

## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de octubre de 2023.

**VISTOS:** El Informe N° 1213-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 04 de octubre de 2023 por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 141-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido el 04 de octubre de 2023 por el Área de Racionalización, el Informe N° 695-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 28 de septiembre de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 157-2023/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC emitido el 2 de septiembre de 2023 por el Médico Prestacional – UGC, el Informe N° 079-2023-DIRESA-HRM/08 emitido el 04 de julio de 2023 por la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 4° de la mencionada Ley General de Salud, establece que 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. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido;

Que, el inciso d) del artículo 15° de la Ley General de Salud, estipula que, toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo. Asimismo, el inciso h) establece que, toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste;

Que, el artículo 40° del mismo cuerpo normativo señala que, los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características 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. Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente;

Que, por otro lado, se tiene el Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que establece en su artículo 24 que: Toda persona tiene derecho a otorgar o negar consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que





## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de octubre de 2023.

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. (...);

Que, mediante el artículo 60° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo se establece que, el establecimiento con internamiento debe contar con formatos de consentimiento informado que permitan registrar la autorización del paciente a ser sometido a tratamientos especiales, o pruebas riesgosas o intervenciones que lo puedan afectar psíquica o físicamente. Los formatos señalados en el presente artículo se sujetan a lo dispuesto en la Norma Técnica de Historias Clínicas que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", establece 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 inconciencia, 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 Informe N° 079-2023-DIRESA-HRM/08 de fecha 04 de julio de 2023, la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, remite ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, el formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud; a fin de que sea implementado, puesto que, a la fecha, no se cuenta con consentimiento informado para la docencia;

Que, a través de Informe N° 157-2023-DIRESA-HRM/05-BGGV-MC de fecha 26 de septiembre de 2023, el Médico Prestacional - UGC, remite ante la Unidad de Gestión de la Calidad, una serie de formatos de consentimiento informado, a fin de que sean evaluados y aprobados, asimismo indica que los mismos fueron validados por el Comité de Historias Clínicas del Hospital Regional de Moquegua (Acta N° 004-2023), encontrándose dentro de estos el formato de Consentimiento Informado para actividades de docencia durante la atención de salud;

Que, con Informe N° 695-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 28 de septiembre de 2023, la Unidad de Gestión de Calidad, eleva ante la Dirección Ejecutiva Del Hospital Regional de Moquegua, los formatos de Consentimiento Informado - "**Consentimiento Informado para actividades de docencia durante la atención de salud**", otorgando opinión favorable al mismo, por lo que solicita su aprobación, previa revisión;

Que, mediante Informe N° 141-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC de fecha 04 de octubre de 2023, la responsable del Área de Racionalización, evalúa los formatos de consentimiento informado y otorga opinión técnica favorable a los mismos, encontrándose dentro de estos el "**Consentimiento Informado para actividades de docencia durante la atención de salud**", el mismo que se le asigna el código VIII-UADI-GD-001, y obra en un (01) folio, impreso en ambas caras;

Que, a través de Informe N° 1213-2023-DIRESA-HRM-03 de fecha de recepción 05 de octubre de 2023, la Oficina de Planeamiento Estratégico, otorga visto a los formatos de consentimiento informado - "**Consentimiento Informado para actividades de docencia durante la atención de salud**" y lo remite a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua para su aprobación vía acto resolutivo;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Unidad de Gestión de la Calidad y con el proveído de Dirección Ejecutiva que dispone la emisión del acto resolutivo;

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de octubre de 2023.

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el formato de "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD", con Código VIII-UADI-GD-001, el cual consta de un (01) folio impreso en ambas caras y forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la **Unidad de Gestión de la Calidad** y a la **Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación**, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión e implementación de uso del formato aprobado en el artículo 1° de la presente resolución.

**Artículo 3°.- REMÍTASE** copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua ([www.hospitalmoquegua.gob.pe](http://www.hospitalmoquegua.gob.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. JUANIA EDITH MAMANI PILCO  
C.M.P. 53129 R.NE. 042740  
DIRECTORA EJECUTIVA

IEMP/DIRECCIÓN  
JLR/AL  
(01) O. ADMINISTRACION  
(01) O. PLANEAMIENTO  
(01) U.G.C.  
(01) U.A.D.I.  
(01) ESTADÍSTICA  
(01) ARCHIVO

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 – Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Señor(a) ..... Buenos días (tardes o noches) usted viene al Hospital Regional de Moquegua para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud y que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene; solo 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 realizan 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 los 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 elaboración, 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. Cualquier a fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.





**EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: ..... de ..... del 20.....

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 Hospital Regional de Moquegua 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 013-2000-SA; Sí ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que dos (02) 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 toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado(a).

Sí consiento ser grabado:  
No consiento ser grabado:

Video ( )  
Video ( )

Audio ( )  
Audio ( )

Toma fotográfica ( )  
Toma fotográfica ( )

Firma del paciente o representante legal.

Huella Digital

Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
N° de celular: \_\_\_\_\_

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

DNI: \_\_\_\_\_

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN DE DOS (02) ESTUDIANTES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD DURANTE MI ATENCIÓN**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs

N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el equipo médico tratante, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN /REVOCACIÓN** para la participación de estudiantes de las ciencias de la salud en mi atención médica, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

Firma del paciente o representante legal.

Huella Digital

Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
N° de celular: \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional de la salud que recoge la revocatoria

DNI: \_\_\_\_\_

NOTA: Cualquier profesional de la salud

