

*Catalina Espín Abellán, Rafael González Tovar, Rosa Pérez Tomás,
Manuel Salmiento Gallego y José Antonio Serrano Martínez*

1. INTRODUCCIÓN

Los cambios que se han producido en el Sistema Nacional de Salud, una vez realizadas las transferencias sanitarias, han dado lugar a una situación compleja y contradictoria. El proceso de reforma experimentado por la Sanidad Pública en los últimos años ha puesto de manifiesto deficiencias y potencialidades. Es preciso analizar unas y otras, si queremos que la organización sanitaria de la Región de Murcia responda adecuadamente a los importantes retos que el problema de la salud plantea en el nuevo siglo.

En la configuración de ese nuevo modelo sanitario, la contribución de todos los colectivos y agentes implicados tiene un papel decisivo. Por eso, es imprescindible propiciar un debate que contribuya a la definición de un Servicio Murciano de Salud más avanzado, eficiente y solidario.

Hay un requisito previo que es esencial: hemos de concebir los Servicios Públicos las instituciones que deben preservar los valores colectivos fundamentales en una sociedad justa, de modo que ésta pueda garantizar el bienestar y la igualdad de oportunidades entre todos los ciudadanos, dotándose para ello de cuantas herramientas técnicas y de conocimiento sean precisas.

En este sentido, la solidaridad debe ser el valor central del Sistema Sanitario, entendiendo éste como un gran instrumento de financiación cruzada entre ricos y pobres, entre jóvenes y ancianos, y entre sanos y enfermos. Por tanto, las políticas sanitarias han de buscar siempre su legitimidad en la corrección de las desigualdades y en una efectiva compensación para aquellas personas o grupos sociales que acumulan mayor carga de enfermedad o minusvalía.

Por otra parte, la Sanidad Pública es un patrimonio ciudadano reconocido y utilizado por todos los grupos sociales, y cuyas condiciones de calidad, aceptabilidad y accesibilidad deben atraer y satisfacer a todos con independencia de su riqueza, educación o condición social. El Servicio de Salud no puede ser una mera red de seguridad dentro de una filosofía de beneficencia, sino un lugar donde las distintas clases y grupos sociales se cohesionen.

En esta línea, parece importante plantear alternativas que puedan orientar nuestra acción, buscando opciones solidarias y equitativas, que equilibren necesidades y que establezcan políticas de aseguramiento claras.

2. LAS OPCIONES BÁSICAS

De forma breve y esquemática, vamos a enunciar las opciones básicas sobre las que debería fundamentarse la Sanidad Pública española, y en particular el Servicio Murciano de Salud.

