

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

# INFORMES

## DE LA FUNDACIÓN

---

2009  
ABRIL  
05

### Reflexiones sobre el sistema sanitario en España

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE  
Estudios de Política Sanitaria



**Fundación 1º de Mayo** | Centro Sindical de Estudios  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es) | [1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)

Informes de la Fundación. ISSN 1989-4473

La Sanidad Pública es, con la educación y las pensiones, uno de los pilares del Estado del Bienestar y en esencia es un ejercicio de solidaridad de los mas sanos y con mayores recursos económicos con quienes están mas enfermos y tienen menos recursos. El carácter público es fundamental tanto en su financiación como en su provisión porque es lo que asegura la cobertura de las necesidades de salud y no de los intereses del mercado y permite la equidad, solidaridad y accesibilidad que son las bases de cualquier sistema de protección social.

Si esto es así en cualquier momento, la crisis económica le confiere una importancia especial porque es una situación en que la necesidad de cuidados de salud se incrementa (es bien conocido que la enfermedad aumenta en relación con el paro y pobreza) y además un porcentaje creciente de la población carece de capacidad económica para buscar atención alternativa en la medicina privada.

En nuestro país corren malos tiempos para la Sanidad Pública y ello resulta bastante paradójico, porque tenemos un sistema sanitario que tiene una gran consideración internacional por su accesibilidad, cobertura universal, gratuidad en el momento del uso y prestaciones de gran calidad, a mas de hacerlo a unos costes muy bajos.

No obstante conviene no perder de vista que existen bastantes problemas que habría que solventar. Los principales serían:

## 1. PROBLEMAS DE FINANCIACIÓN

El sistema sanitario esta subfinanciado crónicamente, pero además a partir de las transferencias han sido las CCAA las que han tomado las decisiones sobre los presupuestos que se dedicaban a la sanidad, de manera que se ha abierto una gran brecha entre ellas. Por poner solo un ej, para 2009 el presupuesto per capita aprobado oscila entre 1.125,33 € (Valencia) y 1.595,28 (País Vasco) con un promedio de 1.351,57 €. Esta diferencia entre los máximos y mínimos lejos de haberse disminuido ha aumentado desde la finalización de las transferencias, tal y como se recoge en la tabla siguiente, donde se observa que el % de diferencia sobre la media se ha incrementado en 11,96 puntos desde entonces.

### Presupuestos sanitarios CCAA (€/habitante/año)

	2002	2009
Media	836,90	1351,57
Máximo	943,80	1595,98
Mínimo	752,44	1125,33
Diferencia entre máximo y mínimo	191,36	470,65
% de diferencia sobre la media	22,86	34,82

*Elaboración propia (Fuente: Presupuestos CCAA e INE)*

Naturalmente estas diferencias tan acusadas de financiación favorecen diferencias también cada vez mayores en dotación (profesionales de medicina y enfermería, camas,

etc) lo que a la postre produce distorsiones en el funcionamiento del sistema (listas de espera, etc) y rompe con la equidad y la accesibilidad del sistema de salud.

## 2. POLÍTICA FARMACÉUTICA

En España tenemos un gasto farmacéutico muy elevado que se sitúa en torno al 25% del gasto sanitario público, aunque habitualmente solo se conoce el gasto financiado con recetas de la seguridad social, por cierto que es fácilmente accesible mensualmente en la pagina web del ministerio de Sanidad, en contraste con el gasto hospitalario que es desconocido para el publico en parte debido a que es competencia de las distintas CCAA. El crecimiento del gasto farmacéutico se encuentra en unos márgenes alrededor del 6% anual (el de las recetas) y el hospitalario en torno al 14% (el último dato conocido es el del estudio sobre gasto sanitario del Ministerio de Hacienda de 2008 con datos de 2006), pero hay una percepción de que el gasto hospitalario ha continuado creciendo en cifras probablemente superiores.

El tema es muy grave porque debemos de tener en cuenta que los aumentos presupuestarios de la Sanidad en las CCAA para 2009 se sitúan en un 2,9% de promedio lo que significaría que, de manetenerse esta tendencia de aumento en el gasto farmacéutico este se comería una parte creciente del presupuesto y quedaría una parte cada vez menor para la asistencia sanitaria.

