

Ante agresiones a profesionales de la salud.

# La violencia contra los médicos

*El asesinato del médico Dr. Pablo Gaudín, ocurrido en Salto en la madrugada del domingo 11 de enero pasado, fue la gota que colmó el vaso. Las amenazas a Gaudín y a otros profesionales del hospital de Salto por parte del iracundo familiar de una paciente fallecida, que culminaron en el lamentable desenlace conocido, se inscriben en los frecuentes actos de violencia que deben padecer los médicos en el ejercicio de su profesión. Así lo manifestaron los médicos reunidos en la ciudad litoraleña el 14 de enero, quienes suscribieron La Declaración de Salto. Este documento, que se transcribe en la presente edición, propició la constitución de una comisión interinstitucional para tratar el tema de la violencia contra los médicos. Esta comisión, integrada por representantes de la Academia Nacional de Medicina, Facultad de Medicina de UDELAR, SMU, FEMI, MSAQ, Sociedades de Psiquiatría y de Neurología, ya ha emitido los documentos que se incluyen en este número, los cuales son antecedentes por la nota del Dr. Antonio L. Turnes acerca de un tema hondamente preocupante.*

## Violencia y medicina

Dr. Antonio L. Turnes

El domingo 11 de enero de 2009 se produjo en la ciudad de Salto el homicidio del Dr. Pablo Gaudín Camacho (51), médico neurólogo; fué víctima de un familiar enajenado que optó por amenazar, perseguir y ejecutar a este médico ejemplar.

Junto con Pablo habían sido amenazados otros queridos colegas del Hospital de Salto, con alguna participación en el proceso de atención de una paciente víctima de un cáncer, fallecida hacía meses. El dolor del esposo lo desequilibró, tal vez, psíquicamente. A partir de allí comenzó una escalada de amenazas con mensajes y llamados a varios colegas. Hasta que Pablo fue a hablar con él, para que cesara las amenazas. Sin que hubiera diálogo, hubo plomo, que destrozó el corazón y los grandes vasos, de manera irreparable.

El impacto que causó en los colegas salteños que lo recibieron en la madrugada del domingo en el Centro de Asistencia Médica de Salto fue tremendo. Pese a todos los esfuerzos, se produjo su muerte.

La semana anterior, el jueves 8 de enero, en Montevideo, un médico algo mayor que Pablo, el Dr. Jorge Bermúdez Belbussi (57), que cumplía servicio trasladando un paciente desde la zona de Piedras Blancas, en una ambulancia de ASSE, ve caer delante suyo un ciclista, que queda en coma

en plena vía pública: General Flores y Aparicio Saravia. Baja, de inmediato, a atenderlo, junto con un enfermero, y son amenazados y agredidos ambos, por una persona que dice ser amigo del caído. Luego de reducirlo, y sin advertir que estaba armado, atienden al paciente, pero el agresor, a quien se le había caído enorme cuchillo de entre sus ropas, vuelve a la carga y de un violentísimo puntapié destroza los huesos de la cara de Jorge. Finalmente el agresor es reducido. Todos los que se acercaron y rodearon el episodio, fueron pasivos en la situación. Ninguno intervino para reducirlo. El médico y el enfermero, solos, que estaban para atender el enfermo accidentado en ese momento frente a ellos, que en un gesto indudablemente profesional, convocó su inmediata asistencia. El agresor tenía antecedentes penales y estaba alcoholizado. Pero como excusa para impedir la atención de su amigo, el ciclista en coma, manifestó que había tenido una mala experiencia de atención con un hijo suyo en un hospital, y que se abstuvieran de tocarlo.

El fin de semana siguiente se conocieron dos agresiones más, verbales y físicas: una en IMPASA, en Montevideo, contra un médico intensivista y una licenciada en enfermería, y otra en Parque del Plata (Canelones) contra la médica y el chofer de una emergencia móvil.

¿Son estos los primeros episodios que ocurren en la historia uruguaya? ¿Somos los únicos en el mundo a quienes sucede esto?

Ambas respuestas deberán ser negativas.

