



**ANÁLISIS COMPARATIVO DE PRECIOS
DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES
EN ARGENTINA, COLOMBIA, BRASIL Y PERÚ**

COORDINACIÓN GENERAL
María Lorena Di Giano

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Fausto Ferreyra

AUTORES

Andrea Carolina Reyes¹, Fausto Ferreyra²,
José María Di Bello³, Juliana López⁴,
María Lorena Di Giano⁵, Mariela Bacigalupo⁶,
Susana van der Ploeg⁷



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1/OBJETIVOS DEL ESTUDIO	4
2/METODOLOGÍA	5
3/SISTEMAS DE SALUD Y PROVISIÓN DE ANTIRRETROVIRALES	8
4/SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y DE TAR	11
5/COMPARACIÓN DE PRECIOS	13
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	24
PROCLAMAMOS	26

DICIEMBRE 2024

COORDINACIÓN GENERAL

María Lorena Di Giano

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fausto Ferreyra

AUTORES

Andrea Carolina Reyes¹, Fausto Ferreyra²,

José María Di Bello³, Juliana López⁴,

María Lorena Di Giano⁵, Mariela Bacigalupo⁶,

Susana van der Ploeg⁷

^{1, 4} Ifarma, Colombia.

^{2, 3, 5, 6} Fundación GEP, Argentina.

⁷ ABIA/GTPI, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Este informe tiene como objetivo analizar y comparar los precios de medicamentos antirretrovirales (ARVs) en Argentina, Brasil, Colombia y Perú durante el año 2022. 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 ser-

vicios 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 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.

1 / OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general es comparar los precios de una canasta de medicamentos utilizados en los esquemas de tratamiento antirretroviral (TAR) de Argentina, Brasil, Colombia y Perú para el año 2022, así mismo 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 acceso a tratamiento antirretroviral en los países involucrados.
- Revisar los precios unitarios pagados en 2022 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 2022.
- 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.

2 / METODOLOGÍA

El estudio se condujo sobre cuatro países que integran la Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos (RedLAM): Argentina, Brasil, Colombia, y Perú. Los representantes de cada una de las organizaciones involucradas consensuaron un diseño de investigación para la recolección y análisis de la evidencia, utilizando la metodología de un trabajo previo de RedLAM⁸. Las variables consideradas son:

En relación con los sistemas de Salud de cada país:

- a) modelo de aseguramiento;
- b) modalidad de provisión de antirretrovirales (AVRs);
- c) modalidad de compras de medicamentos.

En relación a la situación del VIH en cada país:

- a) n° de personas con VIH;
- b) tasa de infección;
- c) tasa de mortalidad;
- d) % de personas con VIH que conocen su diagnóstico;
- e) n° de personas en TAR;
- f) % de cobertura de TAR

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 (si o no);
- f) protección de datos (si o no);
- g) situación de monopolio (si o no)
- h) marca protegida
- i) precio de referencia internacional (PRI)
- j) posología

8. Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos (2015). Análisis comparativo de precios de medicamentos antirretrovirales en Argentina, Colombia, Brasil, México y Perú. Un resumen del mismo se encuentra [disponible en este informe](#).

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 y hayan sido objeto de compras por parte de los prestadores de Salud en un mismo período temporal. Esto último 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 2022 como período de análisis.

Con la excepción de Colombia⁹, 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 organizaciones¹⁰ a través de distintos medios, como solicitudes de acceso a la información y búsquedas en los sitios web de compras públicas de los países. 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 de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI)¹¹ y de los sitios webs de las oficinas de patentes de cada país.

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 canas-

ta 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 ARVs. En segundo lugar, se presentaron y compararon algunos datos epidemiológicos relativos a la situación del VIH 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

9. Por la caracterización del sistema de Salud de Colombia, que se explica más adelante.

10. Fundación Grupo Efecto Positivo (Fundación GEP) en Argentina; Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) en Brasil; Fundación IFARMA en Colombia; y Acción Internacional para la Salud (AIS) en Perú.

11. Disponible [en este sitio web](#).

las tasas de cambio de mercado. Para este estudio, se aplicó a los precios de los medicamentos seleccionados el factor de conversión de PPA elaborado por el Banco Mundial, correspondiente al año 2022.¹²

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). Se trata de 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 para 2022¹³ presenta los precios Free On Board (FOB) -es decir, sin in-

cluir 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 2022 (Ver Anexo, Tabla 13).

12. Estrictamente, se tomó el factor de conversión de PPA, PIB (UMN por \$ a precios internacionales). [Disponible en este documento](#). Las tasas de conversión usadas para cada país pueden consultarse en el Anexo (Tabla 12).

13. Disponible [en este documento](#).

3 / SISTEMAS DE SALUD

Y PROVISIÓN DE ANTIRRETROVIRALES

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, siendo

el modelo de aseguramiento mixto (contributivo y subsidiado). 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 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.

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 Capacitación (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 Operadores 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 Contrásida 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.



4 / SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Y DE TAR

A los fines de contextualizar el presente estudio, resulta pertinente reparar someramente en la situación epidemiológica del VIH y del acceso a TAR en los países en cuestión. La Tabla 1 presenta datos sobre el VIH, correspondientes al año 2022. En

ella se observa la cantidad de personas con VIH en cada país, la prevalencia de VIH en población adulta, el número de muertes y la tasa de mortalidad por SIDA, así como la cantidad y tasa de nuevas infecciones notificadas durante dicho año.

