

## SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Aspectos medicolegales del manejo de la rotura prematura de las membranas ovulares.

P. 7 El médico de guardia ante el pedido de certificados médicos con prescripción de reposo.

P. 10 ¿Debe mantenerse la confidencialidad ante un evento adverso?



# GUARDIA • 24

## Nota del Editor



### Estimados Asegurados:

En el presente número, hemos decidido hacerles algunos aportes sobre la responsabilidad de los médicos ante la solicitud de un certificado de reposo laboral ante un cuadro agudo.

Asimismo, queremos hacerles algunas consideraciones desde el punto de vista médico legal ante una patología de riesgo, como es la rotura prematura de membranas.

Finalmente, nos parece de importancia efectuar algunas reflexiones sobre en qué casos debe mantenerse la confidencialidad ante un evento adverso padecido por el paciente y en que casos éticamente debe informárselo a la familia.

Esperando que sean de vuestro agrado, les reiteramos que pueden enviarnos sus inquietudes y solicitar temas de su interés, a nuestra casilla de correo electrónico.

Los saluda atentamente.

### **Dr. Horacio E. Canto**

*Gerente de Riesgo y calidad Médica  
Swiss Medical Group*



LÍNEA "ON LINE 24 HS":  
(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](mailto:guardia24@smg.com.ar)

# Aspectos medicolegales del manejo de la rotura prematura de las membranas ovulares.

**Dr. Jorge E. Rodríguez**  
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
Swiss Medical Group

Es bien sabido, que la rotura prematura de las membranas ovulares (RPM) es **la rotura espontánea del corion y del amnios antes del inicio del trabajo de parto**. Habitualmente se acompaña de salida de líquido amniótico por genitales externos. Es una situación que convierte un embarazo normal en una gestación de riesgo para el binomio feto-materno.

En embarazos de término se presenta en 11% de las pacientes. En el 80% de los casos se inicia espontáneamente el trabajo de parto dentro de las 24 horas de acaecida la rotura.

La rotura prematura de las membranas tiene una incidencia global aproximada del 5% y se presenta en alrededor del 30% de los nacimientos prematuros.

Veamos a continuación cuales son las causas de la RPM.

1. La infección **bacteriana** es la causa más común, y además es la más frecuentemente asociada al parto prematuro. **La infección a nivel del tracto genital inferior (vagina y cuello uterino) es generada por bacterias que han sido encontradas posteriormente en el líquido amniótico.**

**Las bacterias llegan a la cavidad amniótica por:**

- Vía ascendente desde el cérvix o la vagina (la más frecuente).
- Diseminación hematógena desde diversos sitios del organismo.
- Procedimientos quirúrgicos, como por ejemplo: cerclaje.
- Amniocentesis.
- Desde la cavidad abdominal a través de las trompas de Falopio (muy poco frecuente).

2. Traumatismos:

- Cerclaje: los hilos del mismo y la manipulación quirúrgica podrían actuar como cuerpo extraño.
- Uso de DIU: el mecanismo de desencadenamiento es la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad uterina.
- Trauma abdominal externo.



Podemos dividir al diagnóstico en:

1. Presuntivo:

- Por la observación de la salida de líquido amniótico por genitales externos en forma espontánea, al practicar la maniobra de Tarnier.
- Por la referencia de la paciente de la pérdida por genitales de líquido con la apariencia de líquido amniótico.

2. De certeza:

- Especuloscopia: se visualiza líquido amniótico saliendo por el orificio cervical externo.
- Microscopía: cristalización en hojas de helecho del líquido amniótico tomado del fondo de saco vaginal posterior.
- Ecografía obstétrica: la disminución importante del volumen de líquido amniótico, en concordancia con la referencia de pérdida del mismo por parte de la embarazada y el resto de los exámenes diagnósticos, cuando la especuloscopia no es taxativa.
- pH vaginal: cambio a la alcalinidad por la presencia de líquido amniótico. Esto hace virar el papel indicador (papel de nitrazina): de pH ácido (normal en vagina) pasa a tener pH alcalino.



