

Español:

El lenacapavir y las venas abiertas: historia repetida de dependencia y exclusión Un acuerdo de compra no es acceso, el acuerdo Gilead–OPS preserva el monopolio

El 15 de septiembre de 2026, [Gilead](#) y la [Organización Panamericana de la Salud \(OPS\)](#) anunciaron “una nueva vía de acceso” al lenacapavir en América Latina y el Caribe. En la práctica, el anuncio solo señala que, en el futuro, los países podrán comprar el producto de Gilead a través de los Fondos Rotatorios de la OPS.

Los Fondos Rotatorios pueden agrupar la demanda de los países y aumentar su poder de negociación. Sin embargo, en este caso no sabemos qué países manifestaron interés, qué cantidades solicitaron ni si los gobiernos participaron en la negociación. Tampoco se ha divulgado el precio, los volúmenes, los compromisos de suministro, los plazos de entrega ni las demás condiciones del acuerdo. Sin esta información, no es posible saber si el acuerdo responde a las necesidades sanitarias de los países o si crea un mercado regional para Gilead.

La ausencia de información sobre el precio es especialmente grave. En Estados Unidos, las dosis tienen un precio anual entre US\$ 28.218 y US\$ 40.000 aprox (persona-año). Algunos estudios estiman que las versiones genéricas podrían producirse por entre US\$ 35 y US\$ 46 por persona al año, con la posibilidad de llegar a aproximadamente US\$ 25 a mayor escala. Una vía de compra sin precio, cantidades ni previsión de entrega no es acceso.

El acuerdo debe entenderse en el contexto de la estrategia comercial de Gilead. En octubre de 2024, la empresa autorizó a seis fabricantes a producir versiones genéricas, pero limitó su venta a 120 países. Otros 14 países latinoamericanos, entre ellos Brasil, Argentina, México, Colombia y Perú, quedaron excluidos y siguen dependiendo del producto de Gilead bajo patentes.

La OPS presenta como “complementarios” dos regímenes profundamente desiguales: mientras algunos países tendrán acceso a la competencia entre fabricantes de genéricos, los países excluidos permanecerán sometidos al monopolio de Gilead.

Las patentes son las principales barreras de acceso que enfrentan nuestros países. Este acuerdo nos va a imponer a todos los países un precio de monopolio aún en los que no tengan patentes concedidas, como es el caso de Argentina. La estrategia de Gilead no es más que perpetuar el statu quo monopolístico a través de este acuerdo.

Una organización internacional de salud pública debe anteponer el interés público, defender el acceso universal, equitativo y sostenible y ampliar las alternativas de los países, no crear una demanda pública en función de la estrategia comercial de una empresa monopolística estadounidense.

La OPS debería responder a las necesidades reales de salud pública de la región. Justificar esta decisión en las 140.000 nuevas notificaciones de VIH en América Latina resulta insuficiente si no se aborda la principal brecha que enfrenta la región: de los 2,3 millones de personas que tienen VIH, alrededor de 725.000 todavía no acceden al

tratamiento antirretroviral. **No hay estrategia de prevención más efectiva que asegurar el derecho al tratamiento para todas las personas con VIH.**

También es inaceptable que Gilead presente el ensayo clínico PURPOSE 2 como parte de sus “esfuerzos de acceso”. Los ensayos clínicos generan las evidencias necesarias para el registro sanitario y la comercialización del producto; no son una política de acceso. Estos ensayos clínicos fueron diseñados por Gilead, sin considerar los intereses en salud pública de nuestras comunidades, quedando restringido exclusivamente a prevención y excluyendo a las mujeres. Así mismo países como Argentina, Brasil, México y Perú participaron en el estudio y contribuyeron al desarrollo del lenacapavir, pero posteriormente fueron excluidos de las licencias que permiten comprar versiones genéricas más asequibles.

La afirmación de que Gilead continúa “explorando oportunidades” para la producción local en Brasil tampoco representa un compromiso concreto. En julio de 2026, durante la Conferencia Internacional de Sida celebrada en Rio de Janeiro, Brasil (AIDS2026), se informó que las negociaciones seguían estancadas, no habían producido una reducción del precio. Mientras tanto, Farmanguinhos/Fiocruz y [Merck](#) comunicaron un acuerdo de transferencia de tecnología de Alimatravir (MK8527) un comprimido oral mensual que también se estudia como prevención. Sin más información, la noticia del acuerdo entre Gilead y OPS funciona más como presión política que como un instrumento para asegurar el acceso.

Por ello, exigimos que la OPS y Gilead que hagan público el contrato, y sus condiciones: el precio, la demanda, los volúmenes de compra, los plazos de entrega, las garantías de suministro, los países involucrados, la participación de los gobiernos de la región en la negociación y todas las condiciones del acuerdo, incluidas aquellas relacionadas con la producción local y la transferencia de tecnología. La OPS no debe actuar como intermediaria comercial de una empresa ni legitimar su estrategia de segmentación de mercados.

