

I

La consulta se plantea con ocasión de la elaboración de un convenio a través del cual se pretende facilitar la interoperabilidad entre la historia clínica electrónica del SAS y la de los centros penitenciarios. En concreto, a través del convenio se a posibilitar el acceso a la historia clínica electrónica del SAS por parte del personal sanitario de los centros penitenciarios (titulados en medicina, enfermería y farmacia), lo que comportará el acceso a la historia clínica completa en el nivel de atención primaria y atención especializada, quedando acotado únicamente a los pacientes compartidos durante el período de internamiento u otras situaciones ajustadas a la ley. Adicionalmente, el convenio recoge la capacidad del personal sanitario de Instituciones Penitenciarias para realizar registros en la historia clínica en ambos niveles, y también facilita la implementación de la telemedicina entre ambas administraciones y la formación compartida de los profesionales sanitarios.

Como decimos, con ocasión de la celebración de este convenio se han suscitado dudas acerca de la aplicabilidad o no de las conclusiones del informe de esta Agencia número 018/2006, en el sentido de solicitar que se dirima si los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias, cuyas competencias no han sido todavía transferidas en la Comunidad Autónoma de Andalucía pueden tener o no la consideración de Sistema Nacional de Salud. Asimismo, en relación con las conclusiones del informe de esta Agencia número 029/2020, por el que se analiza el marco de protección de datos del Anteproyecto de la Ley Orgánica 7/2021, se consulta sobre la aplicabilidad del artículo 7.3 del Reglamento Penitenciario (en adelante RP) a la cesión de datos sanitarios de los reclusos que se realiza desde los centros penitenciarios a los centros sanitarios del SAS, así como sobre la posibilidad de considerar la celebración del convenio de referencia entre el SAS e Instituciones Penitenciarias en el ámbito de la asistencia sanitaria integral del recluso ex artículo 207 RP, como base de legitimación de los tratamientos de datos personales a realizar de conformidad con el artículo 6.1.c) y e) RGPD.

Planteados los términos de esta consulta, la primera observación que debe hacerse es la relativa a la doble especialidad de la materia objeto de análisis. Por una parte, nos encontramos ante normativa sobre instituciones penitenciarias que afecta a actividades no comprendidas en el ámbito de aplicación del derecho de la Unión Europea, y que por lo tanto queda excluida de la aplicación de la normativa general de protección de datos de carácter personal, rigiéndose por su normativa específica y supletoriamente, por dicha normativa general, tal y como ha establecido el artículo 2.3 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales: *“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”*.

A este respecto resultan completamente aplicables las observaciones contenidas en el informe de este Gabinete Jurídico número 029/2020 (el subrayado es nuestro):

“ (...) el artículo 1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria señala que:

“Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.”

Por lo tanto, la mayoría de los tratamientos de datos de carácter personal de los internos llevados a cabo por las instituciones penitenciarias entrarán dentro del ámbito objetivo del presente Anteproyecto y de la Directiva que transpone.

Sin embargo, puede existir tratamiento de datos personales de los internos cuya finalidad no sea la prevención, detección, investigación o enjuiciamiento de infracciones penales o de ejecución de sanciones penales.

algunos de los cuales aparecen específicamente previstos en el artículo 7 del Reglamento General Penitenciario, como la comunicación a otras Administraciones Públicas al objeto de que ejerzan sus funciones en materia de servicios sociales, Seguridad Social, custodia de menores u otras análogas, a la que se refiere su apartado 2, o los tratamiento con el fin de realizar estudios epidemiológicos de su apartado 3.

En este sentido se pronunció esta Agencia en su Informe 59/2019, en relación con la comunicación, por las instituciones penitenciarias a la Comunidad Autónoma correspondiente, encargada de la tramitación de las rentas mínimas de inserción, del dato relativo al ingreso en un centro penitenciario de las personas afectadas por dicha circunstancia, teniendo en cuenta que la suspensión en el pago de la rentas mínimas de inserción no forma parte de la ejecución de la pena sino que es consecuencia de la normativa autonómica que regula los requisitos de dicha prestación. Tal y como queda expuesto, dichos tratamientos, de acuerdo con lo previsto por el artículo 2.3 de la LOPDGDD, se rigen por su normativa específica, aplicándose de manera supletoria lo establecido en el RGPD y en la Ley Orgánica 3/2018.

