

PACIENTES Y SISTEMA SANITARIO**UNA RELACIÓN HISTÓRICA Y SUS CONNOTACIONES ACTUALES**

Juan Siso Martín
Doctor en Derecho Público
Profesor en la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos
parcelso.2000@gmail.com - 34 625 555 266
Palma de Mallorca, noviembre 2009

INTRODUCCIÓN

En cualquier sociedad evolucionada tienen la máxima importancia tres pilares sobre los que aquella se sustenta: La Educación, la Justicia y la Sanidad. Es inevitable, e incuestionable la producción de fallos en cualquiera de los tres sectores mencionados. La diferencia reside en que la evidencia de los errores aparece de distinta forma en cada uno de ellos.. En la Educación se muestra a largo plazo, a medio plazo alcanza su evidencia en la Justicia, pero en la Sanidad emergen de inmediato. Este hecho evidencia la importancia de una adecuada planificación del gasto en la Sanidad por la percepción que alcanza en la ciudadanía.

LAS VARIABLES ECONÓMICAS DE LA ASISTENCIA**Del Estado Liberal al Estado Bancarrota.**

El Sector Público, el poderoso Sector Público, ha pasado de ser el instrumento de solución de los problemas sociales a constituir el principal problema de cualquier Estado de nuestro entorno sociocultural. Los dos grandes modelos de referencia, hasta ahora, del papel del Estado en las sociedades democráticas han sido el Estado Liberal y el Estado de Bienestar. Superados ambos y actualmente en la crisis del segundo de ellos se buscan referencias para construir un nuevo modelo de Estado y de Administración. En realidad, seguramente, lo que ha entrado en crisis no ha sido el propio Estado de Bienestar sino la manera en la que históricamente se ha desarrollado aquel y, sustancialmente, el hecho de que en su desarrollo ya no podemos pagarlo. El Estado de Bienestar no es una forma de Estado, es una modalidad de una forma de Estado, concretamente del Estado Democrático de Derecho.

Del Estado liberal hemos extraído la separación entre los ámbitos de lo público y de lo privado, a lo que de inmediato hemos añadido la supremacía de lo público y hemos asignado al Estado el papel de gestor de sus intereses y el reconocimiento de sus ilimitadas capacidades para resolver, por si mismo, el conjunto de los problemas sociales. Esta concepción del Estado que hace suyos los problemas sociales y dispone, de forma omnipotente, de las soluciones nos ha llevado al

espejismo del Estado Providencia como garante del remedio de cuantas necesidades surgen para el conjunto de la ciudadanía y conseqüidor máximo de soluciones.

La consecuencia lamentable de estas premisas es que la única forma de dar respuesta a estas necesidades, en continuo e imparable crecimiento, es disponer de más recursos, también en creciente cuantía. Esta tendencia sólo es posible sostenerla mediante el incremento de la presión fiscal para obtener la financiación.

El protagonismo del sector público

Existen una serie de servicios que son considerados socialmente como "preferentes" y a los que al comienzo me ha referido. Se trata de la Justicia, la Educación y la Sanidad.. No hay discusión acerca del necesario carácter público del primero de ellos, pero es continuo el debate sobre el papel del Estado en la Educación y en la Sanidad. Es antigua la idea de la bondad intrínseca de lo público para la resolución de las cuestiones públicas. En este terreno no es difícil el asiento conceptual de la autosuficiencia y el paternalismo del sector público. Este sector genera importantísimos gastos en su funcionamiento haciendo cierta la afirmación del profesor Fuentes Quintana de que *gobernar es gastar* y con ello de que la capacidad de gestión y gobierno dependen siempre del presupuesto disponible para ello.

Esta concepción acumulativa e incrementalista del Estado solamente es sostenible en un crecimiento económico continuado y progresivo.. Esto, a su vez, sólo es posible con una presión fiscal difícilmente sostenible, siempre a punto de la ruptura del pacto social, en el que la presión es aceptada a cambio de la garantía de estabilidad social. El malestar fiscal, sentimiento generalizado de una presión excesiva en esta terreno, es señal inequívoca de aquella posible ruptura. Así las cosas y en el descontento de las clases sociales más desfavorecidas se explicitan las dudas acerca de la sostenibilidad del sistema.