En Uruguay ya ocurrió, en la década del 40, que un médico pediatra que atendía en el Hospital Pereira Rossell, el Dr. Francisco Nicola Reyes, quedó parapléjico como consecuencia de un balazo disparado por el padre de un niño al conocer el sombrío pronóstico de su hijo. El colega vivió el resto de su vida en silla de ruedas, prestando servicios como radio-aficionado a personas que, sin poder acudir a cuidados médicos inmediatos, fuera en el interior profundo, o en el medio del mar, se comunicaban por radio, y este distinguido colega, ya fallecido, los orientaba sobre qué hacer hasta obtener la asistencia más adecuada, o los consolaba, hasta que encontraran la atención debida. El 22 de marzo de 1997, encontró la muerte el médico Román Máximo França Tarragó (42) en circunstancias que nunca pudieron ser debidamente esclarecidas, en la Ciudad de la Costa (Dpto. de Canelones). Trabajaba en una Emergencia de la zona. El 25 de setiembre del mismo año ocurrió en el Hospital Maciel la muerte del Enfermero Miguel A. Martínez, en ocasión que tres delincuentes fuertemente armados pretendieron rescatar a un detenido en Cárcel Central que había sido conducido a aquel nosocomio para atenderse de una herida auto-inflingida, tomando como rehén a una joven médica embarazada, en cuya defensa salió el enfermero occiso en un gesto de nobleza y solidaridad indudable.

En el mundo, los profesionales y demás trabajadores de los servicios de salud, han sido víctimas desde hace muchos años, con frecuencia creciente, de todo tipo de agresiones. Baste citar que la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP) han elaborado ya en el año 2002, las "Directrices marco para afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud". Véanse: La Declaración de Salto, del 14.01.2009, <http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/com-090115.html>, y dichas Directrices marco, al pie de la misma.

En ambas se establece que: *"Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención de salud corre un riesgo grave. La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo. (Nordin, H., 1995)"*

*"Por la creciente presión de las reformas y tensión del trabajo, la inestabilidad social y el deterioro de las relaciones personales, la violencia laboral se extiende rápidamente en el sector de salud. Cada vez más, la violencia doméstica y la violencia callejera pasan a las instituciones de salud. Estudios recientes confirman que la violencia laboral en el sector de salud es universal, si bien pueden variar las características*

*locales, y que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque unos corren un riesgo mayor que otros. En conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de salud. (Di Martino, V., 2002)."*

*"Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten los costos de la salud. Especialmente en los países en desarrollo, la igualdad de acceso a la atención primaria de salud puede verse amenazada si los trabajadores de salud, que ya son un recurso escaso, abandonan su profesión por la amenaza de la violencia. Estimaciones de varios estudios fiables indican que el estrés y la violencia representan posiblemente alrededor del 30% de los costos totales de las enfermedades y accidentes. Sobre la base de estas cifras, se ha sugerido que el estrés/violencia puede costar aproximadamente entre el 0,5 y el 3,5% del PIB cada año. (Hoel, H.; Sparks, K.; Cooper, C., 2000)."*

Un editorial reciente del *Canadian Family Physician*<sup>1</sup> trataba del médico y el paciente violento, y se preguntaba ¿De dónde viene esta violencia? Mencionaba que en una encuesta entre 172 médicos generalistas australianos, en ciertas regiones del país, encontraban una prevalencia anual que alcanzaba 64% de episodios de violencia contra médicos. Lo que aunque fuera una metodología cualitativa, no dejaba de llamar la atención que dos de cada 3 médicos eran allí agredidos cada año. *"Entre las tres grandes categorías causales de violencia, han identificado las atribuibles al paciente, las relativas al contexto de cuidados y la imputable al médico mismo. Los médicos australianos mencionaban entre las causas de violencia atribuidas a los pacientes: razones individuales como enfermedades psiquiátricas, alcohol y drogas, las inconductas sexuales, las enfermedades físicas y los trastornos de la personalidad. Ellos mencionaron también razones sociales, como la pobreza, el conflicto laboral o huelga y la dislocación familiar, la falta de respeto a la autoridad, el efecto "Bowling for Columbine"<sup>2</sup>, y la densidad de la población. En tanto, las causas atribuibles al contexto de cuidados, están directamente vinculados a la prestación de servicios (el tiempo de espera y el no acceso a los cuidados) y por otra parte a la incapacidad de controlar la violencia (prácti-*

1 LADOUCEUR, Roger MD, MSc, CCMF, FCMF, Redactor Adjunto: Editorial: Le médecin et le patient violent. D'ou vient cette violence? *Canadian Family Physician*; Vol 54: september 2008, pp 1213.

