

## SUMARIO

Pág. 2.  
Nota del Editor

Pág. 3.  
El "Rechazo Terapéutico"

Pág. 8.  
Historia Clínica Informatizada:  
Puesta al día.

Pág. 10.  
Seguro Integral para  
Consultorios.



## Nota del Editor



**Horacio E. Canto**  
*Editor responsable*

Estimados Asegurados:

En no pocas oportunidades los médicos nos vemos ante la problemática suscitada cuando un paciente rechaza la terapéutica por nosotros aconsejada.

Esto, además de las consecuencias que pudiera acarrear para el paciente, tiene implicancias médico legales que nos parece importante abordar.

Asimismo, les presentamos una actualización sobre distintos aspectos de la historia clínica electrónica en nuestro país.

Esperando estos temas sean de su interés y utilidad, los saluda cordialmente.

**Dr. Horacio E. Canto**  
*Gerente de Administración de Riesgo  
Swiss Medical Group*



Línea "On line 24 hs":  
(011) 154-947-7136, Dra. Flichman  
(011) 154-949-4592, Dr. Susman  
(011) 155-802-2126, Dr. Piriz  
(011) 154-184-5075, Dr. Bruzone

Línea diurna: (011) 5239 - 6300  
Dra. Susman, Dr. Sabino: 12 a 18 hs.  
E-mail: guardia24@smg.com.ar

# El “Rechazo Terapéutico”

**Dr. Jorge Piriz**

Médico Legista

Gerencia de Administración de Riesgo

Swiss Medical Group

Históricamente los médicos hemos sido educados con un concepto paternalista y proteccionista con respecto a nuestros pacientes.

Encontrarse con un paciente en riesgo que se niega a aceptar un tratamiento enfrenta al médico a una situación incómoda y ante un dilema ético y a “cuestiones legales” que no puede ni debe ignorar. La facultad del paciente para consentir o rechazar los tratamientos indicados, está garantizada -como veremos más adelante- por varias de nuestras normas jurídicas, y al tener un claro sustento legal debemos actuar dentro del marco de lo que ellas disponen.

Hoy en día ya no se discute - o al menos no se debería - el enorme valor que nuestra legislación y nuestros jueces le han otorgado al llamado “**consentimiento informado**” (CI) de parte de los pacientes. Recordemos que el CI es la manifestación voluntaria realizada por un paciente, en la que acepta una práctica médica que se la ha indicado, luego de haber sido correctamente informado sobre la misma. Ahora bien, si damos por sentado que **todo paciente tiene el derecho a que el médico solicite su consentimiento** antes de llevar a cabo algún estudio o tratamiento, por añadidura resulta razonable que el paciente también tenga el derecho a rechazar lo propuesto.

Por lo tanto, **el derecho al Rechazo terapéutico (RT) es la contracara y eventual consecuencia necesaria del CI.**

**¿Puede entonces un paciente tomar la “decisión personal” de no realizarse una práctica médica indicada por el profesional, aún cuando su negativa implique con certeza o alta probabilidad la producción de daños graves en su salud o incluso la muerte?**

La respuesta es “Si”, pero siempre y cuando tengamos la precaución de que se cumplan **todas y cada una** de las siguientes condiciones:

- Que quien esté tomando la decisión sobre “su propia salud” sea un paciente mayor de edad.
- Que se le haya brindado **información adecuada**, en forma clara y completa, sobre la naturaleza de su afección, los riesgos y beneficios del estudio o tratamiento indicado, las alternativas al mismo y, por último, las consecuencias y riesgos a los que se expone al rechazarlo.

