

## PENSANDO EN LA PRÓXIMA PANDEMIA: ENSEÑANZAS DEL DESARROLLO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS VACUNAS PARA LA COVID-19. UNA CUESTIÓN DE PODER

Fernando Lamata. Seminario del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. 15 febrero 2024.

[Asociación por un Acceso Justo al Medicamento.](#)

[Revista de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento.](#)



### *La próxima pandemia*

El informe “[Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19](#)”, EVALUACOV-19, afirma que: “una nueva pandemia de virus respiratorios de alta gravedad no solo es posible sino probable, a corto o medio plazo” (pág. 82).

¿Qué pasaría si la próxima pandemia tuviera la tasa de incidencia de la COVID-19, la tasa de letalidad (fallecidos sobre casos) de la gripe aviar, y nuestra respuesta fuera similar? Una verdadera catástrofe.

Por eso es importante revisar cómo se ha respondido ante la COVID-19 y qué podemos mejorar. Hay muchos aspectos a considerar en una futura estrategia, como, desde luego, el refuerzo y actuación de las estructuras de Salud Pública para la prevención y respuesta a pandemias. Yo abordaré en esta sesión un aspecto concreto: el acceso a las vacunas y medicamentos.

*¿Qué funcionó y qué no funcionó en relación con el desarrollo y la distribución de las vacunas?*

Permítanme recordar aquí una entrevista realizada el 21 de abril de 1953, en la cual el periodista Edward Murrow preguntó al descubridor de la vacuna frente a la polio, Jonas Salk: “¿Quién es el propietario de la

patente de esta vacuna?”, Salk contestó: “De la gente, diría yo... ¿acaso se puede patentar el sol?”

Durante la pandemia de la COVID-19 la patente se cedió a las empresas; se pusieron por delante los beneficios de los directivos de las empresas farmacéuticas y los fondos de inversión, y se dejaron detrás los derechos humanos de las personas: el derecho a la vida, y el derecho a beneficiarse del progreso científico. Esto no debería volver a ocurrir.

Ciertamente, la estrategia de la Unión Europea (UE) en relación con las vacunas frente a la COVID ha tenido algunos aspectos positivos, como la apuesta por la investigación, y la distribución equitativa entre los 27. Pero, en cambio, la estrategia ha fallado en su visión global, y en su enfoque ético. “Una catástrofe moral” en palabras del Director General de la OMS.

Si repasamos el [informe EVALUACOV-19](#) vemos que, por una parte, señala aspectos positivos en relación con las vacunas, como “una excelente campaña de vacunación frente a la COVID-19, que es un modelo entre los grandes países del mundo” (pág. 66). Y, por otra parte, señala cosas que se deberían mejorar: “La posible vacuna frente a una nueva pandemia debería *fabricarse de forma rápida y a precios razonables* para ser *distribuida y administrada en cantidad suficiente allí donde haga más falta*, y no solo donde más capacidad de compra haya” (pág.12; págs. 77 y 78). En efecto, así debería haber sido y así debería ser en una futura pandemia ¿Se puede lograr? ¿Qué necesitamos para lograrlo?

En esta charla comentaré algunos aspectos relacionados con el desarrollo y la distribución de vacunas COVID-19: la investigación (incluyendo la compra anticipada, los derechos de propiedad intelectual, la transferencia de tecnología y *know how*), la fabricación, la fijación de precios, la distribución, la administración de la vacuna, y el balance en gasto y en muertes evitables. Finalmente, propondré algunas alternativas.

## A) Desarrollo y distribución de las vacunas COVID-19

### 1. La investigación

Antes de presentar algunos datos sobre la investigación de las vacunas, conviene hacer un apunte sobre la investigación y los monopolios. Este es un punto clave.

