INFORME 2026



ANÁLISIS COMPARATIVO DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS PARA VIH Y CÁNCER EN ARGENTINA, COLOMBIA, BRASIL Y PERÚ

COORDINACIÓN GENERAL

María Lorena Di Giano

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fausto Ferreyra

AUTORES

Andrea Carolina Reyes, Fausto Ferreyra, José María Di Bello, Juliana López, María Lorena Di Giano, Mariela Bacigalupo, Susana van der Ploeg

RedLAM Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos · GEP · IFARMA · GTPI Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual · ABIA Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

INTRODUCCIÓN 3

OBJETIVOS DEL ESTUDIO 4

METODOLOGÍA 5

SISTEMAS DE SALUD Y PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS 8

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y EL CÁNCER 11

COMPARACIÓN DE PRECIOS 14

CONCLUSIONES 24

RECOMENDACIONES 26

2026

COORDINACIÓN GENERAL
María Lorena Di Giano

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Fausto Ferreyra

AUTORES
Andrea Carolina Reyes[a], Fausto Ferreyra[b],
José María Di Bello[b], Juliana López[a],
María Lorena Di Giano[b],Mariela Bacigalupo[b],
Susana van der Ploeg[c]

a / Ifarma, Colombia.
b / Fundación GEP, Argentina.
c / ABIA/GTPI, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Este informe tiene como objetivo analizar y comparar los precios de una canasta seleccionada de medicamentos para VIH y cáncer en Argentina, Brasil, Colombia y Perú durante el año 2024. Se busca generar evidencia que permita a las organizaciones de la comunidad organizada hacer incidencia técnico-política para que los países de la región diseñen e implementen políticas públicas orientadas a mejorar los precios y garantizar el acceso universal a tratamientos para VIH.

En América Latina el acceso a medicamentos continúa siendo un desafío crítico. En este contexto, los derechos de propiedad intelectual, y en particular las patentes farmacéuticas, desempeñan un papel determinante sobre los precios que deben afrontar los sistemas de Salud. Las patentes, al garantizar derechos exclusivos a las empresas titulares de tecnologías sanitarias, generan monopolios, restringen la competencia y permiten a las compañías farmacéuticas fijar precios excesivos. Esta situación limita la capacidad de los gobiernos y los proveedores de servicios de Salud para adquirir medicamentos a precios asequibles, produciendo barreras que impactan negativamente en el acceso a los tratamientos y afectando de manera desproporcionada a los países de ingresos medios y medios altos.

Este estudio pone en evidencia cómo los derechos de propiedad intelectual generan precios elevados que suponen un desafío a los sistemas de salud y ponen en peligro el acceso a servicios de salud, menoscabando este derecho fundamental. En contrapartida, destaca el impacto positivo de estrategias de cooperación regional y de mercados competitivos en la obtención de precios más favorables.

La investigación plasmada en el presente informe es una iniciativa de la Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos (RedLAM). RedLAM dirige especialmente sus objetivos, estrategias y acciones a contribuir a eliminar las barreras de acceso a los medicamentos para VIH, Hepatitis, TB, cáncer y otros generadas por los derechos de propiedad intelectual y otros derechos exclusivos.

DESDE REDLAM TRABAJAMOS PARA:

- Promover el mejoramiento de las políticas públicas a nivel nacional, regional y global en materia de acceso a tratamientos y servicios de Salud.
- Implementar programas dirigidos a eliminar barreras de acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y a servicios de Salud.
- Promover el desarrollo de capacidades de líderes de la región y el fortalecimiento de sus organizaciones a los fines del mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones afectadas por las enfermedades.
- Promover la cooperación sur-sur entre organizaciones de la región a los fines del mejoramiento de políticas públicas relacionadas con los objetivos de RedLAM y de sus miembros.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general es comparar los precios de una canasta de medicamentos utilizados en los esquemas de tratamiento antirretroviral (TAR) así como en el tratamiento de cáncer en Argentina, Brasil, Colombia y Perú para el año 2024.

En ambos casos, interesa particularmente explorar su relación con los derechos de propiedad intelectual vigentes en cada país.

LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS SON:

- Identificar la canasta de medicamentos cuyos precios serán comparados, definir un criterio para la comparabilidad de los mismos e identificar una fuente de referencia internacional de genéricos.
- Establecer las características más relevantes de los sistemas de Salud de cada país en relación con la compra y provisión de medicamentos.
- Conocer las principales estadísticas sobre la situación epidemiológica del VIH y el cáncer, así como respecto al acceso a los tratamientos en los países involucrados.
- Revisar los precios unitarios pagados en 2024 por los prestadores del sistema de Salud de los países y estimar los precios de los tratamientos.
- Registrar la situación de propiedad intelectual de la canasta de medicamentos a 2024.
- Comparar los precios recolectados siguiendo el criterio de comparabilidad seleccionado.
- Evaluar la relación entre la variación de precios, el estado de los derechos de propiedad intelectual para cada uno de los medicamentos y otros factores relativos a la situación de mercado.

METODOLOGÍA

El estudio se condujo sobre cuatro países: Argentina, Brasil, Colombia, y Perú. Los representantes de cada una de las organizaciones involucradas[1] consensuaron un diseño de investigación para la recolección y análisis de la evidencia, siguiendo la misma metodología que en trabajos previos de RedLAM.[2] Las dimensiones consideradas son:

En relación con los sistemas de Salud de cada país:
a) modelo de aseguramiento;
b) modalidad de provisión de AVRs;
c) modalidad de compras de medicamentos.

En relación a la situación epidemiológica del VIH en cada país:
a) n° de personas con VIH;
b) tasa de infección;
c) tasa de mortalidad;
d) tasa de nuevas infecciones;
e) % de personas con VIH que conocen su diagnóstico;
f) n° de personas en TAR;
g) % de cobertura de TAR

En relación a la situación epidemiológica del cáncer en cada país:
a) tasa de mortalidad;
b) tasa de incidencia;
c) cáncer más común.

En relación a cada medicamento:
a) precio unitario o precio promedio ponderado (PPP);
b) cantidad adquirida en cada compra;
c) proveedores;
d) mecanismos de compra;
e) patente vigente;
f) protección de datos;
g) situación de monopolio;
h) marca protegida;
i) precio de referencia internacional (PRI);
j) posología.