1. **OPCIÓN SOLIDARIA.** Las Comunidades Autónomas, lejos de intentar resolver los desequilibrios financieros blindando sus límites territoriales a otros ciudadanos españoles y extranjeros, deben ofrecer sus servicios a todas las personas que de forma circunstancial residan en ellas, y arbitrar sistemas de compensación financiera con un espíritu de integración y solidaridad interregional.
2. **OPCIÓN EQUITATIVA.** De poco sirve que se proclamen derechos, si no se dirigen los recursos de forma efectiva a garantizar su disponibilidad y accesibilidad. Una política equitativa exige de los poderes públicos una función de abogacía hacia los más débiles u olvidados: población marginal, rural, pacientes mentales, disminuidos físicos y psíquicos, etc.
3. **OPCIÓN DE EQUILIBRIO Y PRIORIZACIÓN.** Es fundamental decidir qué servicios debemos priorizar, a fin de conseguir el máximo beneficio sanitaria para toda la población. En este sentido, debemos influir de forma activa en las políticas tendentes a satisfacer las necesidades sanitarias de los ciudadanos, para que prevalezca el interés general y no el privilegio de unos pocos.
4. **OPCIÓN DE PROYECCIÓN SOCIAL.** Es preciso orientar los retos de futuro hacia grupos sociales en los que se acumulan situaciones de desventaja, dependencia y disminución en la capacidad de autocuidados: ancianos, discapacitados, etc. Aunque el núcleo de dichas intervenciones se encuentra básicamente asumido por el sector de servicios sociales, la dimensión socio-sanitaria implica crecientes interacciones entre ambos sectores, que hasta hoy no se encuentran adecuadamente resueltas. De hecho, es incuestionable que existe un diferencial de solidaridad social que favorece desde el punto de vista de la financiación, entre otros, al ámbito sanitario. Este modelo mantiene una consideración obsoleta y marginal de lo social, más identificado con la responsabilidad inicial de la familia y la aplicación de recursos próximos a una red de seguridad o de beneficencia que a un sistema funcional, actualizado y sobre todo equitativo. Véase, a este respecto, el capítulo 7 de este *Informe 2003*. Aunque es complejo sintetizar en unas líneas los cambios que deberían producirse, resaltaremos la necesidad de desarrollar un mayor compromiso y una mejor organización para intensificar la atención domiciliaria, programando y aumentando recursos destinados a cuidados médicos y de enfermería para pacientes crónicos y ancianos con niveles importantes de minusvalía o dependencia.
5. **OPCIÓN DE IGUALDAD DE DERECHOS DE ASEGURAMIENTO.** Existe una herencia histórica, tanto en el mutualismo administrativo para determinados colectivos de funcionarios públicos como en los acuerdos de colaboración de determinadas empresas y asociaciones profesionales, que no es fácil de conciliar con el principio democrático de igualdad en el aseguramiento. Sin embargo, la universalización de la asistencia y la financiación plena vía impuestos, hacen más evidente cada día la contradicción entre un servicio público pagado por todos y unas condiciones de aseguramiento diferentes según las características del empleo de los beneficiarios. Por tanto, es preciso cambiar esta situación emprendiendo políticas que acaben con esta discriminación y garanticen el principio de la equidad en la atención a todos los ciudadanos.

3. LA SITUACIÓN SANITARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

El análisis de los anteriores aspectos sitúa el panorama sanitario de la Región en un momento estratégico, en el que es preciso definir un modelo de futuro para la sanidad pública. La disyuntiva está en la apuesta por un sistema que sea capaz de conjugar mayores cuotas de eficacia y calidad en la gestión con una atención más solidaria e igualitaria, o por el contrario profundizar en el deterioro de los actuales servicios y déficits como expresión de políticas sociales más restrictivas e incluso involutivas, muy en sintonía con los parámetros de gobiernos conservadores que, como el del Partido Popular, creen además estar legitimados para abordar unilateralmente aspectos de tal dimensión.

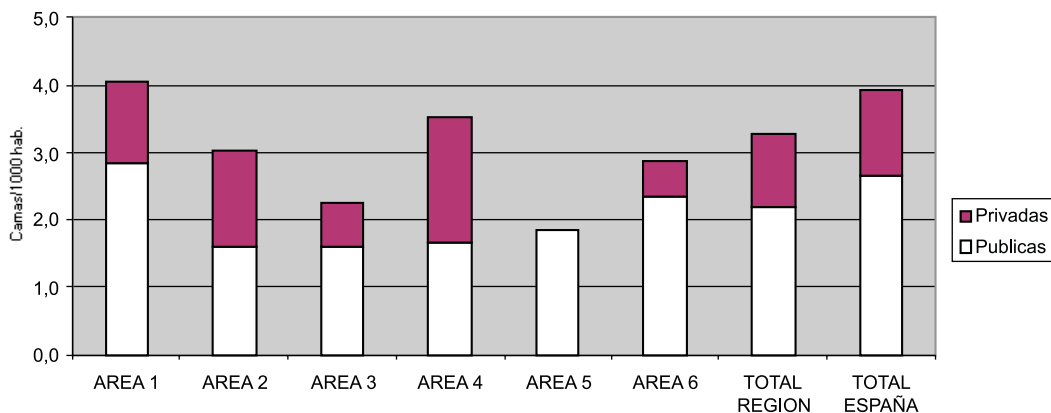
El 1 de enero de 2002 se producen las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, sin un mínimo análisis de las necesidades precisas ni de los recursos existentes, quedando de nuevo esta Región infrapresupuestada en el gasto sanitario por habitante y año, como ha puesto de relieve la obligación de pedir un crédito extraordinario para poder finalizar el año 2002. Sin lugar a dudas, este error presupuestario será subsanado por el Gobierno regional con la implantación de un nuevo impuesto indirecto (sobre las gasolinas) que acrecentará aun más las desigualdades.

