

CNS 30/2019

Dictamen relativo a la consulta en relación a la necesidad del trasvase de información de los internos-pacientes entre el personal facultativo sanitario y el personal de los servicios penitenciarios

Se presenta ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos una consulta sobre la necesidad del trasvase de información sobre los internos-pacientes entre el personal de los órganos de los servicios penitenciarios y el personal facultativo sanitario que presta servicios profesionales en el entorno de la institución penitenciaria.

Analizada la petición, que se acompaña de copia de un Informe sobre la cuestión planteada (...), vista la normativa vigente aplicable y el informe de la Asesoría Jurídica, se dictamina lo siguiente.

(...)

II

(...)

Desde la perspectiva de la protección de datos personales se pueden apuntar diferentes cuestiones en relación con el tratamiento de datos personales de los internos-pacientes de centros penitenciarios, en relación, concretamente, con la comunicación de datos de los internos entre el personal facultativo penitenciario y el personal de los órganos de los servicios penitenciarios, en los términos planteados por la consulta.

De entrada, el Informe que acompaña a la consulta, de 2017, hace referencia a la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Recuerda que, en el momento de emitir este dictamen el régimen jurídico aplicable a la protección de datos de carácter personal, es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, general de protección de datos (RGPD), en vigor desde el 25 de mayo de 2016, y plenamente aplicable a partir del 25 de mayo de 2018 (artículo 99 RGPD).

Asimismo, es necesario tener en cuenta las previsiones de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).

Según la disposición derogatoria única de la LOPDDDD:

“1. Sin perjuicio de lo previsto en la disposición adicional decimocuarta y la disposición transitoria cuarta, queda derogada la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.”

Hay que tener en cuenta especialmente la previsión del artículo 2.3 del LOPDDDD, según el cual:

“3. Los tratamientos a los que no sea directamente aplicable el Reglamento (UE) 2016/679, por afectar a actividades no comprendidas en el ámbito de aplicación del Derecho de la Unión Europea, se regirán por lo dispuesto en su legislación específica si la hubiere y supletoriamente por lo establecido en el citado

reglamento y en la presente ley orgánica. Se encuentran en esta situación, entre otros, los tratamientos realizados al amparo de la legislación orgánica del régimen electoral general, los tratamientos realizados en el ámbito de instituciones penitenciarias y los tratamientos derivados del Registro Civil, los Registros de la Propiedad y Mercantiles.”

Por tanto, el tratamiento de datos de carácter personal (art. 4.1 RGPD) de las personas físicas que se encuentran internas en centros penitenciarios y que reciben asistencia sanitaria (los “internos-pacientes” a los que se refiere la consulta), se encuentra sometido a los principios y garantías de la normativa de protección de datos personales, en concreto, el RGPD y el LOPDGDD.

Entre otros, el tratamiento de datos de las personas internas en centros penitenciarios se encuentra sometido al principio de licitud (art. 5.1.a) RGPD), así como al principio de minimización, entendido como la exigencia de que sólo se traten los datos en la medida en que éstas resulten adecuadas, pertinentes y limitadas a lo necesario para el cumplimiento de la finalidad pretendida (artículo 5.1.c) RGPD). Asimismo, la normativa exige el cumplimiento del principio de limitación de la finalidad, según el cual los datos deben ser recogidos con finalidades determinadas, explícitas y legítimas, y no pueden tratarse posteriormente de forma incompatible con estas finalidades (art. 5.1 .b) RGPD).

El artículo 6.1 del RGPD establece que es necesario contar con una base jurídica que legitime el tratamiento, entre otros, si se dispone del consentimiento de la persona afectada (art. 6.1.a) RGPD); o cuando “el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento” (art. 6.1.c) RGPD); o cuando “el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento” (art. 6.1.e) RGPD).

Según dispone el artículo 6.3 RGPD, la base del tratamiento indicado en el artículo 6.1, letras c) y e), debe estar establecida por el Derecho de la Unión Europea (art. 6.3.a)), o por el Derecho de los Estados miembros que se aplique al responsable del tratamiento (art. 6.3.b)).

Dado que la consulta se refiere a la información personal que tratan los servicios asistenciales de salud mental (“internos-pacientes” o “personas interesadas”, ej. art. 4.1 RGPD), hay que tener en cuenta que son datos de salud: “datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelan información sobre su estado de salud” (art. 4.15 RGPD).

