

GESTION DEL PERSONAL EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Rosa María CASADO MEJIA

Directora de la Zona Básica de Salud de Guillena (*)

En el presente artículo se parte de dos premisas: la primera, que la capacidad actual de los directores de las zonas básicas de salud en cuanto a la gestión de personal es muy limitada; la segunda,

que el esquema organizacional más adecuado a la naturaleza de los centros de salud es un sistema adhocrático con un estilo de dirección democrático.

PARTIENDO de esta base, se describe la fuerte relación existente entre el estilo de dirección democrático y las posibilidades de gestión de personal en base a la motivación.

Se analizan también los instrumentos que permiten un aumento de la motivación dentro de un estilo de dirección democrático: la participación, la misión de empresa, la clarificación de los roles, la formación continuada, la gestión personalizada de problemas laborales, el sistema de información y registro y el complemento de productividad.

Como ejemplo de lo dicho se analiza la experiencia de la Zona Básica de Salud de Guillena, donde la elección de un director con un programa basado en la motivación a través de un estilo democrático ha permitido un profundo cambio organizativo que se ha evaluado en base a objetivos cumplidos con el nivel distrito y en base a una encuesta de autosatisfacción de los profesionales y valoración de la dirección.

LIMITACIONES EN LA CAPACIDAD DE GESTION DE PERSONAL

Si se piensa en el concepto amplio de gestión de personal, tal como se entiende en la administración clásica o en las teorías modernas sobre recursos humanos aplicados de la gestión empresarial, se puede empezar diciendo que en una Zona Básica de Salud (ZBS) no existe capacidad para una gestión de personal integral (1).

Salvando las diferencias existentes entre las distintas Comunidades Autónomas, se pueden resumir las limitaciones de un director o coordinador de ZBS (en adelante director) en lo que sigue:

— Un director de ZBS no tiene capacidad para intervenir en el dimensionamiento de plantillas. Esta labor de planificación suele corresponder a los niveles centrales del servicio de salud correspondiente. Tampoco es consultado cuando se produce un proceso de redimensionamiento, lo cual es, por otro lado, escasamente frecuente.

- Un director de ZBS no tiene capacidad de gestionar ningún presupuesto específico de su zona, que es el instrumento que va a determinar la posibilidad de que una política de personal exista.
- Un director de ZBS recibe un presupuesto anual para sustituciones que le viene impuesto, las personas concretas que irán a trabajar en su zona no las elige, sino que las asignan las bolsas de contratación (con grandes diferencias geográficas en su regulación). Sin embargo, es común que se le pida que contribuya a la reducción del gasto limitando las necesidades de sustitución.