En el año 2002, la Región de Murcia disponía de 4.096 camas hospitalarias distribuidas en 25 hospitales, de los cuales 14 (56%) son privados y 11 (44%) públicos (9 de la Comunidad Autónoma, 1 del Ministerio de Defensa y 1 de una Fundación pública). De los 16 hospitales que no pertenecen al Sistema Murciano de Salud, 14 están concertados con el mismo.

También en el año 2002, la dotación de camas en la Región era de 3,27 por cada 1.000 habitantes, de las cuales 2,2 corresponden a hospitales de titularidad pública y 1,1 a hospitales de titularidad privada. Si comparamos estos datos con la media española, observamos que el número de camas por cada 1.000 habitantes es un 17% menor en nuestra Región, y esta inferioridad se mantiene tanto para camas públicas como privadas, así como para camas con finalidad asistencial general, psiquiátrica o de larga estancia.

Este déficit de camas supone, a nivel asistencial, que durante gran parte del año existen problemas para hospitalizar a pacientes, asistiendo a la dantesca situación de tener que estar los enfermos encamados en los pasillos de los Servicios de Urgencias. Lo sorprendente es que los responsables de la política sanitaria utilizan este déficit como argumento para derivar los recursos

Gráfica 1. Camas instaladas, por áreas de salud y por titularidad, 2002



financieros a unos cada vez más numerosos y cuantiosos conciertos con hospitales privados, descapitalizando así de forma creciente la Sanidad Pública.

Si hacemos un breve repaso de los diferentes campos de la atención sanitaria en la Región de Murcia, nos encontramos con la siguiente situación:

1. Atención Primaria:

- Masificación de consultas.
- Falta de tiempo de los profesionales para atender a los pacientes.
- Dificultad de llevar a cabo los programas de salud.
- Imposibilidad de realizar Educación Sanitaria.
- Creciente malestar de los ciudadanos y desmotivación profesionales por el deterioro constante que perciben.

2. Atención Especializada:

- Masificación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.
- Falta de camas de hospitalización.
- Demoras excesivas en lista de espera quirúrgica y pruebas complementarias.

Cuadro 1. Listas de espera por especialidades, a 31 de diciembre de 2001, según el INSALUD/Servicio Murciano de Salud y según el Defensor del Pueblo

ESPECIALIDADES	Datos del INSALUD y Servicio Murciano de Salud		Datos del Defensor del Pueblo	
	PACIENTES EN ESPERA	DEMORA MEDIA EN DÍAS	PACIENTES EN ESPERA	DEMORA MEDIA EN DÍAS
C. GENERAL	2.433	53	4.333	
TRAUMATOLOGÍA	1.949	60	3.359	
OFTALMOLOGÍA	1.866	55	2.295	
ORL	847	57	1.121	
CIRUGÍA INFANTIL	599	64	939	
DERMATOLOGÍA	368	60	688	
GINECOLOGÍA	307	51	1.108	
C. PLASTICA	206	68	356	
C. MAXILOFACIAL	173	81	429	
NEUROCIRUGÍA	119	62	229	
C. VASCULAR	73	59	123	
C. CARDIACA	25	23	35	
C. TORACICA	18	66	28	
OTROS SERVICIOS	247	61	No consta	
UROLOGÍA	No consta	No consta	1.223	
PLANIFICACIÓN	No consta	No consta	70	
TOTALES	10.203	57	16.336	No consta

- Desmotivación de los profesionales por las excesivas cargas de trabajo y falta de recursos.
- Ausencia de políticas de Recursos Humanos.