El modelo del Estado Relacional

El conjunto de la sociedad es consciente de las limitaciones del Estado de Bienestar, o de su forma de desarrollo actual, y de su carácter de modelo cerrado y necesitado de superación. El papel del Estado omnipotente, en su actuación aislada sobre la ciudadanía, ha de ser superado por la actuación de esta misma. Es una propuesta abierta a la que asistimos y que no nos llama la atención demasiado, en sectores distintos de la Sanidad. El papel de la colaboración ciudadana en la realización de la Justicia o el de la familia en la solución del fracaso escolar son claros ejemplos de ello, por centrarnos en aquellos espacios ya mencionados.

Emerge, así, el término corresponsabilidad como expresivo de objetivos comunes en la proyección de la acción pública y los intereses de la ciudadanía. Es la utilización responsable de los recursos de financiación pública en el entendimiento de la limitación de las posibilidades económicas de atenderlos. El usuario de la Sanidad, no obstante, viene percibiendo con desagrado que las políticas de contención del gasto se orientan frecuentemente hacia él, en lugar de dirigirse a los proveedores o a los gestores de los productos y servicios sanitarios.

El sistema de las prioridades

El gasto sanitario es tendencialmente ilimitado y la presupuestación del mismo necesariamente limitada. Ante esta inevitable controversia surge la ineludible necesidad del sector público de actuar en pro de la sostenibilidad del sistema. En la certeza de unas posibilidades limitadas las posibilidades son claras en las opciones siguientes:

1. Limitar el número de beneficiarios de las prestaciones.
2. Reducir el número o el contenido de aquellas.
3. Introducir mecanismos de financiación por los beneficiarios.
4. Optimizar la gestión del sistema.

Veamos, siquiera de forma somera, estos apartados aquí expuestos:

1.- Limitación del número de beneficiarios. España ha pasado varias etapas en lo relativo al acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Ha sido, evidentemente éste un campo en el que se ha expuesto con notoria claridad la impronta del progreso social. Han pasado ya más de sesenta años de aquel Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1943, incuestionable jalón de progreso en la sociedad de entonces. Junto con otros seguros (vejez, invalidez...) dejó paso a un sistema integral de Seguridad Social, consolidado normativamente en la Ley General de 1974 de todos conocida. En aquel momento, aún, se encontraba ligada la condición de beneficiario a las prestaciones de Seguridad Social (asistencia sanitaria entre ellas) a la de cotizante del sistema, básicamente como trabajador. El hito fundamental lo marcó la constitución de 1978 con la inserción, en su artículo 43, del derecho universal a la asistencia sanitaria. La Ley General de Sanidad, por su parte, en el artículo primero de su texto, refrendaría este reconocimiento y sentaría las bases futuras de uno de los principios más relevantes de nuestro orden jurídico. Con esta base normativa el número de beneficiarios de la asistencia, ahora ya por su sólo condición de ciudadanos, es creciente y con ello se derivan las posibilidades de economizar en la gestión del sistema a otros ámbitos diferentes.

2.- Reducir el número o el contenido de las prestaciones. Se dispone, a este respecto, de una garantía normativa. La Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud, lo cual constituye un derecho a derechos y que se materializa en la exigibilidad del contenido de las prestaciones, necesaria concreción de aquel derecho. Es preciso destacar que esa cartera prestacional es una mención de mínimos, un suelo infranqueable en descenso, evidentemente, pero siempre superable, hacia arriba, por los Servicios de Salud autonómicos. Cada Comunidad, en el ejercicio de sus prioridades, decide acometer mejoras en diversos campos de acción social y puede priorizar la Sanidad sobre la Educación o ésta respecto de las obras públicas, por ejemplo. El repertorio es amplísimo y dentro, incluso, de la sanidad existen opciones diversas en el espacio territorial español. La cirugía transexual o las financiaciones complementarias de los fármacos son claros ejemplos de ello.

