

PLAN DE INSPECCIÓN DE OFICIO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	RESUMEN EJECUTIVO	3
2.	INTRODUCCIÓN.....	5
3.	OBJETIVOS.....	5
4.	CONCEPTO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.....	6
5.	SITUACIÓN DEL ESPACIO SOCIO SANITARIO EN ESPAÑA - ESCENARIO	8
	EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA	8
6.	METODOLOGÍA Y ACTUACIONES REALIZADAS EN EL PRESENTE PLAN	13
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	14
7.1.	TIPOLOGÍA DE LOS DATOS TRATADOS.....	14
7.2.	HISTORIA SOCIO SANITARIA Y DOCUMENTACIÓN	15
7.3.	COMPARTICIÓN DE DATOS ENTRE DISTINTOS PROFESIONALES. PERFILES DE ACCESO A LOS DATOS	18
7.4.	CONFIDENCIALIDAD Y OBLIGACIONES DEL PERSONAL.....	21
7.5.	INFORMACIÓN OFRECIDA AL USUARIO	23
7.6.	CONSENTIMIENTOS.....	29
7.7.	INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS Y OTROS TERCEROS.....	31
7.8.	FLUJOS DE DATOS ENTRE ADMINISTRACIONES Y OTROS ACTORES PÚBLICOS/PRIVADOS.....	33
7.9.	ANÁLISIS DE CONTRATOS, PLIEGOS Y CONVENIOS.....	35
	CONTRATOS Y CONVENIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIO SANITARIO POR PARTE DEL CENTRO	35
	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITOS POR EL CENTRO CON TERCEROS	36
7.10.	OTRAS ADAPTACIONES AL RGPD	38
8.	DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES.....	40
9.	PREGUNTAS FRECUENTES.....	42
10.	RETOS FUTUROS.....	46
11.	ANEXO I - MARCO JURÍDICO DEL TRATAMIENTO DE DATOS.....	47
12.	ANEXO II - RECURSOS DE LA AEPD RELACIONADOS CON EL COVID	50

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente plan de inspección tiene su origen en la actuación numerada como 1.3.2. del [Plan estratégico 2015-2019](#) de la Agencia Española de Protección de Datos, actuación titulada “plan de oficio del sector sociosanitario”, y cuyo objetivo principal es analizar los tratamientos que se llevan a cabo en este ámbito e investigar su adecuación a la normativa de protección de datos.

El plan tuvo su comienzo en junio de 2018, percibiéndose inicialmente, como cuestión fundamental a resolver, la determinación de la amplitud del espacio sociosanitario a estudiar, así como la definición de las actuaciones de inspección a acometer y su planificación.

Hay que indicar que, tras una fase de análisis previo, se llegó a la conclusión de que el sector sociosanitario como tal no existe en España, ya que para ello haría falta la existencia de una normativa reguladora así como de estructuras de gobierno que lo promuevan y ejerzan su dirección, administración y control.

Indudablemente, sí existen los sectores social y sanitario, encontrándose en la intersección de ambos la existencia de un espacio sociosanitario en el que se coordina la asistencia curativa con la social, con la atención integral al usuario que presente simultáneamente enfermedades de tipo crónico y carencias sociales.

Esta atención sociosanitaria se sustancia en centros sociosanitarios que prestan servicios trasversales y multidisciplinarios, sociales y sanitarios, intentando atender a determinados colectivos previamente definidos de una forma más eficaz y personalizada, de acuerdo con sus necesidades específicas.

En este informe, después de la introducción y la descripción de objetivos (capítulos 2 y 3), se desarrolla el concepto y el estado del espacio sociosanitario en España exponiendo los hallazgos al respecto, que son objeto de los capítulos 4 y 5 (4. Concepto de Atención Sociosanitaria, y 5. Situación del Espacio Sociosanitario en España – Escenario).

En el capítulo 6 se ofrece una visión de la metodología utilizada y las actuaciones practicadas en el presente plan:

- Durante la planificación se identificaron los actores involucrados y se realizó un estudio previo consistente en una investigación documental a través de Internet, en la que básicamente se analizaron informes y datos relacionados con el espacio sociosanitario, así como otra información técnica sobre los servicios sociosanitarios, iniciativas emprendidas, estudios realizados por otras organizaciones y datos de centros sociosanitarios.

También, en esta fase de análisis previo, se mantuvo una reunión con el IMSERSO y se desarrolló un taller en colaboración con una asociación privada, durante la cual se recogieron las inquietudes con relación a la problemática específica de los tratamientos de datos de carácter personal efectuados en residencias de ancianos y centros sociosanitarios.

