A propósito de un
Diccionario de Gestión Sanitaria: Los 100 términos más utilizados

Bastante tiempo atrás, un diario madrileño publicaba una entrevista realizada a José Martínez Ruiz, escribe José Manuel Sánchez Ron al inicio de su Discurso de Recepción en la RAE, y que tituló *Elogio del Mestizaje*. Por entonces, el inolvidable Azorín era un hombre muy mayor y no podía salir de su casa. Una de las preguntas del periodista que le entrevistaba fue la de a qué dedicaba sus días, cuestión a la que el anciano maestro contestó diciendo que leía el diccionario de la Real Academia Española, palabra por palabra, y meditaba acerca de lo que representaba cada una de ellas. Que un hombre que encaraba irremediablemente el final de sus días, que se encontraba incapacitado, de puro viejo, para casi todo, salvo para pensar y para leer; que un hombre así se sirviese de su cerebro, del pensamiento, y de un diccionario para vivir, para mejor dicho, revivir, es algo hermoso, digno de encomio.

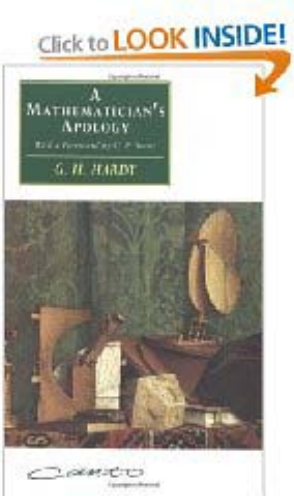
Y aquí estamos nosotros, más o menos vivos, convocados alrededor de un *Diccionario*.

La vida, en su plenitud, tiene entre sus pilares preferentes el cruzamiento entre individuos de distinto origen, aunque nos empeñemos en levantar fronteras. Fronteras imaginarias basadas a la postre en nuestros deseos por diferenciarnos, cuando no, seamos francos, de rechazar a los otros. Lo que une, por encima de las denominaciones, es la cultura, la historia en definitiva. Y no debemos ver en los mestizajes culturales algo perjudicial, peligroso, sino, las más de las veces, algo enriquecedor, saludable, vital. Mestizaje frente a aislamiento; acercamiento frente a extrañarse de los otros. De *desencuentro* habla Joan Gené Badia en el primer Prólogo del libro que hoy nos mestiza. La mezcla es, por el contrario, un camino; una senda que vamos construyendo al vivir.

Mestizaje, mezcla de culturas distintas que da lugar a una nueva. Una comprometida con la palabra que no sólo ha sido ha sido la piedra de toque del progreso, sino la medida del éxito en la vida cotidiana. Una pequeña palabra, como les he dicho, pero llena de trascendentes consecuencias, si pueden grabarla en sus corazones y ceñirla en sus frentes. La consigna, la palabra clave en medicina, en todo, es *Trabajo*, con mayúscula. Una palabra que bien podría ser el ciento uno de *los términos más utilizados*. Una cultura comprometida con el trabajo bien hecho y con la decencia; corrupción no es sólo desfalcar. Una actitud abierrta a los demás, no cerrarse a los otros. Y ello sólo es posible en los *escenarios entendibles*, que reclama Juan José Rodríguez Sendín en el segundo de los prólogos.

El formidable matemático británico Godfrey Harold Hardy fue uno de los que con más vehemencia defendió la pureza de las matemáticas, su extrañamiento de culturas, de mundos que no son el suyo propio. En este sentido, en su *Apología de un matemático*

escribió: «Un matemático trabaja con su propia realidad matemática. Las matemáticas puras me parecen —escribe Hardy— me parecen como una roca en la que cualquier tipo de idealismo zozobra, porque la realidad matemática está construida de esta forma». Esto es verdad, y negarlo sería de necios.