Todos estos hechos han sido negados repetidas veces por los responsables políticos del Partido Popular, tanto en el Gobierno central como en el autonómico, pero el engaño ha sido puesto en evidencia posteriormente por el informe del Defensor del Pueblo, sin que ningún cargo político haya asumido ningún tipo de responsabilidades. En cuanto a las listas de espera, véase el Cuadro 1 y compruébese la diferencia entre los datos publicados por el INSALUD y el Servicio Murciano de Salud, y los que certifica el Defensor del Pueblo. En cuanto a los recursos humanos

Cuadro 2. Recursos humanos en los hospitales públicos generales, Región de Murcia, 2002

	PERSONAL FACULTATIVO	PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO	PERSONAL NO SANITARIO	TOTALES
H. VIRGEN ARRIXACA	827	2.167	959	3.968
H. GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA	163	476	196	848
H. SANTA MARIA DEL ROSELL	249	768	378	1.402
H. LOS ARCOS	77	195	73	352
H.DR. RAFAEL MENDEZ	135	435	215	792
HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE	69	206	115	397
H. VIRGEN DEL CASTILLO	65	199	121	393
H. MORALES MESEGUER	279	762	323	1.372
FUNDACION HOSPITAL CIEZA	44	179	50	279
TOTALES	1.908	5.387	2.430	9.802

Cuadro 3. Ratios de personal por cama en los hospitales públicos generales, Región de Murcia, 2002

	PERSONAL FACULTATIVO POR CAMA	PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO POR CAMA	PERSONAL NO SANITARIO POR CAMA	TOTALES POR CAMA
H. VIRGEN ARRIXACA	0,88	2,30	1,02	4,19
H. GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA	2,17	6,35	2,61	11,25
H. SANTA MARIA DEL ROSELL	0,65	2,00	0,98	3,64
H. MORALES MESEGUER	0,63	1,72	0,73	3,08
H. RAFAEL MENDEZ	0,60	1,94	0,96	3,52
H. LOS ARCOS	0,75	1,91	0,72	3,41
H. COMARCAL DEL NOROESTE	0,66	1,96	1,10	3,74
H. VIRGEN DEL CASTILLO	0,66	2,03	1,23	3,96
FUNDACION HOSPITAL CIEZA	0,26	1,04	0,29	1,59
TOTAL	0,75	2,11	0,95	3,83

y las ratios de personal por cama en los hospitales públicos generales de nuestra Región, véase los cuadros 2 y 3.

4. ALGUNAS ÁREAS ESPECÍFICAS DE SALUD

Además de los problemas ya mencionados con carácter general, y sobre todo en relación con los servicios de atención primaria, es necesario analizar también la situación de algunas áreas específicas de salud, dada su creciente importancia social, como es el caso de la salud mental, la salud laboral y la salud pública.

4.1. Salud mental

Desde nuestro punto de vista, merece una mención especial el área de salud mental, pues la situación que padece en nuestra Región es caótica y se encuentra caracterizada por un elevado déficit de camas y de profesionales.

Según las estimaciones y recomendaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), coincidentes con las de los países de nuestro entorno de la Unión Europea, y en relación a los recursos asistenciales estructurales, se precisaría al menos un 30% más de camas de corta estancia y más del 100% de camas de media estancia, camas de larga estancia y plazas en centros de día y en centros de rehabilitación psiquiátrica.

En toda la Región de Murcia, no disponemos de camas específicas de psiquiatría infanto-juvenil, ni plazas de hospital de día psiquiátrico. Todavía existen en el Hospital Psiquiátrico el 50% de las camas de corta estancia, contraviniendo las indicaciones de la Ley General de Sanidad. La escasa dotación de recursos tan básicos como los Hospitales y Centros de Día, añadida a una situación tan deficitaria en camas de media y larga estancia, está teniendo efectos muy negativos, tanto en la atención a los pacientes más graves, como en la correcta utilización de las unidades de hospitalización breve.

