



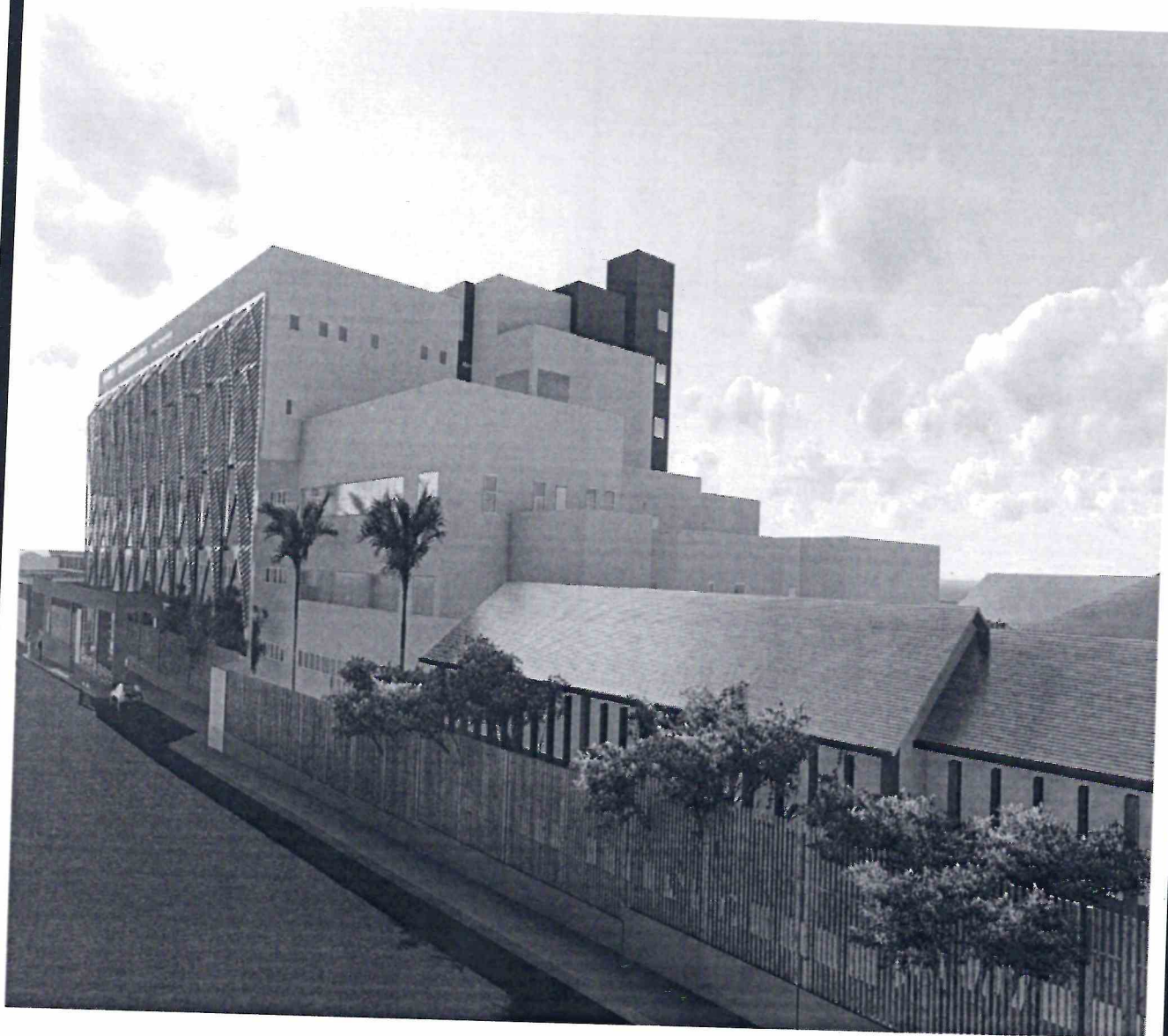
PERÚ Ministerio
de Salud

**DEPARTAMENTO DE
EMERGENCIA Y CUIDADOS
CRITICOS**



**HOSPITAL IQUITOS
"César Garayar García"**

**PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS
ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD EN
EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS DEL
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"**



OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

IQUITOS – PERU

2023



Resolución Directoral

Iquitos, 04 de setiembre del 2023

Visto el Memorandum Nº 1113-2023-GRL-GERESA-HICGG/30.17.01, mediante el cual se autoriza la emisión de la Resolución Directoral que aprueba el **"Protocolo de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", periodo 2023;**

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº26842 Ley General de Salud, en su artículo 40º precisa que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las particularidades del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico;

Que, la Ley Nº 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, que modifica el artículo 15º de la ley Nº 26842, Ley General de Salud, señala en los literales a), b) y c) "Toda persona tiene el 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 especial cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión";