2 [http://es.wikipedia.org/wiki/Bowling\\_for\\_Columbine](http://es.wikipedia.org/wiki/Bowling_for_Columbine) una película de Michael Moore que trata de La violencia en las escuelas estadounidenses, el uso de armas por parte de civiles y la "Teoría del Miedo".

*cas naïf [ingenuas o cándidas], habilidades interpersonales deficientes). En el capítulo de las atribuibles al médico, los autores subrayan la vulnerabilidad de los médicos como factor que puede contribuir a la violencia.” (...) Destaca el autor del editorial, “(...) que se llega efectivamente a que los médicos sean víctimas de agresión sin razón y sin advertencia previa. Por ejemplo, un paciente delirante, intoxicado, atacado, amenaza por la fuerza en la Urgencia, constituye una amenaza para cualquiera que se le aproxime incluyendo allí al médico que va a interrogarlo. Y los pacientes borderline, esquizoides o alucinados, que explotan a veces sin ninguna razón. Pero la inversa es también cierta: los médicos echan leña a la hoguera por su actitud falta de empatía, irrespetuosa seguramente belicosa, además de otras que pueden hacer “saltar los fusibles” sin razón. Finalmente, las condiciones lamentables en que a veces se prestan los cuidados, pueden, por sí solas, engendrar la violencia, Pero generalmente, la violencia se sitúa en los confines de estos tres polos.”*

Tradicionalmente estos hechos de violencia contra profesionales y trabajadores de la salud, que implican un amplio espectro, desde las amenazas de toda índole hasta el maltrato verbal, las agresiones verbales o físicas, hasta las lesiones de diversa entidad, no han sido adecuadamente consideradas, denunciadas ni registradas en nuestro medio. De ahí la carencia de información resultante. Sólo los Médicos Residentes, en el año 2007 realizaron una Encuesta entre sus pares, con el resultado que más del 70% de ellos declararon que habían sido víctimas de algún tipo de violencia en su contacto con pacientes o familiares en los hospitales públicos, principalmente, lo que se ha difundido en algunos medios de prensa.

En el plano de la Justicia y el Derecho, tampoco se le ha asignado importancia suficiente a las amenazas y actos preparatorios de otros de mayor violencia, cuando ellos son pronunciados. En general había hasta ahora cierto descreimiento en que las amenazas fueran a concretarse. Pero parece que no nos hemos dado cuenta de que los hechos avanzan con mucha velocidad, y pasamos de un cuadro al siguiente de la obra, sin previo aviso. Entonces la violencia

se concreta de un modo brutal, pero totalmente inevitable. Como en cierto modo ha ocurrido con la violencia doméstica, o la violencia aplicada en el ámbito familiar contra los niños, que hoy día son ciertamente denunciadas y condenadas; aunque continúan ocurriendo.

Pero esa actitud pasiva y contemplativa, deberá cambiar rápidamente. Ya se están organizando los esfuerzos de los distintos grupos médicos, actuando en una comisión interinstitucional que abarca a la Academia Nacional de Medicina, la Facultad de Medicina y su Cátedra de Medicina Legal, el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior, la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas y las Sociedades Uruguayas de Neurología y de Psiquiatría. Como primera medida están elaborando un formulario para denuncia y registro, así como los instructivos y guías a difundir entre los profesionales de todo el país, para tener pautas claras ante eventos de esta naturaleza. Qué hacer, cómo documentar, como procesar la denuncia, y qué no hacer o cómo tratar a un paciente o familiar que manifiesta signos de agresividad.

¿Qué está pasando en nuestra sociedad, donde el médico, antes reconocido y objeto de agradecimiento por sus servicios, ahora está siendo amenazado, agredido, herido, y aún, muerto?

