

SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Responsabilidad médica
y uso de medicamentos

P. 7 Documentación de
Guardia.

P. 10 Línea telefónica gratuita
para asesoramiento
médico legal.



GUARDIA • 24

Nota del Editor



Estimados Asegurados:

En esta oportunidad queremos hacerles algunos aportes en relación a la importancia de confeccionar una buena documentación en una guardia médica.

Por otro lado, el estado autoriza el registro y la comercialización de un medicamento una vez que esté acreditada su seguridad, su calidad y su eficacia. La autoridad competente limita los alcances de dicha autorización a las indicaciones para las que específicamente se lo solicitó. No obstante en oportunidades, se prescribe la utilización de un medicamento para una indicación que no es la aprobada, denominándose "uso off label". Les aportaremos algunas consideraciones al respecto, ya que ello genera por dicha prescripción una responsabilidad especial en el profesional que la efectiviza.

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

Dr Horacio E. Canto

*Gerente de Riesgo y calidad Médica
Swiss Medical Group*



LÍNEA "ON LINE 24 HS":

(011) 154-947-7136, Dra. Flichman

(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

(011) 154-949-4592, Dr. Susman

LÍNEA DIURNA:

(011) 5239-7933

Dr. Ricardo Susman: 12 a 18 hs.

E-MAIL: guardia24@smg.com.ar

Responsabilidad médica y uso de medicamentos

Dr. Daniel O. Fadel

Médico Psiquiatra

En la actualidad, luego de la tragedia de la Talidomida, (droga sintetizada en el año 1957) la historia de la farmacología moderna cambió radicalmente la concepción farmacológica y el positivismo reinantes en los tiempos de la posguerra en el cual hubo una explosiva producción de nuevas moléculas. Los efectos teratogénicos de la Talidomida, sentaron las bases de una nueva forma de estudiar los fármacos y generó los sistemas de farmacovigilancia (Fadel DO, Serra HA, 2012). Debido a ello, el desarrollo de la recientemente creada psicofarmacología creció con las restricciones impuestas por las nuevas regulaciones. La modalidad de estudio de los fármacos en esa época era totalmente diferente a la actual, dado que, con poca evidencia en animales se pasaba a estudiar en el hombre bajo la modalidad de entrega de muestras gratis a los médicos y empleados de la compañía farmacéutica para que la probasen y relaten su experiencia. Esto cumplía con dos objetivos, “demostraba seguridad” y posicionaba al fármaco rápidamente en el mercado; si a su vez la seguridad era aceptable se conseguía la condición de venta libre y la prueba médica previa generaba más ventas por autoprescripción (Herrera C, 2007). Desde entonces, las Instituciones regulatorias pasaron a normatizar el proceso de desarrollo de un nuevo fármaco, antes que éste pase a estar disponible en el mercado. Así, se fueron acordando pasos secuenciales para la realización de un ensayo clínico, el cual se define como un experimento *éticamente justificado* y *correctamente diseñado*, cuyo objetivo es responder a un problema planteado con precisión. Esta definición pone énfasis en tres aspectos fundamentales. Se debe resaltar que los recaudos éticos son extremadamente importantes. Que además, cuando se afirma sobre la justificación, se está subrayando la necesidad de abordar a través de una hipótesis un trastorno médico, el que se desarrollará a través de un diseño de investigación científicamente correcto. (Bazerque PM, Tessler J 1982).

Los entes **regulatorios** del proceso industrial farmacéutico, *aprueban* el uso legal de una droga, una vez que ésta ha sido probada en ensayos clínicos controlados realizados por dicha industria, siempre que los resultados la den por efectiva y segura. Entre los entes de regulación más importantes a nivel internacional, se encuentran la FDA (Food and drug Administration of E.E.U.U www.fda.gov) y la EMA (European Medicines Agency www.ema.europa.eu). En nuestro país, es el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos,



Alimentos y Tecnología Médica www.anmat.gov.ar) el encargado de ejercer la regulación de la industria farmacéutica.

Regulan la producción, la realización del prospecto y la promoción de la droga.

No regulan el uso de drogas por parte de los médicos. (Radley D, 2006, Mayhew MS. 2009).