- Que estemos ante un paciente **mentalmente competente**. Es decir, que esté en su sano juicio, que pueda comprender su situación clínica y la información brindada y, que se encuentre en condiciones de tomar decisiones respecto a su salud.
- Que su rechazo o negativa sea un **acto “voluntario”**, es decir, que haya sido dado con discernimiento y libertad (sin coacción por parte de un tercero, por ejemplo un familiar).
- **Que su decisión no lesione los derechos de un tercero**. Para entender esto imaginemos el caso de una mujer embarazada de 8 meses que requiere una transfusión de sangre en forma urgente, o su vida y la del feto correrán grave peligro. Si por alguna razón la madre se negara a ser transfundida (Ej.: testigo de Jehová), deberán tenerse en cuenta también los derechos de la persona por nacer y que no puede decidir por sí misma. Existen fallos judiciales al respecto.

**De no cumplirse todas estas condiciones el médico no tendría que aceptar el RT.**

Hacerlo sin que se cumplan las mismas, puede eventualmente comprometer su responsabilidad civil y/o penal.

En estos casos, en donde el paciente no reúna las condiciones para decidir por sí mismo y la familia rechaza el tratamiento indicado, se deberá requerir la intervención judicial.

Por supuesto, si la urgencia del caso (riesgo de muerte inminente) no admite demoras, el médico deberá actuar sin esperar la resolución del juez, en procura de salvaguardar la vida del paciente.

Abundante doctrina y jurisprudencia avalan esta postura, bajo la figura de evitar un mal mayor.

Por el contrario, se reitera, que si estamos en presencia de una persona mayor de edad, en su sano juicio, se debe respetar su decisión, ya que el derecho a la salud y a la vida son derechos personalísimos, como veremos, contemplados en nuestra carta magna.

Específicamente algunas de las normas jurídicas en nuestro país que han servido como fundamento para considerar el Derecho de las personas al “rechazo terapéutico” son:

- **La Constitución Nacional en su artículo 19 señala:** “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni



perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

- **La ley 153 Básica de Salud de la Ciudad de BsAs en su Decreto 2316/03:** En relación al Consentimiento informado determina que también deberá respetarse la voluntad del paciente cuando rechaza un estudio o tratamiento, siempre y cuando el mismo esté en condiciones de comprender la situación y las consecuencias de su negativa. Asimismo, aclara que para aquellos casos en que quien rechaza el acto médico sea el representante legal del paciente porque éste no se encuentre en condiciones de comprender y decidir, si la negativa es injustificada y en contra del mejor interés del paciente se deberá requerir intervención judicial.
- La **Ley 17132**, la cual regula el ejercicio de nuestra profesión médica, dispone en su artículo 19, inciso 3, que “los profesionales que ejerzan la medicina, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, están obligados a respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo en aquellos casos de inconsciencia, alineación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos”.
- La recientemente sancionada **Ley de los Derechos de los pacientes (Ley 26529)** En su capítulo I, artículo 2, inciso (b) dispone que el paciente tiene derecho a que se respeten sus convicciones personales y morales... cualquiera sea su padecimiento. En el inciso (e) en relación a la “Autonomía de la Voluntad” dice... “El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad”.

Veamos algunos fallos judiciales relacionados con el tema:

- En el **Caso “Jacobson”** (21/02/91; Cámara Nacional Apelaciones en lo Civil) y en el **caso “Parodi”** (1995; Juzgado en lo Criminal de Mar del Plata), ambos pacientes eran personas diabéticas con su pierna gangrenada y que se oponían a la indicación médica de amputarla, aunque su vida corriera peligro. En los 2 casos los jueces resolvieron respetar la negativa del paciente, considerando el derecho a la autodeterminación, a la dignidad y, por lo tanto, el derecho a que se respeten las decisiones autónomas en relación a la salud y el propio cuerpo.
- La Corte Suprema de Justicia de la Nación en el paradigmático caso **“Bahamondez”** 1993, (Testigo de Jehova), estableció que “no resultaría constitucionalmente justificada una resolución judicial que autorizara a someter a una persona adulta a un tratamiento sanitario en contra de su voluntad, cuando la decisión del individuo

hubiera sido dada con pleno discernimiento y no afectara el derecho de terceros". En este fallo el tribunal tuvo en cuenta los principios de autonomía y disposición sobre su propio cuerpo.