¿Es algo que ocurre exclusivamente en Uruguay? No, ya hemos visto que ocurre en la región y el mundo. Vean en Internet y en las Revistas y periódicos médicos, cómo se van dando estas situaciones y las estrategias que la profesión médica va generando para enfrentarlas. En España, tal vez, sea donde se han dado mejores ejemplos, estableciendo registro y penalizando la agresión o amenaza a un médico en el cumplimiento del servicio. Transformando la falta en delito. Los médicos allá están siendo continuamente agredidos por pacientes y familiares insatisfechos, sobre todo en las emergencias hospitalarias.

¿Debemos buscar causas o culpables? Sería fácil hallar culpables; pero esta situación no es de responsabilidad exclusiva de ninguno de los actores o autoridades de la salud, por acción u omisión, sino que tiene una compleja y larga



**Taroplen**  
TELMISARTAN

PRESENTACIONES:  
ESTUCHES CONTENIENDO  
14 Y 28 COMPRIMIDOS DE 40 MG.

LAZAR  
Un Camino de Calidad

Máxima protección con una única toma diaria

multi-causalidad. Al deterioro de las relaciones sociales, a la incidencia del consumo de alcohol y drogas, a la deficiente atención prestada institucionalmente al problema de la comunicación en los servicios de salud, y sobre todo a la forma de dirimir los conflictos, es que deberíamos mirar.

Pero también hay causas más importantes, que cabría analizar.

1. La pérdida de la relación médico paciente, o su deterioro, a través de medidas de organización de los servicios que dejan cada vez menos tiempo para el contacto con el paciente o su familia, para dar y recibir explicaciones, para brindar consuelo. El médico no sólo cura, cuando puede, sino que alivia cuando no puede curar, y consuela cuando no puede hacer otra cosa. Pero siempre debe comunicar, escuchar, explicar, ayudar a procesar eso que para él es tan sencillo, porque lo ha estudiado y conoce qué destino le aguarda al paciente, pero éste o su familia, no saben, o tienen idea equivocada, y requieren de una explicación apropiada a su nivel de comprensión y no una mera perorata de terminología técnica ininteligible o no decodificable para el que escucha. No sólo es una obligación legal, ahora establecida en la letra de la Ley 18.335, sino que es una obligación moral y ética, establecida en los Códigos de Ética que la profesión en Uruguay se ha dado. La judicialización de la Medicina es una plaga nacional, peor que la langosta, que todo lo destruye, comenzando por los vínculos entre el profesional y su paciente. Porque sustituye el diálogo que debe prevalecer, por el enfrentamiento, el reclamo indemnizatorio, o de penalización, a veces estimulado por otros malos profesionales, médicos o no médicos. Sí, leyó bien. Detrás de cada reclamo hay a menudo un comentario poco ético de un médico, que echó un manto de sospecha sobre la actuación de otro colega que atendió antes a ese paciente, que ahora hace su planteo. No es sólo cuestión de abogados que lucran con las demandas. También hay médicos que lucran, y otros que se regodean con conductas reprobables, claramente tipificadas en el Código de Ética.
2. La organización del trabajo profesional, que privilegia cantidad sobre calidad, y que hace que las instituciones sobrecarguen la espalda de sus médicos, con más pacientes de los que razonablemente pueden éstos atender, en condiciones fisiológicas y psicológicas adecuadas. Con guardias extenuantes, de 24 horas, seguidas por otra en otra institución [que ya no se practican en muchas partes del mundo, porque se ha visto que en ello está la raíz de muchos errores que se cometen por fatiga]; o haciendo tareas que ya son excesivas para su edad. Sin tiempo para ellos mismos y su salud, dedicarle el suficiente a su familia, o a sus pacientes. Porque volcarse a atender muchos pacientes, podrá resolverle económicamente el problema a la institución, pero no se lo resuelve al paciente, que no recibe la escucha e información y el tiempo que requiere, ni se lo resuelve al médico, sino que más bien se lo complica, porque lo enfrenta en la “línea de fuego” a quien es el fin último de la atención: el paciente. El médico va perdiendo su autonomía, que es parte esencial de su dignidad, arrinconado cada día por más exigencias y menos tiempo para desarrollar su profesionalismo.
3. La formación profesional, tan desviada a los preciosismos técnicos, y al dominio de los instrumentos y medios de diagnóstico más o menos sofisticados, pero tan olvidada de la semiología elemental, que cada vez se practica menos, y sobre todo de la formación humanística del profesional. Sin dotarlo de las herramientas de comunicación imprescindibles, para entablar una buena relación con su paciente, ponerse en su lugar, cuando sea posible, y darle esa transferencia indispensable de atención y afecto que requiere, y que forma parte esencial del acto médico. Cura más una palabra oportuna, dedicándole el tiempo adecuado, hasta lograr que el paciente comprenda o se compense, que un pase a otro especialista, dos fármacos dados, pensando que ahí está la solución, o tres exámenes pedidos para despacharlo rápidamente.



