, regulará los requisitos técnicos para estas inscripciones.

Es viernes por la noche en la Digemid, y su director César Amaro intenta explicarme el porqué de estas omisiones. "Estamos en una fase de implementación, aunque suene increíble. Te preguntarás por qué nos estamos demorando tanto. Pero el tema es global. No hay un contexto definido. La propia OMS está revisando nuevas directivas".

Me cuenta que han apelado al amparo de Alafarpe y que la lentísima vía judicial sigue su curso. Y que acaban de presentarle al ministro de Salud dos directivas reguladoras. Una centrada en los biotecnológicos y otra en los biosimilares.

Reflejos tardíos que pretenden sonar, por fin, a esfuerzo sostenido. Mientras, allá afuera, miles de personas no saben si podrán seguir luchando.

Ver en: <http://www.larepublica.pe/node/1352084>