- En un fallo de la Suprema corte de justicia en la Ciudad de la Plata (Año 2005; Causa Ac. 85627) la Jueza Cogan dispuso:

"Juzgo que debe primar la autonomía de voluntad del paciente que en virtud de su derecho a la autodeterminación sobre su persona y su propio cuerpo, decide rechazar un determinado tratamiento médico, aunque esa negativa pudiera poner en peligro su vida".

En la misma causa el Juez Roncoroni consideró que "El plan o proyecto de vida que cada persona elige, constituye una cuestión que, en tanto no genere efectos dañinos para terceros, le incumbe solamente a ella. Por ende, la salud y la vida del enfermo adulto y mentalmente competente queda a su entera disponibilidad".

**¿Qué debe hacerse si los padres o representantes de un menor de edad se niegan a que se le realice un tratamiento médico y esta decisión pone en riesgo la vida de aquel?**

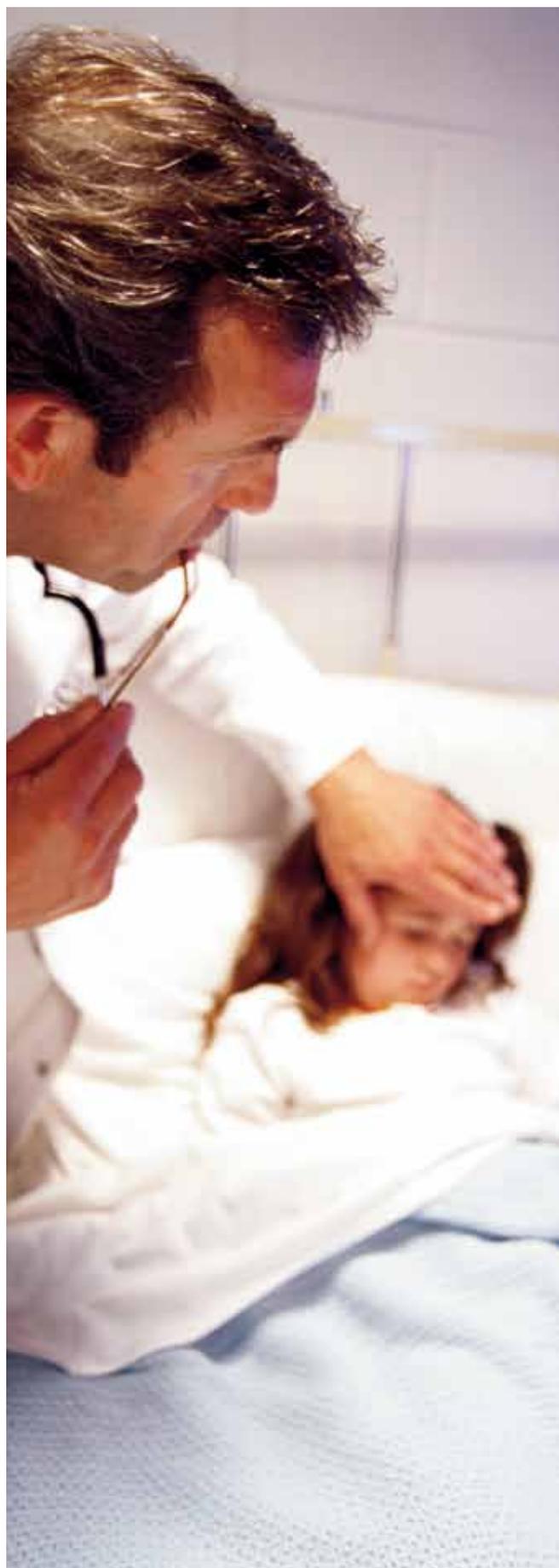
La postura mayoritaria de la doctrina y jurisprudencia considera que **los jueces no pueden permitir el ejercicio "abusivo" de la patria potestad cuando está en juego la vida del menor**. La patria potestad debe ejercerse siempre en beneficio de los hijos y con respeto a su integridad física y psicológica. Por lo tanto, al tratarse de un menor que no puede decidir por sí mismo, es razonable dar prioridad a la vida, ya que se trata de los derechos de un tercero que no puede discernir o elegir.