1. Fundación Grupo Efecto Positivo (Fundación GEP) en Argentina; Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) / Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) en Brasil y Fundación IFARMA en Colombia.
2. Ver los informes anteriores aquí y aquí.

METODOLOGÍA

Establecido el diseño de investigación, se procedió a definir una canasta de medicamentos. Se procuró que los medicamentos seleccionados integrasen los esquemas de tratamiento vigentes en los países bajo comparación. El recorte temporal se fijó con la intención de captar los datos más recientes y maximizar la cantidad de medicamentos de la canasta. Con este criterio, se definió el año 2024 como período de análisis.

Con la excepción de Colombia[3], las bases de datos de los precios analizados corresponden a las compras públicas centralizadas por los Estados nacionales. Los datos de compras fueron obtenidos por las organizaciones a través de distintos medios, como solicitudes de acceso a la información y búsquedas en los sitios web de compras públicas de los países. Para el caso de Colombia, los precios fueron calculados internamente con base en datos suministrados por Vademécum Med Informática®[4] para Ifarma. Por otra parte, la información relativa a la situación de la propiedad intelectual de los medicamentos se recuperó de la base de datos en línea Medicines Patent Pool[5] o de las bases de datos públicas de los países.

En los casos en que se registró más de una compra de uno de los medicamentos de la canasta durante el período de análisis, se estimó un precio promedio ponderado en función de las cantidades adquiridas en cada una de ellas. A su vez, en aquellos casos en que los fármacos de las combinaciones incluidas en la canasta fueron adquiridos de manera separada, sus precios fueron agregados para estimar el precio del medicamento de interés. Una vez reunidos y sistematizados los datos de precios unitarios, con base en la posología recomendada, se calculó para cada uno de los medicamentos el precio del tratamiento anual por persona.

El análisis se estructuró en tres dimensiones. La primera de ellas se centró en caracterizar los sistemas de Salud de los países participantes, especialmente en cuanto a sus modelos de aseguramiento y sus sistemas de compra y provisión de medicamentos. En segundo lugar, se presentaron y compararon algunos datos epidemiológicos relativos a la situación del VIH y el cáncer en cada uno de los países. Finalmente, se examinaron las diferencias de precios afrontados en las compras realizadas por los prestadores del sistema de Salud de los respectivos países junto al estado de protección de propiedad intelectual de cada medicamento seleccionado.

Para asegurar la comparabilidad de precios se empleó el método de Paridad de Poder Adquisitivo (PPA). El mismo consiste en aplicar a las monedas nacionales un factor de conversión que, expresado en una unidad monetaria de referencia (en este caso, dólar internacional), refleja las diferencias en los niveles de precios de los países. Esto permite ajustar los precios de interés en relación al poder adquisitivo real de cada economía y minimizar las distorsiones inducidas por las variaciones en las tasas de cambio de mercado. Para este estudio, se aplicó a los precios de los medicamentos seleccionados el factor

3. Por las características del sistema de Salud de Colombia, que se explica más adelante.
4. Disponible con suscripción aquí.
5. Disponible aquí.

METODOLOGÍA

de conversión de PPA elaborado por el Banco Mundial, correspondiente al año 2024.[6]

Para dimensionar la diferencia de precios pagados por los países en estudio y aquellos que tienen disponibilidad de versiones genéricas, se tomó un precio de referencia internacional. Para ello se decidió utilizar como referencia la lista de precios de medicamentos provistos por el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (FE-OPS). El FE-OPS es un mecanismo de cooperación regional para la compra conjunta de medicamentos y otros suministros esenciales de la Salud. Además de prestar asistencia técnica para la planificación de la demanda y ofrecer facilidades de pago, permite a las naciones integrantes asegurar el abastecimiento y acceder a precios competitivos a través de compras en escala. Es importante notar que, como es habitual, la lista de precios del FE-OPS[7] presenta los precios Free On Board (FOB) -es decir, sin incluir gastos en concepto de fletes, seguros y otros cobros-, con lo cual estos no reflejan el costo final de los medicamentos. Por tal razón, siguiendo las recomendaciones del FE-OPS, se añadió un 20% al precio de lista a fin de estimar el costo final. Posteriormente, se calculó para cada uno de los medicamentos el precio del tratamiento anual por persona para realizar la comparación.

Si bien los precios nacionales ajustados por el factor de conversión de PPA resultan apropiados para comparar los países entre sí, a la hora de confrontar estos con los precios de referencia internacional se utilizó como medida de conversión la tasa de cambio de mercado al dólar estadounidense (USD). De esta manera, se logra captar la diferencia entre la cantidad de dólares efectivamente necesarios para comprar los medicamentos de interés a través del FE-OPS y la empleada en la compra realizada (a la tasa de cambio disponible). Para cada caso, se tomó la tasa de cambio a la fecha de la realización de las compras o un promedio anual para el año 2024.

6. Estrictamente, se tomó el factor de conversión de PPA, PIB (UMN por $ a precios internacionales). Disponible aquí.
7. Disponible aquí.

SISTEMAS DE SALUD Y PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

3.1 / ARGENTINA

El sistema de Salud argentino se conforma de tres subsistemas:

Subsector Público: a cargo del Ministerio de Salud de la Nación, así como de los organismos homólogos a nivel provincial y municipal, que brindan atención gratuita a la población que no cuenta con un seguro social u obra social.

Subsector mixto o de la seguridad social: a cargo de las obras sociales; los beneficiarios de este seguro son los trabajadores en relación de dependencia, profesionales o autónomos aportantes.

Subsector privado o de medicina privada: es brindado por las instituciones de medicina prepaga.

El suministro de ARVs es cubierto en un 100% por los diferentes subsistemas. En el subsector público las compras son centralizadas a través del Ministerio de Salud de la Nación, quien ejecuta el Programa Nacional N° 22 - Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra, el cual es enteramente financiado por el Tesoro Nacional. Las compras públicas de ARVs y otros medicamentos que abastecen al subsistema público se realizan por medio de distintos mecanismos (licitaciones públicas, contrataciones directas, entre otras) así como a través del FE-OPS. Una vez centralizadas las compras, el Estado nacional realiza la distribución a las jurisdicciones subnacionales a través de convenios firmados con las provincias.