- Prueba bioquímica rápida en secreción vaginal o cervical (Actim® PROM): si el diagnóstico de RPM es dudoso habiéndose empleado todos los métodos anteriores, se puede usar este test.

De ser necesario, la puesta en práctica de todas estas medidas diagnósticas incrementará la tasa del diagnóstico de la RPM, con la consecuente posibilidad de tomar las conductas médicas más apropiadas en el menor tiempo posible.

La práctica pericial nos revela que las causas más frecuentes de los reclamos judiciales en los casos de rotura prematura de membranas, son los siguientes:

1. La omisión de efectuar el diagnóstico y tratamiento de infecciones vaginales durante el embarazo, que puede llevar a la RPM y a la corioamnionitis.
2. No diagnosticar la RPM en forma temprana.
3. Un excesivo tiempo de latencia sin iniciar la inducción al parto, lo cual favorece la infección materna y la fetal, con el consecuente desarrollo de sepsis neonatal.
4. La aparición de una corioamnionitis motivada por un deficiente o incompleto tratamiento antibiótico.
5. El nacimiento de un feto pretérmino en una institución sin complejidad neonatal acorde a la edad gestacional.

**En base a estos cuestionamientos, las sugerencias más importantes sobre el tema en cuestión son las siguientes:**

1. Cumplir con el control ginecológico habitual durante el embarazo, con la realización del Papanicolaou y la colposcopia, y eventual cultivo de flujo, lo cual permitirá descartar infecciones vaginales, que en ocasiones son la

causa de la rotura prematura de membranas.

2. En caso de concurrir la embarazada por una supuesta pérdida de líquido amniótico, y descartarse una rotura prematura de membranas con todos los métodos diagnósticos disponibles, dejar constancia del resultado de todos ellos en la historia clínica, o en el libro de guardia.
3. Cuando se produjo la RPM informar a la paciente y a su esposo de la posibilidad de infección materna y/o fetal a pesar del uso de antibióticos.
4. Dejar constancia escrita de la hora de la RPM referida por la paciente.
5. En los casos donde sea necesaria la uteroinhibición se debe informar a la paciente y a su esposo, que se trata de una medida que no es 100 % efectiva, pudiendo igualmente producirse el parto vaginal.
6. Registrar en la historia clínica todos los controles maternos y fetales que la norma indique.
7. Informar adecuadamente a la paciente y a su esposo acerca de los riesgos ciertos para el recién nacido, de producirse el parto prematuro con rotura de las membranas ovulares.
8. Enviar siempre la placenta y los anexos ovulares para su estudio anatomopatológico.
9. Internar a la paciente en una institución con complejidad neonatal adecuada acorde a la edad gestacional del embarazo. De no tener la institución una complejidad adecuada, derivar a la paciente a una institución que la posea.

A continuación expongo un caso con sentencia de segunda instancia, donde se condena a un hospital del GCBA, y a varios médicos por la falta de inducción del parto dentro de las 24 hs. de la rotura de las membranas ovulares.

Autos: M.E.E c/G.C.B.A s/daños y perjuicios.

Sentencia de Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, del 30-5-13.

Fuente: Microjuris.com. MJ-JU-M-80408-AR/MJJ80408

#### **Los hechos que motivaron el reclamo:**

La actora cursaba la semana 39 de embarazo, cuando rompió bolsa a las 15:00 hs. del 25 de septiembre de 2005.

Se internó en el hospital a las 20:05 hs. de ese mismo día, quedando en observación en la sala de maternidad, informándosele que debían transcurrir 48 hs. para decidir la inducción del parto. La observación se mantuvo durante todo el día siguiente, hasta que finalmente el día 27, luego de las 15:00 hs se produjo el desenlace al practicarse una cesárea de urgencia ante la constatación de falta de actividad cardíaca fetal. Como hecho destacado, hubo una falta de controles en la historia clínica entre las 8:20 y las 14:40 del mismo día del óbito fetal. Los progenitores demandaron a los médicos por responsabilidad reclamando por los rubros de valor vida, daño psicológico, daño moral, y gastos de sepelio, medicamentos y traslados.