Así las cosas, cuando la negativa de los padres pone en riesgo la vida del menor o implica un potencial daño grave a la salud de su hijo, si la propuesta médica es razonable y fundamentada, se debería realizar una intervención judicial o al menos dar parte al Consejo de protección de los derechos del niño y adolescente.

Si la afección del menor no amerita que el tratamiento se inicie "inmediatamente", pudiéndose esperar un tiempo prudente, es aconsejable esperar la respuesta judicial.

En cambio, si la situación clínica no permite demoras en el tratamiento por estar en inminente riesgo la vida, el médico deberá actuar en salvaguarda de la salud del menor (realizando el tratamiento correspondiente), fundamentando por escrito su decisión, y dando aviso inmediato posterior al juez relatando lo sucedido.

En nuestro sistema jurídico "el mejor interés" del niño es una consideración suprema, jerarquizándose el derecho a la vida y la salud que tiene el menor (Ley Nacional de Protección integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes; Convención internacional de los Derechos



del Niño, con rango constitucional en nuestro país). Es abundante la jurisprudencia que compartió tales decisiones.

Uno de los tantos fallos avalando estas posturas fue el de la sala II de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Martín en la cual se autorizó a realizar una transfusión de sangre a un menor recién nacido, a pesar de la objeción de sus padres, los cuales invocaban razones de conciencia por pertenecer a los testigos de Jehova.

Los jueces consideraron que “es contrario a los fines de la institución -la patria potestad- prevalerse de ella para impedir que el menor reciba el tratamiento médico adecuado a la afección que padece”.

**¿Pueden los familiares o representantes de un paciente “adulto” que no se encuentre mentalmente competente para tomar decisiones (Ej.: pacientes dementes; patologías psiquiátricas; paciente séptico con alteración del sensorio; paciente en coma en asistencia respiratoria mecánica), rechazar un tratamiento que ponga en grave riesgo su salud o su vida?**

Al respecto, el Juez Roncoroni -en un fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Ciudad de la Plata- consideró que el derecho a rechazar tratamientos y a decidir morir dignamente sin la aplicación de medidas extraordinarias, invasivas y fútiles, es un derecho personalísimo inherente a la persona y que, como tal, sólo puede ser ejercido por su titular, no siendo concebible que el mismo pueda ser ejercido por un tercero con total ignorancia de lo que podría desear o querer el titular de esa vida.

También dispuso que “el rechazo de un determinado tratamiento cuando es formulado por un tercero que sustituye la voluntad del paciente sólo puede admitirse ante las terapias desproporcionadas, entendiéndose estas últimas cuando no pueden proveer ningún beneficio real al paciente y su uso por ende resulta injustificado e inútil para revertir el pronóstico o para proveer algún tipo de esperanza de recuperación”.

Por lo tanto, si el médico considera que la negativa de los representantes es injustificada y va en contra del mejor interés del paciente, si la urgencia del caso lo permite, **se deberá solicitar la intervención judicial.**

Diferente sería la situación si es demostrable por algún medio idóneo que, cuando el paciente se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales, el mismo había manifestado anticipadamente su voluntad de negarse a determinadas terapéuticas. En este caso, el representante legal del paciente podría ejercer tal derecho a rechazar un tratamiento. Esto es lo que la nueva ley 26529 de Derechos del paciente, en su capítulo III, artículo 11, describe como “Directivas Anticipadas”.