El uso **off-label** de un medicamento, es cuando éste no ha sido aprobado para la enfermedad que se está tratando con él. Hay muchas indicaciones bajo esta modalidad, que ya forman parte de los recursos indiscutidos para su uso en dichos trastornos.

Radley D et al, 2009, estima que más del 21% de las prescripciones son realizadas off-label y que el 15% de ellas, no cuenta con suficiente base respaldatoria científica para las indicaciones fuera de autorización. Que sólo el 30% cuenta con evidencia científica que respalda la indicación fuera de la/s autorizada/s. A su vez, detectaron que la magnitud del uso off-label varía ampliamente entre determinados medicamentos y clase de drogas, evidenciándose un uso por arriba del 50% para neurofármacos (antiepilépticos), psicofármacos y agentes antiasmáticos.

Muchas de las indicaciones off-label, constituyen una extensión lógica de aquella por la cual la droga fuera aprobada por la FDA; de hecho, ciertos usos no aprobados de antibióticos podría justificarse por los estudios de laboratorio que demuestran que el organismo causante de la enfermedad responde al tratamiento farmacológico.

Se cuenta con drogas que poseen acción simpaticomimética como el albuterol, por la cual fue aprobado para su uso en asma bronquial, y no para enfermedad obstructiva crónica pulmonar (EPOC). Sin embargo, por su mecanismo de acción y la evidencia clínica que comenzó con reportes aislados y luego se amplió a través de estudios clínicos, habilitó su uso en el EPOC, toda vez que éste es un trastorno que **comparte** con el asma, muchas similitudes. Dicha prescripción fue off-label, hasta que la FDA aprobó el uso en enfermedad pulmonar obstructiva crónica, a partir de la evidencia clínica acumulada.

<http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/drugsafetyinformationforhealthcareprofessionals/publichealthadvisories/ucm048717.htm>

El maleato de enalapril un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina fue aprobado en el año 1985 para su uso como antihipertensivo. Por su mecanismo de acción, se verificó que beneficiaba a los pacientes con hipertensión e insuficiencia cardíaca congestiva, por lo que su uso en dichos pacientes generó el interés médico de documentar dicho beneficio. Todo ello habilitó para que posteriormente la FDA formalmente aprobara esta nueva indicación (Insuficiencia Cardíaca Congestiva). Por lo tanto, los entes regulatorios como la FDA tienen un rol muy preciso en el proceso de aprobación de drogas, focalizando fundamentalmente sobre la eficacia y la seguridad de las mismas.



La insistente referencia a la FDA como ente regulatorio se debe a la importante dimensión que adquirió la industria farmacéutica norteamericana, todo lo cual fue acompañado de un desarrollo congruente de dicha Institución por necesidad más que por elección.

Una vez demostrada la capacidad de la droga vs el placebo, y evaluada la seguridad de su uso, la droga pasa a ser comercializada con la autorización que corresponde para la enfermedad en la fue probada. Pero una vez en el mercado, se sabe que la medicina hará con ella un uso fuera de la aprobación, dada la carencia de abordajes que algunas enfermedades presentan, o el carácter refractario que pueden expresar luego de haberse agotado los recursos terapéuticos clásicos.

Así comienzan los reportes, que luego pueden o no desencadenar estudios en mayor escala. De esta manera, este período, transcurre fuera del margen de maniobra de los entes regulatorios, toda vez que es muy poco lo que dichas instituciones pueden hacer fuera de sus específicas funciones: la aprobación de una droga, es bajo el modo indicación-específica, surgida de los ensayos clínicos controlados. (Stafford RS 2008). Justamente, esa especificidad que recae sobre la indicación, es el condicionante para que luego cualquier otra indicación surgida de la experiencia médica, sea considerada off-label, hasta que el siguiente paso de los fabricantes de la droga, emprendan nuevas exploraciones clínicas, que habiliten al fármaco a ampliar el espectro de autorizaciones. **Obviamente durante la ventana de tiempo en que la droga permanezca con un uso off-label, la carga de responsabilidad recae sobre el médico.** En ese contexto de soledad en cuanto a la responsabilidad del galeno, si la experiencia que emprende en cada caso que asiste es positiva, ello alienta incrementar la apuesta, y el panorama es alentador y exitoso. Cuando no ocurre así, porque los resultados son negativos, sobre la responsabilidad del galeno pueden asentarse reclamos a los que deberá responder por haber tomado la decisión de “probar” dicho recurso farmacológico en los casos bajo su atención.