Que, el Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" solicita la aprobación del **"Protocolo de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", periodo 2023;** cuyo objetivo es estandarizar los criterios básicos en la aplicabilidad y en el conocimiento sobre la gestión del consentimiento informado en el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, lo cual permitirá brindar al usuario y su familia la información necesaria, acorde con su capacidad de entendimiento, para que de manera libre pueda tomar una decisión acerca de los diferentes planes terapéuticos, garantizando la seguridad durante el proceso de atención y el cumplimiento de los derechos del usuario, por lo que se hace necesario la aprobación de este instrumento técnico mediante acto resolutorio para su inmediata vigencia y aprobación;

Estando a lo informado por el Departamento de Enfermería y la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Iquitos "César Garayar García";

Con la opinión favorable de la Dirección Adjunta, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico y Unidad de Asesoría legal del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"; y

Vº Bº
Oficina de
Administración
Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"

Vº Bº
Oficina de
Planeamiento
Estratégico
Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"

Vº Bº
ASESORÍA
LEGAL
Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"

Vº Bº
Dirección
Adjunta
Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"



Resolución Directoral

Iquitos, 04 de setiembre del 2023

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº 193-2023-GRL-GR, de fecha 01 de Marzo del 2023;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el "Protocolo de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", periodo 2023; que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 3º.-Encargar al Departamento de Enfermería el monitoreo y la utilización correcta del presente Protocolo, a partir de la fecha de su publicación.

Artículo 4º.- Disponer a la Unidad de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución y de este Instrumento Técnico en la página web del hospital.

Regístrese y Comuníquese.

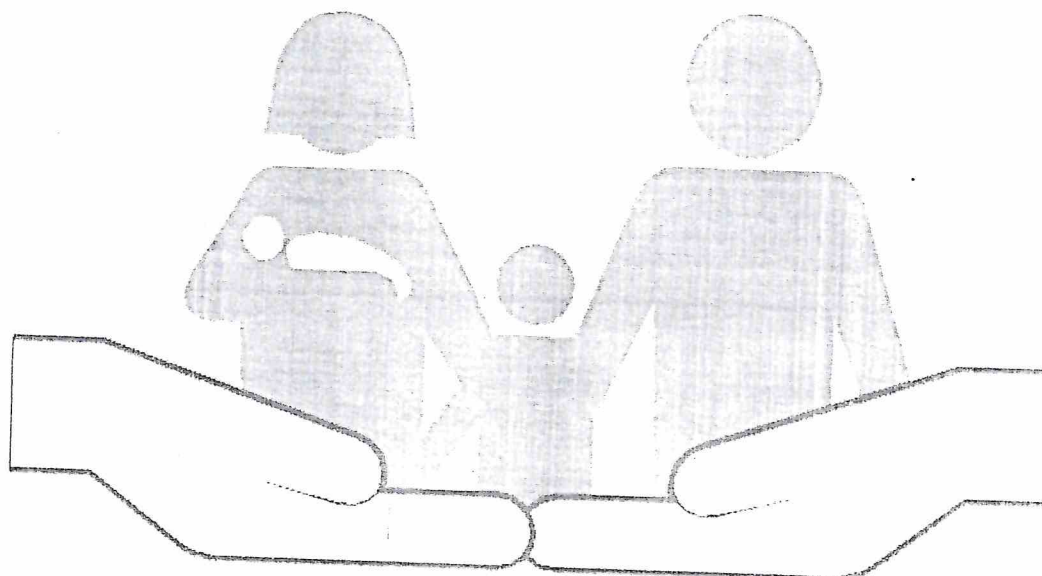


GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. CARLOS ALBERTO COBAL GONZALES
Director Ejecutivo (e)
C.M.P. N° 830488

CACG/NJBG/CLCR/GPP/DOCC/gmj

**GERESA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS**



HOSPITAL «CÉSAR GARAYAR GARCIA» DE IQUITOS



**“PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA
ATENCIÓN DE SALUD EN EL DPTO. EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRITICOS”**

Elaborado por:

Lic. Enf. Esp. Milagros Del Carmen Zaragoza Arcega de Pedraza.

Lic. Enf. Esp. Marilin Marina Becerra Kahn De Vela.

Lic. Enf. Esp. Dalia Rubí Vargas Macedo

**IQUITOS – PERÚ
2023**

I.- FINALIDAD

Implementar y Facilitar el proceso de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia, en el Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" del Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos, brindando información oportuna y respetando los derechos de los pacientes durante el desarrollo las actividades docentes que se realicen.

II.- OBJETIVOS

- ❖ Definir el procedimiento y criterios uniformes para llevar a cabo el proceso de Consentimiento Informado en el desarrollo de las actividades de docencia en el Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos.
- ❖ Lograr que el proceso de Consentimiento Informado para Docencia se aplique en el 100% de pacientes atendidos.

III.- AMBITO DE APLICACIÓN

El presente protocolo es de aplicación obligatoria en el Dpto. de Emergencias y Cuidados Críticos por todos los profesionales que realicen actividades académicas de docencia.

