

Cesión de datos de salud a efectos de facturación. Informe 114-06

La consulta plantea dudas sobre la posibilidad de que las Mutuas Patronales de Trabajo y Enfermedades Profesionales y los Centros Sanitarios públicos y privados entreguen a entidades aseguradoras determinados datos referidos a la asistencia sanitaria prestada por aquéllas, a efectos de facturación de la misma, como consecuencia de un accidente de circulación.

Procede realizar un análisis de la cuestión que se plantea desde dos vertientes, cuando la comunicación de datos se realiza desde Centros Sanitarios Públicos y cuando la misma se realiza desde Centros Sanitarios privados o asimilados con sucede con la Mutuas Patronales.

I

En el primero de los supuestos, es decir, el referente a la información que podrá ser comunicada por los centros sanitarios públicos a las compañías de seguros en caso de que se produjera una asistencia sanitaria como consecuencia de un accidente de circulación, implicará la cesión de datos relacionados con la salud de los mismos, respecto de los cuales el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, dispone que “Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una Ley o el afectado consienta expresamente”.

Por este motivo, la comunicación sólo podría tener lugar cuando así lo hubiera consentido el interesado o cuando exista una norma con rango de Ley que ofreciera cobertura a la cesión de los datos.

El artículo 16.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad dispone que “la facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por las respectivas administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud. En ningún caso estos ingresos podrán revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes

A su vez, el artículo 83 de la propia Ley 14/1986 añade que “Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes”.

En particular, establece el párrafo segundo de dicho precepto que “A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados”.

Por otra parte, la Disposición adicional vigésimo segunda del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio establece, en su apartado 1, que “No tendrán la naturaleza de recursos de la Seguridad Social los que resulten de las siguientes atenciones, prestaciones o servicios: 1) Los ingresos a los que se refieren los artículos 16.3 y 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, procedentes de la asistencia sanitaria prestada por el Instituto Nacional de la Salud, en gestión directa a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como en los supuestos de seguros obligatorios privados y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago”.

De lo dispuesto en los preceptos hasta ahora transcritos se desprende que cuando exista un tercero que haya de responder del coste del acto médico realizado por un centro sanitario público, procederá repercutir al mismo, por imperativo de lo dispuesto en las Leyes mencionadas, el coste de la actuación sanitaria.

Pues bien, tal y como establece el párrafo primero del artículo 6 de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, en la redacción dada al mismo por la disposición adicional 8.1 de Ley 30/1995, de 8 noviembre, “el asegurador, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes, el cual, o sus herederos, tendrá acción directa para exigirlo. Únicamente quedará exonerado de esta obligación si prueba que el hecho no da lugar a la exigencia de responsabilidad civil conforme al artículo 1 de la presente Ley”.

En consecuencia, resultarían de aplicación al supuesto las normas contenidas en la legislación de Sanidad y Seguridad Social que se han venido indicando al supuesto del asegurador en el caso de seguro de responsabilidad civil por el uso de vehículos a motor, por lo que cabría considerar que en el presente supuesto existe una norma con rango de Ley habilitante de la cesión, amparado por tanto en el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999.

No obstante, debe indicarse que el artículo 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999 consagra el principio de proporcionalidad en el tratamiento de los datos, lo que implicará en el supuesto de una cesión de los mismos que aquéllos habrán de ser adecuado, pertinentes y no excesivos en relación con la finalidad que justifica la cesión.

Por este motivo, deberán comunicarse a la entidad aseguradora únicamente aquéllos datos que resulten imprescindibles para la facturación del gasto sanitario efectivamente llevado a cabo.

Por último, debe recalcar que el contenido del presente apartado se refiere exclusivamente a la comunicación de los datos que sea efectuada en el marco de la sanidad pública, dado que sólo a los centros sanitarios públicos resultan de aplicación las normas contenidas en la Ley General de Sanidad y en el Texto Refundido de la Ley general de la Seguridad Social que se han invocado para considerar la comunicación amparada por el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999.

II

El segundo de los supuestos se refiere a la posibilidad de que Centros Sanitarios privados o en el supuesto de la consulta las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales entreguen a entidades aseguradoras datos referidos a la asistencia sanitaria prestada por aquéllas, a efectos de facturación de la misma, como consecuencia de un accidente de circulación, resultaría aplicable lo indicado en la Resolución de esta Agencia Española de Protección de Datos de 11 de agosto de 2003, recaída en el procedimiento PS/27/2003.

La citada Resolución, referida a un supuesto de cesión de datos del perjudicado en el caso de un accidente con vehículo de motor cubierto con seguro de responsabilidad civil, comienza recordando que “Los artículos 6.1, 7.3 y 11.2.a) de la LOPD permiten el tratamiento de los datos de salud del afectado cuando así lo disponga una Ley”, para continuar indicando lo siguiente:

“La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, incluye en su “Sección 3ª: Obligaciones y deberes de las partes”, el artículo 18 que establece: “El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Cuando la naturaleza del seguro lo permita y el asegurado lo considera, el asegurador podrá sustituir el pago de la indemnización por la reparación o la reposición del objeto siniestrado”.

De dicho precepto se desprende que el asegurador tiene la obligación legal de realizar las investigaciones y peritaciones precisas tanto

respecto de la existencia del siniestro, como sobre el importe de los daños si estos se hubieran producido.

Esta obligación tiene una conexión directa con otra obligación de orden legal como es la de satisfacer la indemnización al término de aquellas investigaciones y peritaciones.

A su vez, esta última exigencia legal aparece reforzada en la propia norma al imponer al asegurador, en cualquier supuesto, la obligación de efectuar, en un plazo máximo desde la recepción de la declaración del siniestro, el pago de un importe mínimo de lo que se pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

De otro lado, la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de seguros privados, impone a las entidades aseguradoras “la obligación de constituir y mantener en todo momento provisiones técnicas suficientes para el conjunto de sus actividades”. (artículo 16.1).

En el cálculo de las provisiones técnicas, entendidas éstas como el importe de las obligaciones asumidas por las entidades aseguradoras y reaseguradoras derivadas de los contratos de seguro directo y reaseguro suscritos, existe una parte de las aludidas obligaciones que está en relación con la cuantía de las obligaciones derivadas del pago de la indemnización, que aparece como la principal de las obligaciones de la entidad aseguradora una vez que ha tenido lugar el siniestro. En concreto la provisión de prestaciones recoge el importe total de las obligaciones pendientes del asegurador derivado de siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de cierre del ejercicio.

En la cobertura de un seguro de responsabilidad civil el asegurador se obliga a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho, con la particularidad de que al tercer perjudicado, ajeno a la relación contractual establecida entre el asegurado y el asegurador, se le concede por ley, en concreto por el artículo 76 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, la posibilidad de acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar. En este caso la valoración de los daños se refiere a los datos aportados por un tercero ajeno a la relación comercial, pero sin los cuales no es posible conocer el montante de la indemnización y en su caso la parte correspondiente a las provisiones técnicas. El desconocimiento de estos datos hace también imposible el cumplimiento de la obligación por parte de la entidad aseguradora.

Por otra parte, y en relación con los datos aludidos anteriormente, las entidades aseguradoras deben llevar un libro de siniestros en los términos establecidos en el artículo 65 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en el que deberá constar entre otros datos la valoración inicial consignada y los pagos que se han hecho en relación con el mismo. Para poder determinar el importe de tales conceptos se hará de nuevo mención a datos que no se corresponden a ninguna de las partes que aparecen en el contrato de seguro, sino a los datos del tercer perjudicado y de los daños sufridos por éste, debidamente probados.

Las citadas obligaciones se complementan con las derivadas del control de las entidades aseguradoras.

Así, los artículos 70 a 72 de la misma Ley establecen las competencias del Ministerio de Economía en el control de las entidades aseguradoras previendo específicamente que “el control financiero consistirá, en particular, en la comprobación del conjunto de actividades de la entidad aseguradora, del estado de solvencia y de la constitución de provisiones técnicas...” (artículo 71.2) y las sujetan a la Inspección de Seguros. (artículo 72.1).

