

Flagelo.(Del lat. *flagellum*)

Real Academia Española 2004

1. m. Instrumento para azotar.

2. m. Aflicción, calamidad.

3. m. Embate repetido del agua.

4. m. *Biol.* En ciertas células, orgánulo filiforme semejante a un cilio, pero más largo y capaz de diferentes movimientos.

Calamidad.(Del lat. *calamitas, -atis*).

1. f. Desgracia o infortunio que alcanza a muchas personas.

2. f. Persona incapaz, inútil o molesta.



OBJETIVOS

- **Realizar una breve introducción al tema**
- **Describir el trabajo que estamos realizando**
- **Reflexionar sobre las facetas o aristas del tema y su futuro en la Argentina**



Definiciones

Auditoria clínica

Gobierno o autoridad clínica

Calidad:

Evaluación de la calidad.

Aseguramiento de la calidad.

Mejora continua de la calidad.

Riesgo - error - evento adverso

Auditoria clínica

Proceso mediante el cual se evalúa crítica y sistemáticamente nuestro propio desempeño profesional, con un compromiso dirigido a la mejora del desempeño y finalmente a la calidad y/o costo - efectividad de la atención de pacientes.



Gobierno o autoridad clínica

“Marco en el cual cada organización dedicada a la atención de la salud de poblaciones en cualquier nivel, será responsable del monitoreo y mejora de los servicios brindados”

Gestión de riesgos

“Debe estar dirigida al aseguramiento de altos estándares de atención, creando un ambiente en el cual la excelencia clínica florezca”.



La gestión de riesgo implica

- **Asumir que van a ocurrir eventos adversos**
- **Hacerse cargo por ello**
- **Tener la certeza de que un gran porcentaje de ellos son evitables**
- **Trabajar en la prevención de eventos adversos “evitables”.**



Gestión de riesgo. Definición

- Conjunto de acciones que aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia dentro de costos sostenibles.
- Los errores y/o eventos adversos tienen que traducirse en información útil que pueda anticiparlos y/o prevenirlos en el futuro.

"Sólo COMUNICANDO nuestros errores, podremos aprender de ellos".



Objetivos de la gestión de riesgos

- Mejorar la seguridad de los pacientes como dimensión de la calidad: GR clínico
- Mejorar la seguridad de los profesionales y de la institución: GR Jurídico
- Reducir los costos de las atenciones consecuencias de riesgo: GR financiero

Autoridad o gobierno clínico, componentes claves

1. Implementar y sostener programas de mejora continua de la calidad.
2. Desarrollar planes para el desarrollo profesional continuo.
3. Desarrollar políticas para la administración del riesgo y el abordaje de los problemas originados por el mal desempeño.
4. Definir claras líneas de responsabilidad destinadas a la calidad de la atención.

