

**CUADERNOS  
PROGRAMÁTICOS  
PARA LA UNIDAD  
POPULAR**

**CUADERNO 6:  
SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**

**POR UN SISTEMA  
SANITARIO PÚBLICO,  
UNIVERSAL  
Y DE CALIDAD**

**POLÍTICAS DE  
BIENESTAR SOCIAL**



izquierda **unida**



## Por un sistema sanitario público, universal y de calidad

**Entendemos la Salud como derecho social fundamental que va más allá de la ausencia de enfermedad y se considera “un estado completo de bienestar físico, mental y social”. Por lo que defendemos la universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho universal e igualitario reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución Española y los Estatutos de Autonomía. Queremos un sistema sanitario que tenga como objetivo garantizar el bienestar de las personas.**

Es obligación del Estado, promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Esto solamente es posible mediante la construcción de un Sistema Federal de Salud público, universal, de calidad, integral, solidario y equitativo, que garantice el derecho constitucional de la ciudadanía a la protección, prevención y promoción de la salud, sin discriminación de ningún tipo.

Que garantice la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud, con independencia de su comunidad, así como la equidad vertical, reduciendo las diferencias atribuibles a los distintos niveles de renta en la prestación de servicios en todo el territorio nacional.

Es necesario reforzar la atención primaria para que constituya el verdadero eje de la atención que garantice unos servicios sanitarios de calidad y con capacidad de respuesta inmediata.

Sobre la base de una optimización y mejora de la gestión de los recursos de la Administración y el fomento de la coordinación de los diversos niveles asistenciales, proponemos construir una Sanidad Pública suficiente, con financiación, gestión y provisión públicas, participado por la comunidad junto a los profesionales en la planificación, ejecución y control de las políticas de salud, que haga innecesaria una sanidad privada para complementar y/o sustituir la prestación de la salud de la población. **Recuperaremos el prestigio que siempre**

## **POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD**

**tuvo la sanidad pública, quitándole la razón a quienes pretenden desprestigiarla para justificar su privatización.**

Es preciso cambiar el modelo de financiación para recuperar su carácter redistributivo mediante impuestos directos, en función de la población y de sus características.

La sanidad pública debe guiarse por unos presupuestos finalistas a partir de un Plan Integral de Salud anual que establezca una amplia cartera de servicios que incluya óptica, ortopedia salud buco-dental, la salud reproductiva y la rehabilitación necesaria. En función de las necesidades de la población, sin barreras de acceso por razones geográficas, sociales ni económicas.

El gasto per cápita en sanidad en todas las comunidades debe estar equilibrado para que en todo el Estado se proporcione un Servicio de Salud común.

El dinero invertido en sanidad se rentabiliza en salud y bienestar social, no debería por lo tanto guiarse exclusivamente por criterios económicos. Es importante hacer llegar a la ciudadanía un mensaje claro de que el déficit no es un criterio válido para valorar la eficiencia de la sanidad pública. Se debe hacer buen uso de los recursos, evitar el derroche y mejorar la gestión siempre que se pueda, pero sin supeditar la calidad de los servicios públicos básicos a criterios monetarios.

## **DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN**

### **EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

A lo largo de los años, el Sistema Nacional de Salud ha hecho gala de una notable eficiencia ocupando el quinto lugar en la clasificación mundial y el primero de Europa, comparando el gasto sanitario total con esperanza de vida y esperanza de vida libre de incapacidad.

Estos logros se alcanzaron con un nivel relativamente bajo de gasto, si se compara con el porcentaje del PIB que se dedica a la sanidad en otros países europeos. Los

ciudadanos españoles disfrutaban de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad.

Sin embargo, pese a estos positivos resultados, el SNS tiene que superar algunos retos a los que se les ha añadido la terrible gestión del Partido popular que durante estos últimos años se ha propuesto, al dictado de las élites que gobiernan esta Europa del capital, apoyados por la oligarquía mediática y empresarial que conserva el poder desde la dictadura, **desmontar nuestro Sistema Nacional de Salud para ponerlo en manos de las multinacionales del ramo sanitario**, cuyo modelo de negocio es enriquecerse a costa de una clientela cautiva y saqueando los presupuestos del Estado. Esto se ha llevado a cabo:

Mediante la aplicación en toda su extensión de las leyes que en legislaturas anteriores habían desarrollado los gobiernos del PSOE y PP conjuntamente y la aprobación de una de nueva normativa (a veces ocultándola en disposiciones transitorias), tales como la Ley 15/97 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, el RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el artículo III de la Ley 50/98 de acompañamiento de los presupuestos para 1999 sobre las Fundaciones Públicas Sanitarias, las leyes de ordenación Sanitaria de las CCAA., que establecen la posibilidad de modelos de gestión privados o semiprivados, la Disposición Final Quinta de la Ley 10/2013 sobre farmacovigilancia. El RD 625/2014 de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por Incapacidad Temporal y la Ley 35/2014 en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo. Esta legislación deberá ser derogada.

Rebajando los presupuestos hasta el límite de la insolvencia, estrangulando la capacidad de maniobra de los territorios para dar asistencia a su población.

Desobedeciendo la Ley General de Sanidad en vigor, que garantiza la universalidad del derecho a la atención sanitaria, **están transformando nuestro sistema de salud en un sistema** que vincula la atención sanitaria con el aseguramiento, **centrado en expulsar a la parte de la clase trabajadora excedente del derecho a la atención social y sanitaria**, generando desigualdad, ningún ahorro y poniendo en riesgo la salud de toda la población.

## **POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD**

La privatización de la asistencia, por medio de las concesiones administrativas, las iniciativas de financiación privada, las adjudicaciones de atención sanitaria de áreas de población, las derivaciones al sector privado, las entidades de base asociativa, etc.

La privatización también ha afectado a servicios no sanitarios fundamentales como la hostelería y lavandería de los hospitales, a los laboratorios y la radiofarmacia, el servicio de citación telefónica, etc.

El aumento del gasto farmacéutico y la sobreutilización tecnológica.

## **NUESTRAS PROPUESTAS PARA UN SISTEMA FEDERAL DE SALUD (SFS)**

### **DEFENSA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**

- Defendemos el carácter público del sistema nacional de salud, sin “híbridos- mixtos” ni fórmulas parasitarias, siempre orientadas hacia el beneficio del mercado. Queremos acabar con el desequilibrio existente entre las CCAA en gasto per cápita en Sanidad.
- Financiación sanitaria hasta alcanzar como mínimo el 6,7% del PIB.
- Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano.
- Es necesario **potenciar la Atención Primaria** como alternativa a los recortes para salir de la crisis, incrementando sus recursos **hasta alcanzar el 25% del presupuesto sanitario** en 5 años para mejorar su capacidad diagnóstica y terapéutica.
- Implementaremos una política sanitaria y de formación basada en la Promoción de la Salud que oriente y racionalice las actuaciones del Sistema en favor de la autonomía del individuo, garantizando, en el último extremo, **el derecho de la persona a disponer de su propia vida y a tener una muerte**

**digna**, frente a la actual estrategia de medicalización de las relaciones sanitarias y de utilización intensiva de los recursos tecnológicos, para lo que se necesita implementar políticas basadas en la evidencia, en el ámbito de la equidad y la calidad de la atención sanitaria.