A efectos de la normativa de protección de datos, los datos de salud son objeto de una especial protección. Así, el artículo 9 del RGPD regula la prohibición general del tratamiento de datos personales de diversas categorías, entre otros, de los datos relativos a la salud (apartado 1).

El apartado 2 del mismo artículo 9 dispone que esta prohibición general no será de aplicación cuando concurra una de las siguientes circunstancias:

“(…)

h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros o en virtud de un contrato cono

un profesional sanitario y sin perjuicio de las condiciones y garantías contempladas en el apartado 3;

(...”).

Habría pues que examinar las previsiones de la normativa aplicable para analizar, desde la perspectiva de la protecci3n de datos personales, el tratamiento a que se refiere la consulta, es decir, la comunicaci3n de datos de salud de las personas internas en centros penitenciarios entre el personal facultativo sanitario que presta servicios y los “diferentes equipos y 3rganos de los servicios penitenciarios”, en los términos planteados en la consulta.

III

De entrada, debe referirse al tratamiento de datos de salud con fines asistenciales por parte de los servicios de salud de los centros penitenciarios.

Según el artículo 1 de la Ley orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, general penitenciaria (LGP):

“Las Instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducaci3n y la reinserci3n social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retenci3n y custodia de detenidos, presos y penados.

Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.”

Según el artículo 3.4 de la LGP “La Administraci3n penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.”

Según el artículo 36 de la LGP:

“1. En cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos, encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboraci3n de especialistas. (...).

2. Además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en casos de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios.

(...).”

Según dispone el artículo 214 del Reglamento penitenciario, aprobado por Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero:

“1. Todos los internos, a su ingreso en el Establecimiento, serán examinados por un médico. (...).

2. Del resultado se dejar  constancia en el Libro de ingresos y en la historia clínica individual que deberá serle abierta a todo interno.”

Según dispone el artículo 84 del Decreto 329/2006, de 5 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de organizaci3n y funcionamiento de los servicios de ejecuci3n penal en Cataluña:

“1. Todos los/las internos/as tendrán que tener abierta una historia clínica, que se abrirá en el momento de su ingreso en un centro penitenciario, y que acompañará a la persona interna si se efectúa un traslado a otro centro o establecimiento.

2. La historia clínica deberá ser única para cada interno/a.

3. La historia clínica será el instrumento básico que recogerá los datos relativos al proceso asistencial de cada enfermo/a.

(...)

6. En cuanto a la definición y tratamiento de la historia clínica, el contenido, usos y conservación de ésta, así como del derecho de los/las internos/as a la información y acceso a su historial clínico, confidencialidad de los datos y el consentimiento informado habrá que tener en cuenta, a todos los efectos, las previsiones contenidas en la legislación sobre los derechos de información concernientes a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica ya la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal y, singularmente, las referidas a la protección de datos de carácter médico y sanitario.”

Vistas estas previsiones, hay que hacer referencia a la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, ya la documentación clínica, ya 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.

Según el artículo 14.1 de la Ley 41/2002: “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.”

Según el artículo 15.2 de la Ley 41/2002: “2. La historia clínica tendrá como finalidad principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todas aquellas datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.”

Según el artículo 16.1 de la Ley 41/2002: “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.

En el mismo sentido, el artículo 11 de la Ley 21/2000, dispone que:

“1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a ayudar a garantizar una adecuada asistencia al paciente. A tal efecto, los profesionales asistenciales del centro que están implicados en el diagnóstico o tratamiento del enfermo deben tener acceso a la historia clínica.

2. Cada centro debe establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta asistencia a un paciente concreto, los profesionales que lo atienden puedan, en todo momento, tener acceso a la historia clínica correspondiente. (...).”

En cuanto a la prestación sanitaria en el ámbito penitenciario, es necesario referirse al artículo 68.1 del Decreto 329/2006, según el cual:

“1. La asistencia sanitaria en el ámbito penitenciario, que debe tener un carácter integral, con una orientación biopsicosocial que contemple tanto la prevención y promoción de la salud de la población reclusa general como la curación y rehabilitación de los enfermos, deberá integrar a los recursos de atención primaria, especializada, hospitalaria y sociosanitaria que sean necesarios para garantizar una continuidad asistencial a internos/as y liberados/as condicionales.”