El tratamiento provisto por las obras sociales es financiado conjuntamente por los empleadores a través de los aportes patronales, y los trabajadores, a través de la retención mensual en los salarios. Los tratamientos antirretrovirales provistos por empresas privadas son financiados con la cuota mensual que pagan los afiliados.

3.2 / BRASIL

El sistema de Salud brasileño está compuesto por un sector público y un sector privado interrelacionados entre sí; es decir, el modelo de aseguramiento también es mixto (contributivo y subsidiado). El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados. El SUS es además responsable de la coordinación del sector público. La financiación pública en Salud es compartida por las tres esferas gubernamentales. La Unión (Estado Nacional),

Estado (las provincias) y municipalidades están obligadas constitucionalmente a destinar recursos para la atención de la Salud.

El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Auto administrados (empresas) y los planes de seguros de Salud individuales. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo, utilizados en gran parte por la población de mayores ingresos.

La provisión de ARVs es una obligación del Estado, conforme a lo establecido en la Ley 9.313/1996, que regula la distribución gratuita de medicamentos a las personas que viven con VIH y SIDA. La ley también indica que la estandarización de las terapias debe ser revisada y actualizada anualmente, o siempre que sea necesario, para adaptarse al conocimiento científico más reciente y a la disponibilidad de nuevos medicamentos en el mercado. La compra de ARVs se realiza de manera centralizada. El tratamiento antirretroviral está garantizado por el Sistema Único de Salud, que se encuentra obligado a proveer todos los tratamientos antirretrovirales para adultos y niños.

Los medicamentos para el cáncer no son comprados de forma centralizada por el Ministerio de Salud. Incluso después de su incorporación al sistema de salud por la CONITEC (Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el SUS), cada hospital o instituto de cáncer debe comprar directamente estos medicamentos. Como cada institución negocia por su cuenta, los precios varían de un hospital a otro. El gobierno federal reembolsa parte del tratamiento a través de la APAC (Autorización de Procedimientos de Alta Complejidad), un valor fijo pagado por procedimiento. Cuando el precio real del medicamento supera el valor reembolsado, el hospital gasta más de lo que recibe, acumula deudas y, con ello, el acceso final al tratamiento puede verse comprometido.

3.3 / COLOMBIA

La Ley 100 de 1993 indica que el sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En este sentido, el sistema está compuesto básicamente por tres entes:

a) El Estado, que actúa como órgano de coordinación, dirección y control.

b) Las aseguradoras, entidades privadas, públicas y mixtas, que aseguran a la población y actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). Las aseguradoras son las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios).

c) Los prestadores, son las instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPS), tales como los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios.

Otro actor importante dentro de la naturaleza vertical del sistema de salud son los Operado-

res Logísticos, encargados de la dispensación de los medicamentos formulados.

Si bien las EAPB se encargan de la adquisición y suministro de los medicamentos ARV, así como de la entrega de los mismos en las IPS, farmacias y puntos de dispensación que a su criterio establezcan, el Estado es el responsable de suministrar el tratamiento, en cualquiera de los dos regímenes que lo conforman, contributivo y subsidiado.

En relación con lo anterior , la compra de ARV no se realiza de manera centralizada, sino que cada proveedor de servicios de salud adquiere sus medicamentos.

3.4 / PERÚ

El sistema de Salud se encuentra regulado por el Ministerio de Salud y está compuesto por cuatro subsistemas. En primer lugar, se encuentra la Red de Establecimientos de Salud de la Seguridad Social (ESSALUD), dependiente orgánicamente del Ministerio de Trabajo, que brinda atención a aquellas personas aportantes. En segundo lugar, está la Red de hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales. En tercer lugar, la Red Privada que brinda atención a cualquier persona que pueda pagar una consulta. Finalmente, la Red de hospitales y centros de Salud del Ministerio de Salud que brindan atención a personas en situación de pobreza y pobreza extrema.

La provisión de ARVs es una obligación del Estado conforme a lo dispuesto en la Ley 28.243 denominada Ley Contrasida que establece que “Toda persona que se encuentra viviendo con VIH y SIDA, tiene derecho a recibir atención integral de salud continua y permanente por parte del Estado, a través de todos los establecimientos de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta y a la prestación previsional que el caso requiera”. En tal sentido, las compras se realizan de modo centralizado para todo el sistema, excepto para el sistema privado. Los distintos subsistemas de atención, a excepción de la red privada, brindan tratamiento antirretroviral. Todos ellos, en principio, están obligados a proveer todos los esquemas que se prevén en las guías de atención de tratamiento antirretroviral para adultos.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y EL CÁNCER

Con el propósito de contextualizar este estudio, resulta adecuado brindar algunos parámetros epidemiológicos básicos sobre el VIH y el cáncer en los países bajo indagación.

En primer lugar, la Tabla 1 presenta datos sobre la situación del VIH. En ella se observa indicadores como: la cantidad de personas con VIH en cada país, la prevalencia de VIH en población adulta, el número de muertes y la tasa de nuevas infecciones notificadas durante 2024.

Tabla 1. Datos epidemiológicos VIH - 2024

País	*N° de personas con VIH*	*Tasa de infección en población adulta*	*Muertes relacionadas al SIDA*	*3.5. Tasa de nuevas infecciones (cada 100 mil personas no infectadas)*
Argentina	140.000	0,4%	1.300	11
Brasil	1.100.000	0,6%	12.000	27
Colombia	230.000	0,6%	3.100*	24*
Perú	130.000	0,5%	870	19

Fuente: AIDSinfo

*UNAIDS Data 2023

Brasil concentra la mayor cantidad de personas que viven con VIH, con una estimación de 1.100.000 casos, seguido por Colombia (230.000), Argentina (140.000) y Perú (130.000). En cuanto a la tasa de infección entre la población adulta, Brasil y Colombia presentan los valores más altos, ambos con un 0,6%, mientras que Perú y Argentina muestran cifras algo menores, de 0,5% y 0,4%, respectivamente. En relación con las muertes vinculadas al SIDA, Brasil también encabeza la lista, seguido de Colombia, Argentina y Perú. Cabe destacar que este orden se mantiene al observar la tasa de mortalidad en registros anteriores. Por último, respecto de las nuevas infecciones, Brasil vuelve a registrar la tasa más elevada, seguido por Colombia; Perú presenta un nivel algo inferior y Argentina exhibe una cifra considerablemente menor.