- El SFS debe ser capaz de **garantizar la atención sanitaria pública** a los colectivos sociales afectados por **enfermedades raras y minoritarias**.
- El SFS debe compendiar de forma integral el sistema sanitario y el sistema de apoyo social dando una respuesta eficaz a las nuevas demandas de los ciudadanos provocadas por los importantes cambios demográficos de la sociedad, fundamentalmente, el envejecimiento progresivo de la población y la cronificación de las enfermedades.
- La **salud laboral** debe quedar **integrada en el ámbito público**, al servicio del trabajador, no del empresario.
- **Pondremos en marcha una política de personal que acabe con los recortes y la no reposición de las jubilaciones, basada en la estabilidad laboral, los incentivos profesionales y en recuperar los derechos laborales suprimidos por el actual Gobierno.**
- Exigiremos la **dedicación exclusiva** y no permitiremos la objeción a la cartera de servicios a los profesionales que trabajan para el SALUD.
- El sistema público se encargará de la formación continua de sus profesionales, de forma que **las entidades privadas tendrán prohibido el acceso a los centros de atención sanitaria para promocionar sus productos**, dejando de tener valor curricular los actos formativos que no hayan sido impartidas por el organismo que se creará con este fin y que formará parte de la Universidad.
- **Eliminaremos las mutuas** y cualquier otra entidad privada del paisaje de la atención sanitaria a los trabajadores públicos.
- Defendemos un calendario vacunal único.

# POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD

## MUJER Y SALUD

- Promover el **cambio de los modelos sociales de género que producen vulnerabilidad en la salud de las mujeres** y dirigir esfuerzos de atención y prevención hacia los condicionantes (desigualdades, jornadas laborales abusivas etc.) de los trastornos mentales comunes, mucho más prevalentes en mujeres (destaca el alto porcentaje de mujeres mayores afectadas por depresión y ansiedad). En concreto y en especial deberían prevenirse los trastornos depresivos y de ansiedad atendiendo a los factores psicosociales de género que los favorecen y mantienen, los efectos adversos de la función de cuidado, la violencia machista etc.
- Respecto a la violencia machista, el sistema sanitario tiene un papel fundamental en la detección de la misma; por ello:
  - Deben crearse unidades específicas de violencia de género.
  - El sistema sanitario público debe supervisar que en los informes aportados por psiquiatras ante los tribunales, para que en caso de litigio de las víctimas de violencia, se refleje la realidad de los sufrimientos de la misma y su causa (la violencia) y que no se contemple su caso como una enfermedad mental más, quedando la mujer en situación de desprotección perjudicándole en el proceso (creación de un protocolo preventivo por sanidad para que la víctima no se sienta desprotegida por profesionales de la justicia).
  - En Atención Primaria es importante la vigilancia y la atención especial a las víctimas de violencia por los profesionales de la salud (escuchar y analizar sus quejas), con respeto en el trato (en muchos casos no es el adecuado y tampoco en las consultas de psiquiatría, psicología o de los servicios sociales).
  - Combatir la violencia institucional que va en aumento y que crea trauma en las mujeres, institucionalizando en la sanidad un problema de violencia (prácticas que hacen que la víctima tenga obligatoriamente que acudir a diversas consultas, medicalizando una situación que es tratada como una enfermedad).

- Es fundamental la prevención, la escucha y la empatía y buscar soluciones a los problemas más allá de la medicalización.
  - Es también imprescindible que la sanidad pública se dote con presupuestos suficientes para la formación y sensibilización continuada en materia de violencia machista, de los profesionales de salud.
- Es urgente también acabar con la privación del acceso a la sanidad pública de las personas más vulnerables, como las mujeres emigrantes en situación administrativa irregular.
  - Incluir los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Federal de Salud: Financiación de los métodos anticonceptivos, píldora postcoital, tratamientos de reasignación sexual... Potenciación y Fomento de Unidades de Planificación Familiar.
  - Despenalización total en el Código Penal de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, partiendo del reconocimiento del derecho a la IVE basado en la libre decisión de la mujer y que garantice su práctica en las 24 primeras semanas en la Sanidad Pública. Además esta cobertura debe estar garantizada en cualquier momento de la gestación si supone un peligro para la vida de las mujeres.
  - Eliminar los modelos sociales (en especial los presentes en los medios de comunicación) promotores de trastornos de la conducta alimentaria.
  - Promover actividades en la sociedad y en los medios de comunicación que presenten nuevos modelos de mujer protectores de su salud psicofísica.
  - Promover acciones de sensibilización y formación de todos los profesionales de la salud en especial incidencia en la mujer como cardiología, oncología...), investigadoras, académicas, planificadoras y preventivas para corregir los sesgos de género en la atención a las mujeres. Mejorar la transmisión de la información desde la Administración hacia estos profesionales. Dedicación exclusiva de los mismos a la sanidad pública.

## **POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD**

- Obligatoriedad en Estudios reglados relacionados con la salud, de la corrección de sesgos de género, con la promoción de la investigación en este sentido
- Eliminación de términos sexistas en las historias clínicas tipo “Sus Labores” y que se recoja como trabajo el realizado en el hogar (esto favorecerá tener datos acerca del trabajo doméstico).
- Modificación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia incorporando la asistencia sociosanitaria y la atención a la dependencia como elemento de equidad dando prioridad a las soluciones basadas en la comunidad, porque su actual desarrollo está suponiendo una carga a las mujeres al dejar al dependiente en el hogar a cargo de estas sin ningún apoyo en la mayoría de los casos.
- Es necesario considerar en todas políticas aplicadas (pensiones, copagos farmacéuticos...) la situación de salud de las mujeres mayores, así como sus dificultades diarias en la vida cotidiana que la condicionan (pobreza etc.).
- Promover la investigación científica diferenciada por sexos e investigar la medicalización excesiva de la mujer especialmente en salud mental dados los múltiples efectos secundarios que ocasionan estos fármacos y que deben ser supervisados (diversos estudios en EEUU tuvieron como consecuencia la disminución de las dosis en mujeres).
- Regular la objeción de profesionales de la salud respecto al IVE (Interrupción Voluntaria del Embrazo).
- Adecuada atención sanitaria de las personas trans (actualmente se les deriva a salud mental, las dosis de hormonas son las de esterilidad...) con obligatoriedad de incluirles en investigación científico-médica.
- Inclusión en Salud Laboral de Estudios sobre dosis de riesgo de sustancias nocivas en mujeres (también en trabajos no remunerados, trabajo doméstico, donde existen potencialmente sustancias cancerígenas...). Se trata de introducir la perspectiva de género y clase social en el análisis de riesgos de seguridad, higiene, ergonómicas y psicosociales en salud laboral.

## APUESTA POR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Estamos a favor de potenciar la Atención Primaria y en concreto siguiendo las estrategias de la Agenda AP21, potenciando la accesibilidad, la promoción de la salud y la prevención. Una Atención Primaria clave en el sistema sanitario centrada en el paciente.