Tabla 1. Datos epidemiológicos de los países estudiados - 2022

País	Total personas con VIH	Prevalencia en población adulta (15 -49)	Muertes relacionadas al SIDA	Mortalidad de SIDA (cada 100 mil personas)	Nuevas infecciones	Tasa de nuevas infecciones (cada 100 mil personas no infectadas)
Argentina	130.000	0,40%	1.400	3	4.500	10
Brasil	990.000	0,60%	14.000	7	51.000	24
Colombia*	190.000	0,50%	1.500	3	8.300	16
Perú	110.000	0,50%	<1000	2	6.400	19

Fuente: <https://aidsinfo.unaids.org/>

*UNAIDS Data 2023

Brasil tiene la mayor cantidad de personas con VIH, con 990.000 casos estimados, seguido de Colombia con 190.000, Argentina con 130.000 y Perú con 110.000. En cuanto a la tasa de infección en la población adulta, Brasil registra el porcentaje más alto, con un 0,6%, mientras que Argentina, Colombia y Perú presentan tasas ligeramente menores: de 0,4%, 0,5% y 0,5%, respectivamente. Al analizar la tasa de mortalidad, se observa que Brasil tiene la tasa más elevada, con 7 muertes por

SIDA por cada 100.000 habitantes, seguida de Argentina y Colombia, ambos con una tasa de 3. En contraste, Perú muestra una tasa de mortalidad más baja. El número de muertes permite dimensionar lo que estas tasas representan en cada país. Finalmente, en relación a las nuevas infecciones, la tasa más alta se observa nuevamente en Brasil, secundado por Colombia. Por su parte Perú exhibe un volumen algo menor y Argentina registra una marca sustancialmente más baja.

Por otra parte, vale considerar algunas mediciones relativas al acceso a tratamientos. Estas pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Datos de acceso a TAR - 2022			
País	% de personas con VIH que conocen su diagnóstico	Nº de personas en TAR	% de cobertura de TAR (niños y adultos)
Argentina	93%	101.526	76%
Brasil	92%	732.600	75%
Colombia	73%	137.186	61%
Perú	85%	86.752	82%

Fuente: <https://aidsinfo.unaids.org/>

Se presentan tres indicadores: el porcentaje de personas con VIH que conocen su diagnóstico, el número de personas que reciben TAR en cada país y el porcentaje de cobertura de TAR. En primer lugar, en cuanto a la proporción de la población infectada que conoce su situación, Argentina lidera con un 93%, mientras que Brasil alcanza el 92%. En Perú el 85% de las personas con VIH conocen su diagnóstico, y en Colombia sólo el 73%.

Brasil tiene el mayor número de personas en TAR, con 732.600 personas, seguido de Colombia con 137.186, Argentina con 101.526 y Perú con 86.752. En cuanto a la cobertura de TAR, que mide la proporción de personas que reciben tratamiento en relación con las necesidades de cada país, Perú registra la cobertura más alta, con un 82%, seguido de Argentina con un 76% y Brasil con un 75%. Colombia, nuevamente, tiene la cobertura más baja, con un 61%.

Perú registra la cobertura más alta, con un 82%, seguido de Argentina con un 76% y Brasil con un 75%. Colombia, nuevamente, tiene la cobertura más baja, con un 61%.

5 / COMPARACIÓN DE PRECIOS

5.1 / LA CANASTA Y LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS

Con base en las pautas metodológicas antes descritas se arribó a una canasta compuesta por cuatro grupos de medicamentos y la Lamivudina 10 mg/ml. Estos

pueden verse en la Tabla 3, junto a la posología recomendada, la cual se utilizará para estimar los precios de tratamiento individual, por año.

Tabla 3. 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	-

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

La totalidad de compras sistematizadas puede consultarse en el Anexo. 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 4. Los mismos están expresados en las unidades de moneda nacional (UMN) de cada país.

Tabla 4. Precios unitarios o PPP 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	\$ 18,62	\$ 10.320,29	\$ 6,71	\$ 0,65
Tenofovir Emtricitabina	300 mg 200 mg	\$ 18,75	\$ 426,63	\$ 3,21	\$ 0,66
Tenofovir Emtricitabina Efavirenz	300 mg 200 mg 600 mg	\$ 23,89	\$ 469,71	\$ 0,82*	\$ 1,09
Lamivudina Zidovudina	150 mg 300 mg	\$ 28,80	\$ 110,32	\$ 1,17	\$ 0,48
Lamivudina	10 mg/ml	\$ 330,55	\$ 6.896,00	\$ 29,99	\$ 37,00

* Precio correspondiente a la combinación equivalente Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Efavirenz 600 mg. En Brasil se utiliza la combinación TDF+3TC+EFV como terapia equivalente al TDF+FTC+EFV.

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 se obtienen los precios que se expo-

nen 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 5. Precio de Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg

País	Precio de tratamiento por persona al año, expresado en dólares internacionales	Patente vigente	Protección de datos	Situación de monopolio	Marca
Argentina	\$ 110,69	NO	NO	NO	-
Brasil	\$ 1.016,24	SI	NO	SI	Tivicay®/ genérico*
Colombia	\$ 2.799,30	SI	NO	SI	Dovato® / Tivicay®
Perú	\$ 139,56	NO	NO	NO	-

En primer lugar, la Tabla 5 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 2022 el precio más bajo lo obtuvo Argentina, seguido de Perú. En ambos casos la compra de esta combinación, altamente demanda en ambos países en

tanto se trata de un esquema de primera línea, se ejecutó a través del FE-OPS, anticipando su conveniencia en términos de precios. En contraste, en Brasil y Colombia los proveedores del sistema de Salud pagaron, en promedio, un precio alrededor de 10 y 20 veces superior, respectivamente. En ambos casos se encuentran vigentes derechos de propiedad intelectual.