Por consiguiente, respecto a los tratamientos que no entran dentro del ámbito de aplicación de la Directiva y del presente Anteproyecto, la normativa penitenciaria puede establecer especialidades, ajustadas a la doctrina del Tribunal Constitucional sobre el derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal, especialmente, respecto a la proporcionalidad de los límites que puedan imponerse, sin que sea aplicable, sin más, un régimen más restrictivo para el derecho fundamental como el previsto en la Directiva. Y en lo no previsto específicamente, se aplicará de forma supletoria el RGPD y la Ley Orgánica 3/2018".

Del mismo modo, no solo nos encontramos ante una materia especial cuya normativa queda excluida del ámbito de aplicación de la normativa general de protección de datos de carácter personal, rigiéndose por su normativa específica y solo supletoriamente por dicha normativa general, sino que también nos encontramos ante datos personales de carácter especial, lo que necesariamente condicionará el análisis acerca de su posible tratamiento. La regulación básica sobre estos datos de carácter especial la encontramos en el artículo 9.1 del Reglamento General de Protección de datos (en adelante RGPD) en cuya virtud:

“1. Quedan prohibidos el tratamiento de datos personales que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, o la afiliación sindical, y el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, datos relativos a la salud o datos relativos a la vida sexual o las orientaciones sexuales de una persona física.

2. El apartado 1 no será de aplicación cuando concurra una de las circunstancias siguientes:

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 con un profesional sanitario y sin perjuicio de las condiciones y garantías contempladas en el apartado 3”.

Añadiendo la disposición adicional decimoséptima sobre tratamientos de datos de salud que: *“1. Se encuentran amparados en las letras g), h), i) y j) del artículo 9.2 del Reglamento (UE) 2016/679 los tratamientos de datos relacionados con la salud y de datos genéticos que estén regulados en las siguientes leyes y sus disposiciones de desarrollo:*

a) La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

b) La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

c) 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.

d) La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

e) La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

f) La Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

g) La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

h) La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

i) El texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los 105 medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

j) El texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre”.

Sentado esta doble especialidad por razón de la materia y por razón de los datos a tratar, la resolución de las consultas formuladas exige con carácter previo conocer las conclusiones vertidas en dos informes anteriores de este Gabinete Jurídico en los que se trataron cuestiones conexas a las que ahora se plantean.

II

El primero de dichos informes es el número 018/2006, en el que se plantearon diversas cuestiones relacionadas con el tratamiento de datos de salud llevado a cabo en los centros penitenciarios, así como con la inclusión de los datos contenidos en la historia clínica llevada por los servicios de salud penitenciaria en las historias clínicas centralizadas que eventualmente sean creadas por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas; en dicho informe se parte de la siguiente premisa:

“Con carácter previo, debe indicarse que los servicios de salud penitenciaria han de ser considerados como establecimientos sanitarios incorporados al sistema nacional de salud, a los efectos establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Así, establece la disposición adicional sexta de la citada Ley que “Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud”, añadiendo que “A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta Ley y mediante el

correspondiente Real Decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los Estatutos de Autonomía”.

Al propio tiempo, dada su condición de centro sanitario, resultará de aplicación al tratamiento de datos de salud llevado a cabo para la formación de la historia clínica de los internos lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, según el cual “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”.

El extracto ut supra transcrito revela que dicho informe toma como punto de partida la consideración de los servicios de salud penitenciaria como establecimientos sanitarios incorporados al Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y sobre la base de esta premisa concluye la aplicación del artículo 8 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que al prever la posibilidad de los centros sanitarios públicos y privados, y de sus profesionales, de tratar datos de carácter personal relativos a la salud de las personas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad, serviría de habilitación a la aplicación de las previsiones contenidas 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. En la misma línea, sobre la base de esta habilitación, el informe reconoce “la existencia de una historia clínica centralizada en el ámbito del servicio de salud autonómico, en el que deberían integrarse los servicios de salud penitenciaria conforme a lo establecido en la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003”, y que “A la vista de lo dispuesto en los citados artículos 7.6 y 8 de la Ley Orgánica 15/1999 y en el artículo 16.1 de la Ley 41/2002 no cabe duda que el personal sanitario penitenciario podría acceder a los datos de la historia clínica del paciente que obrasen en las bases de datos centralizadas que fueran mantenidas por el correspondiente servicio autonómico de salud, a fin de realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de los internos que hubiesen de ser tratados en los mismos”.

