

1. The scales of justice are a symbol of justice and fairness.

2. The scales of justice are a symbol of justice and fairness.

3. The scales of justice are a symbol of justice and fairness.



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS



*"Derechos Humanos y Autodeterminación
Informativa dentro del sector salud
costarricense"*

Trabajo Final de Graduación

Ma. Martha Mesén Cepeda

Junio del 2005

Resumen

En los últimos años el tema de los Derechos Humanos ha tomado gran relevancia, a raíz de las diversas transformaciones que vive la población mundial en materia de globalización de mercados, avances tecnológicos e implementación de una sociedad basada en el conocimiento. Lo cual ha generado un flujo de contenidos y datos que de no ser bien utilizados y regulados normativamente pueden ocasionar diversas violaciones a la intimidad, a la confidencialidad, a la imagen del individuo entre otros aspectos.

Este trabajo que se enmarca dentro del ambiente hospitalario costarricense, aborda de manera descriptiva-explicativa los diversos inconvenientes que se dan en torno al manejo de la documentación clínica dentro del sector y cómo la poca normativa existente y la falta de concientización, ocasiona desde una inadecuada relación médico-paciente, hasta ineficientes medidas ético-legales en cuanto al resguardo y administración de la información dentro de los establecimientos de salud, que garanticen adecuadamente la confidencialidad y el derecho a la autodeterminación informativa de la población en general.

Dedicatoria

*A mis padres: a mi mamá, Martha Cepeda Hodgson,
mujer insigne, luchadora, quien me enseñó a valorar
lo que somos, lo que tenemos.*

*A mi papá, gracias por darme tenacidad y
espíritu de lucha desde muy joven.*

*A mi hermana y amiga, Ana Cristina,
quien siempre ha estado ahí,
en los resplandores, en las adversidades.*

*A Ronny Garro, mi gran amigo, consejero,
compañero y esposo, mi más fiel inspiración
que me invita cada día
a dar lo mejor de sí.*

*Y a mi abuelo, miembro fundador de la
seguridad social, pluma inquieta y sabia,
luchador por los derechos
de las personas.*

Agradecimientos

*A todos las personas que contribuyen a diario
a mejorar y engrandecer con su experiencia
el conocimiento humano en este campo.*

Índice

<i>Resumen</i>	-----	<i>iii</i>
<i>Dedicatoria</i>	-----	<i>iii</i>
<i>Agradecimientos</i>	-----	<i>iiii</i>
<i>Introducción</i>	-----	10

Capítulo I

Manejo de datos

<i>I.I Antecedentes</i>	-----	14
<i>I.II Justificación</i>	-----	17
<i>I.III Definición del Problema</i>	-----	18
<i>I.IV Objetivo General</i>	-----	20
<i>I.V Objetivos Específicos</i>	-----	20
<i>I.VI Hipótesis</i>	-----	21
<i>I.VII Marco Metodológico</i>	-----	22

Capítulo II

Derechos Humanos: Evolución y Eficacia

<i>II.I Derechos Humanos</i>	-----	24
<i>II.II Derecho a la Intimidad</i>	-----	26

<i>II.III Derecho a la Imagen</i>	30
<i>II.IV Derecho a ser Informado</i>	32
<i>II.V Importancia del Derecho a la Intimidad</i>	33
<i>II.I Datos Personales</i>	33
<i>II.II Datos Sensibles</i>	33
<i>II.III Consentimiento Informado</i>	37
<i>II.IV Autodeterminación Informativa</i>	38
Capítulo III	
Documentación clínica y sector salud	
<i>III.I Expediente Clínico</i>	41
<i>III.II Partes del expediente clínico</i>	46
Capítulo IV	
Realidad Nacional	
<i>IV.I Práctica Médica</i>	48
<i>IV.II Casos específicos</i>	54
<i>IV.III Venta de Datos</i>	59
Capítulo V	
Regulación existente	
<i>V.I Legislación existente</i>	62
<i>Ley del Sistema Nacional de Archivos</i>	62

<i>V.II Regulación en el Sector Salud -----</i>	<i>65</i>
<i>Ley General de Salud No. 5395 -----</i>	<i>68</i>
<i>Reglamento de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados -----</i>	<i>68</i>
<i>Reglamento del Sistema de Atención Integral</i>	
<i>Capítulo III Derechos y Obligaciones -----</i>	<i>73</i>
<i>Reglamento del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa</i>	
<i>Capítulo III Derechos y Obligaciones -----</i>	<i>75</i>
<i>Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica de la Caja Costarricense Del Seguro Social -----</i>	<i>77</i>
<i>Reglamento para la Investigación Clínica en los Servicios Asistenciales de la Caja Costarricense del Seguro Social</i>	
<i>Capítulo I</i>	
<i>Principios Generales -----</i>	<i>77</i>
<i>Capítulo II</i>	
<i>Ámbito de Aplicación -----</i>	<i>78</i>
<i>Capítulo III</i>	
<i>De la Protección de los Sujetos de Investigación -----</i>	<i>78</i>
<i>Capítulo IV</i>	
<i>Del Consentimiento Informado -----</i>	<i>79</i>
<i>Capítulo VII</i>	
<i>De la Organización Ético-Científica Institucional -----</i>	<i>80</i>

<i>Capítulo IX</i>	
<i>Sanciones</i> -----	81
<i>Reglamento al Artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense Del Seguro Social</i> -----	82
<i>Código de Ética del Servidor de la Caja Costarricense del Seguro Social</i>	
<i>Capítulo II</i>	
<i>Deberes éticos del servidor público de la CCSS</i> -----	84
<i>Reglamento de la Ley General sobre VIH/sida</i>	
<i>Capítulo II</i>	
<i>Derecho Integral a la Salud</i>	
<i>Sección I Atención en los centros de salud</i> -----	87
<i>Capítulo III</i>	
<i>Mecanismos para garantizar la confidencialidad</i> -----	87
<i>Capítulo IV</i>	
<i>Manejo de los expedientes médicos</i> -----	88
<i>Código de Moral y Ética Médica</i> -----	88
<i>Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social</i> -----	89
Capítulo VI	
<i>Conclusiones</i> -----	90
<i>Recomendaciones</i> -----	93
<i>Bibliografía</i> -----	95

Introducción

El derecho a la salud constituye un derecho humano fundamental. El Estado tiene la obligación de velar por la salud pública de la población y garantizar la obtención de una mejor calidad de vida que se vea reflejada en el respeto a la dignidad, a la igualdad, a la accesibilidad en los servicios de la seguridad social costarricense, por medio de programas de prevención y capacitación que contribuyan a lograr este preciado objetivo.

Así lo ha hecho saber la Sala Constitucional y otras instancias que definen el derecho a la salud como una extensión del derecho a la vida, ya que es el bien más importante y el eje central en que gira cualquier otro derecho, por lo que debe ser tutelado y protegido dentro del ordenamiento jurídico.

De ahí que la atención que reciba el paciente en los establecimientos de salud es elemental para velar por esos derechos. Con el paso del tiempo, el incremento poblacional, los avances y mejoramientos de diversos procesos en la búsqueda de garantizar un mejor servicio y atención en salud, como los compromisos de gestión y la demanda existente, han ocasionado que muchas veces aquella medicina humanista se vea interrumpida por la descomprensión de los derechos de los pacientes, lo cual ocasiona diversas disconformidades en el cumplimiento de estos mismos. En este sentido se vuelve necesario analizar qué es lo que verdaderamente ocurre, con el fin de que las autoridades correspondientes puedan subsanar estos errores e instaurar una cultura de conocimientos y prácticas dentro de esta dinámica para alcanzar el bien común bajo el respaldo de los derechos humanos.

Puesto que referirse a la autodeterminación informativa dentro del sector salud, es un tema poco conocido, en el cual se debe profundizar mucho más,

para lograr la implementación de una verdadera cultura en materia de derechos humanos de los pacientes. Derechos que comienzan no solo desde la satisfacción del usuario sino desde la garantía de respetar la intimidad, de salvaguardar la imagen del paciente, de acceder a un consentimiento informado, de obtener información clara acerca de su tratamiento o padecimiento y sobre todo de proteger y administrar los datos médicos y terapéuticos que forman parte de la documentación clínica dentro de los archivos hospitalarios costarricenses. Ya que son de interés público en la medida que sirven para realizar investigaciones epidemiológicas, científicas, terapéuticas, docentes, e incluso para medir los índices de salud de la población en general. Sin ellos no se podrían realizar campañas preventivas y de desarrollo, por la importancia de la información que contienen.

Justamente, esta investigación pretende señalar la necesidad de establecer una adecuada legislación que permita tutelar el tratamiento que se le da a los datos personales así como lograr una verdadera concientización del valor de estos documentos y el respeto por los derechos humanos de los pacientes el cual debe prevalecer entre todos los profesionales de la salud y los establecimientos médicos, para que esta actitud se convierta en un acto necesario y vital en el desempeño diario. Puesto que otorgar información clínica al paciente, es un derecho que le pertenece y del cual debe formar parte en la búsqueda de mejores condiciones para promover y beneficiar su vida y por ende la existencia misma.

En este sentido, cumplir con lo que se denomina “Buenas Prácticas Clínicas” implica todo un proceso cultural y educativo dentro del ambiente hospitalario, que no se establece de un día para otro; ya que el hecho de abordar esta temática pretende servir como punto de partida para crear el cambio, tal y como lo indica el especialista Alfredo Chirino Sánchez, en Costa Rica se ha iniciado apenas, la discusión sobre los problemas de la tutela de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, los aportes en este

campo pueden reducirse a una serie de trabajos de graduación sobre el tema, y una incipiente jurisprudencia constitucional, la cual aún se debate en los estrechos límites de la interpretación de los problemas del procesamiento electrónico de datos desde la perspectiva del derecho a la intimidad.

Más aún, cuando con el advenimiento de las nuevas tecnologías y la evolución del conocimiento, surgen diversas preocupaciones en torno al poder que puede generar la era de la información en el desarrollo de las sociedades, ya que los aspectos más privados del individuo se encuentran en diversas bases de datos públicas y privadas que comercializan información al mejor postor. Esta práctica va en contra del derecho a la intimidad y el principio de autodeterminación informativa que le permite al ser humano conocer el uso y manejo que se le da a este tipo de datos.

Esto ha creado todo un nuevo mercado, en el que este tipo de informaciones tiene un precio establecido acorde a los análisis que se soliciten, pues las empresas dedicadas a esta actividad, brindan servicios en los que incluso segmentan estos datos para generar información desde gustos y preferencias hasta padecimientos en la salud del individuo.

Ciertamente, existen diversas iniciativas que buscan regular y garantizar la seguridad jurídica que se le dan a éstos datos. Sin embargo, se carece de una ley que permita tutelar verdaderamente el manejo de datos en todos los ámbitos. Siendo la salud vital para una adecuada protección, los datos sensibles pueden arrastrar diversos intereses económicos, sociales y políticos.

Por tal motivo, este trabajo tiene como objetivo general establecer cómo en el manejo de datos en el sector salud, existen diversos inconvenientes, tanto en lo que señala la poca normativa existente como lo que se realiza en la

práctica diaria dentro del ambiente hospitalario costarricense, ya que se desconoce el verdadero rol que debe ejercer la documentación clínica así como cuáles son los derechos de los pacientes y cuál debe ser la función que debe cumplir la administración y el hospital o clínica acerca de su resguardo y protección.

Para demostrarlo, se establecieron objetivos específicos que permitan: Describir la situación actual del manejo de datos en el sector salud costarricense. Comprobar por medio de diversas entrevistas e investigaciones citadas a nivel universitario, la falta de conocimiento así como la importancia en torno al uso adecuado de los datos sensibles por parte de los(as) médicos(as) y otros profesionales tratantes. Exponer la poca normativa existente que regule el manejo de datos y documentación clínica a nivel nacional. Y señalar el criterio de diversos organismos nacionales e internacionales así como la posición de especialistas consultados en esta materia.

La metodología empleada es cualitativa, de carácter descriptivo-explicativo, puesto que lo que se pretende indicar es la realidad en cuanto al manejo de datos, el uso que se le da a la documentación clínica dentro del sector salud y cómo la poca regulación existente afecta los derechos a la autodeterminación informativa de los pacientes, incluso afectando la relación médico-paciente.

La investigación se divide en seis capítulos, el primero de ellos aborda el *Manejo de Datos*, el segundo la *Evolución y Eficacia de los Derechos Humanos*, el tercero la *Documentación Clínica y el Sector Salud*, el cuarto *La Realidad Nacional*, el quinto la *Regulación existente* y el sexto brinda una serie de *Conclusiones y Recomendaciones* respecto al trabajo realizado.

Capítulo I

Manejo de Datos

I.1 Antecedentes

En Costa Rica no existe una ley que regule el tema de la protección de datos y los principios que se derivan de él. Pese a que existe en trámite legislativo, cinco proyectos de ley que buscan regular el tema de la protección de datos.¹

Datos que deben ser regulados normativamente, con el fin de evitar discrepancias en la práctica diaria, tal y como ocurre en el campo de la salud, donde a pesar de que en los últimos años, ha crecido el interés por fortalecer el adecuado manejo de la documentación clínica, todavía existen diversas incongruencias en lo que dicta la poca regulación existente y lo que ocurre en la práctica diaria. Debido a que según diversos especialistas, no se utiliza adecuadamente este tipo de documentos, a sabiendas de las utilidades e importancia que ofrecen, no sólo para la atención médica de una persona, sino para efectos de investigación, estudios epidemiológicos y su valor médico legal, que permita conocer las condiciones en que fue atendido un paciente, su evolución y respuesta terapéutica. El expediente recoge elementos de prueba.²

¹ “Documento complementario para la sesión 7: **Cuadro Comparativo de Desarrollos Normativos Nacionales en Materia de Protección de Datos**”. III Encuentro Iberoamericano de Protección de Datos, Cartagena de Indias-Colombia, 24 al 28 de Mayo del 2004.

² **Compendio Derecho a la Salud**. Defensoría de los Habitantes, Área de Calidad de Vida, 1997-2000. Página 15.

Otro factor que incide en el tema, es lo que señala la Licda Nathalie Araya Jácome, Abogada de la Defensoría de los Habitantes, en uno de sus estudios de caso presentado en el 2001³, que indica:

*“con frecuencia se denuncia la falta de información que proveen los prestatarios del servicio de salud acerca del diagnóstico, el tratamiento de las enfermedades que padecen y los resultados que pueden obtener o que han logrado en la atención médica que reciben y que permiten facilitar la toma de decisiones acerca de su proceso de atención en salud. El paciente y sus familiares tienen derecho a recibir información completa, continuada, verbal y escrita de todo lo relativo a su proceso de atención en salud, la naturaleza de la enfermedad, expectativas de recuperación, peligros, extensión, instrucciones y resultados de su tratamiento, facilitada en un lenguaje comprensible tomando en consideración las condiciones particulares del paciente”.*⁴

Aunque entidades como la Defensoría de los Habitantes ha indicado la necesidad de mejorar los canales de información en la relación médico-paciente, existe amplia evidencia de la inobservancia del derecho a la información que le asiste al paciente.

Otro caso ocurrió en 1997, cuando un hombre se lanzó al vacío desde el tercer piso del Hospital San Juan de Dios. El hecho suscitado cobró relevancia, debido a que diversos medios de comunicación dieron a conocer con un sinnúmero de detalles el nombre, la edad, el estado civil, la profesión y domicilio del occiso. Además, de que era enfermo terminal, portador de VIH/sida. Su cuerpo fue exhibido por las diversas cámaras y lentes fotográficos ante toda la población costarricense.⁵

³ ARAYA JÁCOME, (Nathalie). **Nuevas Modalidades en la defensa del derecho a la salud: La Defensoría de los Habitantes de Costa Rica: Un estudio de caso.** 2001.

⁴ ARAYA JÁCOME, (Nathalie). **Nuevas Modalidades en la defensa del derecho a la salud: La Defensoría de los Habitantes de Costa Rica: Un estudio de caso.** 2001.

⁵ www.nacion.com/sucesos/1997

Según una investigación realizada por estudiantes de la carrera de Medicina de una universidad privada, al ser considerado un simple registro la documentación clínica es manejada de manera superficial, lo cual deja pasar diversos errores tanto en su forma como en su contenido, pues nunca se espera una demanda por mala práctica médica.⁶

De acuerdo con cifras señaladas por el Comité de Mala Práctica Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) durante el LXVI Congreso Médico Nacional, los servicios de emergencias de los diversos hospitales nacionales son los sitios más vulnerables, debido a la existencia de una carga de trabajo.⁷

Situación que no debe ser un motivante para evitar la información adecuada a un paciente o bien a sus familiares, según lo menciona la Defensoría de los Habitantes en una de las denuncias realizadas a esa dependencia:

“En los casos de urgencia calificadas, los cuales se caracterizan por la inminencia de la situación a atender, el compromiso grave de la vida o la integridad, la precisión de hacerlo en el menor tiempo posible, la posible precariedad de los medios y la necesidad de la continuidad de la asistencia, el deber de comunicación con las personas no desaparece, sobre todo, por razones humanitarias y de consideración. Si bien es cierto la urgencia no permite demoras por la probabilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de muerte, si el paciente se encuentra en estado consciente, nada impide que se le informe acerca de las medidas diagnósticas y terapéuticas que se practicarán. Aún en caso en que la vida del paciente peligre se establece como principio que debe mantenerse una comunicación

⁶ SALAZAR (Ana), ALVARADO (Danny) et al. “**Expediente Clínico**”. Curso de Medicina Legal. Universidad Internacional de las Américas, (UIA), Abril 2002.

⁷ Conferencia Magistral “**Responsabilidad médica y consentimiento informado**”. Dr. Luis Carlos Pastor Pacheco, Hospital México, miembro de la Comisión de Mala Praxis de la Caja Costarricense del Seguro Social; Lic. Ronald Avalos Monge, Abogado especialista en Derecho Médico y Licda. Ana Gabriela Peña Valle, Abogada y Notaria Pública. LXVI Congreso Médico Nacional, Lunes 22 de Noviembre del 2004.