### La opinión de los peritos médicos:

Todos los demandados habían sido absueltos en una causa penal por este mismo caso, y el Tribunal Civil pudo contar con el dictamen emitido por el Cuerpo Médico Forense en la misma. De la lectura del mismo se observa que:

- “De acuerdo a las normas de atención, en el caso de rotura prematura de membranas con edad gestacional como el caso que nos ocupa (39 semanas, 6 días) está indicada, si no comienza espontáneamente y no se presentan signos de infección, la inducción del parto a las 24 hs.; si el método inductivo fracasa se debe practicar una cesárea”.
- “De la historia clínica se desprende la existencia de un lapso sin control entre el examen realizado el 27/9/05 a las 8:20 hs. y las 14:40 hs.

También opinaron peritos médicos oficiales en la causa civil, coincidiendo con los conceptos vertidos por el Cuerpo Médico Forense (CMF):

- “La falta de inducción del parto antes de las 24 hs y/o cesárea, aumenta el riesgo de complicaciones y exige, en el caso de no intervención, un control horario riguroso de la madre y el feto, ya que pueden producirse resultados fatales a la persona por nacer”.
- “Aquí priva el control severo y continuo del paciente, por lo que no es aventurado decir que hubo falta de control”.

La sentencia de la Cámara Nacional de Apelaciones:

- “La prueba aportada está indicando un comportamiento reñido con la *lex artis*, es decir que los médicos no hicieron todo lo que debían hacer en el tiempo indicado”.
  - “La posición de los médicos apunta a insistir en los horarios en que prestaban servicios en la institución, desentendiéndose del desenlace como si les fuera totalmente ajeno, invocando a tal fin además antecedentes y bibliografía que indican la posibilidad de esperar hasta las 48 hs. Tal supuesto es cuestionado y negado por la prueba acompañada y por las guías de práctica clínica de la Maternidad Sardá –que coincide con las pericias en la obligación de decidir y actuar en las primeras 24 hs.-). Por otra parte, el Comité Latinoamericano de Perinatología (CLAP) recomienda la interrupción inmediata del embarazo para las mujeres que presentan RPM con embarazo gestacional mayor de 34 semanas independientemente de la paridad y madurez cervical. (Recomendación I)
- El tribunal también condenó individualmente a los médicos por la actuación que tuvo cada uno independientemente en el caso, sin necesidad de recurrir a la responsabilidad de jefe de equipo ni a la figura de responsabilidad colectiva:
- “La sola lectura y articulación de las constancias de la



historia clínica permiten visualizar la actuación de cada uno de los médicos involucrados y el análisis y la valoración de la prueba producida permiten condenar a los demandados por la intervención que le cupo a cada uno en su quehacer.”

En cuanto a la responsabilidad del Gobierno de la Ciudad le Tribunal sostuvo:

“Las constancias de autos y las posiciones adoptadas por los profesionales demandados para evadir su responsabilidad están indicando además que el centro adolece de una falta de organización, que determina en el caso concreto circunstancias que podrían agravar su responsabilidad”.