Responsabilidad

Dado que no es posible aventurar el futuro, es el “procedimiento médico” o “los medios” y no el resultado, el único evento por el que los médicos deben responder. Por ello, es muy importante resaltar, que el procedimiento o estrategia de abordaje terapéutico es el foco donde puede ser resistente o vulnerable el accionar médico. De allí que, para el proceso terapéutico que se emprenda en el contexto de prescripciones off-label, el médico debe recurrir a abordajes de tratamiento que posean como contrapartida, un suficiente y sólido cuerpo de evidencia. Dicha evidencia, se encuentra disponible en publicaciones de revistas indexadas (sólo aquellas con referato) que aporten en lo posible, evidencia clínica independiente (sin conflictos de intereses) y cuya dimensión (número de pacientes estudiados), contemple cifras



representativas y capaces de constituir evidencia estadísticamente significativa tanto para eficacia como para seguridad del fármaco. Por supuesto que las drogas que han sido aprobadas por los entes regulatorios mencionados, son las que más base respaldatoria proveen, toda vez que su uso es legal, racional y basado en la evidencia científica que se generó previo a su autorización de uso. Una vez disponible en el mercado, su uso puede incluir indicaciones que el médico realiza fuera de las que fueron autorizadas (off-label). Por ello, dicho recurso terapéutico debería estar respaldado por nueva evidencia dado que no cuenta con autorización específica para la nueva indicación realizada por el médico. El galeno, en ese contexto está construyendo una hipótesis, basada en la experiencia propia, en la evolución del cuadro clínico que asiste y con el deber de documentar el carácter refractario de la enfermedad a tratamientos ya aprobados. Asimismo, debe proveer información al paciente, con el fin de dotarlo de herramientas que le permitan dar su consentimiento por escrito.

Así como evaluamos el riesgo en casos de prescripciones off-label, el cual puede dar lugar a reclamos por “imprudencia”, también debemos considerar los reclamos cuando no se realizan abordajes “no recomendados” por los consensos o guías de buena práctica médica.

Si analizamos el núcleo duro de algunos reclamos extrajudiciales (mediaciones) o judiciales que un paciente demanda a través de su letrado, podemos ubicar que algunas veces se argumenta que la “no administración” de algún medicamento o la no realización de una práctica quirúrgica, dio lugar a la aparición de un supuesto daño, lo cual desde el punto de vista médico-legal, se nombra como hipotética “conducta negligente”.

Sin embargo la supuesta negligencia surgiría sólo cuando el profesional *subestimara* riesgo cierto y no prescribiera o aplicara los instrumentos necesarios para evitar que la probabilidad pase a concretarse y ocasione un daño, ante la evidencia de una condición sanitaria del paciente que sí esté contemplada en los consensos internacionales cardiológicos, infectológicos, odontológicos, psiquiátricos, etc.

¿Puede ocurrir un reclamo, por no realizarse profilaxis aún cuando ésta no esté recomendada, de acuerdo a la evidencia disponible?. Sí y en ese caso estaríamos ante una preferencia del paciente en la que por ejemplo, para una simple extracción dentaria, en la que no esté recomendado indicar antibióticos en carácter profiláctico para prevenir la tan temida endocarditis bacteriana, y ésta ocurre en el tiempo post-quirúrgico, la no aplicación de dicha prescripción profiláctica, puede dar lugar a controversia. ¿Qué se reclama? Aunque no se explicita en la letra de una presentación legal, se le está reclamando aberrantemente, el haber adherido a las guías de buena práctica (*Guías Sanfort 2013*). Dicho en otras palabras, que debía actuar por fuera de los consensos elaborados por la comunidad científica internacional. Es decir por lo que no constituye un criterio que esté soportado por un sólido cuerpo de evidencia. Igualmente, el uso profiláctico de los antibióticos no “garantizarían” la no ocurrencia de dicha complicación.