*adecuada con el paciente, así como recabar el consentimiento informado siempre que ello sea posible”.*⁸

I.II Justificación

El buen manejo de datos en el sector salud, es un requisito fundamental para cumplir con lo que se denomina “Buenas Prácticas Clínicas”. Ya que la documentación clínica y el expediente son documentos que ofrecen diversas utilidades, no solo para la atención médica de una persona, sino porque resultan valiosos para efectos de investigaciones, estudios epidemiológicos, docentes, terapéuticos y hasta probatorios. “Documentación clínica y variabilidad son dos de los aspectos sobre los que hay que actuar cuando se ponen en marcha políticas de mejora”, así lo señalaron diversos especialistas que participaron en una jornada organizada en la ciudad de Pamplona, España por la Fundación Navarra para la Calidad.⁹

Aunque, en los últimos años existe a nivel legal un interés por fortalecer el adecuado manejo de la documentación clínica, uno de los mayores problemas que se debe enfrentar es la falta de conciencia acerca de su verdadero valor dentro de la práctica hospitalaria costarricense. Del uso correcto del expediente clínico depende en parte la protección de la confidencialidad del paciente, el respeto a su intimidad y a su propia imagen, a acceder al consentimiento informado y tener el derecho a la información, principios que forman parte de la autodeterminación informativa, y que constituyen un pilar fundamental dentro de la protección de los derechos humanos de las personas. Así lo han establecido diversos organismos internacionales, no obstante, las diversas anomalías por el uso inadecuado de

⁸ **Expediente No. 7905-2399.**Oficio:10077-99-DHR. Fecha: 03 de diciembre de 1999. Título: Deber de información en los servicios de emergencia. Compendio Derecho a la Salud:. 1997 –2000. Defensoría de los Habitantes. Área de Calidad de Vida.

⁹ CAPITÁN (Silvia). **Reflexiones sobre las políticas de mejora continua.** 1999. Tomado del sitio www.diariomedico.com/documentacionclinica .

datos han originado no solo casos de mal praxis médica, sino intentos de trasegar información sobre las patologías, tratamientos y terapéutica médica de cada individuo.

Para la especialista en derecho Nathalie Araya Jácome y otros, los problemas de la relación médico-paciente es una de las principales causas que ocasionan un aumento de los casos de demanda por mala práctica profesional.¹⁰

Los especialistas Winfried Hassemer y Alfredo Chirino en el Libro *“El Derecho a la Autodeterminación Informativa y Los Retos del Procesamiento Automatizado de Datos Personales”*¹¹ enfatizan en la importancia de proteger los datos en el campo de la salud, ya que al ser de alta sensibilidad pueden inducir a mover diversos intereses económicos en el mundo que hoy vivimos sumergido en las tecnologías de la información y la comunicación. Lo que señala la importancia de tutelar el manejo de datos, especialmente en este sector, así como buscar que la dinámica del ámbito hospitalario pueda respetar y conocer los derechos humanos de los pacientes, en la promoción de su salud.

I.III Definición del Problema

En vista de lo citado anteriormente se evidencia la necesidad de abordar esta temática, con el fin de analizar los derechos humanos de los pacientes,

¹⁰ ARAYA JÁCOME (Nathalie) y VALERIO MONGE (Carlos). **Mecanismos de prevención de mala práctica médica, un enfoque basado en la experiencia costarricense.** Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Volumen 7 (2)-Diciembre 2002, Volumen 8 (1)-Junio 2003. Página 28.

¹¹ HASSEMER (Winfried) y CHIRINO (Alfredo). **El Derecho a la Autodeterminación Informativa y los Retos del Procesamiento Automatizado de Datos Personales.** Citado en la Antología del Curso: Derechos y Autodeterminación Informativa”, UNED, 2004.

específicamente la autodeterminación informativa dentro de la seguridad social costarricense, a partir de una investigación de carácter descriptivo de lo que ocurre en la práctica diaria en estos establecimientos hospitalarios, con respecto al manejo de la documentación clínica y las múltiples situaciones que se derivan de él.

Sumado, al hecho de que la poca normativa existente y el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud, ocasionan disconformidades en el proceso de incorporar al paciente en el mejoramiento de su calidad de vida, así como en las decisiones a nivel médico que puedan darse. A pesar de la importancia que posee, falta conciencia acerca del valor que tienen los expedientes clínicos y los derechos que se le deben garantizar y respetar a los pacientes.

Por lo tanto se ha establecido como punto de partida el siguiente planteamiento del problema:

- ✓ ¿En relación con el manejo de datos en el sector salud, existen diversos inconvenientes tanto en lo que señala la poca normativa existente como lo que se realiza en la práctica diaria en el ambiente hospitalario costarricense?. (Se analizará la reglamentación existente)

En este sentido y utilizando un enfoque cualitativo que permita recopilar y recolectar una serie de datos e informaciones, se buscará analizar la realidad en todo su entorno.

I.IV Objetivo General

En concordancia con lo anterior, se estableció el siguiente objetivo general:

- ✓ Analizar cómo en el manejo de datos en el sector salud, existen diversos inconvenientes tanto en lo que señala la poca normativa existente como lo que se realiza en la práctica diaria en el ambiente hospitalario costarricense.

I.V Objetivos Específicos

Para lograrlo se trabajarán los siguientes objetivos específicos:

- I. Describir la situación actual del manejo de datos en el sector salud costarricense.
- II. Analizar cómo en la práctica diaria se cometen diversas violaciones en el manejo de la documentación clínica y los derechos humanos de los pacientes o usuarios.
- III. Comprobar por medio de diversas entrevistas e investigaciones realizadas a nivel académico, la falta de conocimiento así como la importancia en torno al uso adecuado de los datos sensibles por parte de los profesionales en salud, específicamente médicos.
- IV. Señalar el criterio y recomendaciones de diversos organismos nacionales e internacionales así como la posición de especialistas consultados en esta materia.

- V. Exponer la poca normativa existente que regula el manejo de datos y la documentación clínica a nivel nacional.

I.VI Hipótesis

Tal y como lo señalan los especialistas Black y Champion (1976) citado por Hernández Sampieri y otros¹² las hipótesis establecidas son:

- ✓ La situación actual del manejo de datos en el sector salud costarricense presenta diversos inconvenientes tanto en lo que menciona la poca normativa existente como en lo que se realiza en la práctica diaria dentro del ambiente hospitalario costarricense.
- ✓ Dentro de la práctica diaria del sector salud se cometen diversas violaciones en el manejo de la documentación clínica y los derechos humanos de los pacientes.
- ✓ Existe un desconocimiento acerca de la importancia en torno al uso adecuado de la documentación clínica, de los derechos humanos de los pacientes y de establecer buenas prácticas clínicas.
- ✓ En los últimos años diversos especialistas involucrados en el tema han comenzado a manifestar sus criterios y recomendaciones sobre este tema.

¹² HERNÁNDEZ SAMPIERI (Roberto), FERNÁNDEZ COLLADO (Carlos) y BAPTISTA LUCIO (Pilar). **Metodología de la Investigación**. III Edición, Distrito Federal, México, Editorial McGraw-Hill, 2003, página 140.

- ✓ En Costa Rica no existe una ley que regule la protección y manejo de datos. Asimismo la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) como mayor empleador cuenta con una escasa normativa en esta materia.
- ✓ Los profesionales de la salud y administrativos que laboran dentro del ambiente hospitalario costarricense carecen de conocimientos en cuanto al adecuado manejo que se le debe dar a los datos sensibles para garantizar los derechos humanos de la población en general.
- ✓ El uso inadecuado que se le da tanto a la documentación clínica como al derecho de los pacientes eleva cada año los casos de mal praxis médica y una inadecuada relación médico-paciente.

I.VII Marco Metodológico

El marco metodológico de esta investigación será de carácter descriptivo-explicativo, puesto que se pretende estudiar, describir, analizar y comentar un comportamiento que se da dentro del sector salud costarricense y que va en detrimento de la población, debido a las diversas disconformidades que ocasiona. Ya que si bien pretendo analizar cómo se maneja la autodeterminación informativa dentro del sector salud (manejo de datos), también busco analizar sus componentes, en cuanto al respeto o no de los derechos de los pacientes y cómo se manifiestan estos dentro de la práctica hospitalaria costarricense, sin dejar de lado los inconvenientes en la poca normativa existente y los factores que ocasionan el incumplimiento de estos derechos que le asisten a los pacientes, a sabiendas de la importancia que posee el buen manejo de la documentación clínica no solo para investigaciones

clínicas, sino estudios epidemiológicos, docentes, terapéuticos, probatorios y por supuesto su principal eje, la salud humana.

Para realizar este tipo de investigación se utilizarán diversas referencias bibliográficas, documentales, conferencias, entrevistas personalizadas e investigaciones realizadas a nivel académico, que permitan describir la situación actual del manejo de datos y si se cumple y se garantiza el respeto de los derechos a la autodeterminación informativa de los pacientes.

Cabe citar que cómo se busca demostrar la poca normativa existente en este campo, se analizarán diversos reglamentos a nivel interno por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) como mayor empleador, así como otros instrumentos regulatorios como el Código de Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y la Ley del Archivo Nacional que se encarga de velar por todos los documentos de las instituciones a nivel nacional y su adecuado uso.

Todo lo anterior complementado con un enfoque cualitativo que permita demostrar la realidad de los derechos humanos y la autodeterminación informativa de los pacientes o usuarios en el sector salud costarricense.

Capítulo II

Derechos Humanos: Evolución y Eficacia

II.I Derechos Humanos

Desde inicios de la humanidad, los Derechos Humanos constituyeron un pilar fundamental dentro de la sociedad. Es la herencia histórica que le pertenece a cada ser humano la cual dio sus primeros pasos desde el nacimiento mismo de la humanidad.

Aunque se dice que todos los seres humanos han sido hechos a imagen y semejanza del creador, ningún individuo tiene más derechos que otro. De hecho a lo largo de la historia, los Derechos Humanos han sufrido una serie de transformaciones según la época, con el fin de mantener y proteger los derechos de las personas y de las poblaciones en general.

Pero ¿Qué son los Derechos Humanos?.

En palabras de Fernández Eusebio citado por Sagastume:

“Toda persona posee unos derechos morales por el hecho de serlo y éstos deben ser reconocidos y garantizados por la sociedad, el derecho y el poder político, sin ningún tipo de discriminación social, económica, jurídica, política, ideológica, cultural o sexual. Estos derechos son fundamentales, es decir se hallan estrechamente conectados con la idea de dignidad humana

y son al mismo tiempo las condiciones del desarrollo de esa idea de dignidad".¹³

El desarrollo de los Derechos Humanos ha estado sujeto a un largo peregrinar de cambios y procesos, que justamente se fundamentan en las necesidades básicas e inherentes que posee el individuo al igual que su posibilidad de poder satisfacerlas. Un poder, cuya lucha y evolución se manifiesta en una Constitución Política e instrumentos internacionales que buscan darle cumplimiento a esos derechos. Es en el diario accionar en el que se establecen diversas regulaciones y derechos que garanticen en todos los ámbitos de la esfera humana una vida que respete y proteja al individuo.

De esta forma, tal y como lo indica Sagastume, los Derechos Humanos se presentan como un reto de nuestro tiempo, siendo la pieza clave de la justicia del Derecho y de la legitimidad del poder¹⁴; que durante décadas ha evolucionado conforme a las transformaciones de la humanidad misma y de los avances tecnológicos, científicos, sociales, políticos y culturales de la época, que buscaban como principal objetivo respetar la dignidad humana.

En este sentido los derechos humanos si bien buscan proteger y respetar el entorno, la vida de cada individuo y la colectividad, para lograrlo los gobiernos deben acatar las obligaciones con el fin de poder garantizarlos. Puesto que "el proceso de promoción y defensa en esta materia ha sido, el de limitar los abusos contra la dignidad desde el ejercicio del poder"¹⁵.

¹³ SAGASTUME GEMMEL (Marco). **Los Derechos Humanos Proceso Histórico**. II Edición, Costa Rica: Editorial Educa. 1997, página 12.

¹⁴ idem.

¹⁵ idem

II.II Derecho a la Intimidad

La intimidad constituye un derecho humano incuestionable. Toda persona tiene derecho a desarrollar su existencia en soledad o bien en compañía de otros individuos. La intimidad no es un acto exclusivo del domicilio, es algo que tiene que ver en la medida que desarrolla acciones y actividades en su vida misma.

La intimidad es entendida como parte personalísima, por lo común reservada de los asuntos o afectos de una persona¹⁶.

En el caso de un centro hospitalario, todos los individuos y las personas que laboran en él, tienen derecho a la intimidad.

*“Tratándose de pacientes, esa intimidad pasa por el derecho a que ningún tercero conozca el motivo de su presencia en el centro hospitalario, a que ningún tercero revise su expediente médico, a que ningún tercero se imponga de la información relacionada con sus enfermedades”.*¹⁷

De acuerdo con la Constitución Política de Costa Rica de 1.949 en su artículo 24 *“se garantiza el derecho a la intimidad, a la libertad y al secreto de las comunicaciones. Son inviolables los documentos privados y las*

¹⁶ ORTIZ ALVAREZ (Grettel). **“La intimidad como bien jurídico tutelado en el ámbito laboral”**, Tesina para optar por la Maestría de Derecho Laboral y Seguridad Social, UNED 2003.

¹⁷ Asociación Costarricense de Medicina Forense, 2002.

comunicaciones escritas, orales o de cualquier otro tipo de los habitantes de la República ...”¹⁸.

En este sentido, según una investigación realizada por Grettel Ortiz Alvarez para optar por la Maestría de Derecho Laboral y Seguridad Social de la UNED, con respecto al tema de la intimidad como bien jurídico tutelado es:

“Si ella resulta “ suficiente” para proteger en forma efectiva, aquellas situaciones donde la esfera privada de los ciudadanos costarricenses se ve amenazada por acciones que van más allá de la “ violación” a aspectos como el derecho a la imagen, o al uso del concepto aplicado por la teoría liberal de propiedad, que protege el derecho civil o privado, los derechos al honor y violación a la correspondencia, que protege el derecho penal, y por último a los actos violatorios del derecho a la libertad de información y opinión, tratados por las corrientes constitucionalistas.

Dentro del contexto histórico nacional, el constituyente del 49 repite los conceptos como el de intimidad, influido por los aires liberales que habían surgido a partir del siglo XIX, y que fueron introducidos en la Constitución del 7 de diciembre de 1871, dictada durante el Gobierno de Tomás Guardia Gutiérrez, cuya característica principal fue la transición entre la Republica Patriarcal y la Republica Liberal.

Dado entonces que este concepto no podía tomar en cuenta los avances tecnológicos y científicos que podían afectar la “ intimidad dentro del contexto actual y referido a la violación de la esfera privada por medio de los aparatos electromagnéticos, y los sistemas de almacenamiento de datos”, no es grave ni mucho menos pretencioso decir que el concepto contemplado en el artículo 24 de la Constitución Política “ no tutela ampliamente aquellos aspectos que se ven afectados por la intromisión de los patronos en las actividades de los trabajadores a

¹⁸ Constitución Política de Costa Rica, 1949.

*través de los medios tecnológicos y que comprende el punto de análisis de este trabajo*¹⁹.

Asimismo, este documento no contempla de forma específica el derecho a la autodeterminación informativa o el derecho a la protección de datos de carácter personal, como un derecho específico a ser tutelado.²⁰

La Sala Constitucional ha realizado una interpretación de este artículo donde concreta el concepto de intimidad como un “derecho del individuo a tener un sector personal una esfera privada de su vida, inaccesible al público salvo expresa voluntad del interesado”.²¹

En el voto número 1026-94, esta misma instancia ha señalado que la intimidad se conforma por comportamientos, datos y situaciones de una persona que normalmente están sustraídos al conocimiento de extraños y cuyo conocimiento por éstos puede turbarla moralmente por afectar su pudor y recato.

La intimidad se ha complementado con otros y nuevos derechos especialmente en el área de la salud con los avances de la medicina, los cuales permiten mayores conocimientos sobre el estado de la salud de las personas, lo que ha originado que el grado de información relativa a la salud de un paciente, sea bastante amplia. Inclusive las diversas innovaciones en el

¹⁹ ORTIZ ALVAREZ (Grettel). “**La Intimidad como bien jurídico tutelado en el ámbito laboral**”, Tesina para optar por la Maestría de Derecho Laboral y Seguridad Social, Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad Estatal a Distancia (UNED), 2003.

²⁰ III Encuentro Iberoamericano de Protección de Datos, Documentación Complementaria, Sesión No. 7, “**Cuadro Comparativo de Desarrollos Normativos Nacionales en Materia de Protección de Datos**”, Cartagena de Indias, Colombia, del 24 al 28 de Mayo del 2004.

²¹ Sala Constitucional, Voto 5736-94, citado en la Antología Autodeterminación Informativa y Derechos Humanos, Maestría en Derechos Humanos, Universidad Estatal a Distancia (UNED) 2004.

campo genético pueden generar a futuro, que diversas compañías se interesen en conocer la información genética de una persona en particular.

Pese a que la Sala Constitucional se ha manifestado entorno al concepto de intimidad, ella misma es consciente de la existencia de otros problemas que superan el enfoque tradicional como lo es la dificultad para vivir en una sociedad donde un ciudadano no tiene "... derecho a mantener reserva sobre ciertas actividades u opiniones suyas y obtener amparo legal para impedir que sean conocidas por otros, en especial cuando para conocerlas deban emplearse procedimientos clandestinos ..."²²

Lo anterior ocasiona que la intimidad se vea limitada cada vez más, ya que el interés por obtener información ha ocasionado que profesionales de diversos sectores relacionados con el tema busquen medidas con el fin de proteger un poco este derecho fundamental en la sociedad actual.

Durante el III Encuentro Iberoamericano de Protección de Datos del 2004, realizado en Cartagena de Indias, Colombia, el cual reunió a todos los defensores de los habitantes de Latinoamérica, la representación de Costa Rica señaló que como valor inherente a la personalidad del habitante, el paciente tiene derecho a la intimidad y por ende a la protección del derecho a la imagen. En este sentido, la información acerca de su condición clínica, patológica, diagnóstica, asimismo como el manejo y tratamiento a utilizar, son de carácter confidencial, aún después de fallecida la persona. Más aún que la tutela del derecho a la intimidad implica que todo el personal del área o centro hospitalario debe mantener un respeto absoluto a la confidencialidad del proceso de prevención y restablecimiento de la salud del individuo.

²² Sala Constitucional, Voto 3308-94 citado en la Antología Autodeterminación Informativa y Derechos Humanos, Maestría en Derechos Humanos, Universidad Estatal a Distancia (UNED) 2004.

Ciertamente, en cuanto al derecho a la confidencialidad existen excepciones en torno a su ejercicio que se deben tomar en consideración, tales como: el consentimiento expreso del interesado, el conocimiento de otros profesionales de la salud que están involucrados en el tratamiento del paciente y razones de salud pública que hacen que el interés individual ceda ante el interés público.

Si bien este derecho es inherente a la existencia misma del ser humano, con el avance tecnológico y el establecimiento de diversos sistemas de información, se origina un nuevo desafío al existir datos que de una u otra forma llegan a manos de empresas que podrían darle un uso mercantilista. (Ver Anexo 1 Banco Popular interesado en obtener datos clínicos de sus pacientes)

II.III Derecho a la imagen

El derecho a la imagen es autónomo del derecho al honor o al decoro y a la intimidad. En este sentido, como valor inherente a la personalidad del habitante, el paciente, en el caso de los establecimientos y centros de salud tienen derecho a la intimidad y a la protección del derecho a la imagen.²³

Tal y como lo cita el Dr. Eduardo Mario Martínez, Vicerrector Académico de la Universidad del Museo Social Argentino, en Buenos Aires, Argentina, Profesor del curso de Doctorado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la UMSA y Magistrado en la Capital Federal de Buenos Aires, “la intimidad se puede definir como lo señala Parker junto a Fried como el control sobre cuando y quien puede percibir diferentes aspectos de nuestra persona”.²⁴

²³ ARAYA JÁCOME (Nathalie). **Nuevas Modalidades en la defensa del derecho a la salud: La Defensoría de los Habitantes de Costa Rica: Un estudio de caso**, 2001, página 7.

²⁴ MARTÍNEZ ALVAREZ (Eduardo). **El Derecho de la Imagen**. Revista Jurídica On-Line, Año 1-No.1. Tomado de la página web:<http://www.jurisdctor.com>

De acuerdo con este especialista, el derecho a la imagen es un derecho fundamental originado en la “dignidad de la persona” y posee tutela jurídica. La imagen en sí constituye un derecho de la personalidad con autonomía propia.

La Defensoría de los Habitantes en el IX Curso Taller Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) Legislación en Salud, Marco Regulatorio del Acceso a la Salud realizado en el Distrito Federal, México en Setiembre del 2002, un valor inherente a la personalidad del paciente, es que tiene derecho a la intimidad y la protección del derecho a la imagen. Toda información acerca del estado de la salud del paciente, de su condición clínica, del diagnóstico, del manejo y tratamiento, debe ser de carácter confidencial, aún después de fallecida la persona. Debido a que la tutela del derecho a la intimidad implica para todo el personal sanitario y parasanitario que intervenga en el centro o establecimiento hospitalario, un respeto absoluto a la confidencialidad del proceso de prevención y restablecimiento de la salud de la persona.

Según ellos, la protección a la confidencialidad de los pacientes se ve amenazada debido a la dinámica hospitalaria de la época actual, así como por la efectividad y la agilidad de las comunicaciones por medios informáticos que han sido puestos en práctica.

De hecho como parte de los programas de Educación Médica Continua que realizan los médicos, a la hora de analizar casos clínicos específicos o bien someter alguno de estos debido a su interés médico-clínico a una publicación científica, éstos toman fotos de sus pacientes sin tener ellos conocimiento de si les tomaron fotografías y sin saber el uso que le darán. Si bien ellos atendieron

x caso, la imagen de los pacientes se debe salvaguardar ante toda circunstancia y contar con su respectivo consentimiento.

II.IV Derecho a ser informado

Cuando un paciente o usuario ingresa a un establecimiento de salud, tiene derecho no solo a recibir una adecuada atención de calidad, sin importar su raza, credo, origen, nacionalidad, religión, sexo, orientación sexual, sino también a ser informado acerca de todos los aspectos de su cuidado, desde el momento de su ingreso, hasta su partida. Esto significa que los profesionales de la salud deberán proveer información en términos que el paciente pueda entender, así como conocer las necesidades de cuidado médico que permitan su pronta recuperación.²⁵

Y es que la información en materia de salud es fundamental para el beneficio de la población en general:

“La información en salud es fundamental en la relación que se genera entre el paciente y personal sanitario. En Derecho Médico se conoce por información clínica a aquel derecho autónomo del paciente de conocer la información disponible, en términos adecuados, comprensibles y suficientes sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento con el propósito fundamental de que el paciente cuente con el conocimiento acerca del proceso de su salud y ello le permita además poder expresar su consentimiento para las intervenciones a las cuales se le puede someter”(Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad y Consumo.

²⁵ Derechos del Paciente. Tomado de la página web:
<http://www.carolinas.org/facilities/hospitals/PatientRights.pdf>

*Información y documentación clínica. Documento final del grupo de expertos, Madrid, España. Noviembre de 1997).*²⁶

Este tipo de derecho se encuentra regulado dentro del ordenamiento jurídico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). (Ver capítulo Legislación)

II.V Importancia del Derecho a la Intimidad

II.I Datos Personales

Se entiende por datos personales, toda “información relacionada con personas determinadas o determinables, sea físicas o jurídicas, que permiten su identificación directa o indirecta; por ejemplo, el nombre completo, número de identificación, domicilio, estudios profesionales, sexo, nacionalidad y lugar de trabajo”.²⁷

Los datos se refieren a cualquier información relativa a una persona física identificada o identificable. Y es que conforme avanza la humanidad, se hace cada vez más necesario darle una protección adecuada a los datos de cada individuo. Más aún cuando son datos sensibles los cuales requieren de una protección especial.

II.II Datos sensibles

²⁶ Tomado del **Compendio Derecho a la Salud 1997-2000**. Área de Calidad de Vida. Defensoría de los Habitantes de la República. Página 51.

²⁷ FERNÁNDEZ (Silvia) et al. **La Tutela Administrativa de la Autodeterminación Informativa**, Octubre del 2001, Tomado de la página web: <http://www.democraciadigital.org/articulos>

Se le denomina datos sensibles a aquellos datos que hacen referencia a antecedentes policiales, convicciones políticas, datos de salud, creencias religiosas, conducta sexuales e información financiera.

En este caso, el manejo de datos en el sector salud, se convierten en una herramienta indispensable, debido a las repercusiones que tanto su manipulación como uso inadecuado pueden provocar. Como lo cita Silvia Fernández y otros en su trabajo *“La Tutela Administrativa de la Autodeterminación Informativa”*, con la llegada de los medios digitales se multiplica la información así como las bases de datos, generando así una nueva masa de información personal expuesta al público. Las autoras señalan que ahora todo se multiplica y las bases se podrían generar de forma automática, ya que las primeras legislaciones se preocuparon por distinguir los datos de la persona que se denominan sensibles. Sin embargo, ahora todo puede tomarse sensible en la medida en que la sumatoria de datos no sensibles, permitan hacer un seguimiento en la vida de la persona, también puede representar una afrenta a la privacidad.²⁸

Conforme evoluciona el conocimiento humano cada vez, se vuelve más necesario el regular el manejo que se le dan a los datos relacionados con la salud de las personas, ya que indican el estado clínico del individuo.

*“El fin principal de la Historia Clínica es facilitar la asistencia sanitaria del ciudadano, recogiendo toda la información clínica necesaria para asegurar, bajo criterio médico, el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los sanitarios que le atienden”.*²⁹

²⁸ FERNÁNDEZ (Silvia) et al. **La Tutela Administrativa de la Autodeterminación Informativa**, Octubre del 2001, Tomado de la página web: <http://www.democraciadigital.org/articulos>

²⁹ Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Información y documentación clínica. Documento final del grupo de expertos. Madrid, España 26 de noviembre de 1997. **Citado en el expediente 15369-003-23, Informe Final de la Defensoría de los Habitantes**, Caso del 29 de Julio del 2003.

El uso adecuado y la información que consta en un expediente clínico responden, a los intereses de la persona titular de la información, lo cual indica que debe ser recogida de manera suficiente y adecuada con el fin de identificar e individualizar a las personas.

En palabras de Juan Camilo Salas Cardona, experto en ciencias humanas y jurídicas, quien realizó durante el mes de noviembre del 2004, en Costa Rica, una charla denominada “*Uso Correcto de la Documentación Clínica*”, éste es todo un proceso de registro ordenado de los procedimientos generados a partir de la práctica clínica terapéutica o del desarrollo de protocolos de investigación, sea de manera física o informática.

Tanto la documentación clínica como el expediente médico, son documentos que brindan diversas utilidades, no sólo para la atención médica de una persona, sino para efectos de investigación, estudios epidemiológicos, clínicos, docentes, terapéuticos y hasta como documentos probatorios.

“El expediente tiene un gran valor médico legal, que permite conocer las condiciones en que fue atendido un paciente, su evolución y respuesta terapéutica. El expediente recoge elementos de prueba”.³⁰

Hace algunos años atrás, específicamente en 1997, un hombre se lanzó al vacío desde el tercer piso del Hospital San Juan de Dios. El suceso cobró relevancia debido a que diversos medios de comunicación dieron a conocer la noticia, con los detalles de quién era el fallecido, la edad, el estado civil, la

³⁰**Informe Final** de la Defensoría de los Habitantes, Caso del 29 de Julio del 2003.

profesión y domicilio. Asimismo de que era enfermo terminal, portador de VIH/sida. Además, su cuerpo fue exhibido por las diversas cámaras y lentes fotográficos ante toda la población costarricense. Lo anterior condujo a la creación de la Ley General del VIH/sida No. 7771 del 20 de Mayo de 1998, sin embargo no existe en el país una regulación entorno al manejo de datos y la autodeterminación del individuo.

Si bien el principio de respeto por la confidencialidad del diagnóstico por VIH/sida establecido por la Primera Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, realizada en Ginebra, Suiza en 1989, fue incorporado a la Ley citada anteriormente, denuncias presentadas ante el Departamento de Calidad de Vida de la Defensoría de los Habitantes evidencia el poco cumplimiento por parte de los personeros de los centros hospitalarios. Así se demuestra en el expediente No. 16757-25-03 entorno a la denuncia presentada el 23 de Abril del 2004³¹, en la que se manifiesta cómo en un Servicio de Urgencias de un hospital de provincia, el médico tratante irrespetó no solo el derecho a la confidencialidad del paciente, sino que violentó otros derechos al tratarse de una mujer, madre de familia y su hijo un menor de edad, portadores del VIH/sida.

Debido a que del uso correcto del expediente clínico depende en parte la protección de la confidencialidad del paciente y el cumplimiento del secreto profesional por parte del médico. Ya que los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son enfáticos en establecer que el derecho a la confidencialidad del paciente debe respetarse en el ambiente hospitalario.

³¹ **Informe Final** de la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica, Expediente No. 16757-25-03, Caso del 23 de Abril del 2004.

Y es que en el ámbito de la salud, el derecho a la intimidad así como la seguridad de los datos y la confidencialidad supone la obligación de todas las personas que intervienen en este proceso sea médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos de mantener salvaguardado la información que le proporciona el paciente, salvo que este lo autorice, ya que el paciente como tal y como persona tiene derechos que se deben manejar y proteger adecuadamente.

II.III. Consentimiento Informado

Es una declaración de voluntad en la que previamente antes de aceptar el procedimiento quirúrgico o tratamiento a aplicar, al paciente se le explica de manera adecuada, con el objeto de que este acepte o no su aplicación. Es un acto expreso de voluntad, libre, documentado, donde el paciente anticipadamente acepta lo convenido y explicado por el especialista en el campo de la salud.

El consentimiento informado se apoya en dos principios básicos como lo son: la autonomía de la voluntad y la libertad de todo paciente. Y es que como lo cita el especialista Luis Alberto Kvitko³², si bien durante siglos la práctica médica estaba sustentada en el pilar ético de concepción médico paternalista, la cual guió el accionar médico, actualmente con el advenimiento de nuevos criterios amparados en el Derecho, la práctica de la asistencia médica se fundamenta hoy día en la observación del consentimiento informado.

³² KVITKO (Luis Alberto). **El Consentimiento Informado y la Peritación Médico-Legal**. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Volumen 7(2)-Diciembre 2002 Volumen 8(1)-Junio 2003, Página 77.

Ya que en palabras del Dr. Julio César Galán Cortés citado por Kvitko, el consentimiento informado es una exigencia ética y legal para el médico, y no solo un derecho fundamental del paciente.

Si bien no existe una guía exhaustiva ni criterios de manera unánime en torno a la forma de brindarle información a la persona enferma, es importante que exista una verdadera relación de confianza entre el especialista y el paciente. Ya que el hecho de otorgar información clínica incorpora al paciente dentro de su enfermedad y proceso de recuperación, en la promoción de su salud.

II. IV. Autodeterminación Informativa

El derecho que posee el paciente a la información, se deriva del Derecho Humano a lo que se le conoce como autonomía de la voluntad o a la libre determinación de las personas como seres autónomos.³³

Lo anterior le permite al paciente conocer la información disponible, en un lenguaje adecuado, claro, comprensible acerca de su tipo de patología o enfermedad, diagnósticos y tratamiento terapéutico. Ya que lo que interesa si bien es su bienestar, también es de importancia que el paciente conozca los procedimientos que le atañen acerca de su propia vida.

³³ ARAYA JÁCOME (Nathalie) y VALERIO MONGE (Carlos). **Mecanismos de prevención de mala práctica médica, un enfoque basado en la experiencia costarricense**. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Volumen 7 (2)-Diciembre 2002, Volumen 8 (1)-Junio 2003. Página 29- 30.

Para el especialista Christian Hess, la autodeterminación informativa es la facultad de toda persona para ejercer control sobre la información personal que le concierne, contenida en registros públicos o privados, especialmente los almacenados mediante medios informáticos, según cita el sitio de Democracia Digital.³⁴

Asimismo, manifiesta que el control de la información personal es la más importante faceta de la intimidad en el momento actual, y su defensa el medio más eficaz para proteger la vida privada. Y es que como lo cita Hess, la práctica de recolectar y clasificar información personal no es, desde luego, ni una novedad ni una consecuencia del avance técnico. La formación y funcionamiento de bancos de datos, informatizados o no, es un hecho histórico que actualmente nos acompaña desde el nacimiento hasta la muerte. En efecto, cuando venimos al mundo somos inscritos en el Registro Civil, adonde se hace constar la fecha y hora de nacimiento, así como quiénes son nuestros padres. En ese mismo registro se hará constar luego nuestro matrimonio o matrimonios, el nacimiento de nuestros hijos, nuestras separaciones y divorcios, y -finalmente- la fecha, hora y circunstancias de fallecimiento. En el Registro Público se inscriben -entre otros datos- nuestras propiedades inmuebles y vehículos, las sociedades mercantiles y asociaciones no lucrativas de las que seamos integrantes, las obras literarias sobre las que ostentemos derechos de autor, las marcas y distintivos comerciales de nuestra propiedad, de quién somos apoderados o quiénes son apoderados nuestros, etc.³⁵

El Derecho a la Autodeterminación Informativa se conceptualiza como un derecho personal que es originario, porque nace con el sujeto activo, es subjetivo privado porque garantiza el goce de las facultades del individuo. Además es irrenunciable porque no puede desaparecer por la voluntad y es

³⁴ HESS (Christian). **Derecho a la Intimidad y Autodeterminación Informativa**, Artículo tomado de la página web <http://www.democraciadigital.org/articulos/>

³⁵ idem.

variable, dado que su contenido obedece a las circunstancias en las cuales se desarrolla entre otros aspectos.

Lo anterior significa que, con el establecimiento del derecho a la autodeterminación informativa, se establece los criterios conforme a los cuales se permite el manejo de tales datos, así como que el Estado deberá vigilar la aplicación de tales criterios mediante la entrega en concesión del derecho al procesamiento de datos personales a quienes acepten procesarlos responsabilizándose de vigilar que se respete el derecho a la autodeterminación informativa en los términos de la reglamentación prevista, y quienes manejen tales datos tendrán que participar activamente en las tareas necesarias para proteger los datos personales.

Ahora, esperamos que los representantes de los intereses del libre mercado, entiendan que no se está identificando la protección de los bienes de uso común con una entrega del derecho de propiedad de ellos al Estado.

El Estado se ocupará de proteger los datos personales, no sólo por una necesidad social emergente, no sólo por la obligación de evitar el manejo indiscriminado de bienes de uso común, sino porque además, existirá el interés por que nadie que no sea el individuo mismo, determine el destino de los datos sobre su persona.

Capítulo III

Documentación clínica y sector salud

III.I Expediente Clínico

“El expediente clínico es un documento que contiene toda la información brindada al paciente, siendo la mejor fuente para estudiar la salud de los pacientes, en particular y de su comunidad, así como de la calidad de la atención brindada y de la utilización de los recursos de salud”.³⁶

En palabras del Master Carlos Valerio, abogado y presidente de la Asociación de Derecho Médico de Costa Rica, el expediente clínico tiene una parte de público debido a que reviste un interés público. Ya que puede ser de utilidad para un estudio estadístico, epidemiológico, en fin para conocer el estado de salud de la población.³⁷

De acuerdo con el especialista reviste un interés público puesto que el Ministerio de Salud ente rector que forma parte del Poder Ejecutivo puede solicitar información a los hospitales nacionales sean públicos o privados.

³⁶ ALFARO ARRIETA (Ana), CALVO BOLAÑOS (Luis Adolfo), CASTILLO AZOFEIFA (David) et al. **Expediente Clínico**. Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, Primer ciclo, 2002.

³⁷ Entrevista realizada al Máster Carlos Valerio Monge, Abogado del Área de Calidad de Vida de la Defensoría de los Habitantes y Presidente de la Asociación Costarricense de Derecho Médico, realizado el 27 Noviembre 2004.

Además, sirve como un medio probatorio en un juicio laboral, penal, civil donde puede estar vinculado un médico, un paciente o un enfermero(a).

El Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) define al expediente como:

*“El conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona, y eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento, permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término “expediente de salud”: expediente médico y expediente clínico”.*³⁸

Asimismo, este reglamento indica que el expediente está conformado por los formularios aprobados por la Gerencia de División Médica, (actualmente no existe), y en su caso, por los documentos que se originaren en los procesos de atención en salud que el paciente pudiese recibir externamente a la Caja. Para garantizar su protección, adecuado uso y orden, estos deben mantenerse organizados de acuerdo con el área de atención sea, hospitalización, consulta externa y urgencias.³⁹

Para Juan Camilo Salas Cardona, experto colombiano en ciencias humanas y jurídicas, quien cuenta con experiencia en el campo de la Bioética, la documentación clínica es el proceso de registro ordenado de los procedimientos generados a partir de la práctica clínica, terapéutica o del

³⁸ **Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)**, Tomado de la página web: <http://www.ccss.sa.cr/germen/dtss/diess/document/pdf/reglexp.pdf>

³⁹ idem

desarrollo de protocolos de investigación, soportado de manera física o informática.⁴⁰

El expediente clínico consta de varias partes. La primera de ellas está constituida por toda la información clínica del paciente sean: hojas de referencia, de emergencia, de ingreso, solicitud de examen de laboratorio, exámenes de laboratorio, diagnósticos, exámenes de rayos X, información socio-demográfica acerca del paciente, en fin todos esos datos que hacen referencia a datos privados, particulares, íntimos de las personas, esa es información del paciente. La segunda parte corresponde a los actos médicos sean: evaluaciones, diagnósticos, y criterios médicos entre otros. Según el especialista consultado, en el Derecho Médico Español se considera que esas informaciones le pertenecen al médico. La tercera parte corresponde a datos administrativos que son informaciones hospitalarias y estadísticas que son de interés del hospital. Si bien el expediente clínico es del paciente, la custodia y administración del mismo son del hospital. “Esto significa que el hospital tanto público como privado tienen la obligación de dar resguardo al expediente, de administrarlo adecuadamente, de ubicarlo en un sitio específico y de evitar que terceras personas no involucradas tengan acceso a este”, señala Valerio.⁴¹

De acuerdo con lo anterior, el paciente tiene acceso a su expediente clínico. En principio el médico se lo debe facilitar, sin embargo existen casos específicos donde se debe resguardar para garantizar la seguridad del paciente y de otras personas.

⁴⁰ Charla “**Uso Correcto de la Documentación Clínica**”, actividades precongreso LXVI Congreso Médico Nacional, Auditorio Hospital Clínica Bíblica, 18 de Noviembre del 2004.

⁴¹ Entrevista realizada al Máster Carlos Valerio Monge, Abogado del Área de Calidad de Vida de la Defensoría de los Habitantes y Presidente de la Asociación Costarricense de Derecho Médico, realizado el 27 de Noviembre del 2004

Una investigación realizada por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica en el 2002⁴² señaló que todos los procedimientos así como los actos que se realicen en torno a un paciente deben de quedar anotados en el expediente, desde las notas de consulta externa hasta las emergencias. La pérdida de documentos médicos tales como radiografías o lo que se le conoce como documentos de difícil reposición resultan ser una de las fallas más graves que se conoce con frecuencia.

En ese mismo sentido, tal y como señala ese estudio, revelar la información que consta en un expediente a quien no tiene derecho o interés legítimo para ello, constituye una falla graver al deber del resguardo del secreto profesional, al igual como omitir algún tipo de información o bien hacerlo de manera incompleta. Asimismo el Derecho Administrativo obliga a que como documento de valor y de orden público deba ser administrado y utilizado correctamente. Puesto que al reconocer que el paciente tiene derecho de acceso al expediente clínico se debe aceptar que debe tener acceso a la información más cercana y veraz a la realidad y pueda de esta forma hacer uso de su derecho a la información.

Debido a que es prohibido facilitar originales o copias de documentos contenidos en el expediente sin autorización expresa de la Dirección Médica del establecimiento de salud, del paciente o su representante legal.

Y es que ante la creciente demanda contra diversos profesionales de la salud que se desempeñan dentro de la seguridad social costarricense, se ha visto la necesidad de reglamentar el uso de los expedientes, a fin de garantizar algunas normas que lleven a un mejor entendimiento de la atención brindada al

⁴² ALFARO ARRIETA (Ana), CALVO BOLAÑOS (Luis Adolfo), CASTILLO AZOFEIFA (David) et al. **Expediente Clínico**, Facultad de Medicina, Cátedra de Medicina Legal, Universidad de Costa Rica (UCR), Primer ciclo 2002.

Este estudio realizó un trabajo de campo en el Servicio de Ginecoobstreticia de un Hospital Clase A.

paciente en un determinado momento. Puesto que el objetivo principal es que si el documento es leído tiempo después por diversas personas, pueda ser interpretado y comprendido de la misma forma, que cuando se archivó su información, ya que en la actualidad, los pacientes son atendidos por un equipo multidisciplinario, lo cual indica que las anotaciones sean claras e incluso dependiendo de la situación se deba compartir información sobre el paciente, para garantizar el bienestar de su salud.⁴³

Otro estudio realizado en el 2002 acerca del uso adecuado del expediente clínico, indica que al ser considerado un simple registro es manejado de forma superficial, dejando pasar errores tanto en su forma como en su contenido, sin un orden cronológico, letra ilegible, puesto que nunca se espera una posible demanda por mala práctica médica.⁴⁴

Por lo tanto se debe suministrar información al paciente por medio de los siguientes criterios⁴⁵:

1. La naturaleza de la información (¿En qué consiste, qué se va a hacer?).
2. Objetivos de la intervención (¿Para qué se hace?).
3. Beneficios de la intervención (¿Qué mejoría espera obtenerse?).
4. Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos los derivados de no hacer la intervención.

⁴³ idem

⁴⁴ SALAZAR MARTÍNEZ (Ana), ALVARADO CASTILLO (Danny) et all. **Expediente Clínico**, Curso de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad Internacional de las Américas (UIA), Abril del 2002.

⁴⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad y Consumo. **Información y documentación clínica**. Documento final del grupo de expertos, Madrid, España. Noviembre de 1997.

5. Explicación que lleva al personal de salud a elegir una o no otras intervenciones.
6. Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

III.II Partes del expediente clínico

El expediente clínico se divide en tres partes, la primera está conformado por: datos personales, información sociodemográfica del paciente, exámenes de laboratorio, de rayos X, todos esos datos que hacen referencia a datos privados particulares, íntimos de las personas.

Una segunda parte lo constituye los actos médicos como: evaluaciones, y criterios médicos, mencionó el Máster Carlos Valerio en una entrevista realizada. Y la tercera parte constituye los datos administrativos que son datos hospitalarios, estadísticos que son de interés del hospital.

Para el especialista, el expediente clínico con toda su información es del paciente, pero su custodia y administración es del hospital. Lo que significa que el hospital, tanto público como privado tiene la obligación de dar resguardo al expediente, de administrarlo adecuadamente, de ubicarlo en un sitio específico, de evitar que terceras personas no involucradas tengan acceso a éste.

“En este sentido, la documentación clínica no solo son expedientes médicos, son también hojas de referencia, de emergencia, de ingreso, una solicitud de examen de laboratorio y por supuesto todos los documentos emitidos, así como el consentimiento informado del paciente”, dice el especialista citado anteriormente.

Aunque en principio, el profesional de salud, específicamente el médico debe facilitar el acceso a los expedientes, existen casos donde se debe tratar de resguardar la información, tener confidencialidad, con el fin de garantizar la seguridad del paciente:

- ✓ Casos de privilegio terapéutico: que es un privilegio que posee el médico de no revelar información al paciente de forma oral o escrita cuando considere este que revelando la información puede causar un mal mayor al paciente.
- ✓ Pacientes con VIH/sida: se evita dar información cuando el paciente no posee la capacidad emocional de asimilar la noticia.
- ✓ O bien en casos en que el médico tenga sospechas de que pueda alterar el documento o suprimir información. Ejm: datos delictivos, de alcoholismo, de violencia doméstica o cuando se encuentra que su esposa estuvo reunida en el Departamento de Trabajo Social.

En palabras de Valerio, un ejemplo verídico de esta situación, fue un trabajador del Instituto Nacional de Seguros (INS), el cual tenía acceso a su expediente clínico, arrancó hojas, alteró firmas para incapacitarse constantemente y que la institución le pagara las incapacidades. Por tal motivo se construyó un expediente, robó sellos, formularios para lograr tal fin.

Capítulo IV

Realidad Nacional

IV.I Práctica médica

Durante el pasado LXVI Congreso Médico Nacional realizado en Costa Rica a finales del 2004, por el Colegio de Médicos y Cirujanos, se evidenció la necesidad de que los médicos del país modifiquen su actuar con respecto al manejo y uso adecuado de la documentación clínica. Y es que de acuerdo con el Dr. Luis Carlos Pastor Pacheco, del Hospital México y miembro de la Comisión de Mala Praxis de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), uno de los mayores problemas que se manifiestan en las demandas justamente por iatrogenia o mala práctica médica, es la mala relación médico – paciente. Esto por cuanto los médicos no informan a sus pacientes, no les brindan un consentimiento informado que le explique al paciente todo el tratamiento o bien los exámenes que se le hicieron.⁴⁶

Según el especialista, el médico debe concientizarse sobre la importancia de los documentos clínicos, de llevar un registro tanto en calidad como en cantidad, de contar con una buena relación interdisciplinaria entre el equipo multidisciplinario tratante, de revisar los expedientes y sobre todo de hacer una buena letra.⁴⁷

⁴⁶ LXVI Congreso Médico Nacional, Conferencia Magistral “Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado” a cargo del Dr. Luis Carlos Pastor Pacheco, del Hospital México y miembro de la Comisión de Mala Praxis de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS); del Lic. Ronald Avalos Monge, abogado especialista en Derecho Médico y de la Licda. Ana Gabriela Peña Valle, abogada y notaria pública, realizado del 22 al 26 de Noviembre, Hotel Tryp Corobicí.

⁴⁷ idem

Uno de los mayores problemas que enfrenta actualmente el manejo de estos expedientes clínicos, es la falta de conciencia acerca de su valor, no solo como documento probatorio sino para efectos de investigaciones epidemiológicas, clínicas, terapéuticas entre otros.

De hecho entre los factores que más inducen a error se encuentra el uso inadecuado. Para ejemplificar, el Dr. Luis Carlos Pastor Pacheco señala que muchas veces los médicos reflejan su mala relación interdisciplinaria con otros médicos y ponen en el expediente aspectos que son irrelevantes, absurdos acerca del historial del paciente. Asimismo la falta de una verdadera cronología conduce a diversos errores futuros.

Así lo señaló Juan Camilo Salas en su exposición⁴⁸, por cuanto entre los elementos que debe tener la documentación clínica se encuentra: la secuencia o el orden cronológico, el orden o la coherencia interna, la veracidad con documentos probatorios y la exactitud en el soporte. Pues, como lo indica la investigación de Arrieta, Calvo y otros⁴⁹ todos los procedimientos y los actos que se realicen en torno a un paciente deben de quedar anotados en el expediente, desde las notas de consulta externa hasta las de emergencias. Puesto que la pérdida de documentos médicos tales como radiografías o lo que se conoce como documentos de difícil reposición, resultan ser una de las fallas más graves que se conoce ocurre con frecuencia.

Lo anterior, aunado a la mala letra afecta no solo a la hora de que autoridades de salud necesitan algún dato para un estudio de incidencia y epidemiológico, sino que le quita veracidad y exactitud a lo que dice pues

⁴⁸ Charla “**Uso Correcto de la Documentación Clínica**” actividades precongreso LXVI Congreso Médico Nacional, Auditorio Hospital Clínica Bíblica, realizado el 18 de Noviembre del 2004.

⁴⁹ ALFARO, ARRIETA (Ana), CALVO BOLAÑOS (Luis), CASTILLO AZOFEIFA (David) et al. **Expediente Clínico**, Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. Primer ciclo, 2002.

“parece que nosotros los médicos escribimos para que nadie nos entienda, para que nadie pueda inmiscuirse en nuestros asuntos”, mencionó el Dr. Juan Antonio Ugalde, especialista en Medicina Legal y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.⁵⁰ Para este especialista los médicos “no debemos hacer medicina defensiva” señaló durante uno de los cursos precongreso para el LXVI Congreso Médico Nacional.

Una de las situaciones que se evidenció durante esta actividad es el hecho de que los profesionales del sector salud, independientemente si son médicos generales o especialistas, no revisan muchas veces los expedientes y las hojas de enfermería. “Tal es el caso de un paciente en que se le amputó la pierna derecha y era la izquierda donde se encontraba la patología que señalaba la amputación”, señaló el Master Carlos Valerio.⁵¹

Varias de las consultas realizadas a los especialistas citados anteriormente, es que un número importante de reclamos y demandas ocurren a hechos relacionados con el consentimiento informado. Puesto que el paciente manifiesta que no ha sido informado acerca de su tratamiento, diagnóstico o intervención quirúrgica donde precisaba de su consentimiento, o que se hizo de manera incompleta o deficiente.

De acuerdo con el Lic. Ronald Avalos, Abogado especialista en Derecho Médico, el consentimiento informado es una defensa para el médico y en la actualidad comienza a tener auge, en vista de que los pacientes justamente están más informados.

⁵⁰ Charla “**Uso Correcto de la Documentación Clínica**” actividades precongreso LXVI Congreso Médico Nacional, Auditorio Hospital Clínica Bíblica, realizado el 18 de Noviembre del 2004.

⁵¹ Entrevista realizada al Máster Carlos Valerio Monge, abogado del Área de Salud de la Defensoría de los Habitantes y Presidente de la Asociación Costarricense de Derecho Médico, realizada el 27 de Octubre del 2004.

Cifras señaladas por el Comité de Mala Práctica Médica de la CCSS, mostradas durante el LXVI Congreso Médico Nacional realizado en el 2004, indican que durante el 2002 las cifras de demandas debido a este factor fueron las siguientes según especialidad:

- Gineco-Osbtreticia: 7 demandas
- Cirugía General: 5 demandas

Según estos datos, los servicios de emergencias de los diversos hospitales son los sitios más vulnerables, debido a la existencia de una carga de trabajo.

Ahora durante ese mismo año se registró el número de casos según establecimiento o centro hospitalario:

- Hospital San Juan de Dios: 7
- Hospital de Guápiles: 5
- Hospital México 4

Sin embargo, paralelo a esta situación muchos médicos señalan que desde que la CCSS implementó los denominados “Compromisos de Gestión” el médico se ha tenido que volver más administrativo y menos prestador de servicios, debido a la excesiva carga de trabajo.

Esa es la situación del Servicio de Emergencias de uno de los Hospitales centrales, donde la cantidad de pacientes es bastante alta y todo el personal que ahí labora debe enfrentar desde problemas como falta de camillas y diverso instrumental hospitalario, así como la falta de tiempo para realizar un adecuado registro médico. “Nosotros tenemos algunos datos estadísticos, sin

embargo no manejamos cifras exactas de pacientes traumatizados, debido a que no tenemos tiempo, aquí se pasa corriendo todo el día, tenemos exceso de trabajo esas son las palabras de una especialista* del Servicio de Emergencias de ese hospital.⁵²

Juan Camilo Salas menciona que entre los problemas de tipo práctico en torno a la documentación clínica, es la sobrecarga de trabajo del médico, factor que evita que se pueda lograr y aplicar lo que se conoce como una Buena Práctica Clínica.

Según la Defensoría de los Habitantes en el IX Curso Taller Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) Legislación en Salud, Marco Regulatorio del Acceso a la Salud realizado en el Distrito Federal, México en Setiembre del 2002, un valor inherente a la personalidad del paciente, es que tiene derecho a la intimidad y la protección del derecho a la imagen. Toda información acerca del estado de la salud del paciente, de su condición clínica, del diagnóstico, del manejo y tratamiento, debe ser de carácter confidencial, aún después de fallecida la persona. Puesto que la tutela del derecho a la intimidad implica para todo el personal sanitario y parasanitario que intervenga en el centro o establecimiento hospitalario, un respeto absoluto a la confidencialidad del proceso de prevención y restablecimiento de la salud de la persona.

Por su parte la Dra. Grettchen Flores Sandí, especialista, quien trabaja en Consulta Externa de la Clínica de Medicatura Forense⁵³, el 95% del programa que reciben los médicos es patología, hay poca clínica, “no hay un

⁵² Entrevista realizada a la Especialista de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, realizada el 26 de Noviembre del 2004. Se guarda la identidad de la entrevistada.

⁵³ Entrevista realizada a la Dra. Grettchen Flores Sandí, coordinadora del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Costa Rica, quien trabaja en la Consulta Externa de la Clínica de Medicatura Forense, el 03 de Junio del 2005.

curso formalizado para capacitar en estos aspectos, de derechos de los pacientes”, indica. Lo cual ocasiona que al salir y desempeñarse como médico, este se ve en la necesidad de ajustarse a lo establecido, aunque el ambiente este “por decirlo así contaminado”, puesto que no se predica con el ejemplo.

Para la especialista, existe un desconocimiento de procedimientos por parte de diversos profesionales del sector salud, aunado al manejo del estrés, el cansancio y la carga de trabajo, factores que inciden en una inadecuada práctica en torno al manejo de documentación clínica. “Imagínese que hace poco atendiendo un caso que vino a nuestra consulta, el expediente venía en otro idioma, específicamente escrito en inglés, ¿Cómo es posible?”, menciona.

Más aún cuando la adecuada información que se le brinda al paciente es una garantía de promover las buenas relaciones y prácticas clínicas.

“La información al paciente puede asumir las formas de comunicación verbal, no verbal, y/o escrita entre el paciente y el personal de salud. La combinación balanceada y el empleo adecuado de estos tipos de comunicación con el paciente garantizan el éxito de la relación entre las partes involucradas y hacen óptima la prestación del servicio. De hecho, son muchos los estudios que muestran que los pacientes desean ante todo una buena relación y una comunicación eficaz con sus médicos, lo que produce en ellos, cuando se da, una gran satisfacción con los cuidados médicos que reciben, satisfacción que ayuda poderosamente a reducir la ansiedad y el estrés en el enfermo (...)”⁵⁴

⁵⁴ ARAYA JÁCOME (Nathalie), VALERIO MONGE (Carlos José). “**Mecanismos de Prevención de Mala Práctica Médica, Un Enfoque Basado en la Experiencia Costarricense**”. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Volumen 7(2) Diciembre 2002, Volumen 8(1) Junio 2003. Página 30.

Según ellos, la protección a la confidencialidad de los pacientes se ve amenazada debido a la dinámica hospitalaria de la época actual, así como por la efectividad y la agilidad de las comunicaciones por medios informáticos que han sido puestos en práctica.

De hecho como parte de los programas de Educación Médica Continua que realizan los médicos, a la hora de analizar casos clínicos específicos o bien someterlo a una publicación científica, éstos toman fotos de sus pacientes sin tener ellos conocimiento de si les tomaron fotografías y sin saber su uso. Puesto que si bien ellos atendieron x caso, la imagen de los pacientes se debe salvaguardar ante todo momento.

IV.II Casos específicos

Según el expediente No.1657-2503 de la Defensoría de los Habitantes, el Viernes 23 de Abril del 2004, se recibió una denuncia en donde se manifiesta que el día 08 de Marzo de ese mismo año, se presentó una queja ante dos médicos de un hospital de provincia, debido a que uno de los ofendidos señala que en el Servicio de Urgencias del hospital se difundió una información acerca del diagnóstico de sus familiares afectados, quienes son portadores del VIH/sida, lo cual les ocasionó diversos problemas con sus actividades comerciales, debido al diagnóstico actual de su hija y nieto, pues se divulgó una información que les afectó.

En este sentido, si bien el establecimiento de salud señaló no haber violentado los derechos de los pacientes en ningún momento, la Defensoría de los Habitantes señaló que los conflictos que se generan entre los derechos y los intereses individuales y colectivos cobran fuerza cuando están relacionados

con el tema del VIH/sida. Pues, por un lado están los intereses de los trabajadores de la salud frente al derecho a la atención integral de los pacientes; mientras que por otro, está el derecho de una persona de conocer si su pareja está infectada, de frente al derecho a la vida privada del mismo enfermo.

Asimismo indicó que en cuanto al tema del derecho a la confidencialidad de la persona que sufre de esta enfermedad y la relación del secreto profesional del trabajador de la salud, constituye uno de esos conflictos entre derechos y deberes. Que puede ser resuelto si se hace en armonía con el resto del ordenamiento jurídico, el respeto por los derechos humanos y el interés de la protección de la salud pública.

Más aún, cuando en el país las implicaciones legales del VIH/sida se encuentran reguladas de manera puntual mediante la Ley General del VIH/sida, Ley No. 7771 del 20 de Mayo de 1998, donde el principio del respeto por la confidencialidad del diagnóstico por VIH/sida fue establecido por primera vez en la Primer Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas que se realizó en Ginebra, Suiza en 1989.

“Las recomendaciones internacionales de los organismos de Derechos Humanos y de la Organización Mundial de la Salud han sido enfáticas en establecer que el derecho a la confidencialidad del paciente debe respetarse en el ambiente hospitalario. Dichas recomendaciones internacionales han pretendido conciliar el conflicto que se plantea entre el derecho a la confidencialidad de la información relacionada con el paciente y el deber del secreto profesional del trabajador de la salud. El respeto a la vida privada y la intimidad del paciente implica en primer lugar no ir más allá de lo estrictamente imprescindible en la exploración médica para elaborar un

diagnóstico correcto, pero sobre todo alude directamente al correlativo deber de confidencialidad de la información del paciente al secreto profesional del médico”. Este deber se extiende a todo lo relativo a los resultados de las exploraciones y pruebas, así como al diagnóstico, pronóstico y a la enfermedad misma y, al tratamiento del paciente; incluso al acto mismo de la hospitalización. Si es solicitado por el paciente, el secreto puede incluso alcanzar también a guardar la confidencialidad frente a sus familiares. Puede incluso extenderse la confidencialidad en casos de las historias clínicas y la protección de la imagen del paciente en publicaciones.⁵⁵

Según el informe de la Defensoría de los Habitantes, no importa el rango o función de los profesionales de la salud, todos están obligados a respetar el derecho a la confidencialidad, además todas las personas tienen derecho a ser protegidos contra las interferencias ilegales o arbitrarias, puesto que es un deber de los Estados el proteger este otro derecho fundamental. Asimismo señalan con respecto a la privacidad y la confidencialidad:

(...)”Se requiere que la información personal o clínica, conocida por trabajadores médicos o sociales no sea revelada ni utilizada por terceras personas sin el consentimiento de la persona implicada, a menos que sea en estricta conformidad con las previsiones internacionales en Derechos Humanos y con los protocolos de ética profesional. En el contexto del VIH/sida, la vigencia de los derechos a la intimidad y a la vida privada, que han sido probablemente los más repetidamente ignorados en el ámbito hospitalario, debe ser considerada con especial cuidado. “(...)”⁵⁶

Es por ello, que después de analizar todo el tema citado, la Defensoría de los Habitantes recomendó a la Dirección Médica del Hospital: obtener la asesoría legal correspondiente para iniciar un procedimiento de investigación

⁵⁵ Informe Final con Recomendación. **Expediente No. 16757 –25 –03**, Defensoría de los Habitantes.

⁵⁶ idem

por posible violación al derecho a la vida privada en perjuicio de los pacientes y familiares involucrados en este caso; establecer las medidas correctivas, así como los posibles incumplimientos a la Ley General del VIH/sida y por último continuar fortaleciendo la capacitación y sensibilización al personal sanitario sobre el VIH/sida.

Otro de los casos fue el que señala el Expediente No. 15369-003-23, del 29 de Julio del 2003, donde en un hospital central perdieron el expediente del hijo, la madre puso la denuncia ante la Defensoría de los Habitantes. Según en la denuncia, la señora denunciante vio el expediente por última vez el 05 de Marzo en la Jefatura de Medicina, pues ella salía del país el 10 de ese mes con su hijo para que recibiera un tratamiento médico en el exterior. La Señora que llamaremos Edna*(nombre ficticio para guardar identidad) solicitó una explicación ante la pérdida, a lo cual uno de los jefes del hospital señaló “que era normal, que siempre pasa y que no podía ayudarlo”. Si bien adjuntaron a otra carpeta las hojas de las consultas que el joven había tenido, los afectados necesitaban el expediente con el historial médico completo, debido a que el joven, padece una enfermedad neurológica seria, (Una lesión cerebral talámica la cual le produce trastornos). Ella necesitaba que la Defensoría interviniera debido a que el hospital sólo le indicó que no podían hacer nada y que estaba perdido, cosa que la interesada no acepta puesto que señala que es necesario contar con el expediente de su hijo y es un derecho que tiene, siendo además que debía volver a salir del país a que su hijo obtuviera la atención médica que requería en el mes de setiembre del 2003. Además, de que manifiesta de que se deben sentar responsabilidades y no asumir una actitud tan irresponsable.

Una vez admitida la queja para su investigación y estudio, se le solicitó al Director Médico del Hospital, la presentación del informe de ley, quien informó lo siguiente:

“En respuesta a su oficio No. XXXX sobre denuncia interpuesta por la Sra. Edna(nombre ficticio para guardar identidad), por pérdida del expediente clínico de su hijo, me permito adjuntar oficio No.XXXX donde el Sr.XXXX, Jefe Archivo y Microfilm pidió disculpas por los inconvenientes que ocasionó la pérdida del mismo, mismas que fueron aceptadas por la Sra. Edna”.⁵⁷*

Ante lo anterior, la Defensoría de los Habitantes indicó que no basta con ofrecer disculpas por la pérdida de un documento clínico, pues los hechos manifestados responden claramente a un deficiente empleo de la documentación clínica, a la forma mediante la cual se manipula la información de las personas en los hospitales nacionales. Y es que como lo señala la Defensoría en este informe, el empleo adecuado y la conservación de la información que consta en un expediente clínico responden, por lo tanto, a los intereses de la persona titular de la información. En consecuencia, ésta debe ser recogida de manera suficiente y adecuada que permita, hasta donde sea posible, la identificación e individualización de las personas.

Por lo tanto esta entidad recomendó a la Dirección Médica de ese hospital iniciar una investigación administrativa para determinar las causas y la o las personas responsable de la pérdida de expediente del joven e informar al respecto a esta Defensoría; reparar los daños causados al paciente y a su madre por los inconvenientes que pudo haber ocasionado la pérdida del expediente clínico y cumplir con las disposiciones legales que regulan el uso del expediente clínico con el fin de prevenir pérdida de este tipo de documentos.

⁵⁷ Informe Final con Recomendación. **Expediente No. 16757 –25 –03**, Defensoría de los Habitantes.

Un trabajo de campo realizado por estudiantes de medicina⁵⁸ en Abril del 2002, cuyo objetivo era medir la importancia que reviste el empleo correcto de la documentación médica, realizado en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios (Sala Alto Riesgo, Sala de Parto y Sala de Labor) por medio del análisis de 50 hojas de referencia de pacientes, arrojó que un 46% no contenía la fecha, un 66% no contenía la fecha de nacimiento, un 96% no contenía nombre de la madre y el padre, un 100% no contenía ni hora ni fecha de la cita, ni consultorio. Asimismo, un 96% no contenía la firma responsable que solicita y un 100% firma responsable que concede. Además un 96% no contenía la terapéutica empleada ni la incapacidad ni el visto bueno del jefe médico entre otros aspectos.

IV.III Venta de Datos (caso Banco Popular)

Durante el mes de enero del 2004, salió a la luz pública información acerca de una empresa que vende informes médicos de costarricenses.⁵⁹ Según esta información la empresa Ceroriesgo Información Crediticia Digitalizada S.A. ofrece dentro de sus servicios por internet la posibilidad de obtener diversos datos acerca de los antecedentes de salud y enfermedades actuales de los ciudadanos costarricenses.

Estos reportes permiten a sus afiliados conocer si la persona investigada tiene o tuvo enfermedades como cáncer, diabetes, epilepsia, úlceras, enfermedades cardíacas y asma entre otras patologías. Incluso se detalla en algunos casos el tipo sanguíneo del investigado y si éste consume medicamentos o tiene algún determinado vicio.

⁵⁸ SALAZAR MARTÍNEZ (Ana), ALVARADO CASTILLO (Danny) et al. **Expediente Clínico**. Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad Internacional de las Américas (UIA), Abril del 2002.

⁵⁹ RIVERA (Ernesto). “**Empresa vende informes médicos de costarricenses**”, Sección Nacionales, Periódico La Nación, 29 de Enero del 2004.

En ese momento, el Director de la Escuela Judicial del Poder Judicial, Alfredo Chirino Sánchez, señaló que divulgar información médica de terceros podría violar la normativa constitucional y los reglamentos de la Caja Costarricense del Seguro Social⁶⁰. Asimismo, manifestó que las empresas que puedan tener información médica y la divulguen por medio de base de datos están fuera de la ley. “Ni siquiera el médico puede divulgarla” señaló el especialista en derecho.

Sin embargo el interés por el manejo de datos médicos no es nuevo, durante el 2003, específicamente el 6 de junio el Banco Popular y de Desarrollo Comunal promovió una licitación pública (009-2003) donde anunciaba la necesidad de contratar una empresa capaz de brindar entre otros servicios, información médica sobre los posibles interesados en un crédito. Si bien la iniciativa no prosperó debido a la oposición que se dio, una empresa que también brinda información crediticia Teletec, se manifestó negativamente puesto que la información sobre la salud es estrictamente privada, propia de la intimidad de los ciudadanos y que su divulgación por parte de terceros podría ocasionar discriminaciones ilegales.⁶¹

Lo anterior originó una serie de debates, debido a lo que el inadecuado uso de estos datos puede provocar. De hecho, para el presidente de la Asociación de Personas Viviendo con VIH/sida, quien quiso mantenerse en el anonimato, señaló en esa publicación y por diversos medios de comunicación su preocupación porque la difusión de datos médicos puede provocar la discriminación de personas afectadas por esa enfermedad. Pese a que la Ley General del Virus de Inmunodeficiencia Humana- Sida (VIH/sida) señala que la confidencialidad es un derecho fundamental de los portadores del virus.

⁶⁰ idem

⁶¹ RIVERA (Ernesto). “**Protección al crédito**”, Sección Nacionales, Periódico La Nación, 29 de Enero del 2004

Desde hace tiempo existe en la Asamblea Legislativa un proyecto de ley que busca brindar protección a los datos personales. Este plan fue redactado conjuntamente por el especialista en derecho Alfredo Chirino Sánchez y el letrado de la Sala Constitucional y especialista también en derecho Marvin Carvajal. Este proyecto señala que los datos sensibles son todos aquellos como la información médica, las inclinaciones sexuales, las convicciones religiosas, el origen racial y los antecedentes delictivos. Asimismo propone crear una agencia para la protección de los datos personales, que velaría por el manejo de estos datos así por que se cumpla la adecuada protección de los datos que se encuentren en archivo.⁶²

⁶² RIVERA (Ernesto). “**Empresa vende informes médicos de costarricenses**” “**Datos sensibles**”, Sección Nacionales, Periódico La Nación, 29 de Enero del 2004.

Capítulo V

Regulación existente

Es importante destacar que en nuestro país no existe una regulación específica que defina los criterios, mecanismos y sanciones para el manejo de los datos personales de la población en general.

Si bien existe un proyecto de ley para regular todo lo relacionado con el manejo de datos y lo que se conoce como “Habeas Data” la regulación a nivel normativo es insuficiente, ya que la información en materia de datos esta regulada por la Ley del Sistema Nacional de Archivos No. 7202. Por su parte la Caja Costarricense del Seguro Social ha emitido regulaciones a nivel interno en materia de autodeterminación informativa, es poco utilizada.

V.I Legislación existente

LEY DEL SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS No. 7202

ARTÍCULO 2.- La presente ley y su reglamento regularán el funcionamiento de los órganos del Sistema Nacional de Archivos y de los archivos de los poderes Legislativo, Judicial y Ejecutivo, y de los demás entes públicos, cada uno con personalidad jurídica y capacidad de derecho público y privado, así como de los archivos privados y particulares que deseen someterse a estas regulaciones.

ARTÍCULO 3.- Todos los documentos con valor científico-cultural son bienes muebles y forman parte del patrimonio científico-cultural de Costa Rica. La determinación del valor científico-cultural del documento corresponderá a la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos. Se consideran de valor científico-cultural aquellos documentos textuales, manuscritos o impresos, gráficos, audiovisuales y legibles por máquina que, por su contenido, sirvan como testimonio y reflejen el desarrollo de la realidad costarricense, tales como: actas, acuerdos, cartas, decretos, informes, leyes, resoluciones, mapas, planos, carteles, fotografías, filmes, grabaciones, cintas magnéticas, “diskettes”, y los demás que se señalen en el reglamento de esta ley.

ARTÍCULO 4.- Los documentos que se consideren de valor científico-cultural deben ser custodiados en los diversos archivos administrativos públicos del país. Una vez cumplidos los plazos de remisión, serán transferidos a la Dirección General del Archivo Nacional.

ARTÍCULO 5.- Los documentos de valor científico-cultural son de interés público y no podrán salir del territorio nacional sin la previa publicación de un decreto que lo autorice. Quienes infrinjan la presente ley mediante exportación ilegal de estos documentos, serán penados con una multa de diez a cincuenta mil colones, si el hecho no configurare un delito sancionado con pena mayor. Lo recaudado por concepto de estas multas pasará a engrosar los fondos de la Junta Administrativa del Archivo Nacional.

ARTÍCULO 8.- Los documentos producidos en las instituciones a las que se refiere el artículo 2 de la presente ley, como producto de su gestión, cualquiera que sea su soporte: papel, película, cintas, “diskettes”, serán propiedad de esas instituciones durante su gestión y su permanencia en los respectivos archivos centrales, salvo lo dispuesto en el artículo 53 de esta ley. Ninguna persona, funcionario o no, podrá apropiarse de ellos. Posteriormente formarán parte del fondo documental que custodia la Dirección General del Archivo Nacional.

ARTÍCULO 9.- Si algún funcionario público o cualquier particular transgrediere las disposiciones del artículo anterior, será sancionado de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 208 y 209 del Código Penal. En cualquier caso, además, se le obligará a devolver los documentos.

ARTÍCULO 10.- Se garantiza el libre acceso a todos los documentos que produzcan o custodien las instituciones a las que se refiere el artículo 2 de esta ley. Cuando se trate de documentos declarados secreto de Estado o de acceso

restringido, perderán esa condición después de treinta años de haber sido producidos, y podrán facilitarse para investigaciones de carácter científico-cultural, debidamente comprobadas, siempre que no se irrespeten otros derechos constitucionales.

ARTÍCULO 39.- Son archivos administrativos públicos, los archivos de gestión y los archivos centrales. Los de gestión son los archivos de las divisiones, departamentos y secciones de los diferentes entes a que se refiere el artículo 2 de la presente ley, encargados de reunir, conservar, clasificar, ordenar, describir, seleccionar, administrar y facilitar la documentación producida por su unidad, que forme su prearchivalía y que deba mantenerse técnicamente organizada. Los archivos centrales, son unidades que igualmente cumplirán las funciones antes descritas, en la archivaría que organicen, en la que centralizarán la documentación de todo el ente.

ARTÍCULO 40.- La prearchivalía consistirá en la documentación que se encuentre en gestión, en las diferentes unidades o secretarías de las instituciones productoras y se organizará de acuerdo con los principios de procedencia y orden original y otros lineamientos que dicte la Junta Administrativa del Archivo Nacional o la Dirección General del Archivo Nacional. Usualmente comprende documentos producidos en los últimos cinco años.

La archivaría es aquella documentación que ha finalizado su trámite administrativo, y es conservada, organizada y facilitada en los archivos centrales de las instituciones y en el archivo intermedio. A éstos llega por transferencia de los archivos de gestión y de los archivos centrales, respectivamente, y por lo general comprende documentación con menos de treinta años de haberse originado.

ARTÍCULO 41.- Todas las instituciones deberán contar con un archivo central y con los archivos de gestión necesarios para la debida conservación y organización de sus documentos, lo que deberá hacer, salvo normativa especial, de acuerdo con las disposiciones de esta ley, su reglamento y las normas de la Junta Administrativa del Archivo Nacional, de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos y de la Dirección General del Archivo Nacional.

V.II Regulación en el sector salud

La Caja Costarricense del Seguro Social es la entidad que ha emitido una serie de regulaciones: leyes y reglamentos en diversos temas de los cuales se ha tenido que extraer aquellos artículos y disposiciones que se refieren al tema de la confidencialidad en el uso de información de los pacientes. Sin embargo, a pesar que el Ministerio de Salud es el ente rector del sector no fue posible identificar ninguna regulación específica emitida por esta entidad.

Es interesante analizar la Ley General de Salud, que es la regulación marco de todo el sector en la que se señala que es obligación de toda persona física o jurídica proporcionar los datos que se requieran para elaborar las estadísticas que manejan en el Ministerio de Salud. Sin embargo, en esta ley no se establece ninguna disposición referida al manejo, confidencialidad y respeto por la dignidad humana con que se debe manejar dicha información.

Asimismo, el Reglamento del Sistema de Atención Integral, el Reglamento de Deberes y Derechos de las personas usuarias y el Reglamento del Sistema de Atención Integral a través del Médico de Empresa, señalan como parte de los derechos de los usuarios-pacientes el tener acceso al expediente clínico, así como contar con una copia del mismo, señalan además el carácter confidencial de los expedientes y la historia clínica, tanto en lo que se refiere a los detalles de la enfermedad tratada como de la terapéutica utilizada. Cabe decir, que establecen una excepción en casos que por razones de garantizar la seguridad del paciente y la salud pública es necesario dar a conocer los detalles de determinada patología.

Estas regulaciones señalan el derecho que poseen los pacientes de contar con una información clara, veraz y precisa sobre la enfermedad y los tratamientos suministrados o bien que les suministrarán y plantea la necesidad de que los pacientes brinden el consentimiento necesario para que su caso sea utilizado para un estudio, investigación clínica o bien a nivel de docencia.

En este sentido, los establecimientos de salud por medio de convenios que establecen con las universidades, permiten ejercer una docencia tanto teórica como práctica que facilite la implementación y asimilación de conocimientos. Sin embargo, en este ejercicio docente muchas veces los derechos de los pacientes a la confidencialidad y el consentimiento informado no es considerado en toda su dimensión. Si bien se busca garantizar y mejorar la calidad de vida del paciente, debe privar ante todo el derecho del paciente a decidir y conocer la información médica en la promoción de su salud, como mayor interesado en su recuperación o proceso terapéutico, puesto que se busca proteger la vida, y el respeto por la dignidad. En el caso, de la docencia, el acceso a los expedientes está abierto para que lo revise cualquier persona del grupo que participa de las rondas y supervisiones médicas dirigidas, aunque no se tomen los casos para un análisis posterior. Los reglamentos citados claramente señalan el derecho de los pacientes de acceder a su expediente clínico, la confidencialidad, el derecho a informarse y obtener al consentimiento informado a pesar de que la poca regulación indica una cosa y la práctica diaria señala otra.

Por eso se mencionan, dos regulaciones que de manera más concreta establecen la necesidad de proteger y resguardar la confidencialidad de los pacientes en torno a su manejo de datos, estos son el Reglamento de Seguridad Radiológica y el Reglamento a la Ley General del VIH/sida. Paralelamente se citan dos regulaciones más que si bien no se refieren directamente a la información clínica, tienen relación directa con el manejo de

información institucional. El Código de Ética de los funcionarios de la CCSS y el del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Dentro de los diversos principios que plantea el Código, el primero de ellos citado anteriormente, resalta el tema de confidencialidad en el cual señala que:

“El servidor de la Caja está obligado a guardar discreción y reserva sobre los documentos, hechos e informaciones a las cuales tenga acceso y conocimiento como consecuencia del ejercicio o con motivo del ejercicio de las funciones, independientemente de que el asunto haya sido calificado o no como confidencial por el superior, salvo que esté autorizado para dar información sin perjuicio del derecho de información del administrado, ejercido conforme el ordenamiento jurídico vigente o bien, cuando el contenido del documento e información no implique ocultamiento de un hecho ilegítimo que pueda acarrear responsabilidad administrativa, penal y/o civil”.

Finalmente, es necesario resaltar la moción presentada por la Diputada Kira de la Rosa y otros legisladores para incluir dentro de las reformas al Código Penal un artículo relativo a la utilización indebida de información privilegiada, el cual ha sido redactado de la siguiente manera:

“Quien valiéndose de su cargo en la función pública utilice protocolos o expedientes médicos o sociales de pacientes o usuarios, para ubicar, reclutar o contactar sujetos para la experimentación para la aplicación de medicamentos, fármacos, sustancias o técnicas, u otros proyectos de salud que les signifique beneficio económico a ellos sus cónyuges o convivientes o sus parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, será sancionado con prisión de uno a tres años”.

LEY GENERAL DE SALUD No. 5395

ARTÍCULO 5.- Toda persona física o jurídica, está obligada a proporcionar de manera cierta y oportuna los datos que el funcionario de salud competente le solicite para los efectos de la elaboración, análisis y difusión de las estadísticas vitales y de salud y demás estudios especiales de administración, para la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario hacer para el oportuno conocimiento de los problemas de salud y para la formulación de las medidas de soluciones adecuadas.

ARTÍCULO 6.- Todo habitante del país que no está, justamente impedido, tiene la obligación de concurrir al llamamiento de las autoridades sanitarias para declarar en cualquier asunto relacionado con la salud pública. Asimismo debe prestarles auxilio cuando fuere requerido por la autoridad competente.

REGLAMENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS

PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PÚBLICOS Y PRIVADOS

ARTÍCULO 2.- Derechos

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazarla la intervención en tal situación.

k) Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.

l) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.

ñ) Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.

ARTÍCULO 4.- Deberes

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes deberes:

c) Responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no sigan las instrucciones de su proveedor del cuidado médico.

ARTÍCULO 5.- Creación de la Auditoría General de Servicios de Salud

Créase la Auditoría General de Servicios de Salud, como órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud. Su objetivo será asegurar que se cumplan las disposiciones de la presente Ley y se promueva el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud deberá tomar las provisiones presupuestarias requeridas, a fin de que la Auditoría cuente con el personal y los recursos necesarios para la ejecución de sus objetivos y el desempeño de sus funciones.

Las instituciones y los establecimientos de salud bajo la competencia de la Auditoría General de Servicios de Salud, deberán adoptar las provisiones presupuestarias y económicas necesarias con el propósito de atender efectiva y eficientemente las medidas resultantes del ejercicio de las funciones encomendadas a dicha Auditoría. Será responsabilidad del respectivo jerarca, gerente o administrador el incumplimiento de las medidas que en definitiva se adopten.

En los hospitales desconcentrados de la Caja Costarricense del Seguro Social, le corresponderá al director de cada establecimiento el manejo y la gestión del presupuesto que, anualmente, le asigne el nivel central, de conformidad con la normativa aplicable. Las modificaciones externas podrán tramitarse directamente ante la Contraloría General de la República, previo cumplimiento de los procedimientos previstos por los reglamentos internos de la institución.

ARTÍCULO 9.- Funciones

Son funciones de la Auditoría General de Servicios de Salud:

- a) Proponer al Poder Ejecutivo programas para el mejoramiento de los servicios de salud, de conformidad con los principios y objetivos de esta Ley.
- b) Emitir las normas técnicas y las disposiciones para regular el funcionamiento de las contralorías de servicios de salud.
- c) Desarrollar estrategias apropiadas para solucionar las quejas de los usuarios.
- d) Establecer, por medio de mecanismos adecuados, las principales deficiencias o violaciones a las disposiciones de esta Ley y elaborar las recomendaciones y sugerencias a los responsables de los servicios, para subsanarlas.
- e) Asegurar la difusión y el conocimiento de los derechos y las responsabilidades de los pacientes.
- f) Examinar y aprobar los informes semestrales sobre las denuncias recibidas y las resoluciones emitidas por cada una de las unidades locales.
- g) Rendir un informe anual, ante el Ministerio de Salud, sobre sus actividades y remitir una copia a la Asamblea Legislativa.
- h) Dar seguimiento a sus recomendaciones y resoluciones.
- i) Ejercer las funciones que le correspondan de acuerdo con las leyes y los reglamentos aplicables.

ARTÍCULO 10.- Contralorías de servicios de salud

Cada centro de salud, hospital, público o privado, y cada clínica, pública o privada, tendrá una contraloría de servicios de salud, la cual deberá contar con los recursos necesarios para el cumplimiento adecuado de sus funciones. Como excepción, la Auditoría General de Servicios de Salud podrá disponer, por vía reglamentaria o disposición singular, los casos en que no se justifique la existencia de una contraloría de servicios de salud.

Las contralorías ejercerán sus funciones con independencia funcional y de criterio, respecto del jerarca y los demás órganos de la administración activa. Por ello, no deberán realizar funciones ni actuaciones de administración activa, excepto las necesarias para cumplir con sus propias funciones.

ARTÍCULO 12.- Funciones de las contralorías de servicios de salud

Corresponde, principalmente, a las contralorías de servicios de salud:

- b). Informar y orientar oportunamente a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, así como sobre la organización, el funcionamiento, la prestación de los servicios y demás trámites administrativos que sean de su interés.
- c). Llevar un registro de las reacciones de los pacientes frente a los servicios, que permita medir el grado de avance en el logro de los cometidos de mejoramiento continuo de la calidad.
- d). Elaborar informes semestrales sobre las denuncias recibidas y las resoluciones emitidas.
- f). Recibir las quejas o denuncias por violación a los derechos del paciente, para ser encausadas.
- g). Realizar las investigaciones internas preliminares, de oficio o a solicitud de parte, sobre fallas en el servicio o violaciones a los derechos del paciente. Cuando el reclamo implique peligro para la salud del paciente, se procederá a la presentación de una reconsideración, in situ, del jerarca de la institución o del servicio.
- h). Remitir el expediente de los casos probados y graves o las omisiones, para el procedimiento administrativo respectivo.
- i). Cumplir las normas técnicas y las disposiciones emitidas por la Auditoría General de Servicios de Salud y las del ordenamiento jurídico.
- j). Velar permanentemente por que se cumplan las disposiciones de la presente Ley.

ARTÍCULO 13.- Potestades de las contralorías de servicios de salud

Las contralorías de servicios de salud, para cumplir sus funciones, tendrán las siguientes potestades:

- a). Libre acceso, en cualquier momento, a todos los libros, archivos y documentos de la entidad, así como a otras fuentes de información relacionadas con su actividad.
- b). Solicitar a cualquier funcionario o empleado, en la forma, las condiciones y el plazo que estimen convenientes, los informes, datos y documentos necesarios para el cabal cumplimiento de sus funciones.
- c). Solicitar a funcionarios y empleados, de cualquier nivel jerárquico, la colaboración, el asesoramiento y las facilidades que demande el ejercicio de la contraloría de servicios de salud.

d).Cualesquiera otras necesarias para el cumplimiento de sus deberes, de acuerdo con el ordenamiento jurídico y las normas y disposiciones emitidas por la Auditoría General de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 14.- Presentación de reclamos

Cualquier persona física o jurídica que se considere agraviada o violentada en sus derechos, podrá interponer los reclamos correspondientes sin discriminación alguna. Deberán ser presentados de inmediato o, a más tardar, dentro de los cinco días hábiles siguientes al hecho que los originó, salvo cuando el afectado se encuentre internado; en tal caso, el plazo comenzará a correr a partir de su egreso del centro de salud.

El reclamo o la denuncia podrá ser presentado por escrito o verbalmente, por el ofendido o por un tercero a solicitud de aquel, con los datos que permitan identificar al afectado, su domicilio para notificaciones, los hechos o las omisiones que motivan su reclamo, con indicación de las personas o dependencias involucradas y cualquier referencia a elementos de prueba. El afectado podrá pedir reserva de su identidad y la Auditoría deberá respetar este deseo en el tanto que, de no hacerlo, pueda afectarlo en cuanto a la continuidad y seguridad del servicio requerido.

Recibido el reclamo o la denuncia, la Auditoría procederá a realizar una investigación preliminar sumaria, con audiencia a las partes afectadas. Cuando la queja o denuncia involucre la acción u omisión de un funcionario, se le dará audiencia a este para que presente su descargo.

La resolución deberá dictarse en un plazo máximo de ocho días, contados a partir de la presentación de la queja o del inicio del proceso, si es de oficio. Deberá ser notificada por escrito al reclamante, si es interpuesta por un usuario.

ARTÍCULO 15.- Resolución de denuncias o reclamos

La denuncia o el reclamo se desestimarán cuando la investigación preliminar no se determine una violación a los derechos del paciente.

Cuando la investigación determine que existe causal suficiente para un procedimiento administrativo, el expediente se remitirá al superior jerárquico para la apertura del procedimiento y la determinación de las posibles sanciones, de conformidad con el reglamento interno de la institución de que se trate y la legislación laboral vigente.

ARTÍCULO 16.- Obligación de colaborar e informar

Para todos los efectos legales, la desatención injustificada de los requerimientos de colaboración e información, presentados por las contralorías locales, por parte de los funcionarios de la institución respectiva, se considerará falta grave.

ARTÍCULO 17.- Acreditación de centros de salud privados

Los servicios de salud privados deberán contar con una acreditación que emitirá el Ministerio de Salud, el cual fijará los requisitos para tal efecto.

ARTÍCULO 18.- Deber de coordinación

Las contralorías de servicios y la Superintendencia de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social coordinarán sus actividades con la Auditoría General de Servicios de Salud. Esta última podrá requerir copia de las denuncias, las quejas, los reclamos o las gestiones que las primeras reciban de los usuarios, y se relacionen con los propósitos y fines de esta Ley. Además, deberán seguir los lineamientos de dicha Auditoría, sin perjuicio de los mecanismos de tutela internos previstos por la Institución.

ARTÍCULO 19.- Reglamento

El Poder Ejecutivo reglamentará esta Ley en un plazo de noventa días a partir de su publicación.

TRANSITORIO ÚNICO.- El Reglamento de esta Ley determinará el procedimiento y el plazo para que la Auditoría General de Servicios de Salud implemente las contralorías de servicios de salud, en los principales hospitales y clínicas del país. La implementación de tales contralorías deberá realizarse en un plazo máximo de seis meses a partir de la publicación del Reglamento. La Caja Costarricense del Seguro Social adoptará las medidas que se requieran con el propósito de dar cumplimiento a lo ordenado en esta Ley.

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL

Capítulo III Derechos y Obligaciones

ARTÍCULO 9°.- Obligaciones de los Profesionales

Sin perjuicio de lo pactado en la relación contractual fijada entre los profesionales y el asegurado, se considera que estos profesionales deben brindar servicios de Atención Integral de Salud a las personas de acuerdo al ordenamiento jurídico previsto al respecto, así también conforme con los lineamientos institucionales establecidos y de aquellos que en un futuro decida en materia de atención directa a las personas, prescripción de medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete.

El profesional tiene la obligación de llevar un expediente médico individual único de los pacientes que atiende, anotando en él todos los datos de interés, según las normas que rigen el uso de expediente clínico en el ámbito institucional (Artículo No. 1 del Reglamento del Expediente de Salud de la C.C.S.S.)

Dicho expediente estará sujeto a la evaluación por parte de la Caja, respetando el derecho privado de confidencialidad del usuario.

Cabe señalar que las referencias que se emitan a otras unidades de mayor complejidad deberán contar con todos los datos necesarios, incluyendo los tratamientos empleados recientes o anteriores, con el fin de que los profesionales de los respectivos centros de referencia tengan un mayor conocimiento de la problemática en salud del paciente referido. Estos documentos quedarán registrados en el expediente médico del paciente.

Debe brindar oportunamente a la Clínica, Hospital o Área de Salud de adscripción la información que sea de interés de la Caja y que permita determinar aspectos de interés local y nacional.

Deberá crear o tener los mecanismos necesarios que aseguren el cumplimiento de la comprobación del derecho al uso de este Sistema, por parte de los asegurados.

Enviar copia de los expedientes médicos a la Clínica, Hospital o Área de Salud de adscripción, en el evento de que el profesional en Ciencias de la Salud se retire del Sistema voluntariamente, por incumplimiento, cierre de la actividad o traslado a otra región. Dado esto a que por principio el expediente de salud es del asegurado, y por ser de interés institucional debe formar parte del expediente único.

ARTÍCULO 11°.- Derechos de la Caja

Ejercer evaluación mediante las dependencias correspondientes (Áreas de Salud, Clínicas, Hospitales de adscripción, Auditoría Interna, Dirección Técnica de Servicios de Salud, u otras) según lo que se establece en el artículo 5 de la

Ley General de Salud y los artículos 26 y 27 del Reglamento del Expediente de Salud, respetando el derecho privado de confidencialidad del usuario, también podrá solicitar mediante la Dirección de la Clínica, Hospital o Área de Salud de adscripción la información que sea de interés local y nacional.

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE

MEDICINA DE EMPRESA

Capítulo III

DERECHOS Y OBLIGACIONES

ARTÍCULO 7º.- Derechos de los Asegurados

Los beneficiarios de este Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa tienen el derecho a recibir servicios de atención integral de primer nivel, por parte de los profesionales contratados por la empresa y autorizados por la Caja.

Asimismo, tiene derecho en manera igualitaria a recibir de parte de la Caja los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento acorde con la problemática que presenta y dentro del cuadro básico establecido en artículos posteriores, según las posibilidades financieras institucionales y a lo que establece en el Capítulo VI, Artículo 75, 76 y 77 del Reglamento del Seguro de Salud.

El expediente de salud de todo trabajador que sea atendido en este Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa se registrará según lo estipulado en el Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social vigente.

ARTÍCULO 9º.- Derechos de los Profesionales

Tiene derecho al uso de la misma documentación utilizada por la caja en la empresa, para tener acceso de los servicios de apoyo al diagnóstico y

tratamiento que se definen en artículos siguientes, así como a referir al asegurado directo o familiar, que por su condición de salud lo amerite, a las unidades de mayor complejidad que conforman la red de servicios de salud de la Caja.

En caso de haber referido a un asegurado directo, familiar o pensionado de la empresa en la cual labora hacia otros centros de mayor complejidad, tiene el derecho de recibir la contra referencia respectiva en donde se anote todo lo relacionado con la atención, evaluación, procedimientos y tratamiento que la persona recibió.

ARTÍCULO 15°.- Obligaciones de los profesionales

Sin perjuicio de lo pactado en la relación contractual fijada entre los profesionales y la empresa, se considera que estos profesionales deben brindar servicios de Atención Integral de Salud a las personas de acuerdo al ordenamiento jurídico previsto al respecto, así también conforme con los lineamientos institucionales establecidos y de aquellos que en un futuro decida en materia de atención directa a las personas, prescripción de medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete.

El profesional tiene la obligación de llevar un expediente médico individual único de los pacientes que atiende, anotando en él todos los datos de interés, según las normas que rigen el uso del expediente clínico en el ámbito institucional (Artículo 1, del Reglamento del Expediente de Salud).

Dicho expediente estará sujeto a la evaluación por parte de la Caja, respetando el derecho privado y confidencialidad del usuario.

Cabe señalar que las referencias que se emitan a otras unidades de mayor complejidad deberán contar con todos los datos necesarios, incluyendo los tratamientos empleados recientes o anteriores, con el fin de que los profesionales de los respectivos centros de referencia tengan un mayor conocimiento de la problemática en salud del paciente referido. Estos documentos quedarán registrados en el expediente médico del paciente.

Deberá brindar oportunamente a la clínica, área de salud y hospital de adscripción y a la oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios (OSAPS) la información que sea de interés de la Caja y que permita determinar aspectos de interés local y nacional.

Deberá crear o tener los mecanismos necesarios que aseguren el cumplimiento de la comprobación del derecho al uso de este Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, por parte de los asegurados.

Devolver los expedientes médicos a la clínica, área de salud y hospital de adscripción, en el evento de que la empresa se retire del Sistema de Atención

Integral de Medicina de Empresa voluntariamente, por incumplimiento, cierre de la actividad o traslado a otra región. Igual procedimiento se sigue si el trabajador deja de laborar en la empresa, dado que por principio el expediente de salud es del asegurado, y por ser de interés institucional debe formar parte del expediente único. En estos procedimientos se incluyen expedientes médicos de los familiares que se atienden en la empresa.

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD

RADIOLÓGICA DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO

SOCIAL

ARTÍCULO 112.- Del almacenamiento de la información elaborada con base en situaciones excepcionales. El Departamento de Control de Calidad y Protección Radiológica (DCCPR) contará con una base de datos para almacenar las situaciones excepcionales atendidas bajo su propia conducción o de la Autoridad Competente, fundamentalmente en las instalaciones propias de la Caja, con todos los elementos necesarios para estudio y retroalimentación de las medidas que vengan a fortalecer la seguridad radiológica institucional.

REGLAMENTO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LOS

SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA CCSS

Capítulo I Principios Generales

ARTÍCULO 1º.- Esta reglamentación se basa en los principios fundamentales establecidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 y sus posteriores actualizaciones, las Guías para la Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional de

Armonización emitidas por Estados Unidos, la Unión Europea y Japón, de 1996, y todas pautas éticas y declaraciones emitidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Igualmente, las acciones en este campo deben responder a las disposiciones establecidas en la Constitución Política de la República, y la legislación.

Capítulo II Ámbito de Aplicación

ARTÍCULO 2º.- El presente Reglamento tiene por objeto regular la investigación en seres humanos que se realiza en los servicios asistenciales de la CCSS.

ARTÍCULO 3º.- Todo proyecto de investigación en seres humanos que se realice en los establecimientos de la CCSS debe someterse a evaluación y aprobación del Comité Ético Científico Institucional (CECI). El proceso de evaluación y aprobación debe anteceder en todos los casos al inicio de la ejecución del estudio.

ARTÍCULO 4º.- Ninguna autoridad de la CCSS podrá autorizar la realización de una investigación en seres humanos, si ésta no cuenta con el refrendo y autorización de la Gerencia de División Médica.

Capítulo III De la Protección de los Sujetos de Investigación

ARTÍCULO 5º.-Toda investigación debe evitar cualquier daño físico o mental a los sujetos participantes, con particular atención a los sectores sociales más vulnerables. No se debe realizar ninguna investigación en la que hay razones a priori para suponer daños serios o irremediables a los participantes. Los resultados esperados de la investigación deben beneficiar a la persona desde la concepción hasta su muerte natural y el beneficio siempre debe ser mayor al riesgo para el ser humano. Toda investigación sobre embriones o fetos humanos estará sujeta a lo dispuesto por la Sala Constitucional.

ARTÍCULO 6º.- La participación de los sujetos en la investigación es voluntaria. El sujeto participante en una investigación o su representante, podrán revocar

su consentimiento en cualquier momento, sin expresión de causas, sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno. Todas las partes implicadas en una investigación en seres humanos guardarán la más estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal ni familiar de los sujetos participantes en ella. Asimismo, deberán tomarse las medidas apropiadas para evitar el acceso de personas no autorizadas a los datos de la investigación. La Gerencia División Médica, la Dirección Ejecutiva del CENDEISSS y la Auditoría Interna de la CCSS tendrán libre acceso a documentos y registros relacionados con las investigaciones.

ARTÍCULO 7º.- Todas las personas tienen el derecho de recibir un trato justo y equitativo. En la selección de los sujetos participantes en una investigación las cargas se deben distribuir de una manera equitativa, de manera que no haya grupos expuestos a riesgos mayores. Toda investigación con sujetos humanos deberá poseer un planteamiento científico y diseño válidos en un protocolo bien elaborado, que garantice la calidad del estudio y además la protección de sujetos vulnerables y la indemnización y tratamiento por lesiones a los participantes.

Capítulo IV Del Consentimiento Informado

ARTÍCULO 10.- El consentimiento informado es el procedimiento que garantiza que el sujeto de investigación ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le suministra. El proceso para la obtención del consentimiento informado es un procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía de la voluntad del sujeto de investigación. Debe reunir por lo menos los siguientes elementos: voluntad, información, comprensión y veracidad del acto. Con la firma del consentimiento informado el sujeto o su representante legal manifiestan su aceptación voluntaria para participar en la investigación, previo conocimiento de las implicaciones que sobre su salud pudieren derivar de forma inmediata y a corto, mediano o largo plazo y de las garantías que se ofrecen para su protección.

ARTÍCULO 11.- La información contenida en el formulario escrito de consentimiento informado debe ser comprensible y adecuada al nivel de conocimiento del sujeto. Incluirá la naturaleza y propósito del estudio, métodos utilizados, duración, molestias, beneficios, posibles riesgos sobre su salud, alternativas terapéuticas, responsabilidades y derechos, dentro de los cuales siempre debe establecerse la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello dé lugar a responsabilidad, ni perjudique su atención

médica. La elaboración del consentimiento informado debe contener las recomendaciones establecidas en los estándares internacionales de la ética de investigación. La utilización del consentimiento informado deberá ser siempre antecedida por la aprobación respectiva del CECI.

ARTÍCULO 12.- Es responsabilidad del investigador que el consentimiento se explique y se obtenga sin ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, manipulación u otro método coercitivo. El consentimiento no debe ser obtenido por personas con posición de autoridad o de gran influencia sobre el sujeto de investigación. Siempre se le debe proveer al sujeto del tiempo suficiente para reflexionar, consultar y decidir.

ARTÍCULO 13.- La persona sujeto de investigación expresará su consentimiento por escrito, y firmando personalmente en presencia de un testigo no vinculado con el estudio quien a su vez deberá firmar el documento. La persona que explica y obtiene el consentimiento, debe también firmar. El investigador principal del estudio también firmará el documento. Todos los firmantes adjuntarán su número de cédula de identidad o de documento de identificación. El consentimiento deberá ser ratificado personalmente ante el CECI cuando éste así lo disponga.

ARTÍCULO 17.- El investigador principal es el responsable del archivo y custodia del consentimiento informado firmado por un período de diez años, luego de concluida la investigación, o por dos años después del registro comercial del producto. Una copia de dicho documento será siempre entregada al sujeto de investigación o su representante legal. En caso de pacientes hospitalizados o con enfermedades crónicas debe adjuntarse una copia del documento en el expediente clínico del establecimiento respectivo. El centro donde se realiza la investigación está obligado a resguardar todos los consentimientos informados.

Capítulo VII

De la Organización Ético-Científica Institucional

ARTÍCULO 30.- Créase el Comité Ético Científico Institucional (CECI), de carácter independiente en sus opiniones, multidisciplinario y multisectorial con representación de la comunidad, que incluya científicos experimentados. La integración del comité debe ser balanceados en edad, sexo y representación de los valores, los intereses y las preocupaciones de la comunidad, para asegurar una evaluación y aprobación competente de los aspectos éticos de los proyectos de investigación en seres humanos, libre de sesgo e influencia

que pudiera afectar su independencia. Estará integrado por un mínimo de 5 personas, las cuales serán designadas por la Gerencia Médica, entre ellos al menos un abogado. No podrán ser miembros del CECI, el Gerente de División Médica, los directores regionales y de sede, incluido el del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), los directores, subdirectores, administradores y subadministradores de hospitales. La Subárea de Investigación y Bioética del CENDEISSS será la Secretaría Técnica de dicho comité.

ARTÍCULO 31.- El propósito del CECI, al evaluar y comprobar los aspectos éticos de la investigación en seres humanos es contribuir a salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de los seres humanos participantes en la investigación. Para su organización y competencia se tomarán como referencia los estándares éticos contenidos en las Guías Operacionales para Comités de Ética de la Organización Mundial de la Salud en la versión Ginebra, 2000.

ARTÍCULO 32.- Serán deberes de los miembros del CECI:

1. Asistir a las reuniones convocadas.
2. Respetar los acuerdos tomados en relación a políticas institucionales en investigación.
3. Mantener la confidencialidad de la información revisada y discutida en el seno del consejo.
4. Participar en las actividades organizadas por la Subárea de Investigación y Bioética y la Dirección del CENDEISSS.
5. Cumplir las demás funciones que le asigna este Reglamento.

CAPÍTULO IX Sanciones

ARTÍCULO 47.—Ante la violación de las normas establecidas en este documento y los estándares éticos que se adjuntan en Anexos, por parte del investigador o patrocinador, el CECI procederá a suspender la ejecución del estudio y presentar el caso ante la dirección del hospital o clínica y la Subárea de Investigación y Bioética del CENDEISSS para que se ejecuten las denuncias legales, profesionales y laborales correspondientes. Cualquier transgresión a este Reglamento será sancionada como falta grave y por lo tanto será causal de despido sin responsabilidad patronal.

Se incorpora obligatoriamente la participación de la Auditoría Médica en todos sus procesos.

REGLAMENTO AL ARTÍCULO 74 DE LA LEY CONSTITUTIVA

DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

**Decreto Ejecutivo N° 28770-MP-MTSS del 6 de julio de 2000,
publicado en La Gaceta N° 134 del 12 de julio de 2000.**

ARTÍCULO 1.- Obligación genérica de la Caja. Este Reglamento establece el contenido, forma y tiempos de envío de la información que la Caja Costarricense de Seguro Social debe suministrar a los diferentes sectores de la Administración Pública, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 7983 que reformó el artículo 74 de su Ley Orgánica.

ARTÍCULO 2.- Del suministro mensual de la información sobre adeudos en obligaciones de seguridad social. La Caja Costarricense de Seguro Social, deberá suministrar mensualmente la información que describe el artículo 4 de este reglamento para que los restantes entes de la Administración Pública puedan verificar el cumplimiento en el pago de la obligaciones de seguridad social.

A más tardar el último día de cada mes, la Caja Costarricense de Seguro Social remitirá a todas las instituciones de la Administración Pública, la información correspondiente a los patronos y asegurados facultativos que no se encuentren al día en el pago de sus cuotas en relación a periodos anteriores, para lo cual podrá utilizar tanto medios escritos como electrónicos o telemáticos.

La información sobre adeudos en obligaciones de seguridad social, deberá ser impresa de forma clara y legible. Si se opta por un medio electrónico, debe estar estructurada en un lenguaje básico, de acuerdo con la tecnología disponible en el ente de la Administración Pública que la recibirá, y dispuesta en caracteres legibles. La inclusión o alteración de la información original enviada por la Caja Costarricense de Seguro Social, dará lugar a sanciones penales y administrativas.

ARTÍCULO 3.- Ausencia de suministro de información por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social. Si la Caja Costarricense de Seguro Social no hubiera remitido a los entes administrativos la información sobre los patronos o asegurados facultativos con adeudos a las obligaciones de seguridad social, el

ente deberá dar el trámite correspondiente a las solicitudes, permisos, licencias, autorizaciones, contrataciones, inscripciones y gestiones sujetas a verificación previa conforme a lo establecido en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ARTÍCULO 4.- Datos contenidos en los listados sobre adeudos en obligaciones de seguridad social. La Caja Costarricense de Seguro Social deberá remitir la siguiente información:

1. Nombre o razón social del patrono o asegurado facultativo.
2. Número de identificación del patrono o asegurado facultativo.
3. Identificación sobre la existencia de adeudos y los períodos correspondientes. Bastará con que se indique "MOROSO" y la abreviatura del mes y año al cual corresponde la deuda registrada.
4. Fecha de cierre del listado.

La información enviada no podrá ser utilizada para fines distintos a la admisibilidad del trámite administrativo respectivo.

ARTÍCULO 5.- Constancia escrita del incumplimiento del pago en obligaciones de seguridad social. La Administración Pública únicamente podrá oponerse a la realización de un trámite, por no estar al día el solicitante en el pago de obligaciones de seguridad social, cuando este hecho conste así en los reportes mensuales de la Caja. Esta oposición al trámite podrá extenderse por un mes calendario, contado a partir de su recepción por el ente de la Administración Pública correspondiente. Si pasado el término de vigencia aquí indicado, la Caja Costarricense de Seguro Social omite enviar la nueva información se continuará con el trámite.

Será obligación de todo ente administrativo publicar en un espacio visible y abierto al público, una comunicación indicando la fecha en que recibió la información por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como sus actualizaciones.

ARTÍCULO 6.- Presunción de pago y formas de acreditarlo. Se presumirá que todo patrono o asegurado facultativo se encuentra al día en el pago de sus obligaciones de seguridad social, salvo que conste como moroso en la información remitida por la Caja Costarricense de Seguro Social .

Para desvirtuar la prueba de no estar al día en las obligaciones de seguridad social, en contra de lo reportado por la Caja Costarricense de Seguro Social a la institución, se considerarán medios idóneos:

1. El comprobante de pago o colilla selladas por las cajas recaudadoras habilitadas por la Caja Costarricense de Seguro Social.
2. La constancia de pago extendida por la Caja Costarricense de Seguro Social.
3. La constancia sobre la existencia y aceptación de arreglo de pago debidamente extendida por la Caja Costarricense de Seguro Social.

ARTÍCULO 7.- Formalidades de las constancias. Las constancias podrán ser solicitadas ante la Caja por el patrono o asegurado facultativo, verbalmente o por escrito, y deberán ser extendidas a más tardar dentro del día hábil siguiente a su solicitud por parte del interesado.

De no ser extendida la constancia pedida en el término aquí establecido, bastará con que el jefe del departamento o quien lo sustituya, haga constar la inactividad administrativa por escrito, para que el solicitante pueda presentarse a realizar los trámites correspondientes ante la Administración Pública, y los mismos le sean admitidos.

ARTÍCULO 8.- Vigencia. Rige a partir de su publicación.

Transitorio 1.- En los 10 días siguientes a la entrada en vigencia de este decreto, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá confeccionar los listados de patronos y asegurados facultativos que posean adeudos en relación con obligaciones de seguridad social.

En los 5 días siguientes la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar los envíos de los listados correspondientes a todas las instituciones de la Administración Pública.

El órgano o entidad de la Administración Pública que no hubiere recibido los listados en el plazo indicado, deberá proceder a la tramitación de los diferentes procedimientos y solicitudes, presumiendo la solvencia en obligaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social por parte del administrado.

CÓDIGO DE ÉTICA DEL SERVIDOR DE LA CCSS

Capítulo II Deberes éticos del servidor público de la C.C.S.S.

ARTÍCULO 7.- Generalidades

Los servidores de la Caja Costarricense de Seguro Social debe acatar los deberes que se indican a continuación:

ARTÍCULO 8.- Deber de Lealtad

El servidor de la Caja debe ser leal a la Institución y al Estado. Debe ser fiel a los principios éticos expresados en el artículo 6, buscando el cumplimiento de sus fines con plena conciencia de servicio a la colectividad.

ARTÍCULO 9.- Deber de eficiencia

El servidor de la Caja, debe desempeñar las funciones propias de su cargo, en forma personal, con elevada moral, profesionalismo, vocación, disciplina, diligencia, oportunidad y eficiencia para dignificar la función pública y mejorar la calidad de los servicios, sujetándose a las condiciones de tiempo, forma y lugar que determinen las normas correspondientes y de acuerdo con las siguientes reglas:

- Debe utilizar el tiempo laboral responsablemente, realizando siempre el mejor esfuerzo, en la forma más productiva posible, por lo que deberá ejecutar las tareas propias del cargo con el esmero, la intensidad y el cuidado apropiado.
- Debe aportar la iniciativa necesaria para encontrar y aplicar las formas más eficientes y económicas de realizar las tareas, así como para agilizar y mejorar los sistemas administrativos y de atención a los usuarios, debiendo hacer del conocimiento de los superiores, las sugerencias y recomendaciones que proponga, así como participar activamente en la toma de decisiones.
- Debe contribuir y velar por la protección y conservación de todos los bienes que conforman el patrimonio institucional, estén o no bajo su custodia. El trabajador de la Caja es un simple depositario de los bienes públicos por lo que está obligado a cuidarlos responsablemente y a entregarlos cuando corresponda.
- Debe hacer uso razonable de los materiales y bienes que con motivo del desempeño de labores, reciba de la Caja Costarricense de Seguro Social, procurando el rendimiento máximo y el ahorro en el uso de esos recursos. Debe preservar la naturaleza y contribuir a la protección del medio ambiente.

ARTÍCULO 10.- Deber de probidad

El servidor de la Caja debe desempeñar sus funciones con prudencia, integridad, honestidad, decencia, seriedad, moralidad, ecuanimidad y rectitud. El trabajador de la Caja debe actuar con honradez tanto en ejercicio de su cargo como en el uso de los recursos institucionales que le son confiados por razón de su función. Debe repudiar, combatir y denunciar toda forma de corrupción.

ARTÍCULO 11.- Deber de responsabilidad

El servidor de la Caja es responsable de las acciones u omisiones relativas al ejercicio de su función, debiendo actuar con un claro concepto del deber, para el cumplimiento del fin encomendado en la Unidad a la que sirve. Es deber de toda persona que maneja bienes o dinero, o que ha recibido la encomienda de realizar cualquier tarea por parte de otros, de responder sobre la forma en que cumple sus obligaciones, incluida la información suficiente sobre la administración de los fondos y bienes.

ARTÍCULO 12.- Deber de confidencialidad

El servidor de la Caja está obligado a guardar discreción y reserva sobre los documentos, hechos e informaciones a las cuales tenga acceso y conocimiento como consecuencia del ejercicio o con motivo del ejercicio de las funciones, independientemente de que el asunto haya sido calificado o no como confidencial por el superior, salvo que esté autorizado para dar información sin perjuicio del derecho de información del administrado, ejercido conforme al ordenamiento jurídico vigente o bien, cuando el contenido del documento e información no implique ocultamiento de un hecho ilegítimo que pueda acarrear responsabilidad administrativa, penal y/o civil.

