

Examinada su solicitud de informe, remitida a este Gabinete Jurídico, referente a la consulta formulada por el Ministerio de Justicia, cúpleme informarle lo siguiente:

1. Consulta planteada

La consulta planteada, de la que se adjunta copia como Anexo 1, solicita el criterio de esta Agencia “sobre la adecuación a la normativa de protección de datos personales y la normativa reguladora de la información clínica del Convenio suscrito entre la Comunidad de Madrid y la Provincia Eclesiástica de Madrid”, de fecha 2 de enero de 2008

El mencionado Convenio, que reemplaza al celebrado entre ambas partes, de fecha 8 de abril de 1997 tiene por objeto principal, según se indica en su cláusula primera el reconocer, proteger y posibilitar “el ejercicio del derecho garantizado por el artículo IV del Acuerdo sobre Asuntos Jurídicos firmado entre el Estado y la Santa Sede con fecha 3 de enero de 1979, a la asistencia religiosa de los enfermos católicos y de todos aquellos internados que lo deseen” en el ámbito de la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Según la cláusula novena.4 “ambas partes se comprometen a trasladar el contenido de este Acuerdo” a determinados centros sanitarios a fin de que por sus órganos de gobierno, así como por los de otros centros citados en el mismo “pueda estudiarse y, en su caso, suscribirse con la Provincia Eclesiástica de Madrid, su aplicación a los citados centros hospitalarios”.

A tal efecto, el clausulado del Convenio se refiere esencialmente a la mencionada asistencia religiosa, desarrollada, según se indica “con el debido respeto a la libertad religiosa”. Dicha asistencia comprende, según la cláusula tercera, “visitar a los enfermos”, “celebrar los actos de culto y administrar los sacramentos”, “asesorar en las cuestiones religiosas y morales” y “colaborar en la humanización de la asistencia hospitalaria”.

En desarrollo del Convenio se regula la existencia en cada centro hospitalario del Servicio de Asistencia Religiosa Católica (SARC), abierto, según la cláusula cuarta.3 “a los enfermos que, libre y espontáneamente, lo soliciten”. Pudiendo igualmente beneficiarse del mismo “los familiares de los pacientes y el personal del Centro, siempre que las necesidades del servicio hospitalario lo permitan”.

Dicho Servicio quedará vinculado, según la cláusula quinta a la Dirección o Gerencia del centro, quedando igualmente integrado en el organigrama de aquél. La Dirección deberá adoptar las medidas necesarias para facilitar la

actividad del Servicio, disponiendo la cláusula octava que la misma facilitará, en particular, “las informaciones oportunas sobre los pacientes”. Añade la misma cláusula que “el personal del Centro comunicará al SARC el deseo del paciente, manifestado por sí mismo o por sus familiares, de recibir asistencia religiosa.

Por último, como cuestión especialmente relevante, el apartado 2 de la cláusula segunda del Convenio, reproduciendo literalmente lo que ya constaba en el Convenio de 8 de abril de 1997, señala que “el Servicio de Asistencia Religiosa Católica, a través de sus legítimos representantes, formará parte del Comité de Ética y del Equipo Interdisciplinar de Cuidados Paliativos”.

2. Competencia de esta Agencia

En lo relativo a la competencia de esta Agencia, debe recordarse que los artículos 37 y 41 de la Ley Orgánica 15/1999 vienen a delimitar el ámbito competencial de las autoridades de protección de datos, disponiendo el artículo 41.1 que “las funciones de la Agencia de Protección de Datos reguladas en el artículo 37, a excepción de las mencionadas en los apartados j), k) y l), y en los apartados f) y g) en lo que se refiere a las transferencias internacionales de datos, así como en los artículos 46 y 49, en relación con sus específicas competencias serán ejercidas, cuando afecten a ficheros de datos de carácter personal creados o gestionados por las Comunidades Autónomas y por la Administración local de su ámbito territorial, por los órganos correspondientes de cada Comunidad, que tendrán la consideración de autoridades de control, a los que garantizarán plena independencia y objetividad en el ejercicio de su cometido”.

De este modo, esta Agencia Española de Protección de Datos ostenta competencias sobre los ficheros de titularidad privada, así como los “creados o gestionados” por las autoridades autonómicas o locales en las Comunidades Autónomas que no hayan constituido una autoridad de protección de datos en los términos expresados en el mencionado artículo 41.1.

El análisis de esta cuestión resulta especialmente relevante en el supuesto planteado, dado que el Convenio extiende sus efectos a los centros hospitalarios dependientes de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública la Comunidad de Madrid, integrada, conforme al artículo 5.2 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, por “todos los proveedores sanitario públicos dependientes de la Comunidad de Madrid y por aquéllos privados o públicos que previa acreditación puedan prestar servicios al Sistema Público”, añadiendo el artículo 5.4 que los centros privados integrados en la Red “se relacionarán con el Servicio Madrileño de Salud y con las Agencias Sanitarias según lo dispuesto reglamentariamente”.

Al propio tiempo, debe recordarse el alcance de la cláusula novena.4, que prevé la extensión de los efectos del Convenio a determinados centros sanitarios constituidos en forma de fundación.

El artículo 2.1 de la Ley 8/2001, de 13 de junio, de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid delimita su ámbito de aplicación, disponiendo que:

“La Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ejerce sus funciones de control sobre los ficheros de datos de carácter personal creados o gestionados por las Instituciones de la Comunidad de Madrid y por los Órganos, Organismos, Entidades de Derecho público y demás Entes públicos integrantes de su Administración Pública, exceptuándose las sociedades mercantiles a que se refiere el artículo 2.2.c).1 de la Ley 1/1984, de 19 de enero, reguladora de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

Asimismo, dichas funciones se ejercerán sobre los ficheros de datos de carácter personal creados o gestionados por los Entes que integran la Administración Local del ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, de conformidad con lo previsto en el artículo 41 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, así como sobre los ficheros creados o gestionados por las Universidades públicas y por las Corporaciones de derecho público representativas de intereses económicos y profesionales de la Comunidad de Madrid, en este último caso siempre y cuando dichos ficheros sean creados o gestionados para el ejercicio de potestades de derecho público”.

Por otra parte, según establece el artículo 5.1 I) del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, son ficheros de titularidad privada “los ficheros de los que sean responsables las personas, empresas o entidades de derecho privado, con independencia de quien ostente la titularidad de su capital o de la procedencia de sus recursos económicos, así como los ficheros de los que sean responsables las Corporaciones de derecho público, en cuanto dichos ficheros no se encuentren estrictamente vinculados al ejercicio de potestades de derecho público que a las mismas atribuye su normativa específica”.

En particular, en el ámbito sanitario, el Real Decreto 29/2000, de 14 enero, de desarrollo de nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud, por el que se desarrolla, a su vez, lo dispuesto en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, diferencia diversas formas de gestión, entre las que se encuentran las fundaciones y las fundaciones públicas sanitarias, como formas distintas y que reciben un tratamiento claramente diferenciado.

Así, la Sección primera del Capítulo III del Real Decreto se refiere a “las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994”, disponiendo el artículo 38 que “tendrán la consideración de fundaciones, en el ámbito del presente

Real Decreto, las organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro constituidas por el Instituto Nacional de la Salud, que destinen y afecten un patrimonio a la realización de fines sanitarios de interés general y que tengan por objeto la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria”.

El artículo 39 añade que “las fundaciones se regirán por sus estatutos, por el presente Real Decreto y, en todo caso, por la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, y por las demás disposiciones estatales o autonómicas que les sean de aplicación”, añadiendo el artículo 40.1 que “las fundaciones ajustarán su actividad contractual al Derecho Civil y Mercantil y estarán sujetas a los principios de publicidad y concurrencia, salvo en los casos no exigidos en la legislación sobre contratos de las Administraciones públicas” y el artículo 44 que “la relación jurídica del personal al servicio de las fundaciones será de carácter laboral y en consecuencia le será de aplicación lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, y demás disposiciones de desarrollo”.

Por el contrario, la Sección cuarta del mismo Capítulo se refiere a las fundaciones públicas sanitarias, definidas por el artículo 62 como “organismos públicos, adscritos al Instituto Nacional de la Salud con personalidad jurídica propia”.

Según el artículo 63 “las fundaciones públicas sanitarias se regirán por lo dispuesto en el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social; por el presente Real Decreto; por sus estatutos, y por lo dispuesto para las entidades públicas empresariales en la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, en lo no previsto en aquéllos”.