3.- Mecanismos de financiación por parte de los beneficiarios. Hay pocos asuntos, en el terreno de la Sanidad, tan controvertidos como éste de la aportación económica por parte de los preceptores de las prestaciones sanitarias. El planteamiento básico en España es el de una Sanidad gratuita y universal. A partir de esto se muestra extremadamente difícil degradar cualquiera de estas cualidades del sistema. La universalidad resulta incuestionable en el actual estado normativo, o más exactamente la tendencia universalista de la asistencia. Se valoran, pues, las correcciones financieras en lo que atañe a la gratuidad, a lo que Costas Lombardía llamaba "la cruel ilusión de la gratuidad del sistema". Las opciones presentadas se asientan en la coparticipación en el gasto sanitario y se encuentra actualmente operativas en las prestaciones de dar, es decir en aquellas en las que la prestación que recibe el ciudadano es un producto, no una acción. Es el caso de los fármacos, a través de la aportación económica porcentual de los trabajadores, o de las prestaciones ortoprotésicas en lo relativo a la participación que los beneficiarios tienen en el precio de las mismas.

El nuevo planteamiento surge al introducir una aportación de los ciudadanos, usuarios de la asistencia sanitaria, por la utilización de la misma en el terreno de las prestaciones de hacer. Admite diferentes formas como el llamado *Ticket moderador* o el *copago*, sistemas ambos que tienen como orientación, respectivamente, el reducir en lo posible una demanda sanitaria creciente y no siempre razonable o ayudar económicamente a la financiación de las prestaciones.

4.- Optimizar la gestión del Sistema El gestionar un sistema que garantice la atención sanitaria para todos, sin coste para sus beneficiarios, y con un contenido prestacional suficiente es cada vez más difícil de sostener, en el aumento progresivo del número de beneficiarios, que consumen prestaciones durante más tiempo y en uso de una Medicina más tecnificada y más cara. Los gestores redoblan sus esfuerzos para administrar los recursos y optimizar el sistema. Se combinan y relacionan los distintos niveles de la autoridad sanitaria, la compra y la provisión de los servicios, se implementan nuevas formas de gestión de las organizaciones sanitarias en la continua inquietud de alcanzar el "todo para todos y gratis". ¿Será éste el espejismo inalcanzable hacia el que caminamos alucinados por la fiebre de nuestra imparable exigencia al Estado?

En este estado de cosas es preciso concluir en unas reflexiones, no me atrevo a llamarlas recomendaciones, extraídas del análisis de los expertos y de la experiencia internacional, en orden a garantizar la viabilidad (me cuesta hablar de sostenibilidad) del sistema.

✓ Delimitar de forma inequívoca, con la participación de los ciudadanos, el elenco de las prestaciones *intocables* que deben de quedar integradas, inexcusablemente, por aquellas inasequibles en su coste para un beneficiario de economía básica.

✓ Fijar el rango de priorización del abanico prestacional en el conjunto del Estado, con el objeto de eliminar disparidades regionales en asuntos básicos. El papel

del Conejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y consumo, sobra decir, es en extremo relevante en este aspecto.

✓ Es imprescindible lograr una fidelización de los profesionales. Conseguir el “ganarles para la causa”. Sin esto nada es posible ya que se encuentra en sus manos la administración del gasto. Son el más próximo y principal elemento de optimización del sistema. Reformas legales, reordenaciones organizativas, implicaciones de los usuarios, nada de todo esto es eficaz si no se logra implicar a los profesionales.

✓ Delimitar los principios éticos del sistema. Esta recomendación, que he dejado para el final, es la más relevante de todas ellas en cuanto que constituye el necesario sustrato ontológico del sistema. La Sanidad es una cuestión de Estado con una importancia que pocas otras tienen. Es necesario el compromiso de todos los factores que confluyen en ella y sobre todo lograr situarla al margen de la confrontación política, de la controversia electoral. Los valores en juego, la salud e incluso la vida, merecen que el protagonismo tenga como referente al ciudadano, en cuanto usuario de los servicios sanitarios en su constante inquietud de mantener o recuperar la salud, como sustrato ineludible en la búsqueda de la felicidad, aquella a la que, como seres humanos, tenemos legítimo derecho.

LA REALIDAD DIARIA DE LA ASISTENCIA

Pacientes y Sistema Sanitario

Con la problemática actual de la sostenibilidad es incuestionable, sin embargo, que la enfermedad es un proceso biológico tan antiguo como el propio ser humano, al tratarse de una característica vital inseparable del mismo. Un organismo vivo es un conjunto inestable en un mundo a su vez cambiante y la salud y la enfermedad no son sino aspectos inseparables de la inestabilidad general.