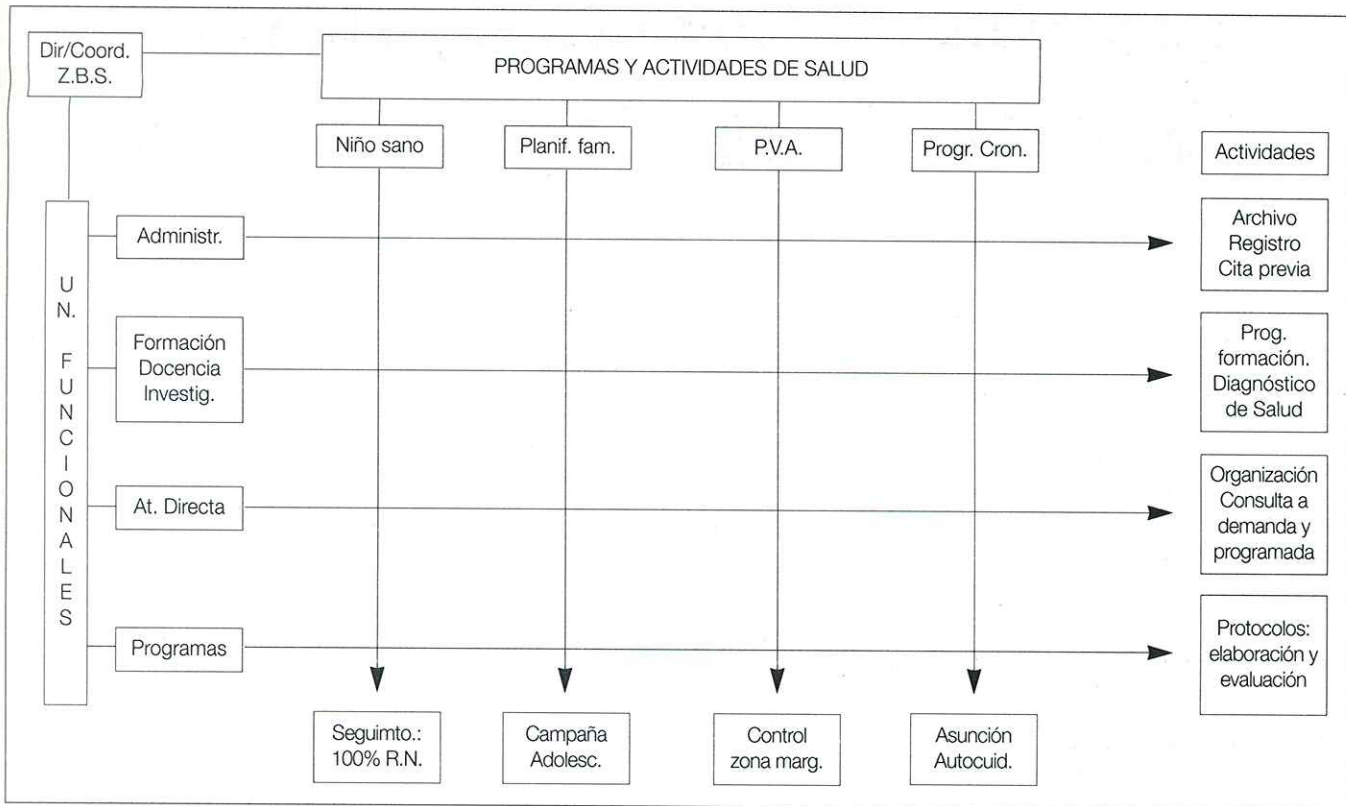
Esta limitada capacidad de manobra antes aludida, buena o mala, es un hecho en el sistema actual. Se podría discutir mucho sobre si sería deseable una mayor descentralización de la responsabilidad. Es una discusión difícil, porque reclamar una mayor descentralización de la gestión de la atención primaria y por tanto un aumento del poder de los directores de ZBS depende del consenso en otras cuestiones

(*) Parte de este artículo fue utilizado en la presentación que hizo la autora en la mesa redonda que sobre política de personal se desarrolló en las XII Jornadas de la FADSP en Valencia, el día 4 de diciembre de 1993.

(1) Existen ejemplares de la encuesta disponibles para los que estén interesados en: Rosa Casado Mejía, Dirección de la Zona Básica de Salud de Guillena, c/ Luis Pasteur s/n, 41210 Sevilla.

Figura 1

EJEMPLO DE ORGANIZACION MATRICIAL



Adaptado de López-Peña, T y colaboradores. Taller para la optimización de la Organización Interna en los Centros de Salud. Distrito Sanitario de marbella. 1992

previas fundamentales, entre las que se pueden citar: el sistema de elección de los directores, la participación de los profesionales y usuarios en la marcha de la atención primaria, las propias expectativas de los directores actuales y la orientación general del sistema.

EL ESTILO DEMOCRATICO DE DIRECCION COMO EL UNICO INSTRUMENTO DE GESTION DE PERSONAL EN ATENCION PRIMARIA

La política de personal está muy ligada al estilo de dirección por el que se opte. La gestión de personal va asociada a un modelo de gestión global. Esto siempre es así, pero resulta aún más patente en atención primaria debido a las especiales connotaciones que tienen el nuevo modelo de atención a la salud y el trabajo en equipo.

Por ello, es necesario insistir en que la propia naturaleza del trabajo en atención primaria exige un estilo de gestión democrático, que se base en promover la participación y, sin eximir de la responsabilidad, en buscar en el grupo las soluciones y decisiones más adecuadas en cada momento.

El modelo adhocrático definido por Mintzberg es lo que más se aproxima a lo que en nuestra sociedad se puede considerar un modelo de gestión democrático. Este modelo de gestión se caracteriza fundamentalmente por generar una descentralización selectiva de la toma de decisiones, por una especialización del puesto de trabajo creando unidades funcionales compuestas por líneas de expertos, por una adaptación mutua como mecanismo de coordinación, una escasa presencia de flujos de autoridad y un importante flujo de comunicación informal.