En cuanto a la contratación, dispone el artículo 72 que “la contratación de las fundaciones públicas sanitarias respetará, en todo caso, los principios de publicidad y libre concurrencia y se regirá por las previsiones contenidas al respecto en la legislación de contratos de las Administraciones públicas”. Por último, en materia de personal el artículo 73.1 señala, como regla general que “el personal al servicio de las fundaciones públicas sanitarias tendrá vinculación de carácter estatutario y le serán de aplicación las normas relativas al personal de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social”, añadiendo el apartado 2 de dicho artículo que “podrá incorporarse a las fundaciones públicas sanitarias personal que ostente vinculación de carácter funcional o laboral, cuando ya viniesen prestando servicios en los centros sanitarios que se conviertan en fundaciones públicas sanitarias”.

Consecuencia de lo anterior es que únicamente podrían considerarse ficheros de titularidad pública, vinculados al ejercicio de potestades públicas por parte de organismos públicos aquellos de los que fueran responsables las



fundaciones públicas sanitarias, sin que puedan considerarse ficheros de titularidad pública los que sean responsabilidad de las entidades constituidas como fundaciones, sometidos plenamente a su Ley reguladora.

Por último, es preciso tener en cuenta la Ley 1/1998, de 2 de marzo, de Fundaciones de la Comunidad de Madrid, donde no se regula ni se hace mención a las fundaciones del Sector Público.

Debido al vacío legal que sobre esta materia se observa en la Legislación Autonómica, entendemos que resulta de aplicación el principio de supletoriedad recogido en el artículo 149.3 de la Norma Fundamental que establece “El Derecho estatal será en todo caso, supletorio del derecho de las Comunidades Autónomas”, lo que implica que resulte de aplicación la normativa estatal sobre las fundaciones públicas, en virtud del principio de antes mencionado, dado que la Ley de Fundaciones de la Comunidad de Madrid no regula las fundaciones del sector público.

A mayor abundamiento, la propia Ley de Fundaciones de la Comunidad de Madrid, prevé en su Disposición Transitoria Tercera la aplicación supletoria de la normativa estatal, señalando que “Hasta tanto no se produzca el desarrollo reglamentario de los preceptos de esta Ley, serán de aplicación la normativa reglamentaria del Estado en todas aquellas materias que sean de competencia exclusiva de la Comunidad de Madrid.”

De este modo teniendo en cuenta que la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid integra a entidades privadas concertadas y que, a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 y sus normas de desarrollo los ficheros creados por los centros sanitarios constituidos al amparo de la Ley 30/1994 tienen la condición de ficheros de titularidad privada, debe concluirse que esta Agencia es competente para emitir el presente informe, dado que los efectos del Convenio sometido a su parecer se extienden a los ficheros de centros sanitarios sometidos a su competencia.

3. Objeto del presente informe

Como ya se ha indicado, la consulta plantea las consecuencias que en materia de protección de datos puede plantear la firma del Convenio al que se viene haciendo referencia. En consecuencia, el análisis que haya de efectuarse en el presente informe deberá llevarse a cabo exclusivamente en el marco establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, y sus disposiciones de desarrollo, así como en lo que respecta al tratamiento y comunicación de los datos de la historia clínica, a lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Por tanto, quedará al margen del presente informe, sin perjuicio de las consideraciones que, en el marco de su objeto puedan realizarse en el mismo, el análisis del Convenio desde el punto de vista de su incidencia en el derecho fundamental a la libertad religiosa, consagrado por el artículo 16 de la Constitución, centrándose el informe en la aplicación de los principios, derechos y deberes relacionados con las normas a las que acaba de hacerse referencia.

En particular, resultará especialmente relevante a los efectos previstos en la normativa de protección de datos lo establecido en la cláusula octava del Convenio, a la que ya se ha hecho referencia, que supondrá la comunicación a los integrantes del SARC de datos relacionados con los pacientes y, en particular, tal y como se señala en la consulta, de datos vinculados a su salud.

Igualmente, habrá de analizarse la comunicación de estos datos a los miembros del SARC en su condición de integrantes de los Comités de Ética y Equipos Multidisciplinares de cuidados paliativos, a los que se refiere la cláusula segunda.2 del Convenio, debiendo en todo caso estarse al objeto esencial previsto en la cláusula primera y aclarado por la cláusula segunda.1 del mencionado Convenio.

4. Aspectos generales relativos al tratamiento de los datos relacionados con la salud. Garantías exigibles conforme a la legislación de protección de datos.

a) Naturaleza de datos de salud. Carácter especialmente protegido.

En el presente caso, como se ha indicado con anterioridad, de lo dispuesto en la cláusula octava del Convenio, y en particular del hecho de la integración del SARC, a través de sus representantes en el Comité de Ética y en el Equipo Multidisciplinar de cuidados paliativos, parece desprenderse que los representantes del servicio pudieran tener acceso a datos relacionados con la salud de los pacientes.

Ello exige tener en cuenta las consideraciones efectuadas por esta Agencia en cuanto a la naturaleza de los datos de salud y el acceso a los datos integrantes de las historias clínicas en su informe de 2 de abril de 2008 sobre los límites del acceso a datos de salud de pacientes, por parte de las Administraciones Públicas en la inspección sanitaria.

A tal efecto, el artículo 5.1 g) del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, define los datos de carácter personal relacionados con la salud como “las informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo. En particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos a su porcentaje de discapacidad y a su información genética”.

Se establece así un concepto amplio de los mencionados datos, siguiendo lo señalado en la Memoria Explicativa del Convenio número 108 del Consejo de Europa y las recomendaciones adoptadas por el Comité de Ministros de la citada Institución, así como por la propia jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades.

Así, el citado Tribunal en su Sentencia de 6 de noviembre de 2003 (Asunto Lindqvist) recuerda que “es preciso dar una interpretación amplia a la expresión «datos relativos a la salud», empleada en su artículo 8, apartado 1, de modo que comprenda la información relativa a todos los aspectos, tanto físicos como psíquicos, de la salud de una persona”.

La conclusión que acaba de alcanzarse reviste especial trascendencia en lo referente al régimen jurídico aplicable a los datos mencionados, dado que los mismos son considerados por el legislador como datos “sensibles” o “especialmente protegidos”, dado que han de ser considerados, como señala el Considerando 33 de la Exposición de Motivos de la Directiva 95/46/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, como “datos que por su naturaleza puedan atentar contra las libertades fundamentales o la intimidad”.

Igualmente, la Memoria Explicativa del Convenio nº 108 del Consejo de Europa, relativo a la protección de los individuos en lo que respecta al tratamiento automatizado de sus datos personales, recuerda en su apartado 43 que “hay supuestos excepcionales en los que el tratamiento de determinadas categorías de datos es potencialmente causante de una invasión en los derechos e intereses individuales”, recordando que el artículo 6 del Convenio efectúa una enumeración no taxativa de dichos datos, entre los que se encuentran en todo caso los relacionados con la salud de las personas.

Dada la incidencia especial de los datos de salud, como datos sensibles, en la esfera íntima del afectado, los distintos instrumentos adoptados en materia de protección de datos han establecido una regulación específica y más rigurosa que la establecida con carácter general tanto en lo referente a los supuestos en que será posible el tratamiento de los datos como en lo que atañe a las medidas que habrán de adoptarse para garantizar la seguridad en el tratamiento de los datos, así como el cumplimiento de los deberes de confidencialidad y sigilo que deben regir el mencionado tratamiento.

En este sentido, el artículo 8 de la Directiva 95/46/CE limita el tratamiento de datos a supuestos y finalidades concretos en los que será preciso el consentimiento, que además deberá ser expreso, del afectado o la necesidad del tratamiento con fines de asistencia sanitaria o atención de un interés vital del afectado. Esta cuestión ha sido especialmente analizada por el Grupo de Autoridades de Protección de Datos creado por el artículo 29 de la

citada Directiva en su Documento de trabajo sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos (Documento EP131), en el que se indica expresamente que “todos los datos contenidos en documentos médicos, en historiales médicos electrónicos y en sistemas de HME son “datos personales sensibles”. Por tanto, no sólo están sujetos a todas las normas generales sobre protección de datos personales de la Directiva, sino también a las normas sobre protección de datos especiales que rigen el tratamiento de la información sensible, contenidas en el artículo 8 de la Directiva”.

Debe tenerse especialmente en cuenta que el citado documento reconoce que el perjuicio a la esfera más íntima de la persona que puede implicar el tratamiento de los datos relacionados con la salud puede ser variable atendiendo a la naturaleza de los datos sometidos específicamente a tratamiento.

