

La atención primaria en Catalunya: una paulatina regresión

1. Peculiaridades del sistema sanitario catalán y peculiaridades políticas

La Constitución Española de 1978 reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y en su articulado contempla la transferencia de las competencias de salud a las comunidades autónomas. Fue la Ley General de Sanidad de 1986 la que consagró la transferencia de estas competencias, aunque en Cataluña el Institut Català de la Salut (ICS) ya se había creado en 1983 para gestionar los servicios y las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social incluidas en el Instituto Nacional de Previsión. Posteriormente, en 1990, a raíz de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) (1), se constituye el Servei Català de la Salut (CatSalut) como «aseguradora» pública (autodefinición que invita a un sugerente análisis semántico) y se define el «modelo sanitario catalán» en el que el CatSalut puede contratar al ICS o a otras empresas proveedoras de servicios sanitarios. De este modo, el sistema público de salud contrata, junto al ICS, a diversas entidades de larga tradición en Catalunya (fundaciones, consorcios, mutualidades y centros de la Iglesia), que se constituyen como Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP, en sus siglas en catalán).

En 2010 se va un paso más allá en el modelo mixto promovido por la LOSC, con la creación del Sistema Sanitario Integral de utilización pública (SISCAT) (2), que lleva a asumir como sistema público de salud un complejo conglomerado de entidades de distinta naturaleza: empresas estrictamente

públicas (ICS), otras formulaciones públicas (fundaciones, consorcios) y empresas privadas que ofrecen prestaciones y servicios a cuenta del sistema público, cuyo máximo responsable es el Servei Català de la Salut (CatSalut). De esta manera quedan asimilados como públicos proveedores sin diferenciar la naturaleza de su propiedad ni de sus intereses. Con el SISCAT se renuncia a la red integral y cohesionada de servicios sanitarios y se entra claramente en el juego de las leyes del mercado y de los beneficios empresariales. No existe frontera entre el sistema público y el sistema privado, de manera que una persona puede ser atendida en un mismo centro en calidad de cliente privado o en calidad de ciudadano protegido por el sistema público. También puede ser atendido en un centro público y practicarse la prueba complementaria solicitada en este en un centro privado. Este hecho ha creado una enorme confusión en los ciudadanos y entre los profesionales, que no visualizan fácilmente el proceso de privatización que se va llevando a cabo. Es la privatización a la catalana, más sutil y engañosa que las emprendidas en otras comunidades. Hay que decir que el modelo sanitario catalán ha disfrutado históricamente del apoyo de todas las fuerzas políticas parlamentarias, excepto en esta última legislatura.

A diferencia de la red hospitalaria, en la que son minoría los hospitales propios de la Generalitat, la atención primaria se provisiona fundamentalmente a través de la empresa pública Institut Català de la Salut (ICS). Esta cuenta con 285 equipos de atención primaria (EAP) (el 77,2%). Otras enti-

dades públicas tienen 46 EAP (12,5%), otras entidades con participación privada tienen 25 EAP (6,8%) y las Entidades de Base Asociativa (EBA) tienen 13 equipos (3,5%). En total contamos con 39 entidades proveedoras de atención primaria. Estas cifras no se han modificado prácticamente en los últimos años. En el informe de la Central de Resultados de Atención Primaria (3) (potente herramienta de análisis y evaluación de los datos sanitarios disponibles en Cataluña) no se diferencian los resultados por tipo de provisión, por lo que resulta difícil evaluar posibles diferencias entre equipos. Cabe señalar que un estudio realizado en 2005 apreciaba una mayor satisfacción de los profesionales de los equipos que formaban EBAs (4).

El hecho de que el ICS provea la mayor parte de la atención primaria ha suscitado tensiones y debates en torno a los límites propios de una empresa pública en cuanto al régimen poco flexible del personal o la rigidez de la gestión presupuestaria o incluso al escaso interés que por la innovación pueden tener personas con «plaza fija». En 2006 se llevó a cabo una interesante iniciativa dentro del ICS que consistía en dar a los equipos mayor autonomía de gestión. Los resultados asistenciales y de satisfacción de los profesionales fueron muy buenos. Incomprendiblemente, los sucesivos proyectos en este sentido se paralizaron. Aquella era una buena forma de superar algunos de los problemas del ICS, como la excesiva centralización de las decisiones y la falta de participación de los profesionales en el establecimiento de objetivos y en la organización del trabajo.