## Recomendaciones

En estos casos de “rechazo terapéutico” (RT), lo primero que el médico debe tener en cuenta es el estado psíquico del paciente, si tiene capacidad de razonar y comprender la situación que vive, así como también las consecuencias que puede ocasionarle su negativa.

Si bien no es un requisito legal, sería recomendable que si tenemos al paciente internado en un sanatorio, antes de que manifieste formalmente por escrito su rechazo terapéutico, sea evaluado por el servicio de psicopatología, para que éste último determine en forma fehaciente que “el paciente se encuentra en condiciones respecto a su capacidad psíquica para poder comprender la información que se le brinda en relación a su afección, como también para poder tomar decisiones razonadas respecto a tratamientos que le puedan ser prescriptos”. Es importante que el médico que solicitó la interconsulta le explique al psiquiatra cuáles son los 2 aspectos de su evaluación que se necesita que queden registrados claramente en la HC (competencia mental para entender y decidir sobre su salud), obviamente si es que corresponde.

**El RT por parte del paciente o en su defecto del representante, se debe registrar de manera clara e incontestable en la HC.** El texto del RT debe cumplir con ciertos requisitos para garantizar su validez legal (ver anexo 1). En la medida de lo posible debe constar la firma de quien lo rechaza. En el caso de que se niegue a firmar se aconseja que firme el médico y 2 testigos, incluso personal de la institución si no hubiera otros.

El médico que se enfrenta a un RT, podrá, argumentando una objeción de conciencia apartarse de la atención del rechazante, pero en salvaguarda de su responsabilidad deberá dar la opción al paciente y/o familia, de continuar su atención con otro profesional, dejando constancia en la historia clínica cuando el paciente ya se encuentre en manos de otro colega, evitando así la posibilidad de un eventual reclamo en el que se invoque el supuesto abandono de paciente.

## Para finalizar

Al momento de resolver estos conflictos relacionados con “El rechazo terapéutico” no existen fórmulas magistrales o soluciones infalibles. Lo anteriormente explicado son “pautas generales” y recomendaciones que han sido hechas teniendo en cuenta la legislación actual y la postura “mayoritaria” de la doctrina y jurisprudencia nacional. Siempre existe la posibilidad de que algún juez no comparta estos criterios para una situación definida.

Si bien las leyes no deben ser opinables, el texto de algunas de ellas en ocasiones puede prestarse a interpretaciones ambiguas que finalmente determinan posturas disímiles entre los juristas.

Por lo tanto, es importante remarcar que, cada vez que estamos frente a un paciente que se niegue a llevar a cabo la práctica indicada por el médico, se deberá analizar el caso individual y concreto, con sus características particulares, para poder así determinar cuál es el potencial riesgo medicolegal que conlleva cada una de las diferentes decisiones que el profesional pueda tomar al respecto, y de ser posible, la que adoptemos, consensuarla entre todo el equipo de salud actuante.

### ANEXO 1 (Modelo de rechazo terapéutico):

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado por el Dr. \_\_\_\_\_ sobre la naturaleza de mi afección y sobre la necesidad de realizarme \_\_\_\_\_ .

Se me ha explicado en forma clara y completa los riesgos y beneficios de la práctica médica indicada, las alternativas a la misma y los riesgos a los que me expongo en el caso de negarme a realizarla. Se me brindó la posibilidad de hacer preguntas y he comprendido las respuestas brindadas.

He comprendido perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores, no obstante, en pleno uso de mis facultades mentales y en forma libre y voluntaria, me niego a la implementación de la práctica médica mencionada, haciéndome responsable de las consecuencias que mi decisión conlleva.