Según cálculos del Ministerio de Salud esta licencia obligatoria logrará un aumento de cobertura de 1 a 27 personas para este tratamiento.

En Brasil, 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®. El medicamento, distribuido por el sistema público de Salud a alrededor de 600 mil personas en 2024, fue incorporado al país en el año 2017 y su patente fue concedida en el año 2020. 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 2025. 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.

En Colombia las mismas empresas tam-

bién detentan una patente sobre DTG. Sin embargo, en 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social de dicho país 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 el 2024 la Superintendencia de Industria y Comercio emitió, por primera vez en la historia del país, una licencia obligatoria sobre un medicamento. De tal manera, el Estado colombiano está expandiendo el acceso a este medicamento y reduciendo los precios a partir de la importación y fabricación del medicamento en su forma genérica. Según cálculos del Ministerio de Salud esta licencia obligatoria logrará un aumento de cobertura de 1 a 27 personas para este tratamiento.

En este último caso también se encuentran vigentes políticas de control de precios que contribuyen a obtener precios más asequibles.

La Tabla 6 resume los datos recabados en relación al ARV Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg, conocido por su nombre comercial de la empresa Gilead: Truvada®. Este medicamento no cuenta con patentes otorgadas en ninguno de los países. Sin embargo, existen variaciones en los precios. La más importante se detecta en el caso de Brasil, donde el precio pagado es varias veces mayor al afrontado en los países restantes. Esto a pesar de que el fármaco es provisto por la asociación para el desarrollo productivo (PDP) entre Blanver y Fiocruz -empresa privada y laboratorio público oficial, respectivamente- que se registran como los únicos

oferentes en las compras públicas más recientes. El proceso productivo del medicamento es totalmente realizado por Blanver (Fiocruz sólo realiza el empaque). En cambio, en Argentina y en Perú las compras de este período se realizaron por medio del FE-OPS, mientras que en Colombia es posible identificar un importante volumen de proveedores. En este último caso también se encuentran vigentes políticas de control de precios que contribuyen a obtener precios más asequibles. Además de lo anterior, es interesante notar cómo Argentina y Colombia lograron precios relativamente similares usando diferentes mecanismos de compra.

Tabla 6. Precio de Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg

País	Precio de tratamiento por persona al año, expresado en dólares internacionales	Patente vigente	Protección de datos	Situación de monopolio	Marca
Argentina	\$ 111,46	NO	NO	NO	-
Brasil	\$ 486,16	NO	NO	NO	-
Colombia	\$ 115,72	NO	NO	NO	-
Perú	\$ 141,71	NO	NO	NO	-

Las condiciones de Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg + Efavirenz 600 mg, de nombre comercial de Gilead: Atripla®, son abordadas en la Tabla 7. Este medicamento no se encuentra patentado en ninguno de los países.. En Perú se registra el valor más

elevado, llegando el precio del tratamiento a \$234,03. En el año bajo estudio, esta combinación -recomendada en dicho país como esquema alternativo- fue adquirida de manera separada, tanto a través de compras locales como también del FE-OPS. Este, en cambio,

es el único mecanismo empleado en el caso de Argentina, donde el medicamento se pagó \$142,02. El precio más bajo, no obstante, es alcanzado en Colombia, donde el ARV es suministrado por una variedad de oferentes y se aplicaron políticas de control de precios

en la fecha escogida para este estudio. En el caso de Brasil, debido a que el medicamento en cuestión no se encuentra indicado, el precio que se apunta corresponde a una combinación equivalente (TDF+3TC+EFV), que fue comprada mediante el FE-OPS.

Tabla 7. Precio de Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg + Efavirenz 600 mg

País	Precio de tratamiento por persona al año, expresado en dólares internacionales	Patente vigente	Protección de datos	Situación de monopolio	Marca
Argentina	\$ 142,02	NO	NO	NO	-
Brasil*	\$ 124,19	NO	NO	NO	-
Colombia	\$ 127,41	NO	NO	NO	-
Perú	\$ 234,03	NO	NO	NO	-

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

En la Tabla 8 se presenta el caso de Lamivudina 150 mg + Zidovudina 300 mg. En cuanto a la situación de propiedad intelectual, el escenario es análogo al caso anterior. Sin embargo, también se perciben diferencias en los precios. Argentina y Brasil hacen frente a precios mucho mayores a los de Perú que, a su vez, casi cuadruplican los pagados en Colombia. De los ARV vistos hasta ahora, este es el primero que el Estado ar-

gentino no adquirió, en 2022 vía el FE-OPS, sino por medio de una licitación pública de la que salió favorecida la compañía LKM. En cuanto a Brasil, vale considerar que para el año de análisis sólo contó con proveedores estatales: la FIOCRUZ y la Fundação para o Remédio Popular, un laboratorio público estatal. En contraste, en Colombia y Perú el medicamento fue adquirido exclusivamente a través de proveedores privados.