Consultorio de  
**Medicina Nuclear**

FERRARI / FERRANDO / PAEZ

MONTEVIDEO  
Av. Italia 3100 esq. L A de Herrera  
CP 11600 / Tel-Fax (598-2) 4811220\*

MALDONADO  
Treinta y Tres 776 Bis / CP 20000  
Tel-Fax (042) 238052

[mednuffp@adinet.com.uy](mailto:mednuffp@adinet.com.uy)

4. La actitud de brindar un oportuno pedido de disculpas al paciente o al familiar, cuando algo no va como se espera, o cuando ocurrió algo inevitable y fatal, es lo que no encuadra en la actitud general del médico. Un cirujano americano, Michael S. Woods, escribió "El poder de la comunicación: pedir permiso, dar gracias, decir lo siento, intentar no errar". Valdría la pena que todos los médicos en ejercicio, cualquiera fuera su edad, y mucho más si están en formación o recién graduados, lo leyeran, como parte indispensable de la reflexión necesaria que un médico debe ejercer cada día en su práctica para ser un auténtico profesional y diferenciarse de un técnico mecánico que aplica repetitivamente esquemas y recetas. Cada paciente, cada persona, es única, y requiere una atención individualizada. Tal vez el desarrollo de la medicina colectivizada, ha puesto al alcance de la población una atención accesible en su costo, pero ha descuidado estos otros aspectos que ahora son tan relevantes, reclamados y exigidos. A este respecto, convendría hacer una exhibición grupal de la película "Noches de Tormenta" con Richard Gere y Diane Lane, que se exhibe en cines estos días, porque plantea la actitud de un cirujano que ante un fracaso huye de su actividad, destruye la relación con su hijo médico, y es agredido por la familia del paciente, hasta que comprende la raíz de su mal: la necesidad de afrontar al

familiar, escucharlo con atención y cordialidad, darle las explicaciones que éste requiere, con humildad. Para descubrir que no conocía casi nada de la paciente fallecida. Y reconciliarse con la vida, con sí mismo, y con su hijo.

5. Debemos adquirir herramientas imprescindibles, que la práctica nos está demostrando que somos carentes. Nuestra profesión debe reflexionar sobre estos temas y trabajarlos en profundidad y a largo plazo. Pero también buscar soluciones desde el Gobierno, que debe amparar con legislación adecuada la protección de sus médicos, como lo hace con sus policías. A quienes protegen la salud se los debe cuidar como a quienes protegen la seguridad. Eso ya está pasando en otros países. Los comunicadores sociales tienen gran cuota de responsabilidad en estos temas. Porque a menudo se manosea la información, amplificándola y deformándola, cuando se trata de hechos excepcionales, poniéndolos como que son la regla, induciendo al público a ponerse en contra de los médicos. O a exigirles resultados que no pueden ofrecer. Pero también trabajar con las instituciones, de muchas de las cuales son únicos responsables, para cambiar su orientación en la calidad de la atención, para ponerla a tono con los tiempos. No es posible que en época de revolución de las comunicaciones, donde la información circula globalmente en el planeta de

# FARMANUARIO en su celular

## FARMANUARIO Pocket



Presenta:  
**Plan FARMANUARIO\*** \$ 393 mensuales  
 voz + datos (Internet hasta 10 MB) por

Desarrollado por  


Además obtiene una bonificación de \$U 4.000 para la compra de un Smartphone de última generación: I-Mate 6150, 8150 ó 9205, Samsung Omnia ,Palm Treo 750, todos con Windows Mobile y pantalla táctil.

