



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

2020-143-VA-CE

INFORME QUE EMITE LA ASESORÍA JURIDICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD SOBRE CESIÓN DE DATOS DE SALUD DE PACIENTES A LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO COMO CONSECUENCIA DE LA SITUACIÓN DE CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR COVID-19.

El presente informe facultativo se solicita por la Dirección Gerencia del Distrito Sanitario Huelva Costa-Campaña, conforme a lo previsto en el artículo 13.3 del Decreto 257/2005, de 29 de noviembre, de asistencia jurídica al Servicio Andaluz de Salud, se emite el mismo, al que sirven de fundamento los siguientes

ANTECEDENTES

PRIMERO.-Por la citada Dirección, nos trasladan las solicitudes que realizan las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (desde ahora FFSSEE) en los Centros de Salud del citado Distrito Sanitario, referentes al diagnóstico de COVID-19 de determinados ciudadanos, con objeto de supervisar medidas de aislamiento, a instancia de diferentes Ayuntamientos, motivando tales peticiones para la prevención de un peligro real y grave para la ciudadanía, y en el caso de ser posible proporcionar tal información, el documento que tienen que utilizar. Por otro lado, por parte de la Dirección del Distrito Sanitario, se adjunta documento que ha entregado el Sindicato Médico a los profesionales para que contesten por escrito a esta petición de las FFSSEE.

Se procede a emitir el informe requerido conforme a los siguientes:

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- En primer término, es preciso encuadrar la cuestión objeto del presente informe.

Es necesario determinar , prima facie que el titular del derecho a la información sanitaria es el paciente, que es también el titular de la documentación clínica asociada a la misma. Así se contempla por la normativa vigente:

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante L.A.P) prevé,

“Artículo 5 Titular del derecho a la información asistencial

- 1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita...”*

Por otro lado y respecto a la Historia Clínica y el uso del contenido de la misma, es decir de los datos de salud que la misma contempla, el artículo 16, dispone:

“Artículo 16. Usos de la historia clínica.

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.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

*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 legislación vigente en materia de protección de datos personales, 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 clinicoasistencial, 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 previstos en el apartado 2 de la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Asimismo se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clinicoasistenciales, 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.

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. El acceso habrá de realizarse, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos.”

Sentando lo anterior, hay que hacer ineludible mención a la situación actual de crisis sanitaria ocasionada por COVID-19, en razón de la cual se ha declarado el estado de alarma, al amparo de lo dispuesto en el artículo cuarto, apartados b) y d), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, por el **Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo**, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En virtud del mismo, tal declaración se realiza con la finalidad de afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el COVID-19 en todo el territorio nacional. Declaración que en principio se realiza por un plazo de quince días y se ha ido prorrogando por los diferentes Reales Decretos con el objetivo de frenar la pandemia, así:

-**Real Decreto 476/2020, de 27 de marzo**, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo,

-**Real Decreto 487/2020, de 10 de abril, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo.**

En este contexto de crisis sanitaria sin precedentes se han ido dictado diferentes normas con la finalidad de salvaguardar la salud de la ciudadanía.

Debiendo traer a colación la normativa sobre salud pública: **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, en cuyo artículo 7, contempla, entre otros, el derecho a la intimidad y confidencialidad, de la participación de los ciudadanos en actuaciones de salud pública, del modo que sigue:

“Artículo 7. Derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad.

1. Todas las personas tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública.

2. La información personal que se emplee en las actuaciones de salud pública se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y 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.”

Las referencias que la norma hace a la anterior Ley Orgánica de Protección de Datos, deben entenderse sustituidas por la normativa vigente, **REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016** relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) (RGPD, desde ahora), y **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.** (LOPD gdd).

Así las cosas, hay que tener presente, el deber de los ciudadanos de colaborar con la Administración Pública sanitaria, así lo recoge la citada Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública:

“Artículo 8. Deber de colaboración.

Los ciudadanos facilitarán el desarrollo de las actuaciones de salud pública y se abstendrán de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución.

Artículo 9. Deber de comunicación.

1. Las personas que conozcan hechos, datos o circunstancias que pudieran constituir un riesgo o peligro grave para la salud de la población los pondrán en conocimiento de las autoridades sanitarias, que velarán por la protección debida a los datos de carácter personal.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entiende sin perjuicio de las obligaciones de comunicación e información que las leyes imponen a los profesionales sanitarios.”

Por otro lado, hay que citar las normas relativas a sistemas de información en salud pública , recogidas en la repetida Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, a cuyo tenor y por lo que aquí interesa:

“Artículo 40. Sistema de Información en Salud Pública.

1. Los sistemas de información en materia de salud pública o cuya información sea relevante en la toma de decisiones en esta materia, con independencia de su titularidad, integrarán el Sistema de Información en Salud pública.