- **Es necesario dotar a la Atención Primaria de más recursos humanos, formación y tiempo relacionado con la carga de trabajo.** Una Atención Primaria eficaz es esencial en el funcionamiento del sistema sanitario.
- La accesibilidad es prioritaria en la Atención Primaria. Debe haber horario mañana y tarde. Una solución intermedia a los turnos de mañana y tarde sería la jornada deslizante.
- Es indispensable la coordinación con el nivel hospitalario y del centro de especialidades con horarios determinados para su comunicación, o bien por correo electrónico.
- Estamos a favor de la rotación de especialidades por los centros de salud, por lo menos las que tienen más frecuencia de patologías y más dificultad en la atención.
- El compromiso comunitario del equipo de Atención Primaria es esencial. Es necesario plantearse en serio la promoción de la salud, la educación sanitaria y la participación de la comunidad como un eslabón de la cadena social de la comunidad.
- Hay que dar un impulso a la participación ciudadana fomentando los consejos de salud de zona y el Foro de Presidentes de Consejos de Zona como órgano coordinador.

## SALUD MEDIOAMBIENTAL

La exposición de la población a contaminantes hormonales presentes en el ambiente está relacionada con el incremento de importantes daños a la salud y enfermedades, incluyendo problemas de salud reproductiva (ej. infertilidad,

## **POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD**

malformaciones congénitas), tumores y otras enfermedades en órganos hormona-dependientes (mama, próstata, testículos, tiroides), enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, etc.), enfermedades inmunológicas y alteraciones en el desarrollo del sistema neurológico entre otras cosas, según advierte un estudio reciente de la Organización Mundial para la Salud.

Estas sustancias, que se encuentran en plaguicidas, plásticos, cosméticos, productos de higiene y otros de uso cotidiano se caracterizan por alterar el funcionamiento normal de nuestro sistema hormonal, encargado, entre otras muchas funciones, de regular el desarrollo. Por ello es de especial relevancia reducir la exposición de mujeres embarazadas, niña y adolescente a estas sustancias, por ser los sectores de población más vulnerables.

Ante esta situación proponemos las siguientes medidas:

- Evitar el uso de plaguicidas en espacios públicos.
- Informar y formar a sanitarios, educadores y periodistas.
- Fomentar el consumo de alimentos orgánicos en guarderías, comedores escolares y centros hospitalarios.
- Promover el uso de productos limpios a través de compras o contrataciones públicas.
- Reducir el uso del automóvil.
- Evitar los efectos nocivos de exposición a sustancias como el Bisfenol A, a través de dispositivos médicos (catéteres, implantes, selladores odontológicos...), especialmente en pacientes de cuidados intensivos neonatales y en pacientes en diálisis (en ambos, la exposición supera valores de referencia siendo este el grupo de población más vulnerable).

### **SALUD MENTAL**

- Consolidación de una Salud Mental pública, adecuadamente financiada y de calidad.

- Fortalecimiento de los servicios comunitarios, próximos y accesibles, frente a la aglutinación y centralización de recursos.
- Igualdad en la atención, con establecimiento de servicios de rehabilitación públicos y gratuitos como el resto de los servicios de la red de Salud Mental, frente a la discriminación y el copago.
- Respeto explícito a los derechos de las personas con enfermedad mental y especial cuidado en situaciones de restricción de derechos (ingresos involuntarios, incapacitaciones, etc.)
- Humanización de la asistencia frente a la medicalización asistencial creciente y apoyo real a los enfoques psicoterapéuticos y técnicas de rehabilitación psicosocial.
- Consolidación de la continuidad de cuidados, con dispositivos de coordinación eficaz entre los recursos.
- Promoción de la participación de usuarios, familiares y profesionales en la atención en Salud Mental.
- Elaboración, financiación y ejecución de un Plan de Salud Mental que tenga en cuenta las consideraciones y principios expuestos.
- Establecimiento de programas de formación de los profesionales de la red de
- **Salud Mental para la mejora de las intervenciones psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial frente a la actual primacía de lo psicofarmacológico.**
- Consolidación del modelo comunitario en Salud Mental.
- Eliminación del copago tanto en los servicios públicos como en los concertados.
- Desarrollo y consolidación de la participación de familiares y usuarios en todos los ámbitos de la asistencia a las personas con enfermedad mental.

## **POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD**

- Creación de un sistema de información que permita una adecuada evaluación y planificación de todos los servicios de Salud Mental.
- Consolidación de programas comunitarios y de rehabilitación para la atención a personas con Trastorno Mental Grave y creación de un organismo interdepartamental que favorezca la coordinación entre políticas sanitarias, sociales, de inserción laboral, jurídicas, etc.
- Desarrollo de las intervenciones de carácter preventivo y rehabilitador en colectivos especialmente vulnerables: población infanto-juvenil, población penitenciaria, personas con algún tipo de adicción, etc.
- **Reversión a la sanidad pública de privatizaciones y conciertos con la creación de una red de infraestructuras y servicios públicos de salud mental suficientes** para cubrir las necesidades de la población (que palíe las listas de espera inaceptables que favorecen las estructuras privadas etc.).

### **PREVENCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD**

- Nos proponemos **priorizar gasto en salud pública, invirtiendo en prevención y promoción de la salud**, mediante una suficiente dotación económica, material y personal, para desarrollar programas que integren la salud en un contexto general, no solo de atención sanitaria, sino con un concepto más global, el de condiciones de vida saludable, entendiendo la salud como una unión entre determinantes sociales, económicos, de clase, de género.
- Nos proponemos realizar un Plan Socio-sanitario que dé respuesta a las demandas de las personas mayores y que contemple la implementación de recursos geriátricos en todas las Áreas sanitarias.
- Hay que asegurar una suficiente preparación del médico de Atención Primaria para tratar a los pacientes geriátricos.

### **DEMOCRATIZAR LA SANIDAD**

Esta Sanidad será democrática. Se sustituirá el modelo de relación vertical por otro de decisiones compartidas.

- Los Planes Integrales de Salud Estatal y de Comunidades Autónomas participados, deberán servir de referencia para la asignación de recursos.
- **Los ciudadanos en los órganos de participación, tendrán poder de decisión sobre las necesidades de salud que han de cubrirse presupuestariamente** y participaran en la priorización y distribución de estos presupuestos.
- Hay que impulsar los órganos de participación ciudadana, modificando sus funciones para hacerlos más democráticos, transparentes al ciudadano y participativos en todos los aspectos de la gestión sanitaria.
- Hay que impulsar como órgano de participación los consejos de salud y un Foro de Presidentes de Consejos de Salud constituido por presidentes de consejos de salud de zona con una función de participación, coordinación y de reivindicación de los consejos de salud.

## LISTAS DE ESPERA

Las cifras a las que han llegado las listas de espera hoy en día son escandalosas. Es un indicativo del mal resultado de la atención, en el que está involucrado todo el sistema.

- Es necesaria la optimización de recursos y horarios a las necesidades.
- Mejorar la formación y coordinación entre los niveles asistenciales.
- **Proponemos cambiar la actual situación de fragmentación de la jornada laboral en los hospitales estableciendo turnos de guardias de no más de 8 horas** para todo el personal. Se conseguiría una jornada laboral más racional, mejorando la calidad de la atención al evitar el agotamiento del profesional y aumentaría la actividad.
- Es necesario proporcionar información razonada al paciente de su situación en la lista de espera. Es necesario adoptar un sistema de evaluación basado en la evidencia en la gestión de la cartera de servicios y la aplicación de un análisis

## **POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD**

coste efectividad. Para ello proponemos la creación de una unidad clínico administrativa dentro de cada servicio que se ocupará de analizar las causas de las demoras, y deficiencias detectadas, que traslade esa información a la

- Administración, a los pacientes y a los médicos de Atención Primaria y de Especializada con el objetivo de aunar criterios que lleven a un mejor aprovechamiento de la Cartera de Servicios.