Por otra parte, el tratamiento de estos datos ha sido analizado en la Recomendación (97) 5, del Comité de Ministros del Consejo de Europa, referente a la protección de datos médicos. Dicha recomendación limita los supuestos de tratamiento, con especial referencia a los supuestos en que el consentimiento podrá entenderse válidamente prestado. Además, establece con detalle las medidas de seguridad que deberían implantarse en relación con los ficheros que contengan este tipo de datos, a fin de garantizar no sólo la integridad de dichos ficheros, sino en particular la adecuada restricción de los accesos a los datos, de forma que no quepan accesos no autorizados que puedan producir una merma en los derechos de los afectados.

En consecuencia, los datos de las historias clínicas de los pacientes que puedan ser objeto de acceso como consecuencia de lo establecido en el Convenio al que se refiere la consulta son considerados por las normas reguladoras de la protección de datos de carácter personal datos especialmente protegidos, lo que implicará el sometimiento de los mismos a un régimen de especial protección tanto en la referido a su recogida y tratamiento como en lo que atañe a las medidas que habrán de implantarse sobre los ficheros para garantizar su seguridad y al cumplimiento del deber de secreto que imponen tales normas.

b) Régimen de los datos de salud en la Ley Orgánica 15/1999.

1º) En relación con los datos de salud, es preciso indicar que la Ley Orgánica 15/1999 establece un régimen especial para su tratamiento y, en su caso, comunicación, considerándolos datos especialmente protegidos.

Como regla general, el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999 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”.

El citado precepto viene a reconocer en nuestro derecho lo indicado en el Considerando 34 de la Exposición de Motivos de la Directiva 95/46/CE en que se indica que “se deberá autorizar a los Estados miembros, cuando esté justificado por razones de interés público importante, a hacer excepciones a la prohibición de tratar categorías sensibles de datos en sectores como la salud pública y la protección social, particularmente en lo relativo a la garantía de la calidad y la rentabilidad, así como los procedimientos utilizados para resolver las reclamaciones de prestaciones y de servicios en el régimen del seguro enfermedad, la investigación científica y las estadísticas públicas; que a ellos corresponde, no obstante, prever las garantías apropiadas y específicas a los fines de proteger los derechos fundamentales y la vida privada de las personas”.

De este modo, la Ley Orgánica 15/1999 establece un régimen específico para los datos de salud, de modo que su tratamiento o comunicación podrá llevarse a cabo sin consentimiento del afectado sólo en caso de que una Ley así lo prevea, debiendo quedar esta habilitación fundada en la existencia de “razones de interés general”.

La propia Ley Orgánica prevé expresamente algunos de los supuestos en los que será de aplicación la norma citada. Así, el artículo 7.6 establece en su párrafo primero que “podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto”.

Igualmente, conforme al párrafo segundo del propio artículo 7.6, “También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento”.

Respecto de lo dispuesto en el artículo 7.6, el documento WP131 del Grupo creado por el artículo 29 de la Directiva 95/46/CE recuerda que “Puesto que el artículo 8, apartado 3, de la Directiva (que transpone el citado artículo 7.6)) constituye una excepción a la prohibición general de tratar datos sensibles, esta excepción deberá interpretarse de forma restrictiva”. De este modo, señala que:

“Esta excepción cubre solamente el tratamiento de datos personales para el propósito específico de proporcionar servicios relativos a la salud



de carácter preventivo, de diagnóstico, terapéutico o de convalecencia, y a efectos de la gestión de estos servicios sanitarios, como por ejemplo facturación, contabilidad o estadísticas.

No se cubre el tratamiento posterior que no sea necesario para la prestación directa de tales servicios, como la investigación médica, el reembolso de gastos por un seguro de enfermedad, o la interposición de demandas pecuniarias. También quedan fuera del alcance de la aplicación del apartado 3 del artículo 8 otros tratamientos en áreas como la salud pública y la protección social, particularmente en lo relativo a la garantía de la calidad y la rentabilidad, así como los procedimientos utilizados para resolver las reclamaciones de prestaciones y de servicios en el régimen del seguro de enfermedad, dado que éstos se mencionan en el considerando 34 de la Directiva como ejemplos para invocar el apartado 4 del artículo 8.”

Asimismo, debe recordarse que la Audiencia Nacional, en Sentencia de 31 de mayo de 2002 ha indicado que la excepción prevista en el artículo 7.6 habrá de ser interpretada restrictivamente, considerando que será preciso atender en cada caso concreto a que el tratamiento se dirija efectivamente a la prevención y el diagnóstico. En este sentido, un tratamiento para un fin distinto (en el caso analizado, el control del absentismo laboral) en que estas finalidades puedan ser consideradas “secundarias” no se encontraría amparado por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999.

En este mismo sentido, se pronuncia la Sentencia de la Audiencia Nacional de 23 de noviembre de 2006, respecto de la cual el Tribunal Supremo declaró no haber lugar al recurso de casación para unificación de doctrina interpuesto contra la misma, en Sentencia de 12 de diciembre de 2007. En el fundamento de derecho Primero de dicha Sentencia, el Tribunal Supremo resume la doctrina contenida en la Sentencia recurrida, indicando que:

“(..) la prestación del servicio médico realizada por los facultativos de la mercantil recurrente no tiene por objeto ni la mejora ni la prevención de salud de las personas a quienes examina y cuyos datos incorpora el fichero, no realizándose una prestación necesaria para su salud ni tampoco para el tratamiento médico a que pudieran estar sometidos, ni para la investigación científica o el desarrollo de la medicina, sino que la prestación únicamente está al servicio de los intereses del arrendador que, a través de ese mecanismo, pretende evitar el absentismo en el trabajo. Por ello, no puede hablarse de prestaciones o servicios médicos en los términos exigidos en la Ley, aunque intervengan facultativos sometidos a secreto profesional, sino de otro tipo de prestación de servicios no prevista en el artículo 7.3 de la Ley Orgánica citada y para cuyo tratamiento informatizado de datos se precisa el consentimiento del afectado”.

Por otra parte, en el marco de la asistencia sanitaria añade el artículo 8 que “sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad”.

En este mismo sentido, recuerda el artículo 10.5 del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 que “no será necesario el consentimiento del interesado para la comunicación de datos personales sobre la salud, incluso a través de medios electrónicos, entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud cuando se realice para la atención sanitaria de las personas, conforme a lo dispuesto en el Capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”.

Por último, el artículo 11.2 f) de la Ley Orgánica establece la licitud de la cesión de determinados datos relacionados con la salud si la misma es “necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica”.

En consecuencia, la Ley Orgánica 15/1999 viene a establecer una lista tasada de casos en que será posible el tratamiento de los datos relacionados con la salud, quedando el mismo limitado a los supuestos en que:

- El interesado haya prestado su consentimiento expreso para ello.
- Una norma con rango de Ley así lo prevea, por razones de interés público.
- El tratamiento sea necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, con las restricciones previstas en el artículo 7.6 de la Ley Orgánica, que deberá además ser objeto de una interpretación restrictiva, en los términos ya señalados.
- El tratamiento sea necesario para atender una urgencia vital del afectado.
- El tratamiento se lleve a cabo en el ámbito de la asistencia sanitaria respecto de los pacientes que acudan a los centros sanitarios, en los términos previstos en la legislación sectorial que resulte de aplicación.

- La comunicación de los datos sea precisa para solucionar una urgencia o para realizar los estudios epidemiológicos.

2º) La especial protección de los datos relacionados con la salud de las personas, en particular en el ámbito sanitario, reviste igualmente una segunda garantía de refuerzo en su tratamiento en la regulación de las medidas de seguridad que deberán implantarse en el mismo.

En este sentido, el artículo 81.3 a) del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 dispone que “además de las medidas de nivel básico y medio, las medidas de nivel alto se aplicarán en los siguientes ficheros o tratamientos de datos de carácter personal: (...) los que se refieran a datos de (...)salud”.

Si bien los apartados 5 y 6 del artículo 81 establecen algunas excepciones a la regla que acaba de citarse, ninguna de ellas podrá entenderse referida a los centros sanitarios a los que se refiere el Convenio objeto de este informe.

En particular, en cuanto al tratamiento automatizado de los datos de salud, debe recordarse que el artículo 103 impone la llevanza de un registro de accesos, disponiendo su apartado 1 que “de cada intento de acceso se guardarán, como mínimo, la identificación del usuario, la fecha y hora en que se realizó, el fichero accedido, el tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado”.