El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), firmado en 1994 en la Organización Mundial del Comercio (OMC) por la mayoría de los países del mundo, establece la concesión de monopolios a las empresas farmacéuticas, prohibiendo la competencia durante 20 años y permitiendo así que, durante ese tiempo, puedan fijar precios por encima del coste de fabricación. La justificación de esa prebenda es poder recuperar en ese tiempo no solo los costes de fabricación, sino también los costes de la investigación realizada, más un beneficio razonable. **El problema es que, al tratarse de un producto que tiene que ver con la salud, con el dolor, con la vida y la muerte, la experiencia nos enseña que las empresas, al tener el monopolio, se ven tentadas inevitablemente a pedir precios muy por encima de los costes de fabricación y de investigación, aplicando el lema de la bolsa o la vida, y logrando así beneficios abusivos.**

Por ejemplo, en la hepatitis C, medicamentos que cuestan 75 euros por tratamiento los hemos pagado a un precio de 20.000 euros por tratamiento. Ese dinero es una barrera al acceso para millones de personas y, donde lo podemos pagar, se detrae de gastos en personal y mejoras en las condiciones de trabajo. Imaginemos que por un móvil pagáramos 20.000 euros. Sería un robo y muchos no lo podrían pagar. Pues esto es exactamente igual. Es un robo legal que beneficia a un selecto grupo de mil-millonarios, que tienen mucho poder. Y deciden.

Veamos un esquema: en el mundo, globalmente, gastamos en productos farmacéuticos 1,5 billones de dólares (en 2022). De ellos, la fabricación, a precio de genérico, con beneficio industrial medio, asciende a 500.000 millones de dólares. El resto, 1 billón de dólares, es el sobreprecio que ponen las empresas originarias para, supuestamente, recuperar los gastos en I+D. Pero todos los gastos en I+D que declaran ascienden solamente a 220.000 millones de dólares: incluyendo la que funciona y la que no, incluyendo la investigación incremental, los *me-too*, los ensayos clínicos promocionales, y siempre según las prioridades comerciales. Quiere decir que 780.000 millones, que deberían ir a I+D, son beneficios abusivos. De ese beneficio abusivo, unos 250.000 millones de dólares, que es más de lo que se gasta en investigación, se invierte en marketing y lobby para influir sobre gobiernos, parlamentos, sociedades científicas, profesionales líderes de opinión, asociaciones de pacientes, etc., con la finalidad de perpetuar

el modelo. La cantidad sobrante, más de medio billón anual, va a remuneración de ejecutivos y accionistas de las grandes empresas farmacéuticas y de los grandes fondos de inversión (que son sus principales accionistas).

Es un modelo desequilibrado que da enorme poder a los altos ejecutivos de Big Pharma y gestores de fondos de inversión, con el “mantra” de que es para pagar la investigación.

¿Qué pasó con la investigación en la pandemia de COVID-19? La investigación de las vacunas se basó en investigaciones básicas, preclínicas, llevadas a cabo en institutos públicos, con financiación pública. Y la investigación y el desarrollo específico de estas vacunas se financió también con fondos públicos. Por un lado, con subvenciones a proyectos, tanto del NIH (gobierno EE. UU., para Moderna), como del gobierno alemán y de la UE, para la vacuna Pfizer-BioNTech. Cuando aparece el SARS-CoV-2, la UE, a través de Horizonte 2020 destinó 2.700 millones de euros para proyectos y plataformas de investigación. Por otro lado, el fondo de Respuesta Global y otros fondos destinaron una cantidad similar. Cada uno de los países también añadió financiación pública a través de sus institutos, como en España el CSIC, o el ISCIII, etc. En las fases finales, cuando había candidatas de vacunas, la UE realizó acuerdos de adquisición anticipada, sumando más de 20.000 millones de euros, para completar la investigación y el desarrollo de las vacunas, con los sobrepagos. En EE. UU., otro tanto, y también en Japón, Reino Unido, Canadá, Australia, etc.

Podemos afirmar, a la vista de estos datos, que toda la investigación y desarrollo de las vacunas se ha pagado, de forma directa o indirecta, con dinero público.

Esta enorme inversión, y el trabajo de centenares de investigadores, permitió que la humanidad dispusiera de vacunas eficaces y seguras en menos de un año. Este es un gran éxito. El problema es que las vacunas, el resultado de la investigación, no pudieron llegar a los brazos de quienes las necesitaban en todo el mundo. El resultado de la investigación se privatizó y fue absorbido por los detentadores del poder económico, que obtuvieron, otra vez, un beneficio abusivo.