Ana Vall-Ilosera Moll de Alba.
Médica de atención primaria.
Miembro de la junta directiva
del Fòrum Català d'Atenció
Primària (FoCAP).



Francesca Zapater Torras.
Médica de atención primaria.
Miembro de la junta directiva
del Fòrum Català d'Atenció
Primària (FoCAP).



Se ha argumentado la necesidad de adaptar la empresa a las nuevas exigencias del «modelo sanitario catalán», es decir, a la extensión de la provisión privada. Desde la llegada al gobierno de CiU se suceden varias propuestas de «reformulación» del ICS, la primera de ellas, siendo Josep Prat presidente del consejo de administración. Este proyecto, que contemplaba la división del ICS en 22 empresas filiales, se abandonó a finales de 2013, en parte por el descrédito de su principal impulsor, imputado por varios delitos de malversación de fondos públicos (5), en parte por el rechazo de los profesionales, sobre todo en la atención primaria de las áreas geográficas donde se iban a implementar las pruebas piloto. A pesar de los

autonomía o estado independiente tendríamos una mejor sanidad, dificulta un debate sobre las políticas sanitarias del gobierno catalán y la gestión de los recursos públicos.

2. El descenso presupuestario

Según la memoria del CatSalut de 2013 (7), su presupuesto máximo histórico fue en 2010 con 9.547,81 millones de euros. El mínimo (a falta de datos definitivos de 2014) fue de 8.056,39 M. € en 2013, lo que supone una disminución del 16,15% que no se ha repartido de igual manera para los distintos conceptos. El total de disminución para la atención primaria se si-

nitarios centrados en una atención primaria potente (8, 9, 10). Las Administraciones han hecho oídos sordos a las recomendaciones y han apostado por un reforzamiento de la atención especializada.

La disminución presupuestaria ha tenido su impacto en profesionales y servicios. En lo que se refiere al impacto en profesionales: impago del 50% de las pagas extraordinarias y de la paga ligada a objetivos; congelación de sueldos; reducción de contratos de 37 a 25 horas para el personal interino y contratado; casi nula sustitución en caso de vacaciones, bajas por enfermedad, permisos de maternidad, formación o jubilación; aumento de horas totales trabajadas y de las horas asistenciales; disminución de profesionales. Según datos de las memorias anuales del ICS, en el período 2010-2013 se ha producido un decremento de 2.471 profesionales (797 médicos, 835 enfermeras y 839 personal de administración) (11, 12). Cifras muy distintas a las que nos ofrece el CatSalut, que solo refiere una pérdida de 238 médicos y 150 enfermeras (13, 14). Otras fuentes hablan de una pérdida de 1.000 médicos de familia en los últimos años (15), más en concordancia con los datos del ICS, lo que lleva a cuestionar la veracidad de la información que ofrece el CatSalut.

En cuanto al impacto en servicios: desde 2010 se han cerrado unos 60 puntos de atención continuada o se han reducido sus horarios. Los pacientes deben desplazarse a un centro más lejano, ir al hospital o llamar al servicio de emergencias. Se ha visto afectada la accesibilidad y la continuidad de los cuidados y la atención primaria ha perdido la oportunidad de ser puerta de entrada en la atención a urgencias.

3. Cambios cualitativos

Paralelamente a la disminución de personal y servicios se ha producido una serie de cambios en las atribuciones y el papel de la atención primaria que han afectado a sus dimensiones de accesibilidad, integralidad, longitudinalidad y capacidad de coordinación. Los cambios que consideramos más destacados son los siguientes.