En segundo lugar, vale reparar en algunas mediciones relativas al acceso a tratamientos a partir de la Tabla 2. Se analizan tres indicadores: el porcentaje de personas con VIH que conocen su diagnóstico, el número total de personas en tratamiento antirretroviral (TAR) y la cobertura de dicho tratamiento.

Tabla 2. Datos de acceso a TAR - 2024

País	*% de personas con VIH que conocen su diagnóstico*	*N° de personas en TAR*	*% de cobertura de TAR (niños y adultos)*
Argentina	94%	110.000	79%
Brasil	89%	830.000	73%
Colombia	79%	150.000*	61%*
Perú	87%	100.000	80%

Fuente: AIDSinfo

*UNAIDS Data 2023

Primero, respecto de la proporción de personas diagnosticadas, Argentina encabeza con un 94%, seguida por Brasil con un 89%. En Perú, el 87% de las personas con VIH conoce su situación, mientras que en Colombia la cifra alcanza el 79%. Cabe destacar que, en este último caso, el dato representa un incremento considerable de seis puntos porcentuales en comparación con 2022.

En cuanto al número de personas que reciben TAR, Brasil presenta la cifra más alta, con 830.000 pacientes, seguido por Colombia (150.000), Argentina (110.000) y Perú (100.000). Respecto de la cobertura del tratamiento, entendida como la proporción de personas que acceden al TAR en relación con quienes lo requieren, Perú muestra el mayor nivel, con un 80%, seguido de Argentina (79%) y Brasil (73%). Colombia, una vez más, registra la cobertura más baja, con un 61% (aunque es importante notar que este dato, así como el número de personas en tratamiento corresponden al año 2023, mientras que para los otros países los datos son del 2024).

Finalmente, resta repasar el panorama epidemiológico del cáncer en estos mismos países. Los datos disponibles más recientes corresponden a 2022 y se plasman en la Tabla 3.

En los países bajo estudio aún persisten importantes barreras para el acceso universal al tratamiento antirretroviral.

Tabla 3. Datos epidemiológicos cáncer - 2022

País	*Mortalidad de todos los cánceres combinados (cada 100 mil personas, estandarizado por edad)*	*Incidencia de todos los cánceres combinados (cada 100 mil personas, estandarizado por edad)*	*Cáncer más común como causal de muerte - Mujeres*	*Cáncer más común como causal de muerte - Hombres*	*Mortalidad de todos los cánceres combinados (cada 100 mil personas, estandarizado por edad) - Mujeres*	*Mortalidad de todos los cánceres combinados (cada 100 mil personas, estandarizado por edad) - Hombres*
Argentina	102,7	215,8	Mama	Pulmón	88,7	123,6
Brasil	91,3	214,4	Mama	Pulmón	79,4	107,7
Colombia	81,4	177,6	Mama	Próstata	76,9	87,6
Perú	82,4	173,8	Cuello uterino	Estómago	86,2	79,8

Fuente: Cancer TODAY | IARC-OMS

Argentina registra la mayor carga oncológica entre los países analizados, con una tasa de incidencia de 215,8 y una mortalidad de 102,7 por cada 100 mil personas, seguida de Brasil, cuyas cifras fueron similares (214,4 y 91,3, respectivamente). Colombia y Perú presentaron valores más bajos, con incidencias de 177,6 y 173,8, y mortalidades de 81,4 y 82,4, respectivamente. En todos los casos, las tasas se encuentran estandarizadas por edad, substrayendo por tanto el efecto del envejecimiento poblacional diferencial entre los países.

En cuanto a los tipos de cáncer más comunes como causa de muerte, en mujeres predomina el cáncer de mama en Argentina, Brasil y Colombia, mientras que en Perú destaca el cáncer de cuello uterino. Entre los hombres, el cáncer de pulmón encabeza las muertes en Argentina y Brasil, el de próstata en Colombia y el de estómago en Perú. En todos los países, la mortalidad es mayor en hombres que en mujeres, con excepción de Perú, donde se invierte esta tendencia. Esto podría responder a la incidencia distintiva del cáncer cervicouterino, caracterizado por una mayor letalidad.

COMPARACIÓN DE PRECIOS

5.1 / LA CANASTA Y LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS

Con base en las pautas metodológicas antes descritas se arribó, por un lado, a una canasta de antirretrovirales compuesta por seis grupos de medicamentos y Lamivudina 10 mg/ml.

Por otro lado, a ella se incluyó el medicamento contra el cáncer Pembrolizumab. Su inclusión en el análisis responde a la singular tensión que emerge entre su gran potencial terapéutico y las barreras impuestas por los derechos de propiedad intelectual. Mientras posee una amplia indicación en inmunoterapia frente a 18 tipos de cáncer, debido a sus particularidades como biológico, este medicamento comercializado bajo el nombre Keytruda® por MSD se ha mostrado especialmente sujeto a estrategias abusivas de patentamiento que perpetúan los derechos de exclusividad y elevan excesivamente su precio.[8]

El listado de medicamentos puede verse en la Tabla 4, junto a las tomas diarias, la cual se utilizará para estimar los precios de tratamiento individual, por año.

Tabla 4. Canasta de medicamentos

Principio activo	*Concentración*	*Posología*
Tenofovir	300 mg	1 toma diaria
Lamivudina	300 mg	
Dolutegravir	50 mg	
Tenofovir	300 mg	1 toma diaria
Emtricitabina	200 mg	
Tenofovir	300 mg	1 toma diaria
Emtricitabina	200 mg	
Efavirenz	600 mg	
Lamivudina	150 mg	2 tomas diarias
Zidovudina	300 mg	
Lamivudina*	10 mg/ml	-
Darunavir	800 mg	1 toma diaria
Ritonavir	100 mg	
Dolutegravir	50 mg	1 toma diaria
Lamivudina	300 mg	
Pembrolizumab*	25 mg (100mg/4ml)	-

** Por estar su posología sujeta al peso de la persona y otros factores se toma su precio unitario.*

8. El precio de Keytruda® se incrementó casi 150% desde su lanzamiento, convirtiéndose en el producto más rentable de la historia de MSD. Para más información, ver: I-Mak (2021). *Overpatented, Overpriced. Keytruda's Patent Wall.* Disponible aquí.