Sólo profundizando en esta idea podemos entender debidamente el carácter relativo, cambiante y contingente del elemento (y valor) salud en nuestra existencia. Se puede estar sano y no ser feliz, pero a nadie se le oculta la dificultad de ser feliz en ausencia de salud. Tal es la importancia de la situación saludable en las personas.

En el estado moderno, modelo histórico de protección social a los ciudadanos, se desarrolla, como una de las medidas básicas, la atención sanitaria dirigida a sus aspectos de prevención, curación, asistencia y rehabilitación. Cuando un ciudadano, aquejado de un problema de salud, precisa de una solución o remedio, en este terreno, se dirige, precisamente a los organismos responsables de su dispensación. Puede suceder que a esta petición le siga la respuesta que aquél estima adecuada, en cuyo caso con el ciclo solicitud y respuesta queda concluido este asunto; pero ocasionalmente sucede que la expectativa sanitaria del ciudadano no se ve cumplida. La razón reside, unas veces en la imposibilidad material, clínica o jurídica de atender esa petición y algunas otras en disfunciones de los organismos prestadores de la asistencia, de sus ejecutores materiales o del sistema en general.

Este es el marco conceptual en el que se insertan las quejas de los ciudadanos, hacia quienes tienen la obligación legal de atenderles en su aspecto vital máspreciado: su salud.

El nuevo modelo social

El derecho a reclamar, como elemento integrante de la atención sanitaria cobra hoy un valor esencial en el nuevo modelo de la sanidad, pero es percibido de forma diferente según las personas. En cualquier centro sanitario podemos vez un abanico diferenciado de sujetos que esperan a ser atendidos. Quiero resaltar dos modelos, frecuentes, prototípicos y notoriamente diferenciados.

Ancianos, por un lado, que aguardan pacientes a ser llamados y que reciben silenciosos y sumisos la asistencia. Junto a éstos se encuentra otro tipo de persona, que no espera sentada, sino que camina nerviosa atiende su teléfono móvil y examina inquieta la documentación que ha extraído de internet y desea comentar con su médico.

Este nuevo paciente cuestiona la asistencia que recibe, cuando cree que debe hacerlo, y ya no acepta la relación vertical y paternalista vigente hasta hace poco tiempo en la práctica clínica general y que aún mantienen aún algunos de sus profesionales.

Se ha venido poniendo la atención por parte de los operadores de la Medicina, en la excelencia científico técnica (o al menos en una calidad adecuada de la misma); pero se han dado cuenta, al propio tiempo, aquellos, de que este extremo, aún

cumplido, no supone una satisfacción garantizada de los pacientes a los que se dirige y es que estos plantean sus quejas, muchas veces, por cuestiones ajenas a los extremos de calidad técnica.

A la pregunta de ¿qué esperan, entonces, del Sistema Sanitario sus pacientes? trae algunas respuestas Angela Coulter, quien a través del Oxford Institute viene estudiando este enjundioso asunto. Las respuestas, en orden decreciente de importancia, son las siguientes:

- ◆ Confianza y credibilidad en los profesionales sanitarios.
- ◆ Explicaciones comprensibles sobre diagnósticos y tratamiento.
- ◆ Ser escuchados y tratados con respecto, dignidad.
- ◆ Participar en la toma de decisiones.

Todas estas valoraciones en presencia, naturalmente, de una atención sanitaria pronta y eficiente.

El sujeto receptor de la asistencia

La palabra paciente, término acuñado en el medio sanitario y de tanta raigambre en el mismo, debo de resaltar que, en realidad, trae su significado de la persona que padece, que sufre y que ocupaba, en épocas pasadas, los hospitales sin otra expectativa, muchas veces, que esperar la llegada de su última hora.

Los centros sanitarios se han convertido, desde la última mitad del siglo pasado, en los templos de la tecnología: La evolución social de la asistencia acerca la misma a cada vez más personas, durante más tiempo (por el progresivo envejecimiento poblacional) y de forma crecientemente costosa (por la tecnificación mencionada). Esta espiral imparables nos lleva, en medios sanitarios a plantearnos una terrible interrogante. ¿todo para todos y gratis? ¿hasta cuando? No es el objeto de estas líneas hablar de un componente tan esencial y problemático del sistema sanitario cual es el de su sostenibilidad, pero debo de mencionarlo, al menos, por su significación y relevancia y, sobre todo, porque este “todo para todos y gratis” hace que el propio paciente y usuario del sistema perciba las posibilidades del sistema como ilimitadas hacia su caso particular y olvide que él mismo se halla inmerso en los necesarios principios sociales de equidad y solidaridad hacia sus semejantes.