### **SALUD LABORAL**

La Salud Laboral es un indicador que revela desigualdades sociales en salud. El trabajo debe considerarse como un determinante de salud esencial. Para obtener mejoras hay que fomentar la participación de los trabajadores en las intervenciones preventivas.

- Es fundamental reforzar el papel de la Salud Pública en la Salud Laboral, creando estructuras como las Unidades de Salud Laboral que preparen su integración en el Servicio público de Salud.
- Pondremos en marcha un Registro de Siniestralidad Laboral.
- Se facultará al organismo encargado de la vigilancia de la salud laboral de los trabajadores para que actúe de oficio ante los delitos contra los derechos de los trabajadores.
- Se pondrán en marcha sistemas de vigilancia e información para conocer la situación de la salud laboral en el Estado.
- Actualizaremos el catálogo de enfermedades laborales, incluyendo las enfermedades mentales.
- Incluiremos las tareas domésticas no remuneradas dentro de la consideración de trabajo como actividades que también son imprescindibles para el funcionamiento de la sociedad, dotándolas del correspondiente reconocimiento por su importancia económica y social.

- En la incapacidad laboral no primarán aspectos económicos sobre los sanitarios. El criterio del médico de primaria no quedará supeditado al del inspector médico, que no pertenece al servicio de salud sino al INSS y no tiene ninguna formación asistencial.
- La actual situación otorga las competencias en salud laboral a las mutuas laborales, de esta manera son los patronos o entidades no sanitarias del Estado son las que determinan cuánto tiempo es admisible que un trabajador enfermo pueda estar de baja laboral.
- **Nos proponemos quitar a las mutuas el control de la salud laboral de los trabajadores**, ofreciéndoles este servicio por medio de la sanidad pública, con el objetivo, en el menor plazo posible, de proporcionar a la población un servicio de salud integral en el que la salud laboral está incluida en el Sistema Federal de Salud. Mientras tanto **será el trabajador, no la empresa, el que decidirá quién quiere que le ofrezca la prestación de salud laboral**, sin compromiso de permanencia, para priorizar el interés de las mutuas por el bienestar de los trabajadores.

## SISTEMA FARMACÉUTICO

El Estado debe encargarse de establecer una política farmacéutica y de tecnologías sanitarias fundamentada en las necesidades de salud, (no en las necesidades de los mercados), con criterios de calidad y eficiencia.

- Para racionalizar la política farmacéutica y de uso de tecnologías sanitarias proponemos la **creación de una industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias pública**, mediante un sistema de farmacia estatal con el que asegurar a la población un acceso igualitario y con base científica, a los medicamentos y que posibilitará controlar el gasto de la prestación farmacéutica y adoptar medidas de uso racional del medicamento.
- Atendiendo a los postulados expuestos al principio, el Estado asumirá el almacenamiento y distribución de los fármacos financiados por él.

## **POR UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD**

- No renunciamos a potenciar la investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos desde la iniciativa pública. Deben destinarse fondos a líneas de investigación dirigidas a la sustitución de los tratamientos con productos agresivos para el medio ambiente.
- Solamente debe financiarse tratamientos basados en la evidencia y la promoción del bienestar físico, mental y social de las personas, rechazando aquellas propuestas terapéuticas que no han demostrado ser eficaces para las diferentes enfermedades o trastornos hasta que existan pruebas sólidas que demuestren esta eficacia.
- Evitaremos que se incluya en el sistema sanitario público ninguna práctica médica o medicamento que no haya demostrado su eficacia según criterios exclusivamente científicos. El dinero público no financiará a instituciones que promueven la difusión y divulgación de procedimientos terapéuticos seudocientíficos que confunden a la ciudadanía y ponen en peligro su salud.
- El estado debe participar en el control de los protocolos, tratamientos y ensayos clínicos.
- **Rechazamos la implantación del repago farmacéutico por ser una medida que no tiene ningún tipo de sentido, salvo demostrar una absoluta falta de empatía con personas que están en una situación especialmente vulnerable y grave.**

### **SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA**

- Hacemos una defensa real y comprometida con el software libre.
- Pondremos en marcha el cambio de los sistemas informáticos de la Administración siguiendo los parámetros y recomendaciones de la Free Software Foundation Europe, con el objetivo de lograr la soberanía tecnológica, que permita acometer la desprivatización los sistemas de información y, en consecuencia, los sistemas de información sanitarios.
- Pondremos en marcha el Departamento de Sistemas Informáticos, dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología y apoyado por la Universidad se encargue de gestionar, de forma pública y transparente, con

los propios recursos materiales y humanos de la Administración, todo el sistema informático del Gobierno. Estableciendo un sistema de información común para todo el Estado.

- Llevaremos a cabo la Informatización completa de la historia clínica bajo un único modelo integrado, que sirva para toda la estructura del Salud y Servicios Sociales con un único número de historia clínica por paciente para todo el sistema, que será el nº CIAS o el DNI, según se valore por los expertos como más conveniente.
- **El sistema de información sanitaria debe ofrecer al usuario información en tiempo real de la gestión presupuestaria, datos estadísticos de salud, así como de todos los aspectos que atañen a su relación con el Sistema Federal de Salud;** tiempos de espera, estadísticas de atención sanitaria, información y educación sanitaria, historia clínica, etc. de forma que sea posible conocer con total transparencia el impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios.
- El usuario del Sistema Nacional de Salud tendrá posibilidad de realizar on-line todas las gestiones como cita previa, voluntades anticipadas, dependencia, sugerencias, quejas, etc.
- Se pondrá especial atención a que **ningún dato de salud del paciente pueda ser utilizado por la empresa privada** para ningún fin, por lo que se hará custodia pública de la historia clínica, tanto la historia física como la digital.

## Políticas de bienestar social

Debemos garantizar que los servicios sociales públicos sean la referencia para el desarrollo de la protección social, que no debe verse interferida por una privatización de servicios destructiva para la cobertura universal de las necesidades sociales.

Instamos a transformar los servicios sociales actualmente existentes, para que no sean un mecanismo funcional al sistema capitalista, que favorece la existencia de un ejército de reserva de excluidos sociales. Reivindicamos unos servicios sociales participativos y bien gestionados desde lo público.

Los servicios sociales deben luchar contra la pobreza y la desigualdad en cuatro espacios: sociolaboral, sociosanitario, socioeducativo y sociocultural, y desde una perspectiva preventiva y de género.

Para ello debemos recuperar y garantizar un cuarto pilar del Estado social: generador de derechos y garantías de prevención y protección, generadores de red comunitaria y de empleo social.

Instamos a transformar los servicios sociales actualmente existentes, para que no sean un mecanismo funcional, asistencialista y controlador de la pobreza a modo de beneficencias caritativas pasadas.

## SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

- La primera medida ha de ser la de aumento del gasto social, al menos hasta equiparlo a la media europea y hasta alcanzar el **7% del PIB**. El gasto que sea necesario porque sirva para atender necesidades sociales, gasto que además es intensivo en empleo y permite desarrollar las infraestructuras y los equipamientos que dan sustento a los diversos derechos y, asimismo, alcanzar una dotación presupuestaria suficiente para el desarrollo de la ley de dependencia.