Conviene recordar que cuando la Universidad de Oxford empezaba a tener resultados positivos con un prototipo de vacuna, financiada con fondos públicos, el rectorado dijo a principios de 2020 que sería universal, sin exclusividad, para todos. Al parecer, según informó la prensa, la Universidad de Oxford recibió algunas presiones y terminó cediendo a AstraZeneca la licencia exclusiva para comercializar la vacuna.

#### — Acuerdos de adquisición anticipada

He mencionado los acuerdos de adquisición anticipada. Es un procedimiento que había utilizado EE. UU. para desarrollar mediante contratos la investigación militar y aeroespacial. En junio de 2020 la Comisión Europea propuso a los Estados miembros la posibilidad de negociar la compra conjunta y anticipada de vacunas COVID. Se trataba de apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas, adelantando dinero a las empresas para investigar y desarrollar un producto y garantizando después un volumen de compra en caso de lograr resultados favorables. De esta forma, los Estados miembros quitaban el riesgo que las empresas debían asumir con inversiones para la investigación, los ensayos clínicos, la ampliación de instalaciones, la compra de materias primas, envases, etc., y ese riesgo lo asumían los países, es decir, los contribuyentes, haciéndose cargo de esos gastos. Era un paso importante, porque suponía acelerar el descubrimiento y fabricación de las vacunas.

El problema fue que los derechos de propiedad intelectual de los productos, y con ellos el monopolio, se concedieron a las empresas fabricantes.

#### — Los derechos de propiedad intelectual

Este, a mi juicio, es el aspecto más importante. Como hemos visto, la financiación pública de la I+D, de las vacunas por proyectos, compra anticipada, y sobrepagos, es de más del 100 por 100. En justicia, los derechos de propiedad intelectual de las vacunas COVID debían ser de titularidad pública, es decir, de la gente. De esa forma, la Comisión y sus Estados miembros podrían haber cedido licencias no exclusivas a la OMS, para poder fabricar las vacunas en todo el mundo, favoreciendo la producción local y vendiéndolas a precio de coste, de manera que fueran asequibles a todos los países simultáneamente y de forma equitativa. Pero los negociadores de la Comisión Europea permitieron que los derechos de

propiedad intelectual se asignaran a las empresas y, con ellos, la capacidad de decidir cuánto se fabrica, dónde se fabrica, a quién se vende y a qué precio.

A mi manera de ver, la Unión Europea, y los países miembros, hemos perdido una oportunidad de oro para establecer en los acuerdos de compra anticipada la no exclusividad de las vacunas. El resultado ha sido una falta de equidad inmoral en su distribución mundial, y ha supuesto además un gasto público innecesariamente elevado. No deberíamos repetir este error en el futuro.

Conviene recordar que la petición de Sudáfrica, la India y otros países en la OMC para suspender la aplicación de los derechos de propiedad intelectual mientras durara la pandemia fue bloqueada por la resistencia de las empresas, que lograron la oposición de EE. UU. y de la UE a la suspensión. Finalmente, al acabar la pandemia, se logró un acuerdo de exención de patentes de la vacuna, sin obligación de transferencia de tecnología, y sin suspensión de secretos comerciales y otros derechos de propiedad intelectual necesarios para la fabricación, y sin aplicación a otras tecnologías y productos frente a la pandemia. Un acuerdo testimonial e ineficaz.

#### — La transferencia de tecnología y *know how*

Según la ley de patentes, en el documento de registro de la patente, el invento debe ser descrito en detalle, así como los pasos para fabricar el producto, de forma suficiente para permitir a un profesional cualificado en la materia reproducir el proceso de fabricación.

Sin embargo, la información que figura en las patentes, en vacunas y medicamentos, es insuficiente para permitir su reproducción. No están todos los datos, no se actualizan los procedimientos, no se detallan suficientemente, etc. Y se maneja la excusa de otro derecho de propiedad intelectual: la información no divulgada. Por eso la petición de India y Sudáfrica pedía la exención de la aplicación no solo de las patentes, sino también de los derechos de autor, los dibujos y modelos industriales y la protección de la información no divulgada. Y se añadía la petición de transferencia de la tecnología y conocimiento (*know how*) necesarios para fabricar el producto.

