



REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE DE RECEPCIÓN
COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE

DISCURSO DE INGRESO

ALGUNOS DESAFÍOS QUE DEBE AFRONTAR
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (Y NO ES FÁCIL)

POR EL

Dr. D. Fernando Lamata Cotanda



DISCURSO DE PRESENTACIÓN

POR LA

Ilma. Sra. Dña. María del Carmen Sánchez Álvarez



14 de noviembre de 2024

MURCIA

Discurso de presentación como Académico correspondiente

Ilma. Sra. D^a MARIA CARMEN SÁNCHEZ ÁLVAREZ

FERNANDO LAMATA COTANDA

FECHA DE NACIMIENTO: 18/4/1954 NACIONALIDAD: Español

Fernando Lamata es un hombre honrado, humilde, capaz, tenaz, buen amigo de sus amigos e incluso de sus enemigos, comprensivo, con una capacidad de entender a los demás que supera con creces la capacidad de todos los que le rodean. Todas estas virtudes han hecho de él una persona querida, admirada y respetada en todos los lugares y cargos en los que ha trabajado.

No busco con mis palabras elogiar a mi admirado Fernando, sino ofrecerles a ustedes una visión de la persona tan extraordinaria que hoy tengo el honor de presentar en la Academia.

El Dr. Lamata nació en Almansa, pero debido al trabajo de su padre marchó a Argentina siendo niño, y volvió de allí con 14 años. Argentina es su otra patria, tanto es lo que la siente como suya. Buen estudiante decidió hacer Medicina en Valencia, donde conoció a su mujer, también médico, y con la que ha compartido toda su vida. Al terminar en 1978, marchó a Santander para hacer la especialidad de Psiquiatría, especialidad amada, y a la que vuelve siempre que ha tenido un lapsus en los múltiples cargos que ha representado. A poco de terminar la especialidad le solicitaron ser **Director Provincial del Instituto Nacional de Salud en Cantabria** en 1983, empezando así su otra especialidad la gestión sanitaria, continuando al año siguiente en el mismo cargo, pero esta vez en Madrid (**Director Provincial del Instituto Nacional de Salud**, donde permaneció hasta 1989. Durante este tiempo fue nombrado **Director de la Escuela Nacional de Salud**, y aprovechó para poner en marcha el

Programa de Dirección de Instituciones Sanitarias, convirtiendo los cursos que se realizaban sobre administración sanitaria en verdaderos MIR de la Gestión, creando un programa completo de estudios completado con una parte práctica, una estancia en hospitales para la formación de los futuros gestores de la Sanidad. Estos cursos , aunque luego han cambiado el modelo, siguen siendo referencia de la formación en España.

Tras ocupar diversos cargos directivos en hospitales de Madrid fue nombrado **Director General de Planificación, Formación e Investigación Sanitaria**, de la Comunidad de Madrid, en 1992. En 1999 es nombrado **Consejero de Sanidad** de Castilla La Mancha, gracias a la brillante labor realizada en todos los ámbitos: su objetivo era elevar la capacidad de respuesta a la Sanidad, mediante medidas para el tratamiento de la información sobre las listas de espera y una ley de plazos que cumplió. Durante ese tiempo le ofrecen la **Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad** Nacional volviendo a su puesto de Consejero de Sanidad en Castilla La Mancha, cargo que ocupó hasta el año 2011.

En todos estos años y en todos los puestos **ha luchado por la sanidad pública** en todos sus ámbitos, económico y social, promoviendo creación de hospitales, centros de asistencia a ancianos, creando programas de mejora de la sanidad, informando a la comisión de la Unión europea sobre atención primaria, calidad de la asistencia médica, reformas sanitarias... Sería ardua tarea nombrar todas las decisiones que ha tomado en su vida Su capacidad de trabajo es incesante, algún compañero se ha quejado de que hacía su trabajo y el de los demás. Elvira Foteza, jefa del departamento de proyectos y programas sanitarias en el ministerio de salud de Bulgaria, solicitó su concurso para crear un programa de la Unión Europea para iniciar la Sanidad pública. Sus palabras “tengo que agradecer a Fernando Lamata que me ha enseñado tanto... me ha enseñado gestión sanitaria , pero sobre todo me ha enseñado honradez”.

La salud le dio un quiebro en el año 2014, y desde entonces, alejado de cargos públicos continúa un trabajo incesante, luchando por programas de apoyo, divulgación, sensibilización para Salud mental y personas como personas con discapacidad intelectual (desde el año 2020 es miembro fundador del patronato de Fundación para personas con discapacidad de Castilla-La Mancha. Forma parte de distintas Consejos nacionales e internacionales, asesores (Consejería de Sanidad de Valencia, Consejería

de Castilla La Mancha, Sistema Nacional de Salud, Panel de Expertos de Inversiones en Salud...).

Percibiendo en los últimos años el problema existente del desfase económico del mundo sanitario, en el año 2017 fue promotor de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento, luchando por este tema enconadamente. Sigue con actividades formativas y divulgativas, intentando sensibilizar a la sociedad y a los políticos sobre este tema .

Son múltiples las publicaciones sobre gestión sanitaria. En los últimos años se plantea el problema existente con el Sistema Nacional de salud, y su novela “honderos” acusa valientemente el mundo de las patentes. El nombre de honderos (David con su honda frente a Goliat) da una idea de la lucha tan dispar que hay en este mundo.

Si se pudiera resumir su i CV habría que decir que toda su vida ha sido un experto en la coordinación, planificación, gestión y puesta en marcha de proyectos en el ámbito de la gestión de Servicios de Salud y Salud Pública, tanto Regionales como Nacional Siempre ha buscado la construcción y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud que ofrezca una atención sanitaria de calidad y para todos.

Fernando es una persona unida a un libro: le gusta todo tipo de literatura, novelas, ensayos, poemas. El también es un poeta: su gusto por la poesía la pone a disposición de sus amigos, a los que felicita habitualmente con un poema, unos versos, siempre individuales, expresión de su cariño a ellos, Ama la música (dicen las buenas lenguas que es un gran tanguista) Su familia es una roca firme, y aunque sus hijos no han seguido sus pasos, está orgulloso de sus logros: Lucas es catedrático de física cuántica y Ana es una mujer polifacética. Pepa, su mujer contrapunto de su vida es la piedra angular de su familia. Médica vocacional, como su padre; especialista en Pediatría, toda su vida se ha dedicado a la medicina, ejerciendo hasta su jubilación.

Como ven en Fernando Lamata se unen todas las virtudes que debe tener un académico: a sus atributos personales se une el afán docente que siempre ha tenido, el deseo de desarrollar en estilo de vida mejor, afán con el que continúa, luchando por aquello en lo que cree, manteniendo

una posición moral incuestionable. Quien se empeña en enseñar es el auténtico maestro, el verdadero Académico.

