

Resolución 561/2014

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Bs. As., 26/3/2014

Fecha de Publicación: B.O. 3/04/2014

VISTO el Expediente N° 244522/2013 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742, y el Decreto N° 1089 de fecha 5 de julio de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742 y su Decreto Reglamentario N° 1089/2012 garantizan a toda persona el derecho al consentimiento informado en toda actuación profesional en el ámbito médico sanitario, el que debe materializarse obligatoriamente por escrito en los casos contemplados en el artículo 7° de la ley citada.

Que el derecho al consentimiento informado es parte integrante del derecho a la salud, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional.

Que dicho instrumento tiene por objeto proteger el derecho del paciente a participar en la adopción de decisiones sobre su salud después de haberle proporcionado información adecuada, accesible y comprensible en una forma que le permita a este participar inteligentemente en la toma de una decisión acerca del tratamiento propuesto.

Que en el Decreto citado en el visto, su artículo 2° establece que esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá adoptar las medidas necesarias para asegurar el correcto ejercicio de los derechos reconocidos por la Ley N° 26.529 y su modificatoria Ley N° 26.742.

Que en ejercicio de dichas facultades, la Gerencia de Gestión Estratégica de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD estima conveniente la aprobación de un Modelo de Consentimiento Informado Bilateral para ser utilizado por los profesionales e instituciones de salud inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores.

Que el consentimiento informado debe ser considerado un acto bilateral entre el médico y el paciente, y no debe transformarse en un mero trámite burocrático, sino que el médico, experto en la relación, es quien detenta el conocimiento técnico, lo que conlleva una mayor responsabilidad estando obligado a suministrar la información sanitaria acorde con la capacidad de comprensión del paciente.

Que dicha Gerencia entiende asimismo oportuno incorporar al modelo aludido de consentimiento informado una cláusula que contemple, con carácter previo, un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615 de fecha 23 de diciembre de 1996 y N° 1008 de fecha 2 de julio de 2012.

Por ello,

**LA SUPERINTENDENTA
DE SERVICIOS DE SALUD
RESUELVE:**

ARTICULO 1° — Apruébese el Modelo de Consentimiento Informado Bilateral que se agrega como Anexo I, que deberá ser utilizado obligatoriamente por todos los prestadores, efectores y profesionales médicos que participan en los subsistemas de Empresas de Medicina Prepaga y Obras Sociales, en los casos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742.

ARTICULO 2° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. —

LILIANA KORENFELD, Superintendente, Superintendencia de Servicios de Salud.

ANEXO I

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL

Entre el/la Sr./Sra. _____, DNI
_____, domicilio real _____
_____, Historia Clínica
Nº _____, representada en este acto por
_____, en adelante "EL PACIENTE"
por una parte, y por la otra el Dr. _____,
Matrícula _____; DNI _____, domicilio
real _____, el Dr
_____, Matrícula _____, DNI
_____, domicilio
real _____, y el
Dr. _____, Matrícula
_____, DNI _____, domicilio real
_____ en adelante "EL

PROFESIONAL O EQUIPO MEDICO", se conviene la celebración del presente
acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Nº
26.529, Ley Nº 26.657, Ley Nº 26.742 y su Decreto reglamentario Nº
1089/2012, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: EL PROFESIONAL luego de la evaluación de EL PACIENTE le
informa que éste padece

(Explicar la naturaleza de la patología y su evolución natural).

SEGUNDA: EL PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología
detallada en el artículo primero, realizar el siguiente procedimiento:

(Explicar en qué consiste procedimiento propuesto y como se llevará a cabo)

Los beneficios razonables del tratamiento propuesto consisten

(Detallar los cuidados anteriores y posteriores que el paciente tendrá que realizar).

Las consecuencias de la denegación por parte de EL PACIENTE son

(El profesional deberá explicitar qué consecuencias tendrá el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto).

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones mortalidad y secuelas son _____

(Se deberá describir las complicaciones comunes de cualquier intervención y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente).

Como alternativa de tratamiento EL PROFESIONAL ha propuesto

El PROFESIONAL informa que el tipo de anestesia que se va aplicar y sus riesgos son _____

TERCERA: El PROFESIONAL informa que cuando el paciente presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

El PACIENTE ACEPTA/RECHAZA la reanimación artificial (Tachar lo que no corresponde)

El PACIENTE ACEPTA/RECHAZA el retiro de medidas de soporte vital (Tachar lo que no corresponde)

CUARTA: El PROFESIONAL también informa que EL PACIENTE podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

El PACIENTE ACEPTA/RECHAZA procedimientos de hidratación (Tachar lo que no corresponde)

El PACIENTE ACEPTA/RECHAZA procedimientos de alimentación (Tachar lo que no corresponde)

QUINTA: EL PROFESIONAL *informa* que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.

Los pacientes con padecimiento mental tienen derecho a ser informados de manera adecuada y comprensible de los derechos que les asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento.

Ante la imposibilidad o la incapacidad de brindar el consentimiento informado a cualquier actuación profesional, podrán hacerlo el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18, los padres, los hermanos, los abuelos, otros familiares directos o el tutor.

El PACIENTE designa a..... en 1º lugar
y a..... en 2º lugar.

(Nombrar a los familiares designados).

SEXTA: EL PACIENTE en este acto OTORGA/NO OTORGA el consentimiento para que se le realice el procedimiento propuesto.

SEPTIMA: El consentimiento que por este acto emite EL PACIENTE para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos.

El paciente SI/NO AUTORIZA a EL PROFESIONAL a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.

El paciente SI/NO AUTORIZA a EL PROFESIONAL ser objeto de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales.

OCTAVA: EL PACIENTE reconoce que ha sido acompañado por EL PROFESIONAL en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que realizarán en su zona de reserva.

NOVENA: EL PROFESIONAL se constituye en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la historia clínica Nro. _____ que se encuentra guardada bajo fieles medidas de seguridad que personalmente ha supervisado en _____

DECIMA: EL PROFESIONAL por este acto entrega el segundo ejemplar de un mismo tenor al Sr./Sra. _____

DECIMA PRIMERA: Las partes declaran que el lugar donde se llevó adelante la redacción del presente consentimiento informado es en _____ (ciudad, sanatorio, hospital y consultorio) ubicado en calle _____ y que el lugar de cumplimiento del presente contrato es _____

DECIMA SEGUNDA: Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este acuerdo las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen domicilios en el encabezado del presente, donde serán válidas todas las comunicaciones.

En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, siendo las _____ horas, se formaliza el presente convenio en dos ejemplares, de igual tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

Lugar y Fecha: _____