## — Covid Technology Access Pool. C-TAP

La OMS puso en marcha en 2020 un repositorio de tecnología en relación con la COVID-19. La idea era recibir estas tecnologías, ponerlas a disposición de entidades o países que quisieran fabricar, transferir la tecnología y el conocimiento y asesorar en la fabricación, con compromiso de precio asequible (coste plus). Ninguna empresa contestó.

En noviembre 2021 España, el CSIC, cedió un test con licencia no exclusiva y transparente para todo el mundo. Fue la primera cesión a la C-TAP.

En julio 2023, el CSIC cedió un prototipo de vacuna basada en el virus vaccinia MVA como vector, con buenos resultados en animales, pendiente de ensayos clínicos, que está siendo desarrollada por el grupo de Mariano Esteban y Juan García Arriaza. El CSIC concede licencia no exclusiva, transferencia de tecnología y entrenamiento.

Este es el camino a seguir. Pero muy pocos lo han seguido debido a las presiones de la industria.

## — El *hub* de la OMS para transferencia de tecnología en Sudáfrica

El objetivo de este centro de transferencia de tecnología y conocimiento es crear capacidad en países de bajos y medianos ingresos para producir vacunas mRNA. Este centro de formación entrenaría técnicos con los conocimientos necesarios para fabricar las vacunas en su país, y daría apoyo financiero y apoyo en el desarrollo de los centros de producción local (control de calidad, regulación, licencias).

A los 12 meses de su lanzamiento ya ha producido las primeras dosis de vacunas mRNA.

## **2. La fabricación**

Durante la pandemia, al limitar el número de fabricantes por los monopolios, no había vacunas para todos en un plazo corto.

Sin embargo, existe suficiente capacidad de fabricación de vacunas en el mundo. La OMS puede identificar y acreditar, junto con los países

miembros, todas las fábricas del mundo que puedan producir vacunas y transferir la tecnología necesaria (especialmente en América Latina, África y Asia, donde hay más de 100 instalaciones viables; pero también en Europa. Por ejemplo, en España han fabricado componentes de vacunas COVID cinco empresas, una de ellas con desarrollo propio). En 6 meses se podría fabricar dosis de vacunas suficientes para vacunar al 70% de la población mundial (20.000 millones de dosis anuales, frente a los 6.000-8.000 millones de dosis anuales que se fabricaron con las limitaciones del monopolio). Dichas vacunas serían a precio de coste, con lo que, con menos de la mitad del dinero que nos hemos gastado para vacunar solo a los países ricos, se podría vacunar a toda la población mundial.

### 3. La fijación de precios

Una consecuencia inevitable de los monopolios son los precios abusivos. Según UNICEF, los precios de la vacuna de BioNTech-Pfizer para la Unión Europea serían de 13 a 21 euros por dosis, en función de los contratos, y el precio de la vacuna de Moderna de 22,7 euros por dosis. Ambos muy por encima de los costes. En efecto, los costes de fabricación de las vacunas de Pfizer y Moderna se han calculado [por Zoltan Kis y colaboradores, del Imperial College de Londres, en menos de 1 y 2 euros respectivamente.](#)

Como es lógico, al permitir precios altos, las empresas tienden a vender a aquellos que pagan más, dejando a los países de rentas bajas a la cola. Es lo que ocurrió. El precio de las vacunas debía ser el coste de fabricación, más un beneficio industrial similar a la media de empresas no farmacéuticas.

### 4. La distribución

En España la distribución fue equitativa. Se realizó la compra pública, en el marco de la UE, y la vacuna fue gratuita para todos.

En la UE también se logró. Todos los países de la UE decidieron hacer compra conjunta y una distribución equitativa, según la población de cada país. De tal forma que, conforme las empresas fabricaban y comunicaban la cantidad disponible, la UE distribuía en función de la población. La misma proporción a Alemania que a Rumanía, lo mismo a España que a Italia o a Hungría. Hace unos años hubiera sido impensable.

Lamentablemente, esta forma de distribución equitativa no se extendió a todo el mundo. Los países ricos se blindaron con sus contratos de compra anticipada y precios altos. Los países pobres quedaron a la cola.

