

## RESOLUCIÓN CPyGE SAVVM UNRN N° 08/2022

General Roca, 01 JUL. 2022

**VISTO**, el Expediente N° 1132/2022 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, la ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, la Ley N° 26.743 de Identidad de Género, el Estatuto de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) UNRN 2019-2025, la Resolución CSPyGE N° 56/2019 que aprueba el Plan de Igualdad de Género, y

### CONSIDERANDO

Que desde el año 2012 se encuentra vigente la ley mencionada en el Visto, por la que se garantiza el derecho de Identidad de las personas conforme su autopercepción.

Que el Estatuto Universitario define, en su artículo 2º, que *"La Universidad Nacional de Río Negro desarrolla actividades convergentes de enseñanza, de investigación y de extensión al medio con un espíritu amplio, pluralista, basado en la honestidad intelectual y el respeto a la más amplia diversidad, no aceptando discriminaciones basadas en el género, origen étnico o nacional, discapacidad, u otras manifestaciones no vinculadas con las capacidades de estudio o de desarrollo universitarias."*

Que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, en tanto plan maestro para conseguir un futuro sostenible para todas las personas, establece en su objetivo N° 5: "Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas", entendiéndose que la igualdad de género no solo es un derecho humano fundamental sino que es uno de los fundamentos esenciales para construir un mundo pacífico, próspero y sostenible.

Que el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) UNRN 2019-2025 en el capítulo referido a la Gestión Institucional- acápite Igualdad de géneros y diversidad sexual- establece como objetivos, entre otros, potenciar el desarrollo de políticas de igualdad de géneros y diversidad sexual en la institución y generar estrategias para la incorporación de la perspectiva de género en la organización y gestión institucional, particularmente plasmados en el Eje 2, metas 2.2, 2.3 y 2.4, promoviendo el

fortalecimiento de una organización igualitaria en el ámbito laboral, favoreciendo las condiciones de acceso, promoción, permanencia y organización de los estudios con perspectiva de género; y desarrollando e implementando la perspectiva de género en la docencia, la investigación y la extensión universitaria.

Que la presente medida encuadra además dentro de las previsiones del Eje 7, Actividad General 3, del Plan de Igualdad de Género, aprobado por la Resolución CSPyGE citada en el Visto, por la que se determina que corresponde *"Facilitar los trámites administrativos para que ninguna especie de barrera impida el reconocimiento del derecho a la identidad de género autopercebida de las personas."*, a partir de lo cual se determina que resulta pertinente: *"3.1. Instruir al personal de la universidad (docente e investigador y Nodocente) para garantizar que las personas sean identificadas por el nombre que han elegido, aunque todavía no figure en su DNI."*

Que es necesario arbitrar las medidas para que, al momento de realizar la incorporación a cualquier registro de personas humanas, se garanticen las previsiones del segundo párrafo del Artículo 12 de la Ley N° 26743, debiendo, conforme se determina en el Artículo 1° de su Decreto Reglamentario N° 1007/2012, brindar a la persona solicitante el trato digno y el debido respeto a su identidad de género.

Que la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud establece, entre otras, la instrumentación por escrito y suscrito del consentimiento informado; y la historia clínica indicada como aquel documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud, debiendo asentarse, entre otros, datos filiatorios del/la paciente, grupo familiar y de profesionales intervinientes; correspondiendo su abordaje conforme la normativa citada precedentemente.

Que es necesario difundir y facilitar los trámites otorgando premisas claras, capacitar al personal y sensibilizar a la comunidad universitaria.

Que a los fines de incorporar a los registros y con los alcances de las leyes citadas, se agregan, como Anexo I y II, los modelos de consentimiento informado.

Que corresponde dejar establecido que el registro de historia clínica, incluidos los consentimientos informados y todo aquel que requiera registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se realizará con los datos vigentes en su DNI, bajo la modalidad establecida en el párrafo segundo del artículo 12° de la Ley N° 26743, en el que se establece que: *"Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a."*

Que la presente será suscripta por la Secretaría del Consejo de Programación y Gestión Estratégica de la Sede Alto Valle-Valle Medio.

Que en la Sesión Ordinaria conforme lo establece el Artículo 13° del Estatuto Universitario, realizada el 16 de junio de 2022 por el Consejo de Programación y Gestión Estratégica de la Sede Alto Valle – Valle Medio, ha sido tratado el tema en el punto 8 del orden del día, habiéndose aprobado por unanimidad por parte de las/os integrantes presentes del mismo.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 32° del Estatuto de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO.

**Por ello,**

**EL CONSEJO DE PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA  
DE LA SEDE ALTO VALLE – VALLE MEDIO DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO**

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Establecer que los registros del Hospital de Escuela de Odontología de la Sede Alto Valle-Valle Medio de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO deberán, en toda circunstancia, reconocer la identidad de género adoptada y autopercebida a sola solicitud del/la paciente, aún cuando ésta no coincida con su nombre y sexo registrales.