ARTÍCULO 13.- Deber de imparcialidad

El servidor de la Caja, debe actuar con legalidad, justicia e imparcialidad tanto en sus relaciones laborales, como en la prestación de los servicios, sin tratar con privilegio o discriminación, en cuanto a las formas y condiciones del servicio, a persona jurídica alguna o a persona natural, sea cual fuere su condición económica, social, ideológica, política, sexual, racial, religiosa o de cualquier otra naturaleza.

ARTÍCULO 14.- Deber de integridad

El servidor de la Caja debe conducirse en el desarrollo de sus funciones con honradez, rectitud, dignidad, decoro, poniendo en la ejecución de sus labores toda su capacidad, conocimiento y experiencia laboral. En cualquier circunstancia deberá actuar de tal forma que su conducta genere y fortalezca la confianza de la colectividad institucional sobre su integridad y prestigio para beneficio propio y de la institución a la que sirve.

Así reformado por acuerdo de Junta directiva, según el artículo 4º de la sesión N° 7348 celebrada el 8 de junio de 1999.

ARTÍCULO 15.- Deber de conocer las leyes y reglamentos

El servidor de la Caja debe desempeñar sus funciones con sujeción a las normas internas así como a la Constitución Política de la República, a las leyes y reglamentos emanados de autoridad competente, por lo que está obligado a realizar las acciones necesarias que le permitan conocer los preceptos legales referentes a incompatibilidad, acumulación de cargos, prohibiciones y otras acciones relacionadas con sus funciones.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL SOBRE VIH/sida

AL- 1380-99 No. 27894-S

Capítulo II. Derecho integral a la salud

Sección I Atención en los centros de salud

ARTÍCULO 6.- Para garantizar el derecho integral a la salud, toda persona portadora del VIH o enferma de SIDA será atendida por un equipo multidisciplinario, según la capacidad de cada centro de atención en salud, y oportunamente por la Caja Costarricense del Seguro Social, con el máximo respeto y confidencialidad, sin discriminación alguna y de manera que se garantice su atención integral.

Capítulo III. Mecanismos para garantizar la confidencialidad

ARTÍCULO 16.- Para garantizar la confidencialidad de la condición de toda persona portadora del VIH o enferma de SIDA en los procesos judiciales, ésta

podrá solicitarle al juez competente, quien en definitiva decidirá sobre la solicitud, que el juicio se realice bajo estrictas medidas de confidencialidad y sin la presencia de público, con base en los artículos 8 y 9 de la Ley No. 7771.

ARTÍCULO 17.- Cuando algún/a trabajador/a de la salud o médico de empresa de alguna entidad pública o privada, conozca o sospeche del estado de portador/a o enfermo/a de algún/a trabajador/a, por ningún motivo o circunstancia podrá informar al/a patrono/a, jefe/a o cualquier otra persona sobre esta condición. Además, deberá remitir a la persona portadora o enferma al centro de atención en salud correspondiente, para que reciba la atención integral necesaria.

Capítulo IV. Manejo de los expedientes médicos

ARTÍCULO 18.- El expediente médico es un documento informativo cuya manipulación administrativa corresponde al funcionario de salud, según las responsabilidades que le asigne su puesto. Esta manipulación deberá realizarse bajo estrictas medidas ético-legales de reserva de la información, garantizando la confidencialidad de esta. Las jefaturas serán responsables de garantizar la capacitación e información adecuadas al personal a su cargo, para que la confidencialidad se mantenga en todos los niveles.

ARTÍCULO 19.- El expediente clínico de la persona portadora o enferma deberá contener la información científica necesaria que permite brindarle el mayor beneficio: historia clínica completa, examen físico completo, pruebas de laboratorio y gabinete, diagnóstico y tratamiento.

CÓDIGO DE MORAL Y ÉTICA MÉDICA

ARTÍCULO 12.- El secreto profesional se impone para todo médico, con las excepciones que establece la Ley.

ARTÍCULO 13.- Por secreto se entiende todo aquello que, por razón de su profesión, haya llegado a conocimiento del médico, ya sea porque le fue confiado, o porque lo pudo observar o intuir.

ARTÍCULO 14.- Cuando medie petición del paciente, el médico debe mantener el secreto, aún con los miembros de su familia, con excepción de los padres o encargados responsables de menores de edad, o cuando la salud de terceras personas esté involucrada.

ARTÍCULO 15.- El médico debe cuidar con la misma responsabilidad y respeto, a todos sus enfermos cualesquiera sea su ideología, condición social, nacionalidad, religión, grupo étnico, situación económica, reputación y los sentimientos que le inspiran.

ARTÍCULO 21.- Con las excepciones que establece la Ley, el médico está obligado a informar a sus pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento procedimiento médico o quirúrgico, y no debe emprender ninguna acción sin el consentimiento del enfermo, o de las personas en las cuales éste depende, sí es menor de edad o está incapacitado jurídicamente, exceptuados los casos de absoluta imposibilidad y urgencia.

ARTÍCULO 32.- En el consultorio médico privado los expedientes médicos pertenecen al profesional. Empero, a solicitud del paciente, el médico está en la obligación de extender una epicrisis.

REGLAMENTO DEL EXPEDIENTE DE SALUD DE LA CCSS

ARTÍCULO 40.- Consentimiento informado

Todo paciente que se vaya a someter a algún procedimiento médico, odontológico o quirúrgico, para el cual sea requisito la firma del documento de “consentimiento informado” deberá hacerlo de preveio, con manifestación expresa de su anuencia o rechazo. A tal efecto el profesional responsable de la atención, deberá asegurarse de brindarle la información requerida y de que éste firme el documento citado.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- El derecho a la salud es un derecho fundamental que rige la vida humana. Por lo tanto el Estado debe garantizar el resguardo, protección de la dignidad del individuo y promover la salud en un ambiente que implemente los derechos humanos de la población en general.
- Si bien la medicina a lo largo de la historia ha generado diversos conflictos éticos y morales dentro de la práctica clínica, los tiempos modernos exigen un cambio cultural, que se vea plasmado en la atención y respeto por la salud y el bienestar de los pacientes.
- Un cambio cultural donde participen todas las instituciones promotoras de la salud, especialmente el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social como mayor empleador en este país, para que realmente se ponga en práctica la poca regulación existente y se garantice con la aprobación de otros proyectos la seguridad social con respeto y dignidad.
- Ciertamente, se ha hecho un esfuerzo por mejorar la problemática en torno al manejo de documentación clínica, al establecer algunas leyes y reglamentos relativos al tema de la autodeterminación informativa, confidencialidad, consentimiento informado y los derechos de acceso a la información por parte de los pacientes, sin embargo no es suficiente. Pues aunque los servidores de la atención en salud deben conocer las leyes y reglamentos que los respaldan y sustentan esta institución, la CCSS debe promover una concientización hacia los derechos de los pacientes.
- Ya que existe una gran brecha entre lo que se establece en la ley y diversas reglamentaciones a nivel interno y lo que se realiza en la práctica diaria en los establecimientos de salud de nuestro país.

- En este sentido, la protección de la información del expediente clínico sea cuando una persona está internada, el acceso de terceras personas a este tipo de documentos y la utilización de pacientes como casos clínicos de análisis e investigación, son prácticas cotidianas, que entran dentro de una “supuesta cultura institucional” que asume como válido y normal este tipo de situaciones.
- Es clara la importancia documental que contiene los expedientes clínicos dentro del sector salud, para la capacitación, investigación epidemiológica, científica, como documento probatorio y docente. Por lo tanto debe regularse el cumplimiento de estos documentos, para que cosas tan simples, como una buena letra y una adecuada cronología, forme parte de la información que resguardan estos expedientes.
- Descontaminar el medio, con buenas prácticas clínicas es fundamental para garantizar los derechos de los pacientes y otorgarle el privilegio que ocupa los documentos clínicos dentro del sector.
- Para ello, es necesario que las diversas instancias de atención, tanto en los servicios públicos como privados, incorporen por medio de un proceso bien dirigido, prácticas saludables así como restricciones relacionadas con el manejo de información confidencial y personal, que garanticen el cumplimiento de las regulaciones existentes y las que estén por venir.
- La tendencia al aumento de denuncias y quejas contra los profesionales de salud, en algunos casos se ve originada por inadecuadas relaciones médico – paciente y por falta de información a este, dentro de su proceso de recuperación o tratamiento terapéutico cuyo promotor principal es la persona como tal.
- Asimismo, es necesario darle seguimiento a las quejas que ingresan tanto a la Defensoría de los Habitantes como a las diversas Contralorías de Servicios, con el fin de subsanar prácticas

inadecuadas y establecer cursos de acción concretos que permitan mejorar los servicios de atención hospitalaria.

- En vísperas de un posible establecimiento de la firma digital, es fundamental establecer controles exhaustivos en esta materia, pues si bien la era tecnológica brinda diversas ventajas en este campo, no se puede implementar un expediente electrónico, con los diversos vicios que existen en torno al adecuado manejo de la documentación clínica y el respeto por los derechos humanos de los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Establecer y promover una ley que permita regular el vacío normativo en torno al manejo de datos en el sector salud por medio del fortalecimiento de la autodeterminación informativa como punto focal dentro del desarrollo de los derechos humanos de la población en general.
- Educar e implementar una campaña de culturización entre los profesionales de salud acerca de la importancia de los derechos humanos de los pacientes en el ejercicio diario de la medicina.
- Puesto que la ética y la moral se desarrollan día a día por medio de la práctica hospitalaria y la enseñanza que se le brinda a los futuros profesionales en este campo.
- Dentro de este proceso, la Caja Costarricense del Seguro Social debe retomar el norte de la seguridad social y la práctica del ejercicio de la medicina, en vista de que parte del problema, es la saturación de trabajo especialmente administrativo que deben realizar los médicos dentro de la institución.
- Ciertamente, los compromisos de gestión son una herramienta vital para garantizar adecuados y saludables procesos administrativos a nivel hospitalario, sin embargo el tiempo que le dedica un médico a un paciente dentro de la consulta médica “15 minutos” es mínima para lograr una verdadera atención humanizada que mejore la calidad de vida de las personas.
- Tanto las universidades públicas como privadas deben incorporar dentro de sus planes de estudio mayor tiempo al desarrollo de la medicina a nivel legal, con el fin de comenzar a sanar prácticas inadecuadas.

- En la medida en que se puedan desarrollar este tipo de recomendaciones, se contribuirá no solo a brindar una mejor atención sino a garantizar el derecho a una vida digna, a la salud como ejes centrales de los derechos humanos y a mejorar la relación médico-paciente y reivindicar la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

BERKMAN RAVINOVICH (Ricardo). **La Responsabilidad del Médico, Aspectos Civiles, Penales y Procesales**. II Edición, Buenos Aires, Argentina: Editorial Astrea, 1999.

CORDERO IANNARELLA (Alvaro). **Mal Praxis Médica: Análisis Jurídico y Lineamientos Preventivos**. Editorial UACA, Costa Rica. 1996.

HERNÁNDEZ SAMPIERI (Roberto), FERNÁNDEZ COLLADO (Carlos) y BAPTISTA LUCIO (Pilar). **Metodología de la Investigación**. III Edición, Distrito Federal, México, Editorial McGraw-Hill, 2003,

SAGASTUME GEMMEL (Marco). **Los Derechos Humanos Proceso Histórico**. II Edición, Costa Rica: Editorial Educa. 1997.

SÁNCHEZ ROMERO (Cecilia). **Sistemas Penales y Derechos Humanos**. CONAMAJ, Costa Rica, 1997.

Compendio Derecho a la Salud. Defensoría de los Habitantes, Área de Calidad de Vida, 1997-2000.

Constitución Política de Costa Rica, 1949

Compendios

ARROYO (Roxana), FACIO (Alda) y JIMÉNEZ (Rodrigo). **Compilación de Instrumentos Internacionales sobre los Derechos Humanos de las Mujeres**. ILANUD.

Antologías

Antología del Curso: **Derechos y Autodeterminación Informativa**, Maestría en Derechos Humanos, Sistema de Estudios de Posgrado, UNED, 2004.

Tesina

ORTIZ ALVAREZ (Grettel). **“La intimidad como bien jurídico tutelado en el ámbito laboral”**, Tesina para optar por la Maestría de Derecho Laboral y Seguridad Social, UNED 2003

Revistas

KVITKO (Luis Alberto). **El Consentimiento Informado y la Peritación Médico-Legal**. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Volumen 7(2)-Diciembre 2002 Volumen 8(1)-Junio 2003.

El derecho del paciente a saber la verdad. Boletín de la Asociación Costarricense de Medicina Legal y Toxicología, Volumen 3 No. 4. Octubre 1986.

Internet (artículos)

ARAYA JÁCOME (Nathalie) y VALERIO MONGE (Carlos). **Mecanismos de prevención de mala práctica médica, un enfoque basado en la experiencia costarricense**. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Volumen 7 (2)-Diciembre 2002, Volumen 8 (1)-Junio 2003.

ARAYA JÁCOME, (Nathalie). **Nuevas Modalidades en la defensa del derecho a la salud**: La Defensoría de los Habitantes de Costa Rica: Un estudio de caso. 2001.

CAPITÁN (Silvia). **Reflexiones sobre las políticas de mejora continua**. 1999. Tomado del sitio www.diariomedico.com/documentacionclinica .

HASSEMER (Winfried) y CHIRINO (Alfredo). **El Derecho a la Autodeterminación Informativa y los Retos del Procesamiento Automatizado de Datos Personales**. Citado en la Antología del Curso: Derechos y Autodeterminación Informativa”, UNED, 2004.

HESS (Christian). **Derecho a la Intimidad y Autodeterminación Informativa**, sitio de Democracia Digital, 2002.

FERNÁNDEZ (Silvia) et al. **La Tutela administrativa de la autodeterminación informativa**, Octubre 2001, tomado del sitio www.democraciadigital.org/articulos

Defensoría de los Habitantes. **Modalidades en la defensa del derecho a la salud**, México, Distrito Federal 2002.

RIVERA (Ernesto). **Empresa vende informes médicos de costarricenses.** Sección Nacionales, Periódico La Nación, 29 de Enero del 2004.

RIVERA (Ernesto). **Protección al crédito.** Sección Nacionales, Periódico La Nación, 29 de Enero del 2004.

RIVERA (Ernesto). **Empresa vende informes médicos de costarricenses.** Datos sensibles. Sección Nacionales, Periódico La Nación, 29 de Enero del 2004.

Asociación Costarricense de Medicina Forense, 2002.

MARTÍNEZ ALVAREZ (Eduardo). **El Derecho de la Imagen.** Revista Jurídica On-Line, Año 1-No.1. Tomado de la página web:<http://www.jurisdoctor.com>

Derechos del Paciente. Tomado de la página web: <http://www.carolinas.org/facilities/hospitals/PatientRights.pdf>

FERNÁNDEZ (Silvia) et al. **La Tutela Administrativa de la Autodeterminación Informativa,** Octubre del 2001, Tomado de la página web: <http://www.democraciadigital.org/articulos>

Trabajos Universitarios

SALAZAR (Ana), ALVARADO (Danny) et al. **“Expediente Clínico”.** Curso de Medicina Legal. Universidad Internacional de las Américas, (UIA), Abril 2002.

ALFARO ARRIETA (Ana), CALVO BOLAÑOS (Luis Adolfo), CASTILLO AZOFEIFA (David) et al. **Expediente Clínico.** Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, Primer ciclo, 2002.

VARGAS ALVARADO (Eduardo). **El Derecho a la Vida y el Derecho a la Muerte.** Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, Enero 1987.

Conferencias y Charlas

Charla “Uso Correcto de la Documentación Clínica” actividades precongreso Congreso Médico Nacional, Torre Omega, Hospital Clínica Bíblica. 18/11/04

Conferencia Magistral **“Responsabilidad médica y consentimiento informado”.** Dr. Luis Carlos Pastor Pacheco, Hospital México, miembro de la Comisión de Mala Praxis de la Caja Costarricense del Seguro Social; Lic. Ronald Avalos Monge, Abogado especialista en Derecho Médico y Licda. Ana Gabriela Peña Valle, Abogada y Notaria Pública. LXVI Congreso Médico Nacional, Lunes 22 de Noviembre del 2004.

III Encuentro Iberoamericano de Protección de Datos, Documentación Complementaria Sesión No.7 “**Cuadro Comparativo de Desarrollos Normativos Nacionales en Materia de Protección de Datos**”, Cartagena de Indias, Colombia, del 24 al 28 de Mayo del 2004.

Casos específicos

Expediente No. 7905-2399.Oficio:10077-99-DHR. Fecha: 03 de diciembre de 1999. Título: Deber de información en los servicios de emergencia. Compendio Derecho a la Salud:. 1997 –2000. Defensoría de los Habitantes. Área de Calidad de Vida.

Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Información y documentación clínica. Documento final del grupo de expertos. Madrid, España 26 de noviembre de 1997. **Citado en el expediente 15369-003-23, Informe Final de la Defensoría de los Habitantes**, Caso del 29 de Julio del 2003.

Informe Final de la Defensoría de los Habitantes, Caso del 29 de Julio del 2003.

Informe Final de la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica, Expediente No. 16757-25-03, Caso del 23 de Abril del 2004.

Jurisprudencia

Sala Constitucional, Voto 5736-94, citado en la Antología Autodeterminación Informativa y Derechos Humanos, Maestría en Derechos Humanos, UNED 2004

Sala Constitucional, Voto 3308-94 citado en la Antología Autodeterminación Informativa y Derechos Humanos, UNED, 2004.

Sala Constitucional, Voto 5736-94, citado en la Antología Autodeterminación Informativa y Derechos Humanos, Maestría en Derechos Humanos, Universidad Estatal a Distancia (UNED) 2004.

Sala Constitucional, Voto 3308-94 citado en la Antología Autodeterminación Informativa y Derechos Humanos, Maestría en Derechos Humanos, Universidad Estatal a Distancia (UNED) 2004.

Ley del Sistema Nacional de Archivos No. 7202.

Ley General de Salud No. 5395.

Reglamento de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.

Reglamento del Sistema de Atención Integral de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Reglamento del Sistema de Atención Integral de Médico de Empresa.

Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Reglamento para la Investigación Clínica en los Servicios Asistenciales de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Reglamento al Artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Código de Ética del Servidor de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Reglamento de la Ley General sobre VIH/sida.

Código de Moral y Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social.