No menos cierto es que el gasto sanitario per capita tiene una irregular distribución entre CCAA, en parte seguramente influenciado por el envejecimiento de la población que no se distribuye homogéneamente entre ellas (es conocido que a mayor edad existe una mayor prevalencia de enfermedades y por lo tanto un mayor consumo de fármacos).

La tabla siguiente recoge el gasto farmacéutico per capita en 2008, el crecimiento del mismo sobre 2007, el porcentaje del gasto farmacéutico sobre el presupuesto y el porcentaje de genéricos por CCAA (en negrita los máximos y mínimos para cada categoría).

### Gasto farmacéutico

	GF	08/07	%GF	%GENÉRICOS
Andalucía	239,46	6,85	20,04%	<b>26,46</b>
Aragón	294,90	8,05	20,78%	16,20
Asturias	<b>313,40</b>	6,95	21,51%	16,34
Baleares	<b>197,05</b>	6,97	16,84%	24,33
Canarias	256,06	<b>9,28</b>	18,14%	11,58
Cantabria	264,26	6,97	19,43%	23,39
Castilla y León	275,47	7,86	21,51%	22,05
Castilla La Mancha	285,82	8,71	21,37%	17,10
Cataluña	250,02	7,14	19,92%	23,80
Cdad Valenciana	308,74	7,40	27,43%	12,70

Extremadura	300,09	6,12	19,05%	16,96
Galicia	312,28	6,87	22,95%	<b>8,75</b>
Madrid	198,84	<b>5,20</b>	17,50%	25,29
Murcia	291,76	7,97	21,47%	11,46
Navarra	254,04	5,98	17,44%	16,18
País Vasco	261,01	6,00	16,35%	16,27
La Rioja	265,28	9,13	17,84%	14,26
Media	268,73	6,87	19,88%	17,83
IC 95%	250,68 – 286,78	6,67 – 7,84		15,04-20,61

*GF: Gasto farmacéutico per cápita (euros/año)*

*08/07= Aumento del gasto farmacéutico en 2008/2007*

*%GF= % Gasto farmacéutico*

Aparte de esta distribución autonómica irregular, nuestro país tiene además algunas anomalías respecto al gasto farmacéutico que deberían de corregirse:

- a) Genéricos: El porcentaje de genéricos sobre las prescripciones es bastante bajo en comparación con los demás países europeos (en Europa se mueven en torno al 20%, con máximos del 25-30% en UK y Alemania).
- b) Distribución/dispensación: En España las oficinas de farmacia tienen porcentajes de beneficios excesivos (>30%) sobre todo si se tiene en cuenta que se trata de negocios comerciales en régimen de casi – monopolio (apertura regulada y restringida), por otro lado la distribución (que en general también esta controlada por los farmacéuticos con oficina de farmacia) tiene grandes márgenes y utiliza prácticas ilegales como las bonificaciones que no se controlan.
- c) Marketing sin control: la industria bombardea a los profesionales con todo tipo de regalos/corruptelas (desde bolígrafos a comidas, viajes a congresos nacionales e internacionales) que influyen en la prescripción y encarecen el precio (aproximadamente un 30% del PVP se gasta en estas iniciativas)
- d) De"formación" a cargo de la industria: las farmacéuticas esponsorizan todo tipo de actividades formativas, siempre y cuando coincidan con sus intereses. Lo mismo pasa con la investigación.

### 3. FALTA DE COHESIÓN

Se ha dicho que en realidad existen 17 servicios de salud distintos, y aunque es un poco exagerado, la realidad es que hay muchas mas diferencias de lo que justifica la situación de salud de la población. Y ello tanto a nivel organizativo, como de prestaciones y sobre todo de sistemas de información que ahora resulta casi imposible de conseguir de una manera comparable.

Hace falta un órgano de dirección/coordinación del Sistema Nacional de Salud (SNS)

y ello hasta ahora no se ha materializado a pesar de algunos esfuerzos del Ministerio en estos últimos años y de la Ley de Cohesión del SNS que pretendía acabar con esta situación, y esta claro que el Consejo Interterritorial del SNS no ha querido o podido cumplir con esta función de coordinación y gobierno del sistema sanitario.