Tabla 8. Precio de Lamivudina 150 mg + Zidovudina 300 mg

País	Precio de tratamiento por persona al año, expresado en dólares internacionales	Patente vigente	Protección de datos	Situación de monopolio	Marca
Argentina	\$ 342,41	NO	NO	NO	-
Brasil	\$ 354,40	NO	NO	NO	-
Colombia	\$ 59,85	NO	NO	NO	-
Perú	\$ 206,12	NO	NO	NO	-

Finalmente, en la Tabla 9 se considera al ARV Lamivudina 10 mg. En tanto que se trata de un medicamento en presentación jarabe y que su modo de administración varía en función del peso de la persona, los precios corresponden al valor unitario (frasco de 240 ml). Aquí es Perú el país que registra el precio más alto, casi duplicando a Brasil, quien le sigue en segundo lugar. En el caso peruano, es relevante marcar que, de los ARV que componen la canasta, es el único

que este país adquirió por medio de una contratación directa. De este mecanismo resultó favorecida la empresa local Distribuidora Droguería Sagitario que, de acuerdo a la documentación contractual, cuenta con una situación de exclusividad sobre el medicamento en el mercado local por no existir otros proveedores. Como contracara, en Colombia se obtuvo el precio más bajo debido a la disponibilidad de versiones genéricas en el mercado.

En el caso peruano, es relevante marcar que, de los ARV que componen la canasta, es el único que este país adquirió por medio de una contratación directa.

En relación a Argentina, se observa que, a pesar de existir una situación de exclusividad por único proveedor, se obtuvo un buen precio por este ARV. Sin embargo, la compra en cuestión, realizada a la empresa farmacéutica nacional Elea en 2022, no se ejecutó por medio de una

contratación directa, sino por medio de una gestión del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En contrapartida, en 2023 este mismo proveedor fue beneficiado con una compra directa en la cual ofertó el mismo medicamento a un precio 10 veces superior.

Tabla 9. Precio de Lamivudina 10 mg/ml*

País	Precio de tratamiento por persona al año, expresado en dólares internacionales	Patente vigente	Protección de datos	Situación de monopolio	Marca
Argentina	\$ 5,38	NO	NO	SI	-
Brasil	\$ 12,44	NO	NO	NO	-
Colombia	\$ 5,12	NO	NO	NO	-
Perú	\$ 21,76	NO	NO	SI	-

* Precio unitario

5.2 / COMPARACIÓN CON PRECIOS INTERNACIONALES DE REFERENCIA

Realizada la comparación de los precios pagados en cada uno de los países, deviene de utilidad contrastar dichos precios con aquellos de referencia internacional. Como se anticipó en el apartado metodológico, el factor de conversión más apropiado para esto no es el orientado por la paridad del poder adquisitivo, sino por la tasa de cambio nominal. Así, se estará en condiciones de comparar la cantidad de USD demandada por el PRI

y la cantidad de USD destinada a las compras efectivamente realizadas, siguiendo la tasa de cambio entonces vigente.

Aplicando este procedimiento, la Tabla 10 presenta los precios de tratamiento por persona al año pagados en las compras realizadas por los países, así como los PRI. Los colores sobre los precios de las compras realizadas indican si estos se encontraron por debajo (verde) o encima (rojo) del PRI.

**Tabla 10. Precios pagados por los países y PRI
(tratamiento por persona al año, expresados en USD nominales)**

Medicamentos		Precios en USD nominales				PRI (CIF) USD
		Argentina	Colombia	Brasil	Perú	
Principio activo	Concentración					
Tenofovir	300 mg	\$ 59,81	\$ 885,20	\$ 474,18	\$ 61,86	\$ 65,94
Lamivudina	300 mg					
Dolutegravir	50 mg					
Tenofovir	300 mg	\$ 60,69	\$ 36,59	\$ 226,84	\$ 62,82	\$ 65,94
Emtricitabina	200 mg					
Tenofovir	300 mg	\$ 76,74	\$ 40,29	\$ 57,95*	\$ 103,74	\$ 94,90
Emtricitabina	200 mg					
Efavirenz	600 mg					
Lamivudina	150 mg	\$ 186,39	\$ 18,93	\$ 165,36	\$ 91,37	\$ 99,28
Zidovudina	300 mg					
Lamivudina	10 mg/ml	\$ 3,03	\$ 1,62	\$ 5,81	\$ 9,65	\$ 2,46

* Precio correspondiente a la combinación equivalente en Brasil Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg + Efavirenz 600mg, cuyo PRI es \$83,22

En este punto es pertinente aclarar que, para el caso de Argentina, los tres medicamentos que figuran como comprados a un precio menor al de referencia, son en realidad las combinaciones compradas a través del FE-OPS, tomado precisamente como PRI. Lo mis-

mo sucede con Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg y Tenofovir 300 mg + Emtricitabina 200 mg para el caso de Perú y la combinación Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Efavirenz 600 mg incorporada para Brasil. Todos estos medicamen-

tos fueron adquiridos exclusivamente por la misma vía. La diferencia entre el precio efectivamente pagado por los Estados y el tomado como PRI puede deberse a varias razones, como inexactitudes en la tasa de cambio o en

la estimación del precio CIF. Por lo demás, es dable asumir que dichos casos están alineados al PRI. Para avanzar en el análisis de los precios restantes, vale visualizar las diferencias entre precios pagados y PRI en la Tabla 11.