Como se mencionó, los precios fueron sistematizados tanto a través del cálculo de precios promedio ponderados para los casos en los que hubo más de una compra como también a través de la simple agregación de los precios de aquellos fármacos que componen las combinaciones de interés y fueran comprados de manera separada. De dicha sistematización se obtienen los precios visualizados en la Tabla 5. Los mismos están expresados en las unidades de moneda nacional (UMN) de cada país.

Tabla 5. Precios unitarios o PPP unitarios de los medicamentos en UMN

Medicamentos		Argentina ARS	Colombia COP	Brasil REAL	Perú S/.
Principio activo	*Concentración*				
Tenofovir Lamivudina Dolutegravir	300 mg 300 mg 50 mg	$ 145,84	$ 528	$ 6,36	$ 0,49
Tenofovir Emtricitabina	300 mg 200 mg	$ 158,54	$ 780	$ 3,05	$ 2,01
Tenofovir Emtricitabina Efavirenz	300 mg 200 mg 600 mg	$ 221,59	$ 1.257	$ 0,99*	s/d
Lamivudina Zidovudina	150 mg 300 mg	s/d	$ 889	$ 1,24	s/d
Lamivudina	10 mg/ml	$ 12.860,00	$ 14.475	$ 33,63	s/d
Darunavir Ritonavir	800 mg 100 mg	$ 2.982,00	$ 5.222	$ 11,18	s/d
Dolutegravir Lamivudina	50 mg 300 mg	$ 413,00	$ 11.603	$ 5,74	s/d
Pembrolizumab	25 mg (100mg/4ml)	$ 3.381.058	$ 19.909.152	$ 8.021,43	$ 8.585

5.2 / ANÁLISIS DE PRECIOS

Por las razones expuestas oportunamente, para una adecuada comparación de los precios es necesario ajustarlos en función del poder adquisitivo local. Utilizando el método de PPA (base 2024) se obtienen los precios que se exponen en las siguientes tablas junto a la información relativa a la situación de propiedad intelectual y de mercado de cada medicamento en los países estudiados.

Tabla 6. Precio de Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg
(tratamiento por persona al año, expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	$ 126,72	NO	NO	NO	-
Brasil	$ 936,05	SI	NO	SI	Tivicay®/ genérico
Colombia	$ 128,47	SI	NO	NO	Dovato® / Tivicay®
Perú	$ 100,48	NO	NO	NO	-

En primer lugar, la Tabla 6 exhibe los datos correspondientes al precio de tratamiento de Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg, expresado en dólares internacionales. Puede observarse que en 2024 el precio más bajo lo obtuvo Perú, seguido de Argentina. En el primer caso, las compras de esta combinación se realizaron a través de licitaciones públicas y el FE-OPS. En el segundo, sólo por medio de este último canal. A partir de ello, se torna claro la conveniencia de estos mecanismos en términos de precios.

Lo mismo puede decirse respecto a Colombia. En este país, la compañía multinacional ViiV Healthcare Company, representada por la filial local de GlaxoSmithKline (GSK), posee una patente sobre Dolutegravir (DTG) bajo la marca protegida Tivicay®. No obstante, en 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social dictaminó “la existencia de razones de interés público para someter la patente 07115501A del medicamento Dolutegravir a licencia obligatoria en la modalidad de uso público no comercial (uso gubernamental)” y en 2024 la Superintendencia de Industria y Comercio emitió una licencia obligatoria sobre el medicamento, siendo la primera en la historia del país. En tal marco, las compras de la combinación realizadas en 2024 se hicieron a través del FE-OPS por un precio de $128,47 el tratamiento anual para una persona, ajustado por PPA como se ha explicado. Este precio representa un 5% del pagado en 2022, en ausencia de la licencia obligatoria. Esto evidencia que la suspensión de las patentes permite reducir contundentemente los precios a partir de la importación y fabricación del medicamento en su forma genérica.

En cambio, en Brasil las mismas empresas detentan una patente sobre DTG. En un contexto de vigencia de derechos exclusivos sobre esta droga, los precios afrontados fueron entre 7 y 9 veces superiores a los pagados por los otros países. El medicamento, distribuido por el sistema público de Salud brasileño a alrededor de 700 mil personas en 2024, fue incorporado al país en el año 2017 y su patente fue concedida en el año 2020. Desde 2022, el Ministerio de Salud adquiere el DTG a través de la Alianza Estratégica para la transferencia de tecnología entre GSK y Fiocruz; el contrato es secreto, no hubo producción local y todo el suministro es importado. Gracias a la presentación de una acción directa de inconstitucionalidad, el Supremo Tribunal Federal redujo el plazo de vigencia de esta (y otras miles de patentes), estableciendo su vencimiento en 2026. Sin embargo, otras patentes depositadas por GSK pueden extender el período de protección patentaria hasta 2041, como la solicitud de patente para la combinación de Dolutegravir y Lamivudina.

Tabla 7. Precio de Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg
(tratamiento por persona al año, expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	$ 137,75	NO	NO	NO	-
Brasil	$ 448,89	NO	NO	NO	-
Colombia	$ 189,78	NO	NO	NO	-
Perú	$ 412,16	NO	NO	NO	-

La Tabla 7 presenta la información recopilada sobre el antirretroviral Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg, comercializado por la empresa Gilead bajo el nombre Truvada®. Si bien este medicamento no posee patentes vigentes en ninguno de los países analizados, los precios muestran notables diferencias. La más significativa corresponde a Brasil, donde el valor abonado por el tratamiento anual fue de $448,89. Esto ocurre pese a que el suministro del fármaco está a cargo de la asociación para el desarrollo productivo (PDP) entre Blanver y Fiocruz —empresa privada y laboratorio público oficial, respectivamente—, los cuales figuran como únicos proveedores en las compras públicas más recientes. Cabe señalar que la producción del medicamento es realizada íntegramente por Blanver, mientras que Fiocruz se limita al envasado.