**ARTÍCULO 2°.-** Arbitrar las medidas necesarias para que los y las pacientes puedan acreditar su identidad a todos los efectos que hubiere lugar, con el alcance previsto en el artículo precedente (turnos, historia clínica, consentimiento informado, entre

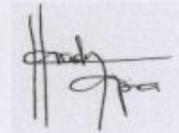
otros) bajo la modalidad establecida en el párrafo segundo del artículo 12° de la Ley 26743, registrando los datos obrantes en el documento nacional de identidad, utilizando un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

**ARTÍCULO 3°.-** Aprobar los modelos de consentimiento informado obrantes en los Anexos I y II que integran la presente.

**ARTÍCULO 4°.-** Registrar, comunicar y archivar.

CERUTT  
I Paola  
Daniela  
Firmado digitalmente por  
CERUTTI Paola  
Daniela  
Fecha: 2022.06.27  
17:25:53 -03'00'

Firmado digitalmente por TAPIA  
Maria Andrea  
Motivo: Vicerrectora Universidad  
Nacional de Rio Negro - SAVVM  
Fecha: 2022.07.01 17:59:17 -03'00



**RESOLUCIÓN CPyGE SAVVM UNRN N° 08/2022**

**ANEXO I - RESOLUCIÓN CPyGE SAVVM UNRN N° 08/2022**  
**CONSENTIMIENTO ODONTOLÓGICO DE DIAGNÓSTICO- HEO UNRN**

De conformidad con las Disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y AUTORIZO bajo la supervisión profesional del equipo docente de la Carrera de Odontología y/o el personal asistencial de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO lo siguiente:

- a) He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el equipo docente representado a través de un/a estudiante y/o por el equipo asistencial, atendiendo las normas vigentes en la institución incluyendo específicamente el Protocolo para la Actuación en Situaciones de Violencias Directas e Indirectas basadas en el Género.
- b) Acepto la realización de prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos, fotográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio y métodos que sean propuestos en orden a los fines proyectados, comprendiendo que todas las pruebas tienen valor académico y científico, por lo que acepto expresamente la utilización de los mismos a dichos exclusivos fines, resguardando mi dignidad e identidad.

Allen,.....de.....de 20...

Apellido y nombre del/de la paciente mayor de edad:.....

.....

DNI N°: .....

**Firma y aclaración**



*"Las Malvinas son argentinas"*

En el caso de ser menor de edad o con disminución de su capacidad, firmará la persona de apoyo o su representante legal:

Apellido y nombre del/a tutor/a o representante legal:.....

DNI N° .....

**Firma y aclaración**

**ANEXO II - RESOLUCIÓN CPyGE SAVVM UNRN N° 08/2022  
CONSENTIMIENTO ODONTOLÓGICO DE TRATAMIENTO- HEO UNRN**

De conformidad con las Disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y AUTORIZO bajo la supervisión profesional del equipo docente de la Carrera de Odontología y/o el personal asistencial de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO lo siguiente:

- a) He sido informado/a de las alternativas y riesgos posibles del tratamiento y presto mi consentimiento y autorización para utilizar la información con fines exclusivamente científicos y académicos, preservando mi dignidad e identidad.
- b) Comprendo la necesidad de realizar, si fuese preciso, tratamientos tanto de carácter odontológicos, médicos, psicológicos y/ o quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local, sugeridos por el criterio del/la profesional responsable.
- c) Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos mencionados, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías absolutas sobre el resultado estricto de los tratamientos proyectados.
- d) Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi tratamiento, de manera verbal y/ o escrita si fuese necesario, a criterio del equipo docente y/o del personal asistencial.
- e) Si surgiese alguna situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al/la estudiante bajo la supervisión profesional y/o al equipo asistencial, a realizar diferentes procedimientos o maniobras aparte de las proyectadas o usuales que a su juicio estimen oportunos para la resolución de la complicación surgida.

- f) Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con medidas de autocuidado de la salud y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados. Asimismo me comprometo a cumplir con las citas planificadas, y de avisar con anticipación en caso de no poder asistir al Hospital Escuela de Odontología o sede designada para ser atendido/a. Estoy en conocimiento que los tiempos de los tratamientos pueden diferir conforme con el tiempo de cursado del estudiantado, y en caso de no cumplir con lo previamente establecido, se podrá suspender mi tratamiento en dicho establecimiento.
- g) En caso de producirse un accidente punzocortante autorizo a que se me soliciten los estudios de laboratorio correspondientes.
- h) Doy mi autorización para realizar el tratamiento pertinente puesto que es de mi propio interés, sabiendo que puedo retirar este consentimiento escrito cuando así lo desee.

Allen,.....de..... de 20...

Apellido y nombre del/de la paciente mayor de edad:.....

DNI N°: .....

#### Firma y aclaración

En el caso de ser menor de edad o con disminución de su capacidad, firmará la persona de apoyo o su representante legal:

Apellido y nombre del/a tutor/a o representante legal:.....

DNI N°.....

#### Firma y aclaración