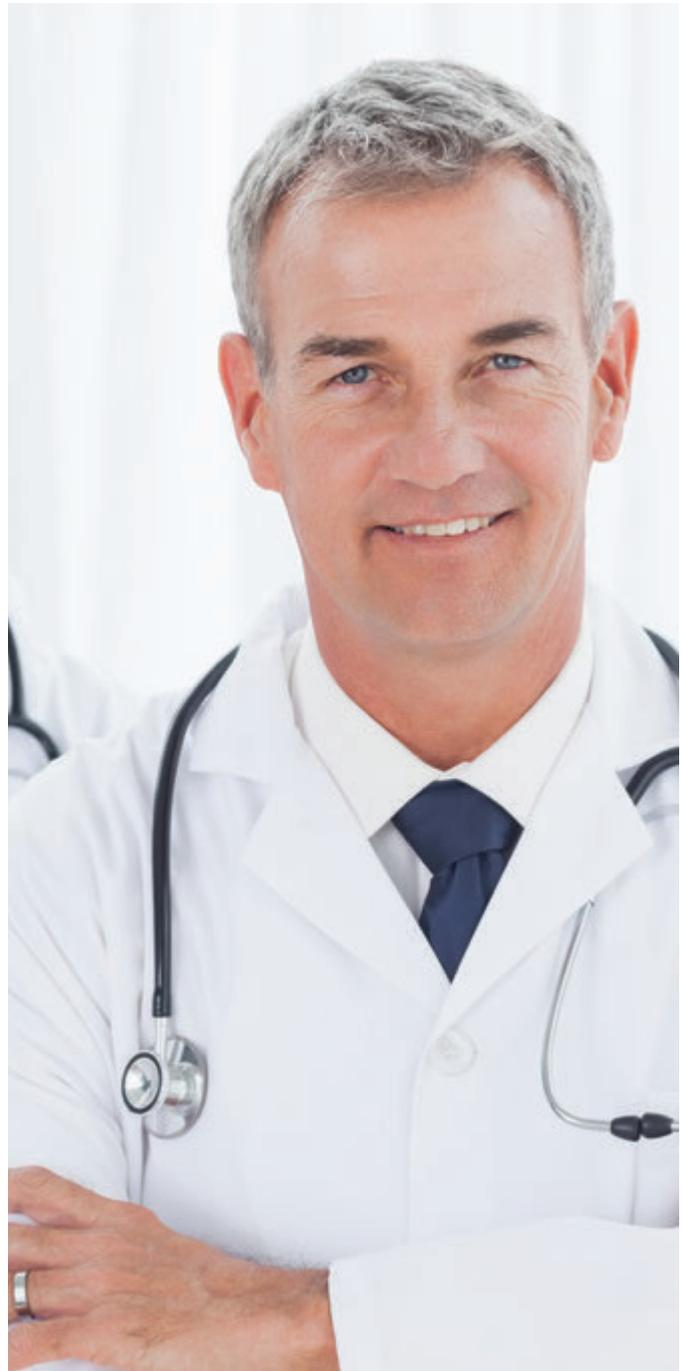
Los montos indemnizatorios de la sentencia de Cámara fueron:

- Valor Vida: \$180.000 (\$90.000 para cada progenitor)
- Daño Moral: \$200.000 (\$100.000 para cada progenitor)
- Gastos de sepelio, medicamentos y traslados: \$1.400

Como comentario final, destaco que si bien la RPM no es una causa frecuente de reclamos judiciales, es conveniente estar en conocimiento de los motivos por los cuales se acciona contra los médicos y las instituciones, para proceder a una efectiva prevención de eventuales litigios, que muchas veces son consecuencia de un daño tanto al recién nacido, como a su progenitora.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. *Rotura prematura de membranas. Una actualización sobre el manejo de la rotura de membranas fetales antes de la semana 37 de gestación.* Autor: Dres. Tanya M. Medina, Ashley Hill. *Am Fam Physician* 2006;73:659-64, 665-6.
2. *Rotura prematura de membranas. XXXVIII Reunión anual. FASGO 2002 - Córdoba. Reunión de consenso FASGO 2002.* Coordinador: Prof. Dr. Carlos H. Viggiano.
3. *Recomendaciones para el manejo de la rotura prematura de membranas.* *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2006; 25(4):172-177. Autor: López F, Andina E, Latorra C, Almada R, Frailuna A, Illia R, Susacasa S.
4. *Rotura prematura de membranas.* Autores: Maria Olivia Koch, Pedro Angel Seltzer Bruzzo, Abel Pezzini, Dra. Mariana Dolores Sciangula. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* N° 182 – Junio 2008.