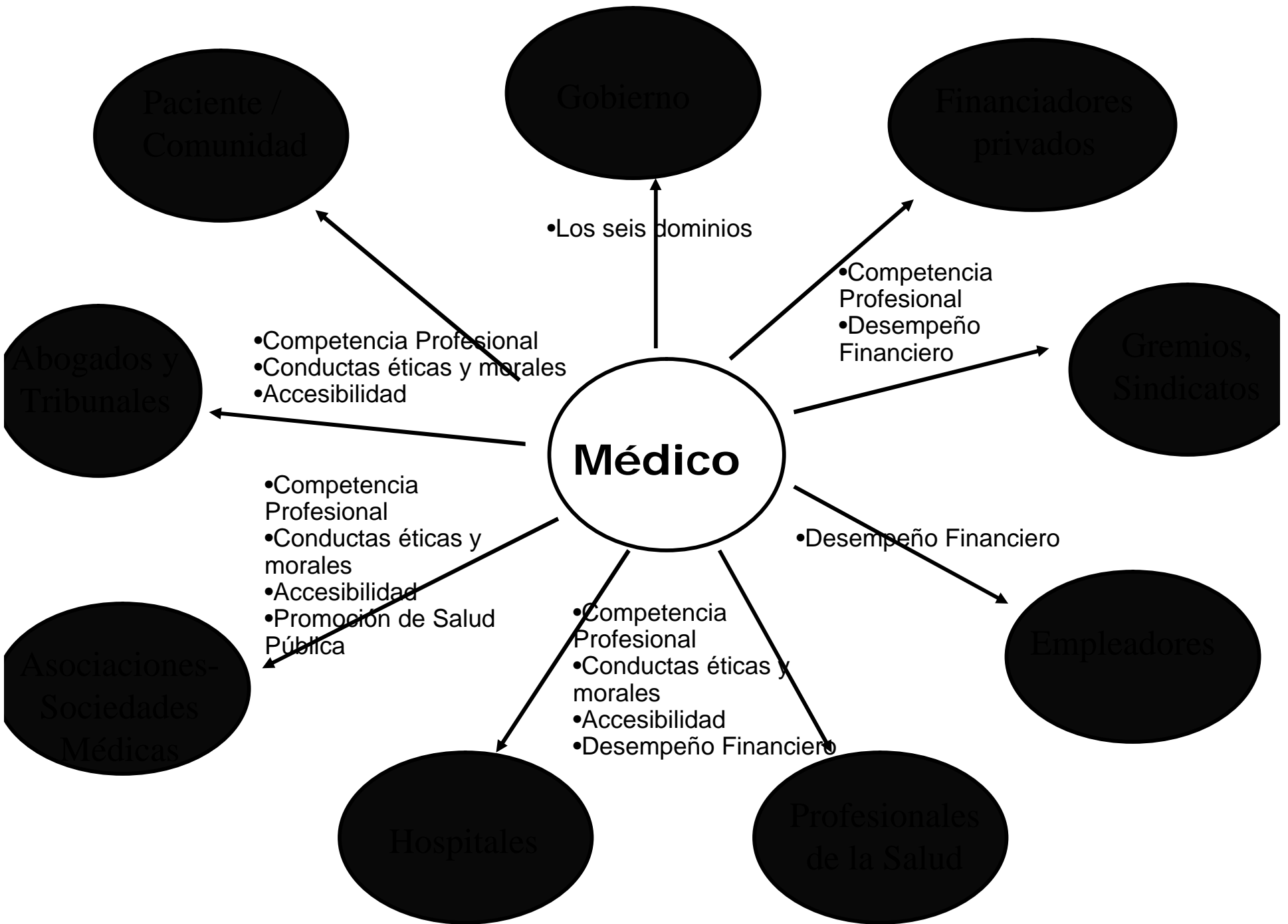


Autoridad o gobierno clínico, componentes claves

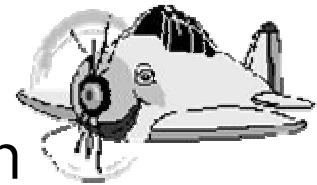
5. Generar un quiebre conceptual.
De “competencia a colaboración”.
6. Cambiar la perspectiva del modelo de auditoría.
7. Debe ser un modelo por el cual las profesiones clínicas puedan mantener la “libertad” positiva que solían tener hasta los recientes desafíos que tuvieron que enfrentar.



	Medición de la Calidad	Garantía de Calidad	Auditoría Clínica	Mejoramiento de la Calidad
Objetivo	Identificar diferencias entre la calidad de atención deseada y la actual	Alcanzar un aceptable estándar de atención y mantenerlo	Realizar una actividad correctiva en un área para alcanzar los objetivos deseados	Mejorar a través de un proceso continuo todo el sistema, la calidad como parte de la actividad diaria normal
Lógica	Se busca identificar y remediar brechas en las actuaciones de los profesionales de la salud	Se pretende identificar desvíos para corregir y controlarlos para que no reincidan	Se trata de aplicar MBE, y promover la evaluación de la estructura, procesos y resultados	Lo que es bueno puede ser hecho mejor a través de un proceso continuo de mejora
Método	El proceso de atención se mide y compara en relación con estándares y se focaliza sobre la capacitación del RRHH	A través de inspección externa o interna se busca identificar desvíos y corregirlos a través de actividades sistemáticas que sean sustentables	Clásicos auditores que realizan revisiones y proponen actividades correctivas cada vez que son necesarias	A través del manejo de la calidad total se intenta prevenir problemas y controlar los imponderables en el proceso de atención
Principal responsable	Profesionales de la salud individualmente	Financiadores o gerentes responsables del pago	Profesionales de la salud comprometidos en la atención médica	Jefes de servicios, gerentes o administradores



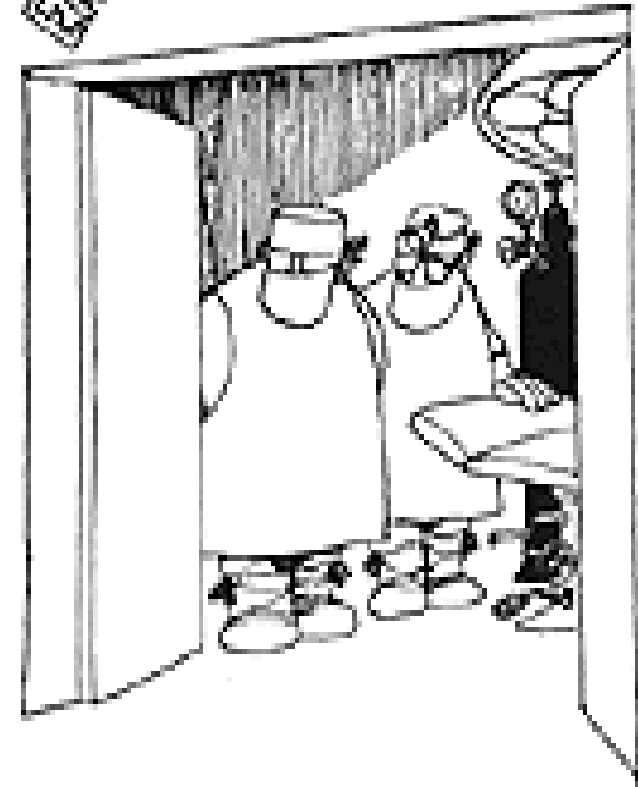
Error en medicina



Señoras y señores, bienvenidos a bordo del avión perteneciente a la compañía, "vuelo de pájaro" S.A., número 743. Estaremos saliendo de Bs. As. Con destino a la Ciudad de Bahía Blanca a la hora 7:05.

Nuestro tiempo de vuelo será de 1 hora. Y me complace decirles que tenemos un 97% de probabilidades de arribar a destino sin lesiones significativas; también es importante comentarles que las chances de cometer serios errores durante el vuelo, por parte de los pilotos o el personal de tierra, con lesiones o sin ellas es del 6.7%. Por favor ajústense los cinturones de seguridad y disfruten del vuelo. El tiempo en Bahía Blanca es bueno con cielo despejado y su típico viento.

ERRARE HUMANUM EST



ERROR en
MEDICINA
y **SEGURIDAD**
del PACIENTE

Centro de Investigaciones Epidemiológicas
Academia Nacional de Medicina, Bs. As.



- Fatalidades en la línea aérea:
 - 0.27 por 1.000.000 de salidas aéreas.
- Un pasajero moderno debe viajar unos
 - 20.000 años para tener una chance del 50% de injuria en un accidente aéreo.



Eventos adversos entre 2,9 y 3,7% de los pacientes ingresados:
53% y el 58% se consideran prevenibles
8,8% a 13,6% se produce la muerte

BRENNAN T A, et al Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New Engl J Med.* 1991; 324: 370-376.(2, 3, 10).

LEAPE L L, et al The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.*1991; 324: 377-384.

THOMAS E J, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000; 38: 261-271.

La mitad de los errores se produjeron en las área quirúrgicas.