Al nivel operativo en el que nos

situamos, un equipo de atención primaria (EAP) sería un ejemplo de organización matricial donde las líneas de las unidades funcionales (atención directa, administración...) se entrecruzarían con los proyectos de innovación (programas y actividades de salud) en los que centraría el equipo sus fuerzas profesionales. Alrededor de cada proyecto se reunirían equipos multidisciplinares de trabajo. Un esquema aproximado se encuentra en la **figura 1**.

Se identifica esta estructura, que se suele llamar adhocrática, con un centro de salud porque es la única estructura que encaja con los conceptos de trabajo en equipo, participación comunitaria, atención a la salud, y tantos otros inherentes al propio concepto de atención primaria. Esta estructura, a la vez dinámica y compleja, es la única que permite tomar iniciativas creativas y configurar grupos de trabajo para desarrollar programas de salud que se adapten a las necesidades de la población.

En este modelo, en el que el principal mecanismo de coordinación ha de ser la adaptación mutua, el papel que le queda al director es el de ser un líder que contribuya a crear equipo, que lo motive y estimule, y desde aquí ejerza sus funciones de jefe de personal.

Al hilo de esto, y a modo de inciso, es necesario definir dos cuestiones importantes. La primera, que dentro de este modelo que se propone, el director tiene que ser un miembro del EAP. No sólo debe ser un miembro del EAP, sino que además tiene que ser elegido mayoritariamente por él, y no impuesto desde arriba. Aquí empieza la participación y la motivación. Un director elegido por el EAP tiene en sus manos un poderoso arma de gestión, la legitimidad; una herramienta importante con la que muchas veces no se cuenta. La segunda, que, dado que ningún profesional ha sido especialmente preparado en su formación básica para esta labor, el director debe ser el profesional más capacitado, independientemente de su categoría. En Andalucía han existido y existen numerosos directores de ZBS que pertenecen a profesiones no médicas (en especial enfermería y trabajo social), que han sido elegidos por los EAP en base a su capacidad de liderazgo y que en su mayoría han posibilitado un estilo de dirección similar al que se propugna en este artículo.

INSTRUMENTOS DE GESTION DE LOS EAP Y SU APLICACION A LA GESTION DE PERSONAL DENTRO DE UN ESTILO DE DIRECCION DEMOCRATICO (FIG. 2)

El principal instrumento de gestión, como ya se ha dicho, es la participación. La participación es el elemento motivador por excelencia, aunque enlentezca en cierto modo el desarrollo de las acciones.

Que exista participación implica, entre otros ejemplos, información, transparencia, pacto de objetivos, consenso de un plan de trabajo, escuchar las opiniones de los miembros del EAP y tenerlas en cuenta y realizar reuniones de equipo eficaces y constructivas.

Como no está estructurada de nin-

Figura 2

INSTRUMENTOS DE GESTION DE PERSONAL DISPONIBLES EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Positivos

- * Participación de los profesionales
- * Definición de una misión
- * Utilización inteligente de la formación continuada
- * Gestión personalizada de cuestiones laborales
- * Utilización del sistema de información y registro

Imposibles

- * Presupuesto

Perversos

- * Actual bolsa de incentivar

guna forma, la participación depende generalmente del director, de su capacidad y de su personalidad. Como no existe una estructura definida, cada centro debe encontrar sus propias formas, sus propias necesidades y sus propias estrategias.

Definir un motor que impulse todas las acciones del EAP y las dirija hacia un mismo sentido, lo que en el argot empresarial se conoce como la misión de empresa, es otro elemento motivador a utilizar. Definir una misión, explícita o implícita, ayuda a aumentar la conciencia de equipo, a sentirse miembro del mismo.

Otro de los factores fundamentales a tener en cuenta es la clarificación en los roles y funciones de cada uno de los distintos profesionales. Muchas veces es mejor descubrirlos juntos, ya que las distintas modalidades de atención, en muchos casos, se van inventando día a día. Un equipo con conciencia de tal, con roles definidos, participativo, e involucrado en su desarrollo, nos garantiza más de la mitad de su funcionamiento.

