



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 05 de JUNIO de 2025

VISTOS:

El Informe N° 000154-2025-EFSMO-DEM-DIMED/INEN del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica; el Informe N° 000281-2025-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; el Memorando N° 000012-2025-CHC/INEN del Comité de Historias Clínicas; y el Informe N° 00866-2025-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 28748, se crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (en adelante, INEN), con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, por Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (en adelante, ROF - INEN), estableciendo su competencia, funciones generales y estructura orgánica, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" (en adelante, Norma Técnica), la cual tiene por finalidad el contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las historias clínicas, así como a proteger los intereses de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud;

Que, la Norma Técnica regula en su numeral 5.2 los formatos correspondientes a la historia clínica, y en el numeral 5.2.2, los formatos especiales, dentro de los cuales se encuentra el consentimiento informado. En su sub numeral 16 se establece que el formato de consentimiento informado se exige en el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia. Debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, además, el numeral 4.2.19 de la Norma Técnica estipula que, en el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos

previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutivo para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en dicha norma;

Que, mediante el Informe N° 000154-2025-EFSMO-DEM-DIMED/INEN, el Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica remite el formato de "Consentimiento Informado para la Sujeción Mecánica", el cual ha sido validado y cuenta con el sustento técnico respectivo;

Que, a través del Informe N° 000281-2025-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos concluye que la propuesta de consentimiento informado cumple con la normativa vigente (NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN);

Que, mediante el Memorando N° 000012-2025-CHC/INEN, la Presidenta del Comité de Historias Clínicas informa que el citado Comité, en sesión del 15 de mayo de 2025, aprobó el formato de "Consentimiento Informado para la Sujeción Mecánica", conforme consta en el Acta N° 000005-2025-CHC/INEN;

Que, mediante documento de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en mérito a lo solicitado al respecto;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Medicina; Departamento de Especialidades Médicas; Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; y la Oficina de Asesoría Jurídica; con las facultades conferidas en el ROF - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el Formato: "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SUJECIÓN MECÁNICA", el mismo que en Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SUJECCIÓN MECÁNICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y Ley de Salud Mental N° 30947, Artículo N°9, RM N° 547-2019/MINSA)

Descripción del procedimiento:

El uso de la restricción del movimiento con sujeción mecánica está indicado cuando un paciente se encuentra agitado, manifiesta una conducta hostil o se encuentra en un estado confusional sin posibilidad de control y siempre que hayan fracasado previamente otras medidas como la contención verbal, la aplicación de técnicas de distracción o la administración de psicofármacos.

La sujeción mecánica es el uso de procedimientos físicos y mecánicos como manoplas, cinturones, muñequeras, tobilleras, etc., dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente.

Hay diferentes indicaciones, entre los que se encuentran la prevención de daños inminentes a sí mismo o a terceros, el aseguramiento terapéutico, siempre que comprometa seriamente la vida o la salud del paciente o de otros y por petición del paciente ante la previsión o miedo a la pérdida de control, y bajo justificación clínica.

La principal característica que tiene el uso de la restricción, es que la necesidad de aplicarla suele presentarse en un contexto de urgencia y, por lo general, en contra de la voluntad de los pacientes.

Tipo de sujeción que se precisa:

- 3 puntos.....
- 5 puntos.....
- Manoplas.....
- Peto.....
- Otros.....

Duración:

- Continúa.....
- Intermitente

I. Objetivo:

Contener los movimientos del paciente agitado

II. Alternativas:

Se han intentado previamente otras alternativas, como la contención verbal, técnicas de distracción, medicación oral y/o parenteral, así como acompañamientos, entre otras. Pero han fracasado.

III. Beneficios de realizar el procedimiento:

Prevenir caídas y lesiones, o de que el paciente se mueva de forma errática.

IV. Consecuencias de no realizar el procedimiento:

El de representar un peligro real para el individuo mismo, y puede convertirse en una amenaza para la vida del propio paciente como para la seguridad de otras personas involucradas, ya sean familiares o personal médico.

V. Riesgos reales y potenciales

Son muy poco frecuentes y varían según el tipo de sujeción utilizada. Las de mayor riesgo pueden provocar broncoaspiración, trombosis venosa profunda, aumento de la frecuencia de las infecciones, tromboembolismo pulmonar, asfixia, compresión de nervios o estrangulación y, las de menos riesgo, laceraciones, agitación, úlceras por presión o hematomas.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, de años de edad, con domicilio en en calidad de Paciente (), Padre (), Madre () o Apoderado () del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N°: me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

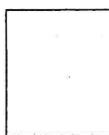
PROCEDIMIENTO DE SUJECCIÓN MECÁNICA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento
3. Considerarme adecuadamente informado (a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización.
4. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente **SÍ ()** o **NO ()** doy mi consentimiento para que se realice le procedimiento.

Fecha:/...../..... Hora:



Huella Digital
Índice Derecho



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

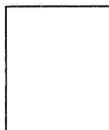
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, de años de edad, con domicilio en....., con DNI N°: en calidad de Paciente (), Padre (), Madre () o Apoderado () del paciente..... he decidido **revocar el consentimiento firmado en fecha:**..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional de la necesidad de que se realice el procedimiento propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de:

PROCEDIMIENTO DE SUJECCIÓN MECÁNICA

Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

Fecha:/...../..... Hora:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