Fernando, disculpa mis palabras si no han sabido expresar todo el mérito que tu vida ha significado para nuestra Sanidad. Bienvenido a esta Real Academia de Medicina que se honra infinito con tu presencia

Gracias por formar parte de ella, y gracias por tu vida.

**DISCURSO DE INGRESO
REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y
CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA**

ACADÉMICO CORRESPONDIENTE

D. FERNANDO LAMATA COTANDA

Excelentísimo Señor Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia

Excelentísimos e Ilustrísimos Señores y Señoras Académicos,

Excelentísimas e Ilustrísimas autoridades,

Amigos, colegas y compañeros,

Señoras y Señores,

Con la venia del Presidente,

Quisiera en primer lugar agradecer a los miembros de esta ilustre Academia su acuerdo para nombrarme Académico Correspondiente.

Es para mi un inesperado honor, que me da la oportunidad de dirigirme hoy, aquí, a todos ustedes, personas comprometidas con la medicina, con la ciencia y con la sociedad a la que sirven, para darles las gracias y para compartir con ustedes algunas preocupaciones.

También quiero dar las gracias, muy especialmente, a la Doctora Doña María del Carmen Sánchez Álvarez, Académica Numeraria, por haberme propuesto, y por sus amables, e inmerecidas palabras, que estimo en mucho viniendo de una profesional que aúna la excelencia en sus facetas clínica, investigadora y docente, con un profundo humanismo.

Un agradecimiento muy sincero a todos los compañeros, profesores y amigos con quienes estudié medicina y con quienes he trabajado a lo largo de mi vida, decenas, centenares de excelentes profesionales, que día a día construyen y dignifican el Sistema Nacional de Salud.

Y, por supuesto, doy las gracias a mi esposa, y a mi familia, que me han acompañado en toda mi trayectoria vital y profesional y han hecho posibles las modestas aportaciones que haya podido realizar en estos años.

Sin más preámbulo, paso a dar lectura a mi conferencia que versará sobre:

Algunos desafíos que debe afrontar el Sistema Nacional de Salud (y no es fácil).

(1.Introducción.)

El ministerio de sanidad inglés encargó hace unos meses al respetado cirujano, Lord Darzi, que elaborara una investigación sobre la situación del National Health Service. El profesor Ara Darzi es catedrático de cirugía en la Escuela Imperial de Londres, y cirujano en el Hospital Imperial NHS Trust. En su informe, presentado en septiembre pasado, el profesor concluye: “el Servicio Nacional de Salud está en una situación crítica, pero sus signos vitales todavía son fuertes” (1).

La situación del Sistema Nacional de Salud español no es muy diferente.

Aunque sigue manteniendo unos buenos niveles de calidad, desde el año 2011 la sanidad española viene sufriendo un deterioro progresivo que amenaza con llegar a un punto de no retorno. Es preciso afrontar una serie de desafíos para asegurar su viabilidad. Y no va a ser fácil.

El Sistema Nacional de Salud, al que dio forma la Ley General de Sanidad de 1986, impulsada por el ministro Ernest Lluch, reunía las siguientes características: cobertura prácticamente universal, ligada a la condición de ciudadanía; amplio catálogo de prestaciones y cartera de servicios; financiación mayoritariamente pública, a través de impuestos; gestión mayoritariamente pública, integrada en una única red y descentralizada en las Comunidades Autónomas; y, como elemento fundamental, unos excelentes profesionales, bien formados y cualificados.

A lo largo de más de veinte años, desde 1986 hasta 2010, la sanidad pública española fue mejorando paso a paso en cobertura poblacional, en prestaciones, en calidad de los servicios y en resultados en salud (2). En efecto, la esperanza de vida al nacer en España en 2023 era la más alta de Unión Europea, 84 años, frente a 81,5, y una de las más altas del mundo (3).

Al mismo tiempo, la mortalidad prevenible y evitable, que trata de medir de forma más precisa la efectividad de las intervenciones sanitarias, era la tercera más baja de UE (4).

Otro dato significativo: España es el país número uno del mundo en donaciones y trasplantes de órganos; esto refleja, de un lado, generosidad y confianza de los donantes, de otro, buena organización del sistema, y en tercer lugar capacidad técnica y de coordinación de los profesionales (5).

Lo que habíamos conseguido, lo que todavía podemos disfrutar, es tan notable que hubiera sido difícil imaginarlo hace apenas cien años: una buena medicina, de calidad, y para todos, y accesible en función de nuestra necesidad. Parece un sueño.

(2. El deterioro y sus causas.)

Pero, desde hace unos años, el Sistema Nacional de Salud muestra signos de deterioro. Señalaré tres.

2.1. El primer signo de deterioro son Las Listas de Espera.

En Atención Primaria, solamente un 20,6% de los pacientes son atendidos en el día o al día siguiente de su solicitud. El resto, tienen una media de espera de 8,81 días. (6). Llama la atención que una de cada cuatro personas que necesitaron, en los últimos 12 meses, consultar por síntomas o enfermedades a su médico de atención primaria no lo consiguieron. Muchos de ellos tuvieron que ir a urgencias o a la sanidad privada.

En Consultas de Atención Especializada Hospitalaria el tiempo de espera se ha duplicado desde 53 días en 2010, a 94 días en junio de 2024. Esa es la media, pero muchos esperan más de 6 meses, tiempo al que se añade después la espera para las pruebas y para una nueva consulta “de resultados”. Es inaceptable tener que esperar para un diagnóstico y un tratamiento más de seis meses o un año (7).

En Cirugía programada el tiempo de espera también se ha duplicado, de 65 días en 2010 a 121 días en junio de 2024.

2.2. Un segundo signo de deterioro es la opinión de la población.

En el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas de octubre de 2024 observamos que la sanidad es el Segundo problema que más afecta personalmente a los españoles. Afecta a un 20,9% de la población, mientras que en 2010 la sanidad aparecía en el puesto décimo segundo y afectaba solo a un 3,5% de la población (8).

A su vez, el Barómetro Sanitario muestra que en 2010 un 74% de la población valoraba bien o muy bien el funcionamiento de la sanidad pública. Mientras que hoy es solamente un 55,8%. Es verdad que, cuando son atendidos, la mayoría valora la calidad del servicio con notables y sobresalientes. Pero la sensación de deterioro, por problemas de acceso y saturación, está ahí.