---

Firma y aclaración del paciente

---

Firma de testigo (en la medida de lo posible)

---

Firma del médico

---

Lugar y Fecha

# Historia Clínica Informatizada: Puesta al día

**Dr. Rodolfo Daniel Altrudi**

Médico Cirujano MAAC, Médico Legista Universitario y Consultor en Informática Médica

## Aspectos medicolegales

En el artículo anterior del año 2009 que presentamos en GUARDIA 24<sup>[1]</sup>, expusimos que, aunque todavía persistían las dudas sobre la validez legal de los registros médicos electrónicos, la sanción de la ley de firma digital (25.506), había equiparado a la misma con el requerimiento de la firma manuscrita, eliminando así uno de los principales escollos para la implementación de la historia clínica informatizada (HCI).

Asimismo, mencionamos también que los programas (software) que se deberían emplear para la confección y manejo de las HCI, tendrían que estar debidamente controlados y garantizar el cumplimiento de los niveles más altos de seguridad, privacidad, confidencialidad e inviolabilidad.

Posteriormente a ello, el poder legislativo sancionó la Ley 26.529, que trata sobre los derechos del paciente, la historia clínica y el consentimiento informado. Esa ley entró en vigencia el 21 de febrero de 2010, al vencerse el plazo para su reglamentación.

El Capítulo IV de la misma, trata sobre la historia clínica y, específicamente, el artículo 13 se expide sobre la historia clínica informatizada. Dice el artículo: **“El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad”**.

Como puede observarse, esta ley da pleno valor legal a la historia clínica informatizada, siempre que se garantice el cumplimiento de los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad.

De allí la importancia del programa que se emplee para la confección de las HCI. Hace ya 15 años, Barrows y Clayton<sup>[2]</sup> sostenían que un programa adecuado debía:

1) Asegurar la privacidad de los pacientes y la confidencialidad de los datos de atención médica (prevención de revelación no autorizada de la información).

2) Asegurar la integridad de los datos de atención médica (prevención de la modificación no autorizada de la información).

3) Asegurar la disponibilidad de los datos para las personas autorizadas (prevención de detentar de manera no autorizada o no intencionada, información o recursos).

Ahora bien, algunas instituciones de salud en la Argentina, que han decidido informatizarse o informatizar algunas de sus áreas médicas (unidades de terapia intensiva, consultorios externos, quirófanos, etc.), no han tomado en cuenta el alcance de los requisitos que marca la ley y, en consecuencia, están empleando programas que no garantizan el cumplimiento de los mismos.

En otras palabras, en esos programas los datos pueden ser modificados extemporáneamente, no está garantizada su autenticidad y privacidad y se desconoce si van a perdurar y/o si se van a poder recuperar a largo plazo. Algunas de esas preocupaciones se extienden también a ciertos sistemas para el archivo y comunicación de imágenes, conocidos como PACS (Picture Archiving and Communication System).

En consecuencia, debe tenerse presente que, ante el empleo de esos programas, los profesionales y/o las instituciones se exponen a:

1) eventuales reproches legales por la violación de la privacidad de los datos o de su adulteración; 2) al no reconocimiento por parte de los jueces del valor legal de los registros, por el no cumplimiento de los requisitos fijados por la ley; y 3) a no poder contar con los mismos por no ser perdurables y/o recuperables.

Para evitar esto, están faltando en nuestro medio disposiciones específicas que regulen las cuestiones de privacidad e integridad de los datos de los pacientes, al estilo de la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) de los EEUU (que protege la privacidad de la información de los individuos sobre su salud y establece la forma en que los proveedores de servicios deben manejar dicha información), o de la ARRA-HITECH (American Recovery and Reinvestment Act – Health Information Technology for Economic and Clinical Health), que expandió los requerimientos de privacidad de la HIPAA e introdujo nuevas regulaciones para el manejo de la confidencialidad en los registros electrónicos de salud.

Cuando esas disposiciones legales estén vigentes, quien desee informatizar su práctica profesional y/o institucional, deberá exigir al proveedor de los programas el cumplimiento estricto de las mismas.