Existen, por tanto, situaciones en los que el grado de mestizaje es, en el sentido que pretendo dar a ese término hoy, pequeño si no insignificante. Aceptemos esto sin ningún problema. Pero matizando; no todos son, somos, Hardy. Máxime, cuando la pureza suele darse en aquellas facetas en las que mentes muy jóvenes han realizado alguna aportación, y más, si la disciplina también lo es. ¡Y cuán joven es la *gestión sanitaria*!; que, en su puesta en escena reclamó la matematización o, mejor, la numerología. Ya volveré. A mayor juventud más inmune se es al mestizaje cultural. Son aquellos que nunca abandonan el restringido ámbito de una parte de un hacer. Todo lo contrario de la Medicina, ejemplo de mestizaje multidisciplinar, que incluye gestión de recursos.

La Naturaleza es una y única. No establece fronteras o etiquetas. Somos nosotros los que, a la fuerza, imponemos semejantes separaciones. Afortunadamente, las tendencias de reunificación, hibridación, interdisciplinariedad o mestizaje irán ganando terreno a los largo de las próximas décadas. Estamos abocados a la complejidad; y la medicina y su gestión son ejemplo de complejidad.

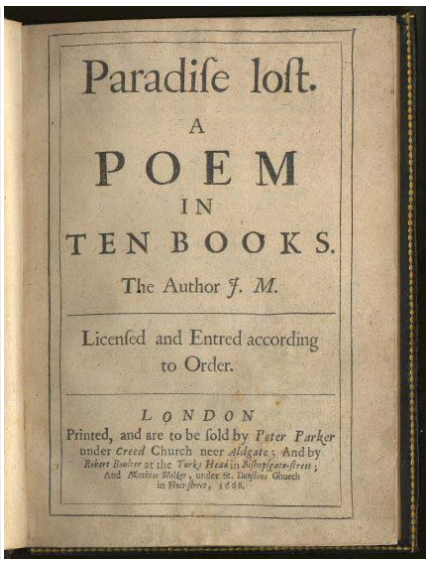
Pero en este momento, en el que importantes tomas de decisiones que afectan a la asistencia médica han sido negadas a los profesionales sanitarios y cuando la mediocridad intelectual conspira, consciente e inconscientemente, para reducir a los médicos a meros proveedores de unidades asistenciales contables —productos—, se está haciendo cada vez más difícil mantener la calidad —asistencial, docente e investigadora—, y ello supone exponer a los pacientes —ahora, clientes— a un riesgo inexcusable. Porque la medicina académica se define como la capacidad del sistema de salud y de la atención clínica de pensar, estudiar, investigar, descubrir, evaluar, innovar, enseñar, aprender y mejorar, sin despilfarros. Se diría ¡en búsqueda de la excelencia!

Excelencia. No hay término más devaluado en el idioma. Palabra que, en ocasiones, no generalizaré por supuesto, me recuerda a los seductores y aduladores que llenan

Malebolge o Fosa Maldita. Hasta allí Gerión acompañó al poeta y a su guía, y allí Virgilio mostró a Thais, la prostituta, la que, cuando su amante le preguntó: ¿Tengo grandes méritos a tus ojos?, le contesto: Si, maravillosos. Y con ello quedan saciadas nuestras exigencias. Requisitos que han ido cambiando. Al alejarnos del Helicón, que cambiamos por el Pandemonio, volvimos la mirada, derramamos, como era natural, unas lágrimas, que pronto se secaron, y con paso incierto emprendimos un solitario camino. Es un guiño al poema épico de Milton.

Richard Anderson caracterizó los desarrollos médicos históricamente recientes en *décadas*: la de los años 1960, década de la innovación clínica; la de 1970, década de la expansión clínica, y la de los ochenta, década de la restricción financiera. Para la década de los años 1990, Alexander Walt acuñó el término «*dis-decade*». Término que resume una enmienda a la totalidad. *Dis*, prefijo griego de negación, de separación, adoptado por el latín cuyo genitivo *ditis* da nombre a Plutón, dios de los infiernos. En resumen, *disdecade*: decenio *rico en escaseces*, por utilizar una balada de Atahualpa Yupanqui. *Deformación* educativa, *desafecto* clínico, *desánimo* profesional, *desgobierno*, *desorganización*, *desencanto*.

