



Resolución Directoral

Santa Anita, 25 de noviembre de 2023

Visto el Expediente N° 23MP-16513-00 y Nota Informativa N° 005-OADI-HHV-2023, mediante el cual al Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación solicita la aprobación del proyecto de Formato de Consentimiento Informado para Actividad Docente – Actividad Académica Grupal;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; asimismo, el artículo 4° de la acotada Ley dispone que: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo";

Que, el artículo 15° de la acotada Ley General de Salud, modificado por el artículo 1 de la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, estipula las disposiciones para el consentimiento informado, y en cuyo inciso 15.4, letra a), señala 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 especial cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;

Que, el segundo párrafo del artículo 24 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, dispone que el médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria. Asimismo, señala que el consentimiento escrito deberá ejecutarse en forma obligatoria cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes;

Que, mediante Nota Informativa N° 005-OADI-HHV-2023, de fecha 7 de noviembre de 2023, la Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación solicita la aprobación del proyecto de Formato de Consentimiento Informado para Actividad Docente – Actividad Académica Grupal;

Que, con Memorándum N° 490/OGC-HHV/2023, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad emite opinión favorable sobre el proyecto del Formato de Consentimiento Informado para Actividad Docente – Actividad Académica Grupal; por lo que, resulta necesario proceder a su aprobación mediante el acto resolutorio correspondiente;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 413-OAJ-HHV-2023;





Con el visado de la Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de la Salud y sus modificatorias, y de acuerdo a las facultades conferidas por el artículo 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;


SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el "FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD DOCENTE – ACTIVIDAD ACADÉMICA GRUPAL, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del Formato de Consentimiento Informado aprobado durante la atención de salud docente-asistencial.

Artículo 3.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática realice la publicación de la presente Resolución a través del Portal Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

Dr. Hugo William Peña Lovatón
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. N° 17286 / R.N.E. 7381

HWPL/OACH
Distribución:
OADI
OGC
OAJ
OEI
Dptos. Aist.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD DOCENTE

ACTIVIDAD ACADÉMICA GRUPAL

Usted se encuentra recibiendo atención en el Hospital Hermilio Valdizán por un profesional especializado, o en entrenamiento bajo supervisión directa. El Hospital Hermilio Valdizán es un hospital docente, donde se capacitan a médicos residentes, alumnos de medicina, enfermería, psicología u otros profesionales de salud mental que se encuentran en formación. Es una sede docente que realiza reuniones académicas y participan aproximadamente 30 personas entre ellos psiquiatras, médicos residentes, alumnos de medicina y otros profesionales de la salud mental, con la finalidad de exponer y discutir un caso clínico controversial, en ella se realizará la entrevista médico-paciente, y los participantes de la reunión podrían realizar preguntas al paciente con la finalidad de ampliar la información o aclarar alguna duda. No se grabará videos ni audios y no se tomará fotos. La información que usted proporcione será protegida por su **carácter confidencial**, en tal sentido solicitamos su autorización y participación en la actividad académica.



Yo....., de años de edad, declaro que he sido informada de la actividad docente en que participaré.

Por lo expuesto (marque con una X en el recuadro correspondiente):

Si () No () doy mi consentimiento para participar en esta actividad académica, sabiendo que puedo cambiar de opinión, sin que esta decisión afecte la calidad de atención a la que tengo derecho.

USUARIO Nombres y apellidos: _____ N° DNI: _____	_____	HUELLA DIGITAL
	FIRMA	

PROFESIONAL QUE INFORMA Y TOMA CONSENTIMIENTO Nombres y apellidos: _____ N° DNI: _____ N° Colegio profesional: _____	_____	HUELLA DIGITAL
	FIRMA	

Lima.....dede 20.....

**REVOCATORIA DE AUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS
ACTIVIDADES DE DOCENCIA
ACTIVIDAD ACADÉMICA GRUPAL**



USUARIO Nombres y apellidos: _____ N° DNI: _____	_____ FIRMA	HUELLA DIGITAL
PROFESIONAL QUE INFORMA Y TOMA CONSENTIMIENTO Nombres y apellidos: _____ N° DNI: _____ N° Colegio profesional: _____	_____ FIRMA	HUELLA DIGITAL

Lima.....dede 20.....