Es recomendable, no sólo contar con la evidencia científica sino también, explicitarla en la Historia Clínica. El cuerpo de evidencia respaldatoria y una buena descripción de los pasos seguidos en la Historia Clínica, constituirán el mejor escenario para su mejor defensa.

Definitivamente, si la decisión se ajustó a guías de buena práctica médica que surgen de la medicina basada en la evidencia, cuenta con la evidencia y la experiencia, mientras del lado del reclamante queda la preferencia (Mazic I, 2008).

Hay que destacar que dicha preferencia (ver Figura) puede ser previa al evento, o puede ocurrir post-evento, utilizando el resultado médico negativo como argumento de sostén del reclamo. En el caso en que la preferencia sea previa, y no influyó en la decisión médica, fortalece la



posición del paciente, mientras que si surge posteriormente a la complicación, debilita su fundamento. Es recomendable, hacer el mejor asentamiento posible en la Historia Clínica, sin ninguna actitud defensiva sino explicativa, con la actitud de explicar y enseñar cuáles son los pasos elegidos, y cuáles no, todo lo cual, representa una conducta éticamente irreprochable, humilde y sabia. Porque así pueden evitarse tanto la controversia como el debate especulativo post-evento al poder recurrir a recursos documentados en forma clara y previa.

Ya en la instancia judicial, el caso clínico pasa a ser un caso legal, y las exploraciones semiológicas periciales que se realizan, no pueden hacerlo en el contexto de la relación médico-paciente, sino que pasan a estar bajo la influencia de otros intereses que no son los asistenciales.

El conocimiento científico médico se desdibuja cuando dicho saber se expone a otro discurso que no se rige por la rigurosidad académica del investigador, sino por la necesidad de generar líneas de evidencia que permitan arribar a conclusiones que favorezcan cada una, a las dos posiciones clásicas: requerido vs requirente. Todo ello es legítimo aunque desmoralizador para el médico.

En la medicina basada en la evidencia, se contempla la Evidencia (Masic I, 2008), basada en estudios clínicos controlados que pueden ser ciegos (desconoce el paciente si recibe placebo o droga activa) o doble ciego (lo desconoce también el médico) y que su realización, está autorizada por un Comité de Ética Independiente, que a su vez, conjuga en sus dictámenes, las regulaciones emanadas de los Entes Internacionales como la FDA (Food and Drugs Administration www.fda.gov) de E.E.U.U. o la EMA (European Medicines Agency <http://www.ema.europa.eu/ema/>) y locales, el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica www.anmat.gov.ar). Es decir que la aprobación de cualquier estudio de investigación clínica, requiere que sea congruente con los principios éticos y sanitarios que surgen de la interrelación de cada una de las instancias mencionadas, y siempre de acuerdo a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y equidad.

“Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough”: Un buen profesional usa tanto la experiencia clínica individual y la mejor evidencia disponible y ninguna por sí sola es suficiente. (Sackett DL 1997)

La data que surge de las exploraciones metodológicas realizadas bajo la autorización de comités de ética independientes y que luego los resultados de dicha investigación clínica es publicada en revistas científicas con referato (revisores) e indexadas (web), valen como recurso actualizado para la toma de decisiones del médico. Así y no de otra manera, se confeccionan las recomendaciones o guías clínicas de uso habitual en el campo científico-asistencial. En base a la modalidad de acción de un profesional, puede determinarse si su conocimiento es adecuado, racional y

actualizado en base a los últimos hallazgos publicados. Debe uno entender que las guías clínicas nunca pueden constituir una fuente de saber absoluto (oráculo) que sustituya la experiencia del profesional.

La evidencia y la experiencia son los pilares principales en base a los cuales se configuran las decisiones asistenciales. Una vez que se cierra el tiempo de constructo estratégico comienza el tiempo del diálogo entre la biología del sujeto de la intervención y la práctica médica aplicada. La evaluación del resultado de dicho diálogo nunca puede prescindir de las variables mencionadas (evidencia y experiencia médica). Una vez adoptado el criterio de las guías de la buena práctica médica, el **“resultado” nunca puede ser objeto de evaluación de los medios o procedimientos ofrecidos**. Ello implicaría una evaluación con sesgo. No sería objetiva. Está reservada quizá al requirente, pero nunca al profesional. El campo asistencial, se rige por garantizar procedimientos de buena práctica clínica, por ello, la medicina es una ciencia. Si por el contrario, el profesional de la salud, prometiera resultados, estaríamos en presencia de un delito, toda vez que incurriría en las antiguas prácticas que hoy son ilegales, conocidas como brujería y que hoy públicamente se las denomina **prácticas alternativas**.