La otra mitad se produjo a consecuencia de errores a drogas, errores terapéuticos y errores diagnósticos.



Los estudiantes cometen más errores. La mayor parte de los errores suelen cometerse cuando rotantes o nuevas personas se incorporan a las prácticas.



Existen dos aproximaciones que se contraponen para el análisis del error humano

- **Centrada en la persona:**
 - Filosofía predominante
 - El individuo es capaz de elegir entre actos seguros e inseguros
 - Traslada la responsabilidad institucional al individuo
 - Favorece el ocultamiento
- **Centrada en el sistema:**
 - Todas las personas comenten errores
 - Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas en el sistema y corregidas
 - Se debe intentar modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias (defensas del sistema)

El modelo centrado en la persona contempla aspectos del trabajo de las personas como:

- Incumplimiento intencionado.
- Distracciones o *lapsus*.
- Ejecución incorrecta de procedimientos.
- Problemas de comunicación
- Decisión de correr un determinado riesgo («no va a pasar nada»).



El modelo centrado en el sistema, no se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas.

Una idea central es la de las **defensas (escudos) del sistema**. Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron.

LEAPE L L. Error in medicine. *JAMA*. 1994; 272:1 851-57.

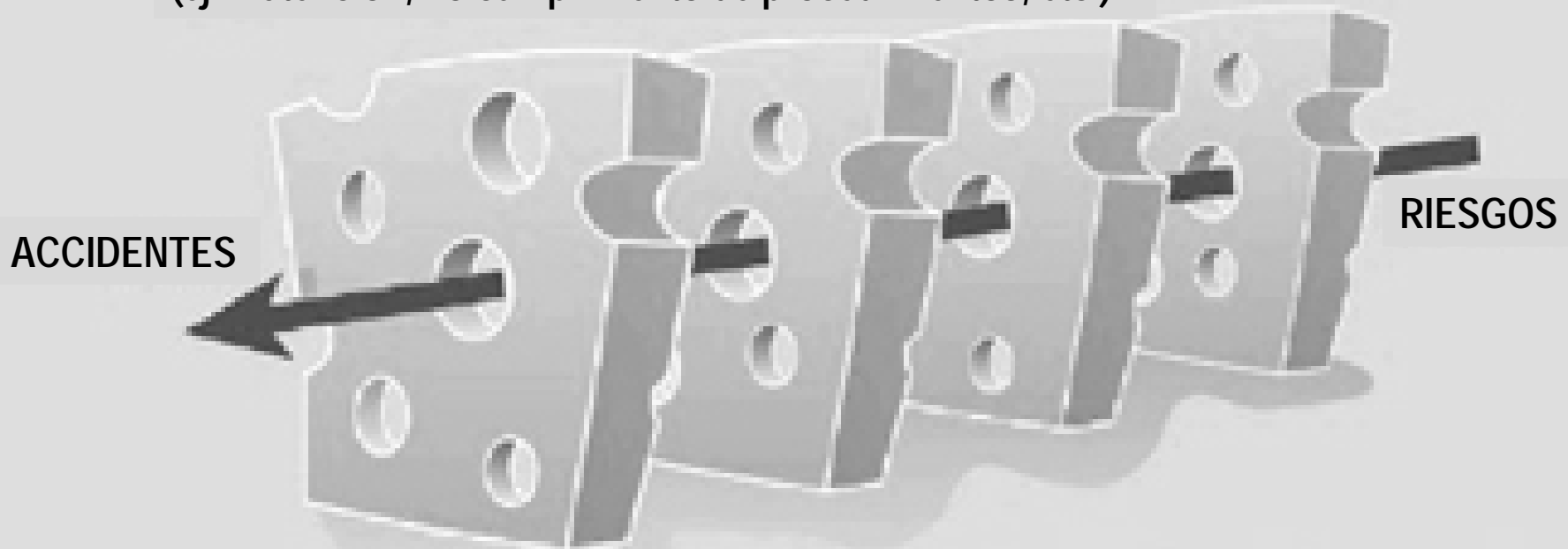


- Los sistemas que operan en situaciones de alto riesgo y tienen baja tasa de eventos adversos (como la aviación o las plantas nucleares) ofrecen modelos útiles para el desarrollo de un sistema de atención médica seguro.
- Habitualmente fallas “activas” y “latentes” en los sistemas coinciden permitiendo la ocurrencia del accidente (modelo del queso suizo).



CAUSALIDAD DE LOS ACCIDENTES: MODELO DEL QUESO SUIZO

ALGUNOS ORIFICIOS SON FALLAS ACTIVAS
(ej. inatención, no cumplimiento de procedimientos, etc.)



ALGUNOS ORIFICIOS SON FALLAS LATENTES
(ej. falla de equipos, déficits de capacitación, etc.)

BARRERAS SUCESIVAS DE DEFENSA O PROTECCIÓN

MODELO DE REASON J.