Normalmente quien formula una queja o reclamación es quien se ha sentido perjudicado por una acción u omisión del Sistema Sanitario, pero he de resaltar que es un hecho frecuente que el reclamante sea una persona distinta del paciente, de menor edad y vinculada parentalmente a aquel, normalmente un hijo suyo. Un paciente añoso ha vivido toda la evolución del Sistema Sanitario y valora de forma positiva el hecho de disponer de un sistema sanitario universal y gratuito, comprendiendo normalmente sus dificultades de su gestión. Otra persona más joven ha nacido y crecido en esta situación e incorpora a la misma sus valores actuales: relaciones personales horizontales en lo comunicativo, rapidez en lo prestacional (comida rápida, fotos en una hora, Internet de alta velocidad... son elementos cotidianos que abonan esta percepción) así como familiaridad con el uso de la tecnología. Todo esto le convierte en una persona menos paciente y mucho más exigente con el sistema sanitario. Es un hecho contrastado el que a las visitas médicas acompañan al paciente alguno de sus hijos, frecuentemente, y son éstos últimos quienes formulan las quejas en caso de disconformidad. Los hijos se han convertido en agentes de salud de sus mayores y quiero mostrar un ejemplo significativo de ello, aparte de la propia constancia sociológica que acabo de mencionar. Vienen experimentando un crecimiento sostenido las consultas en Internet sobre la osteoporosis. Parece difícil pensar que son los propios pacientes quienes demandan esta información, habida cuenta la edad media de los mismos y su consiguiente falta de familiaridad en el uso de la herramienta informática.

De qué se quejan los pacientes

Debo de hacer, ahora, algunas observaciones acerca de los cambios experimentados en la materia objeto de las quejas.

Hasta no hace mucho los motivos de disconformidad, respecto de acciones u omisiones del sistema sanitario, se dirigían a defectos en la eficacia y rapidez del mismo, asuntos en definitiva como la correcta práctica asistencial o la atención a la demora en la atención. Hoy se mantiene, como motivo de reclamación, las ineficiencias del sistema, pero han emergido junto a este asunto otros en un terreno completamente distinto y curiosamente en un contexto de valoración de la figura de los profesionales sanitarios, y explico por qué añadido esta mención.

En las encuestas realizadas por el Pick Institute se concluye que los profesionales sanitarios disponen de un gran carisma social, a pesar de la percepción de muchos ciudadanos del sistema sanitario al que sirven, como ineficiente. En este contexto, aún el paciente considera al médico como un profesional de alta cualificación y del que, ineludiblemente necesita. ¿Cómo se concibe, entonces, la reclamación de los pacientes? El paciente se fija, ahora, no ya en la “aptitud” del profesional, sino en su “actitud”. La primera la valora y no la discute, normalmente, pero la segunda sí que la pone en entredicho en muchas ocasiones. La aptitud se presume. ¿A quien se le ocurriría pensar en la falta de capacidad de un piloto aéreo, cuando embarca en un avión?

En los últimos años se han producido dos fenómenos sociales de extrema importancia: la democratización de la formación y la consiguiente culturización de la sociedad, por un lado, y la definición de una nueva figura del paciente como portador de derechos de nueva generación, situados al más alto nivel, algunos de ellos en la esfera de los principios informadores del ordenamiento jurídico.

Las reclamaciones por demora asistencial (lo que en España se conoce como listas de espera) se han producido, se producen y seguirán teniendo lugar, en mayor o menor medida, en un sistema sanitario sustentado sobre los principios de universalidad y gratuidad. Siempre ha habido, por otra parte, y seguirá habiendo quejas por aquello que los pacientes perciben como práctica clínica deficiente. Tendrán fundamento, algunas veces, en deficiencias reales y en otras ocasiones se identificarán como tales algunos elementos sobrevenidos a la práctica clínica, como los efectos no deseados o los resultados adversos.