2.3. El tercer signo es consecuencia de los anteriores. Se trata del aumento de las pólizas privadas de seguros.

En el Barómetro Sanitario vemos que el número de pólizas privadas ha crecido desde un 16% de personas mayores de 18 años en 2015, a un 35% en 2024. A su vez, los datos de UNESPA coinciden en mostrar esta evolución: de 8,3 a 14 millones de pólizas de seguros sanitarios privados. (9 y 10). Si las clases medias tienen que elegir la sanidad privada para evitar las listas de espera, la sanidad pública podría convertirse otra vez en sanidad para pobres, beneficencia, como lo era hasta la segunda mitad del siglo XX.

¿Cuáles son las causas de este deterioro?

La más importante es la falta de recursos suficientes. Los recortes sanitarios aplicados en la crisis financiera, en los años 2011 y siguientes, redujeron los recursos disponibles para sanidad, mientras, al mismo tiempo, crecían las necesidades de atención sanitaria, como luego veremos. El recorte del gasto sanitario público fue consecuencia directa de la voracidad de un nuevo capitalismo financiero global, un capitalismo especulativo y depredador, que buscaba maximizar sus ganancias a corto

plazo y lanzó una serie de “productos financieros tóxicos”, como las llamadas hipotecas basura. Los gobiernos permitieron esas prácticas, reduciendo controles. Y cuando los bancos amenazaron quiebra, los mismos gobiernos acudieron a su rescate con dinero público, forzando a la vez recortes en gastos sociales (11).

La pérdida de recursos y el aumento de las necesidades sanitarias generó una sobrecarga que se tradujo en el aumento de listas de espera, y en la saturación de los profesionales que acabamos de comentar.

La segunda causa del deterioro es la insuficiente coordinación y cohesión del Sistema. La descentralización iniciada con la Constitución Española y la Ley General de Sanidad fue muy positiva, al acercar la gestión a los territorios, con un mejor conocimiento de los problemas y unas respuestas más ajustadas a los mismos. Pero a lo largo de los años se han ido generando desigualdades y distorsiones, sin suficientes mecanismos correctores. Si estos efectos no se enmiendan podríamos terminar desarrollando 17 sistemas de salud distintos (12). La pandemia de la COVID-19 mostró esta falta de cohesión y la necesidad de una mejor coordinación.

Además, hay otra serie de factores de la organización y funcionamiento de los servicios que han ido impactando negativamente sobre diferentes aspectos del sistema sanitario en estos años y que suponen importantes desafíos que debemos afrontar si queremos mantener y mejorar el Sistema Nacional de Salud.

(3. Los Desafíos)

Estos problemas y desafíos son muy complejos, como muestran diversos informes y estudios sobre la cuestión (13, 14, 15, 16, 17). Y están todos interconectados entre sí.

Me limitaré a comentar brevemente los que considero más relevantes para su futuro, ordenándolos en tres grupos: estructurales, operativos y supra nacionales.

3.1. Analicemos primero los desafíos estructurales.

3.1.1. El primer gran desafío es lograr una financiación suficiente para hacer frente a las necesidades.

En este momento, como se ha dicho, hay un desajuste entre necesidad y recursos. Así, entre 2010 y 2018, antes de la COVID, el SNS había perdido un 20% de recursos anuales, más de 100.000 millones de euros acumulados, en euros constantes (18). Posteriormente, desde 2018, se produjo una ligera recuperación, que se reforzó en 2020 y 2021 con los fondos COVID. Sin embargo, si comparamos el gasto sanitario público de 2022 con el de 2009, en euros constantes, el incremento había sido solamente de un 3%.

Este modestísimo aumento de recursos contrasta con el crecimiento de las necesidades el mismo periodo. En efecto, la población total aumentó un 3,3%. Pero la población mayor de 65 años ha aumentado un 22% (y va a seguir creciendo en la próxima década) (19). Y sabemos que las personas mayores de 65 años concentramos la utilización de servicios (varias veces más en relación con la media). Además, en estos años, ha aumentado la prevalencia de enfermedades, ajustada por edad, con un alto coste de tratamiento. Según el Ministerio de Sanidad, entre 2016 y 2022, la prevalencia del cáncer de mama, ajustada por edad, ha aumentado un 35%; la del cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, un 30,8%; la de cáncer de colon y recto, un 26,5%. De la misma manera, la prevalencia de problemas de salud mental, ajustada por edad, ha aumentado un 32%; y los problemas de salud mental en menores de 25 años registrados en atención primaria casi se han duplicado en este periodo (20).

Así mismo, ha aumentado la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, endocrinas, reumáticas, etc.

Otra fuente que confirma el aumento de la demanda es la prevalencia media de incapacidad temporal por contingencias comunes, que era de 25 por cada 1000 habitantes en 2010 y ha pasado a 51,9 en 2023 (21). Más del doble.

En definitiva, la estimación de las necesidades de atención respecto a 2009 sería de, al menos, un 20% más.

Por lo tanto, sería preciso disponer de, como mínimo, un 20% adicional de financiación, unos 22.000 millones de euros anuales, equivalente al 1,5% de PIB.

¿Cómo lograr estos recursos adicionales? Por un lado, con el aumento de la recaudación fiscal relativo a la mejora de la situación económica. Por otro lado, es importante conseguir una recaudación más justa, con una reforma fiscal que recupere, mediante impuestos progresivos, una aportación proporcionada de las grandes corporaciones y las grandes fortunas, que hoy en día no contribuyen lo que deberían. De la misma manera se debe impulsar una estrategia firme de lucha contra la elusión, la evasión y el fraude fiscal, recaudando el equivalente a 5 puntos del PIB adicionales. Y, desde luego, una fiscalidad autonómica reforzada en la misma dirección. Recordemos que si no hay impuestos justos no puede haber servicios públicos de calidad.

Pero no es suficiente con que logremos aumentar los recursos. Hay que asegurar que se destinan a sanidad. Conviene tener en cuenta que, si el aumento de recursos llegara a través del modelo de financiación autonómica actual, sin condiciones, serán las CCAA las que decidirán qué parte de ese dinero se destina a sanidad. Por lo tanto, sería importante acordar un nuevo modelo de financiación que, a la par que garantice una distribución más equitativa de recursos a las CCAA, establezca unos mecanismos de control que aseguren la asignación al presupuesto sanitario de aquellos recursos adicionales que se transfieren a las CCAA con la finalidad de mejorar la sanidad.

Otra posibilidad, que considero preferible, es realizar traspasos de recursos finalistas, con control de su ejecución, como ocurre con los fondos europeos. En este sentido, me parece oportuno citar al ex consejero de Economía de la Generalitat catalana, Andreu Mas-Colell, en declaraciones a El País de 8 de septiembre pasado: “No hay que pensar tanto en la financiación de las autonomías -dice-, sino en las necesidades de la gente, de la sanidad y la educación”. Considera necesario que el Estado transfiera un 2% más de PIB para estas funciones. “Será la última oportunidad”. “Si nos gastamos los pequeños márgenes que pueda haber ahora sin priorizar la sanidad y educación, esa posibilidad estará colgada”. Y añade: Una fórmula válida sería “transferencias del Estado a las Comunidades para esas partidas sin modificar el sistema de financiación”. (22).