Tabla 11. Diferencia entre precios pagados y PRI (%)

<i>Medicamentos</i>		Argentina	Colombia	Brasil	Perú
<i>Principio activo</i>	<i>Concentración</i>				
Tenofovir	300 mg	-9%	1242%	619%	-6%
Lamivudina	300 mg				
Dolutegravir	50 mg				
Tenofovir	300 mg	-8%	-45%	244%	-5%
Emtricitabina	200 mg				
Tenofovir	300 mg	-19%	-58%	-30%*	9%
Emtricitabina	200 mg				
Efavirenz	600 mg				
Lamivudina	150 mg	88%	-81%	67%	-8%
Zidovudina	300 mg				
Lamivudina	10 mg/ml	23%	-34%	136%	292%

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

En contraste, el Estado brasileño ha hecho frente a precios por encima del PRI en todos los casos salvo en la compra efectuada a través del FE-OPS. Argentina, por su parte, como ya se señaló, adquirió tres de los medicamentos de la canasta a través del FE-OPS y dos por mecanismos locales. En estos últimos obtuvo precios más caros que el PRI. Finalmente, Perú se abasteció de dos medicamentos exclusivamente a través de dicho fondo. No obstante, logró un precio más competitivo en la compra de Lamivudi-

na 150 mg + Zidovudina 300 mg por medio de los mecanismos locales. Contrariamente, en la compra de Lamivudina 10 mg/ml -como ya se comentó- por medio de una contratación directa, debió enfrentar un precio casi 300% más alto que el PRI.

Por otro lado, como salta a la vista en la tabla 11, la situación de protección por patente del dolutegravir en Colombia y en Brasil lleva a que estos países paguen 1242% y 619% más que el precio de referencia internacional. Esta situación refuerza la necesi-

dad de utilizar al máximo las salvaguardas de la salud pública contenidas en la normativa internacional con miras a garantizar acceso asequible al tratamiento de VIH para todas las personas que los necesitan.

Llama la atención que si bien Colombia tiene precios inferiores a los de referencia internacional en todos los tratamientos libres de protección de patente, tanto el porcen-

taje de personas que conocen su diagnóstico de VIH como el de personas que reciben tratamiento antirretroviral están por debajo sustancialmente de aquellos de los demás países de este estudio. En términos muy generales, y si bien el dato de porcentaje de cobertura de tratamiento nos genera dudas, estas dos cifras se interpretan como efectos de la crisis del sistema de salud en el país.

La situación de protección por patente del dolutegravir en Colombia y en Brasil lleva a que estos países paguen 1242% y 619% más que el precio de referencia internacional.



CONCLUSIONES

El presente informe tuvo como propósito ofrecer un análisis comparativo de los precios de medicamentos antirretrovirales (ARVs) en cuatro países, Argentina, Brasil, Colombia y Perú, durante el año 2022. El estudio revela importantes disparidades en los precios pagados por los sistemas de Salud de los países, las cuales se explican, en gran medida, por las diferencias en los mecanismos de adquisición, las condiciones de mercado y el estado de los derechos de propiedad intelectual en cada país.

En términos generales, **los precios más competitivos se observaron en los países que aprovecharon mecanismos de cooperación regional, como el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (FE-OPS), para la adquisición de ARVs, así como en aquellos que cuentan con mercados más competitivos**, donde la existencia de numerosos oferentes contribuye a la reducción de los precios.

Los precios de medicamentos deberían mantener una estructura similar entre los países de una misma región, como es el caso de Latinoamérica, caracterizada por altos niveles de inequidad económica y social. Sin embargo, al analizar los costos, se observa una disparidad significativa, con una marcada prevalencia de precios excesivamente elevados en medicamentos patentados. Esta situación no solo perpetúa las desigualdades en el acceso a tratamientos esenciales, sino que también compromete la sostenibilidad de los sistemas de salud en la región, afectando especialmente a las poblaciones

más vulnerables. **Una mayor transparencia y regulación en la fijación de precios es fundamental para garantizar el acceso equitativo a medicamentos en toda Latinoamérica.**

En el caso donde existen patentes que generan derechos exclusivos sobre los medicamentos, **los precios fueron notablemente más altos.** Más aún, las diferencias de precios más acentuadas, tanto entre los países como en relación al PRI, se detectaron en las compras de medicamentos afectados por patentes, tal como Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg. más del 1200% y 600% en Colombia y Brasil respectivamente, respecto del PRI. **Estos hechos evidencian una vez más la pertinencia de utilizar al máximo las salvaguardas de la salud pública contenidas en la normativa internacional, como las licencias obligatorias y las oposiciones a las solicitudes de patentes, con miras a garantizar acceso asequible para todas las personas que los necesitan.**

Argentina ha demostrado la eficacia de la centralización de compras a través del

Ministerio de Salud y su participación activa en el FE-OPS, logrando precios competitivos para tres de los medicamentos analizados. Sin embargo, en los casos donde recurrió a mecanismos como licitaciones públicas y compras directas a productores privados argentinos los precios resultaron superiores al estándar internacional.

Por su parte, a pesar de la centralización de las compras en el Sistema Único de Salud (SUS), **Brasil enfrentó precios elevados para varios ARVs, incluso en medicamentos genéricos no patentados, lo que evidencia que las asociaciones para el desarrollo producti-**

vo (ADP), los contratos de transferencia de tecnología y las licencias voluntarias no han cumplido su objetivo de garantizar la sostenibilidad económica del SUS. Además, persiste una preocupante falta de transparencia en relación con los precios y los contratos de transferencia de tecnología entre empresas privadas y laboratorios públicos, como el contrato de alianza estratégica (¿estratégica para quién?) entre Fiocruz y GSK para la producción del dolutegravir y su combinación con lamivudina. Actualmente, Fiocruz solo realiza el empaque del comprimido, y es responsable del registro y la importación.