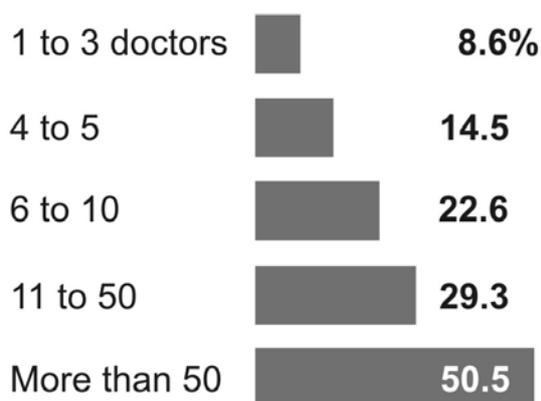
## Aspectos generales

Cuando el editor de esta publicación, el Dr. Horacio Canto, me solicitó una actualización sobre el tema de la historia clínica informatizada, lo primero que pensé era que no había mucho para actualizar, salvo las cuestiones legales ya mencionadas. De hecho, en los últimos 2 años muy pocas instituciones de salud en nuestro país, han encarado proyectos tendientes a la informatización de sus sistemas de manera comprehensiva, es decir, abarcando todos los dominios, a punto de partida de la información clínica.

Un artículo publicado en el diario Perfil en octubre de 2009<sup>[3]</sup>, recogía las conclusiones del Primer Congreso sobre IT (Information Technology) Salud (realizado en Salta) relacionadas con la falta de avance de la historia clínica informatizada en la Argentina, hecho que era atribuido a la carencia de una legislación adecuada y a la resistencia de los profesionales.

Por otro lado, un artículo publicado en The New York Times en junio de 2008, mencionaba que la mayoría de los médicos en los Estados Unidos no utilizaba los registros médicos electrónicos, basándose en un artículo de Loomis y colaboradores<sup>[4]</sup>, publicado en el New England Journal of Medicine. En esa publicación, sus autores comentan que, en el año 1991, un reporte del Institute of Medicine de los Estados Unidos, había recomendado que el uso de los registros médicos electrónicos debería alcanzar el 100%, para el año 2000<sup>[5]</sup>. No obstante, en el año 2002, la tasa de uso oscilaba sólo entre el 5% y el 10% y las estimaciones del año 2008, eran del 9% al 29%.

Surge entonces una pregunta inevitable: ¿Si los registros médicos electrónicos son tan buenos, porqué los médicos no los usan? Descartado el sustento legal, quedan principalmente 2 obstáculos serios: a) el costo de la implementación de las HCl y b) el rechazo de los médicos -por diversas razones- a emplearlas.



Source: Massachusetts General Hospital's Institute for Health Policy

Cuando se menciona el tema costos, debe tenerse presente no solo el valor de los programas y de sus licencias, sino la infraestructura necesaria para aplicarlos, es decir, computadoras adecuadas en número y capacidad, redes seguras, sistemas de archivo y respaldo, contratación de personal idóneo, capacitación de los futuros usuarios, etc.

Por ese motivo, como puede observarse en la figura adjunta, es mayor la adopción de los registros médicos electrónicos por parte de las instituciones que por los médicos en forma individual o de pequeños grupos.

En cuanto al rechazo de los profesionales a usar las HCl, la mayoría de las razones esgrimidas (ya mencionadas en el artículo anterior) no han podido validarse en los trabajos científicos efectuados para tal fin<sup>[6]</sup>. En un discutible afán por incentivar su uso en Canadá, el presidente de la Ontario Hospital Association, propuso penalizar a los médicos que no los emplean<sup>[7]</sup>.

**La historia nos demuestra que los cambios que se originan por convicción son mucho más duraderos que aquellos provocados por imposición.**

A medida que las nuevas generaciones de profesionales de la salud se vayan incorporando a los distintos sistemas de atención médica, el manejo para ellos "natural" de los dispositivos electrónicos, los llevará a aceptar con mayor facilidad el empleo de los registros médicos informatizados y serán ellos los que incentivarán a sus colegas a adoptarlos.

