



**XI CONGRESO NACIONAL  
DE  
DERECHO SANITARIO**

**LA PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS:  
RECOGIDA ACCESO Y COMUNICACIÓN  
DE DATOS A LA LUZ DE LA LEY ORGÁNICA  
15/1999 Y DE LA LEY 41/2002**

**Dra. Carmen Delia Medina Castellano**

*Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de las Palmas de Gran Canaria.*



**TITULO:** La protección de datos sanitarios: Recogida, acceso y comunicación de datos a la luz de Ley Orgánica 15/1999 y de la Ley 41/2002.

**AUTOR:** Dra. Carmen Delia Medina Castellano; **PONENTE:** Carmen Delia Medina Castellano

**CENTRO DE TRABAJO:** Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Ciencias de la Salud; **DIRECCIÓN:** C/ Juncalillo, 12. 35009. Las Palmas de Gran Canaria.

**TFNO:** 928453492/629856214; **E-MAIL:** cmedina@denf.ulpgc.es

**COMUNICACIÓN ORAL; MEDIOS:** Videoproyección (Cañón)

**Introducción:** La protección del derecho a la intimidad como derecho de la personalidad se consagra en el artículo 18 de la Constitución. También recoge el texto constitucional el derecho a la protección de salud, como una de las características inherentes al Estado social que proclama ser nuestro País, lo que supone la implicación en la satisfacción de las demandas y necesidades de los ciudadanos individualmente considerados y de la sociedad en su conjunto. Es por ello que, uno de los supuestos en los que el sujeto autoriza la entrada en su intimidad es el que se produce en razón de su necesidad de asistencia sanitaria, lo que le lleva a poner en conocimiento del profesional que le atiende todos aquellos datos que permitan el diagnóstico, cuidado y tratamiento adecuado. Pero también implica para el sujeto la obligación de permitir el acceso a aquella esfera de su vida privada conformada por los datos relativos a su salud cuando razones de interés general lo exijan.

**Objetivos:** El presente trabajo tiene por objeto estudio de las medidas protectoras de los datos médicos, mediante el análisis comparado de la Ley 41/2002 en materia de protección de la intimidad y la Ley Orgánica 15/1999, con especial incidencia en las excepciones al principio general del consentimiento en la recogida de datos y en la comunicación de los mismos a terceros, así como el análisis del derecho del paciente a acceder a la documentación clínica.

**Metodología:** La metodología seguida para la realización de este trabajo ha consistido, de modo principal, en la indagación bibliográfica, legislativa y jurisprudencial relacionada con la configuración del derecho a la intimidad, y particularmente con la protección de datos relativos a la salud de las apersonas.

**Resultados:** La Ley 41/2002 reconoce el derecho a la intimidad de todas las personas en el ámbito sanitario, con independencia de que la razón del conocimiento de sus datos de salud sea la necesidad directa de asistencia o el interés terapéutico de un paciente. A lo largo de su articulado señala una serie de medidas de carácter general dirigidas a promover la protección de la intimidad y a identificar a los responsables de la custodia o de la elaboración de normas y procedimientos de acceso, y tratamiento en general, de los datos sanitarios, realizando, igualmente, una remisión a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, en materia de acceso a la historia clínica, cuando la finalidad de este acceso no es asistencial. De esta forma, reserva a la competencia de cada centro sanitario la elaboración de procedimientos de acceso a la información clínica, a la vez que establece la competencia de las Comunidades Autónomas para el desarrollo de procedimientos que permitan dejar constancia de los accesos a la historia y de la finalidad de los mismos.

#### **Conclusiones:**

1. La protección de la intimidad en el ámbito sanitario ha de ser ponderada con la obligación de los poderes públicos de preservar la salud de conformidad al mandato del artículo 43 de la Constitución
2. Se exceptúa de la obligación de recabar el consentimiento para la obtención de datos la actividad dirigida a tratar datos de carácter sanitario desarrollada por profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional.
3. No puede sostener la excepción al consentimiento cuando el tratamiento de datos afecta a terceros que no tienen un interés vital en el tratamiento
4. No se considera que existe comunicación de datos cuando el acceso de un tercero se produzca como resultado de la necesidad de prestar un servicio al responsable del tratamiento de los datos
5. El derecho de acceso a la historia clínica del paciente es limitado

## RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTA AL XI CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO

**TÍTULO:** *Responsabilidad sanitaria y artículo 28 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Reapertura del debate a propósito de la STS de 26 de marzo de 2004*

**AUTOR:** Dra. Antonia Paniza Fullana. Profesora Titular de Escuela Universitaria de Derecho Civil. Universidad de las Illes Balears

**PONENTE:** Dra. Antonia Paniza Fullana

**CENTRO DE TRABAJO:** UNIVERSIDAD DE LAS ILLES BALEARS

**DIRECCIÓN:** Carretera de Valldemossa, Km. 7,5, 07122 PALMA DE MALLORCA.

**TELÉFONO:** 971 17 13 42

**E-MAIL:** [antonia.paniza@uib.es](mailto:antonia.paniza@uib.es)

**TIPO DE COMUNICACIÓN:** ORAL

### RESUMEN

**Responsabilidad sanitaria y artículo 28 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Reapertura del debate a propósito de la STS de 26 de marzo de 2004**

#### I.- INTRODUCCIÓN

El desplazamiento de la jurisdicción civil, a favor de la contencioso-administrativa, en la mayoría de supuestos de responsabilidad sanitaria, parecía haber dejado al margen toda la problemática derivada de la aplicación del artículo 28 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (en adelante, LGDCU), que había quedado relegada a los supuestos de responsabilidad en el ámbito de la Medicina privada. Sin embargo, un análisis de la evolución jurisprudencial sobre la materia demuestra que no es un tema fácil de solucionar. Es más, cuando parecía existir cierta calma queda claro que el tema sigue candente a la vista de la STS de 26 de marzo de 2004. Esta resolución nos ha servido para reabrir el debate y plantear nuevas cuestiones sobre la responsabilidad objetiva en el ámbito sanitario. Cuestiones y reflexiones que se pretenden exponer en esta comunicación.

#### II.- OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo es el de realizar un análisis jurisprudencial de la responsabilidad objetiva en el ámbito sanitario y más en concreto de la aplicación del artículo 28 LGDCU, que establece un régimen de responsabilidad objetiva aplicable a los "servicios sanitarios", según el propio artículo (y, de hecho son muchas las Sentencias que lo han aplicado. Son solo un ejemplo la STS de 18 de junio de 1998, la STS de 29 de noviembre de 2002, la SAP de Valencia de 11 de febrero de 2000, la SAP de Zaragoza de 10 de abril de 2001, la SAP de Alicante de 17 de octubre de 2003 o la SAP de Sevilla de 11 de febrero de 2004).

Sin embargo, el tema es controvertido y ello queda patente en la propia evolución jurisprudencial. Un ejemplo, entre otros muchos, lo tenemos en la STS de 31 de enero de 2003 que, por una parte, apunta que la doctrina del daño desproporcionado "no lleva a la objetivación de la responsabilidad sino a la demostración de la culpabilidad del autor del daño desproporcionado..."; por otra parte, añade la aplicación del artículo 28 LGDCU y, sin embargo, la existencia de un voto particular vuelve a replantear el mismo problema: la aplicación o no aplicación del mencionado precepto a determinados supuestos.

El vuelco indudablemente lo da la STS de 26 de marzo de 2004, que parece que se cuestiona el propio régimen de responsabilidad que establece el mencionado precepto: *“la lectura de los artículos 25, 26 y 28 de la Ley 26/1984 y su interpretación racional y en conjunto no autoriza a prescindir del referido factor de culpa en el presunto responsable, independientemente de la existencia o no de culpa exclusiva, a su vez, en el usuario del producto”*. ¿Una vuelta a los orígenes? ¿A qué se debe este cambio?

Con todo ello, se pretenden exponer los peligros que puede suponer un sistema de estas características en la jurisdicción civil, por una parte y lo que puede aportar a los consumidores como *usuarios de servicios sanitarios*, por otra. Se plantean intereses contrapuestos.

### III.- METODOLOGÍA

El trabajo se basa en un estudio jurisprudencial desde dos perspectivas diferentes:

- Por una parte, se realiza un análisis de las resoluciones dictadas por los Tribunales (tanto el Tribunal Supremo como las Audiencias Provinciales) sobre responsabilidad sanitaria y aplicación del artículo 28 LGDCU desde 1997 (que es cuando se empieza a notar un cambio jurisprudencial sobre la cuestión, sobre todo con las Sentencias del Tribunal Supremo de 1 y 21 de julio de 1997) hasta la ya citada STS de 26 de marzo de 2004, que vuelve a dar un vuelco a la situación cuestionándose incluso el carácter del sistema de responsabilidad que establece aquel precepto. Por ello, esta resolución será estudiada con más detenimiento.

- Por otra parte, pretende compararse, con el estudio de resoluciones de las diferentes jurisdicciones, el sistema de responsabilidad en el ámbito sanitario de la jurisdicción civil con el de la jurisdicción contencioso-administrativa.

### IV.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- La propia jurisprudencia, a pesar de la evolución, no establecía indiscriminadamente que en todos los supuestos se podía aplicar el sistema de responsabilidad objetiva (un ejemplo lo tenemos en la SAP de Tarragona de 8 de septiembre de 2003 que establece que no es aplicable el régimen de responsabilidad objetiva a los errores de diagnóstico; por otra parte, son varias las Sentencias que constatan la aplicación del sistema de responsabilidad establecido en el artículo 28 LGDCU en los casos de infecciones hospitalarias).

- Responsabilidad derivada de los servicios frente a responsabilidad derivada de productos defectuosos: distinto ámbito de aplicación y distinto régimen de responsabilidad.

- Jurisdicción civil *versus* jurisdicción contencioso-administrativa y la responsabilidad objetiva. El paciente, como tal, ¿sigue siendo, “consumidor o usuario de servicios sanitarios” frente a la Administración sanitaria?

(

(

(

(