Estos hechos evidencian una vez más la pertinencia de utilizar al máximo las salvaguardas de la salud pública contenidas en la normativa internacional, como las licencias obligatorias y las oposiciones a las solicitudes de patentes, con miras a garantizar acceso asequible para todas las personas que los necesitan.

En contraste, en Colombia, la existencia de una variedad de proveedores, de genéricos de bajo precio y de medidas de control de precio permitieron conseguir el mejor precio en tres de cinco medicamentos al comparar los países entre sí, y en cuatro medicamentos en relación al PRI. Sin embargo, la situación cambia drásticamente **para medicamentos sujetos a patentes, como Dolutegravir, donde los precios son exorbitantemente más altos debido al monopolio generado por la patente. La emisión de una licencia obligatoria para este medicamento en 2024 es un paso importante hacia la reducción del pre-**

cio y el Acceso Universal a este medicamento y ofrece la posibilidad de incrementar el acceso a tratamiento de 1 a 27 personas.

Finalmente, Perú también centraliza sus compras a través del Ministerio de Salud y ha logrado precios competitivos en varios ARVs gracias a su participación en el FE-OPS. **En el caso de medicamentos adquiridos por contratación directa, como Lamivudina 10 mg/ml, el país accedió a precios muy por encima de los de referencia internacional**, lo que nuevamente permite observar el efecto que la falta de competencia tiene sobre los precios.

RECOMENDACIONES

-  Promover políticas públicas que fomenten la competencia de precios en el mercado a fin de lograr precios asequibles y accesibles para todos.
-  Utilizar al máximo las salvaguardas de la Salud pública contenidas en ADPIC, tales como la adopción de criterios rigurosos de patentabilidad, la adopción y uso de oposiciones a las patentes farmacéuticas así como la emisión de licencias obligatorias con miras a garantizar acceso asequible para todas las personas que los necesitan.
-  Utilizar mecanismos de cooperación regional como el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (FE-OPS). Se recomienda explorar otros mecanismos de este orden a disposición de los países.
-  Adoptar políticas públicas que aseguren procesos de compra de tecnologías sanitarias que sean transparentes y robustos.
-  El Estado debe contar con mecanismos eficaces de control de precios y transparencia para prevenir abusos por parte de la industria farmacéutica. Estos mecanismos deben basarse en datos reales y no exclusivamente en los precios informados por los fabricantes, una práctica que tiende a sobreestimar los valores. Fortalecer los sistemas de notificación epidemiológica y de precios de mercado en cada país, acompañado de un sistema de mejoramiento continuo.

6

Es fundamental implementar instrumentos que garanticen la transparencia en los costos a lo largo de la cadena productiva de medicamentos, desde la investigación, desarrollo e innovación (I+D+I).

7

Los precios de medicamentos deberían mantener una estructura similar entre los países de una misma región, como es el caso de Latinoamérica, caracterizada por altos niveles de inequidad económica y social.

8

Los Estados, en cooperación, deberían adoptar un banco de precios que permita comparar los valores aplicados en diferentes países, como ha sido propuesto en el marco de la Unasur y Mercosur .

9

Es fundamental contar con herramientas efectivas para analizar y comparar el costo del ingrediente farmacéutico activo (IFA), la principal materia prima de los medicamentos y un factor clave en el impacto del precio final.

10

La prevención de prácticas anticompetitivas en el mercado de los ARV en Latinoamérica es fundamental para garantizar que los medicamentos esenciales lleguen a quienes más los necesitan a precios asequibles. La competencia justa en este sector es clave para evitar que las grandes corporaciones farmacéuticas mantengan precios elevados que excluyen a las poblaciones más vulneradas.

11

Sin una regulación efectiva, prácticas como los acuerdos exclusivos de licencias, el retraso en la entrada de genéricos y las estrategias de patentamiento abusivas pueden perpetuar las barreras económicas al acceso, exacerbar la desigualdad en el acceso a la Salud y comprometer la sostenibilidad de los sistemas de Salud, afectando especialmente a las poblaciones más vulneradas.

PROCLAMAMOS



Es fundamental invertir en la Salud en toda su integralidad, abarcando desde la atención primaria hasta la innovación tecnológica. Los Estados deben defender su soberanía sanitaria y fortalecer la producción local (tanto pública, como privada o mixta) de medicamentos y tecnologías de Salud. La Salud no puede estar sometida a la lógica de mercado orientada al lucro, sino que debe guiarse por el compromiso de atender a los pueblos, con especial atención a las poblaciones históricamente excluidas y desatendidas.

Saludamos las iniciativas de cooperación regional que promuevan la producción local de insumos estratégicos para la salud con perspectiva de salud pública. Sin embargo, es imprescindible evitar los problemas asociados a las alianzas público-privadas, como los contratos secretos de transferencia de tecnología entre grandes multinacionales y laboratorios públicos, establecidos bajo licencias voluntarias abusivas. Estos acuerdos con frecuencia restringen el uso de salvaguardias de Salud pública, como las licencias obligatorias, y perpetúan la dependencia tecnológica. Destacamos que la mera actividad de empaque o control de calidad realizada por laboratorios públicos no puede considerarse producción pública en sentido estricto. La legítima producción local debe garantizar autonomía tecnológica, transparencia, acceso amplio y precios justos para asegurar el derecho a la Salud para todos los pueblos.