Las empresas farmacéuticas y los filantropocapitalistas presionaron a los gobiernos para que no se tocaran los derechos de propiedad intelectual de las empresas, ni sus monopolios, afirmando que la solución sería crear una entidad de colaboración público-privada para organizar la compra y distribución justa de vacunas en el mundo. El ACT Accelerator y su rama COVAX para vacunas.

COVAX es una iniciativa público-privada gestionada por la Alianza para las vacunas GAVI, que a su vez está impulsada por la Fundación Bill y Melinda Gates: un mecanismo “público-privado” basado en la voluntad y el liderazgo de la industria (protegiendo sus intereses). Con un principio básico: que no se toquen los derechos de propiedad intelectual de medicamentos. Los gobiernos deberían saber que una vacunación equitativa no se conseguirá nunca con un enfoque de “caridad” hacia los pobres, de donaciones, de limosna: dar lo que nos sobra. Se conseguirá con un enfoque de derechos humanos, de justicia: recibir lo que nos pertenece. El mecanismo COVAX fue apoyado por la federación de industrias farmacéuticas, porque no cuestionaba el principal escollo real para la fabricación y acceso a los medicamentos a un precio justo, que son las exclusividades y los monopolios, y que es su principal fuente de beneficios abusivos. Por eso es imposible que, con este enfoque, la UE y sus Estados miembros logren la equidad en el acceso a las vacunas en el mundo.

Como era previsible, los países ricos no usaron COVAX. Hicieron acuerdos bilaterales. El mecanismo COVAX, que recibió nuestras donaciones y compró vacunas a precios abusivos, para distribuir a los pobres, fue claramente insuficiente. Un año después de su puesta en marcha, COVAX reconoció que había fracasado en su objetivo. A final de 2021 había distribuido menos de la mitad de las vacunas previstas para esa fecha. En cambio, a finales de 2021 las empresas ya habían ganado 60.000 millones de dólares en sobrepagos por venta de vacunas COVID.

## 5. La administración de la vacuna. La campaña de vacunación

En España la campaña de vacunación fue un éxito.

Una vez recibidas las vacunas en las diferentes comunidades autónomas, se distribuyeron en la red sanitaria pública y se administraron a través de los centros de salud, de los hospitales, o de centros especiales de vacunación, de acuerdo con las prioridades fijadas para los diferentes grupos de población, según criterios de vulnerabilidad y de riesgo. Primero las personas más mayores, personas con problemas severos de salud, personas con discapacidad, personal sanitario, personal de primera línea. Y después el resto de la población... En España la red sanitaria pública es universal en su acceso, es eficaz y eficiente, con profesionales muy cualificados. En el resto de la Unión Europea, los programas de vacunación también fueron razonablemente eficaces.

En cambio, en el mundo, globalmente, la campaña de vacunación fue un fracaso. Por un lado, por la falta de acceso a vacunas. Por otra parte, otros aspectos, como la insuficiencia de los servicios de salud, o la desconfianza respecto a las vacunas.

A final de 2023, con datos de la OMS y Our World in Data, se habían administrado 13.590 millones de dosis, con una distribución muy desigual. En los países desarrollados, dos dosis por persona y una o más dosis de refuerzo. En los países de bajos ingresos, el 67% de la población no recibió ninguna dosis.

Según la OMS, un 33% de la población global no ha recibido ni siquiera una serie primaria de vacunas: 2.500 millones de personas. Y un 68% no ha recibido una dosis de refuerzo.

Una enorme desigualdad, debida a los altos precios, a la restricción a la transferencia de tecnología y a la limitación de la producción a los centros y al volumen que decidieron fabricar y distribuir las empresas según sus intereses, que, recordemos, no es la salud de la población, sino maximizar su beneficio.

## 6. El balance

— ¿Cuál ha sido el gasto total en vacunas y tratamientos COVID?

Más de 220.000 millones de dólares. Los precios pagados han sido 15-20 veces por encima de costes. Con el volumen de población vacunada y tratada, los beneficios sobre ventas han sido impresionantes: 200.000 millones de dólares de beneficio abusivo, por encima de los costes de fabricación. A estos beneficios se añaden las revalorizaciones de acciones. Una cantidad equivalente.

