

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dados los cambios registrados mundialmente en los vínculos entre clientes o consumidores con los fabricantes, productores oferentes o dadores de bienes y servicios, se observa una relación distinta, también entre profesionales de la salud y pacientes.

Estos últimos ya no están, ni se sienten, indefensos frente a situaciones inequitativas en cuanto a que el profesional es “el dueño de la situación”; en la relación asimétrica donde el profesional decide y el paciente acata o no puede opinar.

En Argentina, las sanciones de leyes sobre lealtad comercial, de defensa del consumidor, y de la competencia, así como la creación de asociaciones de consumidores están modificando la tradicional relación médico – paciente.

Relación médico – paciente homologable a todos y cada uno de los profesionales de la salud, incluido el kinesiólogo.

El paciente – ¿por qué no cliente?- puede ahora coincidir o no con su profesional. Este debe entonces solicitar el consentimiento del receptor de la atención (o evaluación).

Pero no alcanza con la firma de aceptación e tal o cual procedimiento. La firma **DEBERA** estar precedida de la explicación del Kinesiólogo, la comprensión del paciente, y el acuerdo del mismo acerca de las prácticas, técnicas, agentes, aparatos o medios terapéuticos que se le aplicarán.

Así mismo es vital consignar las identidades de los firmantes.

Es probable que muchos profesionales vean esta modalidad como exagerada o desmesurada; e incluso algunos podrán sentirse cuestionados o agraviados.

Independientemente de las sensaciones, la jurisprudencia nacional, intensamente influenciada desde el exterior en esta era de la “globalización”, obliga a tomar precauciones.

Los juicios de los usuarios contra los profesionales crecen día a día, y los colegas no pueden estar desprotegidos.

Sin profundizar en aspectos filosóficos, éticos o morales, y tratando de ser ante todo pragmáticos, la Sociedad Argentina de Auditoría en Kinesiología propone el siguiente modelo de consentimiento informado, útil tanto para evaluación como para tratamiento.

Se acompaña breve legislación al respecto.

PERMISO PARA PRACTICAS FISIOKINESICAS

Fecha / / . Nombre/s y Apellido del paciente.....

Por la presente autorizo al Kinesiólogo/a..... o a los asociados o asistentes a su elección de este establecimiento(consultorio, clínica, sanatorio, hospital)..... a efectuar en mí o la persona arriba mencionada la evaluación y/o tratamiento consistente en.....
.....(nombre de todas las técnicas o aparatos a aplicar).....

El Kinesiólogo/Kinesióloga.....(título, nombre y apellido).....me ha explicado la naturaleza y propósito de los procedimientos y me ha informado también los beneficios esperados y las eventuales complicaciones (por causas conocidas o desconocidas), molestias concomitantes y riesgos que pueden producirse así como los procedimientos terapéuticos kinésicos alternativos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas han sido contestadas completas y satisfactoriamente.

Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto de los resultados que se esperan del tratamiento a efectuar.

Confirmando que una vez informado de todos los detalles de las prácticas, y leído y comprendido lo anterior, todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

Nombre/s y apellido del paciente.....

Tipo y N° de documento de identidad

Domiciliado en(en caso de internación domiciliaria).....

Firma.....

Si el paciente es menor, o incapaz de comprender, responder y/o firmar se agregará:

Nombre/s y apellido.....(de familiar, tutor o acompañante).....

Tipo y N° de documento de identidad.....

Grado o tipo de vínculo.....

Documento que avala tal vínculo..... (características y número o fecha de emitido).....

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficio, riesgos y alternativas del tratamiento o evaluación a aplicar. Me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente las preguntas efectuadas. Creo que el Sr. /Sra.....ha comprendido completamente lo que le he explicado y contestado.

Firma del Kinesiólogo/a.....(firma y sello).....Fecha / /

Nota: en caso de tener que modificar el tratamiento por intolerancia del paciente, por inconveniencias terapéuticas o por causas de fuerza mayor (ejemplo corte de energía eléctrica) se deberá dejar constancia de el/los agente/s incorporados y el/los dejado/s de aplicar, al final de la misma hoja o en la historia clínica o kinefisiátrica con la fecha y firma de las partes (preferiblemente las mismas) aclarando la identidad de los firmantes. Si

alguno de éstos fuese otra persona que los firmantes del consentimiento informado habrá de consignarse Nombre/s, apellidos, tipo y N° de documento de identidad, parentesco y/o profesional tratante.