Pasando a la consideración de la terminología en español —el Diccionario que nos preside en español está escrito—, en la mayoría de los casos, como consecuencia del inmovilismo filosófico y científico de nuestro siglo XVII, y a causa también del vigor expansivo de la



Paradiſe loſt.
A
POEM
IN
TEN BOOKS.
The Author J. M.

Licenſed and Entred according to Order.

LONDON
Printed, and are to be ſold by Peter Parker under Creed Church neer Aldgate; And by Robert Boulter at the Turks Head in Biſhopsgate-ſtreet; And Matthias Walker, under St. Dunſtons Church in Fleet-ſtreet, 1668.

Ilustración europea, la renovación del vocabulario cultural español se hizo por trasplante del que había surgido o iba surgiendo más allá del Pirineo, aprovechando el común vivero grecolatino. El siglo XVIII español hereda un lenguaje escolástico, barroco y dislocado entre la chabacanería y la artificiosidad. Cuando en 1726 entabló Feijoo la batalla contra la superstición, contra los prejuicios y contra el abuso del principio de autoridad, la apertura a nuevos horizontes intelectuales se hizo valiéndose de un estilo que muchos creyeron nuevo o extranjero. Era preciso ampliar el vocabulario. Feijoo no era partidario del neologismo frívolo ni ostentoso, pero no sentía escrúpulos ante el que le parecía conveniente, ya procediera del latín, ya fuese galicismo crudo; siempre con miras a una necesidad de orden intelectual como expresión de un concepto nuevo. Dadas las preferencias de Feijoo no es de extrañar que sus neologismos pertenezcan sobre todo al campo de la física y de la medicina. A partir del Renacimiento, el progreso científico huía del universalismo y se orientaba hacia la especialidad, surgida de la experiencia eficaz secundada por la razón. En el siglo XVIII, ésta fue elevada a sus últimas consecuencias como método de cognición por los enciclopedistas en Francia, cuya heredad intelectual recayó en los eruditos alemanes del diecinueve

En nuestra tierra, las contiendas del principio de aquel siglo desangraron al país, lo poblaron de odio, hicieron que se planteara mal la política futura y ahogaron toda posibilidad de ciencia. En el discurso de recepción en la RAE, en 1803, del médico Eugenio de la Peña puede leerse: «La pureza y las bellezas de la lengua no son por lo común bienes patrimoniales de los hijos de Esculapio, y las musas no habitan los techos en que se guarece la humanidad enferma». Los lenguajes de las diversas naciones son ricos en voces en aquellas ramas que se han cultivado con preferencia. Resulta con evidencia una verdad triste para nosotros, pero que no debe disimularse: que la lengua castellana necesariamente ha de ser pobre en las diversas ramas de la medicina, de la cirugía, de la física, en una palabra, de las ciencias, que entre nosotros apenas se han cultivado hasta estos últimos tiempos. La escasez de las ideas ha debido resultar por necesidad en la pobreza de las voces facultativas. ¿Cuántos artículos y libros se han escrito con material de primera mano, original, en castellano? Y las traducciones están tan poco cuidadas que lejos de enriquecer la lengua la estropean del modo más despiadado.

En aquellas mismas fechas, en los albores decimonónicos, Gregory comentaba: «Parecerá sin duda superfluo detenerme en recomendar el estudio y conocimiento de la lengua nacional; pero es muy cierto que muchos Médicos de nota y de verdadero mérito han incurrido en todos los tiempos en graves faltas, que la crítica ha ridiculizado justamente por ignorancia de la lengua, o incorrección en escribirla». Pedro Laín, siglo y medio después, hablaría de «patología del lenguaje médico»: «Enseñaron Hipócrates y Galeno que, en principio, todo lo que no es veneno es alimento, lo que no mata, engorda. Tal parece ser la norma que preside el crecimiento de un idioma», concluía Don Pedro.