La sociedad catalana, inmersa en el debate sobre la cuestión nacional, ha manifestado poco interés en las transformaciones del sistema sanitario

desmentidos de sus responsables, el proyecto fue criticado porque dejaba entrever una intención privatizadora. Vender una empresa con 38.000 trabajadores es muy difícil, pero hacerlo con empresas más pequeñas podía ser mucho más fácil y más apetecible para las corporaciones privadas que tenían en la atención primaria un posible mercado al que era difícil acceder. Posteriormente, en 2014 se ha aprobado otra fórmula, la de los consorcios territoriales, que establecen organismos de gestión de todas las entidades públicas de ciertos territorios (Lleida y Girona, de momento) en los que el ICS queda sometido a un ente superior no controlado por el Parlamento. Hay que recordar que el Parlamento catalán ejerce un papel de control sobre las decisiones que se toman en el ICS, pero no sobre estos entes de nueva creación (6). Puede ser otra manera de someter el ICS a la dinámica de los intereses privados.

La sociedad catalana, inmersa en el debate sobre la cuestión nacional, ha manifestado poco interés en las transformaciones del sistema sanitario. Así, el argumento de que estamos mal por la insuficiente financiación del Estado central y la creencia que con una mayor

túa en un 20% (de 225 euros/cápita de 2010 a 179 €/cápita de 2013), frente a una disminución del 8% en atención especializada (de 771 €/cápita en 2010 a 710 € en 2013). En dedicación porcentual la atención primaria ha perdido unos dos puntos (en los presupuestos de 2014 se preveía un 15%), mientras que la atención especializada ha ganado 10 puntos (del 46% en 2010 al 56% en 2013), según datos del CatSalut. Estas cifras ponen en evidencia unas políticas sanitarias alejadas de la potenciación de la atención primaria. Hay que destacar que la significativa disminución (35%) del gasto en farmacia no hospitalaria se ha producido gracias al esfuerzo de los profesionales de primaria que no han visto revertir los recursos así liberados en mejoras en equipamientos o personal. Al contrario, los recursos se han destinado a la atención especializada. La «crisis» y las reducciones impuestas a los presupuestos públicos creaban una oportunidad para replantear la orientación del gasto en aras a una mayor eficiencia y a una adaptación del sistema a las actuales necesidades en salud aplicando la creciente evidencia científica sobre los mejores resultados de los sistemas sa-

3.1. En la atención continuada

Si bien podía plantearse una cierta reordenación de la atención continuada (algunos puntos eran resultado más de las presiones de políticos locales que de necesidades poblacionales), se ha optado no solo por el cierre de numerosos puntos de atención, sino por el acceso directo a servicios hospitalarios o a la atención telefónica a través de la central 061. De esta manera, la población deja de tener servicios primarios de referencia y se refuerza el uso de servicios que deberían reservarse para problemas de alta complejidad. Ni el hospital ni el 061 pueden ofrecer la atención continuada y a domicilio que requieren pacientes con diversa patología crónica. Tampoco resulta adecuada ni eficiente la atención de patología leve en servicios de atención hospitalaria. Una vez más se refuerza la saturación e incapacidad de los servicios de urgencia en perjuicio de los pacientes que sí precisan de este ámbito de atención (16, 17) y se desaprovecha el potencial de la atención primaria de ofrecer una atención cercana.

3.2. En las tareas y la organización asistencial de los equipos

De manera paulatina se están introduciendo cambios en las tareas y en la organización de los equipos que a nuestro entender suponen cambios en la concepción de la atención primaria. Estos cambios no se producen de forma generalizada, pero tienen suficiente interés por cuanto afectan al núcleo esencial de las características y competencias de la atención primaria y por su posible extensión en un futuro no lejano, pues se están promocionando desde órganos de gestión superiores. Abordamos algunos de ellos:

- a) En algunos equipos el trabajo de enfermería se viene organizando por «tareas»: ECG, curas, inyectables, vacunas, espirometrías, control de anticoagulación..., dejando de ver a una población fija y asignada que pierde a su enfermera referente.
- b) Programa de atención al paciente crónico. El programa de atención a la cronicidad impulsado por el Departament de Salut ha creado mu-

No se orientan los objetivos a la mejor atención de los ciudadanos, sino los ciudadanos al cumplimiento de los objetivos

chas incertidumbres respecto al papel de la atención primaria y ha sido ampliamente debatido en dos jornadas organizadas por el Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP) (18,19). Poco tiempo después de su implantación, ya se perciben signos de coaptación de pacientes desde la atención sociosanitaria, fundamentalmente en manos de intereses privados, donde la implantación de copagos es la norma (20).