Junto a estos motivos de queja, inevitables y permanentes, se vienen dando, con importancia creciente, otros que se orientan no hacia el proceso que aqueja al paciente, sino hacia el paciente mismo. Se trata, como expresaba con anterioridad, de la valoración de la “actitud” del profesional. Se refieren a la importancia que el paciente confiere al respeto que le debe el profesional sanitario, como sujeto de la atención.

Trato correcto y adecuado, en todas las dimensiones que abarca este concepto: humano, sociológico, jurídico... el paciente requiere, de entrada, respeto y comprensión de su situación doliente. A partir de ahí exige la preservación de sus derechos más relevantes. Voy a mencionar algún ejemplo:

Autonomía personal. Demandan, los pacientes, como requisito previo para poderla ejercer adecuadamente, información veraz, adecuada y comprensible. Deben de poder orientar decisiones trascendentales para su salud e incluso su vida. La relevancia del ejercicio de la autonomía reside en que se asienta sobre la dignidad de la persona.

Preservación de su intimidad. Admite este derecho muchas variantes, pero quiero referirme aquí a una que motiva notable inquietud en los pacientes. Se trata de la intimidad corporal. Provoca malestar el hecho de que se permita la visión del cuerpo de un paciente, por parte de quien no debe de tener acceso a ello, sin el empleo de las imprescindibles medidas proporcionadas. No debe de explorarse a un enfermo en un pasillo, como tampoco deben de descubrirse otras zonas que las necesarias para proceder a su examen o higiene.

Confidencialidad de la información. Los pacientes, por razón de la relación asistencial que los vincula al sistema sanitario, entregan a este una información que les atañe y que es merecedora de la mayor protección, por cuanto que se refiere a datos de la máxima sensibilidad cuales son los referidos a la salud de la persona. Quiero recordar que confidencialidad trae un origen etimológico de confides o fe compartida. Nadie entregamos información confidencial sino bajo este principio de confides. El paciente sabe que la efectividad de la relación depende de que los profesionales que le atienden dispongan de la información adecuada y suficiente, pero al propio tiempo exige del sistema sanitario un manejo responsable de dicha información. Sin esta presunción, en efecto, nuestra intimidad sería una intemperie accesible a cualquiera.

REFLEXIONES FINALES

Esta es la compleja relación del sistema sanitario con sus pacientes. Luis Rojas Marcos, eminente psiquiatra de todos conocido, expresó que abundan los elementos distanciadores entre profesionales y paciente, ambos se sienten maltratados por el sistema y desconfían el uno del otro. Los médicos son, algunas veces, dice el Dr. Rojas Marcos funcionarios renuentes, atrapados en su mundo tecnocrático, acosados por administradores impacientes por controlar y por abogados ansiosos por litigar.

El motivo de este control y de este litigio en su relación con el enfermo, es lo que provoca una percepción tensa de la misma. El paciente, a su vez, tiene una creciente pretensión de atención sin límite en una medicina que cree omnipotente. El sistema sanitario es el generador real, o es percibido como tal, de esta peculiar situación y por ello necesita de una visión sosegada de su problemática.

Las quejas no deben de ser entendidas como una perturbación del funcionamiento ordinario del sistema, sino como oportunidades de información sobre las disfunciones del mismo. Conocer los puntos calientes es una impagable oportunidad de solucionarlos. El usuario que se entiende perjudicado por el Sistema y no presenta una queja explícita sobre ello, es un perjuicio para el Sistema mismo. En alguna ocasión yo he referido y concluyo con esta mención, al peligro del llamado usuario silencioso. De diez insatisfechos tan sólo uno presenta queja sobre el motivo de su descontento. Los otros nueve marchan sin dar al Sistema conocimiento del fallo, privándole, por tanto, de la oportunidad de mejora. Pero es que, además, critican al Sistema y ejercen respecto del mismo una antipublicidad sumergida.

La queja bien orientada es beneficiosa para quien la formula, le concede la razón si la tiene o al menos, con la respuesta a dicha queja, le aclara la situación, si no la tiene. En cualquier caso tienen las reclamaciones un efecto acumulativo beneficioso incuestionable para la sociedad y en ella a nadie se le ocurre relativizar la importancia del asunto salud.

Juan Siso Martín
Doctor en Derecho Público
Profesor en la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos
paracelso.2000@gmail.com - 34 625 555 266
Palma de Mallorca, noviembre 2009