La formación continuada, aunque en sí sea una función del EAP, bien utilizada se puede convertir además en un importante instrumento de gestión del personal. En las actividades de formación continuada los miembros del equipo tienen la oportunidad de

verse, hablar, debatir sobre temas profesionales u organizativos, tocar distintos aspectos que les interese en relación a la práctica cotidiana, a la población, a nuevos conocimientos, o a nuevos programas a poner en marcha.

No cabe duda que proporciona un buen marco para la participación, para dar y recibir información; por otro lado, la formación en sí es un elemento motivador para los profesionales, bien sea en el horario propio o facilitando la asistencia a actividades externas, lo que no siempre está en manos de la dirección.

La gestión de recursos humanos propiamente dicha se vive en los EAP como una carga colgada a las espaldas, y que viene muy determinada por los niveles administrativos superiores. Las directrices marcadas por dichos niveles en los últimos años se han acercado, en la práctica, a la congelación de plantillas (excepto la apertura de nuevos centros). No es frecuente considerar que las características o el tamaño de la población hayan cambiado, que el EAP no estuviera bien dimensionado o que el volumen de trabajo de los programas que se han desarrollado en los años anteriores necesite de un reajuste de plantillas.

Ultimamente se asiste a una auténtica guerra entre las ZBS y los niveles administrativos superiores (en Andalucía, los distritos sanitarios) a cuenta de la gestión de lo que hasta hora se había venido considerando como un «derecho» de los trabajadores: enfermar o disfrutar de las vacaciones viendo como su puesto era sustituido por un contrato temporal.

Desde el nivel político se devuelve hacia los gestores de los centros de una forma manipulada el concepto de «equipo». Se escuchan frecuentemente frases como estas: «Si sois un equipo, tendréis que cubrirnos unos a otros». «Si hay que suspender programas o servicios no necesarios se suspenden». Todavía no está claro qué se considera por el sistema programas o servicios no necesarios, pero se puede intuir que los contenidos profundos de la atención primaria quedan en el último lugar de sus prioridades.

Es evidente que los recursos asignados al Capítulo I tienen que ser limitados; sin embargo, los grandes recortes que se están realizando al

gasto en este capítulo están afectando muy seriamente a las condiciones de trabajo de los profesionales, a sus expectativas, su motivación y, por tanto, a las posibilidades de gestión a través de la participación.

Otro instrumento de indiscutible validez es el sistema de información y registro. Además de su utilidad para la evaluación del nivel de salud y la calidad de la asistencia, el sistema de información puede ser muy útil para la gestión de personal. Por ejemplo, de unos datos fiables de registro, un director puede evaluar las cargas de trabajo individuales, geográficas, por programas y por grupos profesionales, para llevar a cabo reajustes en los horarios y en las funciones de su personal que mejoren las condiciones laborales y los servicios.

Pero no siempre los sistemas de información resultan ni válidos ni fiables. Se pervierte su finalidad porque no son sencillos, porque no siempre los profesionales los ven oportunos ni útiles, ni siempre se devuelven los datos una vez tratados para que sean útiles en el nivel que los ha generado. En muchas ocasiones su única finalidad es aumentar o reducir la asignación de productividad de algunos cuadros intermedios de gestión del sistema, o bien añadir una línea en el currículum de algún técnico de la Administración que publica un trabajo a costa de los registros que los profesionales han cumplimentado con esfuerzo.

Por último, es necesario referirse al instrumento oficial de motivación del sistema sanitario, el sistema de incentivos mediante el complemento de «productividad», o bolsa de incentivos.

La productividad, tal como está estructurada, no sirve como instrumento orientador del comportamiento de los trabajadores de acuerdo con los objetivos de la organización. En realidad, se paga para incentivar (no por lo que se haya producido), pero en la práctica sirve para todo lo contrario de lo que se pretende.

Como es sabido, en Andalucía, en un inicio, la productividad no iba ligada a objetivos previamente definidos, ni a criterios válidos y objetivables para su distribución, ni a ninguna evaluación de la atención y el trabajo

profesional. Desde hace un año siguen sin existir criterios válidos ni objetivos para su distribución, pero oficialmente está ligada a objetivos hasta el nivel distrito. Es decir, al equipo de dirección de distrito le pagan en función de los objetivos previamente pactados con los servicios centrales (el principal, el ahorro en capítulo de personal).