A tal efecto, los Inspectores de Seguros en el ejercicio de sus funciones comprobarán toda la documentación necesaria para verificar la solvencia técnico-financiera de las entidades aseguradoras sometidas a su supervisión, para lo cual solicitarán de las mismas toda la documentación que acredite los cálculos a los que llega la entidad, como determina el artículo 72 de la Ley. Entre estos documentos se encuentran aquellos en los que se base la entidad para el cálculo de la cuantía de las indemnizaciones, como pueden ser los informes médicos cuando el siniestro de lugar a daños personales.

Es por tanto necesario para la Inspección de Seguros tener acceso a los datos del tercer perjudicado para poder dar cumplimiento a las obligaciones de supervisión que tiene asignadas y garantizar que la empresa tiene la solvencia necesaria para afrontar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por contrato de seguro.

En definitiva, toda información podrá ser requerida por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en el ejercicio de sus labores de supervisión como así lo dispone el artículo 71.4 de la Ley, de manera que la falta de remisión de la misma podrá ser considerada como infracción muy grave, grave o leve en los términos establecidos en el artículo 40 de la Ley pudiendo dar lugar a la imposición de sanciones administrativas.

De todo lo expuesto se concluye que, tanto desde la perspectiva de las obligaciones del asegurador contenidas en la Ley 50/1980, como desde las derivadas de la Ley 30/1995, las entidades aseguradoras deben recabar y conservar, en su caso, información relativa a la salud de los terceros que deban ser indemnizados como consecuencia de un seguro de responsabilidad civil. De ahí que debe entenderse que concurren las excepciones al tratamiento de tales datos sin consentimiento del afectado previstas en los artículos 6.1, 7.3 y 11.2.a) de la LOPD.

No obstante debe señalarse que los artículos 4 y 5 de la misma Ley Orgánica regulan otros principios exigibles en el tratamiento de datos personales como son los de calidad de datos y de información, respectivamente.

Asimismo, es preciso tener en cuenta que la exclusión del consentimiento por disponerlo una ley, no excluye, con carácter general, la vigencia de los principios contemplados en la LOPD..

Por ello, si bien será admisible el tratamiento de datos de salud, en los términos expuestos, sin el consentimiento del afectado, éste deberá ser informado en los términos precisos del artículo 5 de la LOPD y el tratamiento que se realice deberá ajustarse a las exigencias del artículo 4 de dicha norma, y en particular al principio de finalidad.

En particular, resulta especialmente relevante en relación con el supuesto planteado en la consulta lo indicado en el ya citado artículo 4 de la Ley Orgánica 15/1999, cuyo apartado 1 dispone que “Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido”.

Como ya se indicaba en el apartado anterior, ello quiere decir que la comunicación de datos, que podrá efectuar el Centro Sanitario privado y la Mutua consultante a la compañía aseguradora, sin necesidad de precisar el consentimiento del paciente, deberá limitarse a los datos que sean necesarios en relación con las finalidades que, como se ha señalado al reproducir la resolución de esta Agencia, justifican y habilitan dicha comunicación.

Es decir, la consultante podrá comunicar a la compañía aseguradora los datos que permitan justificar la necesidad de la realización de los actos médicos a los que se refiere la consulta, aunque en ningún caso será necesaria la comunicación de los resultados derivados de dichos actos médicos, siempre que de los mismos no se derive la necesidad de llevar a cabo otras actuaciones

posteriores que incidan en el importe de la indemnización cubierta por el seguro suscrito por el responsable del daño.

Al propio tiempo, y como también se señala en la Resolución reproducida, será preciso que por parte de la consultante se dé cumplimiento al deber de información previsto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, si bien, como se ha insistido, no será preciso recabar su consentimiento para la cesión de datos a la compañía aseguradora.

Por último, es preciso poner de manifiesto que la solución anteriormente señalada es aplicable al supuesto de tratamiento y cesión de datos del perjudicado por un siniestro cubierto con un seguro de responsabilidad civil, pero no a otros ámbitos, como el del seguro de asistencia sanitaria, en que sí sería necesario recabar por la entidad aseguradora el previo consentimiento del asegurado.

En consecuencia, en el supuesto sometido a informe sí será posible la comunicación a la compañía aseguradora de aquellos, incluidos los de salud, que resulten necesarios para justificar el importe de la indemnización que hubiera de ser satisfecha por la compañía y que podrán ser objeto de supervisión por la Dirección General de Seguros, debiendo por la consultante informarse al interesado de la mencionada cesión.