Dicho registro será de llevanza obligatoria en los centros sanitarios de la Red Sanitaria Unica de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, al no poder los mismos, por su propia naturaleza encontrarse incluidos en la excepción prevista en el artículo 103.6 del Reglamento, referido exclusivamente a los supuestos en que el responsable del fichero o del tratamiento sea una persona física y sea el único con acceso a los datos personales.

En consecuencia, el legislador establece un régimen de protección especial de los datos relacionados con la salud de las personas, caracterizado por la limitación de los supuestos en que procederá su tratamiento o el acceso a los mismos por terceros ajenos al centro sanitario y por la exigencia de especiales medidas de seguridad en la custodia y transmisión de la información, que serán lógicamente extensibles a aquellos supuestos en que los datos sean tratados por un tercero distinto del centro sanitario, que se encuentre específicamente habilitado por la Ley para acceder a la información.

Estas garantías deberán darse incluso en las comunicaciones que se dirijan al propio interesado, de forma que los datos de salud o la información



que pudiera permitir su conocimiento (por ejemplo, mediante la indicación del membrete del centro sanitario especializado en que se encuentra la historia clínica) que no deberán resultar accesibles para terceros.

3º) Por último, debe recordarse que el régimen aplicable a los datos relacionados con la salud de las personas reviste especial trascendencia en lo referente al deber de secreto que deberá mantener todo el personal al servicio del responsable del fichero.

En este sentido, el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999 dispone que “el responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo”.

El incumplimiento de este deber es constitutivo de infracción de la Ley Orgánica, apareciendo reforzado el tipo sancionador en caso de que el incumplimiento se refiera a datos especialmente protegidos, en cuyo caso será constitutivo de infracción muy grave.

c) Especialidades en cuanto al acceso a los datos contenidos en historias clínicas. Aplicación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

El artículo 10.3 de la Ley 14/1986, de 25 abril. General de Sanidad, reconoce el derecho “a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”, siendo el mismo aplicable igualmente a los centros sanitarios privados, conforme a lo dispuesto en el artículo 10.15 de la propia Ley.

A su vez, el artículo 7.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, garantiza los derechos del paciente a la intimidad y la protección de sus datos de carácter personal, al disponer que “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”, añadiendo el apartado 2 que “los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

Al propio tiempo, la obligación de llevanza de la historia clínica centralizada, al menos por centro sanitario, ya aparecía recogida en el hoy derogado artículo 61 de la Ley 14/1986, según el cual “En cada Área de Salud

debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes”.

El principio básico de centralización de la historia clínica aparece hoy recogido expresamente en la Ley 41/2002, tributaria de la Ley 14/1986, disponiendo su artículo 13.1 que “La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”.

De este modo, se impone la llevanza de la citada historia a cualesquiera centros sanitarios, añadiendo el artículo 13.2 que “cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, 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”.

La historia deberá conservarse con las debidas garantías de seguridad, a cuyo efecto, conforme al artículo 13.4 “las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental”. En todo caso, como ha tenido ocasión de indicar esta Agencia y ha ratificado la Audiencia Nacional, deberán implantarse sobre la historia clínica las medidas de seguridad previstas en la normativa de protección de datos.

La finalidad de la historia clínica será, conforme al artículo 14.2 “facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”, regulando la Ley sus normas de conservación, así como el acceso por el paciente y por terceros a los datos contenidos en la historia.

En relación con los usos de la historia clínica en el marco del centro sanitario, el artículo 16 de la Ley 41/2002 viene a establecer un régimen específico que delimitará la aplicación de la Ley Orgánica 15/1999 en este caso. De este modo, los accesos a la historia clínica deberán ser, con carácter

general, los previstos en el citado precepto, contemplado como aplicación de la excepción al consentimiento prevista en el artículo 7.3 de la Ley Orgánica.

Así, los apartados 1 y 4 del artículo 16 anteriormente citado disponen lo siguiente:

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

Al propio tiempo, se establecen dos reglas específicas que serán aplicables tanto al acceso a la historia con fines asistenciales como en los supuestos en que el acceso se funde en uno de los supuestos que acaban de citarse. Dichas previsiones quedan vinculadas con los deberes de seguridad y secreto, recogidas en los artículos 9 y 10 de la Ley Orgánica 15/1999.

a) Así, en primer lugar, el artículo 16.6 impone un deber específico a quienes pudiesen conocer los datos contenidos en las historias clínicas, al disponer que “el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.

b) En segundo lugar, se refuerza aún más el deber de seguridad exigible a las Comunidades Autónomas y a los propios centros sanitarios, al establecerse en el artículo 16.7 que “las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso”.

En consecuencia, como regla general, el acceso a la historia clínica en el ámbito de un determinado centro sanitario quedará limitado a:

- El propio personal sanitario que preste asistencia al paciente, a fin de garantizar su adecuado diagnóstico y tratamiento.
- El personal de administración y gestión, exclusivamente en lo que resulte necesario para el ejercicio de sus propias funciones.
- Fuera de estos casos, será preciso, como regla general, el consentimiento del paciente.

Por otra parte, es preciso señalar que el acceso a la historia clínica, aún habilitado por lo previsto en su normativa específica reguladora, debe

modularse en atención a la aplicación del principio de proporcionalidad en el tratamiento de los datos de carácter personal, consagrado por el artículo 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999, debiendo limitarse el acceso a los datos que efectivamente resulten necesarios para el cumplimiento de la finalidad que justifique dicho acceso, sin que deba extenderse a datos no vinculados a dicha finalidad.

El mencionado juicio de proporcionalidad ha sido analizado por esta Agencia Española de Protección de Datos en resolución de 22 de agosto de 2007, en la que se declara la infracción por un determinado centro sanitario del deber de secreto previsto en el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, dado que, en respuesta a un requerimiento de un órgano jurisdiccional, el mencionado centro “facilitó no un certificado con el contenido que, con precisión, determinó el requerimiento judicial, sino la historia clínica completa elaborada a consecuencia del ingreso de la denunciante en julio de 1997, historia que contenía observaciones, antecedentes y circunstancias personales ajenas a la información que debía haber suministrado”.

En el caso analizado, como se estudiará posteriormente con mayor detalle, el acceso a los datos por parte de los representantes del Servicio de Asistencia Religiosa Católica deberá precisamente encontrarse vinculado a la finalidad que justifica la existencia del propio Servicio y descrita expresamente en el Convenio, cual es la adecuada asistencia religiosa, que la cláusula primera del propio acuerdo circunscribe a los enfermos católicos y a todos aquellos internados que lo deseen, ampliándose a los familiares y al personal del centro en virtud de lo dispuesto en la cláusula cuarta.

5. Accesos a los datos como consecuencia de la aplicación del Convenio

El contenido del Convenio prevé dos tipos de acceso por parte de quienes atiendan el Servicio de Asistencia Religiosa Católica a los datos de los pacientes, que pudieran encontrarse recogidos en su historia clínica:

En primer lugar, cabe hacer referencia a un acceso directo a dichos datos por parte del SARC, en tanto resulte necesario para la adecuada asistencia religiosa de los pacientes que así lo soliciten.

Junto con este acceso, el Convenio prevé otro derivado de la integración del SARC, a través de sus representantes, en los Comités de Ética y los Equipos Multidisciplinares de Cuidados paliativos, que exigirá analizar la naturaleza de los mismos y el acceso que a los datos pudiera realizarse por parte de sus integrantes.

Dada la distinta naturaleza de ambos accesos, parece lógico efectuar un estudio separado de sus incidencias en lo que a la aplicación de las normas reguladoras de la protección de datos se refiere, así como la legitimación que justifique en su caso el mencionado acceso.

5.1 Acceso general para la asistencia religiosa

Como se ha indicado reiteradamente, el Convenio prevé en su cláusula octava que los servicios del Centro, así como la Dirección o Gerencia facilitarán a los Capellanes que presten su asistencia religiosa en el Centro “los medios y colaboración necesarios para el desempeño de su misión y, en particular, las informaciones oportunas sobre los pacientes”.

De este modo, el Convenio delimita la finalidad que justificará el acceso a los datos de los pacientes, entre los que pueden encontrarse los relacionados con su historia clínica, quedando la misma circunscrita a que los datos sean necesarios para el “desempeño de su misión”.

Esta misión, como señala la cláusula primera del Convenio, será la “asistencia religiosa de los enfermos católicos y de todos aquellos internados que lo deseen”, quedando además especificado en qué consistirá dicha asistencia en la cláusula segunda del Convenio.