En algunos distritos la bolsa total del personal del distrito (excluyendo al equipo de dirección), en vez de distribuirla capitativamente se hace en función de los objetivos pactados con las direcciones de ZBS, para intentar continuar la cadena, y se deja en manos del director la adjudicación entre los miembros del EAP. Sin apenas darse cuenta, el director de ZBS recibe la responsabilidad del reparto de este complemento sin haber podido participar en su planificación.

Esto en la práctica se traduce (bolsa de 1992) en que un profesional cobra de media 65.000 pesetas y un director de distrito, en base a objetivos que parcialmente han desarrollado los profesionales de base, cobra de 600.000 a 1.000.000 de pesetas. En los profesionales se extiende la impresión de que si se consiguen los objetivos, esto sólo sirve para que la dirección del distrito se embolse una sustanciosa suma. Este parece ser el fin último de la ingente cantidad de estadísticas, de los esfuerzos por no cubrir sustituciones, del esfuerzo en muchos casos de los profesionales de base.

Además, como es sabido, la bolsa se divide en 60 por 100 para facultativos y 40 por 100 para resto de personal. Este criterio puede llegar a ser nefasto para aquellos centros que pretendan, en serio, realizar un trabajo en equipo. Esto es una muestra más de cómo las recientes tendencias de incentivos tienden a primar una estructura jerárquica a costa de hacer cada vez más difícil el trabajo en equipo.

Así, más que un incentivo, la productividad se convierte en un elemento de discordia entre categorías profesionales, y entre los distintos niveles de gestión, sin que finalmente suponga una remuneración significativa para los trabajadores de los equipos. No así para la cadena de mandos a partir de un determinado nivel.

PROBLEMAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA. DIFICULTADES DE FUNCIONAMIENTO

Se señalan en las **figuras 3 y 4**. Se distinguen como problemas intrínsecos aquellos que se pueden ir solventando o mejorando desde la dirección de la ZBS. No es una tarea imposible solventar estos problemas siempre que se tengan claros los objetivos a conseguir, se pacten con el equipo y exista una buena política de motivación, desde un liderazgo democrático.

Figura 3

PROBLEMAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA. DIFICULTADES DE FUNCIONAMIENTO

Problemas intrínsecos

- * *Heterogeneidad de personal*
 - Distinta procedencia:
 - Sanitarios de zona
 - Plazas de nueva creación
 - Distintos intereses:
 - Pública/privada

* *Dificultades para pasar del trabajo individual al trabajo en equipo*

* *Conflicto de roles*

* *Resistencia de pasar de la asistencia individual a la atención de la comunidad*

Figura 4

PROBLEMAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA. DIFICULTADES DE FUNCIONAMIENTO

Problemas ajenos a la voluntad del equipo

* *Características/diseño de las zonas* (dispersión geográfica, atención continuada, presión asistencial...)

* *Condiciones de trabajo* (equipamiento, material...)

* *Condiciones laborales* (sustituciones, vacaciones, días...)

* *Inexistencia de objetivos políticos de salud* (líneas claras de actuación, distintos intereses, deficiente toma de decisiones)

* *Relaciones primaria-especializada*

* *Sistemas de incentivos*

Figura 5

EVOLUCION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GUILLENA EN BASE A UN ESTILO DE DIRECCION DEMOCRATICO

Condicionantes.—Gran dispersión geográfica
Zona Básica de Salud no coincidente con zona natural

Situación previa

- 1.—Los profesionales no se sienten equipo de AP
- 2.—Los alcaldes y la población no se identifican con la zona
- 3.—Heterogeneidad en las condiciones de trabajo
- 4.—No existe centralización de servicios
- 5.—No existe formación continuada
- 6.—No existe dirección
- 7.—Guerra fría con la Administración
- 8.—Programas de salud en precario

Estilo democrático de dirección

Situación actual

- 1.—Existe mayor conciencia de equipo y se trabaja en equipo
- 2.—Se ha iniciado la participación de los alcaldes y la población
- 3.—Centralización de servicios. Se empieza a funcionar como zona
- 4.—Formación continuada
- 5.—Más homogeneidad en las condiciones de trabajo
- 6.—Existe una dirección aceptada por todos
- 7.—Relaciones críticas con la Administración
- 8.—¿Mejor atención de la salud?