## Bibliografía

1. Altrudi RD. Algunas consideraciones sobre la historia clínica informatizada. Guardia 24, SMG Seguros, Noviembre 2009, N° 14, págs. 3-5.
2. Barrows RC, Clayton PD. Privacy, confidentiality, and electronic medical records. JAMIA 1996; 3: 139-148.
3. Ballarino F. La historia clínica digital no avanza por resistencia de los médicos y falta de leyes. Diario Perfil. 04/10/09.
4. Loomis GA, Ries JS, Saywell RM et al. If electronic medical records are so great, why aren't family physicians using them?. J Fam Pract 2002; 51(7): 636-641.
5. Dick RS, The Institute of Medicine's patient record study and its implications for record administration. Top Health Rec Manage 1991; 11: 67-72.
6. DesRoches CM, Campbell EG, Rao SR et al. Electronic health records in ambulatory care: a national survey of physicians. N Eng J Med 2008; 359: 50-60
7. Canadian Medical Association Journal. News, June 3, 2011.

# Seguro Integral para Consultorios



## Marcelo Tejera

Jefe de Suscripción de Riesgos Masivos  
SMG Seguros

### SMG Seguros, cuenta con una alternativa para asegurar su consultorio mediante su seguro de Integral.

Adquiriendo su póliza de Praxis Médica, el profesional puede optar por contratar una póliza integral para su consultorio con un 20% de descuento.

Dicho seguro cubre casi en su totalidad a la mayoría de las actividades con el propósito de brindarle a nuestros asegurados una alternativa idónea para que la fuente generadora de sus ingresos esté convenientemente protegida ante los perjuicios económicos que pudieran resultar de la ocurrencia de alguno de los eventos previstos, garantizándole una actividad estable y sin sobresaltos, el alcance geográfico de la cobertura es a nivel nacional y está destinado a los pequeños y medianos emprendimientos.

El mismo tiene la particularidad de mantenerlo protegido las 24 Hs., y los 365 días del año con el mayor respaldo y con el expertise que solo SMG puede brindarle, otorgándole al contratante la tranquilidad de que, en caso de siniestro, podrá continuar con su tarea habitual.

A continuación les describiremos las coberturas básicas que pueden llegar a contratar:

- Incendio Edificio
- Incendio Contenido General
- Robo Contenido General

- Robo Bienes de Uso
- Robo Valores en Caja
- Robo Valores en Transito
- Equipos Electrónicos
- RC Comprensiva
- Cristales
- Daños por Agua

A su vez le cubriremos sin costo adicional la reconstrucción a nuevo, para construcciones hasta 10 años, remoción de escombros y gastos extraordinarios hasta el 5% de la suma asegurada para incendio, además de brindarles nuestro servicio exclusivo de asistencia en el domicilio del comercio que consta de:

1. Restablecimiento, apertura y funcionamiento de cerraduras en caso de pérdidas de llaves, con salvamento de personas si fuera necesario.
2. Servicio de asistencia al comercio en plomería y gas.
3. Restablecimiento del suministro de energías eléctrica.
4. Reposición de vidrios exteriores del comercio, cabe destacar que todos los servicios antes descriptos se prestan todos los días del año durante las 24 Hs.

Ud. puede canalizar la contratación de su seguro mediante su **productor asesor** o enviándonos un email a: [consultassmgseguros@smg.com.ar](mailto:consultassmgseguros@smg.com.ar) / [www.smgseguros.com.ar](http://www.smgseguros.com.ar)



## Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

### Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(\*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica



Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a [consultassmgseguros@smg.com.ar](mailto:consultassmgseguros@smg.com.ar) / [www.smgseguros.com.ar](http://www.smgseguros.com.ar)