Ingrese de la mano de Farmanuario Pocket al mundo de la Tecnología Móvil y disponga de Internet e-Mail, MSN y mucho más.



\* "Para acceder a este plan se deberá presentar la factura de compra de la Licencia Farmanuario Pocket, emitida por Datsur."

- Ahorre tiempo y dinero • Tome decisiones correctas
- Manténgase bien informado • Actualización permanente por Internet

"cofinanciado por recursos del Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR"



manera instantánea, los organismos de atención médica, estén atendiendo con pautas del siglo XIX. Ya estamos transcurriendo la primera década del siglo XXI, y ha pasado mucha agua debajo de los puentes.

Pero parece que autoridades e instituciones, no lo han incorporado. Si por un lado los medios de comunicación ponen a disposición del público noticias de progresos científicos, que estimulan la esperanza, lo que es positivo, pero luego los profesionales no tienen el tiempo ni el lugar adecuado para comunicarse individualmente con sus pacientes y familiares, esto irá de mal en peor.

6. El cambio del sistema de salud no es un problema meramente económico. Es un problema social, cultural y organizacional. En el que los médicos forman parte esencial de esa cadena. Desconocerlo es ser ignorante. No se trata aquí de lucha de poder o de prevalecer en un organismo que debe integrar y no excluir. Eso es absolutamente patológico. No existe en el mundo ejemplo de que algo así funcione, y Uruguay no es una excepción, sino la confirmación de esta regla.

7. No es con discursos que vamos a modificar la realidad. La cambiaremos con trabajo, constancia y voluntad, integrando verdaderos equipos, y haciendo carne la letra muerta de leyes y disposiciones que están pero no se cumplen. Integrando de una buena vez la Colegiación Profesional necesaria para regular y contribuir a la buena praxis, previniendo el Error en Medicina, y mejorando la comunicación a todo nivel. Uniéndonos como profesión más que nunca, en la gran cadena que debemos formar, sin que se nos pierda ningún eslabón más. Pero sobre todo, aplicando un viejo principio fundamental de la administración, como lo enunció Henri Fayol, un ingeniero francés, a comienzos del siglo XX: eliminando a los incapaces.

Tendremos que ponernos en guardia, tensar las fuerzas, esforzar la reflexión y aunar esfuerzos para evitar que este tipo de situaciones sucedan. En cada lugar hay algo para hacer. Todos tenemos algo que aportar. No miremos para otro lado. Hagámoslo ya, porque en eso nos va la salud y la vida.

## Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

### Novedades

#### NUEVAS PUBLICACIONES

Guía "Cuida Tu Corazón" edición 2008. Material educativo que conjuga creatividad, color y lenguaje simple para informar a la comunidad sobre las enfermedades cardiovasculares y la forma de prevenirlas

Manual práctico de obesidad en el adulto  
Realizado por los miembros de la Comisión Directiva de Sociedad Uruguaya para el Estudio de la Obesidad (SUEO), con el apoyo de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular



**PROGRAMA DE RESUCITACIÓN CARDIACA BÁSICA (RCB)**  
Formación de centros de RCB en todo el país los que contarán con instructores y equipos de enseñanza.

**\*MERIENDA SALUDABLE**  
Programa que tiene como objetivo fortalecer la educación nutricional de la población escolar y mejorar los hábitos alimentarios de los niños y sus familias, así como también lograr que en todas las escuelas del país se adopte al menos dos días de merienda saludable.

**\*PROGRAMA DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**  
Compra de nuevos equipos para el estudio genético y formación de grupos de trabajo en diferentes instituciones de salud públicas y privadas para la mejor derivación de pacientes al Programa.

Visite nuestro sitio web: [www.cardiosalud.org](http://www.cardiosalud.org)  
Correo electrónico: [comiscv@cardiosalud.org](mailto:comiscv@cardiosalud.org)  
Telefax 4802715 – 4815929  
Horario de atención de 13 a 19 horas