Promover un entorno competitivo no solo fomenta la innovación, sino que también facilita la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales de calidad, esenciales para el control de la epidemia de VIH y el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de Salud pública y Derechos Humanos en la región.

La falta de acceso a los medicamentos puede llevar a muertes evitables y deterioro de la salud y calidad de vida de las personas. Sostenemos que el derecho a la Salud y el acceso a métodos e insumos de diagnóstico, de prevención y tratamientos de enfermedades son Derechos Humanos fundamentales, y que las tecnologías sanitarias son Bienes Públicos y no mercancías.

Si hoy tenemos un entendimiento común de que los seres humanos no son propiedad, lo mismo debería aplicarse al conocimiento que puede salvar vidas humanas. Sin embargo, la misma ideología liberal que una vez se aplicó para justificar la colonización, ahora se usa para defender el sistema de patentes, independientemente de cuántas vidas cueste mantener su funcionamiento. Es hora de desafiar esta lógica perversa de una vez por todas. Bajo el manto de las patentes la innovación queda prisionera del lucro. El sistema de patentes es una herramienta de dominación que perpetúa las injusticias del colonialismo.¹⁵

15. Declaración RedLAM - Mar Del Plata - 22/04/2024. [Ver.](#)

ANEXO

Tabla 12. Factor de conversión de PPA, PIB (UMN por \$ a precios internacionales), 2022

ARG	61,4
COL	1345,66
BRA	2,41
PER	1,7

Fuente: Banco Mundial

Tabla 13. Tasa de cambio UMN-USD

<i>Medicamentos</i>		Argentina ARS	Colombia COP	Brasil REAL	Perú S/.
<i>Principio activo</i>	<i>Concentración</i>				
Tenofovir	300 mg	\$113,63	\$4.255,44	\$5,17	\$3,84
Lamivudina	300 mg				
Dolutegravir	50 mg				
Tenofovir	300 mg	\$112,76	\$4.255,44	\$5,17	\$3,84
Emtricitabina	200 mg				
Tenofovir	300 mg	\$113,63	\$4.255,44	\$5,17 *	\$3,84
Emtricitabina	200 mg				
Efavirenz	600 mg				
Lamivudina	150 mg	\$112,80	\$4.255,44	\$5,17	\$3,84
Zidovudina	300 mg				
Lamivudina	10 mg/ml	\$109,05	\$4.255,44	\$5,17	\$3,84

Fuente: Bancos centrales de los países. En los casos en que sea posible se toma la tasa de cambio reportada por el organismo competente para la compra. De lo contrario se toma la tasa de cambio promedio anual.

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

Tabla 14. Compras relevadas - Argentina. 2022

<i>Medicamentos</i>		Forma farm.	Precio unitario \$AR	Cantidad	Mecanismo de compra	Proveedor
<i>Principio activo</i>	<i>Concentración</i>					
Tenofovir	300 mg	Comp.	\$ 18,62	8.280.000	OPS	APL HEALTHCARE LIMITED
Lamivudina	300 mg					
Dolutegravir	50 mg					
Tenofovir	300 mg	Comp.	\$ 18,75	10.441.440	OPS	Hetero Labs
Emtricitabina	200 mg					
Tenofovir	300 mg	Comp.	\$ 23,89	2.880.000	OPS	Hetero Labs
Emtricitabina	200 mg					
Efavirenz	600 mg					
Lamivudina	150 mg	Comp.	\$ 28,80	550.000	LP	LKM
Zidovudina	300 mg					
Lamivudina	10 mg/ml	Jar	\$ 330,55	10.010	PNUD	Elea