Hay mucho que hacer todavía. Hay, sobre todo, que hacer frente a la inundación de voces extranjeras que suministra el universal empuje creador de la ciencia en todo el mundo y que nos llega con su terminología nueva, groseramente barnizada, por lo común, al adaptarse al castellano. El idioma español de hoy, *el español de todo el mundo* que reza en nuestra nueva Gramática; esta lengua que, hoy, ocupa el segundo lugar por número de hablantes, sólo superada por el chino mandarín, y también segunda como lengua de comunicación internacional, tras el inglés, ha de considerar la preocupación lingüística como parte esencial de su renovado ensueño de progreso. La industria de la lengua, de la nuestra, representó, en el año 2007, aproximadamente el 10% del Producto Interior Bruto (del PIB) y del Valor Añadido Bruto (del VAB), y también más o menos el 15% para ambos valores

Todos debemos tener presente la máxima del Rey Sabio: «El seso del hombre, por la palabra se conoce» Y en nuestro contexto podemos añadir: y también por la gestión de sus recursos.

Como una variedad del lenguaje científico, el lenguaje médico debe definir con mucha precisión los signos y palabras que utiliza; debe tener carácter «denotativo» o rigor para conseguir una comunicación universal. Debe evitar los barbarismos, que atentan contra la fisiología del lenguaje. Están bien algunas prótesis –neologismos–, pero no está bien alterar su metabolismo, generalmente por traducciones viciosas. Además, el lenguaje médico debe tener ritmo, pero no excesivo colorido. También conviene evitar el exceso de retórica, el abuso de siglas, los cambios de género, los pleonasmos, las elipsis… y los gerundios. «Si tuviera que señalar algún ejemplo de fijación rutinaria en la lengua especial de los médicos españoles, no dudaría –escribe un prohombre de las letras– no dudaría en señalar el abuso del gerundio». «Tienen ustedes derecho a tres gerundios», espetaba a sus redactores un célebre director de *El Debate*. El hecho de que se escriba un texto científico y no una obra literaria, no quiere decir que no haya que esforzarse por lograr una correcta redacción. La Medicina no debe estar reñida con la Cultura.

Debe predominar el *sentido común*. «Modo de pensar y proceder tal como lo haría la generalidad de las personas», dice el DRAE. Tal vez fuera una buena definición en tiempos del Diccionario de Autoridades; hoy creo que no. Ese sentido común periclita engullido en los vericuetos de la burocracia. Se difumina porque su entorno vital, la confianza, discreción, responsabilidad y raciocinio, se desmorona. Sobrevive en cambio la confusión.

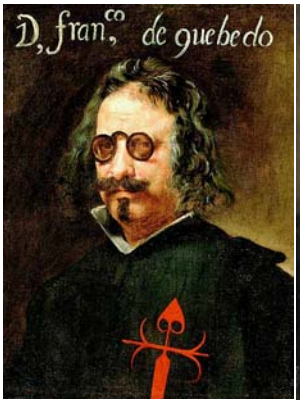
Volviendo al lenguaje, tal vez sea el «encanto de lo foráneo» el gran distorsionador. Dámaso Alonso llamó la atención, con especial ahínco, sobre los neologismos técnicos. Desde siempre y en todos los planos sociales y en todas las lenguas se han usado, se usan y se usarán palabras que no son del idioma vernáculo. Pero no me refiero a los préstamos sino a la otra cara de la moneda, a los extranjerismos, considerados como vicios del lenguaje al incumplir dos condiciones fundamentales para una absorción sin traumas: que el vocablo responda en su estructura a los parámetros lingüísticos del español, y que sea necesario, es decir, que no tenga voces equivalentes en nuestro idioma. No hay que olvidar, sin embargo, que muchos extranjerismos, una vez acomodada su grafía a la española, acabarán por ser admitidos, porque el uso termina por decir la última palabra en estas cuestiones.