- c) La atención domiciliaria. La más reciente «innovación» es la dedicación de parte de los equipos de atención primaria a la atención domiciliaria de manera exclusiva. El resto del equipo hace solamente visitas en el centro. De esta forma se rompe la continuidad, la globalidad y la relación asistencial construida durante años. Es un ataque a la línea de flotación de la atención primaria (21). Algunas opiniones apuntan que este sería un primer paso para posteriormente externalizar la atención domiciliaria y contratarla con empresas privadas. Incomprensiblemente esta medida cuenta con la aquiescencia de algunos profesionales.
- d) La especialización en técnicas. Crece el interés por la realización de más técnicas en la atención primaria, como ecografías o cirugía menor. No hay una objeción absoluta a estas posibilidades, siempre y cuando no sea en detrimento de la dedicación a los enfermos, a la cronicidad, al acompañamiento, a los cuidados paliativos, a la educación, a la promoción de la salud, al control de la polifarmacia, a mejorar el acceso, etc. Mientras no mejore la dotación presupuestaria y en recursos humanos para la atención primaria, sí ponemos en duda el coste oportunidad que supone en este momento asumir nuevas tareas, si lleva al descuido de lo que es esencial de la atención primaria.

3.3. En la gestión de los equipos. Establecimiento de las Unidades de Gestión de Atención Primaria

En los últimos años, y empezando por territorios del entorno de la ciudad de Barcelona, se están implantando las Unidades de Gestión de Atención Primaria (UGAPs) que agrupan la gestión de dos o tres equipos de atención primaria (EAP). Resulta paradójica esta tendencia a la unificación de la gestión en atención primaria, que implica volúmenes de personal de más de 100 trabajadores, mientras en los hospitales se mantienen jefaturas de servicio que a veces no cuentan con más de 10 profesionales.

Las direcciones tradicionales estaban en cada EAP a cargo de profesionales casi siempre del propio centro, que asumían esta función de forma rotativa y más o menos consensuada. En los lugares donde ya está funcionando, se ha visto cómo el distanciamiento del órgano de gestión de la vida cotidiana de los centros de salud favorece, por una parte, una gestión desconsiderada y poco democrática de los profesionales que trabajan en ellos y, por otra, la injerencia en el funcionamiento de los centros que introduce disfunciones en la atención de los ciudadanos y en la vida laboral de los trabajadores. En cambio se abandona el funcionamiento del día a día de los equipos a su suerte, debido a la inconcreción de funciones de los distintos miembros del cuadro directivo y a la lejanía física y emocional de los equipos.

Se priorizan líneas estratégicas, cumplimiento de presupuestos y unificación de pautas de gestión de la demanda, sin tener en cuenta la idiosincrasia de cada población y centro de trabajo. Toda la parte cualitativa e intangible del trabajo de la atención primaria se ignora, todo se orienta a resultados mesurables cuantitativamente. Se priorizan los resultados de presupuesto sobre los resultados en salud. No se orientan los objetivos a la mejor atención de los ciudadanos, sino los ciudadanos al cumplimiento de los objetivos.

En este contexto, los profesionales pierden capacidad de decisión sobre su trabajo, lo que lleva a la impotencia y la desmotivación. Porque además, más



Trabajamos inmersos en el ruido del menosprecio institucional y en el ruido del arrebato de nuestras competencias

allá del modelo, el menosprecio a la atención primaria y a sus profesionales lleva a no reconocer ni estimular el valor de la formación, la docencia y la investigación, y a prescindir del objetivo de asistencia de calidad y en condiciones dignas. Lo que se valora es el presentismo y el pensamiento acrítico.

Recientemente estos cambios han llegado a la ciudad de Barcelona y se van implantando lenta y progresivamente.