Tabla 15. Compras relevadas - Colombia. 2022

Principio activo	Tenofovir	Emtricitabina	Tenofovir	Emtricitabina	Efavirenz	Lamivudina	Zidovudina	Lamivudina	Tenofovir	Lamivudina	Dolutegravir
Concentración	300 mg	200 mg	300 mg	200 mg	600 mg	150 mg	300 mg	10 mg/ml	300 mg	300 mg	50 mg
Forma farm.	Tab.recub.	Tab.recub.	Tab.	Jar.	Tab. Rec.	Tab. Rec.					
Presentación	30	30	60	1	30	30					
Precio promedio de la present. \$COL	\$4.403,21	\$29.457,65	\$4.918,96	\$30.633	\$61.813,12	\$163.199,82					
Cantidad	8645	89432	22570	2	503	420.827					
Proveedor	THE_LABS	AUROBINDO	GLAXOSMITHKLINE	GLAXOSMITHKLINE	SEVEN PHARMA	GLAXOSMITHKLINE					
Forma farm.	Tab.recub.	Tab.recub.	Tab.	Jar.	Tab.	Comp. Rec					
Presentación	30	30	60	1	30	30					
Precio promedio de la present. \$COL	\$1.500,00	\$31.598,27	\$6.410,79	28.286	\$11.601,99	\$309.704,88					
Cantidad	4.170	46063	60587	70	3.573	20.209					
Proveedor	CLINICOS_HOSPITALARIOS	HUMAX	LEGRAND	AUROBINDO	SEVEN PHARMA	GLAXOSMITHKLINE					
Forma farm.	Tab.recub.	Tab.recub.	Tab.	Jar.	Tab.						
Presentación	30	30	60	1	30						
Precio promedio de la present. \$COL	\$27.001,96	\$36.265,47	\$1.079,02	\$6.882	\$18.692						
Cantidad	7645	20179	2030	17.794	1.191						
Proveedor	CLINICOS_HOSPITALARIOS	CIPLA	LEGRAND	HUMAX	HUMAX						
Forma farm.	Tab.	Tab.recub.	Tab.	Jar.	Tab.						
Presentación	30	30	60	1	30						
Precio promedio de la present. \$COL	\$27.844,75	\$3.571,85	\$930,19	\$2.515	\$2.386						
Cantidad	5395	1149	1714	294	789						
Proveedor	SALUSPHARMA	LEGRAND	HUMAX	HUMAX	HUMAX						
Forma farm.	Tab.	Tab.recub.	Tab.								
Presentación	30	30	60								
Precio promedio de la present. \$COL	\$11.374,40	\$35.056,16	\$1.054,47								
Cantidad	226822	62128	550								
Proveedor	FARMATECH	LEGRAND	PROCLIN								
Forma farm.	Tab.	Tab.recub.	Tab.								
Presentación	60	30	60								
Precio promedio de la present. \$COL	\$1.563,75	\$13.854,22	\$7.725,89								
Cantidad	1030	200525	67854								
Proveedor	FARMATECH	SEVEN_PHARMA									
Forma farm.	Tab.	Tab.recub.									
Presentación	30	30									
Precio promedio de la present. \$COL	\$13.577,86	\$1.444,93									
Cantidad	263512	306090									
Proveedor	SEVEN_PHARMA	THE_LABS									
Forma farm.	Tab.										
Presentación	30										
Precio promedio de la present. \$COL	\$45.446,04										
Cantidad	20191										
Proveedor	AUROBINDO										
Forma farm.	Tab.										
Presentación	30										
Precio promedio de la present. \$COL	\$6.519,11										
Cantidad	389598										
Proveedor	LEGRAND										
Forma farm.	Tab.										
Presentación	30										
Precio promedio de la present. \$COL	\$111.921,58										
Cantidad	18632										
Proveedor	GILEAD_STENDHAL										

Tabla 16. Compras relevadas - Brasil. 2022

Principio activo	Concentración	Forma farm.	Precio unitario \$R	Cantidad	Proveedor	Forma farm.	Precio unitario \$R	Cantidad	Proveedor	Forma farm.	Precio unitario \$R	Cantidad	Proveedor
Tenofovir	300 mg	Comp.	\$ 2,19	78.000.000	FIOCRUZ	Comp.	\$ 2,19	78.000.000	LAFEPE				
Lamivudina	300 mg												
Dolutegravir	50 mg	Comp.	\$ 5,05	64.582.920	FIOCRUZ	Comp.	\$ 4,10	79.500.000	LAFEPE				
Tenofovir	300 mg	Comp.	\$ 3,21	16.275.000	FIOCRUZ								
Emtricitabina	200 mg												
Tenofovir	300 mg	Comp.	\$ 0,82	12.000.000	MYLAN								
Lamivudina*	300 mg												
Efavirenz	600 mg												
Lamivudina	150 mg	Comp.	\$ 1,18	7.500.000	FURP	Comp.	\$ 1,18	1.875.000	FURP	Comp.	1,16	7.500.000	FIOCRUZ
Zidovudina	300 mg												
Lamivudina	10 mg/ml	Jar	\$ 29,99	30.000	CRISTÁLIA	Jar	\$29,99	30.000	CRISTÁLIA				

Tabla 17. Compras relevadas - Perú. 2022

Principio activo	Concentración	Forma farm.	Precio unitario \$S	Cantidad	Mecanismo	Proveedor	Tipo de compra	Forma farm.	Precio unitario \$S	Cantidad	Proveedor	Tipo de compra
Tenofovir	300 mg	Tab	\$0,53	20.226.360	OPS/LP	Mylan	Por la entidad	Comp.	\$0,80	17.402.700	Mylan	NORDIC PHARMACEUTICAL COMPANY
Lamivudina	300 mg											
Dolutegravir	50 mg											
Tenofovir	300 mg	Tab.	\$0,62	1.801.980	OPS	Mylan	Por la entidad	Tab.	\$0,71	1.500.000	PHARMARIS PERU S.A.C.	Por la entidad
Emtricitabina	200 mg											
Tenofovir	300 mg	Tab.	\$ 0,62	1.801.980	OPS	Mylan	Por la entidad	Tab.	\$0,71	1.500.000	PHARMARIS PERU S.A.C.	Por la entidad
Lamivudina*	300 mg											
Efavirenz	600 mg	Tab.	\$0,43	384.480	CCF	NORDIC PHARMACEUTICAL COMPANY	Compra Corporativa Facultativa					
Lamivudina	150 mg	Tab	\$0,48	619.400	CCF	SEVEN PHARMA SAC	Compra Corporativa Facultativa	Comp.	\$1,16	7.500.000	FIOCRUZ	
Zidovudina	300 mg											
Lamivudina	10 mg/ml	Jar	\$37,00	10.000	Cont. Directa	DISTRIBUIDORA DROGUERIA SAGITARIO S.R.L.	Por la entidad					