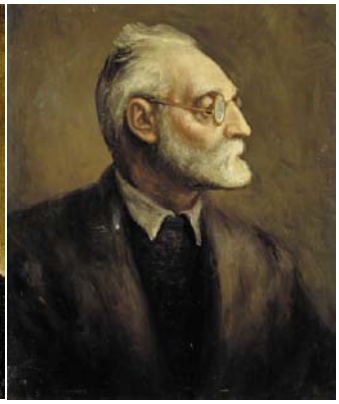
El *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico* incluyó en uno de sus números, allá por el año 1977, un artículo titulado *Dígalo en español, or say it in english*. El resumen del trabajo, en español, dice: «Hemos registrado, durante un año, más de un centenar de extranjerismos médicos usados con alta frecuencia en las aulas hispanohablantes de Medicina y anotado sus equivalentes en castellano. Observamos la tendencia del cuerpo médico a no utilizar con la debida corrección el español y el inglés, mezclar ambos idiomas y reemplazar palabras castizas por anglicismos. Traducimos literalmente del inglés al español, pronunciamos mal las dicciones inglesas, utilizamos términos que son en realidad híbridos lingüísticos. El inglés se usa para dar más énfasis a la expresión, tal como si el anglicismo diera a la dicción más capacidad para transmitir ideas. Se usa el inglés también porque se ignora el término técnico hispánico; puede ser indicio de esnobismo por parte del hablante. Concluimos que esta Babel lingüística –como ya denunciaba De la Peña doscientos años atrás– es incomprensible e inoperante, y resulta absurda y ridícula. Sugerimos una actitud consciente y cuidado en el uso del inglés y del español». También Rafael Alvarado se rebeló contra «los horribles anglicismos que provienen, como otros tantos barbarismos, de la pereza mental».

En español no se necesita incurrir en [estos] desatinos. Nuestro idioma es bien rico léxicamente, y muchos de estos «neologismos imprescindibles» no constituyen más que una muestra de desconocimiento de los términos existentes. En vez de imprescindibles, son en realidad «neologismos por ignorancia». No cabe duda alguna de que el inglés es el idioma internacional de la medicina, pero ello no justifica la contaminación de nuestra lengua con términos extraños. Este fenómeno invasor, claramente rechazable, se está produciendo en el lenguaje científico en general y en la jerga médica en particular. El *spanglish* gana terreno. Usufructuamos con la lengua, una herencia cultural magnífica y un milenio de tradición escrita. Nuestra responsabilidad es preservar este acervo, hacer que se mantenga la unidad que nos permite entender hombres quienes escribieron sus obras en la misma

lengua que usamos día a día. Para cuidarla tal como nos la cuidaron los que desde siglos atrás vienen transmitiéndonosla: Juan Ruiz, Íñigo López de Mendoza, Cervantes, Calderón, Quevedo, Unamuno, Antonio Machado, Aleixandre o Cernuda.

Celosos de nuestra responsabilidad de enriquecer nuestra jerga, la medicina española no ha dudado en seguir a Juan de Yepes. Un recurso frecuente en la obra de San Juan es utilizar términos a los que la tradición atribuye un determinado sentido o un determinado valor, y hacerles cumplir una nueva función. Tal recurso nos ha permitido proponer, al menos, tres términos sesudos que han sido rápidamente incorporados y que, incluso, dan





consistencia teórica a nuestro quehacer: *listas de espera*, *carrera profesional* y *peonadas*. Qué oportuno don Antonio: «¡Amargo caminar, porque el camino / pesa en el corazón! ¡El viento helado, / y la noche que llega, y la amargura / de la distancia! […] En el camino blanco / algunos yertos árboles negrean; / en los montes lejanos / hay oro y sangre […] El sol murió […] ¿Qué buscas, / [médico], en el ocaso?»

El *Diccionario de Gestión Sanitaria* eleva *lista de espera* a la categoría de cultismo: *teoría de colas*; aunque yo añadiría: «indicador borroso, huero y manido de las políticas de salud». En la definición de *carrera profesional* utiliza *modelo de sistematización* o *marco conceptual*. En cambio obvia el «sinónimo» *trienio*, que el DRAE define como: «incremento económico de un sueldo o salario correspondiente a cada tres años de servicio activo».