# El médico de guardia ante el pedido de certificados médicos con prescripción de reposo.

**Dr. Jorge Piriz**

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
Swiss Medical Group

A través de los distintos canales de asesoramiento medicolegal, últimamente hemos recibido varias consultas en relación a este tema por parte de los profesionales médicos e instituciones aseguradas. El objetivo al que apunta este artículo es que los médicos conozcan cuales son sus obligaciones al respecto, y cuales son las implicancias que conlleva el hecho de negarse a extender estos certificados.

A continuación expongo una situación que cada vez se presenta con mayor frecuencia en la atención médica de los servicios de guardia:

*El médico atiende a su paciente y como parte del tratamiento le indica reposo por 24 o 48 hs. A los fines de presentarlo en su trabajo y poder justificar la inasistencia laboral, el paciente le solicita al profesional el correspondiente certificado en el que conste el diagnóstico y la prescripción de reposo. El médico de guardia se niega a extender el certificado y le entrega al paciente tan solo una "constancia de atención", aclarándole que dicho certificado de reposo deberá solicitárselo al medico laboral de su empresa.*

Ante este panorama claramente surgen las siguientes 2 preguntas:

## LA PRIMERA

**¿Cuál es la razón por la cual los médicos suelen negarse a extender los "certificados con prescripción de reposo" solicitados por sus pacientes a los fines de ser presentados en el trabajo?**

La respuesta es simple. Los profesionales entienden que al extender dicho documento siempre cabe la posibilidad de que ante un eventual juicio laboral, sean llamados por la justicia a los fines de verificar la autenticidad de aquel "certificado" y/o para brindar las correspondientes explicaciones del caso.

## LA SEGUNDA

**¿Desde el punto de vista legal, puede un médico negarse a extender un certificado en el que conste la afección que presenta el paciente, el tratamiento in-**

**dicado y la "prescripción de reposo" (si esta última correspondiere)?**

La respuesta es NO. En todos aquellos casos en los que el profesional haya constatado personalmente la afección o enfermedad que presenta el paciente y considerara que medicamente corresponde que guarde reposo y falte a su trabajo, la extensión del certificado con la prescripción de reposo es una obligación ética y legal, inherente al propio acto médico. Los fundamentos para la respuesta anterior se encuentran en las siguientes normativas legales:

- La ley 17132 (Ley Nacional que regula el ejercicio profesional de los médicos) establece lo siguiente:

Artículo 2º: "Se considera ejercicio de la medicina: **anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas**".



Artículo 19°: “Los profesionales de la medicina están obligados a... **prescribir o certificar en formularios** que deberán llevar impresos en castellano su nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio y número telefónico cuando corresponda”. **“Las prescripciones y/o recetas deberán ser** manuscritas, formuladas en castellano, **fechadas y firmadas”**.

- La Ley 26529 (Ley nacional que regula los Derechos del paciente en su relación con los médicos e instituciones de salud) establece:

Artículo 2° Inciso (f): *El paciente tiene derecho a recibir la **información sanitaria** necesaria, vinculada a su salud.* Por otro lado, el inciso (g) menciona que el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito.