III.- BASE LEGAL

- ❖ Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas Usuarias de los servicios de salud.
- ❖ Ley N°29733, Ley de Protección de datos personales.
- ❖ Ley N°30220, Ley Universitaria.
- ❖ Decreto Supremo N°013-2006, aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de Apoyo.
- ❖ Acuerdo N°065-CONAREME-2019-AG, Manual de Acreditación de Sedes docente segundo y tercer nivel de atención.
- ❖ Decreto Legislativo N°1161, Ley de organización y funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA .Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

IV.- DEFINICIONES OPERATIVAS

❖ **Consentimiento Informado:**

Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo de procedimientos especiales, en forma libre y voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.

❖ **Actividad de Docencia en el servicio:**

Actividad vinculada entre la universidad y los establecimientos de salud, que permite la prestación del servicio asociada a la enseñanza e interacción docente-alumno en un establecimiento de salud, con el fin de garantizar la excelencia académica en el proceso de formación o de capacitación en el campo de las Ciencias de la Salud.

❖ **Revocar:**

Dejar sin valor o efecto el consentimiento previamente brindado.

V.- DISPOSICIONES GENERALES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

El objetivo del presente Instructivo, es orientar el correcto llenado del Formulario de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud a las personas usuarias de los servicios de salud, sea consulta externa, hospitalización, procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas.

CONSIDERACIONES GENERALES

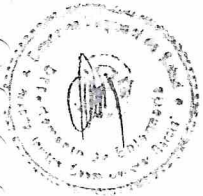
- ❖ Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de manera informada, libre y

voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.

- ❖ El profesional de la salud docente, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consulta para el consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria de los servicios de salud.
- ❖ El formato debe ser entregado y explicado a la persona usuaria por el profesional de las ciencias de la salud (Que es también docente); la información brindada debe ser expuesta en lenguaje sencillo, conciso y claro, que permita a la persona interesada a participar en la toma de una decisión acerca de su atención de salud. Se debe considerar un tiempo adicional prudencial no inferior a cinco minutos, para resolver las preguntas que surjan a fin que no queden dudas.
- ❖ Este formato debe ser aplicado antes de brindar cada atención en donde participe un profesional de la salud docente y sus alumnos asignados.
- ❖ En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.
- ❖ El monitoreo de su implementación corresponde a la Unidad de Docencia e Investigación de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud, o la que haga sus veces.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ❖ Considerar la fecha del día y la hora en que se brinda la información al paciente y éste firma y otorga su consentimiento.
- ❖ Consignar el nombre y apellidos de la persona usuaria de los servicios de salud, Número de Documento Nacional de Identidad (DNI) y el Número de su Historia Clínica (HCI).
- ❖ Colocar una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso.
- ❖ Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, es importante señalarle a la persona usuaria de los servicios de salud que no será identificado (a); colocará una "X" entre los paréntesis,



- ❖ si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso para video, audio o toma fotográfica.
- ❖ La persona usuaria de los servicios salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o cuando el paciente está imposibilitado; debe firmar en el casillero correspondiente al consentimiento informado.
- ❖ Se debe colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- ❖ Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital en el recuadro correspondiente.
- ❖ El profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento, debe firmar y colocar el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI) en el casillero correspondiente.
- ❖ El formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud es anexado a la historia clínica.

REVOCATORIA O DESAUTORIZACIÓN

- ❖ El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado.
- ❖ Se debe informar a la persona usuaria, que aun cuando haya firmado el consentimiento informado, puede cambiar de opinión y revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y por su propia decisión.
- ❖ Considerar la fecha exacta del día en que la persona usuaria de los servicios de salud realiza la revocatoria o desautoriza el uso o vigencia del consentimiento informado brindado anteriormente, y no está condicionado a justificarlo.
- ❖ Firma la persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o tener alguna discapacidad.
- ❖ Colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- ❖ Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital.
- ❖ El profesional de la salud que recibe la revocatoria, firma y coloca su sello, dejando constancia del acto de revocación. Es importante, señalar que en aplicación de las normas legales vigentes cualquier profesional de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, podrá a solicitud expresa del usuario de los servicios de salud y/o sus representantes legales, acceder al Consentimiento Informado obrante en la historia clínica, con la finalidad de formalizar la revocatoria del documento. Ambos documentos en original deben conservarse en la Historia Clínica de la persona usuaria.

VI.- ANEXOS

ANEXO N°01

HOSPITAL APOYO IQUITOS" CESAR GARAYAR GARCIA"
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES
DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

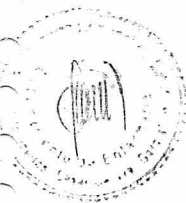
Establecimiento de Salud.....
Señor (a)

Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; solo observarán, talvez podrán entrevistarlo (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y su Reglamento en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, 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** o **DESAUTORIZAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.



ANEXO N°02
EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha..... de..... del 202..... Hora:.....

Yo..... con DNI N°..... e Historia Clínica N°..... declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA; SI () NO () doy mi consentimiento para que los estudiantes () de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o forma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a):

SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()



.....
 Firma o huella digital del paciente o representante legal
 DNI.....

.....
 Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento.
 DNI.....

ANEXO N°03
REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: de..... del 202.....

.....
 Firma o huella digital del paciente o representante legal
 DNI.....

.....
 Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria
 DNI.....
 Nota: Cualquier profesional de la salud.