



MINISTERIO  
DE SALUD



**RESOLUCIÓN No. 329**  
De 18 de marzo de 2020

Que aprueba el Formato de Consentimiento Informado para Iniciar el Tratamiento de la infección por Coronavirus-COVID-19

**LA MINISTRA DE SALUD**  
en uso de sus facultades legales,

**CONSIDERANDO:**

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República establece que es función del Estado velar por la salud de la población de la República y que el individuo, como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social del individuo;

Que la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, señala que le corresponde al Ministerio de Salud, tomar las medidas necesarias para hacer desaparecer toda causa de enfermedad comunicable o mortalidad especial, así como el control de todo factor insalubre de importancia local o nacional y se aplicarán de preferencia a toda otra disposición legal en materia de salud pública, y obligan a las personas naturales o jurídicas y entidades oficiales o privadas, nacionales o extranjeras, existentes o que en el futuro existan, transitoria o permanentemente, en el territorio de la República;

Que mediante Decreto de Gabinete N.º 1 de 15 de enero de 1969 se crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que, por mandato constitucional, son responsabilidad del Estado; y que, como órgano de la función ejecutiva, tiene a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno Nacional en el país;

Que la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada, y su reglamentación emitida mediante Decreto Ejecutivo No. 1458 de noviembre de 2012, establecen que los usuarios de los centros y servicios de salud públicos y privados tienen derecho a recibir información sobre los servicios a que pueden tener acceso, así como, a la prestación de estos sin discriminación alguna y con respecto a su personalidad;

Que en el Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero de 2020, se dispuso que el Ministerio de Salud establecería todas las medidas ordinarias y extraordinarias que considere necesarias en razón de prevenir y controlar el riesgo proveniente del Brote del Nuevo Coronavirus (CoViD-19), y en caso de su entrada al país, poder contener y mitigar el daño, garantizando la salud de la población;

Que en virtud que la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS), desde el 11 de marzo de 2020, declaró que la enfermedad Coronavirus (CoViD-19) está considerada una Pandemia, dada la propagación de la enfermedad a nivel mundial, la cantidad de personas afectadas y los decesos suscitados como producto de este virus, el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector de la salud, considera necesario, aprobar un formato de "Consentimiento Informado" para los tratamientos y administración de medicamentos que deban realizarse en los pacientes afectados por esta enfermedad, por lo que,

**RESUELVE:**

**Artículo Primero:** Aprobar el formato de Consentimiento Informado para Iniciar el Tratamiento de la infección por Coronavirus-COVID-19, de la forma como se reproduce en el Anexo A y que forma parte integral de la presente Resolución.

Resolución No. 329 de 18 de Marzo de 2020  
Pag. No. 2

**Artículo Segundo:** El formato de Consentimiento Informado aprobado en el artículo primero de la presente Resolución, es de obligatorio cumplimiento en todas las instalaciones de salud públicas y privadas del Territorio Nacional.

**Artículo Tercero:** La presente Resolución entrará en vigencia a partir de su promulgación.

**FUNDAMENTO DE DERECHO:** Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Gabinete N.º 1 de 15 de enero de 1969, Ley 38 de 31 de julio de 2000, Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 y Decreto Ejecutivo No. 1458 de noviembre de 2012.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,**

  
**ROSARIO E. TURNER M**  
Ministra de Salud



  
RETM/REAA/JS



ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL  
  
SECRETARIO GENERAL  
MINISTERIO DE SALUD

## ANEXO A

MINISTERIO  
DE SALUD

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIAR EL TRATAMIENTO DE LA  
INFECCIÓN POR CORONAVIRUS-COVID-19**

**Para el paciente:**

El (la) médico(a) especialista, Dr. (a) \_\_\_\_\_, le ha recomendado iniciar la terapia con **Hidroxiclороquina, LPV/r** (Lopinavir reforzado con ritonavir), o un combinado de **ambas** para tratar la infección por Coronavirus (COVID-19).

La infección por COVID-19 se caracteriza por fiebre, tos, dolor de cabeza y en casos graves dificultad respiratoria.

Se considera que la hidroxiclороquina, tiene dos efectos ante el virus: por un lado inhibe la vía de entrada del virus a la célula y por otro actúa contra su crecimiento dentro de la célula. El medicamento fue utilizado en el tratamiento de pacientes con Covid-19 gravemente enfermos en un hospital en Wuhan, y no se han encontrado reacciones adversas.

El LPV/r, es un antirretroviral del grupo de los inhibidores de la proteasa y se utiliza en la terapia combinada antirretroviral activa de adultos y pacientes pediátricos con infección por VIH-1 y enfermos de sida.

Los efectos adversos de la hidroxiclороquina son: efectos gastrointestinales (dolor de estómago o diarrea), cefalea (dolor de cabeza), pérdida del apetito, erupción en la piel o prurito (picazón). Los efectos adversos del LPVR/r son: Orina de color oscuro, heces de color claro, picazón de la piel, dolor en la región del estómago (dolor abdominal), náuseas, vómitos, diarrea; alteraciones del gusto o adormecimiento en boca y extremidades.

**Propósito de la Terapia**

Esta combinación está siendo utilizada y no pretende curar la enfermedad en su manifestación más grave, sino frenar los contagios de una forma sencilla y asequible y que la persona infectada deje de ser infecciosa en menos días y así acortar el periodo de hospitalización. Existen poca experiencia en su uso, los datos que existen son para otros patógenos virales con resultados mixtos. Estas recomendaciones están sujetas a cambios basados en la evidencia científica que vaya surgiendo.

Los medicamentos no pueden eliminar en su totalidad a estos virus, ya que quedará una pequeña cantidad en la sangre y en otros órganos del cuerpo donde ellos se esconden, y donde los medicamentos no pueden actuar. Por esta razón es que la enfermedad no puede ser curada, pero si controlada.

**ANEXO A**

Para lograr el éxito del tratamiento, debe tomar adecuadamente los medicamentos, es importante que una vez usted decida iniciar, debe tomarlo correctamente por el tiempo indicado. El éxito del tratamiento va a depender de usted.

Como todo tratamiento, los medicamentos pueden producir eventos adversos (EA), que pueden ser leves, severos, y en raros casos fatales. Usted debe conocer sobre los EA asociados e informar a la enfermera o al médico si presentara alguno de ellos.

Pregunte siempre a su médico o a la enfermera si puede tomar algún medicamento recetado por otro médico.

**CONSENTIMIENTO:**

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de identidad personal No. \_\_\_\_\_, afirmo que he leído y he sido informado(a) detalladamente sobre todo lo concerniente al tratamiento para COVID-19, con la finalidad que se me pueda ofrecer el tratamiento más adecuado.

Acepto que mi médico(a) me ha recomendado la terapia para COVID-19 que consiste en:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

Entiendo que como en todo tratamiento que involucre la toma de medicamentos aún en estudio, pueden presentarse eventos adversos o complicaciones potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, razón por la cual deberé llevar un buen control médico.

Entiendo perfectamente todo lo arriba escrito y manifiesto que estoy satisfecho(a) con toda la información recibida, que he podido preguntar y resolver dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción.

Por lo anterior apruebo con mi firma esta declaración.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona que explica el consentimiento informado

\_\_\_\_\_  
Fecha