América Latina no necesita mecanismos para perpetuar la exclusión creada por Gilead; necesita decisiones políticas que permitan superarla: impedir la concesión de patentes farmacéuticas, decretar licencias obligatorias, promover la competencia de genéricos y fortalecer la producción pública y local.

La transparencia y la soberanía farmacéutica son condiciones indispensables para garantizar el derecho a la salud.

Português:

O lenacapavir e as veias abertas: história repetida de dependência e exclusão Um acordo de compra não é acesso: o acordo Gilead–OPAS preserva o monopólio

Em 15 de setembro de 2026, a [Gilead](#) e a [Organização Pan-Americana da Saúde \(OPAS\)](#) anunciaram “uma nova via de acesso” ao lenacapavir na América Latina e no Caribe. Na prática, o anúncio apenas indica que, no futuro, os países poderão comprar o produto da Gilead por meio dos Fundos Rotatórios da OPAS.

Os Fundos Rotatórios podem reunir a demanda dos países e aumentar seu poder de negociação. No entanto, neste caso, não sabemos quais países manifestaram interesse, quais quantidades solicitaram nem se os governos participaram da negociação. Tampouco foram divulgados o preço, os volumes, os compromissos de fornecimento, os prazos de entrega ou as demais condições do acordo. Sem essas informações, não é possível saber se o acordo responde às necessidades sanitárias dos países ou se cria um mercado regional para a Gilead.

A ausência de informações sobre o preço é especialmente grave. Nos Estados Unidos, as doses têm um preço anual entre US\$ 28.218 e US\$ 40.000 por pessoa/ano. Mas estudos estimam que o medicamento poderia ser produzido por valores entre US\$ 35 e US\$ 46 por pessoa ao ano, com a possibilidade de chegar a aproximadamente US\$ 25 em maior escala. Uma via de compra sem preço, quantidades ou previsão de entrega não é acesso.

O acordo deve ser compreendido no contexto da estratégia comercial da Gilead. Em outubro de 2024, a empresa autorizou seis fabricantes a produzir versões genéricas, mas limitou sua venda a 120 países. Outros 14 países latino-americanos, entre eles Brasil, Argentina, México, Colômbia e Peru, foram excluídos e continuam dependendo do produto da Gilead sob monopólio patentário. Isso apesar da própria empresa reconhecer que as novas infecções por HIV aumentaram 13% na região entre 2010 e 2024.

A OPAS apresenta como “complementares” dois regimes profundamente desiguais: enquanto alguns países terão acesso à concorrência entre fabricantes de genéricos, os países excluídos permanecerão submetidos ao monopólio da Gilead.

As patentes são uma importante barreira de acesso enfrentada por nossos países. Este acordo vai impor a todos os países um preço de monopólio, inclusive nos países em que não existem patentes concedidas, como é o caso da Argentina. A estratégia da Gilead nada mais é do que perpetuar o status quo monopolista por meio deste acordo.

O papel de uma organização internacional de saúde pública é defender o interesse público, o acesso universal, equitativo e sustentável. Não criar uma demanda pública em função da estratégia comercial de uma empresa monopolista estadunidense.

A OPAS deveria responder às reais necessidades de saúde pública da região. Justificar a decisão com base nas 140.000 novas notificações de HIV na América Latina é insuficiente se não for enfrentada a principal lacuna da região: das 2,3 milhões de pessoas

que vivem com HIV, cerca de 725.000 ainda não têm acesso ao tratamento antirretroviral. Se realmente se pretende interromper a transmissão, a prioridade não pode ser outra senão garantir tratamento integral a todas as pessoas. **Não há estratégia de prevenção mais eficaz do que assegurar o direito ao tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV.**

Também é inaceitável que a Gilead apresente o ensaio clínico PURPOSE 2 como parte de seus “esforços de acesso”. Os ensaios clínicos geram as evidências necessárias para o registro sanitário e a comercialização do produto; não são uma política de acesso. Esses ensaios clínicos foram desenhados pela Gilead sem considerar os interesses de saúde pública de nossas comunidades, ficando restritos exclusivamente à prevenção e excluindo as mulheres. Além disso, populações da Argentina, Brasil, México e Peru participaram do estudo e contribuíram para o desenvolvimento do lenacapavir, mas posteriormente foram excluídos das licenças que permitem a compra de versões genéricas mais acessíveis.

A afirmação de que a Gilead continua “explorando oportunidades” para a produção local no Brasil tampouco representa um compromisso concreto. Em julho de 2026, durante a Conferência Internacional de AIDS realizada no Rio de Janeiro, Brasil (AIDS 2026), informou-se que as negociações continuavam estagnadas e [não haviam produzido uma redução do preço](#).

Enquanto isso, Farmanguinhos/Fiocruz e a [Merck anunciaram um acordo](#) de transferência de tecnologia do alimatravir (MK-8527), um comprimido oral mensal que também é utilizado como prevenção. Sem mais informações, a notícia do acordo entre a Gilead e a OPAS funciona mais como pressão política do que como instrumento para assegurar o acesso.