4.2. Salud laboral

La Región de Murcia sigue estando por encima de la media española en siniestrabilidad y mortalidad laboral, así como en la incidencia de enfermedades profesionales. Véase, a este respecto, los cuadros 4, 5 y 6, así como el capítulo 2 de este *Informe 2003*, en concreto el apartado 2.3., donde se analiza la situación de precariedad, irregularidad y siniestralidad laboral en nuestra Región.

Cuadro 4. Accidentes de trabajo por sectores económicos, con frecuencia y tasa de incidencia, en España y Región de Murcia, 2001

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº Casos	Tasa	Nº Casos	Tasa
AGRICULTURA	41.084	41,91	3.801	78,15
INDUSTRIA	268.537	104,25	9.700	145,62
CONSTRUCCION	243.841	181,36	7.137	166,09
SERVICIOS	405.031	54,35	8.534	45,35
TOTAL	958.493	77,59	29.172	84,21

Tasa/1000: Número de accidentes por 1.000 trabajadores asalariados

Accidentes con baja y en jornada laboral

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

Cuadro 5. Accidentes de trabajo mortales por sectores económicos, con frecuencia y tasa de incidencia, en España y Región de Murcia, 2001

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº Casos	Tasa	Nº Casos	Tasa
AGRICULTURA	110	0,112	1	0,021
INDUSTRIA	219	0,085	5	0,075
CONSTRUCCION	263	0,196	7	0,163
SERVICIOS	429	0,058	21	0,112
TOTAL	1.021	0,083	34	0,098

Tasa/1000: Número de accidentes por 1.000 trabajadores asalariados

Accidentes con baja ocurridos en jornada laboral

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

Cuadro 6. Enfermedades profesionales por sectores económicos, con frecuencia y tasa de incidencia, en España y Región de Murcia, 2001

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº Casos	Tasa	Nº Casos	Tasa
AGRICULTURA	626	0,64	120	2,47
INDUSTRIA	11.299	4,39	248	3,72
CONSTRUCCION	2.299	1,71	82	1,91
SERVICIOS	6.057	0,81	121	0,64
TOTAL	20.281	1,64	571	1,65

Tasa/1000: Número de enfermedades con baja por 1.000 trabajadores asalariados

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

4.3. Salud pública

Durante la etapa de gobierno del Partido Popular en la Región de Murcia, han ocurrido tres hechos de significativa importancia relacionados con la salud pública:

1. En la epidemia de meningitis, se asumió la autoridad sanitaria y la contención de la crisis, resolviéndose el problema en casi toda España con una controvertida política de vacunaciones masivas.
2. La crisis de las “vacas locas” afectó tangencialmente a la Región, con la disminución del consumo de carne de ternera, debido a la desconfianza generalizada de los ciudadanos en su inocuidad y seguridad.
3. La epidemia de legionella, generada por torres de refrigeración de un hospital público de la ciudad de Murcia, afectó a más de 800 personas y causó al menos 4 muertos. La mayor epidemia de legionelosis del mundo se dio por cerrada sin la asunción de responsabilidades políticas en su prevención.

En cuanto al estado general de salud de los murcianos, en comparación con la media nacional, podemos decir que presenta una relativa menor esperanza de vida y un mayor índice de discapacidades; y, en alguno de los últimos años, también ha presentado mayor mortalidad que el conjunto de España. Los principales problemas de salud detectados en la Región de Murcia son los siguientes:

- Envejecimiento progresivo de la población.
- Fertilidad extremadamente baja.
- Desigualdades territoriales y sociales en salud.
- Consumo muy elevado de tabaco con incumplimiento de la legislación.
- Situación de alta siniestralidad laboral.
- Insuficiente control ambiental de aguas, atmósfera y suelos.
- Insuficiente atención a la población inmigrante.