Permítanme un inciso, económico, gerencial. Lista de espera representa un problema importante; lista de espera es a la sanidad lo que crisis es para la economía global. Son

vocablos que describen el «modelo viejo», sanitario o económico, respectivamente. Porque estamos viviendo las listas de espera en un caso y la crisis en el segundo, con tal intensidad, que nos olvidamos de los problemas de fondo. Nuestro sistema sanitario y nuestra economía están enfermos. Las listas de espera y la crisis son simples gripes. Nuestro sistema sanitario, desde el punto de vista económico, independientemente de su alto valor social y de sus problemas de financiación, es mero gasto, para satisfacción de las empresas generadoras de valor añadido, de innovación tecnológica.

Volvamos a la lexicografía. El gran logro, algo sin parangón, que esta vez sí refleja la enfermedad del sistema, es *peonada*. Vayamos al DRAE: «Peonada: Jornada de trabajo de un peón. Peón: Jornalero que trabaja en cosas materiales que no requieren arte ni habilidad. Jornalero: Que trabaja a jornal. Jornal: Estipendio que se gana por cada día de trabajo que se ajusta a destajo». Y añado, *peonada*: epíteto de donde se ha ido a parar. Una situación que resume, acertadamente, la frase: «Me atrevería a sugerir que el imponente edificio de la medicina moderna, a pesar de su impresionante éxito, se encuentra, como la célebre torre de Pisa, discretamente desequilibrada»

«Entre nuestros cometidos principales se encuentra el desarrollar acciones que contribuyan a la mejora de nuestra sanidad potenciando la formación continuada de los profesionales del ámbito de la salud», escribe María Luisa Poncela García en la Presentación. Desde al menos dos centurias, al igual que hoy día, la educación de los médicos incluye, típicamente, una formación en los principios de las ciencias generales como la matemática y la física, así como un currículo médico estándar que incluye anatomía, fisiología, farmacología, bioquímica y otros temas que se asocian, de manera automática, con la medicina.

La profesión médica, hoy, se enfrenta a varios problemas. Está desorientada en un laberinto burocrático; ha perdido su autonomía; su prestigio se sume en una espiral descendente, y se ha hundido su profesionalismo. Pero los problemas no acaban aquí. Una grave enfermedad médica merodea entre las sombras de todo ello. Una enfermedad de la que, en este caso, sólo es responsable la propia medicina y que amenaza al público al que debe servir. Comienza en la Facultad, donde prácticamente no recibe atención alguna. Pasada la incubación, florece durante el periodo de especialización en los años de Residencia. Luego, se cronifica. La terapéutica y sobre todo las medidas preventivas, se ignoran, y en el mejor de los casos son inadecuadas. Nos encontramos ante un cuadro típico de «insolvencia clínica».

Herbert L. Fred acuñó el término *hyposkillia* —«hipopericia»— para referirse a la deficiencia de habilidades clínicas de los médicos; una patología debida a que sus intereses se centran en otras cosas, que relegan a un segundo plano el contacto directo con el enfermo. Una situación que queda recogida en un nuevo eslogan. Este es mío: «medicina *high-tech low-touch*»: *mucho pedir y poco tocar*. Médicos que aprenden a solicitar todo tipo de pruebas y procedimientos, pero que no siempre saben cuando pedirlos o como interpretarlos; médicos incapaces de hacer una historia clínica o una exploración física bien hechas. Además, una gestión prepotente —los médicos acuden en manadas a charlas, seminarios, cursos, master…—, una gestión en numerosas ocasiones orientada a recibir —no a atender— al mayor *número* de pacientes, en el menor *número* de minutos posible y aquilatando al máximo el *número* de euros por paciente. Protagonismo «numérico» que bien pudiera dar pie a una nueva área de conocimiento de las ciencias médicas, junto a la genómica, proteómica o celulómica: la «numerómica». Y esto está muy lejos de la noble ambición del patrocinador, de la Fundación Abbott, que también recoge la Presentación: «El papel fundamental de la Gestión en la identificación de las necesidades sanitarias de la población y en la optimización y eficaz gerencia de los recursos humanos y materiales, es incuestionable». Sirva de muestra contundente a tal aseveración uno de los logros más fascinantes del año 2009, resultado de la gestión de conocimiento y oportunidades tecnológicas entre biología e ingeniería, y que, sin duda, tendrá interesantes repercusiones en nuestro hacer: la rebaja desde tres mil millones de dólares a sólo tres mil de ellos, que hoy cuesta la secuenciación de un genoma. La reconstrucción del *Ardipithecus ramidus* y el telescopio espacial de rayos gama Fermi, completan el trío galardonado.