#### **4. POCO DESARROLLO DE POLÍTICAS DE SALUD**

La salud, en los servicios regionales y a nivel del SNS es una bella consigna que aparece en todos los discursos pero que esta cada vez mas lejos cuanto mas nos acercamos a la realidad de los dispositivos y servicios que están enfocados primordialmente a atender las demandas asistenciales de la población y en mas de un caso a fomentarlas de manera poco responsable (un buen ejemplo es la vacunación contra el virus del papiloma humano).. La vigilancia epidemiológica esta también infradotada y las políticas activas de salud son poco relevantes y a veces dirigidas mas hacia actividades con impacto mediático que a actuaciones con capacidad real de producir transformaciones, así sucede por ej con los planes aprobados por el Ministerio para temas/patologías concretas ( obesidad, cardiovasculares, etc) de resultados inciertos mas allá de los titulares televisivos y con poca o ninguna presencia en la practica de los centros sanitarios.

#### **5. INFRADESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SUS RELACIONES CON LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Se supone que la base de todo el sistema sanitario público es una potente Atención Primaria de Salud, sin embargo la realidad suele avanzar en el sentido contrario, para empezar ya casi solo se habla de Atención Primaria, lo de salud se ve que era demasiado, pero además se esta viviendo una profunda crisis en la AP que proviene de varios hechos que se han ido consolidando en los últimos 10 años:

- Aumento de la presión asistencial resultado de la no ampliación de las plantillas de acuerdo con el crecimiento de la población.
- Postergación presupuestaria de la AP
- Mitificación de la medicina hipertecnológica y afín al espectáculo
- Hiperespecialización del sistema sanitario
- Medicalización de la vida cotidiana
- Desmoralización de los profesionales de AP
- Falta de interés de la mayoría de las administraciones sanitarias en una atención que se presta poco a la utilización electoralista.

Otra vez se detectan importantes diferencias entre CCAA, tanto en lo que respecta a personal como a la oferta de servicios, pruebas diagnósticas y terapéuticas y en cuanto al numero de habitantes por profesional de enfermería, medicina general y pediatría. A pesar de ello la mayoría de las personas atendidas en AP considera que la atención prestada fue buena o muy buena y sin embargo el porcentaje de quienes prefieren la medicina privada es bastante alto (superior al 25% en el mejor de los casos).

La tabla siguiente recoge estos resultados según fuentes del Ministerio de Sanidad y Consumo (en negritas valores máximo y mínimo de cada categoría).

	OS	OPD	OPT	APD	HMG	HP	HE	AP	AT
Andalucía	85,00	66,60	90,90	85,40	1.416,00	1.125,00	1.795,00	56,40	85,70
Aragón	83,00	73,30	90,90	91,30	1.243,00	1.016,00	1.464,00	59,60	<b>91,40</b>
Asturias	79,50	77,70	83,30	89,40	1.553,00	<b>808,00</b>	1.592,00	66,70	88,80
Baleares	49,00	71,70	84,10	<b>98,00</b>	<b>1.820,00</b>	1.153,00	2.050,00	47,40	87,70
Canarias	69,80	57,70	77,30	83,40	1.679,00	1.059,00	1.773,00	<b>41,90</b>	<b>77,10</b>
Cantabria	91,50	77,70	83,30	86,70	1.327,00	986,00	1.594,00	60,90	90,40
Castilla la Mancha	37,20	55,50	75,00	86,00	1.286,00	1.295,00	1.426,00	66,80	85,90
Castilla-León	72,20	68,80	81,80	86,70	<b>921,00</b>	<b>1.300,00</b>	1.247,00	<b>76,40</b>	85,50
Cataluña	<b>97,00</b>	<b>97,70</b>	<b>100,00</b>	89,40	1.443,00	995,00	1.598,00	47,90	80,70
Cdad Valenciana	92,70	71,10	70,40	87,40	1.567,00	933,00	1.874,00	61,20	79,30
Extremadura	45,70	64,40	70,40	94,70	1.192,00	1.185,00	<b>1.237,00</b>	56,90	84,40
Galicia	75,90	62,20	72,70	89,40	1.429,00	964,00	1.888,00	64,50	85,10
Madrid	65,00	53,30	75,00	86,00	1.708,00	980,00	1.971,00	62,40	83,70
Murcia	63,80	57,70	93,20	90,00	1.691,00	1.210,00	<b>2.007,00</b>	50,40	89,10
Navarra	57,80	64,40	81,80	86,00	1.446,00	974,00	1.445,00	53,60	82,40
País Vasco	87,90	77,70	75,00	90,00	1.746,00	930,00	1.808,00	67,20	87,90
La Rioja	<b>46,90</b>	<b>44,40</b>	<b>65,90</b>	<b>50,90</b>	1.377,00	1.008,00	1.553,00	56,50	86,10