Es esperable que en el proceso judicial, se adopten como propias las reglas que son legítimas para la ciencia, y transforme así en un acto racional y legal, el ejercicio de la medicina, aceptando que no hay absolutos ni tampoco con las noticias del día siguiente, se evalúe lo pasado.

BIBLIOGRAFÍA

- Fadel DO, Serra HA, La talidomida y su legado, lo racional dentro de lo irracional. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2012, Vol. XXIII: 245 – 251.
- Bazerque PM, Tessler J. Método y Técnica de la Investigación Clínica. Ediciones Toray Argentina SACI, Buenos Aires, Argentina. 1982.
- Herrera Comoglio R. Algunos casos en la historia de la farmacovigilancia. En: Alesso LA y Herrera Comoglio R, editores. Farmacovigilancia. Hacia una mayor seguridad en el uso de medicamentos. Córdoba: Graziani SA; 2007. p. 49-104.
- Mayhew MS: Off label prescribing. JNP, 2009: 122-123
- Radley D, et al: Off-label Prescribing Among Office-Based Physicians. Arch Intern Med. 2006; 166: 1021-1026
- Dresser R. At law: the curious care of off-label use. Hastings Cent Rep. 2007;37(3):9-11.
- Ratner M & Gura T: Off-label or off-limits? Nature Biotechnology 26,(8): 867 - 875 (2008)
- Stafford RS: Regulating Off-Label Drug Use-Rethinking the Role of the FDA. N Engl J Med 2008, 358; 14: 1427-1429
- Masic I et al: Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges Acta Inform Med. 2008; 16(4): 219–225. doi: 10.5455/aim.2008.16.219-225
- Sackett DL: Evidence-based medicine. Semin Perinatol. 1997 Feb;21 (1):3-5.

Documentación de Guardia

Dr. Horacio Eduardo Canto

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group



SMG Seguros cuenta con más de 1100 instituciones aseguradas a nivel nacional, de las cuales más de 250 son con internación.

Dentro de nuestro programa de gestión de riesgo y seguridad del paciente visitamos periódicamente las mismas y uno de los registros documentales en los que mayores déficits observamos, son las consignaciones escritas efectuadas en Guardia.

Desde uno a dos renglones volcados en un libro hasta el extremo de consignar solamente los datos filiatorios y la cobertura sin ningún otro registro.

Esto es doblemente peligroso. Por un lado no refleja una adecuada calidad de atención y por el otro ante la aparición de una complicación o evento adverso a posteriori, genera, en caso de un reclamo, una situación de riesgo médico legal al no poder contar con ningún elemento documental para poder demostrar la corrección de nuestra praxis.

Hemos sido testigos en algunas oportunidades de reclamos por la aparición de una reacción alérgica, invocando el paciente que su origen era una medicación indicada en la consulta por guardia, p/ej. un antibiótico en una patología infecciosa faríngea.

Nada de ello obraba en los registros, no siendo posible defender nuestra accionar al no contar con ningún dato escrito.

En otra ocasión, el motivo de consulta había sido dolor en una extremidad, habiéndose consignado solamente tratamiento sintomático, sin especificar cuál era el mismo. Ello privó a los profesionales de poder saber qué había sido realmente prescripto y en qué dosis.

En la inmensa mayoría de casos en que la evolución es buena, no surgiría ningún problema, pero lamentablemente en los casos que surjan complicaciones, no se contará con la historia clínica para poder ejercer una adecuada defensa. La historia clínica, debemos comprender, puede ser nuestra mejor amiga o peor enemiga, según la calidad de lo consignado.

Estadísticamente, los mayores problemas se ven en pacientes que luego de ser atendidos se retiran de la institución, ya que si por la índole de su dolencia se hiciera necesario que quede un lapso en observación, habitualmente en este tipo de pacientes, lo escrito suele ser más detallado.