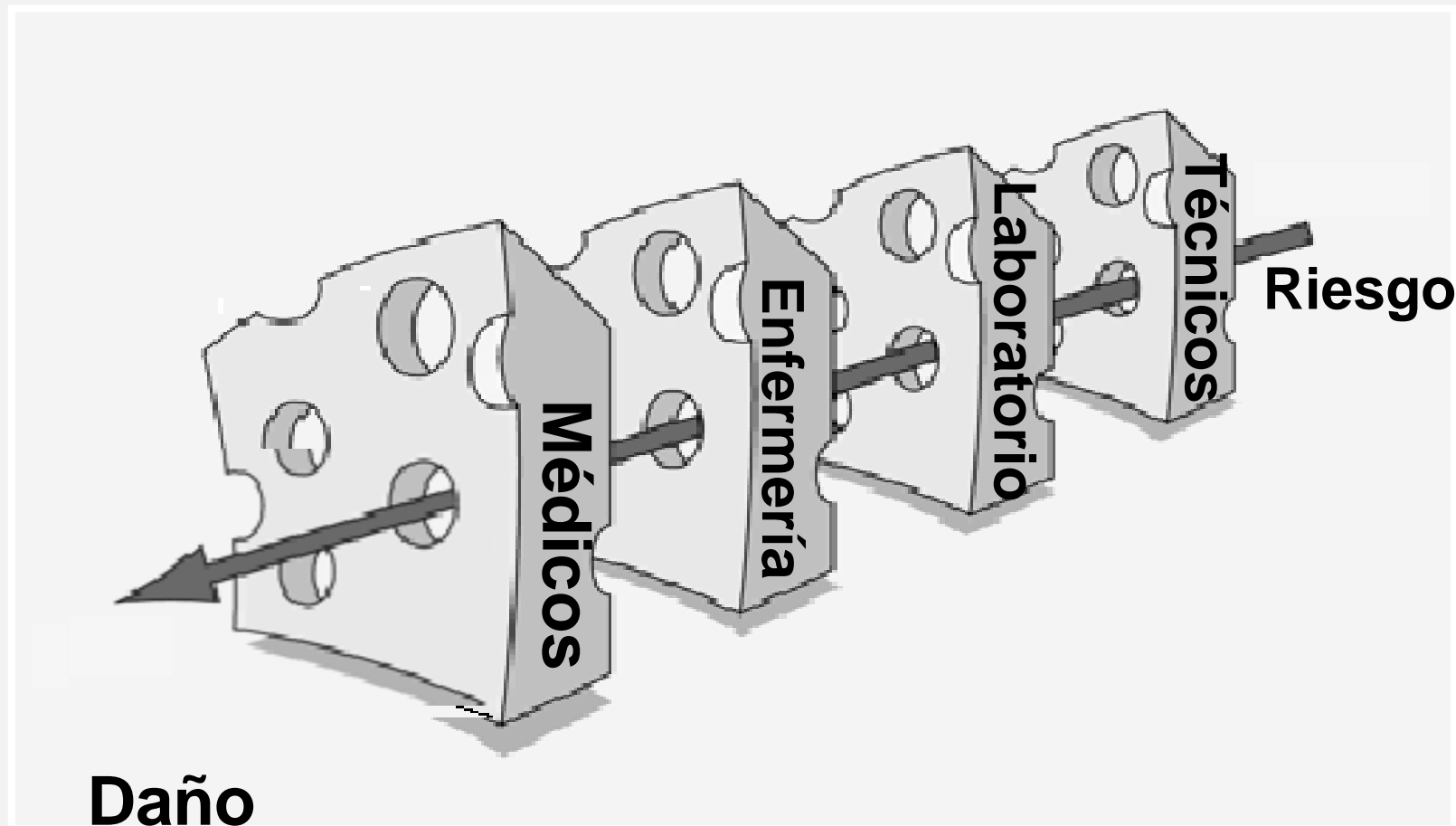
Human error: models and management.

BMJ. 2000; 320: 768-770.

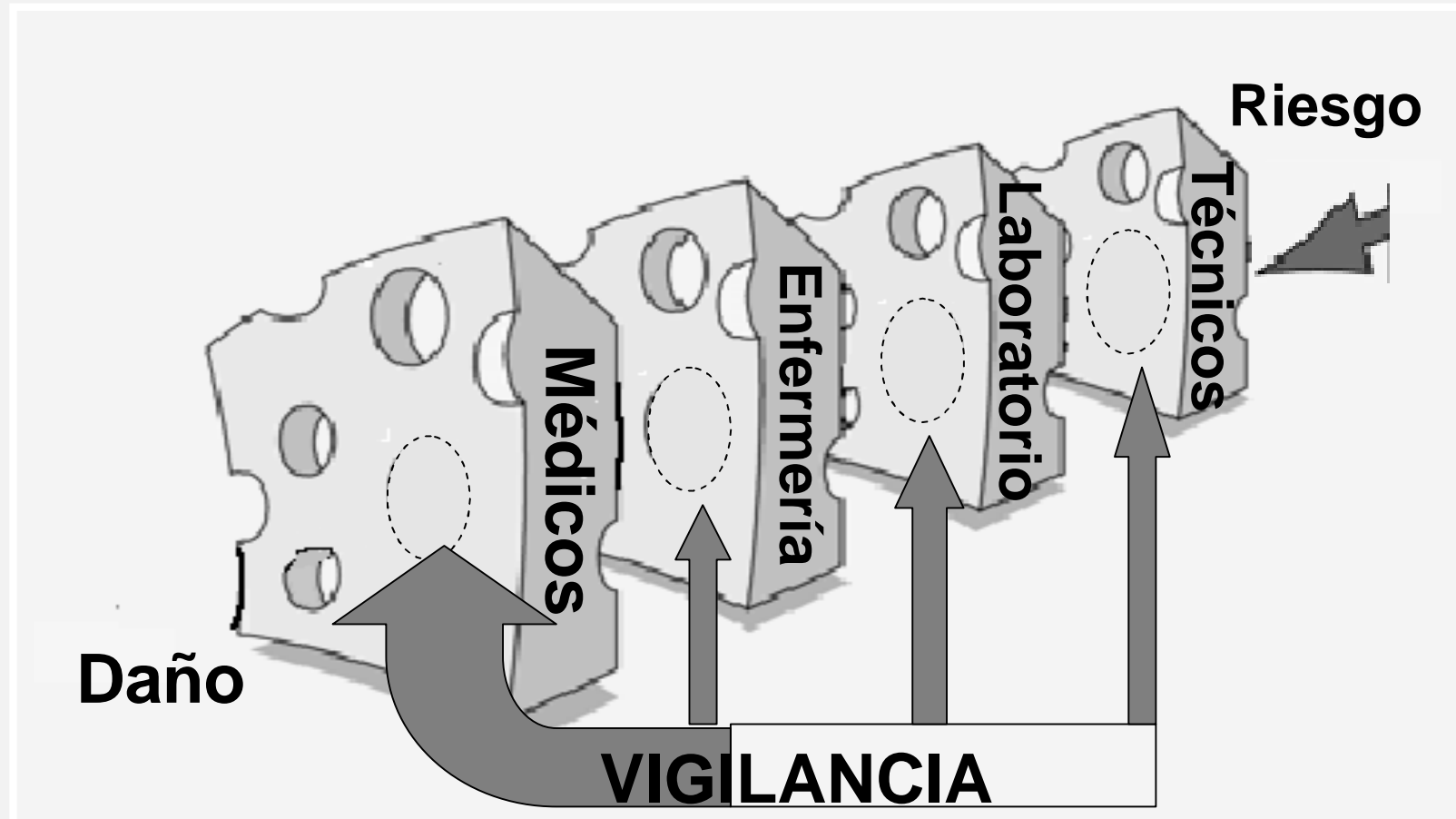
- Los accidentes ocurren por múltiples factores.
- Existen defensas para evitar los accidentes.
- Múltiples errores «alineados» permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran.
- La revisión del sistema permite identificar cómo los fallos «atraviesan» las defensas.