3.1.2. El segundo gran desafío estructural es la Gobernanza: reforzar la Cohesión y la Coordinación del sistema sanitario.

Está relacionado con la cuestión anterior y deriva de la configuración del modelo autonómico del Estado. Cuando se aprobó la Ley General de Sanidad, no se creó un Servicio Nacional de Salud (como el antiguo Instituto Nacional de la Salud, implantado en toda España), sino un Sistema, con 17 servicios regionales de salud, para adaptarlo a la forma de Estado instituida en la Constitución Española. Y se estableció un mecanismo de coordinación, el Consejo Interterritorial. Por otro lado, el Gobierno de España se dotó de la capacidad de proponer al Parlamento la legislación básica sanitaria. Además, la Ley preveía otros dos instrumentos de coordinación: el Plan Nacional de Salud, integrando los Planes autonómicos, y la Alta Inspección, pero apenas tuvieron desarrollo. Sin embargo, en el proceso de construcción de las autonomías, el Ministerio de Sanidad fue perdiendo fuerza relativa, y eso dificultó su capacidad para ejercer las funciones de coordinación previstas. En cuanto al Consejo Interterritorial ha servido para comentar problemas y compartir algunas soluciones, pero sus acuerdos no han sido vinculantes, por lo que su capacidad de gobierno del Sistema es muy reducida (12). Lo cierto es que actualmente existe una diferencia de Gasto Sanitario Público por habitante de hasta un 40% entre CCAA (20), y la diferencia en tiempos de espera para atención especializada llega a ser de tres veces más entre distintas CCAA. Por otra parte, en ocasiones, hay dificultades para que un paciente que reside en una CCAA sea atendido en otra CCAA, o para que pueda retirar los medicamentos en la farmacia. El hecho es que la Constitución Española diseñó un Estado cuasi Federal, sin estructuras de gobierno Federales.

Aunque parezca difícil reforzar la gobernanza, el Dictamen del Congreso de los Diputados para la Reconstrucción Social y Económica, de julio de 2020, después de las primeras oleadas de la COVID, que se aprobó por amplia mayoría (14) nos mostró una ventana de oportunidad. Allí se propone “rediseñar una nueva arquitectura institucional para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, basada en la cogobernanza, la cooperación y la coordinación de las Comunidades Autónomas entre sí y con el Ministerio de Sanidad”.

En la misma línea apunta el informe del Consejo Económico y Social sobre el Sistema Nacional de Salud (15).

En todo caso, como parte de esa estructura de gobierno, es preciso reforzar las capacidades del Ministerio de Sanidad; recuperar la coordinación del Instituto de Salud Carlos III y los Centros Nacionales; fortalecer su peso en el ámbito internacional; y valorar la posibilidad de crear una Agencia del SNS para desarrollar funciones comunes (sistema de información, sistema de evaluación, compras conjuntas, ordenación profesional, gestión del Big Data, y otras).

3.1.3. El tercer desafío estructural es impulsar la Salud en Todas las Políticas, estrategia que va más allá del SNS, pero que éste debe liderar, para frenar el aumento de la prevalencia de enfermedades, y reducir la presión asistencial.

Como vimos, la prevalencia, ajustada por edad, de diferentes patologías, está aumentando. No estamos llegando a las causas para prevenir adecuadamente. Es preciso, pues, impulsar estrategias para reducir la carga de enfermedad crónica en España.

Muchas medidas preventivas tienen que ver con ámbitos fuera de la competencia del SNS, como ya advertía Cervantes por boca de Don Quijote: *“tomara yo ahora más aína un cuartal de pan o una hogaza y dos cabezas de sardinas arenques, que cuantas yerbas describe el Dioscórides, aunque fuera el ilustrado por el doctor Laguna”*. Es decir, mejor alimentación y menos medicinas.

La salud se gana o se pierde por un trabajo seguro, estable y bien remunerado. Por una vivienda digna y accesible. Se gana evitando la pobreza energética, garantizando alimentos suficientes y de calidad, reduciendo las desigualdades sociales, y disminuyendo progresivamente la contaminación ambiental. Se gana también con unos servicios sociales y sanitarios cercanos y bien dotados, centrados en la prevención. Y se pierde si recorremos el camino contrario.

En una entrevista que tuve el privilegio de hacer a la profesora Carmen Estrada para la revista de la AAJM, esta neurocientífica con más de 30 años de experiencia investigadora me dijo: *“Si lo que queremos es mejorar la salud de la población quizás sería más interesante plantearse como objetivo disminuir la pobreza, en vez de crear un nuevo medicamento”* (23). En definitiva, el Sistema Nacional de Salud debe liderar un enfoque que busque la Salud en Todas las Políticas.

3.1.4. El cuarto desafío es mejorar la eficiencia del sistema. Y el mayor agujero negro en la eficiencia del SNS es el gasto excesivo en medicamentos.

De nada vale lograr más recursos para sanidad si se derivan a beneficios abusivos de las compañías farmacéuticas (24). El gasto público en medicamentos en 2024 superará los 25.000 millones de euros, con un aumento de 8% respecto al año anterior (25). El exceso de gasto asciende al menos, a 10.000 millones de euros, sobre todo por los precios abusivos de los nuevos medicamentos, 100 veces por encima de los costes de fabricación e investigación, y en parte por sobre-prescripción. El problema que ocasiona el exceso de beneficios de las empresas farmacéuticas para el conjunto de la sociedad, no es solo el despilfarro de esos más de 10.000 millones de euros anuales, que podrían dedicarse a financiar, por ejemplo, más de 100.000 plazas de profesionales sanitarios, aliviando la sobrecarga y las listas de espera. El problema es que parte de ese dinero lo utilizan para patrocinar la formación continuada de médicos y asociaciones de pacientes, así como la elaboración de guías clínicas, orientando los patrones de consumo, y medicalizando la sociedad, en lugar de dirigir los servicios a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Es decir, en lugar de desarrollar el enfoque preventivo de Salud en Todas las Políticas, la industria financiarizada del medicamento, controlada por grandes fondos de inversión, refuerza un modelo que hace negocio y se beneficia con el aumento de las patologías y la cronicidad (26).