OS = oferta de servicios

OPD = oferta de pruebas diagnosticas

OPT = oferta procedimientos terapéuticos

APD = acceso a pruebas diagnosticas segundo nivel asistencial

HMG = habitantes > 14 años/ médico general

HP= habitantes <14 años/pediatra

HE= habitantes / enfermera

AP= porcentaje de personas que elegirían la Sanidad Pública para ir al medico general/pediatra

AT= porcentaje de personas que consideran que fueron atendidas bien o muy bien por su médico general

Por medio no se ha avanzado de manera significativa en la integración de actividades entre Primaria y Especializada que es una de las claves para el buen funcionamiento del conjunto del sistema sanitario público. La experiencias de gestión por áreas de salud que prometían una mejor integración de los niveles asistenciales están todavía por demostrar su utilidad. Existe un programa del Ministerio de Sanidad y las CCAA (AP21) que propone 44 estrategias de mejora de la AP que, planteando medidas inte-

resantes para favorecer una mayor calidad de la AP han tenido poca operatividad practica hasta el presente.

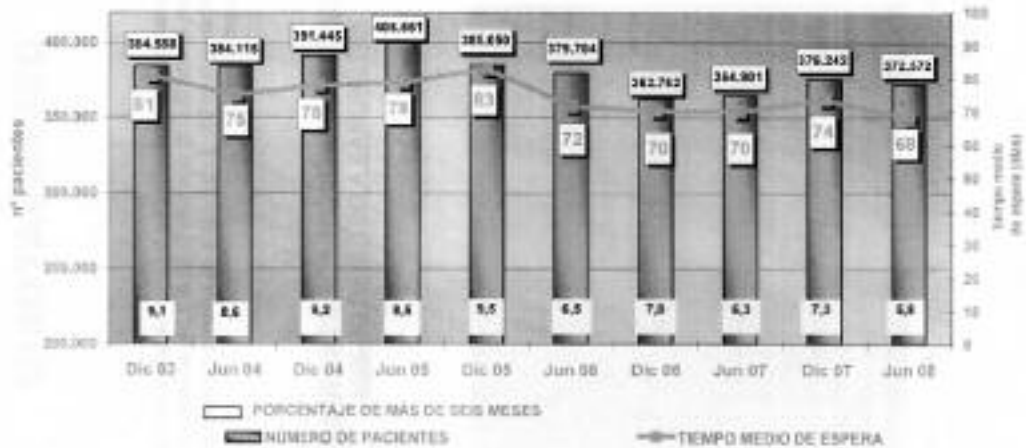
## 6. LISTAS DE ESPERA

Un problema importante es la lista de espera, tradicionalmente quirúrgica, a la que se ha sumado la de pruebas diagnósticas, consultas de especialistas y mas reciente para medico general y pediatra de Atención Primaria. Lo primero que hay que tener en cuenta que la lista de espera en un sistema público de cobertura universal y prestaciones amplias como es el nuestro es el mecanismo de ajuste entre la demanda de servicios sanitarios y la oferta necesariamente limitada y menos flexible. Naturalmente si las esperas son muy prolongadas se convierten en un mecanismo disuasorio y discriminatorio porque la capacidad de superarlas se sitúa en la capacidad económica de las personas.

En España la información sobre listas de espera sufre un secuestro por parte de las Administraciones Sanitarias. Existe una información del Ministerio de Sanidad sobre listas de espera quirúrgica, que al aparecer agregada para todo el país (con excepción de Madrid que no esta incluida por su descarada manipulación a la hora de contabilizarlas) no permite conocer las desigualdades que se producen entre las CCAA, si bien la percepción que hay sobre las mismas es que son claramente excesivas y con frecuencia inaceptables.

**LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS**  
Evolución Diciembre 2003 - Junio 2008

Pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera y porcentaje de más de seis meses



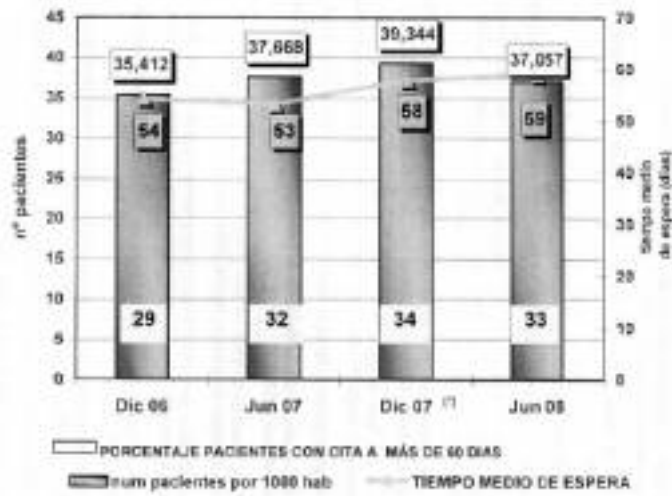
(\*) Estimada sobre el total de lista de espera de un Servicio de Salud a partir de los procesos seleccionados; Mifan datos de una una Comunidad Autónoma (excluidos en todo la serie)



### LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EN EL SNS

Evolución Diciembre 2006 - Junio 2008

Pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera y porcentaje de pacientes con cita de más de 60 días

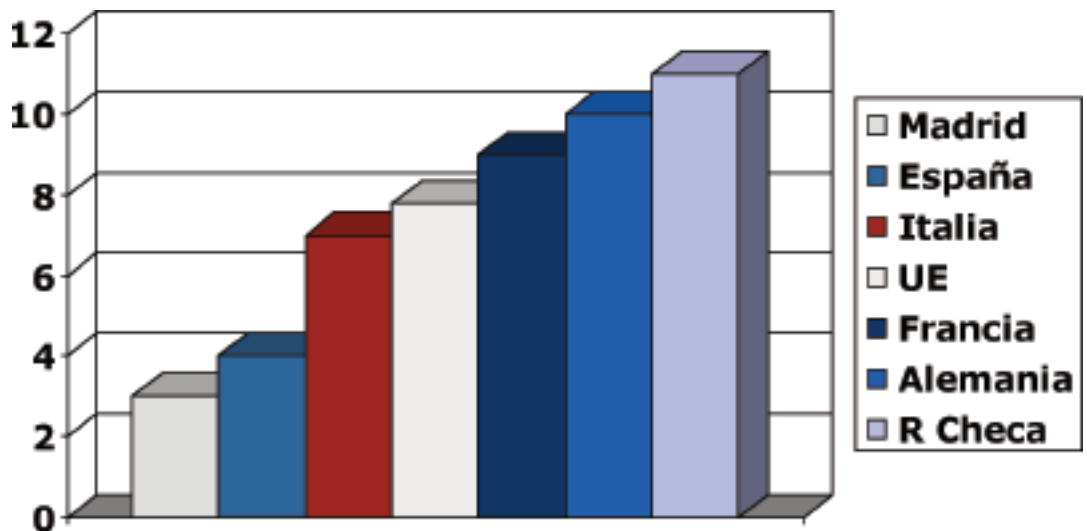


Información referida a 14 Comunidades Autónomas más Ingresa (58,4% de la población)

(\*) Actualización de los datos de la serie

Sus causas son múltiples e interrelacionadas: un número de camas insuficientes (tenemos uno de los índices de camas/1.000 habitantes menores de la Unión Europea de 27 países), mal aprovechamiento de los recursos públicos (infrautilizados durante horas), escasez de algunos especialistas, protocolos inadecuados de derivación y elevada presión asistencial de los médicos de AP que hacen que muchos problemas que podrían resolverse a este nivel acaben en el especialista, sobre utilización tecnológica, mentalidad de consumismo sanitario de una parte de la población, etc.