3.4. Desvío de pruebas a centros privados

El modelo mixto catalán que explicábamos al inicio ha permitido desde hace años que las pruebas complementarias que se solicitan, sobre todo desde la atención primaria, sean realizadas por cualquier proveedor que esté integrado en el SISCAT. Así, un electrocardiograma, una ecografía o una resonancia solicitada en la ciudad de Barcelona puede ser realizada en el Instituto Radiológico Cantenys, en la Clínica Quirón, en la Clínica Corachán, en la Clínica Delfos u otros, todos ellos de gestión completamente privada. Esta provisión de servicios queda fuera de cualquier tipo de circuito de control de calidad y de seguridad del paciente y aleja a los profesionales de la posibilidad de comunicación y coordinación.

Además, los criterios por los que las pruebas se hacen en un lugar u otro y la gestión económica son opacos al control público.

Desde que Boi Ruiz, como consejero de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, está al mando del sistema sanitario catalán, el desvío de pruebas a centros privados se ha masificado. No en vano, el programa de desmantelamiento de la sanidad pública llevado a cabo por el gobierno de Convergència i Unió tiene como objetivo «dar juego» a todos estos proveedores privados, que así participan del gran pastel del presupuesto público de sanidad.

4. El posicionamiento de los profesionales y movimientos de protesta-resistencia

La respuesta a los cambios en atención primaria ha sido reactiva, localizada y protagonizada más por los usuarios que por los profesionales y centrada en reivindicaciones parciales y de tipo cuantitativo. Los motivos que han originado más quejas han sido el cierre de los puntos de atención continuada y la pérdida de profesionales (22). Probablemente no hemos sido capaces de transmitir a los ciudadanos la importancia de la longitudinalidad de la atención y los beneficios de una atención integral e integradora que da la

atención primaria. Y seguramente no hemos sabido hacer pedagogía para que se comprenda que no es tolerable una lista de espera de 10 días para ver al médico o enfermera de familia. Mención especial merece el movimiento *mareablancaLleida* (23) en que de manera conjunta la atención primaria y la hospitalaria están ofreciendo resistencia a la instauración del nuevo consorcio.

Durante 2011 hubo unas protestas de profesionales en forma de concentraciones en la puerta de los centros, que se fueron diluyendo y reduciendo a la presencia de material informativo o de protesta (pancartas y carteles) contra los recortes. La tibia reacción de los profesionales a los graves recortes en plantillas, en presupuesto para sustituciones, en salarios, días de formación o de asuntos propios es difícil de explicar. Apuntamos algunos factores: la dispersión de los centros, la débil presencia de los sindicatos y la poca iniciativa y prestigio de estos para liderar algún tipo de protesta, la saturación de trabajo, la desorientación ante los cambios y el escenario político focalizado en el debate nacional.

Las entidades profesionales se han manifestado de manera puntual y tímida ante los recortes y los cambios, reservándose un papel más académico y con pocas connotaciones políticas. En este contexto, el Fórum Català de Atención Primaria (24) tal vez ha sido la voz más crítica con las medidas del gobierno y ha ido formulando, además, propuestas alternativas que podían permitir afrontar los recortes presupuestarios con mínimo o nulo impacto asistencial. Desde su fundación en 2009, el FoCAP ha venido insistiendo en que había reformas pendientes y bolsas de ineficiencia que, de resolverse, incluso podían redundar en buenos resultados en la salud y la calidad de vida de las personas.

5. Consideración final

De manera sutil pero continuada, el sistema sanitario público catalán, en general, y la atención primaria, en particular, van sufriendo una regresión cuantitativa y cualitativa que está suponiendo deterioro de la calidad de la

asistencia, pérdida de confianza de los ciudadanos y desánimo profesional. Según los particulares parámetros de evaluación del informe de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública de 2014 (25) que compara los sistemas sanitarios de las comunidades autónomas, Cataluña ha retrocedido del número 5 en 2009 al número 11 de las 17 comunidades.