El segundo de los informes referenciados en esta consulta es el número 0367/2009, en el que se planteaban diversas cuestiones respecto de la adecuación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en relación con la comunicación de datos de salud de los internos de un centro penitenciario a personal no sanitario del mismo, y en el que se analiza la comunicación de estos datos tanto con fines de asistencia sanitaria, como con fines distintos a los médico-asistenciales. En relación con los primeros, con base en la previsión del artículo 10.5 del Real Decreto 1720/2007 (el subrayado es nuestro): *“Los datos especialmente protegidos podrán tratarse y cederse en los términos previstos en los artículos 7 y 8 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. En particular, 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”*, el citado informe recoge las observaciones contenidas en nuestro informe de 4 de mayo de 2006 y que han sido expuestas más arriba.

Por otro lado, en cuanto a los fines distintos a los médico-asistenciales en el informe se expresa lo que sigue (el subrayado es nuestro):

“Debe señalarse aquí que la Agencia Española de Protección de Datos ha puesto reiteradamente de manifiesto que la aplicación del artículo 7.3 implica, por mor del principio de especialidad, la imposible aplicación a los datos referidos en el mismo de cualquiera de las causas legitimadoras de cesión inconsentida previstas en el artículo 11.2 de la Ley Orgánica, quedando limitados los supuestos habilitantes del tratamiento y cesión de estos datos a los establecidos en la norma especial o a aquéllos en los que la norma general se refiere expresamente a tales datos (como sucede en relación con los datos de salud en el artículo 11.2 f) de la Ley Orgánica 15/1999, esto es, cuando sea necesario para solucionar una urgencia o realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica).

En este sentido, la norma especial viene constituida por 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, cuyo artículo 16 limita los supuestos de cesión de datos de la historia clínica a

terceros ajenos a la asistencia sanitaria a dos supuestos y en los siguientes términos:

“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 Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, 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 manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”.

“5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria”.

Este precepto fue objeto de análisis por parte de esta Agencia en informe de 31 de marzo de 2008, en que en relación con la posible cesión de datos de la historia clínica con fines que no coincidieran con los médico-asistenciales se indicaba lo siguiente:

“Por lo tanto, de los apartados 3 y 5 del artículo 16 de la Ley 41/2002, y siempre previa la ponderación de la proporcionalidad a la que acaba de hacerse referencia, se deduce la existencia de tres supuestos en los que será posible el uso de la historia clínica con fines distintos de los médico-asistenciales, estableciendo la Ley especialidades distintas en cada uno de los supuestos.

- Así, en primer lugar, el acceso para “fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia”,

deberá someterse a una previa disociación de los datos contenidos en la historia clínica “de manera que como regla general quede asegurado el anonimato”, a menos que el interesado haya prestado su consentimiento para ello, en los términos que impone el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999.

- *Por otra parte, en caso de que el acceso se solicite por una autoridad judicial y la identificación del paciente sea necesaria para la tramitación del proceso en que los datos se solicitan, se estará a los términos de la correspondiente Resolución judicial, quedando el acceso “limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”.*
- *Por último, el acceso por parte de los órganos de inspección sanitaria se regula independientemente de los anteriores, limitándose la Ley a reconocer dicho acceso siempre que su finalidad sea la “comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria”.*

III

Por lo expuesto, del examen del contenido de los informes previamente emitidos por este Gabinete Jurídico resulta que la premisa en la que ambos se apoyan para concluir la legitimación de los servicios de salud penitenciarios para realizar los tratamientos que sean necesarios con fines médico-asistenciales al amparo de la Ley 41/2002 y con pleno respeto a las garantías prevista en la normativa en materia de protección de datos, reside en la consideración de los servicios de salud penitenciarios como establecimientos sanitarios incorporados al Sistema Nacional de Salud, a los efectos establecidos en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. **Premisa que, sin embargo, no es aplicable al supuesto concreto de la Comunidad Autónoma de Andalucía, dado que tal y como se explica en la consulta formulada, dicha integración, a día de hoy, no se habría producido al no tener dicha CCAA transferidas las competencias en esta materia, a diferencia de otras como es el caso de Cataluña, País Vasco o Navarra.** Añadiendo que, ante esta falta de transferencia el propio Defensor del Pueblo de Andalucía habría recomendado que la sanidad penitenciaria se integrase en el Sistema Nacional de Salud para terminar así con una dualidad organizativa, tal y como viene dispuesto en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad. Ante la ausencia de esta transferencia de competencias, se indica que la CCAA de Andalucía viene acordando a través