Perú pagó $412,16 el tratamiento, lo cual significa un precio 205% por encima del pagado en 2022. Mientras que en dicho año la adquisición de esta combinación se había ejecutado a través del FE-OPS, en 2024 la compra se hizo por medio de una subasta inversa electrónica.

En contraste, en Argentina las adquisiciones sí se efectuaron a través del FE-OPS, mientras que en Colombia se observa una amplia diversidad de proveedores. En este último país, además, rigen políticas de control de precios que favorecen la obtención de valores más accesibles; concretamente, esta combinación se encuentra incluida en el mecanismo de control directo de precios de medicamentos en el país[9]. Resulta particularmente relevante que—al igual que se observó en el análisis de precios de 2022—pese a emplear mecanismos de compra distintos, Argentina y Colombia hayan alcanzado precios relativamente similares.

Tabla 8. Precio de Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg + Efavirenz 600 mg
(tratamiento por persona al año, expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	$ 192,54	NO	NO	NO	-
Brasil	$ 145,71 *	NO	NO	NO	-
Colombia	$ 305,84	NO	NO	NO	-
Perú	s/d	NO	NO	NO	-

* Precio correspondiente a la combinación equivalente Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg + Efavirenz 600mg

La Tabla 8 expone los precios y situación de propiedad intelectual de Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg + Efavirenz 600 mg, de nombre comercial Atripla®, también comercializado por Gilead. Esta combinación, nuevamente, no se encuentra actualmente patentada en ninguno de los países bajo estudio.

Los precios más accesibles en 2024 fueron los pagados por Argentina y Brasil, si bien en este último caso se trata de la combinación equivalente TDF+3TC+EFV. En ambos países, las compras se realizaron al laboratorio productor de medicamentos genéricos Mylan a través del FE-OPS. Por su parte, pagando $305,84 el tratamiento anual por persona, Colombia obtuvo el precio más caro, a pesar de que esta combinación se encuentra incluída en el mecanismo de control directo de precios de medicamentos. Este alto precio en Colombia se explica en parte porque en el 2022 dos proveedores que suministraban cerca del 70% del mercado tenían precios a menos de la mitad que los otros oferentes. Estos mismos dos proveedores, para el 2024, equipararon sus precios con los demás oferentes. En Perú no se registraron compras de esta combinación durante 2024.

9. Disponible aquí.

Tabla 9. Precio de Lamivudina 150 mg + Zidovudina 300 mg
(tratamiento por persona al año, expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	s/d	NO	NO	NO	-
Brasil	$ 365,00	NO	NO	NO	-
Colombia	$ 432,60	NO	NO	NO	-
Perú	s/d	NO	NO	NO	-

En la Tabla 9 se presenta el caso de Lamivudina 150 mg + Zidovudina 300 mg. En lo referente a la situación de propiedad intelectual, el escenario es análogo al caso anterior: no existen patentes vigentes en estos países.

Para esta combinación sólo se cuenta con datos para Brasil y Colombia. Mientras el precio abonado por el primero de estos países se encuentra en línea con el pagado en 2022, en un contexto marcado por una reducción de proveedores el caso colombiano registra un aumento en torno a cuatro veces mayor. Los proveedores aumentaron aproximadamente 4 veces el precio unitario de venta en estos dos años y, posiblemente relacionado, está el hecho de que esta combinación no se encuentra incluida en el mecanismo de control directo de precios de medicamentos.

Tabla 10. Precio unitario de Lamivudina 10 mg/ml
(expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	$ 30,61	NO	NO	SI	-
Brasil	$ 13,56	NO	NO	NO	-
Colombia	$ 9,65	NO	NO	NO	-
Perú	s/d	NO	NO	SI	-

La Tabla 10 describe el caso del ARV Lamivudina 10 mg. Al tratarse de un medicamento en presentación jarabe, su modo de administración varía en función del peso de la persona. Por ello los precios corresponden al valor unitario (frasco de 240 ml).

Al igual que en los datos registrados en 2022, Colombia obtuvo el mejor precio seguido por Brasil. En ambos casos los precios de 2024 se encuentran en una línea similar a los de 2022. Para el caso de Colombia valga indicar que la presentación comercial de este medica-

mento no se encuentra incluida en el control directo de precios de medicamentos Contrastantemente, el precio pagado por Argentina fue en torno a tres veces superior al obtenido por los otros países. A su vez, dicho precio representa un aumento cerca de cinco veces al pagado en 2022, en términos reales, por este país. En este punto es importante notar que estas adquisiciones de Lamivudina 10 mg se han realizado sistemáticamente al laboratorio nacional Elea por medio de contrataciones directas, alegando una situación de exclusividad del proveedor, si bien el mismo no cuenta con un monopolio legal sobre el producto.

Tabla 11. Precio de Darunavir 800 mg + Ritonavir 100 mg
(tratamiento por persona al año, expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	$ 2.591,01	NO	NO	SI	-
Brasil	$ 1.270,56	NO	NO	NO	-
Colombia	$ 1.645,44	NO	NO	NO	-
Perú	s/d	NO	NO	NO	-

En cuanto a la combinación Darunavir 800 mg + Ritonavir 100 mg (Tabla 11), Argentina aparece nuevamente haciendo frente al precio de tratamiento anual por persona más caro. El mismo es más del doble que el pagado por Brasil, país que consiguió el mejor precio de la comparativa. Similarmente al caso anterior, las compras centralizadas en Argentina se hacen regularmente a través de contrataciones directas a un solo proveedor, en este caso el laboratorio local Richmond. Este laboratorio tampoco cuenta con un monopolio legal sobre este medicamento. En el caso de Colombia, esta combinación se encuentra incluída en el mecanismo de control directo de precios para las ventas institucionales.

Tabla 12. Precio de Dolutegravir 50 mg + Lamivudina 300 mg
(tratamiento por persona al año, expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	$ 358,85	NO	NO	NO	-
Brasil	$ 2.823,11	SI	NO	SI	Dovato®
Colombia	$ 844,80	SI	NO	NO	Dovato®
Perú	s/d	NO	NO	NO	-

Distinta es la situación que se observa en la Tabla 12 para Dolutegravir 50 mg + Lamivudina 300 mg. En el caso argentino, donde la ausencia de patentes permite realizar licitaciones públicas que habilitan la compulsa de precios, el monto abonado por tratamiento es sustancialmente menor al de Colombia y Brasil. En estos dos países, en cambio, la vigencia de derechos exclusivos eleva los precios. Sin embargo, en un contexto de licencia obligatoria, Colombia pudo adquirir la combinación Dolutegravir + Lamivudina + Tenofovir a un precio más bajo.