Dado que la consulta hace referencia específicamente al ámbito de la salud mental, hacemos referencia al artículo 77 del mismo Decreto 329/2006, según el cual:

“1. De acuerdo con las necesidades que se detecten, a fin de evitar la excarcelación de los/las internos/as, deberá procurarse la organización en el interior de los establecimientos de aquellas consultas de especialidades médicas que tengan mayor demanda.

2. La asistencia en salud mental de los/las internos/as deberá dispensarse preferentemente a través de los medios, propios o concertados, de la red sanitaria de utilización pública, comprendiendo los niveles asistenciales que en cada momento se determinen en la normativa vigente.

(...).”

El Decreto 399/2006, de 24 de octubre, por el que se asignan al Departamento de Salud las funciones en materia de salud y sanitarias de las personas privadas de libertad y de menores y jóvenes internados en centros de justicia juvenil, y se integran en el sistema sanitario público los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil, prevé lo siguiente en su artículo 1:

“1.1 El Departamento de Salud, mediante el Servicio Catalán de la Salud, debe garantizar, por medio de los profesionales, los centros, los servicios y los establecimientos que integran el sistema sanitario público, el derecho de las personas privadas de libertad y de los menores y los jóvenes internados en la asistencia sanitaria integral, comprensiva tanto de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad como de las acciones curativas y rehabilitadoras necesarias,(...).”

Y según el artículo 2 del Decreto 399/2006:

“1. (...), y las funciones asistenciales de los equipos sanitarios se adscriben al Departamento de Salud, a través del Servicio Catalán de la Salud y del Instituto Catalán de la Salud, en los términos previstos en la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, y en la normativa que la desarrolla y en este Decreto.

3. Se adscribe funcionalmente al Instituto Catalán de la Salud el personal sanitario del Departamento de Justicia adscrito a los servicios sanitarios penitenciarios (...).”

Por tanto, es necesario partir de la base de que los profesionales asistenciales que tratan a los internos pacientes y les prestan la asistencia médica correspondiente en los términos que exige la normativa, están habilitados para acceder y tratar la información de salud que contiene la HC del interno con fines de diagnosis y tratamiento médico del paciente, en los términos y con las condiciones que prevé la legislación de autonomía del paciente (Ley 21/2000 y Ley 41/2002).

IV

En concreto, según el artículo 12 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: “La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención al largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.”

La atención primaria comprende, entre otros, la atención a la salud mental (art. 12.2.h) Ley 16/2003). Los servicios de atención especializada también comprenden la atención a la salud mental (art. 13.2.g) Ley 16/2003).

El anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, dispone que:

“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, (...). Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias ya la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados. (...).”

Según el artículo 68.1 del Decreto 329/23006:

“1. La asistencia sanitaria en el ámbito penitenciario, que debe tener un carácter integral, con una orientación biopsicosocial que contemple tanto la prevención y promoción de la salud de la población reclusa general como la curación y rehabilitación de los enfermos, deberá integrar a los recursos de atención primaria, especializada, hospitalaria y sociosanitaria que sean necesarios para garantizar una continuidad asistencial a internos/as y liberados/as condicionales.”

Así, los pacientes que se encuentran internos en centros penitenciarios, reciben asistencia sanitaria en el ámbito de la salud mental -a la que hace especial referencia la consulta-, tanto desde la atención primaria (art. 74 Decreto 329/2006) , como de la atención especializada (arts. 76 y 77 Decreto 329/2006).

Por lo que respecta a la organización de la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios, el artículo 72 del mismo Decreto 329/2006, dispone que: “1. Los servicios sanitarios de los centros penitenciarios se organizarán bajo la dirección de un/a coordinador/a del área sanitaria, que será el/la responsable de organizar, dirigir y supervisar todas las actuaciones generales y de la actividad diaria de los /de las profesionales sanitarios

Como recuerda esta Autoridad en ocasiones anteriores (Dictamen CNS 18/2017 y Dictamen CNS 30/2018, en el que se analiza el tratamiento de datos de salud en el contexto de los EAP de centros penitenciarios, disponibles en www.apd.cat), hay que tener en cuenta que los diferentes profesionales sanitarios que forman parte de los EAP de centros penitenciarios y están involucrados en el tratamiento asistencial de las personas internas,

deben poder acceder y tratar determinada información de salud, contenida en la HC de los pacientes internos en el centro penitenciario, a los que atienden.

Aparte de la labor asistencial que llevan a cabo los EAP, en el caso que nos ocupa, en la que la consulta hace especial mención a la salud mental, hay que hacer referencia a los “establecimientos especiales”, en los términos del artículo 11 de la LGP:

“Los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos: a) Centros hospitalarios. b) Centros psiquiátricos. c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia.”

Según el artículo 183 del Reglamento Penitenciario “Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de Seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondiente.”

Según el artículo 185.1 del Reglamento Penitenciario:

“1. Para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquellos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación.”

Vistas estas previsiones, y en línea con lo expuesto respecto a los EAP, está claro que los Equipos multidisciplinarios de Unidades psiquiátricas a los que se refiere el Informe que acompaña a la consulta, están involucrados en el tratamiento asistencial de las personas internas en estos centros especiales y, por tanto, los profesionales que forman parte de estos Equipos (art. 185 Reglamento penitenciario) deben poder acceder y tratar determinada información de salud, contenida en la HC de los pacientes a los que atienden, en los términos previstos en la legislación de autonomía del paciente.

En definitiva, ninguna duda puede haber sobre la licitud y la concurrencia de habilitación suficiente (art. 9.2.h) RGPD) para que los profesionales asistenciales que atienden y tratan a los internos-pacientes de centros penitenciarios puedan acceder y tratar datos de salud (HC) de éstos para fines asistenciales, que es la finalidad principal de la HC (arts. 15.2 y 16.1 de la Ley 41/2002, y 11.1 Ley 21/2000).

Todo ello, sin perjuicio de que, en base al principio de proporcionalidad, en su vertiente de minimización (art. 5.1.c) RGPD), este acceso deba producirse a la información de salud que resulte pertinente, adecuada y limitada a lo necesario para la finalidad asistencial que, como se desprende de la legislación de autonomía del paciente, es la finalidad principal para la que se configura la HC.

Cuestión distinta es que la información de salud (HC) de los pacientes que, en los términos previstos en la normativa, deben tratar a los profesionales asistenciales para prestar asistencia a los internos-pacientes, deba ser compartida con los “diferentes equipos y órganos de los servicios penitenciarios”, cuestión a la que nos referimos a continuación.

V

Dicho esto, hay que tener en cuenta el modelo organizativo y la estructura de los centros y servicios penitenciarios (Título III Decreto 329/2006), que incluye varios órganos unipersonales (arts. 12 a 19 Decreto 329/2006), así como varios órganos colectores colegiados (Consejo de Dirección, Junta de Tratamiento, Comisión Disciplinaria, ejs. arts. 20 y ss. Decreto 329/2006), además del conjunto del “personal al servicio de la Administración competente en materia de ejecución penal en Cataluña ” (arts. 39 y ss. Decreto 329/2006).

Esta estructura comporta en cada caso una serie de funciones para cuyo ejercicio, los diferentes profesionales deberán disponer de determinada información, también información personal sometida a la RGPD y la LOPDDDD, para el ejercicio de las mismas .

El Informe que acompaña a la consulta se refiere concretamente (...), a la Junta de Tratamiento y a los Equipos multidisciplinares, a los que nos referimos a continuación.

Según el artículo 111 del Reglamento penitenciario:

“1. Las tareas de observación, clasificación y tratamiento penitenciarios las realizarán las Juntas de Tratamiento y sus decisiones serán ejecutadas por los Equipos Técnicos, cuya composición y funciones se determinan en la Sección 2ª del Capítulo II del Título XI de este Reglamento.

2. Para la adecuada ejecución de estas actividades por los Equipos Técnicos se contará con la colaboración del resto de los profesionales del ámbito penitenciario. (...).”

El artículo 30.1 Decreto 329/2006, concreta la composición de la Junta de Tratamiento:

“1. La Junta de Tratamiento deberá estar presidida por el/la director/a del centro penitenciario y compuesta por los siguientes miembros:

- a) El/La subdirector/a de Tratamiento. b) El/La secretario/a técnico/a jurídico/a. c) El/La coordinador/a del área sanitaria. d) El/La coordinador/a de los equipos multidisciplinares, si los hubiere, y el/la jefe/a de programas de atención especializada. e) Un/a psicólogo/a. f) Un/a jurista. g) El/La director/a docente. h) El/La jefe de programas de trabajo social. i) El/La jefe de programas de educación social.”