Por isso, exigimos que a OPAS e a Gilead tornem públicos o contrato e suas condições: o preço, a demanda, os volumes de compra, os prazos de entrega, as garantias de fornecimento, os países envolvidos, a participação dos governos da região na negociação e todas as condições do acordo, inclusive aquelas relacionadas à produção local e à transferência de tecnologia.

A América Latina não precisa de mecanismos para perpetuar a exclusão criada pela Gilead, precisa de decisões políticas que permitam superá-la: impedir a concessão de patentes farmacêuticas, decretar licenças compulsórias, promover a concorrência de genéricos e fortalecer a produção pública e local.

A OPAS não deve atuar como intermediária comercial de uma empresa nem legitimar sua estratégia de segmentação de mercados. Sua responsabilidade institucional e política é defender o acesso universal, a equidade e a saúde dos povos acima dos monopólios e dos interesses comerciais.

A transparência e a soberania farmacêutica são condições indispensáveis para garantir o direito à saúde.



English:

Lenacapavir and the Open Veins of Latin America: A Repeated History of Dependency and Exclusion.

A procurement agreement is not access: the Gilead–PAHO agreement preserves the monopoly

On September 15, 2026, [Gilead](#) and the [Pan American Health Organization \(PAHO\)](#) announced “a new pathway to access” lenacapavir in Latin America and the Caribbean. In practice, the announcement only indicates that, in the future, countries will be able to purchase Gilead’s product through PAHO’s Revolving Funds.

The Revolving Funds can aggregate countries’ demand and increase their bargaining power. However, in this case, we do not know which countries expressed interest, what quantities they requested, or whether governments participated in the negotiations. Nor have the price, volumes, supply commitments, delivery timelines, or other terms of the agreement been disclosed. Without this information, it is impossible to determine whether the agreement responds to countries’ public health needs or instead creates a regional market for Gilead.

The lack of information on price is particularly serious. In the United States, the annual price of the doses ranges from approximately US\$28,218 to US\$40,000 per person per year. Some studies estimate that generic versions could be produced for between US\$35 and US\$46 per person per year, potentially falling to approximately US\$25 at larger scale. A procurement pathway with no disclosed price, quantities, or delivery commitments is not access.

The agreement must be understood in the context of Gilead’s commercial strategy. In October 2024, the company authorized six manufacturers to produce generic versions, but restricted their sales to 120 countries. Fourteen other Latin American countries—including Brazil, Argentina, Mexico, Colombia, and Peru—were excluded and remain dependent on Gilead’s product under patent protection.

PAHO presents two profoundly unequal arrangements as “complementary”: while some countries will have access to competition among generic manufacturers, excluded countries will remain subject to Gilead’s monopoly.

Patents are among the main barriers to access faced by our countries. This agreement risks imposing a monopoly price across the region, including in countries where no patent has been granted, as is the case in Argentina. Gilead’s strategy amounts to nothing more than perpetuating the existing monopoly through this agreement.

A public health organization must put the public interest first, defend universal, equitable, and sustainable access, and expand countries’ options—not create public demand in line with the commercial strategy of a U.S. monopoly holder.

PAHO should respond to the region’s actual public health needs. Justifying this decision on the basis of the 140,000 new HIV notifications in Latin America is insufficient if it does not address the region’s most significant gap: of the 2.3 million people living with





HIV, approximately 725,000 still do not have access to antiretroviral treatment. **There is no more effective prevention strategy than ensuring the right to treatment for everyone with HIV.**

It is equally unacceptable for Gilead to present the PURPOSE 2 clinical trial as part of its “access efforts.” Clinical trials generate the evidence required for regulatory approval and commercialization; they are not an access policy. These clinical trials were designed by Gilead without taking into account the public health interests of our communities, focusing exclusively on prevention and excluding women. Likewise, countries such as Argentina, Brazil, Mexico, and Peru participated in the study and contributed to the development of lenacapavir, yet were subsequently excluded from the licenses that allow access to more affordable generic versions.

The claim that Gilead continues to be “exploring opportunities” for local production in Brazil does not represent a concrete commitment either. In July 2026, during the International AIDS Conference held in Rio de Janeiro, Brazil (AIDS2026), it was reported that negotiations remained stalled and had not resulted in a price reduction. Meanwhile, Farmanguinhos/Fiocruz and [Merck](#) announced a technology transfer agreement for Alimatravir (MK-8527), a once-monthly oral tablet also being studied for HIV prevention. Without further information, the announcement of the Gilead–PAHO agreement appears more like political pressure than an instrument to guarantee access.

We therefore demand that PAHO and Gilead make the agreement and its terms public: the price, demand, purchase volumes, delivery timelines, supply guarantees, countries involved, the participation of governments from the region in the negotiations, and all other conditions of the agreement, including those related to local production and technology transfer.

Latin America does not need mechanisms to perpetuate the exclusion created by Gilead; it needs political decisions capable of overcoming it: preventing the granting of pharmaceutical patents, issuing compulsory licenses, promoting generic competition, and strengthening public and local production.

PAHO must not act as a commercial intermediary for a company or legitimize its market-segmentation strategy.

Transparency and pharmaceutical sovereignty are essential conditions for guaranteeing the right to health.