Tabla 13. Precio unitario de Pembrolizumab 25 mg (100 mg/4 ml)
(expresado en USD internacionales)

País	*Precio*	*Patente vigente*	*Protección de datos*	*Situación de monopolio*	*Marca protegida*
Argentina	$ 8.048,61	NO	NO	SI	-
Brasil	$ 13.271,44	SI	NO	SI	Keytruda®
Colombia	$ 3.234,45	SI	NO	SI	Keytruda®
Perú	$ 4.823,19	NO	NO	SI	-

Finalmente, se propone observar el estado de situación del medicamento oncológico Pembrolizumab 25 mg (Keytruda®). Aquí también se toma el precio unitario de su presentación (un vial de 4 ml de 100 mg de solución inyectable).

Vale destacar que Brasil, uno de los dos países donde el medicamento cuenta actualmente con una patente vigente, registra el precio más elevado. Lo secunda Argentina, donde la adquisición del medicamento se realizó por medio de una contratación directa. El mismo mecanismo se empleó en Perú, aunque consiguiendo un precio considerablemente inferior. Por último, el precio más bajo es el asentado en Colombia, el cual equivale a menos de un cuarto del pagado por Brasil. Esto último puede explicarse a partir del mecanismo de control directo de precios para las ventas institucionales en Colombia de este medicamento.

En los casos revisados,
las diferencias de precios más
acentuadas se asocian directamente
con la existencia de patentes.

5.3 / COMPARACIÓN CON PRECIOS INTERNACIONALES DE REFERENCIA

Una vez comparados los precios pagados en cada país, resulta útil contrastarlos con precios de referencia internacional (PRI). Tal como se señaló en el apartado metodológico, el factor de conversión más adecuado para este propósito no es el basado en la paridad del poder adquisitivo, sino el determinado por la tasa de cambio nominal. De este modo, es posible comparar la cantidad de dólares estadounidenses correspondiente al precio de referencia internacional con la cantidad efectivamente pagada en las compras, según la tasa de cambio vigente en cada caso.

Hecho esto, se tomó ambos valores para, en cada uno de los casos, calcular la diferencia porcentual entre los precios pagados en las compras y los PRI. Los resultados de tal estimación se visualizan en la Tabla 14.

Tabla 14. Diferencia entre precios pagados y PRI (%)

Medicamentos		Argentina	Colombia	Brasil	Perú
Principio activo	*Concentración*				
Tenofovir Lamivudina Dolutegravir	300 mg 300 mg 50 mg	=	=	887%	9%
Tenofovir Emtricitabina	300 mg 200 mg	=	47%	337%	312%
Tenofovir Emtricitabina Efavirenz	300 mg 200 mg 600 mg	=	62%	=*	-
Lamivudina Zidovudina	150 mg 300 mg	-	99%	110%	-
Lamivudina	10 mg/ml	454%	46%	158%	-
Darunavir Ritonavir	800 mg 100 mg	s/d	s/d	s/d	s/d
Dolutegravir Lamivudina	50 mg 300 mg	s/d	s/d	s/d	s/d
Pembrolizumab	100 mg/4ml	s/d	s/d	s/d	s/d

** Diferencia de precio correspondiente a la combinación equivalente en Brasil Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg + Efavirenz 600mg*

A partir de la tabla precedente se evidencia rápidamente que todas aquellas compras que no se realizaron a través del FE-OPS pagaron sumas sustancialmente mayores a las ofrecidas por este. Sobresale el caso de Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg en Brasil dónde, en un contexto donde la combinación se encuen-

tra afectada por patentes, se pagó 887% por encima del valor ofertado por el mecanismo internacional. En extremo opuesto se encuentran aquellas compras efectivamente realizadas por medio del FE-OPS, distinguidas con el signo igual (=).

Argentina es el único país de la comparativa que se abasteció de Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg apelando al mecanismo de la OPS, mientras que los países restantes enfrentaron precios sensiblemente más elevados que el PRI, a pesar de que la combinación no se encuentra patentada en ninguno de ellos. A su vez, Argentina registra la mayor cantidad de compras por medio del FE-OPS. Sin embargo, en dicho país se pagó una de las diferencias más amplias con el PRI en el caso de Lamivudina 10 mg/ml, al optar por una compra local a través del mecanismo de contratación directa.

Por su parte, Brasil y Colombia hicieron frente a precios por encima del PRI en todos los casos salvo en la compra efectuada a través del FE-OPS, siendo en el primero de ellos donde se observan diferencias más amplias en cada uno de los medicamentos. Finalmente, la diferencia de precios más pequeña es en el caso de Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg en Perú. No obstante, hay que recordar que el precio pagado por el país incluye en el promedio una compra instrumentada a través del FE-OPS.

CONCLUSIONES

El análisis conducido en este estudio revela importantes disparidades en los precios pagados por los sistemas de Salud de Argentina, Brasil, Colombia y Perú en 2024. La existencia de patentes que generan derechos exclusivos sobre los medicamentos constituye el principal factor detrás de las diferencias de precios más marcadas.

Esto puede observarse nítidamente al comparar, en cada caso, la brecha entre los precios más asequibles y los pagados por medicamentos patentados. En Brasil, donde la combinación se encuentra afectada por derechos exclusivos Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg fue pagado 832% más que en Perú, donde el medicamento se compró a través de licitaciones públicas y el FE-OPS. También en Brasil Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg se abonó 687% más caro que en Argentina, donde se adquirió vía licitación pública. Finalmente, en este mismo país por el medicamento contra el cáncer Pembrolizumab 100 mg/4 ml se pagó un precio 310% superior al pagado en Colombia. Estas diferencias también se hicieron notorias en la comparativa con los PRI. A pesar de tener una demanda mucho mayor en Brasil -por ejemplo en el caso de dolutegravir donde se registran casi 800.000 personas en tratamiento- ello funciona como un mayor incentivo para la obtención de lucro por parte de las empresas en detrimento de los presupuestos públicos. En este marco, es evidente que Brasil ha sido el país más desfavorecido por el efecto perjudicial de las patentes.