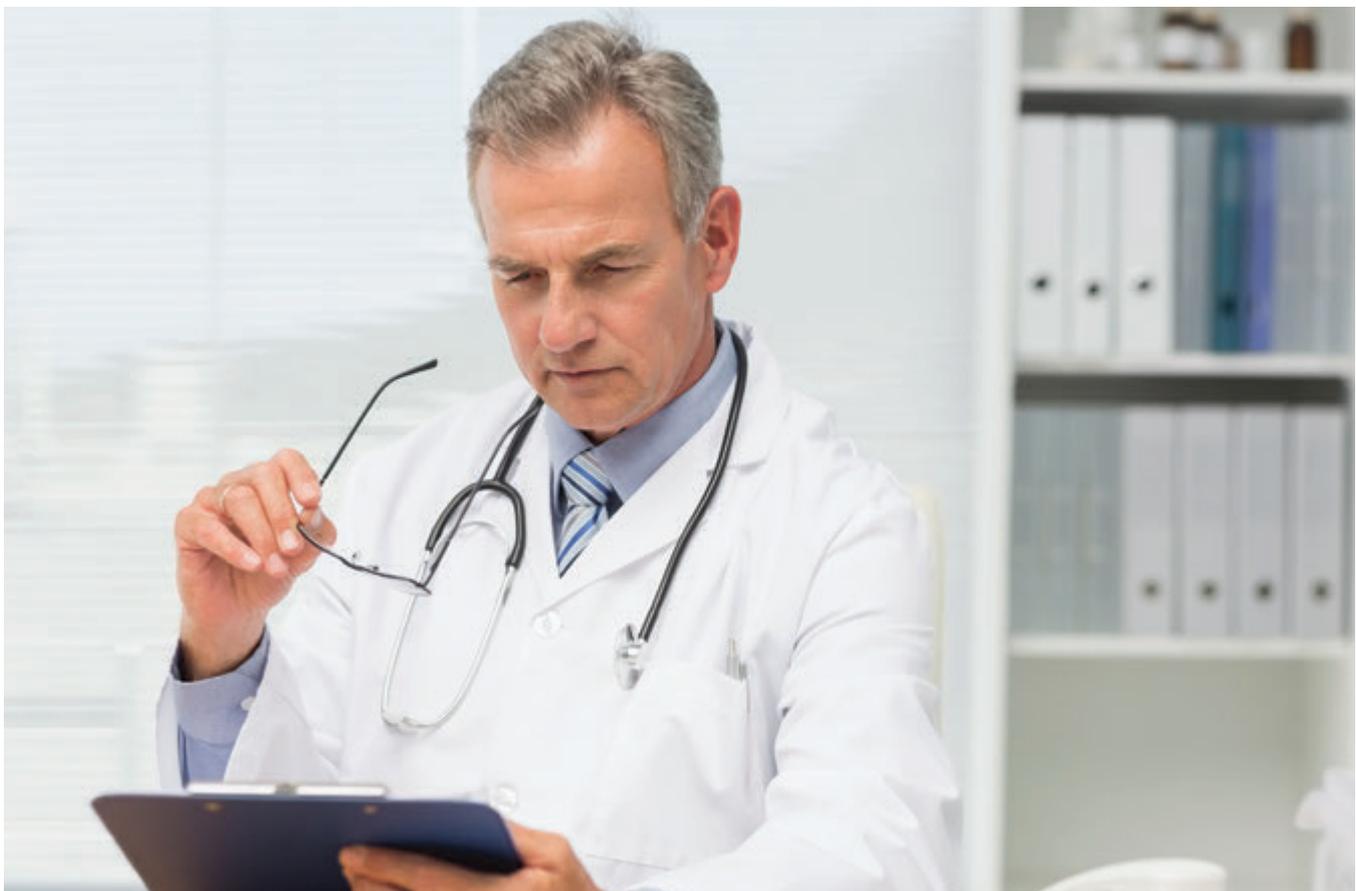
Artículo 3°: *“...entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.”*

- La Ley de Habeas data (Ley 25326 de Protección de Datos Personales) considera que la información que se encuentra registrada en la “Historia Clínica” de un paciente, quedaría comprendida dentro de las diferentes modalidades de “bases de datos personales”, razón por

la cual también estaría regulada por esta norma. De la lectura y correcta interpretación de los diferentes artículos de esta ley, surge claramente que los médicos y/o sanatorios estarían obligados a entregarle al titular de los datos (el paciente) la información relativa a ellos (Ej. Copia de la historia clínica, o en su defecto un certificado medico). El decreto reglamentario de esta ley (Dto. Reglamentario 1558/01) en su artículo 15° establece que el titular tiene derecho a exigir que dicha información le sea entregada por escrito.

- Por último y no menos importante, cabe recordar que la negativa del profesional a entregar un certificado medico en el que conste la afección constatada y el tratamiento indicado, es considerada una infracción al régimen legal impuesto por las leyes anteriormente mencionadas (Ley 17132 y Ley 26529). Veamos:

Artículo 21° (Ley 26529): Sanciones. *Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 - Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas - y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de*



*similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.*

De la reseña precedentemente expuesta, resulta que es propio del ejercicio de la medicina el “prescribir”, entre otras cosas, un tratamiento de salud, máxime cuando el mismo exige acciones del paciente, como ser el “reposo”.

