

UN PAÍS QUE LUCHA POR
**UN SISTEMA
SANITARIO
PÚBLICO,
UNIVERSAL
Y DE CALIDAD**



TU IZQUIERDA



El concepto de salud va más allá de la ausencia de enfermedad y se considera “un estado completo de bienestar físico, mental y social”. **Entendemos el acceso a la sanidad como derecho social fundamental**, 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 de una forma integral.**

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 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.

1. 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.
- 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.

2. 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 7,5% del PIB.
- Estudio de la deuda sanitaria y control de la misma. Diferenciando entre deuda legítima e ilegítima.
- Universalización de la sanidad como derecho subjetivo ciudadano. Inclusión en este derecho de todas las personas extranjeras residentes con permiso de residencia actualmente excluidas por el RDL 7/2018. Extensión del derecho a la asistencia sanitaria a las embarazadas, menores y de urgencia por accidente o enfermedad grave sobrevenida a las personas que se encuentren en España.
- 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.
- Aumento de plazas MIR acorde a las necesidades a corto, medio y largo plazo. Fomento de la formación y fijación de personal sanitario.

3. 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.
- 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.
- Promover la equidad en el diagnóstico en toda su extensión dentro del ámbito sanitario.
- Promover en el ámbito educativo el estudio específico de las diferencias en el diagnóstico de las mujeres más allá del ámbito reproductivo.
- Promoción de estudios específicos de la morbilidad diferencial.
- Establecer medidas para la igualdad de género en toda la sociedad.
- Mejorar los protocolos sanitarios para la lucha contra la violencia machista.
- Promover la igualdad de cuidados dentro del sistema sanitario ante cuadros clínicos similares.
- Establecer políticas para erradicar los sesgos de género en salud tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y en la investigación.
- Igualdad de representación en los ensayos farmacológicos.
- Promoción de investigaciones sobre la influencia de los determinantes sociales en la salud que incluyan el género.
- Fin del androcentrismo sanitario.
- No al abuso de las farmacéuticas que refuerzan estereotipos de edades y estéticas heteronormativas que generan millones de beneficios.
- No a la mercantilización de la salud y el cuerpo de las mujeres.
- Promover la igualdad en la salud de colectivos de mujeres múltiplemente

interseccionadas por diferentes variables y especialmente vulnerables (Mujer, discapacidad, edad avanzada, pobreza).

4. 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.

Potenciar la Atención Primaria La Atención Primaria tiene que ser la clave y la base de todo el sistema sanitario. La AP es el nivel con capacidad desarrollar las actividades de promoción y prevenir de la salud (adelantándose el daño que supone la enfermedad); facilitar el acceso de la población al Sistema en condiciones de equidad; realizar la asignación racional y eficiente de los recursos (en base a 3 las necesidades de los pacientes); garantizar la continuidad a los cuidados de salud de las personas a lo largo de todas las etapas vitales; permitir la participación social en la planificación y control des sistema sanitario. Por ello entendemos que es fundamental su potenciación articulando una estrategia que acabe con su postergación actual.

- 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.
- Combatir las desigualdades en atención primaria que sufre el pueblo gitano llevando a cabo actuaciones dirigidas a intensificar el trabajo comunitario con los profesionales de la salud, dotándolos de las herramientas necesarias para su correcta intervención.
- 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.
- Presupuestos finalistas del 25% de la inversión en sanidad para la AP.
- Aumentar el personal de enfermería de forma acorde a las necesidades poblacionales y según otros criterios, dependiendo de la densidad poblacional, necesidad de cuidados, edad de la población, accesibilidad, etc.

- Aumento de plazas MIR.

5. 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, malformaciones congénitas), tumores y otras enfermedades en órganos hormona-dependientes (mama, próstata, testículos, tiroides), enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad,), 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 personal sanitario, educadores/as y periodistas.
- Fomentar el consumo de alimentos orgánicos y de kilómetro 0 en escuelas infantiles, 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).
- Establecer fórmulas para crear nuevos modelos de ciudad saludables, incidiendo especialmente en la planificación de las zonas periféricas y los barrios más pobres.
- Obligatoriedad de controles de la calidad del aire en las ciudades.

6. 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.
- 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.).

7. 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 personal médico de Atención Primaria para tratar a los pacientes geriátricos.

8. 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.

9. 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 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.

10. 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.

11. 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.
- 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.**

12. 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 para que se encargue de gestionar, de forma pública y transparente, con los propios recursos materiales y humanos de la Administración, el sistema informático sobre el que se sustenta la Base de datos de Aseguramiento Sanitario, que pasará a depender del Ministerio de Sanidad en lugar del INSS.
- Llevaremos a cabo la Informatización de los informes de Servicios Sociales para integrarlos en la historia clínica actual. De este modo habrá un único modelo integrado, que sirva para toda la estructura del Salud y Servicios Sociales con un único número de historia clínica (sociosanitaria) por paciente para todo el sistema, que será el nº CIP-SNS de la base de datos BADAS dependiente del Ministerio de Sanidad. Al igual que ahora se hace con el Número de la Seguridad Social, el CIP-SNS se asignará de oficio a todos los recién nacidos en España. El registro en BADAS se hará en las maternidades o de oficio desde el registro civil.
- **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.