Debería, pues, diseñarse una estrategia de Política Farmacéutica a medio plazo, liderada por el Ministerio de Sanidad y coordinada con Presidencia del Gobierno, revisando el modelo actual de monopolios y fijando precios justos para los nuevos medicamentos, desligados de la supuesta financiación de la I+D. Esto llevará tiempo. No es nada fácil, pero no es imposible.

3.1.5. El quinto desafío es mejorar la equidad.

Aunque el SNS se dice universal, y todos tenemos teóricamente acceso equitativo a las prestaciones sanitarias, esto no es totalmente así. Ya comentamos diferencias de financiación entre CCAA. Pero hay más inequidades.

Por un lado, restan algunos colectivos de personas sin acreditación para obtener la tarjeta sanitaria. Por otro lado, perviven subsistemas de cobertura pública diferentes (Mutualidades, Mutuas, sanidad

penitenciaria). En tercer lugar, hay prestaciones no cubiertas, o de muy baja cobertura, que generan falta de equidad en el acceso y obligan, a quien tiene medios, a buscar la atención en la sanidad privada (odontología, productos sanitarios, podología, fisioterapia, salud mental, etc.). Además, los copagos en medicamentos generan inequidad en el acceso. Lo mismo ocurre con las listas de espera, que retrasan el acceso a un diagnóstico o un tratamiento. Finalmente, se observan diferencias de varios años en la esperanza de vida al nacer y en vida en buena salud, según clase social, lugar de residencia, o género.

Es posible y es necesario mejorar la equidad completando la legislación sobre universalidad, incorporando progresivamente la atención sanitaria de mutualidades y mutuas al régimen general, así como la sanidad penitenciaria, suprimiendo los copagos y la desgravación de pólizas sanitarias de empresa, y ampliando la financiación de las prestaciones no cubiertas hasta este momento.

Hasta aquí, los desafíos estructurales.

3.2. Un segundo grupo de desafíos son operativos. Mencionaré diez, con un breve comentario.

Uno. Lograr una dotación adecuada de profesionales sanitarios, recuperar su ilusión y mantener su excelencia técnica.

El personal sanitario es el corazón del sistema. Es lo que hace que funcione o que no funcione.

Es preciso contar con una dotación suficiente (27), adecuada a la necesidad y la demanda y ofrecer unas condiciones de trabajo satisfactorias, con estabilidad en el empleo, remuneración justa, carrera profesional, autonomía en su ejercicio, y participación en las decisiones que le afecten. Es absolutamente necesario crear un clima de respeto, seguridad y reconocimiento y, además, garantizar un proyecto de futuro, ilusionante, que recupere y afiance la sensación de orgullo de pertenencia al SNS.

Dos. Conseguir una buena participación de la ciudadanía, los pacientes y los profesionales.

Hasta ahora, los mecanismos de participación en la planificación y gestión, regulados en diferentes normas, no han tenido suficiente desarrollo y

necesitan promoverse activamente. Un espacio que podría articular dicha participación es el ámbito municipal.

Al mismo tiempo, los pacientes y sus familias participan en los procesos de atención, y lo harán más cada vez, ya que los procesos de salud / enfermedad son un continuo que afecta a todas las personas a lo largo de la vida. Saber cuidar la salud, saber cuidar al otro, saber gestionar los procesos de enfermedad, con el apoyo de los profesionales sanitarios y de los servicios sociales, tomando las decisiones oportunas, es un recurso clave del SNS.

Por otra parte, es fundamental garantizar y mejorar la participación de los profesionales sanitarios en la definición de estrategias, y en la organización y la gestión de los servicios y las instituciones. “La experiencia de los profesionales es clave para diseñar y rediseñar los procedimientos y los servicios, y procurar su mejora continua” (13).

Tres. Reforzar la Salud Pública

Es necesario reforzar todos los dispositivos y estructuras de salud pública en las Comunidades Autónomas con la dotación de personal suficiente, mejorando la comunicación e interacción con los otros niveles asistenciales. Se debe crear ya la Agencia o Centro Estatal de Salud Pública para coordinar las diferentes actuaciones en todo el Sistema Nacional de Salud, participar en los organismos y planes internacionales, integrar los sistemas de información, y completar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Cuatro. Dar un fuerte impulso a la Atención Primaria.

La falta de estabilidad y la rotación de profesionales quiebra la continuidad en la atención a los pacientes.

La falta de tiempo impide abordar tareas de prevención e intervenciones de salud comunitaria, y no favorece la estrategia de participación y autogestión de la salud-enfermedad por los pacientes y la ciudadanía. El informe del Consejo Económico y Social plantea la necesidad de “incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, la estabilidad, la atracción de talento y se reduzca la temporalidad por debajo del 8 por 100” (ahora, la temporalidad está por encima del 40%) (15).

Cinco. Desarrollar un modelo integral de atención en Salud Mental.

La prevalencia de los problemas de salud mental viene aumentando desde hace diez años, especialmente en jóvenes. Al mismo tiempo los recursos públicos no han crecido, por lo que buena parte de la demanda no puede ser atendida. Según el CES, 8 de cada 10 consultas de salud mental se atienden en la sanidad privada. La falta de tiempo de atención por los profesionales se traduce en un aumento de la medicamentación. Así, España es líder mundial en consumo de benzodiazepinas.

Es preciso duplicar los recursos humanos para salud mental (28). Y es preciso modificar su asignación, priorizando la actuación en la comunidad, dando preferencia a la atención temprana a los jóvenes (15).

Seis. Mantener un buen nivel en Infraestructuras y equipamiento.

Para que el Sistema Nacional de Salud recupere y mantenga un buen nivel de calidad en los servicios que presta, debe hacerse un esfuerzo importante en inversiones para dotación de nuevos equipos y mantenimiento de las instalaciones. Esta inversión requiere aumentar la dotación anual hasta el 5% del Gasto Sanitario Público. También es necesario incorporar programas para hacer un uso eficiente de las tecnologías, 24 horas al día / 365 días al año, implantando, al mismo tiempo, programas de evaluación de las mismas (mapas de variabilidad de la práctica médica, evaluación de impacto, etc.). (29).

Siete. Orientar y controlar la sanidad digital.

Las nuevas tecnologías de informática y comunicaciones ofrecen una serie de posibilidades muy útiles, pero también presentan algunos riesgos. Uno es la pérdida de la confidencialidad. Con la digitalización en red, la información clínica es más vulnerable, pudiendo *hackearse* bases de datos para vender su contenido ilegalmente (30). Otro riesgo es la posibilidad de captura y control legal del Big Data sanitario por empresas privadas con ánimo de lucro (grandes plataformas digitales, aseguradoras, redes de hospitales, industria farmacéutica), que les permitan diseñar programas y aplicaciones orientados a su beneficio. Por eso habría que blindar el Espacio Europeo de Datos Sanitarios. Otro riesgo no pequeño es el impacto de internet y los móviles en la salud mental (31). Es decir, las tecnologías de la computación y la comunicación, como la Inteligencia Artificial, ofrecen muchas oportunidades, pero requieren potentes medidas de seguridad y la garantía de su utilización en beneficio del paciente y del servicio público.