Aprobar una Carta Estatal de Servicios y Derechos Sociales para que se definan los derechos exigibles subjetivamente por los ciudadanos y que:

- Potencie y sustente Leyes Autonómicas dirigidas a alcanzar unos Servicios Sociales Municipales Universales, con un catálogo de servicios idóneos y garantizados, con financiación suficiente. Que atiendan las necesidades sociales de las personas desde la administración más próxima y concedora de cada realidad territorial, aplicando principios de proximidad y subsidiaridad. Más aún en un marco de crisis donde millones de adultos y niños y niñas en situación de pobreza o alto riesgo, carecen de adecuada protección.
- Apoyando el cambio de aquellas leyes estatales y autonómicas que reducen los Servicios Sociales Municipales a un papel residual y asistencialista, negando las funciones esenciales de promoción social y protección de las personas más vulnerables, sustentadas en la proximidad y el conocimiento ciudadano desde lo local.
- Garantice derechos subjetivos de ciudadanía y facilite actualizar y modernizar unos Servicios Sociales, abiertos a una participación ciudadana accesible y sostenible.
- Contemple políticas y modelos de intervención en los que sean decisivas propuestas y actuaciones democrático-participativas de las organizaciones de la sociedad civil y su coordinación con las Administraciones Públicas.
- Priorice la responsabilidad y gestión pública sobre la privada, el interés público sobre el beneficio privado, que fije criterios de elección del sistema de gestión, defina los límites a las externalizaciones y asegure control y evaluación continuos.
- Requiera de las partes implicadas la aprobación de un Convenio Colectivo del Sector de la Intervención Social, que contemple el reconocimiento de los profesionales con retribución acorde a las responsabilidades que se ejerzan.

## **POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL**

- Establezca un Catálogo de Derechos y Prestaciones sociales. Consensuando con la comunidad científica, profesional y los agentes sociales, un catálogo de prestaciones garantizadas como derechos subjetivos, tanto en los Servicios Sociales de Atención Primaria como Especializados, que facilite la Gestión de casos en itinerarios individuales y familiares y que responda a los tres ejes básicos del Sistema Público de Servicios Sociales : inclusión de personas, familias, colectivos y comunidades en riesgo o situación de exclusión social; prevención y atención a personas en situación de dependencia y discapacidad; protección a la infancia.
- Consolide unos Servicios Sociales Prioritariamente Públicos. Desarrollando, ampliando y reorganizando el mapa de los Servicios Sociales públicos de las Comunidades. Primando el principio de proximidad (los ayuntamientos de menor tamaño se agruparán, en alguna de las modalidades existentes, para ofrecer por sí mismos los Servicios Sociales de Atención Primaria). La iniciativa social tendrá un papel complementario, aunque relevante, y será tomada en consideración en la ordenación, planificación, gestión y evaluación de los servicios. Los movimientos sociales, con sus entidades representativas, podrán participar en la gestión de la Red Pública, que no utilizará la modalidad de cheques-servicios.
- Facilite los Planes Estratégicos de los Servicios Sociales de las Comunidades, contemplando un estudio de necesidades y un Plan de Calidad para la gestión, ampliación y optimización de los Organismos de los Servicios Autonómicos de Bienestar Social y Los de Familia y Menores, que gestionan directamente Residencias y Centros Diurnos de atención a menores, personas mayores y con discapacidad. El Plan, se proyectará para lograr que estos centros sean la mejor “referencia pública de calidad” para el sector de gestión externa.
- Plan de Calidad e inspección de centros y servicios. Las Comunidades tendrán un servicio de inspección, con suficientes recursos, que supervise y garantice que todos los equipamientos y servicios que se prestan, en todas las modalidades de gestión, ofrecen la máxima calidad en la atención ciudadana. En los casos de gestión externa que no cumplan con los requisitos de calidad

establecidos, se retornará a la de gestión pública directa, respetando los procedimientos pertinentes. En el marco de la normativa de la contratación pública, primará la valoración técnica de las ofertas.

- Los contratos que se realicen deberán de ser por periodos de tiempo suficientes, que permitan llevar a cabo la Intervención Social contratada de forma adecuada según los procesos de ejecución que se requieran.
- Habilite Nuevos modelos de gestión e intervención social. Los modelos de gestión y de intervención social no son neutros y tienen distintas consecuencias según los que se adopten. Hasta el momento, y de manera especial en Atención Primaria, la gestión tiene fuerte carga burocrática y las intervenciones suelen pecar de asistencialismo generador de cronicidad, desempoderamiento de los ciudadanos y malestar entre los profesionales.
- Desarrolle unos servicios sociales públicos centrados en el beneficio de los usuarios, pero también en el de los profesionales, como trabajadores públicos con derechos y garantías y no como trabajadores precarios de subcontratas privadas.

#### **POR ELLO SE PROPONE:**

1. Disminuir los trámites administrativos en la tramitación de las prestaciones e incrementar la gestión telemática administrativa.
2. Aumentar las plantillas de Atención Primaria con personal administrativo para liberar de carga burocrática a los profesionales de los Servicios Sociales, en especial a los Trabajadores Sociales, y que así puedan centrarse en su trabajo específico de Intervención Social y también incrementar las plantillas de Trabajadores Sociales y otros Profesionales. El aumento de trabajadores sumaría muchos miles de puestos de trabajo no deslocalizables, mejorando la calidad el servicio y que incluso en muchos casos significan no sólo aportes a la Seguridad Social y al IRPF, sino retornos o reintegros a la Administración General del Estado.

## **POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL**

3. Que las intervenciones profesionales respondan, de manera prioritaria, a los principios metodológicos, centrándose más en las potencialidades de individuos, grupos y comunidades (en vez de en sus déficits o carencias), favoreciendo el empoderamiento y actitudes de resistencia activa y superación positiva de dificultades de los ciudadanos.
4. Priorizar estrategias preventivas y de promoción social mediante intervenciones grupales y comunitarias, contando con la iniciativa social.
5. Dirigirse activa y regularmente hacia la población a informar, sensibilizar, atender 'in situ', etc. produciendo mapas de necesidades, recursos...a nivel local, regional. No esperar a que las personas vayan al Centro Público.
6. Potenciar el trabajo en equipo interdisciplinar y multiprofesional y la coordinación sistemática, efectiva y no meramente ocasional y/o burocrática de intercambio de papeles.
7. Gestión de la Diversidad: en unos Servicios Sociales abiertos a toda la población, readaptar los servicios a nuevas formas de relación social y perfiles de población, ofreciendo, cuando sea necesario, un apoyo específico a grupos o colectivos que por su perfil de vulnerabilidad y exclusión lo requieran.
8. Desarrollo de una Economía colaborativa y social. Desde un enfoque de Desarrollo Comunitario participativo, poner en marcha planes y actuaciones propios de una Economía Social Colaborativa-Solidaria, basada fundamentalmente en: grupos de autoayuda, altruismo cívico en actividades voluntarias, intercambios en bancos del tiempo, redes sociales populares, apoyos sociales entre la propia ciudadanía en general, pero de manera especial entre las personas beneficiarias de prestaciones sociales relacionadas con la ausencia de medios vitales suficientes.
9. Facilitar la acción ciudadana y vecinal que permita el desarrollo de movimientos sociales y cívicos-ciudadanos, en su doble dimensión de apoyo y reivindicación social a los colectivos más desfavorecidos. Favorecer las actuaciones de las entidades de la iniciativa social, pero velando por su funcionamiento democrático y por el cumplimiento de sus fines sociales.