2. Para asegurar la compatibilidad e interoperabilidad de los sistemas públicos de información se atenderá 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, sobre el sistema de información sanitaria.

3. El Sistema de Información en Salud Pública integrará como mínimo lo siguiente:

a) Las estadísticas, registros y encuestas que midan los condicionantes de la salud: educación, situación social, situación laboral, entorno físico y medioambiental, incluyendo los cambios en el clima, seguridad, demografía, economía, servicios, recursos sanitarios, presencia de contaminantes en las personas y cualquier otra variable que el conocimiento científico y las necesidades de la Administración sanitaria hagan necesaria.

b) Las estadísticas, registros y encuestas que midan la salud, la calidad de vida y el bienestar de la población.

c) *La información sobre políticas y sobre actuaciones de salud pública en todos los ámbitos de acción.*

4. *El sistema de información de salud pública estará integrado por indicadores basados, entre otros, en los criterios de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.*

Artículo 41. Organización de los sistemas de información.

1. *Las autoridades sanitarias con el fin de asegurar la mejor tutela de la salud de la población podrán requerir, en los términos establecidos en este artículo, a los servicios y profesionales sanitarios informes, protocolos u otros documentos con fines de información sanitaria.*

2. *Las Administraciones sanitarias no precisarán obtener el consentimiento de las personas afectadas para el tratamiento de datos personales, relacionados con la salud, así como su cesión a otras Administraciones públicas sanitarias, cuando ello sea estrictamente necesario para la tutela de la salud de la población.*

3. *A los efectos indicados en los dos apartados anteriores, las personas públicas o privadas cederán a la autoridad sanitaria, cuando así se las requiera, los datos de carácter personal que resulten imprescindibles para la toma de decisiones en salud pública, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

En cualquier caso, el acceso a las historias clínicas por razones epidemiológicas y de salud pública se someterá a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 16 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.”

A su vez, el artículo 23, de la citada Ley, promueve la colaboración entre los servicios asistenciales, y entre esas actividades de colaboración promueve una coordinación efectiva para intercambiar la información necesaria para la vigilancia de la salud pública y sobre la situación de salud y sus condicionantes sociales para una mejor acción asistencial de la comunidad adscrita. Todas esas acciones en relación con la participación de las Administraciones sanitarias en actuaciones de salud pública están sujetas, como hemos expuesto, por el artículo 7 al respeto a la dignidad de la persona e intimidad personal y familiar.

Por otro lado, hay que citar la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, en cuya virtud y respecto a la salud pública, el artículo 65 dispone:

“Artículo 65.

Actuaciones coordinadas en salud pública y en seguridad alimentaria. 1. La declaración de actuaciones coordinadas en salud pública corresponderá al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades directamente afectadas, salvo en situaciones de urgente necesidad, en cuyo caso se tomarán las medidas que sean estrictamente necesarias y se le informará de manera inmediata de las medidas adoptadas. 2. La declaración de actuaciones

coordinadas obliga a todas las partes incluidas en ella y deberán encuadrarse en alguno de los supuestos siguientes: 1.º Responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública...”

De lo que se deduce a la luz de la normativa expuesta, la necesidad de actuación coordinada de las Administraciones Públicas con competencias sanitarias en las situaciones de emergencia de tal naturaleza. Siendo estas Administraciones las únicas responsables del tratamiento de los datos sanitarios.

SEGUNDO.-

El supuesto sometido al presente informe, la facilitación a las FFSSEE del diagnóstico clínico sobre COVID-19, de concretos ciudadanos, es una cesión de datos sanitarios a un tercero.

Por tal razón, se debe determinar a la luz de la normativa vigente en materia de protección de datos personales y de derechos de los pacientes, la base jurídica del tratamiento de una “comunicación por transmisión”, es decir, una cesión de datos personales, de datos de salud, y si tal cesión es viable jurídicamente.

El art. 9.1 RGPD prohíbe 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 la orientación sexual de una persona física. Sin embargo dicha prohibición no será de aplicación cuando se dé alguna de las circunstancias del apartado 2, y entre ellas cuando se den las causas de los apartados g) a j) del mismo (que el tratamiento sea necesario por razones de un interés público esencial; que sea necesario por razones de la salud del trabajador o asistencia sanitaria o social; por razones de interés público en el ámbito de la salud pública; o por razones de archivo en interés público, fines de investigación científica o histórica o fines estadísticas). Todo ello, en los términos y con las condiciones que se establecen en dicho artículo 9 RGPD. Pero, además, el RGPD, reconociendo el carácter específico de los datos de salud, ha previsto en el art. 9.4 que los Estados miembros podrán mantener o introducir condiciones adicionales, inclusive limitaciones, con respecto al tratamiento de datos genéticos, datos biométricos o datos relativos a la salud.