Todos estos acontecimientos se suceden a la vez que las consultas y la atención de los pacientes continúa. Tenemos unos cupos de un tamaño que resultaría envidiable para compañeros de otras comunidades autónomas, algunos centros han hecho realidad el sueño de los 10 minutos por paciente, disponemos de información compartida con la atención hospitalaria y potentes sistemas de ayuda a la práctica asistencial (ayuda a la seguridad del paciente, ayuda a la prescripción adecuada, ayuda a la mejor calidad asistencial). Pero trabajamos inmersos en ruido, el ruido del menosprecio institucional, el ruido del arrebatación de nuestras competencias (pérdida de competencias en el control de la Incapacidad Temporal, en la atención al paciente crónico complejo, en la atención domiciliaria...), el ruido de experimentos de gestión que no han demostrado sus beneficios, el ruido de la es-

casez presupuestaria y el ruido del desánimo y la desmotivación profesional. Y con tanta contaminación acústi-

ca no se puede trabajar porque nos distrae del foco de nuestra atención: el paciente. ■

Referencias bibliográficas

1. <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/1324/25261.pdf>
2. http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=567359&language=ca_ES
3. http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/documents/Central_Resultats_atencio_primaria_dades_2013.pdf
4. <http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf>
5. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/06/14/catalunya/1371165158_235825.html
6. <https://focap.wordpress.com/2014/03/06/un-canvi-substancial-en-latencio-sanitaria-catalana/>
7. http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2013/memoria_catsalut_2013.pdf
8. <https://focap.files.wordpress.com/2009/12/20101105-en-temps-de-crisi-mc3a9s-atencic3b3-primc3a0ria.pdf>
9. <http://es.slideshare.net/ruihdeadana/who-2008-la-ap-ms-necesaria-que-nunca>
10. <http://content.healthaffairs.org/content/32/4/686.abstract>
11. http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria_activitats_2010_10.htm
12. <http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2013/ICS2013/index.html>
13. http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_tercerinforme_2011.pdf
14. http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/documents/Central_Resultats_atencio_primaria_dades_2013.pdf
15. <http://www.actasanitaria.com/en-cuatro-anos-cataluna-ha-perdido-1-000-medicos-de-familia/>
16. <https://focap.wordpress.com/2014/01/27/no-es-lepidemia-son-les-retallades/#more-2792>
17. https://drive.google.com/file/d/1XIAEZ_vXG62suNXKcUYivRdIN2YniVcbAHRQ_N7LwPliiMjMFNPAqe_zEELP/view
18. <https://focap.files.wordpress.com/2014/07/resumenjornadapacientecronico28-05-14.pdf>
19. <https://focap.files.wordpress.com/2014/10/resumen-la-atencic3b3n-a-los-pacientes-crc3b3nicos-de-las-partes-al-todo.pdf>
20. <https://diarisdetrinxera.wordpress.com/2014/08/20/model-de-cronics-era-aixo-titol-alternatiu-uamica-sacrillegi-pero-no-era-aixo-companys-no-era-aixo/>
21. <https://focap.wordpress.com/2015/01/15/capcaleres-sense-llits-i-aviat-sense-malalts/>
22. <https://www.facebook.com/pages/Plataforma-Contraeltancamentdelcap/783039955102213?fref=nf>
23. <https://ca-es.facebook.com/MareaBlancaLleida>
24. <https://focap.wordpress.com/>
25. <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/872-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-informe-2014>

La Sanidad no se vende

Manual para la defensa de la Sanidad Pública

Hixinio Beiras Cal, Marciano Sánchez Bayle (coords.)



LA SANIDAD NO SE VENDE

Hixinio Beiras Cal / Marciano Sánchez Bayle

Autores/as: Hixinio Beiras Cal, Marisa Fernández Ruiz, Sergio Fernández Ruiz, Luisa Lores Aguin, Manuel Martín García, Luis Palomo Cobos, Marciano Sánchez Bayle, Pablo Vaamonde de García

Las políticas en sanidad, además de complejas, están disfrazadas para dificultar la comprensión de lo que pasa. Grandes corporaciones publicitarias estudian la manera de presentarnos lo malo como bueno, lo falso como cierto, lo positivo como antiguo e ineficaz, en suma, lo que les interesa a ellos como bueno para todos. Este libro, mediante una exposición de conceptos, propuestas, advertencias, falacias..., pretende formar a auténticos activistas que luchen para transformar la realidad que se nos quiere imponer.

Editorial Akal Foca

PVP 15 €