10. Coordinación de las Políticas Sociales. El conjunto de las políticas sociales, en especial las relativas a educación, sanidad, vivienda y políticas activas de empleo, contarán con mapas de implantación que contemplen áreas geográficas y administrativas de gestión similares, permitiendo así la coordinación entre ellas y las necesarias políticas y sociales de carácter transversal. Coincidiendo con los ejes básicos del Sistema Público de Servicios Sociales, se establecerán al menos tres ámbitos estables de coordinación: Socio-sanitaria (Dependencia); Socio-educativa y Judicial (Protección a la infancia), y Sociolaboral y Vivienda (Inclusión Social).
11. Memorias de impacto sobre género, discapacidad e infancia. Establecer como obligatorio una memoria de impacto sobre género, infancia discapacidad, que culmine en impactos favorables en estos colectivos en todas las leyes y otras disposiciones normativas que aprueben las Comunidades.
12. Propiciar y aplicar regularmente Sistemas de evaluación Pública de los Servicios Sociales.

## AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA

La publicación de la Ley de Dependencia fue un paso firme hacia la configuración de un nuevo modelo de servicio social que representaba la erradicación institucional del concepto anacrónico que adscribía la solución a los dependientes a un derecho condicionado a decisiones de terceros. Por primera vez se le reconoce al dependiente su derecho subjetivo.

La Ley de la Dependencia marcó un hito importante con respecto a las condiciones de unos Servicios Sociales de apoyo, imprescindibles para lograr el máximo de autonomía de las personas y proteger su dignidad. El “austericidio” potenciado a partir del cambio del artículo 135 de la Constitución Española se ha cebado con enorme inhumanidad sobre todos estos ciudadanos y sus familias; por lo que se requiere una actuación urgente. Sin embargo, al margen de que la misma no fuera puesta plenamente en vigor en la mayor parte de las autonomías aunque otras consiguieron un aceptable índice de satisfacción,

## **POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL**

principalmente en las administradas por el Partido Popular ha resultado un desencanto injustificable. El día a día y la experiencia señala la necesidad de que la Ley 39/2006 requiere de una actualización que resuelva sus carencias y logre un servicio público completo, universal, de calidad y solidario dentro de un elenco de otros Servicios Sociales que deberán adscribirse a un mismo catálogo de derechos subjetivos en un contexto amplio socio-sanitario convergente, transversal, completo y universal.

Todos los medios y equipos serán gestados y administrados dentro del ámbito público, ofreciendo al Tercer Sector su incorporación al mismo en una red completa tutelada y controlada desde la administración comunitaria y local. Con sus medios, y los de nueva creación, se configurará la gran red de atención a la dependencia y otros servicios sociales.

Aquellas entidades del Tercer Sector que rechacen esta opción saldrán del espacio público y pasarán, si así lo deciden, al ámbito privado. Se eliminarán todas las posibilidades que ahora permite la ley contando con la empresa privada, quedando éstas como elección y opción personal individual al margen del Servicio Público o como posibilidad excepcional sin que tenga cabida dentro de la ley. No obstante aunque se trate de empresas privadas, en tanto espacios y servicios de ámbito especialmente sensibles, las empresas dedicadas a cubrir necesidades de dependencia deberán someterse a auditorías e inspecciones por parte de la administración; aspecto a figurar en la ley.

Derivado de la priorización del pago de la deuda, conforme al salvaje cambio constitucional del artículo 135 de la Constitución Española y a la priorización de un modelo mercantilista, ajeno a la connotación prioritaria de los Servicios Públicos, se imprescindible su retorno al control de las administraciones que se decidan de forma directa, transparente y controlada por la ciudadanía. La Ley de la Dependencia, que debió ser modelo para continuar el proceso con el resto de Servicios Sociales se ha incumplido permanentemente desde el principio cuando la ideología neoliberal se aposenta de forma mayoritaria y hay una intencionalidad específica de financiarizarlos. Por ello señalamos cuestiones que deben ponerse en cuenta para el cambio de progreso que se exige:



- Priorización máxima del derecho subjetivo de forma real: Revisión de la Ley de Dependencia con nuevo articulado y cambios sustanciales acoplados al modelo 100 % público.
- Contextualización real en todo lo que supone ese derecho subjetivo. La ley prioriza la atención especializada, si bien ésta en muchos casos ha sido truncada por el propio procedimiento privado de empresas que han venido sustituyendo la acción y el control de la administración pública. Colocan la atención fuera del espacio familiar como prioritaria frente a la atención en el ámbito del hogar presuponiendo que se feminiza el servicio o se utiliza el mismo en provecho económico privado. La realidad es que esta decisión ha de tomarla, ya que es un derecho subjetivo, los afectados, las familias o sus representantes, quiénes elegirán el modo que consideren más adecuado para su atención, en espacio propio, familiar o residencial.
- Esto no implica la vulneración del principio de la prevalencia de la prestación de servicios sobre la prestación meramente económica, pues ello si obedece a un criterio coherente de atención social.
- La herramienta de Teleasistencia ha de ser gratuita e implantarse además en otro tipo de personas que carezcan de soluciones de comunicabilidad aceptables. Deberá dotarse adecuadamente y ser una primera solución rápida y eficaz. La realidad es que habiendo resultado ser un elemento útil se quiso poner en ella un marcador de dotación única que debe desaparecer; no se puede considerar éste como una contrapartida importante en el terreno de la dependencia. Si se mantiene deberá pasar controles de calidad y tener los debidos procedimientos que resuelvan aspectos de apoyo inmediato y directo.
- Erradicadas las empresas del ámbito de la atención a domicilio, se elaborarán equipos totalmente públicos bajo la coordinación de los servicios sociales municipales, en su caso las juntas de distrito que, por cercanía, son los espacios más al alcance del ciudadano. Para ello, se requerirá de un trabajo importante previo de campo con visitas previas a los hogares, muchos de ellos con personas aisladas y necesitadas de apoyo en mayor o menor importancia. Esos equipos de auxiliares funcionarán en la zona bajo el control de los coordinadores de zona y de los propios vecinos organizados en consejos con decisiones de carácter vinculante.

## **POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL**

- Elaboración de un baremo no adaptado al presupuesto limitado que cada administración dedique, sino a las carencias y soluciones para dar respuesta a la autonomía personal y la dignidad plena de la personas.
- Elaboración de un catálogo realista (no de pega) con unos baremos adecuados a las condiciones de las personas; deberán aumentarse la cantidad necesaria para cubrir las todas. Por tanto, el catálogo de servicios se adecuarán a las necesidades reales, no a los baremos empresariales de rendimiento del capital. Serán servicios de titularidad y producción cien por cien públicas.
- Creación de Consejos u Órganos locales ciudadanos (representantes de la ciudadanía entre los que habrán preferentemente personas dependientes o familiares). Sus resoluciones serán de carácter vinculante a desarrollar. Estos órganos formarán una red con distintos niveles: municipios, comunidades autónomas y nivel estatal coordinados por el Consejo Interterritorial en el que serán parte fundamental y en el que habrá representantes de la ciudadanía. Por razones técnicas participarán profesionales, que asesoren, y enlace político con los órganos de gobierno.
- Creación de equipos multidisciplinares «ad hoc», médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educativos, que trabajen para las valoraciones de forma coordinada; asimismo serán quienes se encarguen de aspectos generales de la atención personalizada. Serán transparentes y responsables del control de calidad de los mencionados servicios en cada nivel.
- La red, que incluirá también profesionales, coordinará con enlaces de los sectores socio-sanitarios de las zonas; se potenciará el servicio socio sanitario, coordinando procesos, conociendo necesidades e interviniendo incluso de oficio. Para ello deberá existir un trabajo coordinado entre ayuntamientos y comunidades autónomas ordenados e incluido en la ley.
- Planes de Calidad y sistemas de control, así como verificación directa de los servicios. Inspecciones desarrolladas desde un espacio organizado a nivel del Ayuntamiento y la C.M. para el caso de zonas externas al casco urbano central.