En este sentido cabe traer a colación el **Informe de la Agencia Española de Protección de Datos num 2018/121**, que con ocasión de una comunicación de datos sanitarios al Instituto de Salud Carlos III, por motivos epidemiológicos, después de hacer un estudio exhaustivo de la normativa en general y de la específica del propio Instituto de sus fines y competencias, determina:

*“Pues bien, en la muy reciente Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), publicada en el BOE de 6 de diciembre de 2018, el legislador ha establecido en la **Disposición Adicional decimoséptima, Tratamiento 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.*

Ello significa que el legislador ha considerado que los tratamientos de datos que en virtud de dichas normas hayan de llevarse a cabo utilizando datos de salud o datos genéticos están amparados por las razones de interés público a que el RGPD hace referencia en el art. 9.2, en los epígrafes citados. Y ya mencionamos que la propia norma reguladora de la salud pública refiere además a 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, a la que luego nos referiremos. La propia ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública establecía, y sigue diciendo, (art. 41) que: 1. Las autoridades sanitarias con el fin de asegurar la mejor tutela de la salud de la población podrán requerir, en los términos establecidos en este artículo, a los servicios y profesionales sanitarios informes, protocolos u otros documentos con fines de información sanitaria. 2. Las Administraciones sanitarias no precisarán obtener el consentimiento de las personas afectadas para el tratamiento de datos personales, relacionados con la salud, así como su cesión a otras Administraciones públicas sanitarias, cuando ello sea estrictamente necesario para la tutela de la salud de la población. 3. A los efectos indicados en los dos apartados anteriores, las personas públicas o privadas cederán a la autoridad sanitaria, cuando así se las requiera, los datos de carácter personal que resulten imprescindibles para la toma de decisiones en salud pública, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En cualquier caso, el acceso a las historias clínicas por razones epidemiológicas y de salud pública se someterá a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 16 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.

Por ello, cabe decir que el régimen de cesión de datos no ha variado esencialmente, respecto de la necesidad del consentimiento, ya que la LOPDGDD simplemente ha reforzado el

régimen existente en la legislación ya vigente, por cuanto la ley General de salud pública, como hemos visto, no precisaba obtener el consentimiento de las personas afectadas para el tratamiento de datos personales relacionadas con la salud, incluyendo la cesión a otras administraciones públicas sanitarias, cuando ello fuere estrictamente necesario para la tutela de la salud de la población. Del mismo modo la obligación que se impone de cesión de datos personales relacionados con la salud en relación con la necesidad de toma de decisiones en materia de salud pública se hace exclusivamente cuando ello resulte imprescindible. Ambas expresiones “estrictamente necesario” e “imprescindibles” ponen de relieve la interpretación que ha de realizarse respecto del tratamiento de estos datos personales, por cuanto el legislador no ha previsto que todo tipo de datos personales relacionados con la salud pueda ser libremente y sin restricciones cedidos o transmitidos entre administraciones públicas, sino exclusivamente por razones imprescindibles.” (La negrita es nuestra)

De lo que se deduce que la cesión de datos personales de salud, exigen el consentimiento del afectado o que así se prevea legalmente. Lo que si se contempla por la normativa vigente es que las Administraciones sanitarias no precisarán obtener el consentimiento de las personas afectadas para el tratamiento de datos personales, relacionados con la salud, cuando se cumpla un doble requisito cumulativo:

- cuando estos datos de salud se cedan a otras Administraciones públicas sanitarias.
- cuando ello sea estrictamente necesario para la tutela de la salud de la población.

En el supuesto de hecho sometido al presente informe, no se cumplen tales requisitos, ya que la solicitud de comunicación del diagnóstico de pacientes concretos a las FFSSEE, no tienen la consideración de Administración sanitaria, y no se encuentra amparado por normativa alguna que habilite tal cesión de datos.

Llegados a este punto, por su importancia y trascendencia , es imprescindible citar un reciente informe de la Agencia Española de Protección de Datos, que en el contexto de la emergencia de salud pública derivada del COVID-19, ha tenido ocasión de pronunciarse respecto al cumplimiento de la normativa de protección de datos sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en esta situación sanitaria excepcional, dictando el **informe num 0017/2020**, donde se pasan a exponer las principales consideraciones:

“Examinada su solicitud de informe, en relación con los tratamientos de datos resultantes de la actual situación derivada de la extensión del virus COVID-19, en primer lugar, con carácter general, debe aclararse que la normativa de protección de datos personales, en tanto que dirigida a salvaguardar un derecho fundamental, se aplica en su integridad a la situación actual, dado que no existe razón alguna que determine la suspensión de derechos fundamentales, ni dicha medida ha sido adoptada. Sin perjuicio de lo anterior, la propia normativa de protección de datos personales (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos, RGPD) contiene las salvaguardas y reglas necesarias para permitir legítimamente los tratamientos de datos personales en situaciones, como la presente, en que existe una emergencia sanitaria de alcance general. Por ello, al aplicarse dichos preceptos previstos para estos casos en el RGPD, en consonancia con la normativa sectorial aplicable en el ámbito de la salud pública, las consideraciones relacionadas con la protección de datos -

dentro de los límites previstos por las leyes- no deberían utilizarse para obstaculizar o limitar la efectividad de las medidas que adopten las autoridades, especialmente las sanitarias, en la lucha contra la epidemia, por cuanto ya la normativa de protección de datos personales contiene una regulación para dichos casos que compatibiliza y pondera los intereses y derechos en liza para el bien común...”

“...En consecuencia, en una situación de emergencia sanitaria como a la que se refiere la solicitud de este informe, es preciso tener en cuenta que, en el exclusivo ámbito de la normativa de protección de datos personales, la aplicación de la normativa de protección de datos personales permitiría adoptar al responsable del tratamiento aquellas decisiones que sean necesarias para salvaguardar los intereses vitales de las personas físicas, el cumplimiento de obligaciones legales o la salvaguardia de intereses esenciales en el ámbito de la salud pública, dentro de lo establecido por la normativa material aplicable. Cuáles sean dichas decisiones, (desde el punto de vista de la normativa de protección de datos personales, se reitera) serán aquellas que los responsables de los tratamientos de datos deban de adoptar conforme a la situación en que se encuentren, siempre dirigida a salvaguardar los intereses esenciales ya tan reiterados. Pero los responsables de tratamientos, al estar actuando para salvaguardar dichos intereses, deberán actuar conforme a lo que las autoridades establecidas en la normativa del Estado miembro correspondiente, en este caso España, establezcan.”

*“Por lo tanto, en materia de riesgo de transmisión de enfermedades, epidemia, crisis sanitarias etc., la normativa aplicable ha otorgado **a las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones públicas**” (art. 1 Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril) **las competencias para adoptar las medidas necesarias previstas en dichas leyes cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.** En consecuencia, desde un punto de vista de tratamiento de datos personales, la salvaguardia de intereses esenciales en el ámbito de la salud pública **corresponde a las distintas autoridades sanitarias de las diferentes administraciones públicas, quienes podrán adoptar las medidas necesarias para salvaguardar dichos intereses esenciales públicos en situaciones de emergencia sanitaria de salud pública.** Serán estas autoridades sanitarias competentes de las distintas administraciones públicas quienes deberán adoptar las decisiones necesarias, y los distintos responsables de los tratamientos de datos personales deberán seguir dichas instrucciones, incluso cuando ello suponga un tratamiento de datos personales de salud de personas físicas. Lo anterior hace referencia, expresamente, a la posibilidad de tratar los datos personales de salud de determinadas personas físicas por los responsable de tratamientos de datos personales, cuando, por indicación de las autoridades sanitarias competentes, es necesario comunicar a otras personas con las que dicha persona física ha estado en contacto la circunstancia del contagio de esta, para salvaguardar tanto a dichas personas físicas de la posibilidad de contagio (intereses vitales de las mismas) cuanto para evitar que dichas personas físicas, por desconocimiento de su contacto con un contagiado puedan expandir la enfermedad a otros terceros (intereses vitales de terceros e interés público esencial y/o cualificado en el ámbito de la salud pública).*

Ahora bien, los tratamientos de datos personales en estas situaciones de emergencia sanitaria, como se ha mencionado al principio de este informe, siguen siendo tratados de conformidad con la normativa de protección de datos personales (RGPD y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, LOPDGDD), por lo que se aplican todos sus principios, contenidos en el artículo 5 RGPD, y entre ellos el de tratamiento de los datos personales con licitud, lealtad y transparencia, de limitación de la finalidad (en este caso, salvaguardar los intereses

vitales/esenciales de las personas físicas), principio de exactitud, y por supuesto, y hay que hacer especial hincapié en ello, el principio de minimización de datos.” (La negrita es nuestra).

Por tanto, y en terminología de la AEPD, tratándose de un Derecho Fundamental, que sigue aplicándose en su totalidad, sin que se haya dictado norma con rango constitucional suficiente para suspender o modificar el mismo, se sigue observando por los poderes público la regulación existente en materia de protección de datos en general.

Por lo expuesto,

En Conclusión:

A la luz de la normativa expuesta, no cabe comunicar datos de salud a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con las consideraciones expuestas. Y por tanto, los modelos de documentos que se anexan a la petición del presente informe, para facilitar tales datos, carecen de viabilidad legal.

Es cuanto cumple informar.

En Sevilla, a 22 de abril de 2020.

La Letrada de Administración Sanitaria.

Fdo: Matilde Vera Rodríguez