La cláusula cuarta establece igualmente que el servicio tendrá como finalidad “prestar la asistencia religiosa y atención pastoral a los pacientes católicos del centro”, añadiendo su apartado 3 que “el SARC estará abierto a los enfermos que, libre y espontáneamente, lo soliciten.

Finalmente, la cláusula octava establece en su inciso final que “el personal del Centro comunicará al SARC el deseo del paciente, manifestado por sí mismos o sus familiares, de recibir asistencia religiosa católica”.

Del contenido de las cláusulas anteriores se desprenden una serie de consecuencias relevantes para delimitar los supuestos de acceso directo a los datos de los pacientes por parte del SARC:

- En primer lugar, la intervención del Servicio quedará supeditada a la previa solicitud “libre y espontánea” de los pacientes, bien comunicada directamente al servicio por éstos, bien suministrada al servicio a través del personal sanitario.
- En segundo término, la intervención del SARC consistirá precisamente en la adecuada asistencia religiosa de los pacientes y de los restantes colectivos a los que se refiere el convenio que lo hubieran solicitado, consistiendo en las actividades a las que se refiere la cláusula tercera; esto es “visitar a los enfermos”, “celebrar los actos de culto y administrar los sacramentos”, “asesorar en las cuestiones religiosas y morales” y “colaborar en la humanización de la asistencia hospitalaria”.

- Por último, y en aplicación del principio de proporcionalidad, la información facilitada al SARC será, precisamente, la necesaria para la realización de las actuaciones en que consiste la asistencia religiosa, y que se acaban de enumerar.

Las consecuencias que acaban de indicarse conducen igualmente a dos consecuencias relacionadas con el acceso a los datos por parte del SARC:

- Por una parte, dicho acceso deberá ampararse en la previa solicitud del afectado, que implicará su consentimiento para el tratamiento.
- Por otra, el acceso, aún consentido, deberá verificarse únicamente respecto de los datos, identificativos o, en determinadas ocasiones, de salud, que sean necesarios para la adecuada asistencia religiosa al paciente

Así, teniendo en cuenta estas premisas, el acceso a los datos de los pacientes por parte del Servicio se encontraría amparado en la previa solicitud expresa de los propios pacientes de recibir la asistencia religiosa, lo que implicará, en ese caso, la existencia de un consentimiento para que el personal religioso pueda acceder a los datos en cuanto dicho acceso sea necesario para la prestación de la asistencia expresamente solicitada por el interesado.

En ese supuesto, cabría considerar el acceso por el SARC a la historia clínica amparado por el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, si bien, por aplicación del artículo 4.1 de la citada Ley, y como acaba de indicarse, el acceso habrá de limitarse a lo estrictamente necesario para la adecuada asistencia religiosa y sólo en cuanto dicho acceso sea necesario para ese fin.

Dado el alcance de las actividades en que consiste la asistencia no resulta posible establecer una regla general referente a los datos a los que el SARC pueda acceder en cada caso, variando según la actividad a la que se esté haciendo referencia.

Así, como regla general, el acceso a los datos del paciente por parte de los representantes del SARC debería efectuarse a los datos identificativos del mismo, sin extenderse a información relacionada con su salud e incorporada en su historia clínica salvo en cuanto resultase necesaria para la efectiva asistencia religiosa solicitada por el paciente.

De este modo, la información que sea precisa para la celebración de un acto de culto no será, obviamente, la misma que la exigible para la administración de los últimos sacramentos, referida al estado terminal del paciente. En el primer caso es posible que la mera identificación del paciente sea suficiente; en el segundo podrá ser necesario que el representante del SARC haya de conocer la información referida a la efectiva situación terminal.

Igualmente, es posible que para la visita a los enfermos baste con facilitar información referida a su mera identificación o, en ciertos supuestos, la relacionada con su estado general de salud, mientras que para su asesoramiento en cuestiones morales o religiosas sea preciso conocer los extremos que justifiquen el consejo solicitado.

En todo caso, será preciso que el acceso respete las reglas exigidas por el artículo 16.6 de la Ley 41/2002, debiendo existir constancia del acceso solicitado y que se dé cumplimiento al deber de secreto previsto en la Ley Orgánica 15/1999.

Por otra parte, dado que la asistencia sanitaria dependerá, como se ha venido indicando, de la propia solicitud del paciente, y teniendo en cuenta que el artículo 12.3 del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, impone la prueba del consentimiento al responsable del tratamiento, será conveniente que se establezcan protocolos que garanticen la prestación individualizada del consentimiento por parte del centro sanitario en caso de que el paciente solicitase la asistencia religiosa.

Resta efectuar una consideración en relación con los accesos a los que nos venimos refiriendo en el presente apartado, y que podría desprenderse del hecho de que la cláusula octava prevea la información al SARC del deseo manifestado por el paciente “por sí mismo o por sus familiares”.

Como se ha indicado, la comunicación a los integrantes del Servicio de los datos de salud necesarios para la adecuada asistencia religiosa tiene su fundamento en lo dispuesto en el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, al existir un previo consentimiento del afectado al tratamiento de los datos en que consiste el citado acceso.

De este modo, la solicitud de la asistencia religiosa debería producirse efectivamente por el propio paciente, de modo que no sería válido el consentimiento prestado por sus familiares, que únicamente podrían trasladar la voluntad de aquél. De este modo, la solicitud de asistencia religiosa por parte de los familiares debería limitarse a los supuestos en que el interesado se encontrase impedido para prestar el consentimiento por sí mismo, debiendo además tenerse en cuenta en ese caso las manifestaciones que el paciente hubiera podido efectuar con anterioridad.

5.2 Acceso a los datos por el SARC como integrante de los Comités de Ética y Equipos Multidisciplinares de cuidados paliativos

Como se ha indicado, la cláusula tercera.2 del Convenio prevé la integración de los representantes del SARC en los Comités de Ética y equipos multidisciplinares de cuidados paliativos.

En este sentido, es preciso aclarar que la participación en estos grupos se atribuye directamente al Servicio, a través de sus representantes, lo que incidirá en las cuestiones que se señalarán a continuación.

El análisis de esta cláusula desde la perspectiva de la aplicación de las normas reguladoras del derecho fundamental a la protección de datos exige, en primer lugar, hacer una breve referencia a la configuración y funciones de los Comités y equipos a los que se está haciendo referencia, así como el análisis del posible acceso por los mismos a los datos de salud de los pacientes y por último, en que medida dicho acceso justificaría a su vez el acceso indiscriminado por los representantes del SARC a los citados datos.

a) Régimen jurídico aplicable a estos grupos

En relación con los Comités de Ética, el artículo 12 de la Ley 12/2001 dispone que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ejerce la función de Autoridad Sanitaria de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en el resto de las normas que le sean de aplicación, correspondiéndole en particular la creación, acreditación y supervisión de los Comités de Ética.

En este sentido, el artículo 26.4 de la propia Ley determina que “las administraciones sanitarias (...) promoverán la creación, acreditación y supervisión de la actividad de los comités de ética para la asistencia sanitaria en los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, así como de los Comités de Ética en la Investigación Clínica”.

En desarrollo de estas previsiones, el Decreto 61/2003, de 8 de mayo, regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los mencionados Comités de Ética para la asistencia sanitaria, como comités consultivos y multidisciplinarios “cuya finalidad es asesorar sobre posibles conflictos éticos que se pueden producir en la práctica clínica asistencial en el ámbito de las organizaciones e instituciones sanitarias”.

En cuanto a su integración en el centro, según el artículo 3.3 los Comités estarán vinculados orgánicamente a la Dirección-Gerencia o equivalente, de la institución donde se ubiquen y gozarán de plena autonomía para el desarrollo de sus funciones.

Conforme dispone el artículo 3 del Decreto, serán funciones de los CEAS:

- a) Proponer a la institución u organización aquellas medidas que incidan en la protección de los derechos de los ciudadanos, en relación con el sistema sanitario.



b) Asesorar a los profesionales de la salud, ciudadanos y administraciones sanitarias en la toma de decisiones que planteen conflictos éticos.

c) Analizar y proponer, si procede, posibles alternativas o soluciones a los conflictos éticos planteados.

d) Proponer a la institución u organización protocolos de actuación para aquellas situaciones que, por su mayor frecuencia o gravedad, generen conflictos éticos en su ámbito de actuación.

e) Colaborar y promover la formación en bioética de los profesionales sanitarios y no sanitarios de la institución u organización, así como la de los miembros del CEAS, sin perjuicio de las funciones asignadas a la Agencia Pedro Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Asimismo, el artículo 3.2 delimita las funciones de los Comités de forma negativa, indicando que las mismas no comprenderán en ningún caso:

a) Promover o amparar actuaciones jurídicas para la institución, las personas que trabajan en ella o los miembros del CEAS.

b) Emitir juicios sobre la ética profesional o las conductas de los pacientes y usuarios.

c) Sustituir la responsabilidad de quien ha pedido su asesoría.

d) Tomar decisiones de carácter vinculante.

e) Realizar las que están atribuidas a los Comités Éticos de Investigación Clínica.

f) Realizar estudios cuyo objetivo fundamental sea el análisis de asuntos sociales o económicos, directa o indirectamente relacionados con la asistencia sanitaria.