Por otro lado, se detectaron mecanismos de compra con efectos adversos para los precios. Las contrataciones directas, que anulan por completo la compulsa de precios contribuyen a la formación de precios más caros. Esto se hizo claro en Argentina, donde, al emplearse este mecanismo, se obtuvieron los precios más onerosos de la comparativa. Lamivudina 10 mg/ml y la combinación Darunavir 800 mg + Ritonavir 100 mg, a pesar de no estar patentados, fueron pagados a un precio más elevado que el resto de los países. Si bien Argentina obtuvo un número importante de precios asequibles apelando al FE-OPS, este mecanismo está siendo utilizado en detrimento de la variedad de opciones de esquema de tratamiento, ignorando las necesidades de salud pública de las distintas poblaciones y sus particularidades.

CONCLUSIONES

Finalmente, en Colombia la existencia de una variedad de proveedores, de genéricos asequibles y de medidas de control de precios permitieron conseguir el mejor valor en varias comparativas entre los países, aunque no así respecto a los PRI. Por otra parte, resulta fundamental reparar en el impacto contundente que tuvo en este país la utilización de las salvaguardas de salud pública contenidas en la normativa de propiedad intelectual: en este sentido la primera licencia obligatoria emitida para un medicamento por el gobierno colombiano fue en 2024 -de conformidad con el Acuerdo ADPIC (OMC)- fue para Dolutegravir y generó una reducción sustancial, situada en torno al 95%, del precio afrontado por el país en años anteriores. Adicionalmente, resulta también evidente el efecto favorable que ha tenido el mecanismo de control directo de precios de medicamentos para contener la inversión farmacéutica, siendo una política pública esencial en términos de sostenibilidad para el sistema de salud.

Las licencias obligatorias y las oposiciones a solicitudes de patentes, entre otras salvaguardas de salud pública, han mostrado ser esenciales para el acceso a tecnologías sanitarias a precios asequibles y defender el derecho a la salud.

Ahondando en el precedente de la licencia obligatoria del dolutegravir, el 27 de abril de 2026, el Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina (TJCA) declaró infundada la demanda presentada por ViiV Healthcare y Shionogi & Co., Ltd. (titulares de la patente) contra la licencia obligatoria otorgada por el gobierno colombiano. Este fallo es un reconocimiento expreso, en el más alto nivel de la institucionalidad andina, de que Colombia actuó conforme al marco jurídico vigente y en legítimo ejercicio de su soberanía sanitaria.

Estos hechos vuelven a poner de relieve la importancia de aprovechar plenamente las salvaguardas de salud pública previstas en las normas internacionales —como las licencias obligatorias y las oposiciones a solicitudes de patentes— con el fin de asegurar un acceso asequible para todas las personas que lo requieran.

RECOMENDACIONES

1

El establecimiento de criterios de patentabilidad se encuentra entre los derechos soberanos que conforme a ADPIC tienen los países para adoptar medidas que protejan la salud pública. La ausencia de directrices de patentabilidad rigurosas que garanticen la transparencia y eviten prácticas abusivas por parte de las compañías farmacéuticas habilita el otorgamiento de patentes sobre productos o procedimientos que no son nuevos, carecen de actividad inventiva, y/o no tienen aplicación industrial. Al mismo tiempo, el sistema de patentes debe ser comprendido desde una perspectiva sanitaria para evitar que los intereses de lucro prevalezcan sobre la Salud Pública.

2

En estrecha relación con esto último, es imperioso que los países hagan uso de las salvaguardas de salud que instituyen los acuerdos internacionales en la materia -ADPIC-. El examen exhaustivo de las solicitudes de patentes, así como las oposiciones a solicitudes de patente que no cumplen con los estándares de patentabilidad son herramientas vitales para evitar la concesión de patentes de baja calidad. Las licencias obligatorias son también recursos importantes para eliminar las barreras que afectan el acceso a medicamentos. Sobre este punto deviene ilustrativo el caso de la licencia obligatoria emitida por el gobierno colombiano para el medicamento para VIH Dolutegravir y su efecto beneficioso sobre el precio del mismo. Más aún, la reciente jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina que valida la licencia obligatoria emitida por el gobierno de Colombia sienta un precedente de enorme valor para los demás países miembros de la región y alienta el uso de este instrumento en otros países cuyos medicamentos están bajo patentes.

RECOMENDACIONES

3 Resulta necesario que los Estados fortalezcan sus políticas de control de precios de medicamentos. Particularmente en aquellos mercados altamente concentrados o donde existan situaciones de exclusividad, es elemental contar con instituciones de control sólidas que establezcan límites a los precios de venta. Los regímenes de control directo basados en sistemas de precios de referencia, constituyen instrumentos fundamentales que permiten asegurar la sustentabilidad de los sistemas de salud y garantizar el acceso universal a las tecnologías sanitarias.

4 Los Estados no deben recurrir al uso de contrataciones directas para la compra de medicamentos, sino que deben utilizar mecanismos transparentes como las licitaciones públicas que permiten la compulsa de precios y la competencia entre los oferentes, redundando en mejores condiciones para las compras públicas. Asimismo, vías de cooperación regional como el FE-OPS también constituyen opciones que ofrecen precios más competitivos para el acceso a suministros esenciales de la salud, contribuyendo así a la sostenibilidad de los programas de provisión gratuita de tratamientos.

5 Las naciones deben hacer pleno ejercicio de su soberanía sanitaria en defensa del derecho a la salud. Para ello resulta ineludible generar políticas públicas con participación ciudadana que busquen: 1) reforzar la capacidad de los sistemas públicos de salud, 2) promover e invertir en la investigación científica para el desarrollo de tecnologías sanitarias que no respondan a la lógica de mercado, 3) incentivar la cooperación regional para el acceso a versiones genéricas y 4) fomentar mediante políticas activas la producción local -pública y privada- y regional de medicamentos, vacunas, y otras tecnologías sanitarias.



Red LAM
Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos

GEP

IFARMA

GTPI
GRUPO DE TRABALHO SOBRE PROPRIEDADE INTELECTUAL

ABIA
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS