



Expediente Nº: E/02140/2013

RESOLUCIÓN DE ARCHIVO DE ACTUACIONES

De las actuaciones practicadas por la Agencia Española de Protección de Datos ante el Hospital Santa Teresa y el Servicio Galego de Saude (SERGAS), en virtud de denuncia presentada por Doña **A.A.A.**, (representando a Don **C.C.C.** Doña **B.B.B.**), y teniendo como base los siguientes

HECHOS

PRIMERO: Con fecha 28 de febrero de 2013, tuvo entrada en esta Agencia un escrito remitido por Doña **A.A.A.**, en representación de Don **C.C.C.** Doña **B.B.B.**, en el que declara su hermano (en adelante Don **E.E.E.**), así mismo hijo de los representados, ha presentado una demanda de incapacitación en el Juzgado de Primera Instancia Nº 10 de la Coruña, incorporando en ella varios documentos de carácter médico sobre los cuales sus padres no han prestado consentimiento para su divulgación o acceso por parte de su hijo **E.E.E.**.

Los informes médicos son:

Un Informe del Hospital Santa Teresa de A Coruña, de fecha 20 de octubre de 2011, del servicio de neurología.

Un informe de alta, de fecha 13 de julio de 2011, del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Una hoja de medicación de fecha 6 de septiembre de 2011, de un médico de cabecera del SERGAS.

Indica que las relaciones entre su padre y su hermano Don **E.E.E.** no son buenas a raíz de un juicio de faltas cuya sentencia aporta, por lo que no es posible que sus padres hubieran consentido al acceso a sus datos.

Manifiesta que sus sospechas se centran en la esposa de Don **E.E.E.**, que trabaja en el sector sanitario, concretamente en el Centro Dependiente del SERGAS como personal laboral, facilitando la denunciante la identidad de la misma.

La denunciante aporta un poder notarial en el que Don **C.C.C.** Doña **B.B.B.** otorgan el poder de representación personal ante el Estado, organismos oficiales, autoridades y funcionarios públicos.

SEGUNDO: Tras la recepción de la denuncia la Subdirección General de Inspección de Datos procedió a la realización de actuaciones previas de investigación para el esclarecimiento de los hechos denunciados, teniendo conocimiento de los siguientes extremos:

1. Sobre la sentencia del juicio de faltas que aporta la denunciante como prueba de la imposibilidad de consentimiento de los padres hacia su hijo, indicar que se refiere a una agresión mutua entre Don **E.E.E.** y su cuñado (Don **D.D.D.**), al acudir el primero al

hospital a visitar a su padre. En la Sentencia sí se pone de manifiesto la mala relación de Don **E.E.E.** con su madre, citándose que la declaración de la madre *"ofreció escasa credibilidad por la mala relación con su hijo (al que no había avisado de que su padre estaba en el hospital)..."*, no mencionándose en ningún momento la relación de Don **E.E.E.** con su padre, titular de los datos de salud sobre los que se denuncia.

2. Con respecto al informe del servicio de neurología del Hospital Santa Teresa de A Coruña, de fecha 20 de octubre de 2011:

Se verifica que en la demanda de incapacitación presentada por Don **E.E.E.** se reconoce que dicho informe se emitió a petición suya.

El informe se encuentra firmado y sellado por el médico que lo emite.

Solicitada información y documentación al USP Hospital Santa Teresa (del Grupo Hospitalario Quirón), los representantes del Hospital aclaran que, según les traslada el propio facultativo, el paciente acudía a su consulta acompañado de su hijo, precisamente por la patología que padecía el paciente y que exigía la ayuda, la supervisión, el cuidado y atención de la familia, situación que indudablemente hacía presumir el consentimiento del paciente.