El artículo 32 del Decreto 329/2006 concreta las funciones de la Junta de Tratamiento:

“1. La Junta de Tratamiento, sin perjuicio de las competencias del centro directivo y de los equipos multidisciplinares, deberá ejercer las siguientes funciones:

a) Aprobar los programas de tratamiento y los modelos individualizados de intervención penitenciaria para cada interno/a, definiendo las actividades y programas que debe llevar a cabo de acuerdo con sus circunstancias personales y del tiempo aproximado de duración de la condena o de la medida cautelar de privación de libertad.

b) Evaluar y realizar el seguimiento del resultado de los programas.

- c) Proponer al centro directivo la aplicación del régimen cerrado a los/as penados/as y preventivos/as en los/las que concurren las circunstancias previstas por la legislación penitenciaria, con los informes preceptivos previos del/de la jefe/a de servicios y del equipo multidisciplinar de la unidad residencial que corresponda.**
- d) Formular, de acuerdo con la evaluación de las variables estáticas y dinámicas de cada penado/a, las propuestas razonadas de grado inicial de clasificación y de destino en el establecimiento que corresponda.**
- e) Proponer al centro directivo, en informe razonado, la progresión o regresión de grado y, con carácter excepcional, el traslado a otro centro penitenciario. También se podrá proponer razonadamente el traslado cuando existan razones de tratamiento que así lo aconsejen.**
- f) Adoptar los acuerdos que crea pertinentes sobre las peticiones y quejas que formulen los/las internos/as a los equipos multidisciplinarios sobre su clasificación, tratamiento o programa de intervención.**
- g) Proponer a la Comisión Disciplinaria, a la vista de la propuesta del equipo multidisciplinar, la reducción, aplazamiento de la ejecución o suspensión de la efectividad de las sanciones disciplinarias que puedan perturbar el tratamiento o el estudio de la personalidad del sancionado, así como la reducción de los plazos de cancelación cuando existan motivos fundamentados para esperar a que esta medida pueda influir favorablemente en el tratamiento.**
- h) Conceder los permisos penitenciarios de salida, previo informe del equipo multidisciplinar, solicitando la autorización del juez de vigilancia penitenciaria o del centro directivo, según corresponda.**
- i) Informar y elevar en el juzgado de vigilancia penitenciaria las propuestas que formulen los equipos multidisciplinarios, respecto a los beneficios penitenciarios y a la libertad condicional.**
- j) Designar a los/las internos/as que tengan que ejercer las prestaciones personales en servicios auxiliares comunes del establecimiento.**
- k) Aprobar, previa valoración de la oferta de puestos de trabajo efectuada por el Centro de Iniciativas para la Reinserción y los informes emitidos por los equipos multidisciplinarios, el acceso de los/las internos/as a los puestos de trabajo vacantes en los talleres productivos o en las plazas existentes en los cursos de formación para el trabajo. Igualmente, le corresponde adoptar las resoluciones de suspensión o extinción de la relación laboral de carácter especial de los/las internos/as trabajadores/as, por razones de tratamiento.**
- l) Informar y elevar al Consejo de Dirección la propuesta de programación anual de actividades del centro penitenciario, elaborada de acuerdo con las proposiciones formuladas por los equipos multidisciplinarios.**
- m) Ejercer todas las demás competencias que le atribuye la legislación penitenciaria o sus normas de desarrollo y, en general, las relativas a la observación, clasificación y tratamiento de los/las internos/as que no estén atribuidas a otros órganos.**

(...).”

Los Equipos multidisciplinares, “serán las unidades de estudio, propuesta y ejecución con que contará la Junta de Tratamiento. Serán los encargados tanto de emitir las propuestas a la vista de las cuales el citado órgano colegiado tomará, con carácter general, los acuerdos para la adopción de las medidas necesarias para ejecutar los programas de tratamiento o los modelos individualizados de intervención, así como de ejecutarlos, bajo el control inmediato y directo del/de la coordinador/a de estos equipos o, en su caso, del/de la jefe/a de programas de atención especializada” (art. 36 Decreto 329/2006).

Según el artículo 37 (apartados 2 y 3), del Decreto 329/2006, forman parte del Equipo multidisciplinar:

“a) El/La coordinador/a de los equipos multidisciplinares, si los hubiere, o el/la jefe/a de programas de atención especializada. b) El/La psicólogo/a adscrito/a al equipo. c) El/La jurista adscrito/a al equipo. d) El educador/a adscrito/a al equipo. e) Un/a docente. f) Un/a médico/a. g) Un/a trabajador/a social. h) Un/a monitor/a ocupacional y/o insertor/a laboral. i) Un/a monitor/a deportivo/a. j) El/La jefe de unidad o el/la coordinador/a de unidad especializada.