Modelo del queso suizo (gruyère)



Modelo del queso suizo (gruyère)



¿Qué hacen algunas industrias?

- Tienen preocupación colectiva frente a la falla.
- Esperan cometer errores y entrenan a su fuerza de trabajo para reconocerlos y recuperarse.
- Continuamente ensayan escenarios familiares y gestionan los nuevos.
- En lugar de aislar las fallas, las generalizan, buscan reparaciones del sistema.



Algunas reflexiones

- Los errores médicos son comunes.
- Se requiere una mirada sistémica para la interpretación de los errores.
- Las fallas activas son las más fáciles de observar y tal vez de corregir inadecuadamente.
- Las fallas latentes son inherentes al sistema, nacieron con él, son más difíciles de corregir, requieren team-working.
- Las fallas latentes están presentes mucho antes de que un accidente ocurra.



Algunas reflexiones

- No es tan importante entender cuáles fueron las causas de la/s falla/s, sino que es mucho más importante reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron.
- La aproximación al problema centrada en la persona, o con medidas moralistas. Tienen “efectividad limitada”.
- La gente no actúa sola, su conducta está modelada por las circunstancias y la cultura organizacional



Algunas reflexiones

- La gestión de riesgos implica un ambiente donde reina la confianza entre los profesionales y pueda existir un sistema de reporte de incidentes anónimo que recoja los registros individuales, situacionales, organizacionales asociado con los incidentes.
- Los reclamos legales representan una pequeña porción del costo total de los errores.
- Muy pocos errores terminan en reclamos legales.
- Los errores son una oportunidad para el aprendizaje individual y para la mejora del sistema.