Ocho. Actualizar y renovar la Atención Hospitalaria.

El hospital del siglo XXI tiene que ser abierto a la sociedad, flexible en su organización, y coordinado con el resto de la red sanitaria y con los servicios sociales. La “cama” ya no es la referencia principal (13).

La mayoría de los procesos se atienden de forma ambulatoria. Así mismo, tendrán mayor peso la hospitalización a domicilio, la consulta telemática, y la descentralización de procesos de atención con la participación de los pacientes, apoyada en tecnologías de la información y la comunicación. Teniendo en cuenta la complejidad de los servicios, cuando intervengan varias especialidades debería haber un consultor responsable de la coordinación e integración de procesos, así como del seguimiento y la información a los pacientes y familiares.

Nueve. Mantener el liderazgo de la gestión sanitaria pública.

La gestión sanitaria en España es *integrada*, es decir, de *titularidad mayoritariamente pública*. Deriva de su origen en la red sanitaria de la Seguridad Social, las Diputaciones y los hospitales Clínicos. Y ha mostrado su enorme capacidad de evolución y de prestación de servicios de una forma eficiente. La privatización de la gestión puede resolver algún problema coyuntural, como una oferta complementaria, pero, si adquiere una dimensión mayor corremos el riesgo de redirigir el sistema sanitario en función de los intereses empresariales. En los países con más gestión privada de la sanidad pública (el paradigma sería la sanidad en EEUU), el gasto en relación con los resultados en salud es mucho mayor y la calidad de servicio a las personas de rentas medias y bajas se deteriora. Esta pérdida de calidad se ha objetivado en diversos estudios en países europeos, como Reino Unido o Francia (32, 33). Por eso convendría que la gestión privada (concertos, concesiones, etc.) no superara el 10% del presupuesto sanitario público. Cuestión aparte es la red de oficinas de farmacia, que no podemos abordar aquí.

Y Diez. Coordinar los servicios sanitarios y sociales.

Hablamos de la necesidad de más recursos, pero también es importante que los coordinemos y utilicemos bien. Lo vimos en la pandemia con la falta de atención que se produjo en las residencias de mayores y de personas con discapacidad. Pero también se ve en el día a día en la atención a personas con trastorno mental, o en la atención a personas en situación de dependencia, en el uso de servicios de tele-asistencia, o en servicios de apoyo después del alta hospitalaria. La coordinación con los

Servicios Sociales potenciaría significativamente el valor de las actuaciones de los profesionales sanitarios.

Hemos analizado, hasta aquí, los desafíos estructurales y los desafíos operativos.

3.3. Finalmente hemos de afrontar también desafíos supra nacionales, *que no dependen solamente de España ni de nuestros gobiernos. Se trata de la salud global*. Aspectos que escapan a las decisiones de un solo país pero que afectan a la salud. Señalaré cuatro.

3.3.1. Debemos reforzar la preparación y respuesta a pandemias.

La COVID-19 nos mostró de forma patente que una enfermedad en un país puede transformarse en semanas en un problema global, paralizando el planeta. La movilidad diaria de personas y mercancías, a lo largo y ancho del mundo entero, nos convierte en una casa común. La pandemia nos dejó algunas enseñanzas. Por ejemplo, en la investigación y fabricación de vacunas dimos un paso importante en la Unión Europea, con compras anticipadas, compras conjuntas y distribución equitativa.

Pero no hicimos lo mismo en el ámbito Global (34). Millones de personas en países pobres que podían haber salvado la vida murieron, y la afectación en los países ricos fue mucho mayor de la que debería haber sido, al prolongarse la pandemia. Y, al mismo tiempo, gracias a los monopolios concedidos por los gobiernos a las empresas, éstas amasaron unos beneficios abusivos de 200.000 millones de dólares entre 2020 y 2021 por la venta de vacunas, medicamentos y tecnologías para la COVID. Dos años después de acabada la pandemia, el *Tratado de Pandemias de la OMS* sigue sin aprobarse. Los países ricos se niegan a aceptar que, mientras duren las situaciones de pandemia, se suspendan las patentes, y se disponga la transferencia de tecnología y conocimiento, y la fabricación de vacunas en todo el mundo a precio de coste. Y, entre tanto, vuelve la amenaza de la gripe aviar en EEUU, aparecen casos de dengue y fiebre del Nilo en España, se mantienen en el mundo las antiguas epidemias, como la tuberculosis, el sida y la malaria, y siguen propiciándose condiciones para la aparición de nuevas epidemias como el Mpox en la República Democrática del Congo.

3.3.2. Es preciso reducir las enormes desigualdades económicas en el mundo.

La desigualdad causa pobreza, hambre, enfermedad, migraciones, y muerte prematura. Es preciso generar sistemas fiscales globales, que permitan recuperar para la sociedad los beneficios escandalosos que ahora acumulan las grandes corporaciones y las grandes fortunas. El informe Intermon-Oxfam 2024 denuncia que el 1% más rico del planeta posee más riqueza que el 95% de la población mundial (35).

La concentración actual de poder económico en unos pocos cien mil millonarios nos conduce a regímenes autocráticos que violan los derechos humanos y debilitan a las democracias en todo el planeta.

El sistema económico debería distribuir de forma más justa los esfuerzos y los beneficios que generamos entre todos. Para ello son indispensables acuerdos globales en instituciones multilaterales fuertes que los puedan hacer cumplir. La ONU debe ser refundada en esa dirección.

3.3.3. Frenar y revertir el cambio climático es vital para la salud.

Como dice el poeta y narrador Manuel Rivas: “Nos están robando la línea del horizonte. / La codicia, la impaciencia depredadora, / nos sobrevuelan como rapiña”.

La sobre-explotación de las reservas naturales, el uso continuado y creciente de combustibles fósiles, la deforestación masiva, la generación y consumo de plásticos, los nuevos pesticidas, etc., están modificando de forma imparable los ecosistemas, provocando el aumento progresivo de temperaturas, y los fenómenos extremos de sequía e inundaciones. Y también están modificando la propia microbiota humana, nuestro ecosistema, produciendo alteraciones hormonales, neuro-endocrinas, inmunitarias, y psicosomáticas, que pueden estar detrás del aumento de la frecuencia del cáncer, de enfermedades mentales, de enfermedades neurodegenerativas y otras.