Si el médico se niega a extenderle un certificado escrito al paciente, está infringiendo las normas básicas del ejercicio de su profesión.

Si bien es cierto que extender este tipo de certificados obliga al médico a tener que brindar explicaciones en un eventual juicio laboral, también es cierto que su negativa a entregar este documento conlleva otro riesgo diferente: Si por el hecho de no haber presentado el certificado médico en correcto tiempo y forma, el empleado eventualmente resultara afectado en su relación laboral, podría iniciar acciones por daños y perjuicios contra el médico y/o la institución en la que fue atendido. Esto último es muy poco probable, pero es posible.

### Conclusión:

Luego de ser atendido, el paciente tiene el derecho a que -ante su solicitud- se le entregue un certificado en el que conste el diagnóstico de su afección y el tratamiento indicado (incluyendo la “prescripción de reposo” si esta última correspondiere), ante lo cual el médico tratante tiene la obligación ética y legal de confeccionarlo.

### Por último, veamos algunas recomendaciones a tener en cuenta al momento de extender un certificado médico para ser presentado por el paciente en su lugar de trabajo:

- Aclarar en el certificado que este último se extiende a pedido del paciente (o familiar), con lo cual no habría posibilidad de reproches en relación al “secreto profesional”.
- El médico no está obligado a dirigir el certificado a una persona o empresa en particular.
- Registrar claramente el nombre, apellido y N° de documento del paciente atendido.
- La información plasmada en el certificado debe ser veraz. Es decir, debe ser el reflejo fiel de la comprobación efectuada personalmente por el profesional que lo expide.
- Debe constar el diagnóstico que motiva la certificación. En aquellos pacientes en los que no se ha logrado arribar a un diagnóstico específico, se recomienda hacer una descripción sindrómica, por ejemplo: lumbalgia, mareos, cefaleas, etc.
- Siempre deberán registrarse en la historia clínica todos aquellos datos que acrediten lo plasmado en el certificado, de manera tal que ante una eventual investigación judicial, aquella sustente la veracidad de este último.
- El certificado debe ser fechado el día real de la aten-

ción médica, nunca posdatado ni con fecha anterior a la consulta. No es conveniente dar fe de hechos que no han sido constatados personalmente por el médico que extiende el certificado, ya que en determinadas circunstancias esto puede llegar a ser interpretado como un certificado médico falso (delito previsto en nuestro código penal).

### BIBLIOGRAFÍA

- Ley Nacional 17.132. Ejercicio de la medicina, Odontología y actividades Auxiliares.
- Ley Nacional 26.529. Ley de Derechos del paciente.
- Ley 25.326. Ley de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data).
- Certificado Médico Laboral. Dr. Hugo Roberto Mansueti.
- El Certificado Médico. EVIDENCIA. [www.evidencia.org](http://www.evidencia.org)

# ¿Debe mantenerse la confidencialidad ante un evento adverso?

**Dr. Horacio E. Canto**

*Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
Swiss Medical Group*

Ante la ocurrencia de un evento adverso en un paciente hospitalizado surge habitualmente la pregunta sobre si se debe informar o no lo ocurrido a la familia.

A nuestro juicio, no existe una sola respuesta a este interrogante.

Las situaciones no son todas similares y deben analizarse puntualmente en cada caso particular.

En primer lugar debemos considerar si el evento provocó daño.

En caso de no haberse generado daño nuestra opinión es que no debe informarse del mismo a la familia o al paciente, ya que informarlo no aportará ningún beneficio y seguramente provocará un deterioro de la relación médico- paciente- familia, y la pérdida de confianza, hecho perjudicial bajo todo punto de vista.