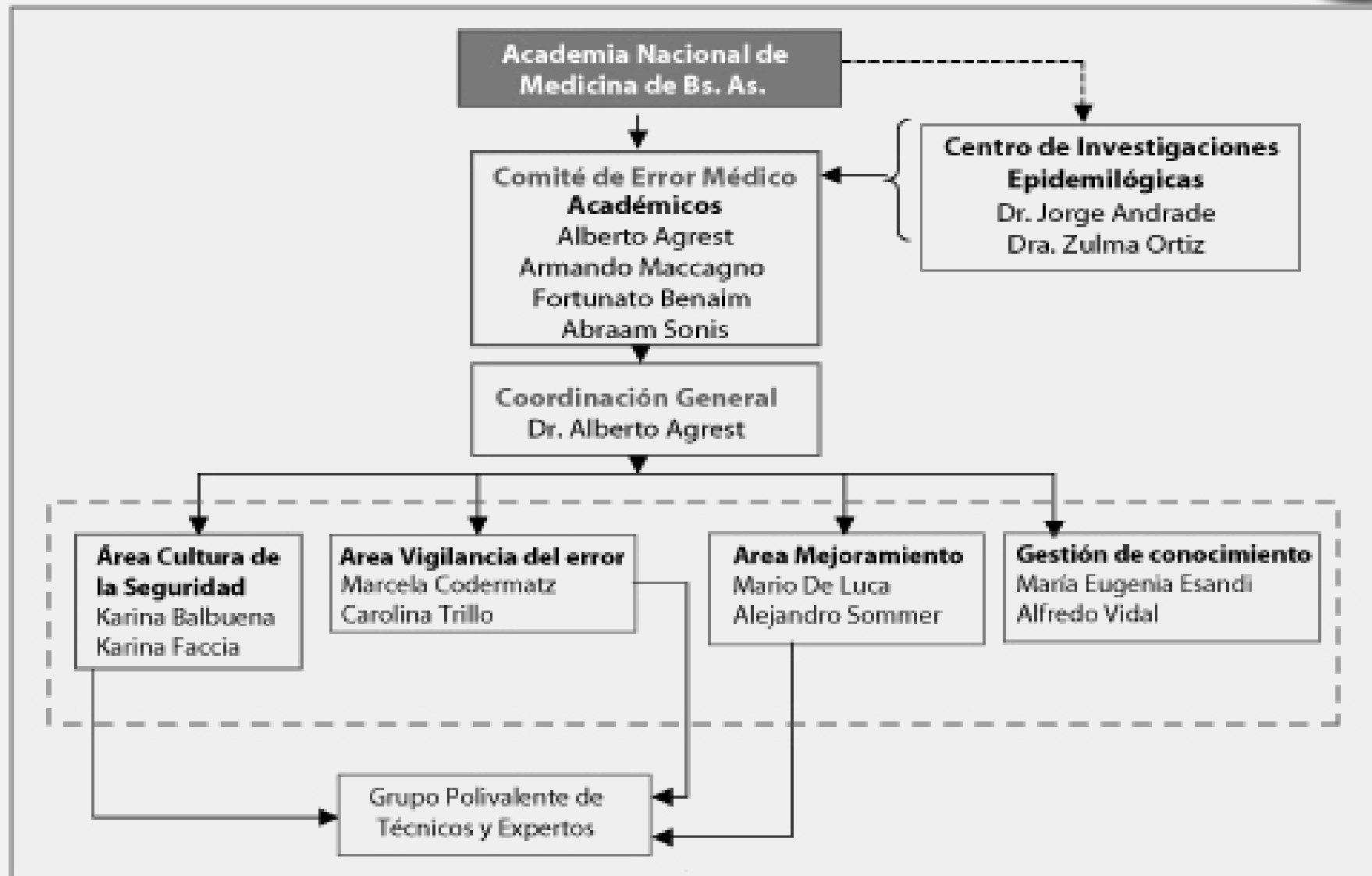
Algunas reflexiones

- Cuando un error ha ocurrido lo mejor es reconocerlo, estudiarlo, investigarlo, dar a apoyo a los profesionales involucrados en el mismo.
- Dar apoyo y explicación al paciente y familiares, formas de reparación, etc.
- El público reporta una muy pequeña cantidad de errores sobre el total producido. Modernizar el manual de quejas. Abrir un 0800, E-mail, etc. Para respuestas en línea y soluciones en línea.
- Redefinir el entrenamiento médico.



- **Año 2001:** El Académico Dr. Alberto Agrest propuso trabajar e investigar sobre el Error y la Calidad en Medicina en la ANM, creándose una comisión responsable.
- **Año 2002 y 2003:** Se realizaron actividades de difusión y promoción de comités de Seguridad y Error Médico y se desarrolló un sistema de reporte anónimo para instituciones.
- **Noviembre de 2003:** Se obtuvo el primer subsidio otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación para identificar aspectos culturales relacionados con el error en medicina y la seguridad del paciente en instituciones de la Ciudad de Buenos Aires.





- **Contribuir a la reducción de los errores en la atención y al mejoramiento de la seguridad de los pacientes mediante:**
 - ✓ **Creación de un cuerpo de conocimientos relacionados con la seguridad del paciente, el error y la calidad de la atención médica**
 - ✓ **Difusión del cuerpo de conocimientos y promoción de la aplicación del mismo**
 - ✓ **Construcción de una red de personas e instituciones interesadas en reducir la frecuencia y magnitud de los errores en la atención de los pacientes**
 - ✓ **Crecimiento y desarrollo del espacio de trabajo existente en la ANM para alcanzar sus objetivos**



- **Resumen, análisis crítico y ordenamiento de la información nacional e internacional sobre el tema**
 - ✓ **Revisiones sistemáticas sobre “Cultura de la Seguridad” y “Sistemas de Vigilancia del Error”**
 - ✓ **Análisis crítico de publicaciones en general e información accesible a través de Internet**
 - ✓ **Organización de la información en las áreas de:**
 - Cultura de la Seguridad**
 - Vigilancia del Error**
 - Mejoramiento de la Seguridad en la Atención**



Difusión en el ámbito de la salud de la información y herramientas existentes

PÁGINA WEB

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>

Actividades presenciales

Conferencias

Ateneos

Seminarios

- **"Sólo si comprendemos el modo en que REACCIONAMOS y ACTUAMOS frente al error médico, podremos iniciar este camino hacia un nuevo paradigma".**
- **"Solo si conocemos nuestra realidad, podremos implementar las PRACTICAS MAS SEGURAS que nos permitan mejorarla".**



Algunas reflexiones

La información que Ud. tiene no es la que Ud. quiere.

La información que Ud. quiere, no es la Ud. necesita.

La información que Ud. necesita, no puede ser obtenida.