3. Aquellas unidades que tengan asignados incorporarán a las reuniones del equipo los siguientes profesionales:

- a) Un/a psiquiatra/
- a. b) Un/a enfermero/
- a. c) Un/a pedagogo/
- a. d) Un/a criminólogo/a.”

En cuanto a las funciones de los Equipos multidisciplinares, que según el artículo 37.7 del Decreto 329/2996 son “(...) funciones de orientación, asesoramiento y evaluación individualizada de la evolución de los internos que tengan asignados en relación con los programas de tratamiento y de los modelos de intervención que se hayan diseñado”, nos remitimos a las previsiones del artículo 38 del Decreto 329/2006.

El tratamiento penitenciario se configura como el “conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados” (art. 59.1 LGP).

Según el artículo 60.1 de la LGP “1. Los servicios encargados del tratamiento se esforzarán por conocer y tratar todas las peculiaridades de personalidad y ambiente del penado que puedan ser un obstáculo para las finalidades indicadas en el artículo anterior.”

Según el artículo 62 de la LGP: “El tratamiento se inspirará en los siguientes principios:

- a) Estará basado en el estudio científico de la constitución, el temperamento, el carácter, las aptitudes y las actitudes del sujeto a tratar, así como del sistema dinámico-motivacional y del aspecto evolutivo de su personalidad, conducente a un enjuiciamiento global de la misma, que se recogerá en el protocolo del interno.

b) Guardará relación directa con un diagnóstico de personalidad criminal y con un juicio pronóstico inicial, (...).

c) Será individualizado, consistiendo en la variable utilización de métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos y sociales, en relación a la personalidad del interno.

(...).”

En aplicación de estos principios, el artículo 20.2 del Reglamento penitenciario dispone que:

“2. (...) Por la Junta de Tratamiento, previo informe del Equipo Técnico, se contrastarán las datos del protocolo y se formulará un programa individualizado de tratamiento (...).”

Vistas estas y otras previsiones normativas (entre otras, arts. 81, 103 a 106, o 156 Reglamento penitenciario), está claro que el marco normativo aplicable articula la toma de decisiones sobre los internos a partir del principio de individualización de su tratamiento (art. 62.c) LGP).

VI

Vistas las funciones y la composición de la Junta y de los Equipos, está claro que el conjunto de los profesionales que forman parte de la Junta y de los Equipos tienen atribuidas funciones de orientación, asistencia o asesoramiento a los internos, y que todos ellos están implicados, cada uno desde su vertiente técnica, en la articulación de los modelos individualizados de intervención de cada persona interna, en los términos previstos en la norma

El conjunto de los profesionales que forman parte de la Junta y de los Equipos tienen atribuidas funciones de orientación, asistencia o asesoramiento a los internos, y todos ellos están implicados, cada uno desde su vertiente técnica, en la articulación de los modelos individualizados de intervención de cada persona interna, en los términos previstos en la norma

A modo de ejemplo, la normativa determina las sanciones que se puede imponer a las personas internas (art. 42 LGP), en concreto, se prevé la “Privación de paseos y actos recreativos comunes, en cuanto sea compatible con la salud física y mental (...)”. Los profesionales que forman parte de los Equipos y de la Junta que, en los términos que prevé la normativa, tendrán que tomar la decisión sobre una sanción a un interno, tendrán que disponer de la información de salud sobre éste, necesaria para tomar la decisión correspondiente

Asimismo, según el artículo 16 de la LGP:

“Cualquiera que sea el centro en el que tenga lugar el ingreso, se procederá, de modo inmediato, a una completa separación, teniendo en cuenta el sexo, emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental y, respecto de los penados, las exigencias del tratamiento.

En consecuencia:

(...)

d) Los que presenten enfermedad o deficiencias físicas o mentales estarán separados de los que puedan seguir el régimen normal del establecimiento.”

También a modo de ejemplo, según el artículo 43 de la LGP:

“1. La sanción de aislamiento se cumplirá con informe del Médico del establecimiento, quien vigilará diariamente al interno mientras permanezca en esa situación, informando al Director sobre su estado de salud física y mental y, en su caso, sobre la necesidad de suspender o modificar la sanción impuesta.

2. En los casos de enfermedad del sancionado, y siempre que las circunstancias lo aconsejen, se suspenderá la efectividad de la sanción que consista en internamiento en celda de aislamiento, hasta que el interno sea dado de alta o el correspondiente órgano colegiado lo estime oportuno, respectivamente. (...)”