El doctor que firmó el informe ha manifestado mediante escrito, que los representantes del Hospital Santa Teresa aportan a esta Agencia, que, por la patología del paciente y el nivel de dependencia en aumento del mismo, la familia estaba enterada del cuadro clínico, tanto por las implicaciones que conllevaban, indicando que se desprende del propio informe clínico, debido a "mayor dependencia de otras personas", que "requiere supervisión e insistencia de su familia por una clara tendencia al descuido personal", y "precisa un estímulo para realizar cualquier tarea", etc..., lo cual implicaba que la familia, no sólo conocía la situación, sino que era partícipe del tratamiento, y acudieron en alguna ocasión a consulta con el paciente.

El doctor también ha manifestado que el informe le fue solicitado con la única finalidad de ser presentado para la renovación anual de autorización de medicaciones prescritas para la patología de base del paciente.

Los representantes del Hospital indican, en lo relativo a la relación del Hospital con los médicos que pasan consulta en el mismo, que el Hospital es una clínica abierta, lo que en el ámbito sanitario privado significa que, junto con facultativos con relación laboral, en las instalaciones de que dispone el Hospital también desarrollan su actividad profesional bajo su propia y exclusiva responsabilidad profesional y organizativa, facultativos de diversas especialidades, (entre las que se encuentra la especialidad de neurología), que pasan consulta a los pacientes. Dichos facultativos, como es el caso del doctor que firma el informe médico en cuestión, no integran la plantilla de personal de la Clínica ni mantienen con la misma relación jerárquica o de dependencia alguna.

3. Con respecto al informe de alta, de fecha 13 de julio de 2011, emitido por el Complejo Hospitalario Universitario del SERGAS y la hoja de medicación, del 6 de septiembre de 2011, prescrita por el médico de cabecera del SERGAS:

Ambos documentos se encuentran sellados y firmados por los doctores responsables en cada caso.

Solicitada información al SERGAS, sobre los accesos registrados al sistema de información del organismo por parte de la trabajadora del SERGAS (esposa de Don **E.E.E.**) señalada e identificada por la denunciante, para el acceso mediante su usuario y contraseña al informe y hoja de medicación objeto de esta denuncia, el SERGAS ha informado a esta Agencia que no consta en dichos registros ningún acceso a dichos documentos por parte de la trabajadora.

Por otro lado, han informado que dichos tipos de documentos no son escaneados (digitalizados) para ser introducidos en el Sistema de Información del SERGAS con sello y firma.

Por tanto los documentos no han podido ser impresos a posteriori por un trabajador, tal cual constan, con la firma y el sello del médico.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I

Es competente para resolver el Director de la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a lo establecido en el artículo 37.d) en relación con el artículo 36, ambos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en lo sucesivo LOPD).

II

En primer lugar, la denuncia se concreta en el acceso, por parte de Don E.E.E., a dos documentos médicos de su padre emitidos por el SERGAS, que según la denunciante pudo facilitarle su esposa que trabaja en el sector sanitario

El artículo 9 de la LOPD establece lo siguiente:

“1. El responsable del fichero, y, en su caso, el encargado del tratamiento, deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural.

2. No se registrarán datos de carácter personal en ficheros que no reúnan las condiciones que se determinen por vía reglamentaria con respecto a su integridad y seguridad y a las de los centros de tratamiento, locales, equipos, sistemas y programas.

3. Reglamentariamente se establecerán los requisitos y condiciones que deban reunir los ficheros y las personas que intervengan en el tratamiento de los datos a que

se refiere el artículo 7 de esta Ley”.

Las cuestiones específicas relacionadas con la documentación clínica generada en los centros asistenciales aparecen contempladas en la Ley 41/2002, de 14/11, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en lo sucesivo LAP), que tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica, con respeto, en todo caso, a la dignidad de la persona humana, a la autonomía de la voluntad y a su intimidad.

De conformidad con lo establecido en los artículos 14 y siguientes de la citada LAP, la historia clínica, que comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, debe archivar en cada centro (entendido como *“el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios”*), cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

Concretamente, en cuanto a la custodia de la documentación clínica, el artículo 19 de la misma LAP dispone lo siguiente:

“El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley”.