COMPONENTES TEMÁTICOS

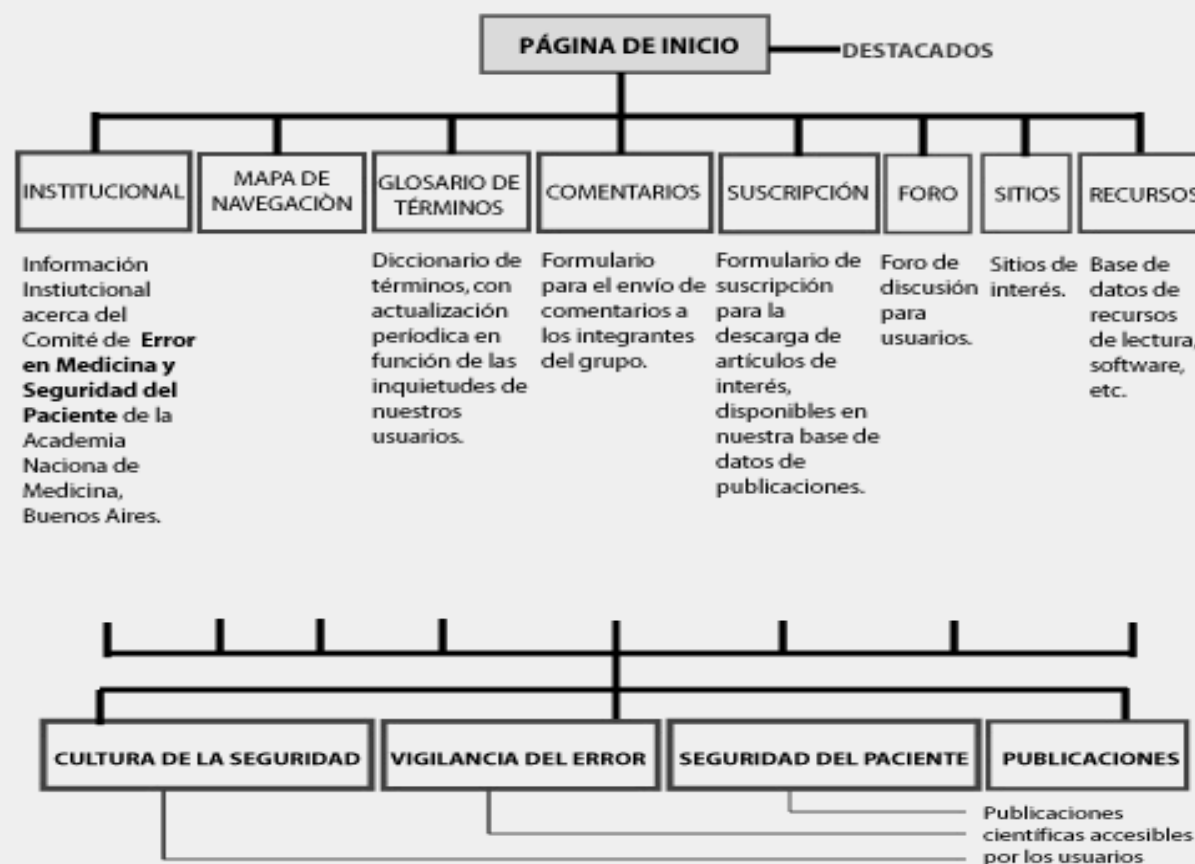
CULTURA DE LA SEGURIDAD

VIGILANCIA DEL ERROR

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN

PUBLICACIONES

Mapa de Navegación





COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)



Glosario de Términos

[Accidente](#)

[Análisis de Causas Raíz](#)

[Análisis de Modos de Fallos y sus Efectos](#)

[Calidad de Atención Médica](#)

[Causa Raíz](#)

[Error](#)

[Error activo](#)

[Error latente](#)

[Estándar](#)

[Evento adverso](#)

[Evento Centinela](#)

[Factores Humanos](#)

[Hospitalización o internación índice](#)

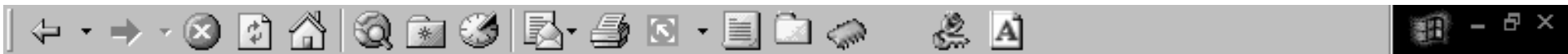
[Indicadores de Seguridad de los Pacientes \(para Sistemas de Registros Médicos Electrónicos\)](#)

[Micro Sistemas](#)

[Modelo centrado en el sistema](#)

[Modelo centrado en la persona](#)

[Modos de fallos](#)



COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)

 **Comentarios**

ENVÍE SU COMENTARIO AL GRUPO

Enviar Comentario

COMPONENTES TEMÁTICOS

CULTURA DE LA SEGURIDAD

VIGILANCIA DEL ERROR

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN

PUBLICACIONES

 Suscripción

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	FEMENINO <input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/>
Edad:	<input type="text"/>
Profesión / Ocupación:	<input type="text"/>
Institución donde trabaja:	<input type="text"/>
Lugar de Residencia:	<input type="text"/>
e-mail:	<input type="text"/>
¿Ha tenido o tiene experiencia en Error en medicina y seguridad del paciente?	Personal <input type="text"/>
Interes por área en particular	Vigilancia del Error <input type="text"/>

ESPECIFIQUE UN USUARIO Y CONTRASEÑA PARA ACCEDER A DOCUMENTOS Y OTROS SERVICIOS DE NUESTRO SITIO

usuario:

contraseña:

confirmar contraseña:

Olvido de contraseña:

Si Ud. olvida su contraseña se le preguntará por esta palabra. Ingrese una palabra significativa para usted.

Enviar Suscripción



COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)



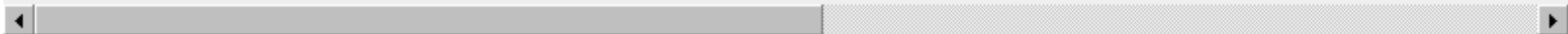
Foro de discusión

Foro

[Envía tu pregunta al foro](#)

Página
1 de 1

	Título del Mensaje	Respuestas	Fecha
Opinión		[0]	23/5






COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)

 **Sitios de Interés**

NPSF

USA

National Patient Safety Foundation
Fundación Privada sin fines de lucro

Se trata de una Fundación independiente, de alcance nacional y sin fines de lucro.

Su página Web ofrece una buena organización, utilidad y originalidad en los contenidos. Posee una adecuada referencia a la autoría del Sitio. Cuenta también con un foro de discusión, formulario para la suscripción y una base de datos para la búsqueda de documentos.

<http://www.npsf.org/>

NCPS

USA

National Centre for Patient Safety
Centro Estatal de alcance nacional

Centro creado por el Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos, que tiene como propósito disminuir la ocurrencia de errores médicos y mejorar la calidad de atención.

El sitio Web tiene una adecuada referencia a su autoría y posee información acerca de una de las herramientas más utilizadas para la comprensión de las causas de los errores: el análisis de raíz (root-analysis).

<http://www.va.gov/ncps/index.html>

IOM

USA

Institute of Medicine of the National Academies

Search Help
 Entire site
 Find

About Us

Research

Education/Conferences

Resources/Library

Publications

Mission: To Improve the Safety of Patients through our efforts to: Identify and create a core body of knowledge; Identify pathways to apply the knowledge; Develop and enhance the culture of receptivity to patient safety; Raise public awareness and foster communications about patient safety; and Improve the status of the Foundation and its ability to meet its goals.

NPSF Chairman on 2004: Dr. Tim Flaherty: "We are engaged in an exciting and critical effort in 2004 to continue to grow existing programs that are improving patient safety and by supporting new programs that will take us even further."