No existe ninguna justificación ni estándar que justifique que la documentación sea pobre. Para la justicia lo consignado en un libro de guardia tiene que contar con todos los elementos necesarios para poder arribar a un correcto diagnóstico e implementar un adecuado tratamiento.

La falta de espacio o de tiempo para escribir no son excusas válidas ante un litigio.

Evidentemente, ante la realidad actual de los reclamos a los profesionales de la salud, se debe necesariamente cambiar el paradigma histórico tradicional, sobre que la escritura era algo secundario.

Indiscutiblemente la atención del paciente en tiempo y forma es lo más importante, pero algunos aspectos en otras épocas relegados, como ser escribir, se han acercado mucho a lo más importante.

El médico deberá aprovechar el tiempo disponible para escribir en forma concisa concreta y objetiva lo actuado.

A nuestro juicio, es sumamente útil la utilización de hojas pre-impresas o sellos en los libros de guardia que sirvan y obliguen a los profesionales a completar los ítems básicos necesarios.

Ello reflejará no sólo calidad en la atención, sino nos brindará un valioso elemento de defensa ante un reclamo.

Les adjuntamos un modelo tentativo.



Modelo tipo (puede imprimirse o hacerse un sello)

DISEÑO LIBRO DE GUARDIA

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Nombre y Apellido: _____

Cobertura: _____

Mot. de consulta: _____

Datos relevantes del Ex. Físico: _____

Estudios complementarios realizados: _____

Tratamiento: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Destino:

Domicilio ☐ Internación ☐ Derivación a otra Institución ☐

Observación ☐ Óbito ☐

Indicaciones y pautas de alarma: SI ☐ NO ☐

Firma y sello del profesional: _____

IV JORNADA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA



HOTEL EMPERADOR
27 de noviembre de 2014
09:00 a 13:00 hs

"La Seguridad del Paciente como pilar esencial en la calidad de los procesos de atención de la salud"

- La Seguridad del Paciente se define como en conjunto de estructuras y procesos de una organización que logra disminuir a su mínima expresión el daño resultante del proceso de atención médica.
- La Seguridad del paciente involucra tanto los procesos del ámbito de la internación como los del ámbito ambulatorio.
- Todo el equipo de salud es parte, implica el compromiso de todos.

Ejes Temáticos a desarrollar en la Jornada:

- ▶ Experiencias y propuestas internacionales
- ▶ Experiencias y programas desarrollados en Argentina
- ▶ La Seguridad del Paciente en el ámbito ambulatorio: un nuevo desafío
- ▶ Gestión de Riesgo en la Seguridad del Paciente
- ▶ Rol del director, de los profesionales médicos y de enfermería
- ▶ Costo de los eventos adversos: el costo oculto de la no calidad

Invitamos a todos aquellos asegurados que tengan propuestas para presentar sobre el tema, resultados, posters u otro tipo de aporte, los envíen a las siguientes direcciones de correo electrónico.

Los mismos se recibirán hasta el 30 de Octubre.

Dirección para el envío: horacio.canto@swissmedical.com.ar

mariana.flichman@swissmedical.com.ar

Línea telefónica gratuita para asesoramiento médico legal

Dr. Horacio E. Canto
SMG Cía Argentina de Seguros
Swiss Medical Group

Estimados asegurados:

Desde hace más de 10 años brindamos a ustedes un servicio de asistencia médico legal permanente durante las 24 hs.

Dicho servicio está a cargo de nuestro equipo de médicos legistas, con amplia experiencia práctica, lograda por el importante lapso en que se ha prestado el mismo a nuestros más de 40.000 profesionales y 1.100 instituciones aseguradas.

Con el propósito de mejorar aún más, hemos decidido a partir del próximo mes de septiembre, facilitarles aún más el acceso a dicho servicio con la incorporación de

una línea telefónica gratuita, para que desde cualquier lugar del país Ustedes puedan comunicarse fácilmente y sin costo.

Descartando que ello les será de mucha utilidad, los saluda atentamente.

Dr. Horacio E. Canto

**LINEA PERMANENTE PARA
ASESORAMIENTO MEDICO LEGAL**
0800-333-3764





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 / www.smgseguros.com.ar