de Convenios la regulación de las cuestiones en esta materia, siendo el último Convenio de Colaboración en materia sanitaria entre el Servicio Andaluz de Salud e Instituciones Penitenciarias de 16 de agosto de 2013, y no constando en la actualidad ningún convenio en vigor en este ámbito.

Sentado lo anterior, la ausencia de dicha premisa (integración de los servicios de salud penitenciarios en el sistema nacional de salud) determina que los tratamientos de datos que se habían considerado legitimados por dicha integración en el Sistema Nacional de Salud no puedan entenderse legitimados por esta vía en el caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Ahora bien, **la falta de integración plena de los servicios de salud penitenciarios de Andalucía en el Sistema Nacional de Salud no puede de ninguna manera suponer una merma para la asistencia sanitaria de los reclusos por tratarse de una obligación impuesta a la Administración Penitenciaria en el artículo 3.4 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante LOGP): “La Administración penitenciaria velará por la vida, la integridad y la salud de los internos”**. Obligación que, a su vez, se materializa en la regulación contenida en los artículos 207 y 209 del Reglamento General Penitenciario, sobre asistencia integral y modelo de asistencia sanitaria. El primero de ellos establece que (el subrayado es nuestro): “1. La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles.

2. A tal efecto, la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia, mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

3. La Administración Penitenciaria abonará a las Administraciones Sanitarias competentes los gastos originados por las inversiones precisas para la adecuación de las plantas de hospitalización o consultas de los Centros Hospitalarios extrapenitenciarios por motivos de seguridad”.

Añadiendo el artículo 209.2.3 que: *“2.3 Los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207.2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas”.*

Comoquiera que la normativa especial en materia penitenciaria dispone que la asistencia sanitaria integral de los reclusos se prestará a través de los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, hasta tanto se produzca la deseada integración plena de los servicios de salud penitenciarios de Andalucía en el SNS **la asistencia sanitaria integral deberá ser garantizada a través de la formalización de los correspondientes convenios de colaboración, todo ello de conformidad con los ut supra transcritos artículos 3.4 LOGP y artículos 207 y 209 RP**, que no solo constituyen la normativa especial aplicable en esta materia, sino que también son la normativa directamente aplicable en materia de protección de datos, siendo de aplicación supletoria el RGPD y su normativa de desarrollo como al principio de este informe se ha examinado.

Habida cuenta de la doble especialidad del supuesto objeto de esta consulta, por razón de la materia (penitenciaria) y del carácter de los datos a tratar (datos de salud), debe hacerse notar que, por una parte, en cuanto al carácter especial de los datos de salud, la remoción de la prohibición general de tratarlos sería posible cuando dicho tratamiento fuera necesario para fines de gestión de sistemas o servicios de asistencia sanitaria o social, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados Miembros (artículo 9.2.h) RGPD), encontrándose expresamente amparados por esta letra los tratamientos regulados en las leyes indicadas en la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, entre las que se encuentran tanto la Ley 14/1986, General de Sanidad, como la Ley 41/2002 y la Ley 16/2003 a las que se ha hecho referencia previamente en este informe. De donde resultaría que tratamientos de datos de salud tales como los derivados del acceso a la historia clínica regulada en el artículo 14 Ley 41/2002, serían perfectamente posibles para todos los centros y servicios integrados en el Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 16/2003, sobre intercambio de información en salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud: *“Con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará los mecanismos de intercambio electrónico de*

información clínica y de salud individual, previamente acordados con las comunidades autónomas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de dicha asistencia y la confidencialidad e integridad de la información, cualquiera que fuese la Administración que la proporcione”.