Estos órganos multidisciplinarios están formados, por un lado, por personal del ámbito sanitario y, por otro lado, por otros profesionales de otros ámbitos competenciales diferentes al ámbito sanitario, como pueden ser los profesionales pedagogos y educadores, juristas, trabajadores sociales, monitores ocupacionales, etc.

A partir de ahí, le corresponderá al personal sanitario tener acceso al conjunto de información de salud de los internos y aportar al resto de profesionales de la Junta o de los Equipos, aquella información de la HC que puede ser relevante y necesaria, en cada caso, para que estos profesionales puedan ejercer sus funciones y realizar las valoraciones individualizadas de cada interno, que resulten pertinentes en cada caso.

En este sentido, desde la perspectiva del principio de minimización (art. 5.1.c) RGPD), la comunicación de datos de salud de un interno por parte del personal sanitario que le atiende y que forma parte de la Junta o de los Equipos, al resto de profesionales de estos órganos, deberá limitarse a aquellos datos del HC del interno que resulten necesarios para tomar la decisión que corresponda sobre su situación penitenciaria, y para tomar las decisiones individualizadas que corresponda (mantenimiento del grado, traslados, actividades que puede llevar a cabo...).

Si bien el personal sanitario que atiende al paciente debe disponer de toda la información sobre la asistencia sanitaria (diagnóstico y pronóstico del enfermo, medicación y tratamiento farmacológico suministrado, antecedentes familiares que constan en la HC, etc...), el resto de profesionales de la Junta o de los Equipos tendrán que acceder únicamente aquella información médica que pueda influir en la medida a tomar.

En conclusión, por todo lo expuesto, el marco normativo examinado (LGP, Reglamento penitenciario y Decreto 329/2006), habilita al personal sanitario que forma parte de la Junta de Tratamiento o de los Equipos, a compartir con el resto de profesionales de estos órganos aquellos datos de salud del interno que sean adecuados, pertinentes y limitados al cumplimiento de las funciones que les corresponden, en relación con la valoración individualizada de cada interno.

VII

Dicho esto, aparte del tratamiento de datos de salud por parte de los profesionales que forman parte de la Junta y de los Equipos para tratar la situación penitenciaria individual de cada interno, no puede descartarse que el tratamiento de datos de la HC de los internos responda a otros fines.

Así, dada la información de que se dispone, no podemos descartar que en el marco de las funciones que la normativa atribuye a la Junta y los Equipos, éstos deban realizar

estudios, propuestas, planificación de actuaciones en relación al conjunto de la población reclusa en general, etc.

En caso de que el acceso a datos de salud de las personas internas en centros penitenciarios por parte de los profesionales de la Junta o de los Equipos no tenga por finalidad el seguimiento, el tratamiento y la asistencia específica e individualizada a la persona afectada, es es decir, la toma de decisiones y medidas concretas respecto de un interno en los términos previstos en la normativa estudiada, habrá que tener en cuenta el artículo 16.3 de la

“3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de modo que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.”

En el mismo sentido, el artículo 11.3 de la Ley 21/2000.

La normativa de autonomía del paciente admite el acceso a datos de salud de la HC para las finalidades mencionadas (art. 16.3 Ley 41/2002), siempre que se disponga del consentimiento o que se preserven los datos identificativos del paciente separados de el resto (información clínico-asistencial), en los términos previstos en dicha normativa.

Por tanto, en caso de que el tratamiento de datos de salud de la HC de los internos tenga por finalidad, por ejemplo, la realización de estudios o de investigación para planificar determinadas actuaciones en el ámbito penitenciario, este tratamiento requeriría separar los datos identificativos de los internos-pacientes afectados del resto de información o bien disponer de su consentimiento, en los términos previstos en la citada normativa.

En este punto hay que hacer mención a la previsión de la disposición adicional 17ª de la LOPDDDD, relativa al tratamiento de datos en la investigación en salud y los criterios aplicables a esta investigación, a la que nos remitimos. Recuerda que esta Autoridad ha analizado el alcance de la disposición adicional 17ª de la LOPDGDD en los Dictámenes CNS 15/2019 y CNS 18/2019, a los que nos remitimos.