5. PROPUESTAS

La sanidad es un ámbito crucial que constituye, en tanto que pilar básico del Estado de Bienestar, una de las prioridades de cualquier proyecto político progresista. Por eso, en la Región de Murcia debemos trabajar por conseguir el aseguramiento y potenciación de la naturaleza pública de los servicios de salud, por reforzar el valor de lo público frente a los servicios privados en la provisión de servicios y por conseguir que la gestión directa de la sanidad en nuestra Comunidad Autónoma tenga por objetivo *que los ciudadanos sean el centro del Servicio Murciano de Salud*. Por tanto, nuestros esfuerzos deberían estar dirigidos a políticas que tengan en cuenta los siguientes criterios de actuación:

1. *Impulso de la calidad de los servicios sanitarios públicos*. Una política sanitaria progresista exige que los servicios sanitarios públicos ofrezcan la mayor calidad técnica en sus prestaciones y que adopten como objetivo fundamental de su actuación el dar respuesta a las necesidades percibidas y sentidas por los ciudadanos.

La gestión de Servicio Murciano de Salud requiere contar con *Planes y estrategias de mejora de la calidad* que vayan en beneficio del ciudadano. La sanidad pública es un servicio de carácter

esencial; por eso, su potenciación y su mejora exige apostar por una gestión pública, transparente y eficaz, orientada a la disminución progresiva de las desigualdades. Éste debe ser un objetivo y una seña de identidad de cualquier proyecto político progresista. En este sentido, proponemos:

- a) La ampliación y mejora de los derechos de los ciudadanos:
 - Derecho a la segunda opinión facultativa.
 - Consultas de alta resolución.
 - Libre elección de especialista y hospital.
 - Funcionamiento continuado, en horarios de mañana y tarde, de centros de salud y hospitales (consultas externas, quirófanos, resonancias magnéticas, scanner, etc.).
 - Tratamiento adecuado a las parejas con problemas de infertilidad.
 - Sistema de garantías de tiempos máximos de espera en intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas de especialistas.
 - Transparencia en la información sobre listas de espera.
 - Habitaciones de uso individual en los hospitales, con especial atención a pediatría/ginecología, y cumplimiento efectivo de la Ley del Menor.
 - Implantación del testamento vital.
 - Fomento de los comités de bioética que velen por los derechos de los pacientes en la investigación sanitaria.
 - Reintegrar las bajas laborales al sistema sanitario público para asegurar la independencia de criterio de sus profesionales.
 - Creación de la figura del defensor del paciente con absoluta independencia.
 - Salud buco-dental para todos los niños entre 6 y 15 años, para personas con discapacidades psíquicas o físicas que incidan en la extensión, gravedad o dificultad para su patología oral o su tratamiento y para casos de mal oclusión severa en pacientes intervenidos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones. Revisiones de salud dental anuales gratuitas y creación de la figura del dentista de cabecera. Mejora de todos los servicios públicos y privados de la Comunidad Autónoma.
 - Desarrollo de la hospitalización a domicilio.
 - Atender los problemas de drogodependencias desde una óptica más moderna y sin complejos.

- b) Necesidad de completar la red asistencial de la Región a nivel hospitalario, de salud mental y de atención primaria, mediante la construcción de las siguientes infraestructuras sanitarias y con el objetivo de acabar con los desequilibrios regionales:
 - Nuevo Hospital de Cartagena.
 - Nuevo Hospital del Mar Menor.
 - Remodelación y ampliación del materno-infantil de la Arrixaca.
 - Ampliación del Rafael Méndez.
 - Completar la red de Centros de Salud de Atención Primaria.
 - Centro de Salud mental en Cieza.
 - Centro de Salud mental en Molina de Segura.
 - Centro de Salud mental de Murcia: Morales Meseguer.
 - Centro de Salud mental de Murcia: Virgen de la Arrixaca.
 - Centro de Salud mental de Mula.
 - Unidad de Salud mental de Mazarrón.
 - Desarrollo de la hospitalización psiquiátrica aguda en el Morales Meseguer.