En el ejercicio de las competencias que se han descrito con anterioridad, el artículo 5 a) del Decreto dispone que “El CEAS podrá ser requerido para ejercer su función asesora por el centro, área, organización o institución a la que extienda su ámbito de actuación, o por cualquiera de los profesionales sanitarios de aquéllos, por los ciudadanos y, en general, por cualquier persona que deba tomar alguna decisión con consecuencias para la salud de los pacientes. Los ciudadanos verán facilitado su acceso al CEAS a través del Servicio de Atención al Paciente o Usuario, el cual deberá colaborar en la tramitación de sus solicitudes de asesoramiento”



En cuanto a su composición, el artículo 4, tras referirse a los distintos posibles componentes del Comité, dispone en su apartado 1 e) que “podrán también incorporarse al CEAS las personas que proporcionan asistencia religiosa”.

En este sentido, es preciso destacar que el Convenio presenta una singularidad derivada de su contenido específico que ha de ser tenida en cuenta a la hora de emitir el presente informe.

En efecto, el objeto del Convenio es, según su Cláusula Primera, posibilitar la asistencia religiosa católica de los enfermos que profesen esta religión y de otros asistidos en centros hospitalarios dependientes de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, con respeto a la libertad religiosa y de conciencia y conforme a un principio de voluntariedad basado en una solicitud previa, libre y espontánea (cláusulas segunda y cuarta).

A tal efecto, el Convenio prevé que el contenido y forma de prestar la asistencia se determinarán exclusivamente por la autoridad eclesiástica competente de acuerdo con las orientaciones sobre pastoral sanitaria de cada diócesis y la designación y cese de los integrantes del SARC por el Ordinario del lugar (cláusulas Quinta y Sexta).

Y es en este marco, en el que se atribuye directamente al servicio, a través de sus representantes, la participación en el Comité de Ética y en el Equipo Interdisciplinar de cuidados paliativos.

De lo que se desprende que la incorporación de los representantes del SARC en los citados Comités y Equipos no trae causa de la pericia profesional o de una formación acreditada en relación con las funciones de estos Comités y Equipos, sino de la dependencia orgánica, funcional y de criterio de autoridades eclesiásticas.

En materia de protección de datos, y siguiendo el principio general establecido en el artículo 27.3 de la Ley 12/2001, el artículo 5 g) del Decreto dispone que “los miembros y la secretaría del CEAS deberán garantizar la confidencialidad más absoluta de toda la información a la que tengan acceso, y preservarán el secreto de las deliberaciones entre sus miembros. Los procedimientos a seguir deberán especificarse en su Reglamento Interno”.

Los Comités serán acreditados por la Viceconsejería de Ordenación Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid, a solicitud de la Gerencia de los propios centros sanitarios, previa experiencia del Comité como Grupo Promotor durante el plazo de un año

En relación con la atención en materia de cuidados paliativos, los artículos 12 y 13 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del

Sistema Nacional de Salud incluyen la atención paliativa a enfermos terminales dentro de los servicios de atención primaria y especializada, respectivamente, del Sistema Nacional de Salud.

La atención paliativa puede ser definida como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. De este modo, la citada asistencia tiene por objeto proporcionar al enfermo y las personas vinculadas al mismo por relaciones familiares o de hecho la necesaria "calidad de vida", sin intentar alargar su supervivencia.

Así los cuidados paliativos tienen por finalidad cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares, tal y como indica el documento de 5 de mayo de 1991 del Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la Unión Europea, citado en el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008.

Por tanto, los citados cuidados tiene por objeto la asistencia integral a los enfermos terminales, tanto desde el punto de vista sanitario como desde otras perspectivas, debiendo en todo caso respetar el sistema de creencias, preferencias y valores del enfermo.

El citado Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid se refiere en su apartado 7.1.a.2 a distintos grupos de composición multidisciplinar dedicados precisamente a la atención paliativa, diferenciando entre equipos de atención primaria, Equipos de soporte a la atención domiciliaria, unidades de cuidados paliativos domiciliarios, unidades de cuidados paliativos de agudos, equipos de soporte hospitalario, unidades de cuidados paliativos de media y larga instancia y servicios de especialidades de los hospitales.

La funciones de dichos equipos y unidades diferirán en cada caso concreto, quedando integrados por personal sanitario (médico, de enfermería y auxiliar), auxiliares administrativos, psicólogos y trabajadores sociales, a los que se añadirían en virtud del Convenio que viene siendo analizado en el presente informe los representantes del SARC.

Dentro de las diversas funciones atribuidas a los equipos, el mencionado Plan, además de las funciones de carácter netamente sanitario, se refiere a el acompañamiento psicoafectivo y soporte espiritual al paciente, su atención domiciliaria, la atención en el proceso de morir, incluido el duelo o la prevención de la claudicación y el duelo complicado para los cuidadores y familiares de enfermos.

En todo caso, el Plan incorpora como principios rectores de la atención paliativa, su carácter integral, comprendiendo aspectos tanto físicos como psicológicos, sociales y espirituales, para minimizar el impacto de la



enfermedad en el paciente y su familia, y el respeto a la autonomía del paciente, garantizándose, según se indica en el Plan “el derecho y la protección de la dignidad personal del paciente terminal y de su autonomía”, para lo que “se asegura su libertad de elección tanto en lo relativo al lugar donde quiere recibir los cuidados y donde quiere que ocurra su fallecimiento como su derecho a ser o no informado sobre su enfermedad y demás circunstancias.

En consecuencia, si bien los equipos multidisciplinares de cuidados paliativos no aparecen expresamente regulados por la Ley estatal o autonómica, la atención paliativa, considerada según distintos documentos internacionales, como “multiprofesional” sí aparece expresamente incluida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, por lo que será necesario que los centros sanitarios se encuentren dotados de medios que permitan la práctica efectiva de esta asistencia.

b) Legitimación y alcance del tratamiento de datos de salud por los Comités y Equipos

Legitimación para el tratamiento

Como se ha venido indicando, los Comités de Ética y equipos multidisciplinares de cuidados paliativos aparecerán integrados en la propia organización del centro sanitario.

En el caso de los Comités, esta integración trae causa de lo dispuesto en la Ley 12/2001 y, en especial en el Decreto 61/2003, que la desarrolla. En el caso de los equipos multidisciplinares, la atención paliativa en cada centro sanitario trae causa de lo exigido por la Ley 16/2003, que integra estos cuidados en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada.

Por este motivo, en el supuesto planteado, el tratamiento por parte de los comités y equipos de los datos de los pacientes ha de ser concebido como un acceso a la historia clínica efectuado en el propio marco de la asistencia sanitaria, que debería encontrarse amparado, tal y como se desprende de lo dispuesto en la Ley 41/2002 en el tratamiento médico o en la gestión de servicios sanitarios por parte del personal de administración, que quedará en ese caso limitado a los datos estrictamente necesarios para el ejercicio de las funciones atribuidas a ese personal.

En el supuesto de los equipos multidisciplinares, cabría considerar que el acceso se encontrará amparado en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Ley 41/2002, al haberse previsto expresamente la intervención de estos equipos como parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en la Ley 16/2003.

Por otra parte, el acceso a los datos por el Comité de Ética sólo podría entenderse amparado en el mencionado artículo 16.1, dado que no cabe considerar que dichos Comités, atendida su composición y funciones puedan ser considerados como personal de administración a los efectos establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 41/2002.

Ahora bien, la interpretación de la Ley 12/2001 de la Comunidad de Madrid que regula los citados Comités debe ajustarse a las habilitaciones derivadas de la Ley 41/2002, habida cuenta del carácter básico de esta última. Sin embargo, los Comités no se corresponden estrictamente con ninguno de los colectivos legitimados expresamente para acceder a la historia clínica, previstos en los apartados 1 y 4 de la Ley Básica, sino que el Comité se configura como un tertium genus, respecto del que no existe una expresa, clara e incondicional previsión referida al acceso a los datos.