- En una primera acción se elaborará un censo realizado, al modo del poblacional, que señalará necesidades ocultas; a partir del mismo habrá actuaciones de oficio ante ancianos solos o personas incapacitadas para iniciar los procesos y continuarlos. Se les dotará a estos un a modo de tutor público que se familiarice con ellos y gestione de acuerdo a sus intereses.
- Los ayuntamientos tendrán la primera tarea de realización de un censo claro de dependientes (también de resto de servicios sociales), será un sistema proactivo en el que serán los ayuntamientos los que generen y tutelen el censo de forma personalizada.
- Sobre la creación de residencias públicas, que no deja de ser un elemento de proyección economicista para el Mercado, se valorarán las necesidades reales y en caso de decidirse nuevas, éstas tendrán una situación geográfica en cada distrito o zona. Se crearán en áreas de proximidad para que las personas no salgan de su entorno; existirán todos los elementos de transparencia, control, inspección y tutela directa para hacer de ellas un espacio hogareño, no un aparcadero de dependientes en el que se pierda la humanidad y la privacidad. Inspecciones y auditorías que se realizarán también en las privadas.
- Se hará una adecuación inmediata de todo lo que conlleve la autonomía de las personas en casas particulares, calles, edificios públicos, medios de transporte.. Se creará un organismo totalmente público controlado, transparente y auditado por los consejos antes mencionados que adapte, mejore y construya lo necesario. No se dará entrada a constructoras ni semejantes, si a parados que reúnan las características técnicas y profesionales para estos fines.

## CÓMO DESARROLLAR ESTE PROTOCOLO

- Rescate de todas las cesiones y concesiones, previa revisión de contratos e incumplimientos. En su caso con su remunicipalización.
- Cambio de la Ley de la Dependencia en los términos indicados.

## **POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL**

- Creación de un catálogo de Dependencia, específico y/o incluido en un catálogo de otros derechos subjetivos.
- Creación de la Oficina de información bien dotada con espacios en todos los municipios/distritos.
- Equipos multidisciplinarios” ad hoc” que realicen baremación y seguimiento con conciencia y experto, no con plantillas economicistas.
- Compromiso de puesta en marcha de los equipos en un máximo de 4 meses, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educativos,.... que trabajaran con medios y salarios dignos para lo público.
- Dotaciones para personas encargadas, familiares o no, adecuadas a las necesidades del dependiente.
- Compromiso de información transparente, clara y precisa tanto de las peticiones, como de su curso y de sus incidencias. Los ciudadanos sabrán en todo momento del desarrollo de las mismas.
- Información de todo vía web, ayuntamientos/juntas de distrito y lugares adecuados. Red telefónica de información y rescate de datos.
- Compromiso de puesta en marcha de cada PIA en no más de 4 meses.
- Creación de grupos de participación para personas dependientes en espacios y lugares públicos adaptados para desarrollar su sociabilidad y tiempos de ocio.
- Eliminación de burocracia y aumento de la máxima sensibilidad con equipos preparados.
- Creación de equipos de valoración que promuevan mejoras y censuren procedimientos, medios y personas.
- La remunicipalización o rescate para lo público será una fuente importante de empleo en muchos casos y de significativa satisfacción; respetando siempre la elección del dependiente en los casos que decida permanecer en el espacio familiar.

- Importante poner a la persona y sus necesidades en el centro de todas las políticas.
- En tal sentido, la reivindicación de que la Ley fomente la autonomía personal de aquellos dependientes susceptibles de promoción, cubriendo con suficiencia el cometido de los asistentes personales como pieza fundamental para el apoyo a determinados casos, la recuperación de los derechos perdidos por los recortes sociales y la agilización consecuente de las valoraciones y concesiones de prestación dentro de plazos apropiados a la necesidad a atender, se convierten en prioridades claras para la etapa de cambio social que propugnamos.

## DIVERSIDAD FUNCIONAL/DISCAPACIDAD

En el actual contexto de crisis los últimos gobiernos del PSOE y el PP, siguiendo las políticas neo liberales de la Troika, han acelerado el ataque a los derechos de la mayoría social de nuestro país provocando un proceso de empobrecimiento de las clases populares para beneficio de la minoría capitalista dominante que se concreta en un descenso brutal de derechos básicos, salarios, sanidad, educación etc. Esta política cruel y despiadada está llevando la situación del Estado de Bienestar a unos niveles comparables con los de hace treinta años.

Esta situación se refleja en el sector de Bienestar Social por medio del incumplimiento, de una u otra forma de las leyes, originando el abandono de los sectores más desprotegidos de nuestra sociedad (personas sin recursos, dependencia, inmigrantes, pobreza infantil, mayores, discapacidad, etc.).

Como objetivos principales se plantea:

- Incorporar actuaciones básicas y centradas en la mejora del actual modelo educativo.
- La potenciación de la autonomía personal para prevenir la dependencia y mejorar los niveles de integración.

## **POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL**

- La accesibilidad universal y el diseño para todos.
- La sanidad y los servicios sociales son sistemas básicos y esenciales que deben verse contemplados en un Plan Estatal que redunde en la búsqueda de una mayor participación social del colectivo, de más apoyo a las familias, y de la promoción y reconocimiento de la labor que desarrolla el sector de la discapacidad, potenciando positivamente el crecimiento de cada Comunidad.

### **EMPLEO**

Debido al retraso, de más de 30 años desde que se aprobó la LISMI, en el cumplimiento de la Ley por parte de los gobiernos del PSOE y del PP proponemos una serie de medidas que vengán a hacer justicia con el colectivo en esta materia tan importante para su Inclusión Social.

- Aumentar hasta el 5% de trabajadores con Discapacidad en las empresas de más de 50 trabajadores.
- Realizar un plan especial de incorporación en la Administración Pública que sitúe en primera instancia la incorporación en el 2% en 2 años.
- Que las empresas de más de 250 trabajadores cumplan la Ley incorporando a Personas con Discapacidad al trabajo normalizado.
- Modificar el capítulo de infracciones en la Ley 1/2013 endureciendo las penalizaciones de tal forma que no salga “a cuenta” incumplir la Ley.
- Revisar el reglamento y las funciones de los CEE (Centros Especiales de Empleo) de forma que cumplan con el papel que les asigna la Ley – mecanismos de tránsito hacia el empleo ordinario-. Para ello la administración articulará un procedimiento y dispondrá los medios para su cumplimiento.
- Establecer un salario mínimo de convenio (1.100€) para la figura del operario de los CEE.
- Que las administraciones públicas exijan obligatoria mente el cumplimiento de la Ley en los procedimientos de contratación.

