PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N°215-2018-DG-HONADOMANI-SB

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé — Sr. Rodolfo M. Aridama Gómez — FEDATARIO

Resolución Directoral

Lima, 27 de Setiembre de 2018

OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA — HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

Visto, el Expediente N° 11937-18;

CONSIDERANDO:

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

MINISTERIO DE SALUD — DIRECCIÓN ADJUNTA HONADOMANI-SB "SAN BARTOLOMÉ"

Que, el artículo 29 de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos y compartida por profesionales, establecimientos de salud y niveles de atención;

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que *"Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda", asimismo el artículo 96° del Decreto Supremo señalado líneas arriba, establece que: A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en su Artículo 9°, los establecimientos de salud o servicio médico de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afecten el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";*

Que, la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN:" Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA de fecha 13 de Marzo de 2018, entre cuyos objetivos se encuentra:

1) Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud.
2) Establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud;

Que, con Nota Informativa N° 039-OADI-HONADOMANI-SB-18 de fecha 13 de Agosto de 2018, el Jefe de Apoyo a la Docencia e Investigación informa al Director General que, en previa reunión de coordinación con los Jefes de Departamento y/o Oficinas involucradas, se acordó adecuar el Formato de

Consentimiento Informado para Actividad Docente para la Institución, por lo que remite a la Dirección General para su revisión ya probación a fin de que sea aprobado con Resolución Directoral;

Que, mediante Nota Informativa N° 292-2018-OAJ-HONADOMANI-SB informa al Director General que previo a emitir el acto resolutivo se advierte la necesidad que se cuente con el Informe Técnico por parte de la oficina de Gestión de la Calidad, así como notar que, el formulario que se propone aprobar relacionado al "Consentimiento Informado de Actividad Docente" difiere de la forma y contenido del que ha aprobado el Ministerio de Salud con el anexo N° 12,"Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la atención de Salud";

Que, con Memorando N° 323-OGC-2018-HONADOMANI-SB el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica que habiendo recibido el Expediente N°11937-18 y revisado la propuesta de Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud, por lo que sugiere ceñirse lo más posible a lo dispuesto en la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN;

Que, mediante Nota Informativa N° 307-2018-OAJ-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica informa al Director Adjunto que estando a la opinión técnica emitida por la Oficina de Gestión de la Calidad; esta Oficina de Asesoría Jurídica es de opinión que, la entidad emplee el Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud contenido en al Anexo N°12 de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica;

Que, mediante Nota Informativa N° 045-OADI-HONADOMANI-18 de fecha 20 de Setiembre de 2018, el Jefe de Apoyo a la Docencia e Investigación informa al Director General que solicite a la Oficina correspondiente la impresión del Consentimiento Informado de Actividad Docente, la misma que deberá ser adjuntada las Historias Clínicas, indicando que la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica han determinado que se debe de ceñir a la normatividad establecida por el MINSA, por lo que el formato deberá ser el mismo de la normativa actual;

Que, mediante Memorando N°255-2018-DG-HONADOMANI-SB, el Director General pone de manifiesto a la Jefatura de Asesoría Jurídica, que la jefatura de Apoyo a la Docencia e Investigación remite el Formato de "Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud" en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", por lo que solicita se proyecte la Resolución Directoral correspondiente;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 083-2018/MINSA y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Formato **"CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME"** de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación el cual consta de un (01) folio, que debidamente visado, forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 215 -2018-DG-HONADOMANI-SB

Resolución Directoral

Lima, 27 de Setiembre de 2018

Artículo Segundo.- Disponer que el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, difunda a todo el personal a su cargo la presente Resolución Directoral, conjuntamente con el formato aprobado en el artículo precedente.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique el acto resolutivo en el Portal de la Pagina Web Institucional (www.sanbartolome.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. ILDAURO AGUIRRE SOSA
Director General (e)
CMP 20584 RNE. 10628

IAS/RPAG
cc.
- DA
- OADI
- OAJ
- OGC
- OCI
- OEI
- Archivo

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME
Documento Autenticado
SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GOMEZ
FEDATARIO
Reg. N°..... Fecha 28 SET. 2018

Instituto de Gestión de Servicios de la Salud
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
28 SET. 2018
RECIBIDO
Hora: 11:54 Firma:

ANEXO N° 12

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 debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez 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 usuarias 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 Reglamentos 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, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ..... de..... del 201..... 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 013-2006-SA: Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) 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 toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado 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 D N I	Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento D. N. I .....

REVOCATORIA/ DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

Firma o huella digital del paciente o representante legal D. N. I	Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria D. N. I ..... **Nota: Cualquier profesional de la salud.**

MINISTERIO DE SALUD DGAIN