No obstante, el acceso a los datos por los comités de ética resulta necesario atendidas sus características y funciones desarrolladas, pudiendo considerarlo habilitado por la legislación vigente en materia sanitaria por vincularse con la asistencia sanitaria.

No obstante, sería conveniente que se adoptasen las medidas necesarias para que la legislación reguladora de las historias clínicas previera específicamente el posible acceso a los datos contenidos en éstas de los grupos que revistan una naturaleza similar a la de los Comités analizados, previstas por la normativa estatal o autonómica.

Proporcionalidad en el tratamiento y vinculación a la finalidad

Incluso en el supuesto de considerar suficientes las habilitaciones de ambos grupos para acceder a los datos contenidos en las historias clínicas, en todo caso el alcance del tratamiento por parte de los Comités y Equipos deberá respetar el principio de proporcionalidad, consagrado por el artículo 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999, según el cual “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”.

De este modo, por una parte el acceso a los datos deberá ser el estrictamente necesario para el desempeño de las funciones expresamente atribuidas a estos colectivos y, por otra, dicho acceso deberá producirse únicamente en cuanto a los datos que resulten necesarios para el cumplimiento de las funciones atribuidas a los Comités y a los Equipos.

Así en el caso de los comités de ética, el acceso únicamente debería producirse en cumplimiento de las competencias atribuidas a los mismos por las letras b) y c) del artículo 3.1 del Decreto 61/2003, es decir, para “asesorar a los

profesionales de la salud, ciudadanos y administraciones sanitarias en la toma de decisiones que planteen conflictos éticos” y “analizar y proponer, si procede, posibles alternativas o soluciones a los conflictos éticos planteados”.

Incluso en los dos supuestos planteados, el acceso a los datos debería limitarse a los que resulten efectivamente necesarios para el cumplimiento de la función, de modo que en caso de ser posible la resolución del conflicto planteado sin necesidad de acceder a los datos identificativos del paciente, sería necesario que el acceso quedase limitado a la información que fuera necesaria para resolver la cuestión sin necesidad de asociar los datos de salud a los que identifican al paciente concreto.

La regla que acaba de exponerse, no obstante, se verá exceptuada en caso de que el propio paciente sea quien solicite la intervención del Comité. No obstante, en este caso deberá tenerse en cuenta que el acceso a los datos por los distintos miembros del Comité habría de quedar vinculado a la propia voluntad del paciente que solicita el acceso a la información de su caso y, en consecuencia, consiente el tratamiento en que dicho acceso consiste, tal y como se analizará posteriormente.

En todo caso, el acceso a los datos por parte del Comité deberá respetar los deberes de confidencialidad y secreto derivados de la propia normativa que lo regula, a la que se ha hecho referencia con anterioridad.

Del mismo modo, en relación con los Equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos, en que el acceso aparece justificado en la propia asistencia sanitaria integral prestada por el equipo, el acceso a los datos por cada uno de los miembros del equipo quedará limitado por la propia voluntad del afectado, que podrá aceptar unos accesos y descartar otros.

c) Acceso por el SARC, como integrante de los Comités y Equipos a los datos. Aplicación del principio de finalidad

La aplicación del principio de proporcionalidad, al que viene haciéndose referencia, plantea una segunda cuestión en relación con los accesos a los datos contenidos en las historias clínicas de los pacientes, derivada de la propia composición de aquellos y, en particular de la integración en los mismos de los representantes del SARC.

Esta cuestión se encontrará vinculada con la configuración constitucional del derecho fundamental a la libertad religiosa y de culto, consagrado por el artículo 16.1 de la Constitución. A tal efecto, debe tenerse en cuenta la doctrina emanada del Tribunal Constitucional, en particular a partir de su STC 24/1982, de 13 de mayo, en la que se señala lo siguiente:

“(…) hay dos principios básicos en nuestro sistema político que determinan la actitud del Estado hacia los fenómenos religiosos y el



conjunto de relaciones entre el Estado y las iglesias y confesiones: el primero de ellos es la libertad religiosa, entendida como un derecho subjetivo de carácter fundamental que se concreta en el reconocimiento de un ámbito de libertad y de una esfera de «agere licere» del individuo; el segundo es el de igualdad, proclamado por los artículos 9 y 14, del que se deduce que no es posible establecer ningún tipo de discriminación o de trato jurídico diverso de los ciudadanos en función de sus ideologías o sus creencias y que debe existir un igual disfrute de la libertad religiosa por todos los ciudadanos. Dicho de otro modo, el principio de libertad religiosa reconoce el derecho de los ciudadanos a actuar en este campo con plena inmunidad de coacción del Estado y de cualesquiera grupos sociales, de manera que el Estado se prohíbe a sí mismo cualquier concurrencia, junto a los ciudadanos, en calidad de sujeto de actos o de actitudes de signo religioso, y el principio de igualdad, que es consecuencia del principio de libertad en esta materia, significa que las actitudes religiosas de los sujetos de derecho no pueden justificar diferencias de trato jurídico.”

En particular, resulta relevante lo manifestado en el Fundamento Jurídico Cuarto de la Sentencia, en que se señala lo siguiente:

“El hecho de que el Estado preste asistencia religiosa católica a los individuos de las Fuerzas Armadas no sólo no determina lesión constitucional, sino que ofrece, por el contrario, la posibilidad de hacer efectivo el derecho al culto de los individuos y comunidades. No padece el derecho a la libertad religiosa o de culto, toda vez que los ciudadanos miembros de las susodichas Fuerzas son libres para aceptar o rechazar la prestación que se les ofrece; y hay que entender que asimismo tampoco se lesiona el derecho a la igualdad, pues por el mero hecho de la prestación en favor de los católicos no queda excluida la asistencia religiosa a los miembros de otras confesiones, en la medida y proporción adecuadas, que éstos puedan reclamar fundamentalmente, de suerte que el Estado que desoyera los requerimientos en tal sentido hechos incidiría en la eventual violación analizada.”

En consecuencia, de la doctrina señalada se desprende que el derecho a la libertad religiosa quedaría garantizado en caso de que los medios puestos a disposición de los interesados para el culto sean de carácter voluntario, no imponiéndose la participación en el citado culto ni la intervención forzosa de representantes de una determinada confesión en la adopción de decisiones que afecten a quienes, en uso de su derecho fundamental, no deseen tal intervención.

Esta doctrina, en lo que respecta al derecho fundamental a la protección de datos se materializa en la garantía de los principios de proporcionalidad y finalidad en el tratamiento de los datos de carácter personal, que únicamente

deberán ser sometidos a tratamiento en cuanto ello sea necesario para la finalidad que justifica el mismo.

Como se ha indicado, el apartado 2 de la cláusula tercera del Convenio prevé la integración de los legítimos representantes del Servicio de Asistencia Religiosa Católica en los Comités de Ética y Equipos Multidisciplinares de Cuidados Paliativos.

Dicha integración debe entenderse efectuada en el marco del objeto del Convenio, que es según la cláusula primera del mismo, posibilitar el ejercicio del derecho a “la asistencia religiosa de los enfermos católicos y de todos aquellos internados que lo deseen en los centros hospitalarios dependientes de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid”, consistiendo dicha asistencia en las actividades descritas en el apartado 1 de la cláusula tercera y que han sido ya reproducidas en diferentes lugares del presente informe.

De este modo, sin perjuicio del posible acceso por los Comités de Ética y los Equipos multidisciplinares a los datos de salud contenidos en las historias clínicas de los pacientes, el acceso por parte del personal religioso católico integrado en dichos grupos deberá verificarse en cuanto el mismo resulte necesario para la adecuada asistencia religiosa a los enfermos católicos y a las personas a las que el propio Convenio se refiere. En caso contrario, el acceso excedería el propio marco diseñado por el Convenio, otorgándose asistencia religiosa a los enfermos que por cualesquiera causas no desean recibir asistencia religiosa católica.

En consecuencia, como primera conclusión de las previsiones del Convenio, el acceso a los datos de salud por parte del personal del SARC integrado en los Comités y Equipos debería limitarse a los datos referidos a enfermos que efectivamente requieran la asistencia religiosa del Servicio, conforme a los procedimientos previstos en el propio Convenio, no extendiéndose a los pacientes que no deseen la intervención del SARC en los asuntos que les conciernan.