Ese dinero era de los contribuyentes, y debía poder utilizarse para mejorar los circuitos y los recursos sanitarios en todos los países, especialmente en países de bajos ingresos, de cara a garantizar un proceso de atención y acceso a la vacunación, así como el refuerzo de los dispositivos de salud pública.

— Las muertes evitables

Según la OMS la pandemia causó 7 millones de muertes por COVID. Pero el exceso de mortalidad durante la pandemia ha sido mayor. En el modelo de The Economist para estimar el exceso de muertes debido a la pandemia la estimación media asciende a 27,2 millones de personas.

Si la vacunación hubiera sido accesible para todas las personas, en todo el mundo, al mismo ritmo y en la misma proporción que para los países de altos ingresos, se habrían salvado varios millones de vidas en el primer año de vacunación (datos estimados a partir del trabajo de [Watson et al, del Imperial College de Londres, publicado en el Lancet de 23 junio 2022](#)).

*B) Alternativas: ¿QUERER ES PODER?*

Los elementos de cambio están. Falta voluntad política para cambiar de modelo; no es fácil por el desequilibrio de fuerzas; la enorme presión de los lobbies sobre los gobiernos, la Comisión Europea, la propia OMS. Pero si hubiera voluntad política, se podría. Y esa voluntad política puede estimularse con una movilización social. Aquí, cada uno, podemos aportar nuestro granito de arena.

¿Cuáles son los cambios necesarios?

1. El punto más importante es que España y otros gobiernos impulsen **la retirada de los medicamentos de los ADPIC en la Organización Mundial del Comercio**. En los medicamentos y vacunas no debe haber monopolios porque, inevitablemente, se produce un abuso de posición dominante y un aumento abusivo de precios, con la consiguiente barrera de acceso. No solo en vacunas, sino en cualquier medicamento.

2. Al mismo tiempo España y otros gobiernos deberían impulsar la negociación de un **Convenio Internacional de Acceso a Medicamentos**, según lo propuesto por la OMS y por la Secretaría General de Naciones Unidas desde hace años. Ese convenio incluiría:

— La creación de un fondo global para financiar la I+D de medicamentos y vacunas y otras intervenciones en prevención de enfermedad, y promoción y cuidado de la salud, con aportaciones de los países en proporción a su PIB.

— Un mecanismo de gestión multilateral, en la OMS, que fijara prioridades de investigación en función de necesidades de salud y canalizara los fondos a través de proyectos, instituciones públicas, premios de investigación, contratos de compra anticipada, etc.

— Investigación abierta y cooperativa.

— Licencias no exclusivas y transferencia de tecnología.

— Fabricación descentralizada en todas las regiones del planeta.

— Precios coste plus.

— Distribución equitativa.

### 3. Fortalecer la OMS

En este tema se puede consultar el documento de [Germán Velásquez World Health Organization Reforms in the Time of COVID-19](#), de noviembre 2020, editado por South Centre. Para que la OMS pueda desarrollar ese papel tiene que reforzarse. Eso supone aumentar el presupuesto, de los menos de 3.000 millones de dólares anuales actuales, a más de 5.000 millones, y, al mismo tiempo, prohibir la financiación privada del organismo, consolidando una financiación pública que garantice la independencia de la institución. En este momento, entre la Fundación Bill y Mellinda Gates, GAVI y otras entidades privadas, pueden

influir en el 25% del presupuesto de la OMS, condicionando sus decisiones. La OMS se ha debilitado mientras se creaban entidades que asumían parte de sus funciones, como la CEPI (coalición para innovaciones en la preparación frente a las epidemias), GAVI (alianza global de vacunas), el Fondo Global para el SIDA, la TBC y la malaria, etc.

España debe apoyar un reforzamiento y una desprivatización de la OMS. El aumento de un 20% de las cuotas ordinarias, propuesto en la última Asamblea Mundial es muy insuficiente. La financiación voluntaria, impredecible, y en buena parte privada de la OMS seguirá ascendiendo al 83% del total. Esa posición le resta capacidad e independencia para promover la salud mundial de forma equitativa.