Los problemas calificados como ajenos a la voluntad del equipo tienen mucho que ver con la actual situación de crisis y el cuestionamiento que sufre el modelo de atención primaria. Los responsables de su resolución son otros.

EL CASO DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GUILLENA

Hasta aquí se ha pretendido llegar al convencimiento de que el estilo de dirección democrático, en base a la motivación, permite una gestión de personal en las ZBS que sería impensable de otra manera.

Pero parece necesario ilustrar que todo lo anterior no es sólo una reflexión teórica, sino que cuando este estilo se ejerce con convicción produce unos resultados excelentes. Esto es lo que se pretende con el relato de la historia de la Zona Básica de Salud de Guillena, en la provincia de Sevilla.

Descripción de la zona

La ZBS de Guillena es una zona rural, de gran dispersión geográfica, agrupa siete pueblos en cada uno de los cuales hay un consultorio local. La población atendida es de 26.528 personas. El EAP se compone de 60 profesionales (23 médicos, 1 pediatra, 20 enfermeros, 1 matrona, 1 trabajadora social, 3 veterinarios, 1 auxiliar de enfermería, 2 auxiliares administrativas y 8 celadores-conductores).

La demarcación sanitaria no coincide con lo que sería una comarca natural (política, social y culturalmente). No existen comunicaciones fáciles entre los diversos pueblos. Estas circunstancias han hecho de esta ZBS una de las más conflictivas de Sevilla.

Elección de la dirección y plan de trabajo

Los serios problemas que existieron con la Administración provincial propiciaron que la ZBS careciera durante bastante tiempo de dirección.

Sin embargo, en un determinado momento, el EAP llegó al convencimiento de que era necesaria su elección para salir del bloqueo que produ-

cía la situación anterior. Para la elección del director y el adjunto de enfermería se siguió el siguiente proceso:

* Reuniones del EAP durante dos meses para hacer un análisis de la realidad de la ZBS y, entre todos, establecer las bases de lo que sería el futuro plan de trabajo de la dirección.

* Elección en el EAP del director y adjunto entre varios candidatos.

* Apoyo de los candidatos elegidos mayoritariamente por el EAP para su nombramiento oficial y retirada del resto de los candidatos para no dar al distrito la oportunidad de nombrar un candidato distinto al elegido mayoritariamente.

Con la legitimidad que supone este proceso de elección, empieza a funcionar el nuevo equipo de dirección, directora y adjunto de enfermería, partiendo del total convencimiento que la única forma de obtener éxito es a través del estilo democrático, antes expuesto.

Se pretende concretar este estilo en una participación directa a través de la formación continuada y de las permanentes visitas de la dirección a los consultorios de la zona, llevando a cabo una dirección accesible y transparente, que informe y que gestione las distintas cuestiones de una forma personalizada.

Teniendo en cuenta la situación analizada por el equipo, se empieza a actuar en base al plan de trabajo elaborado, integrando en él, por consenso con el EAP, los objetivos del distrito sanitario.

Los objetivos generales para una ZBS tan dispersa y heterogénea como la nuestra se centraron en dos: crear conciencia de equipo y tender hacia la homogeneización de las condiciones de trabajo en los distintos puntos de la ZBS. Se utilizó como principal estrategia la formación continuada, para la participación, como medio de comunicación y contacto de los profesionales.

Resultados y evaluación

Después de dos años de dirección existe una situación diametralmente opuesta a la inicial (**figura 5**):

- * Se han iniciado numerosos programas de salud.
- * Se han homogeneizado las condiciones de trabajo entre el centro de salud y los consultorios locales.
- * Se ha iniciado el trabajo en equipo con una gran cuota de centralización de servicios.
- * Se ha iniciado la participación de los Ayuntamientos y la población.

* Existe una relación con la Administración que, aunque crítica, va siendo cada vez más fluida.

Como elementos de evaluación se han utilizado los siguientes:

* Los indicadores que se analizan en el distrito. Del plan de trabajo del año 1992 se consiguieron el 85 por 100 de los objetivos consensuados en el EAP y pactados con el distrito.