Por otra parte, el principio de proporcionalidad al que venimos refiriéndonos en relación con la actuación de los representantes del SARC en los Comités y Grupos deberá limitarse a los datos necesarios para llevar a cabo la efectiva asistencia religiosa de los pacientes que la hayan solicitado.

Esta regla resultará especialmente importante en lo referente a la actuación de los Equipos Multidisciplinares, en que la actuación de los representantes del servicio de asistencia religiosa católica no se extenderá a la totalidad de las actividades descritas en el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, descritas en un lugar anterior, sino que deberían limitarse a las vinculadas con la asistencia espiritual o psicoafectiva de los pacientes y de sus familias en caso de situación irreversible e inminente.

En este sentido, la propia composición de los Equipos Multidisciplinares justifica la existencia en los mismos de diferentes niveles de acceso a los datos fundado, por una parte, en la voluntad del enfermo terminal, que puede rechazar la asistencia de diferentes integrantes del Grupo, no sólo por razones religiosas sino de otra índole (por ejemplo, el rechazo a la intervención en su caso de psicólogos o trabajadores sociales).

Pero además, esta composición multidisciplinar puede justificar que incluso en caso de aceptarse por el paciente el acceso a los datos por parte de todos los integrantes del mismo, dicho acceso haya de modularse en atención a las funciones desempeñadas por cada uno de ellos y por las distintas funciones atribuidas al propio grupo. Así, los accesos con una finalidad “reconfortante” o de asistencia espiritual o psicológica al enfermo y sus familiares pueden requerir el conocimiento de un número de datos de la historia clínica distinto al que deberá conocer el personal sanitario que atiende al paciente.

En el ámbito de la actuación de los Comités de Ética, la actuación de los representantes del SARC debería igualmente encontrarse vinculada a la solicitud por el interesado de asistencia religiosa en la decisión que por el Comité haya de adoptarse. En particular, sería necesario tener en cuenta el deseo del paciente en los supuestos en que la intervención del Comité no haya sido requerida por el mismo, sino por una persona distinta. Así, por ejemplo, en caso de que se plantee al Comité por un profesional sanitario la resolución de un problema ético que afecta a un paciente que atiende aquél, en la intervención del representante del SARC debería tenerse en cuenta la opinión del propio paciente en relación a su deseo de recibir la adecuada asistencia religiosa católica.

De este modo, si el paciente hubiera requerido esa asistencia o, planteada la cuestión al Comité se solicitase su opinión y ésta fuese afirmativa, la intervención del representante del SARC traería su causa del deseo del paciente de recibir esa asistencia. Por el contrario, si el paciente hubiese manifestado su deseo de no recibir esa asistencia, por pertenecer a una confesión distinta de la católica o por cualquier otro motivo, el representante del SARC no debería intervenir en la decisión a adoptar.

Por otra parte, en relación con las funciones del Comité que pudieran no exigir el acceso a datos, tales como la implantación de protocolos éticos de actuación, la intervención del SARC, a la vista de lo dispuesto en el Convenio, debería igualmente vincularse a la asistencia religiosa prevista en las cláusulas primera y tercera. De este modo, parecería lógico que dicha actuación tenga por objeto, precisamente, garantizar el derecho del paciente a la adecuada asistencia religiosa en caso de ser requerida, bien espontáneamente, bien previo planteamiento de esta cuestión, sin que esa participación pueda tener

como objeto la intervención del representante del SARC en cuestiones de índole exclusivamente sanitaria.

6. Conclusiones

A la vista de todo lo que se ha venido indicando, cabe extraer las siguientes conclusiones:

PRIMERA.- Esta Agencia Española de Protección de Datos es competente para la emisión del presente informe, atendido el ámbito de aplicación subjetivos del Convenio, que se refiere a la totalidad de los centros comprendidos en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, algunos de los cuales se encuentran sometidos a las competencias y potestades de esta Agencia.

SEGUNDA.- El acceso a los datos contenidos en las historias clínicas de los pacientes ingresados en los centros sanitarios a los que se ha hecho referencia, tanto en lo referente al Servicio de Asistencia Religiosa Católica como en lo que atañe a los Comités de Ética y Equipos Multidisciplinares de Cuidados Paliativos, deberá encontrarse amparado por lo dispuesto en los apartados 1 y 4 del artículo 16 de la Ley 41/2002. En particular, la prestación de cuidados paliativos se encuentra asimismo integrada en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, respecto de los Comités de Ética, sería conveniente que la legislación reguladora de las historias clínicas previese expresamente la posibilidad de acceso a los datos de la historia por parte de grupos que como el citado Comité representan un tertium genus respecto al personal estrictamente sanitario y el de administración a los que se refiere el artículo 16 de la Ley 41/2002.

TERCERA.- En todo caso, dicho acceso deberá ser conforme al principio de proporcionalidad, consagrado por el artículo 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999, debiendo limitarse a los datos “adecuados, pertinentes y no excesivos” en relación con las funciones atribuidas a los Comités de Ética y Equipos Multidisciplinares.

CUARTA.- En lo que afecta al personal del Servicio de Asistencia Religiosa Católica, el acceso a los datos deberá encontrarse vinculado a la asistencia religiosa solicitada por el paciente. De este modo, el Convenio sólo resultaría conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 si el personal del Servicio accediera a los datos de los pacientes católicos o de las personas que lo hubieran solicitado, no debiendo extenderse este acceso a los datos de quienes no deseen la asistencia del Servicio.

En este sentido, debe tenerse en cuenta la doctrina emanada del Tribunal Constitucional en relación con el derecho fundamental a la libertad

religiosa y de culto y, en especial, lo señalado en la Sentencia 24/1982, de 13 de mayo.

QUINTA.- En particular, en cuanto al acceso general a la asistencia religiosa, deberán tenerse en cuenta las siguientes cuestiones:

- El acceso a los datos de los pacientes por parte del SARC debería encontrarse amparado en un previa solicitud del paciente.
- La extensión del acceso será variable en atención al alcance de la asistencia religiosa solicitado, no incluyendo datos contenidos en la historia clínica salvo que ello fuera necesario teniendo en cuenta lo solicitado por el paciente. En caso contrario, dicho acceso debería limitarse a los datos identificativos de los pacientes.
- Además, será preciso que el acceso respete las reglas exigidas por el artículo 16.6 de la Ley 41/2002, debiendo existir constancia del acceso solicitado y que se dé cumplimiento al deber de secreto previsto en la Ley Orgánica 15/1999.
- Igualmente, sería conveniente que los Centros Sanitarios estableciesen protocolos que garantizasen la prestación del consentimiento por parte del centro sanitario en caso de que el paciente solicitase la asistencia religiosa.
- En cuanto al consentimiento prestado directamente por los familiares, debería producirse en los supuestos en que el interesado se encontrase imposibilitado para prestar ese consentimiento y respetando siempre la voluntad que el mismo pudiese haber manifestado con anterioridad.

SEXTA.- En cuanto al acceso a los datos por parte del personal del SARC integrado en los Comités de Ética y Equipos Multidisciplinares de cuidados paliativos, será preciso tener en cuenta las siguientes consideraciones para que el acceso pueda considerarse conforme a la Ley Orgánica 15/1999.

- El acceso deberá respetar el principio de proporcionalidad, tanto en lo referente a las funciones desarrolladas por los Comités y Equipos como en lo que atañe a la extensión de los datos objeto de acceso. Como regla general en el caso de los Comités Éticos, deberá tenderse a la disociación de los datos, salvo que la identificación del paciente sea necesaria para la resolución de la cuestión planteada.



- En el caso del personal religioso, el acceso debería limitarse a los datos de quienes, en ejercicio de su derecho fundamental a la libertad religiosa, hubieran solicitado la asistencia religiosa del Servicio.
- En particular, en el caso de los Comités Éticos, cuando su asistencia fuese solicitada por un tercero distinto del paciente, deberá tenerse en cuenta la voluntad de éste en el sentido de conocer si desea la asistencia religiosa.
- Asimismo, en lo que se refiere a las funciones del Comité no relacionadas con supuestos concretos, la participación del Servicio debería ir encaminada a garantizar que sea posible la asistencia religiosa o el consejo religioso cuando fuera solicitado por los pacientes.
- En el caso de los Equipos Multidisciplinares, el acceso a los datos por parte del SARC debería limitarse a los datos relacionados con su función de asistencia espiritual y humanización de los pacientes o de las personas vinculadas a los mismos, no siendo necesario el acceso a datos que únicamente sean necesarios para la asistencia sanitaria, salvo que así lo solicitase el paciente.