- c) Mejora de la calidad y eficacia del transporte sanitario. Resolver los problemas que sufren los pacientes en la recepción de este servicio esencial, aumentando la seguridad y la eficacia en el transporte, la intimidad en los traslados y la calidad en el servicio. Corregir las desigualdades regionales en este tema.
- d) Favorecer el desarrollo de políticas que fomenten la calidad en el uso de medicamentos. Rechazar la creación de nuevos co-pagos o tasas para el consumo de medicamentos.
- e) Acciones sobre grupos poblacionales de ciudadanos con problemas específicos de salud, proponiendo las siguientes medidas:
- Programas de salud para los mayores. Revisiones periódicas de la salud de los mayores de 75 años en materia oftalmológica, otológica y podológica, entre otras. Atención a los pacientes con Alzheimer, Parkinson, etc., y apoyo socio-sanitario y económico a sus familias.
 - Programas de salud para los jóvenes. Promover la accesibilidad a los servicios, fomentar los estilos de vida sanos frente a los problemas de alcohol y drogas, ofrecer una adecuada información sobre la sexualidad que favorezca la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados, hacer accesible la píldora del día siguiente en los servicios públicos de salud, realizar programas de prevención de accidentes y programas de prevención de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia.
 - Programas de salud para la mujer: Favorecer la libre elección de ginecólogo para incrementar el derecho a la intimidad e impulsar los programas de detección precoz de cáncer ginecológico para todas las mujeres en edad o situación de riesgo. Potenciar las unidades de planificación familiar. Mejorar la atención en las familias con violencia de género, teniendo en cuenta no sólo a la mujer maltratada sino también a sus hijos.
 - Programas de salud sobre población inmigrante. Debe de ser objetivo de cualquier política sanitaria progresista garantizar el derecho a la atención sanitaria de los inmigrantes, facilitando la accesibilidad cultural, lingüística y horaria de los servicios, así como la comprensión de la oferta.
 - Actuaciones frente a las patologías crónicas. Muchas enfermedades generan gran dependencia, por lo que existen hoy enormes necesidades de apoyar a las familias, que suelen ser las que soportan la carga principal: las enfermedades neurodegenerativas, los accidentes, el cáncer, etc., requieren actuaciones desde una concepción amplia que contemple el espacio sociosanitario en su conjunto. Esto exige impulsar acciones de atención domiciliaria y desarrollar Planes Integrales de atención a los enfermos de cáncer, Alzheimer, cardiovasculares, diabetes, tuberculosis, SIDA, etc.

2. *Elaboración de un Plan integral y específico para el impulso de la Salud mental.* Se debe contemplar la coordinación entre primaria, especializada; la adecuación en personal específico. La creación / ampliación de la red de rehabilitación con el desarrollo de centros de día, unidades de media y larga estancia, hospital de día. Con acciones preferentes para la patología mental mas grave, y a las nuevas patologías emergentes.

3. *Potenciación de la Salud pública.* En este sentido, debemos favorecer el desarrollo de estrategias de salud basadas en el control de la seguridad, tanto en materia alimentaria, como en la mejora de los sistemas de alerta sanitaria, o en la acreditación y homologación de clínicas privadas. Asimismo, hay que tender hacia políticas que actúen contra las diferencias y desigualdades

en salud, la mortalidad y morbilidad por accidentes laborales, la prevención de la violencia de género o la exclusión social, alternativas al botellón y programas para las personas dependientes y cuidadoras.

4. *Potenciación del papel de los profesionales sanitarios y mejora de sus condiciones de trabajo.* Apoyo a la iniciativa de 10 minutos por consulta o número de personas por facultativo (1.500 para el médico de familia y 1.000 para el pediatra). Mayor participación profesional en la toma de decisiones. Desarrollo de políticas de motivación y desarrollo profesional. Establecimiento de una carrera profesional. Mejora del sistema retributivo. Fomento de la dedicación exclusiva al sistema público de salud. Desarrollo de políticas de formación. Y, por último, desarrollo de políticas de investigación, como el establecimiento de acciones de apoyo de la investigación sanitaria sobre patologías prevalentes, que fomenten la coordinación entre niveles asistenciales, y el impulso a la investigación biomédica de vanguardia como la investigación de las células madre.