### Camas hospitalarias/1.000 habitantes en Europa





En todo caso se trata de un serio problema que deslegitima el sistema sanitario público, en muchos casos se utiliza como excusa para la derivación de enfermos al sector privado y puede acarrear problemas de salud importantes.

## 7. INEXISTENCIA DE POLÍTICAS PROFESIONALES

La política profesional es básicamente inexistente a nivel de cada servicio regional y del conjunto del SNS, dándose la curiosa paradoja de que los servicios autonómicos compiten entre si por los profesionales e incluso lo hacen los gerentes de los distintos centros dentro de cada comunidad autónoma y área.

Todavía andamos envueltos en una absurda polémica sobre si hay pocos o muchos médicos en nuestro país cuando en el conjunto del SNS trabajan alrededor del 61% de los médicos españoles (o sea que lo que faltan son ofertas de trabajo en el sector público), pero nada se dice de la evidente falta de profesionales de enfermería (lo que se observa claramente en la tabla siguiente) y de su infrutilización con unas funciones que están claramente por debajo de su titulación.

---

### Profesionales de la medicina y enfermería en España y la UE 27 (por 1.000 habitantes)

	MÉDICOS	ENFERMERÍA	RATIO ENF/MED
UE 27	3,28	7,84	2,43
UE SNS	3,24	8,50	2,63
España	3,22	7,44	2,39

*Fuente : Atlas os Health in Europe 2008 (OMS Europe)*

---

La nueva regulación de especialidades, necesidad planteada en 1986 en la Ley General de Sanidad, todavía no se sabe cuando aparecerá, y por lo tanto seguimos con un sistema obsoleto de especialidades que favorece la recirculación de profesionales en el sistema MIR, la excesiva parcelación de la asistencia sanitaria y la existencia de bolsas de paro de especialistas al lado de carencias significativas. La dedicación exclusiva, fundamental para fomentar la identificación de los profesionales con el sistema público de salud ha sido abandonada en la mayoría de las CCAA ( en mas de un caso a iniciativa de gobiernos socialistas), impidiendo el desarrollo de una ética y de un cuerpo profesional público. La carrera profesional, supuestamente organizada para favorecer una incentivación de los mejores profesionales en cuanto a resultados y dedicación, se ha transformado en unos quinquenios regularmente retribuidos.

## 8. AUSENCIA DE MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

La participación ciudadana es básicamente inexistente a pesar de algunas experiencias interesantes en alguna comunidad autónoma como Castilla La Mancha, y la profesional ya ni se plantea.

## 9. PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO PROFESIONAL

La organización de los servicios sanitarios ha pasado de una cultura muy jerarquizada y burocrática con jefes inamovibles de modos y conocimientos muy esclerotizados a otra en que para huir de esa situación se ha potenciado la libre designación a criterio de los políticos de turno, y donde lo importante no son los conocimientos, valía científica y organizativa ni la capacidad de liderazgo sino la adscripción política y el amiguismo que han ido creciendo con el mayor descaro ( por poner solo un ej todas las jefaturas de los nuevos hospitales de Madrid son de libre designación sin concurso de meritos), al final solo se premia la incompetencia y la capacidad de estar a bien con los jefes, eso ha ido minando las relaciones profesionales. Las direcciones y gerencias son lo mismo en grado superlativo.

## 10. OFENSIVA PRIVATIZADORA

Y en medio de todo ello una potente ofensiva privatizadora que busca el fomento de los intereses económicos privados por delante de los derechos a la salud de los ciudadanos. Esta ofensiva que comenzó con la separación, por otro lado bastante artificial en la mayoría de los casos, entre financiación y provisión, se ha desarrollado en varios aspectos, aumento de las externalizaciones, en general incontroladas, incremento de los conciertos, de la desregulación / empresarización de los centros sanitarios y de la privatización directa.