Whether you are a patient, company, hospital, or health care professional, you can help improve patient safety:

Hospitals: Join our Stand Up for Patient Safety Program

Health Care Professionals: Consider joining our staff in the Washington, DC area

Health Care Leaders: Be part of an Executive Session

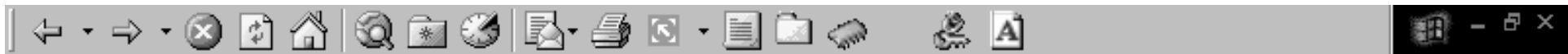
Companies: Become an NPSF Partner and learn about Corporate Councils and Roundtables

Patients: Read our National Agenda for Action, visit our Resource Pages, and learn about our Patient and Family Advisory Council (PFAC)

Researchers: Learn about our Research Program and visit our extensive patient safety Bibliography.

ListServ: Share your thoughts on patient safety

NPSF gratefully acknowledges the support of its founding sponsors:
 American Medical Association
 CNA / HealthPro
 3M
 and major benefactor:
 Schering-Plough



COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)



Recursos

Base de Datos de Recursos Temáticos

Los recursos están organizados de acuerdo a las siguientes categorías:

Software de utilidad

[Acrobat Reader](#)

[WinZip](#)

[Winrar](#)

[Calendario](#)

[Calculadora](#)

TIPO DE RECURSO

[Consenso](#)

[Documento](#)

[Documento de evaluación de tecnologías](#)

[Documento Gubernamental](#)

[Encuesta](#)

[Estado de Arte \("State of the Art"\)](#)

[Folleto](#)

[Guía](#)

[Investigación Cualitativa](#)

[Investigación por revisión](#)

[Libro](#)



COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)

Software de utilidad

[Acrobat Reader](#)

[WinZip](#)

[Winrar](#)

[Calendario](#)

[Calculadora](#)



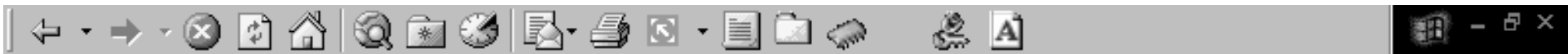
Recursos

Base de Datos de Recursos Temáticos

Libro

TÍTULO	FUENTE	PAÍS
Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st century.	Institute of Medicine of the National Academies	USA
<u>Patient Safety: Achieving a New Standard for Care</u>	Institute of Medicine of the National Academies	USA
To err is human: Building a safer health system	Institute of Medicine of the National Academies	USA

[| Volver |](#)



COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)



Recursos

Base de Datos de Recursos Temáticos

Patient Safety: Achieving a New Standard for Care

DESCRIPCIÓN

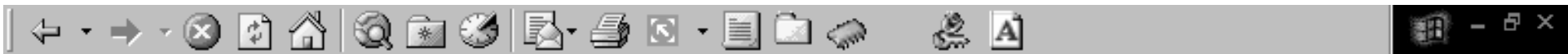
DESTINATARIO

El IOM presenta una versión electrónica navegable de este libro, de gran relevancia y utilidad para todos aquellos profesionales interesados en el mejoramiento de la seguridad en las instituciones de salud. Se definen los Profesionales de estándares para la recolección, codificación y clasificación de la información la Salud sobre la seguridad y se describen los aspectos esenciales para la implementación de Programas de Mejoramiento de la Seguridad.

Descargar en su sitio:

<http://www.nap.edu/books/0309090776/html/>

[| Volver |](#)



COMPONENTES TEMÁTICOS

[CULTURA DE LA SEGURIDAD](#)

[VIGILANCIA DEL ERROR](#)

[SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN](#)

[PUBLICACIONES](#)


Publicaciones

BASE DE DATOS DE ARTICULOS SELECCIONADOS

Seleccione el área de su interés

 [Cultura de la Seguridad](#)

 [Vigilancia del Error](#)

 [Seguridad en la Atención](#)

COMPONENTES TEMÁTICOS

CULTURA DE LA SEGURIDAD

VIGILANCIA DEL ERROR

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN

PUBLICACIONES

 **Publicaciones**

BASE DE DATOS DE ARTICULOS DISPONIBLES

AREA TEMÁTICA: **Cultura**

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	
12	Developing a culture os safety in the Veterans Health Administration	Describir los procesos desarrollados por la Administración de Veteranos de Guerra (AVG) para integrar la seguridad del paciente en su estructura organizacional.	ver ficha
13	El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión.	difundir reflexiones sobre el error en medicina y la necesidad de un cambio cultural	ver ficha
14	Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices.	Analizar críticamente la evidencia sobre prácticas relevantes para el mejoramiento de la seguridad de los pacientes.	ver ficha
16	Medical errors in practice?	Difundir la opinión del autor sobre la importancia que ha cobrado el tema del error en medicina y su vinculación con los juicios de mala praxis.	ver ficha
17	Organizational Culture and Safety	<i>Revisar los modelos teóricos vigentes e investigación publicada sobre Cultura y Seguridad, Cultura Organizacional y Cultura de la Seguridad.</i>	ver ficha
18	Developing a Culture of Safety at the community level: Case Studies from The Philippines and Colombia		ver ficha
19	Definiciones respecto al error en medicina	Revisar las definiciones conceptuales de error y iatrogenia y las definiciones y enfoque legal de negligencia y responsabilidad médica.	ver ficha

DESCARGAR ARCHIVO COMPLETO

El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. **ARTÍCULO Nº 13**

AREA TEMÁTICA: Cultura

DISEÑO: Editorial

CAMPO DE INVESTIGACIÓN: Cultura de la Seguridad

INTERVENCIÓN: Ninguna

CITA:

Ceriani Cernadas J. M. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión.

LUGAR DE REALIZACIÓN:

PAÍS: Argentina

PARTICIPANTES:

OBJETIVOS: difundir reflexiones sobre el error en medicina y la necesidad de un cambio cultural

RESULTADOS:

COMENTARIOS:

Presenta el problema y analiza su magnitud, causas y cursos de acción posible. El Dr. Ceriani Cernadas es Presidente de la SAP y Jefe del área de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. Es una contribución significativa a la difusión de un problema de gran magnitud y que requerirá un cambio cultural paulatino.