El Informe The Lancet Countdown 2024 sobre cambio climático se sub titula: enfrentando amenazas que rompen records por culpa de retrasar las acciones (36). Está publicado el 29 de octubre pasado. Y advierte que “los fenómenos climáticos extremos que resultan de la sobre explotación y consumo de combustibles fósiles están cobrándose cada vez más vidas y medios de vida”. Ese mismo día, 29 de octubre, la terrible DANA que asoló brutalmente al levante español se cobró más de 200 vidas y causó incontables destrozos en viviendas, empresas e infraestructuras, y un enorme sufrimiento con secuelas no pequeñas, que afectarán a la salud de miles de personas. ¿Cuándo decidiremos actuar?

3.3.4. *La guerra y la búsqueda de la paz.* Como azote que sigue castigando a los pueblos no podemos dejar de mencionar *las guerras*. Las que se ven, como Ucrania, o Palestina, y las que no se ven, como Siria, Yemen, República Democrática del Congo, Sudán y tantas otras (37). Las guerras matan, mutilan, generan enfermedades de todo tipo y mucho dolor (38). Y a su vez provocan migraciones de millones de personas desesperadas que buscan sobrevivir. Las guerras afectan directa o indirectamente a las economías de todos los países, perjudicando siempre a los más débiles. Las guerras, en definitiva, responden a intereses de los grandes poderes económicos que imponen a los gobiernos sus prioridades, despreciando el enorme daño que causan. Por todo ello, cada guerra supone una quiebra moral de la humanidad.

Estos desafíos globales, supra nacionales, como renacidos jinetes del Apocalipsis, afectan directamente a la salud y al futuro de la sanidad pública, y afectan desde luego al porvenir de la humanidad. Los países del mundo deben reforzar sus *instituciones multilaterales* para buscar nuevos equilibrios y alternativas para el planeta, con más igualdad, más justicia, y la búsqueda común de una salud planetaria, Una Sola Salud.

Voy concluyendo.

4. Superar estos desafíos, estructurales, operativos y globales, no es fácil. Pero debemos intentarlo.

No es fácil consolidar el Sistema Nacional de Salud en España, y no es fácil desarrollar sistemas sanitarios públicos en el mundo, porque la codicia sigue siendo un motor muy potente de la actividad humana. Y los grandes poderes económicos (multinacionales financieras, tecnológicas, farmacéuticas, militares, de la energía, o de los seguros de salud) quieren maximizar sus beneficios a corto plazo, también en el sector de la salud. Y los poderes políticos, que después de las guerras mundiales lograron establecer una distribución más justa de la riqueza a través del sistema fiscal y las políticas públicas, parecen haber tirado la toalla en los años 90 del pasado siglo, limitándose a responder al nuevo capitalismo financiero global con respuestas políticas locales mientras las grandes corporaciones impulsan estrategias multinacionales.

Frente a estos poderes está el poder de la ciudadanía. El poder de los consumidores. El poder de las organizaciones sindicales y de empresarios del sector productivo. El poder de las organizaciones de profesionales, como esta Real Academia de Medicina y Cirugía, fundamentada en la ciencia y en el espíritu de solidaridad. La solidaridad es otra fuerza muy poderosa arraigada en el corazón del ser humano. Se vio en la pandemia de la COVID-19, se ve cada día, por ejemplo, en los miles de personas donantes de sangre y de órganos, que salvan vidas desde su discreto anonimato, y se ha visto también entre vecinos y desconocidos que se dejaban la piel para ayudar en la fatídica DANA del 29 de octubre.

Todos podemos y debemos influir.

Tenemos acceso a información, podemos coordinar actuaciones, podemos generar cambios a través de opiniones y otras iniciativas.

Por ejemplo, podemos, en la medida de nuestras fuerzas, insistir a los gobiernos regionales y nacional para que impulsen el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, mejorando decididamente la financiación, apostando por una distribución equitativa y reforzando los mecanismos para una sólida y eficaz coordinación.

Cambiar las reglas de juego globales tardará tiempo. Pero aquí y ahora, cada una y cada uno de nosotros puede empujar con sus decisiones personales, para buscar un nuevo equilibrio entre los grandes poderes económicos y el conjunto de la sociedad. Cada uno podemos aportar. Haciendo bien nuestro trabajo. Consumiendo responsablemente. Contribuyendo con nuestra experiencia y nuestro conocimiento. Animando al diálogo pacífico y a la búsqueda de acuerdos en todos los ámbitos en los que participemos.

Otros desafíos bien difíciles pudieron afrontarse y superarse en distintas etapas de la historia. En los dos siglos desde que se fundó la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia hemos sido capaces de más que duplicar la Esperanza de Vida al Nacer, superar pronunciamientos y guerras civiles, encauzar revoluciones, avanzar en la igualdad de las mujeres, erradicar, al menos formalmente, la esclavitud y el trabajo infantil, vencer hambrunas, luchar contra epidemias, superar el analfabetismo, o disminuir la mortalidad infantil de más de 160 a menos de 3 por mil nacidos vivos.

Y hemos sido capaces de construir un sistema sanitario público, de calidad y accesible a todas las personas. Un verdadero milagro laico...

Hoy nos toca a nosotros hacer todo lo que esté en nuestra mano para afrontar los enormes desafíos que amenazan al Sistema Nacional de Salud en el presente y en los años por venir.

Sé que no es fácil.

Quizá, por eso, me vienen a la memoria unos versos que escribí hace años, cuando dirigía el hospital Jiménez Díaz que estaba al borde de la quiebra.

“Un hombre enfermo está pidiendo ayuda, ¿lo escuchas?
Aunque ahora tus alas estén rotas, emprende el vuelo y tiéndele tu mano,
tú bien sabes que es ese tu destino,
y que en cumplir tu destino está tu fuerza, y tu libertad.
Alza la mirada,
recupera el vuelo nuevamente,
y ve a salvar la vida que, sin tu aliento, se va a llevar la muerte.

He dicho.