Espectacular, pero volvamos a nuestro problema. ¿Existe cura para la tiranía tecnológica? Se necesitan docentes que sepan y que enseñen fisiopatología, propedéutica y patología clínica; que apliquen *high-touch*, que utilicen mano y cerebro. Docentes que conozcan las bases de las diferentes técnicas y que sepan cuando solicitarlas y cómo interpretarlas, y que

utilicen *high-tech*, mano y bolígrafo, para verificar más que para formular sus impresiones clínicas. La mejor herramienta para una mejor gestión del Sistema de Salud son los profesionales competentes.

Los centros médicos académicos o universitarios —al menos así consta en las fachadas de nuestros hospitales— tienen la responsabilidad de proporcionar una atención sanitaria ejemplar a los enfermos, enseñar medicina a los estudiantes, formar a los futuros profesionales y aportar nuevo conocimiento a través de la investigación. En vez de ello, los centros se convierten en dispensarios y en solucionadores de problemas más sociales que médicos. Hay que reinventar el sistema, porque ni reformas ni reestructuras son suficientes: existe la tendencia de que cuando se topa con problemas complejos, se opta por soluciones simples. Henry Mencken dijo que «para cada problema complejo existe una solución simple y errónea». No hay una solución simple; son tantos los factores involucrados que es imposible predecir un futuro que está por venir desde el desencanto.

Pocas son las razones, desde luego, para sentirse optimista. Soy esperanzado. «La trampa del presente es el futuro; pero el futuro solo tiene sentido como proyección del presente». Pero el presente, como los informes *Abril* o *Romay*, hiberna. Uno de los avances más importantes de la práctica médica ha sido un lento pero mantenido desplazamiento desde un oficio artesanal hacia una disciplina más racional y con una sólida base científica. Debemos poner nuestra esperanza en más y mejor formación. Formación: centésimo segundo término más utilizado. No, el primero de todos ellos. Y sin dejar nunca de vista que la enfermedad es un problema biológico extraordinariamente complejo; una entidad que tiene que ser comprendida a niveles muy diferentes: desde las moléculas a las poblaciones; desde la iguala o la receta a los presupuestos, y sin dejar de lado el complejo industrial que la arropa.

En cualquier caso, mientras haya enfermos que tratar, la medicina seguirá teniendo mucho de arte; cuanto más sofisticada sea la práctica clínica, mayor será la necesidad de tratar a los pacientes como personas y no como enfermedades, y ello mejorará la gestión.

Finalizo. Su amigable aspecto y su cuidada elaboración facilitan el acceso —«accesibilidad» es el primer término del Diccionario—, facilitan el acceso a la obra que tenemos en las manos, y que concluye en una «vía» que comenzó en Boston, recoge la definición del término. En Boston o en Madrid, un diccionario, un buen diccionario, no es sino vida en su esencia más pura; vida depurada, estilizada, vida al alcance de todos, independientemente de cuáles sean las circunstancias en las que uno se halle. «Con este diccionario nos parece que damos un paso en la dirección adecuada y esperamos que contribuya al acercamiento entre clínicos y gestores, todavía demasiado alejados», concluyen *Los Autores* su Prefacio. Que así sea y el demiurgo os lo premie.

Paz y Bien.

Pedro García Barreno
Presentación del
Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos.
Los 100 términos más utilizados.
Hospital «La Paz»
Madrid, cuatro de febrero de 2010