VIII

Según el Informe que acompaña a la consulta: “En cuanto a los internos en el medio abierto que son atendidos en los dispositivos de salud de la comunidad, deberían articularse las vías de comunicación necesarias y seguras, para que la información llegue a los órganos administrativos competentes mediante los órganos responsables de la atención primaria o de la salud mental, según corresponda.”

Al respecto, según dispone el artículo 88 del Reglamento penitenciario:

- “1. Como regla general, los internos en régimen abierto recibirán la asistencia sanitaria que precisen a través de la red sanitaria pública extrapenitenciaria.
2. La Administración Penitenciaria velará para que los internos utilicen correctamente estos servicios y cuiden su salud, como un aspecto muy importante en su rehabilitación y, a tal fin, planificará y ejecutará programas de prevención y educación para la salud.

3. Los servicios médicos del Establecimiento efectuarán el seguimiento necesario y dispondrán la coordinación precisa de los servicios sanitarios de la institución con los del exterior, en el marco de los convenios suscritos por la Administración Penitenciaria a tal fin. Los trabajadores sociales del Centro ayudarán y orientarán a los internos en la realización de los trámites necesarios para utilizar la red sanitaria pública extrapenitenciaria.”

Asimismo, según el artículo 185.2 del Reglamento penitenciario: “2. La Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental.”

Y según el artículo 83.1 del Decreto 329/2006: “1. Los/Las internos/as que disfruten del régimen de vida abierto recibirán la asistencia sanitaria y sociosanitaria que necesiten por medio de la red sanitaria y sociosanitaria de utilización pública. La entidad pública gestora de la sanidad penitenciaria realizará la coordinación de esta prestación sanitaria, que, con el fin de mantener la continuidad asistencial, realizará las gestiones que sean oportunas con los servicios médicos del establecimiento y, en su caso, con los/las trabajadores/as sociales que conozcan la persona interna.”

Vistas estas previsiones, está claro que la normativa habilita un flujo informativo de datos de salud de los internos que se encuentran en régimen abierto entre los servicios sanitarios externos al centro que deben continuar prestando asistencia al paciente y los servicios médicos del centro penitenciario, con la finalidad de asegurar el continuo asistencial. Esto, sin perjuicio de que también pueda producirse, si procede, un flujo informativo de los servicios sanitarios del centro hacia los servicios externos con fin

En relación a este flujo informativo, la normativa prevé que corresponde a los servicios médicos del centro el seguimiento y la coordinación de la asistencia que recibe el paciente en régimen abierto.

En cualquier caso, el flujo informativo de datos de la HC del paciente que deba producirse y articularse para la continuidad de la prestación sanitaria a este paciente fuera del centro penitenciario, deberá dar cumplimiento a los principios y garantías de la normativa de protección de datos y al régimen de gestión de la HC previsto en la legislación de autonomía del paciente.

Por último, conviene recordar que la normativa de protección de datos impone un deber general de secreto (art. 5.1.f) RGPD), que obliga a cualquier persona que trate datos personales, en este caso, a los diferentes profesionales que atienden a los internos, a respetar la confidencialidad de la información de los pacientes incluida en la HC (art. 9.3 RGPD, art. 7.1 Ley 41/2002, y art. 5.1 Ley 21/2000).

Asimismo, según dispone el artículo 215.1 del Reglamento penitenciario: Las datos integrados en la historia clínica individual tendrán carácter confidencial, debiendo quedar correctamente archivados y custodiados, siendo únicamente accesibles para el personal autorizado.

Por tanto, la normativa citada impone a todos los profesionales asistenciales de los centros penitenciarios, un deber de secreto respecto a la información de salud, en este caso, de personas internas en centros penitenciarios.

De acuerdo con las consideraciones hechas en este dictamen se hacen las siguientes,

Conclusiones

El tratamiento de datos de las personas físicas que se encuentran internas en centros penitenciarios y que reciben asistencia sanitaria (“internos-pacientes”), así como las que se encuentran en régimen abierto, está sometido a los principios y garantías de la normativa de protección de datos personales, en concreto, el RGPD y el LOPDGDD.

El marco normativo examinado (LGP, Reglamento penitenciario y Decreto 329/2006), habilita al personal sanitario que atiende al paciente y forma parte de la Junta de Tratamiento y de los Equipos, a compartir con el resto de profesionales que participan en estos órganos aquellos datos de salud del interno que sean adecuadas, pertinentes y limitadas al cumplimiento de las funciones que les corresponden, en relación con la valoración individualizada de cada interno.

Barcelona, 17 de julio de 2019

Traducción Automática