El artículo 17 de la LAP, referido a la conservación de la historia clínica, en su apartado 6 establece: *“6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

En definitiva, los centros sanitarios están obligados a gestionar las historias clínicas de manera que quede garantizada su seguridad, evitando su alteración o manipulación, su correcta conservación y la recuperación de la información, estableciendo mecanismos de custodia activa y diligente de las mismas.

Durante las Actuaciones Previas de Investigación se constató que el SERGAS tiene incorporadas medidas de seguridad que le permite controlar los accesos a la documentación clínica, conforme requieren las medidas de seguridad de nivel alto (que han de incorporarse al tratamiento de los datos de salud). De esta forma, verificó que la esposa de Don **E.E.E.** no había accedido a los documentos incorporados a la demanda judicial de incapacitación, no pudiendo imputar al mencionado Servicio de Salud la vulneración de las medidas de seguridad.

III

Denuncia la Sra. **A.A.A.** al Doctor Don **M.M.M.**, neurólogo que presta servicio en el Hospital Santa Teresa de A Coruña por haber facilitado a su hermano información médica del padre de ambos sin autorización. En el informe emitido por el neurólogo, se indica el siguiente diagnóstico del paciente: *"Deterioro cognitivo moderado en relación con enfermedad de Alzheimer"*. El médico efectuó el informe solicitado por los familiares del enfermo, como había hecho en años anteriores (desde el 2008), con la finalidad de que le autorizaran determinados medicamentos específicos para su patología.

El artículo 5 de la LAP determina, en sus tres primeros apartados, lo siguiente:
"Titular del derecho a la información asistencial"

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho."

Dado que el paciente carecía de capacidad para solicitar y entender la información, al padecer una grave enfermedad que deteriora sus capacidades físicas y psíquicas, la misma puede facilitarse a familiares, como en el caso concreto denunciado, añadiendo el Dr. **M.M.M.** que el paciente siempre acudía a la consulta acompañado de familiares. El certificado se entregó a su hijo. En el supuesto presente, no se aprecia vulneración de la normativa de protección de datos en la actuación denunciada.

Por lo tanto, de acuerdo con lo señalado,

Por el Director de la Agencia Española de Protección de Datos,

SE ACUERDA:

1. **PROCEDER AL ARCHIVO** de las presentes actuaciones.
2. **NOTIFICAR** la presente Resolución al HOSPITAL SANTA TERESA, y a Doña **A.A.A.**, (representando a Don **C.C.C.** Doña **B.B.B.**).

De conformidad con lo establecido en el apartado 2 del artículo 37 de la LOPD, en la redacción dada por el artículo 82 de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, la presente Resolución se hará pública, una vez haya sido notificada a los interesados. La publicación se realizará conforme a lo previsto en la Instrucción 1/2004, de 22 de diciembre, de la Agencia Española de Protección de Datos sobre publicación de sus Resoluciones y con arreglo a lo dispuesto en el artículo 116 del Real Decreto 1720/2007, de 21 diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la LOPD.

Contra esta resolución, que pone fin a la vía administrativa (artículo 48.2 de la LOPD), y de conformidad con lo establecido en el artículo 116 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del

Procedimiento Administrativo Común, los interesados podrán interponer, potestativamente, recurso de reposición ante el Director de la Agencia Española de Protección de Datos en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la notificación de esta resolución, o, directamente recurso contencioso administrativo ante la Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 25 y en el apartado 5 de la disposición adicional cuarta de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación de este acto, según lo previsto en el artículo 46.1 del referido texto legal.

Sin embargo, el responsable del fichero de titularidad pública, de acuerdo con el artículo 44.1 de la citada LJCA, sólo podrá interponer directamente recurso contencioso administrativo ante la Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional con arreglo a lo dispuesto en el artículo 25 y en el apartado 5 de la disposición adicional cuarta de la LJCA, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación de este acto, según lo previsto en el artículo 46.1 del referido texto legal.

José Luis Rodríguez Álvarez
Director de la Agencia Española de Protección de Datos