La “Fundación OMS”, impulsada como una forma de completar la financiación de la OMS es un error. Una huida hacia adelante, con más financiación privada (incluida la Fundación Bill y Melinda Gates), y sin control de un mecanismo multilateral.

Nos jugamos mucho. Las instituciones multilaterales, globales o regionales, surgidas después de la segunda guerra mundial (Naciones Unidas, 1948; la OMS, 1948...), se han ido debilitando desde los años 80 del pasado siglo. Las grandes corporaciones financieras y empresariales, con el discurso del neoliberalismo y la “colaboración público-privada”, asumieron el poder de decisión, en detrimento del poder político democrático y el multilateralismo. Es preciso corregir esta situación.

#### **4. El tratado de pandemias**

El tratado de pandemias que se está discutiendo debería presentarse a la Asamblea Mundial de mayo de 2024. En el primer borrador se abordaban dos cuestiones importantes: mejorar la información y los sistemas de alertas (que piden los países ricos); y supresión de los monopolios mientras dure la pandemia, para aumentar la capacidad de producción de vacunas, tratamientos, pruebas, etc., de forma que toda la población mundial pueda acceder al mismo tiempo, a precio de coste (que piden los países del sur global). Según Amnistía Internacional y Human Rights Watch, el último borrador (noviembre 2023) no garantiza el cumplimiento de los derechos humanos (el derecho a la salud y a beneficiarse del progreso científico). No se obliga a la suspensión de patentes ni a la transferencia de tecnologías. Se “anima” a los países y empresas a que

ofrezcan licencias no exclusivas y faciliten la tecnología. No se cuestionan los derechos de propiedad intelectual. El ministro de sanidad alemán, Karl Lauterbach, dijo: “Para países como Alemania y la mayoría de países europeos está claro que el tratado no será viable si se introduce una limitación importante a los derechos de propiedad intelectual”. Lobistas de la industria en diferentes países y en la OMS quieren debilitar el tratado argumentando que se pierde la soberanía nacional, o que se frenará la investigación. “Es mejor no tener tratado de pandemias que tener un mal tratado de pandemias”, dice Thomas Cueni, el Director General de la Federación Internacional de fabricantes de medicamentos.

España debería plantear a los Estados miembros una reflexión sobre su posición. Si no cambiamos el modelo, cuando surja una nueva pandemia, con elevada contagiosidad y mayor letalidad, afrontaríamos una verdadera pesadilla para la humanidad. Un buen tratado de pandemias podría ser el anticipo del Convenio Internacional sobre Acceso a Medicamentos.

## **5. Entre tanto**

Mientras se discuten estas cuestiones la UE y España deben reforzar sus sistemas sanitarios y especialmente sus capacidades en salud pública y en la prevención y respuesta a pandemias.

La UE debe reforzar la autoridad para preparación y respuesta a emergencias de salud, HERA. Y debe crear una infraestructura europea de medicamentos para impulsar la investigación y el desarrollo, y, en su caso, la fabricación de medicamentos y vacunas y otras tecnologías sanitarias, crear reservas estratégicas, establecer procedimientos de compra conjunta más sólidos, en los que se garanticen licencias no exclusivas y transferencia de tecnología, etc.

España debe reforzar las estructuras y los recursos de salud pública en los ámbitos nacional y autonómico.

En relación con medicamentos y vacunas, por su parte, debe avanzar también de forma decidida en la investigación, la producción local y la producción pública, la producción académica (exención hospitalaria), la plataforma pública de I+D, la compra conjunta, el almacenamiento estratégico, etc. Modificar la Ley del Medicamento (pago por coste plus).

Lograr la independencia de la financiación de la formación del personal sanitario, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes.  
Fomentar la transparencia de toda la información relativa a los medicamentos, aprobación, costes de fabricación e investigación, precios, ganancias, etc., para generar conciencia de la situación y promover cambios.

### *Conclusión*

El tipo de respuesta que hemos dado para la pandemia de COVID-19 no servirá en el futuro. Es insuficiente. La buena noticia es que disponemos de todos los elementos y recursos económicos y jurídicos necesarios para afrontar eficazmente una pandemia, si somos capaces de utilizarlos de forma integrada y sinérgica en una estrategia mundial inteligente y solidaria.

Querer es poder.