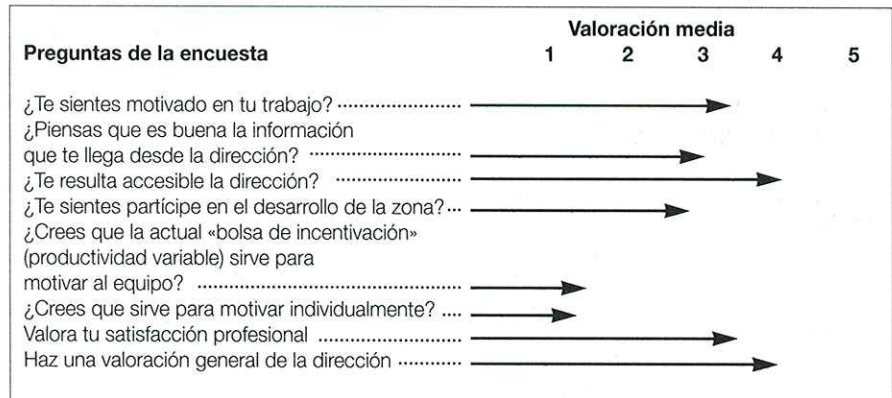
* Los resultados de una encuesta de evaluación de la dirección pasada a todo el equipo (1).

La encuesta consistió en un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas donde se pedía una valoración sobre los distintos aspectos en que se basa una dirección democrática, la opinión del equipo respecto a la dirección y a la marcha de la ZBS.

El índice de respuesta de la encuesta fue del 95 por 100. En la **figura 6** se puede observar la valoración media asignada a algunas de las preguntas clave de la encuesta. Teniendo en cuenta que la máxima valoración positiva es 5, es de destacar la baja valoración de la capacidad de motivación que tiene la actual «bolsa

Figura 6

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACION



de incenti-
vación», con una valoración de 1.5 ± 0.3 . Por el contrario, la valoración directa de la dirección alcanzó una puntuación de 3.8 ± 0.9 .

Es legítimo pensar que este buen nivel de motivación de los profesionales y la alta valoración que para ellos

ha tenido la accesibilidad y la transparencia de una dirección con estilo democrático, hayan influido en los espectaculares cambios que ha tenido en su organización y funcionamiento. ■



Cartas al director

DIRECCION Y LIDERAZGO

He leído con gusto y cierto detenimiento el análisis y relación de diferencias que del directivo y el líder hace mi buen amigo el Dr. José Antonio Moreno Ruiz, en el n.º 44 de SALUD 2000, de noviembre del 93, «Problemas de gestión en la Sanidad pública».

Entre las muchas cosas que de José Antonio recuerdo, de cuando fui alumno suyo en la Escuela Nacional de Gerencia Hospitalaria, se me quedó grabado algo que decía: «Nada se debe decir que no se pueda saber ni escribir». En mi vida profesional lo sigo casi al pie de la letra.

Y digo que en estos momentos todos los ejercicios lingüísticos sobre

dirección, liderazgo y otros instrumentos de gestión son juegos florales sobre un campo de actuación imposible.

En este país, que algunos llamamos España, la crisis no es motor de progreso, sino el pozo miserable en que nos metemos por culpa de nuestra desidia y arbitrariedad, que hacen imposible el camino de la competencia.

El buen sentido de la gente le dicta la necesidad de huida del engaño, la inseguridad jurídica, la designación por capricho y de la ruina económica, que hace imposible mantener a los hijos con decoro. Así que el líder lo tiene duro y el directivo peor.

Y si al líder le da por reflexionar sobre las personas, por una parte no encontrará más que disculpas para

aquellos que no le hacen caso, y para otros no encontrará más que motivos de desprecio por su inconsecuencia con sus principios.

Sin duda que hace falta una ruptura y se hace necesario coger al toro por los cuernos, pero eso es posible intentarlo en un país normal, en donde la ley sea la norma de conducta. Aquí la norma sólo sirve de escarnio. La mayor fortuna del país está en manos de una persona que se declara insolvente y al que le piden diez años, y robar mil duros pueden ser cinco años de cárcel. Es la tierra del disparate.

Uno no deja correr las cosas, ni se da fácilmente por derrotado. Pero, querido José Antonio, uno ya no lee sobre gestión, pues ha aprendido que no es camino suficiente para que se arreglen ahora las cosas. Sólo tu nombre ha hecho que me pare de nuevo por un instante en los temas que tratas. Pero no me dicen nada. ■

Dr. Benigno Cossio Coll

Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital Juan Canalejo. A Coruña