DR FERNANDO LAMATA COTANDA

REFERENCIAS

- (1). Lord Darzi. Independent investigation of the NHS in England. Department of Health and Social Care. 2024
<https://www.gov.uk/government/publications/independent-investigation-of-the-nhs-in-england>
- (2). Ortega F, Lamata F. La década de la reforma sanitaria. Ex Libris. Madrid, 1998.
- (3). Esperanza de Vida. Eurostat Database, consultado 21/10/2024
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en&category=demo.demo_mor
- (4). Mortalidad prevenible y tratable. Health at a Glance Europe 2022. Tasa de mortalidad estandarizada por 100.000 habitantes (pág 145).
https://health.ec.europa.eu/document/download/3f9d55be-9e36-43d9-99ad-b96ac63a5b9b_en?filename=2022_healthatglance_rep_en_0.pdf
- (5). España lidera los trasplantes en el mundo. El País. 17/1/2024.
<https://elpais.com/sociedad/2024-01-17/espana-bate-el-record-de-trasplantes-con-5861-en-2023-y-encadena-32-anos-seguidos-como-lider-mundial.html>
- (6). Barómetro Sanitario 2024 segunda oleada. Julio 2024.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_2a_oleada/Marginales_2a_oleada_Es3470_def.pdf
- (7). Sistema de información de listas de espera. Junio 2024
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilacion/docs/LISTAS_PUBLICACION_jun2024.pdf
- (8). Barómetro CIS. Octubre 2024
https://www.cis.es/documents/d/cis/es3478mar_a
- (9). Discurso presidenta UNESPA enero 2024. La evolución del seguro en 2023.

<https://www.unespa.es/notasdeprensa/negocio-asegurador-diciembre-2023/>

(10). Memoria Unespa 2010

https://www.unespa.es/main-files/uploads/2017/06/memoria_social-2010.pdf

(11). Oñorbe M, Lamata F. Crisis (esta crisis) y salud (nuestra salud). Bubok. Madrid, 2014

(12). Sabando P. Así se creó el Sistema Nacional de Salud. Díaz de Santos. Madrid, 2020.

(13). Sabando P, Torres-González F, Lamata F, Gálvez R, Montón C, Rey del Castillo J, Rodríguez Sendín JJ. El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro. Díaz de Santos, Madrid, 2020.

(14). “Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción social y económica”, aprobado en el Pleno del Congreso el 22 de julio 2020. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

(15). Informe El Sistema Sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Consejo Económico y Social. Marzo 2024. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf

(16). Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia. Xurxo Hervada Vidal, Carmen Pérez Romero, Fernando Rodríguez Artalejo, Rosa Urbanos Garrido. 30 abril 2023. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/EVALUACION_DEL_DESEMPEÑO_DEL_SNS_ESPANOL_FRENTE_A_LA_PANDEMIA_DE_COVID-19.pdf

(17). Bernal-Delgado E, et al. Spain: health system review 2024. European Observatory on health Systems and Policies. 16 September 2024 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2024>

(18). Ministerio de Sanidad. Financiación Sanitaria.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

(19). INE. Proporción de personas de 65 años y más.

<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>

(20). Informe Anual del SNS 2023.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

(21). Datos de Prevalencia de Incapacidad Temporal. Seguridad Social.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST45/EST46/46f9f9ea-3122-40af-a1ea-1575083f3e80>

(22). Andreu Mas-Colell. No hay que pensar tanto en la financiación de las autonomías sino de la sanidad y la educación. El País 8/9/2024

<https://elpais.com/espana/catalunya/2024-09-08/andreu-mas-colell-no-hay-que-pensar-tanto-en-la-financiacion-de-las-autonomias-sino-de-la-sanidad-y-la-educacion.html>

(23). Carmen Estrada. Entrevista con Fernando Lamata en la Revista Acceso Justo al Medicamento. 3 / 10/ 2024.

<https://accesojustomedicamento.org/conversacion-con-carmen-estrada-decir-que-las-patentes-son-necesarias-para-que-haya-ciencia-es-una-expresion-cateta-de-ignorantes-2/>

(24). Lamata F et al. Medicamentos: ¿derecho humano o negocio? Díaz de Santos. Madrid, 2017.

(25). Indicadores de gasto farmacéutico y sanitario. Ministerio Hacienda

<https://www.hacienda.gob.es/ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

(26). Gálvez R, Lamata F. Monopolios y precios de los medicamentos. Un problema ético y de salud pública. Fundación Alternativas. 27 junio 2019.

<https://fundacionalternativas.org/publicaciones/monopolios-y-precios-de-los-medicamentos-un-problema-etico-y-de-salud-publica/>

(27). Informe de la necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. Actualización. Patricia Barber Pérez; Beatriz González López-Valcárcel. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Abril 2024.

https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf

(28). Lamata F, Olabarría B. Propuesta para la atención pública a la salud mental. InfoLibre. 1/8/2024.

https://www.infolibre.es/opinion/plaza-publica/propuesta-atencion-publica-salud-mental_129_1853081.html

(29). Atlas de Variabilidad en la Práctica Médica. Instituto Aragonés de la Salud.

<https://cienciadedatosysalud.org/nosotros/quienes-somos/>

(30). El País. La agencia de protección de datos investiga empresa de análisis genético. 23/ 10/ 2024

<https://elpais.com/tecnologia/2024-10-23/la-agencia-de-proteccion-de-datos-investiga-a-la-empresa-de-analisis-genetico-23andme.html?outputType=amp>

(31). Farah L. Strengthening countries' cooperation to safeguard children and adolescents from screen addiction and to protect mental health. European Public Health Alliance. 24 / 9 / 2024.

<https://epha.org/strengthening-countries-cooperation-to-safeguard-children-and-adolescent-from-screen-addiction-and-protect-mental-health/>

(32). Goodair B, Reeves A. The effect of health-care privatisation on the quality of care. The Lancet. Vol 9, March 2024

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2824%2900003-3>

(33). Manuel Bompard. Cuando todo sea privado, seremos privados de todo. 2 abril 2018.

<https://manuelbompard.fr/2018/04/sera-prive-on-sera-prive-de/>

(34). Lamata F. Las patentes y el acceso a las vacunas: un desequilibrio que mata. Ceipaz. Anuario 2020-2021.

<https://ceipaz.org/wp-content/uploads/2021/05/2.FernandoLamata.pdf>

(35). Oxfam Intermón afirma que el 1% más rico posee más riqueza que el 95% de la población mundial. 23 / 9 / 2024

<https://www.oxfamintermon.org/es/nota-de-prensa/oxfam-intermon-afirma-1-mas-rico-posee-mas-riqueza-95-poblacion#:~:text=23%2F09%2F2024-,Oxfam%20Interm%C3%B3n%20afirma%20que%20el%201%20%25%20m%C3%A1s%20rico%20posee%20m%C3%A1s,General%20de%20las%20Naciones%20Unidas%22>

(36). The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. October 29, 2024.

<https://www.thelancet.com/countdown-health-climate>

(37). Global Peace Index 2024: measuring peace in a complex world. Institute for Economics & Peace. Sydney, June 2024.

<https://www.economicsandpeace.org/wp-content/uploads/2024/06/GPI-2024-web.pdf>

(38). A fecha de hoy existen 56 guerras activas... SemFYC. 2 / 2 / 2024.

<https://www.semfy.com/actualidad/a-fecha-de-hoy-existen-56-guerras-activas>