En cuanto a la especialidad de la materia, al tratarse de normativa penitenciarias excluida del ámbito de aplicación del RGPD, la falta de integración en el Sistema Nacional de Salud de los servicios penitenciarios de Andalucía habría de salvarse mediante la formalización de los convenios previstos en los artículos 207 y 209 RP, por ser el instrumento previsto por el legislador para hacer efectivo el deber de la Administración Penitenciaria de velar por la salud de los internos. Dichos Convenios, al traer causa de una previsión reglamentaria dictada en desarrollo de una previsión legal, constituirían base suficiente para legitimar los tratamientos a realizar, por encontrar amparo tanto en el artículo 6.1.c) RGPD, cumplimiento de una obligación legal impuesta al responsable del tratamiento, como en el artículo 6.1.e) RGPD, tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público, o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento, en este caso el de velar por la salud de los internos y el de ofrecer una asistencia sanitaria integral.

IV

Finalmente, se consulta acerca de la aplicabilidad del artículo 7.3 RP a la cesión de los datos sanitarios de los reclusos que se realiza desde los centros penitenciarios a los centros sanitarios del SAS. A este respecto, el citado precepto en materia de recogida y cesión de datos de carácter personal de los internos dispone que: *“3. También se podrán ceder datos de carácter personal contenidos en los ficheros informáticos penitenciarios sin previo consentimiento del afectado cuando la cesión tenga por destinatarios al Defensor del Pueblo o institución análoga de las Comunidades Autónomas que ejerzan competencias ejecutivas en materia penitenciaria, al Ministerio Fiscal o a los Jueces o Tribunales, en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas, así como cuando se trate de cesión de datos de carácter personal relativos a la salud de los reclusos por motivos de urgencia o para realizar estudios epidemiológicos”.*

Comoquiera que la cesión de datos de salud de los reclusos por motivos de urgencia o para realizar estudios epidemiológicos prevista en el artículo 7.3

RP tiene, como ya hemos tenido ocasión de analizar en este informe, la consideración de normativa especial directamente aplicable en materia de protección de datos, la comunicación de tales datos de salud para los fines indicados resulta plenamente conforme a Derecho. A más a más, si acudiéramos a la normativa general en materia de protección de datos y, en el caso que estamos analizando, previa celebración del Convenio de colaboración correspondiente, el acceso a los datos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud encontraría, asimismo, amparo en el artículo 16.3 de la Ley 41/2002: *“Cuando ello sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias a las que se refiere la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública”*.

Conclusiones

Primera: El supuesto de hecho examinado en esta consulta plantea una doble especialidad, por razón de la materia y por razón del tipo de datos a tratar. Por razón de la materia, la normativa penitenciaria queda excluida del ámbito de aplicación de la normativa general de protección de datos de carácter personal, rigiéndose por su normativa específica y solo supletoriamente por dicha normativa general. Por razón del tipo de datos, al tratarse de datos de salud tienen carácter especial y su regulación básica está prevista en el 9.1 del Reglamento General de Protección de datos y en la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

Segunda: Los informes de este Gabinete Jurídico números 018/2006 y 0367/2009 analizan los tratamientos de datos a realizar por los servicios de salud penitenciarios partiendo de la premisa de considerarlos plenamente integrados en el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003. Sobre la base de esta premisa se concluye la legitimidad de los tratamientos que se realicen de conformidad con la Ley 41/2002 y con pleno respeto a las garantías previstas en la normativa general de protección de datos, así como la posible cesión de datos de salud de los reclusos para fines médico-sanitarios de acuerdo con lo previsto en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Tercera: La premisa anterior no resulta aplicable a la Comunidad Autónoma de Andalucía al no haberse producido la transferencia de competencias en esta materia. Pese a ello, la falta de integración en el Sistema Nacional de Salud no puede suponer merma alguna para la asistencia sanitaria de los reclusos por tener la Administración Penitenciaria el deber de velar por su salud (artículo 3.4 LOGP) y de ofrecerles una asistencia sanitaria integral, formalizando para ello los correspondientes convenios de colaboración (artículos 207 y 209 RP). Por consecuencia, los tratamientos de datos de salud previstos en la Ley 41/2002 y Ley 16/2003, que no puedan considerarse legitimados por parte de los servicios de salud penitenciarios andaluces al no estar integrados en el Sistema Nacional de Salud, deberán considerarse legitimados al amparo del artículo 6.1.c) y e) RGPD a través de los referidos convenios de colaboración previstos en los artículos 207 y 209 RP con base en el artículo 3.4 LORP.