- Que sea imprescindible el cumplimiento de la Ley para la firma de convenios laborales.
- Crear un organismo de control social que supervise el cumplimiento de las medidas anteriores.

## **AUTONOMÍA PERSONAL, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA**

- Priorizar una cobertura adecuada de la Atención Temprana. Recuperar la prestación de los apoyos formales e informales, a fin de evitar el deterioro del ámbito familiar. Incorporar a los Ayuntamientos en la gestión de la cartera de servicios/prestaciones de la Ley 39/2006, (Ley de Dependencia), dotándolos de las herramientas jurídicas, administrativas y económicas necesarias; considerando la aplicación de las medidas que permitan revertir la tendencia marcada por la nueva reforma local.

## **SANIDAD**

- Programa de Atención Temprana en toda la red social y sanitaria, con la dotación de recursos pertinente. Plan de inclusión en el Dispositivo de Información Sanitaria Estatal de Salud de datos específicos sobre el colectivo de Personas con Discapacidad desde la óptica de la valoración, prescripción, tratamiento y seguimiento. Un plan de formación de los recursos humanos técnicos y de apoyo del Sistema de Salud en el ámbito de las discapacidades, así como de las características y necesidades específicas de las Personas con Discapacidad.

## **MODELO EDUCATIVO**

- Es necesaria la elaboración de un libro blanco para la puesta en marcha de la escuela inclusiva para alumnos con discapacidad en todo el estado, pues aún se observan serias carencias que subsanar, por ejemplo, la dotación de

plazas de integración en los distintos centros públicos, evitando la escasez de cobertura en algunos y la excesiva concentración en otros, así como un nivel de apoyo pedagógico suficiente en cada centro con alumnos integrados.

### **ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y DISEÑO PARA TODOS**

- La Accesibilidad Universal no tendrá un avance significativo sin el desarrollo del Reglamento de Desarrollo del Régimen Sancionador en materia de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras.

### **PERSPECTIVA DE GÉNERO**

- Reconocimiento de la interlocución de las organizaciones de mujeres con o sin discapacidad para el seguimiento del Plan Estatal de Personas con Discapacidad, quienes centrarán su atención en el principio de transversalidad con todas las áreas de trabajo del propio Plan, dada la trascendencia de esta materia y la necesidad de seguir luchando contra la discriminación de género en nuestro entorno social.

### **SERVICIOS SOCIALES**

- Coexistencia articulada del Sistema de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia con los actuales Servicios Sociales reconocidos como un derecho subjetivo de los ciudadanos. Corregir la tendencia a la baja de los ratios de atención que afecta a gran número de personas con discapacidad física y /o intelectual, unido al crecimiento constante del colectivo de mayores. Revertir la privatización generalizada de servicios sociales, manteniendo la responsabilidad pública de su cobertura y gestión.

### **ESTUDIO DE LAS NECESIDADES SOCIALES DEL SECTOR**

- Creación de un Observatorio sobre la Situación Social de la Discapacidad para el conocimiento real y actualizado de la problemática del colectivo para la implementación de las medidas correspondientes.

- Democratización de todas las organizaciones del sector de la Discapacidad, como condición para su reconocimiento y apoyo por los poderes públicos y control por la Administración de la correcta aplicación de los recursos a los fines sociales y del cumplimiento de éstos.

## POLÍTICAS DE INFANCIA

- **Aumentar la inversión pública** en España en políticas de protección social de las familias y la infancia, que actualmente es de 1,4% del PIB, y aproximarla a la media de la UE28 (2,2%) en 2020.
- **Reducir la pobreza infantil** medida en función del indicador AROPE en 690.000 niños y niñas hasta 2020,
- **Priorizar las políticas de infancia en la agenda pública y política.** Se ha de visibilizar a una infancia, privada de muchos de sus derechos y oculta en la estructura familiar, llevando al niño a ser un sujeto social pleno y no un mero objeto de protección, en consonancia con la Convención de los Derechos del Niño y de la Niña. En consecuencia se propone la evaluación del cumplimiento de la Ley de Garantías de la infancia y la adolescencia, o similar, como marco para revisar la situación de la infancia y el cumplimiento de sus derechos. Para ello se aprobará un **Plan para la Promoción de los Derechos y del Bienestar de la Infancia y la Adolescencia**, que desarrolle los programas intersectoriales que estimulen y regulen las garantías de calidad de los servicios de atención a la infancia, la adolescencia y las familias.
- **Impulso normativo y para la introducción del enfoque de derechos en la atención a la infancia.** El interés de la infancia debe dejar de ser un concepto indeterminado para ser definido y concretar mecanismos que permitan el control y la protección efectiva de los derechos:
- un **Consejo Audiovisual** para ejercer la vigilancia y sanción de las intromisiones en el derecho al honor, la intimidación familiar y personal y la propia imagen de los niños, niñas y adolescentes,

## **POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL**

- la creación de una **Carta para la Protección del Menor no Acompañado** y la redacción de **Protocolos de Atención, Calidad y Evaluación de Servicios**.
- Para erradicar las situaciones de abuso y maltrato entre iguales, de violencia de género y para la detección y atención de situaciones de riesgo social se propone la Creación de **Equipos de Mediación, especializados en la resolución de Conflictos** en los distintos ámbitos **donde se desarrolla la vida social de la infancia**.
- **Observatorio de los derechos de la infancia y adolescencia:** recopilar y disponer de información sobre la realidad de la infancia y de la evaluación de las políticas y programas que a su atención se destinan.
- **Revisar y potenciar la legislación y los instrumentos de protección de menores.** Se ha producido un recorte en los recursos dedicados a la protección de los menores en situaciones de riesgo y desamparo. Es necesario **regular el funcionamiento de la Comisión de Tutela del Menor, dar prioridad al acogimiento familiar sobre el residencial y regular el Acogimiento Familiar** contemplando, entre otros aspectos, el **desarrollo del acogimiento familiar profesionalizado**, así como un **programa de acompañamiento y apoyo al acogimiento familiar extensa**, revisar el funcionamiento de los centros residenciales. Todo lo cual se plasmará en un **desarrollo normativo que regule el Acogimiento Residencial** que contemple los **tipos de centros en función de las necesidades de los menores**.
- **Promoción de la parentalidad positiva y la conciliación.** Proponemos trabajar con las familias con una finalidad educativa y comunitaria que facilite la prevención de conflictos. Es necesario actuar sobre la solidaridad intergeneracional, la seguridad económica, la salud, la educación, el acceso a la vivienda, la situación de las familias monoparentales o la gestión de los conflictos familiares.
- Aplicar un **IVA reducido** a productos de consumo y servicios necesarios para el cuidado de los niños (especialmente en la primera infancia).
- **Impulso de foros, consejos y otros espacios de participación infantil.**



izquierda **unida**

- **Diseño de una ley integral de violencia contra la infancia**, contra el maltrato, el abuso, la explotación sexual y toda forma de violencia contra la infancia, el ciberacoso o (grooming).
- **Plan especial urgente para combatir la pobreza y la exclusión social infantil (ver medidas urgentes)**
- Creación de una oficina de defensor del menor que asuma las funciones de proteger y promover los derechos de la infancia.