Los denominados “nuevos modelos de gestión” han proliferado en casi todas las CCAA utilizando además formulas diferenciadas que impiden una evaluación seria que, por otro lado, se ha evitado sistemáticamente por parte de los responsables de las administraciones sanitarias. Así tenemos en España:

- Fundaciones sanitarias
- Empresas públicas
- Concesiones administrativas
- Iniciativas de financiación privada
- Consorcios
- Entidades de base asociativa (EBAs)

Y como era de esperar ha avanzado especialmente en CCAA gobernadas por el PP como Madrid (8 nuevos hospitales, mas los 4 mas proyectados) o Valencia (Alzira, Denia, Torrevejeja, etc), que se extiende también a la Atención Primaria (EBAs en Cataluña, Valencia incluyéndola en las concesiones hospitalarias, proyecto de área única en Madrid, etc). Y todo ello sin que se haya demostrado en ningún momento que mejoren la atención sanitaria y en algún caso que, por el contrario, suponen un empeoramiento. Pero para ser justos hay que señalar que algunas CCAA han avanzado en sentido contrario reforzando la red pública (Extremadura, Castilla La Mancha) y que incluso en alguna como en Galicia se ha llevado a cabo la integración en la red pública de los experimentos pseudo privados (fundaciones) aunque los últimos resultados electorales no auguran nada bueno.

## ALGUNAS ALTERNATIVAS

El centro del debate es recuperar la ideología de los bienes públicos esenciales y de la salud como un derecho de las personas, y por lo tanto la imposibilidad de que estos sean atendidos de manera eficaz y eficiente por dispositivos que no respondan a la lógica del servicio público. Se precisa una recuperación de estas señas ideológicas que, coyunturalmente, tienen un apoyo en los desastres provocados por los fundamentalistas del mercado y en el reconocimiento generalizado de que el Estado debe de asumir las funciones de sostenimiento de las bases para el buen funcionamiento de la sociedad.

En lo concreto habría que avanzar en varios aspectos:

1. Mayor financiación pública para la Sanidad y carácter finalista de la misma
2. Mecanismos de reparto fundamentados en las necesidades de salud de la población para lo que es imprescindible la elaboración de un Plan Integrado de Salud como instrumento para favorecer las políticas de salud y la cohesión del SNS
3. Potenciar la labor de coordinación el Consejo Interterritorial de Salud, dotándole de mas capacidad a la hora de tomar decisiones vinculantes a todas las CCAA, y condicionar las transferencias de fondos al cumplimiento de objetivos de salud
4. Política farmacéutica encaminada a:
  - Aumentar la utilización de medicamentos genéricos
  - Control estricto de las actividades de “marketing” de las empresas farmacéuticas
  - Fomentar la utilización racional de medicamentos mediante guías y protocolos farmaco – terapéuticos.
  - Establecer una línea directa por parte de las Administraciones sanitarias de información/formación de los prescriptores.
  - Reducción de los márgenes de las oficinas de farmacia
  - Educación para la salud de la población sobre el consumo responsable de farmacos
5. Favorecer la identificación de los profesionales con el servicio público de salud especialmente desarrollando la dedicación exclusiva y mecanismos de reconocimiento profesional
6. Potenciar la Atención Primaria de Salud: recursos profesionales suficientes, favorecer medios diagnósticos y terapéuticos, fomento de actividades de prevención y promoción.
7. Mejora y fomento de la integración de los servicios asistenciales
8. Poner en marcha el registro de profesionales de la salud ya contemplado en la LOPS
9. Inmediata configuración de las especialidades médicas estableciendo un sistema troncal de especialidades
10. Establecimientos de garantías de demoras máximas según patologías y dotación de recursos suficientes a Atención Primaria y Especializada.
11. Poner en marcha mecanismos efectivos de participación social y profesional

12. Potenciar el carácter público del sistema de salud, deteniendo las privatizaciones, potenciando el sistema público en las nuevas infraestructuras y reintegrando a la red pública a los centros privatizados o con sistemas de gestión privada.

Para avanzar en este sentido y lograr los objetivos señalados anteriormente, es imprescindible el articular un amplio movimiento social y profesional para detener la tremenda ofensiva de desmantelamiento de los servicios públicos que se está viviendo en nuestro país.

Los sindicatos como garantes de una prestación que sigue considerándose como de la Seguridad Social tienen un papel crucial tanto en lo institucional (mediante su participación en los distintos foros de representación social) como en el marco del diálogo social.

Nos estamos jugando una parcela muy importante de nuestro futuro y de los derechos conquistados con el esfuerzo de la mayoría de la población. Todavía estamos a tiempo de conseguir un cambio en la situación.