Diferente situación es aquella en donde el evento adverso ocasionó un daño para el paciente. Indiscutiblemente en caso de daño grave la familia debe ser informada sobre lo ocurrido, sus causas y las medidas tomadas por el equipo médico para minimizar los efectos deletéreos de dicho evento o incluso abolirlos si fuera posible.

Una situación especial se constituiría en aquellos eventos en los que el daño es leve o moderado. Deberíamos preguntarnos en dichos casos: ¿debe tomarse alguna medida diagnóstica o terapéutica para minimizar el daño acontecido? En caso de que la respuesta sea afirmativa, indiscutiblemente la familia debe ser informada, no sólo por un deber ético, sino incluso por la necesidad de que presten su consentimiento para llevar adelante determinada práctica o terapéutica, en aquellos casos en que el paciente no esté en condiciones de hacerlo.

En los casos en que un evento adverso con daño leve o moderado, según la opinión médica no dejará secuelas, deberá ponerse en la balanza cuáles son las ventajas versus las desventajas de informarlo o no.

Ahora bien, si el evento no es visible o catastrófico, ¿cómo llegamos a tomar conocimiento del mismo? Habitualmente es por el reporte del o los distintos profesionales de salud involucrados.

Una de las reglas básicas para lograr el éxito de todo programa de reporte de incidentes, es mantener la confidencialidad de los reportes y de quién los denuncia, ya que en caso de tener un espíritu punitivo del error llevará a que los distintos actores no los denuncien por temor a la sanción.

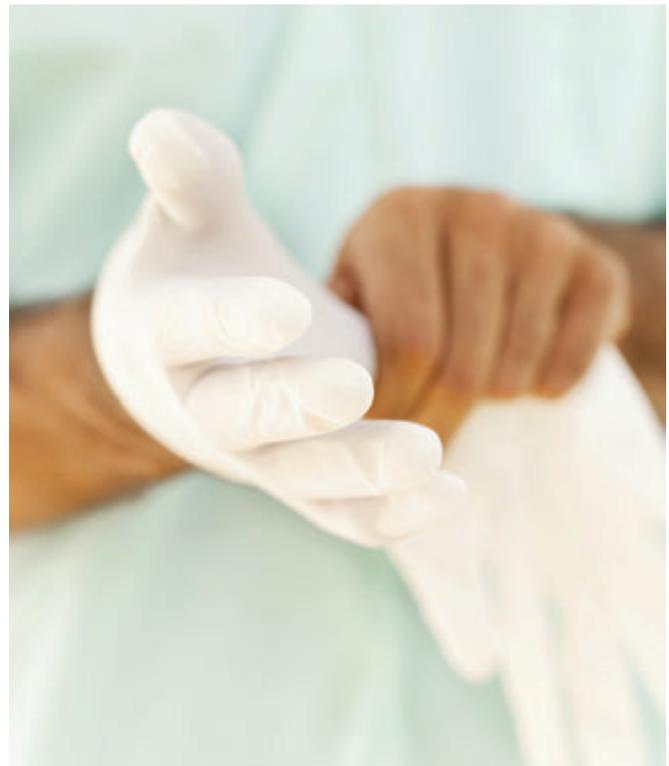
Tomar alguna medida de sanción por un error incurrido, puede tardar un momento, mientras que lograr la confianza de un equipo de trabajo para que se hagan visibles los errores a todos, lleva años.

Esto último es construir una nueva cultura de la seguridad, para que todos puedan aprender no sólo de los errores propios sino también de los ajenos.

De allí la conveniencia de informar a la familia lo sucedido solamente en aquellos casos en que se debe tomar alguna medida con el paciente o en aquellos en que el daño acontecido dejará una secuela, y tener siempre presente que debemos actuar regidos por principios éticos, los que podrán hacer variar la postura estándar si las circunstancias lo aconsejan.

En relación al equipo de profesionales de la salud es muy importante que todos conozcan los eventos ocurridos, para así evitar su repetición en el futuro.

Como dijo el Premio Nobel Bertrand Russell "Habiendo tantos errores para cometer, por qué cometer el mismo dos veces".





## 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)

