



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 25 de junio de 2018

VISTO el Expediente N° 15036-2018 con el Informe N° 142-OEGRRHH- N°114-OADI/HCH, remitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos, respecto a la Aprobación del "Consentimiento Informado para Actividades Docentes durante la Atención de Salud" en el Hospital Cayetano Heredia, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 4° de la acotada norma dispone: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso";

Que, la Ley N° 26842 modificada por la Ley N° 29414; ha establecido en el artículo 15° numeral 4 inciso a.1) que toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública;

Que, el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud, tiene como objeto reglamentar la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, conforme el artículo 23° de la normativa citada en el párrafo precedente, dispone que: "Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, en cuyo caso ello se constituirá en circunstancia que acarrea la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. El proceso del consentimiento informado deberá garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del usuario. Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que visibilice el proceso de información y decisión, el cual además formará parte de la historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondientes. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad. El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado;

Que, asimismo, el artículo indicado en el párrafo precedente, dispone: El consentimiento escrito deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones: a) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona; b) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; c) Cuando la persona reciba la aplicación de medicamentos o tratamientos de carácter experimental; d) Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir tratamientos. En caso de menores de edad o de personas cuyas condiciones particulares le impidan ejercer este derecho, se realizará conforme a lo señalado en el artículo 4° del presente Reglamento. No se requiere del consentimiento informado frente a situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros, o de grave riesgo para la salud pública;





Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprobó la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", disponiendo que: "El Consentimiento Informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconsciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención";



Que, mediante el literal e) del artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, establece que la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación es la unidad orgánica encargada de prestar apoyo a la docencia e investigación según los convenios con las universidades y/o instituciones educativas; depende de la Dirección Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos y tiene como una de sus funciones Orientar, fomentar y estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica;

Que, el literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, establece que es una de las funciones generales de este Nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;



Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Estando a lo solicitado, por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos, lo recomendando por la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 535-2018-OAJ/HCH;

Con visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos, y de las Jefaturas de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "Consentimiento Informado para Actividades Docentes Durante la Atención de Salud" en el Hospital Cayetano Heredia; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución directoral.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, respecto al uso Consentimiento aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

- () ACPR/BIC/ACV
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OEGRRHH
() OGC
() OADI
() OAJ
() OCOM

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.:P. 23579 R.N.E.: 9831

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

25 JUN. 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ LOUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
SECRETARÍA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Cayetano Heredia



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Fecha: _____ de _____ del 20 _____ Hora: _____

Yo, _____ con DNI

Nº _____ declaro haber sido informado (a) con detalle sobre mi condición de salud y sobre la necesidad e importancia de ser internado(a) en el Hospital Cayetano Heredia y que,

El Hospital Cayetano Heredia es un Hospital docente donde las atenciones sanitarias, serán brindadas por profesionales médicos y/o de las ciencias de la salud con pleno respeto a mi dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo respetando los derechos establecidos del paciente en la Ley N° 29414, derecho a :

- Ser informado adecuada y oportunamente sobre mis derechos,
- Conocer el nombre del responsable de mi atención y de los procedimientos a realizar,
- Pedir opinión de otro médico,
- Recibir medicamentos y productos sanitarios de acuerdo a las condiciones de cobertura según mi filiación y disponibilidad presupuestal del establecimiento,
- Ser informado sobre los motivos y condiciones que requiera de traslados,
- Recibir información sobre mi enfermedad, problema de salud,
- Negarme a recibir tratamiento y decidir mi retiro voluntario,
- Autorizar la presencia de terceros en el examen médico,
- Solicitar información sobre mi historia clínica,
- Negarme o rechazar el acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.

Entiendo que el profesional médico que brinda la atención se encontrará acompañado de sus alumnos, quienes observaran, tal vez me podrán entrevistar o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente, para aprender sobre el problema de salud que tengo.

Tengo la plena seguridad que al amparo de Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardarán en todo momento mi intimidad, confidencialidad de mis datos personales, información sobre mi enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales.

EXPRESION DE CONSENTIMIENTO

Tengo derecho a otorgar o negar mi consentimiento de forma libre y voluntaria, para la participación de estudiantes en la exploración, tratamiento, que realicen procedimientos o exhiban imágenes con fines docentes.

Luego de la información brindada, **le solicitamos su CONSENTIMIENTO**, firmando su autorización para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas. Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, **hable con su médico tratante para REVOCAR su CONSENTIMIENTO.**

Si usted decide **No acceder AL CONSENTIMIENTO**, esto no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho en nuestro Hospital.



Hospital Cayetano Heredia
Calle La Victoria 1500
Lima 15001
Tel: (51) 3824402
Fax: 482 412
www.hospitalcayetanoheredia.gub.pe



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Cayetano Heredia



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Fecha de.....del 201..... Hora :.....

Yo,con DNI N°, Historia clínica N°

- a. SI CONSIENTO que los estudiantes de las ciencias de la salud (02-05) bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, participen durante mi atención.

Firma y huella digital del paciente o representante legal

Firma y huella digital del médico tratante

- b. NO CONSIENTO que los estudiantes de las ciencias de la salud (02-05) bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, participen durante mi atención.

Firma y huella digital del paciente o representante legal

Firma y huella digital del médico tratante

Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a);

- a. SI CONSIENTO que sea grabado: Video () Audio () Toma de fotografía ()

Firma y huella digital del paciente o representante legal DNI N°

Firma y sello del médico tratante DNI N°

- b. NO CONSIENTO que sea grabado: Video () Audio () Toma de fotografía ()

Firma y huella digital del paciente o representante legal DNI N°

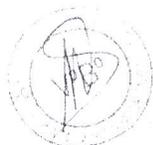
Firma y sello del médico tratante DNI N°

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

Fecha de.....del 201..... Hora :.....

Firma y huella digital del paciente o representante legal DNI N°

Firma y sello del médico tratante DNI N°



Vertical text on the right side of the page, possibly a date or reference number.