- En una segunda fase, se remitieron requerimientos de información a Comunidades Autónomas y al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con el objetivo de recopilar información sobre la situación de los servicios sociosanitarios así como de las garantías de protección de datos implementadas.
- Ya en septiembre de 2018, se iniciaron las inspecciones presenciales en centros seleccionados, en los cuales se prestan servicios sociosanitarios con atención directa a usuarios. Se escogieron centros de carácter público estatal, hospitales de media estancia de una comunidad autónoma, residencias especializadas en Alzheimer de Ayuntamientos y centros privados sociosanitarios, de atención a enfermos mentales.

Con estas inspecciones, específicamente seleccionadas, se han conseguido auditar centros sociosanitarios distintos tanto por los diferentes servicios que prestan, como por su ámbito estatal, regional y local. Además, hay centros públicos y privados e incluso de gran tamaño, tamaño medio y tamaño más modesto.

Estas inspecciones presenciales culminaron a finales de diciembre de 2018.

Cabe resaltar que el plan comenzó un mes después de la plena aplicación del Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), no así la nueva Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), publicada unos días antes del final de la última inspección realizada.

No obstante, en las conclusiones desarrolladas en el capítulo 7 del presente informe se plasman los resultados de los análisis llevados a cabo, tanto respecto del cumplimiento del RGPD como de la nueva LOPDGDD, y se recomiendan acciones de mejora, siempre con vistas a sensibilizar y asesorar tanto a los organismos públicos como a las empresas y las instituciones titulares de centros sociosanitarios, incidiendo en actuaciones que pueden ser necesarias para una correcta aplicación de ambas normas.

Dado el gran número de recomendaciones obtenidas, se estima que el presente plan ha resultado muy rentable, dado el pequeño equipo que ha participado en él y el tiempo consumido. Precisamente, por el amplio número de recomendaciones, se ha redactado también un decálogo, compendio resumen de las más relevantes, al objeto de facilitar la lectura y aumentar la permeabilidad de los resultados en la atención sociosanitaria.

También, por los mismos motivos y de cara a dar una mayor amigabilidad al plan, se ha desarrollado un grupo de preguntas y respuestas frecuentes con las dudas recogidas y despertadas a lo largo de su ejecución.

Cabe indicar que en el contexto de este Plan y de la pandemia ocasionada por el COVID-19 no se han recibido reclamaciones ni consultas, pero dada la importancia de la pandemia se ha considerado conveniente incluir en este informe un anexo sobre el COVID-19, que incluye los enlaces a los recursos generados por la Agencia con relación al mismo. Aunque en este plan no se han estudiado de forma genérica las residencias de mayores, si se han inspeccionado centros con usuarios vulnerables por el COVID-19, incluidos ancianos.

Por último, se aborda en este informe un apartado de retos futuros que apunta los posibles siguientes pasos a dar y propuestas de actuaciones, tanto por las limitaciones temporales de este plan, como por las tendencias detectadas durante su ejecución.

2. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y la baja natalidad ha causado el crecimiento acelerado del porcentaje de personas mayores en España, llegando a duplicarse el número de ciudadanos con más de 65 años en menos de 30 años¹. Ello ha llevado aparejado el incremento de la cronicidad de las patologías y una disminución en la capacidad funcional de las personas de avanzada edad, generando una demanda creciente de cuidados sociales y sanitarios.

Por otro lado, los cambios sociales han originado situaciones más complicadas para el cuidado familiar de las personas mayores, así como que las expectativas de apoyo recaigan cada vez más sobre los servicios sociales y sanitarios.

Estas nuevas necesidades ocasionadas por los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos están siendo afrontadas por las administraciones mediante el diseño de espacios sociosanitarios en los que se incide especialmente en la atención, de manera integral y pluridisciplinar, de las necesidades de algunos colectivos como los mayores enfermos, así como los discapacitados, ambos normalmente con situación de dependencia, o determinados enfermos crónicos.

La emergente carta de servicios sociosanitarios ofertados y las especiales características de los datos tratados (económico-sociales y de salud), llevó a contemplar, dentro del [Plan estratégico 2015-2019](#) de la Agencia Española de Protección de Datos, un plan de oficio del espacio sociosanitario, dentro de las competencias que legalmente tiene atribuidas, en cumplimiento de su función preventiva, promoviendo la sensibilización de los responsables y encargados del tratamiento acerca de las obligaciones que les incumben en virtud de la normativa de protección de datos.

No hay que olvidar que el tratamiento de este tipo de datos se sitúa al abrigo de la protección que el nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD) otorga a las “categorías especiales de datos”. Por ello, será muy relevante el papel que los responsables y encargados del tratamiento tengan en el cumplimiento de sus deberes.

3. OBJETIVOS

La reciente aplicación del RGPD ha supuesto una profunda transformación de la normativa de protección de datos, afectando significativamente a las políticas de las organizaciones, que deben incrementar su proactividad y fundamentarse más en los riesgos. En este plan se trata de evaluar la exposición al riesgo de las actividades de tratamiento en los servicios sociosanitarios, con relación a los derechos y libertades de las personas, así como las garantías que deben implementarse respecto a la

¹ Fuente : CSIC. http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion

protección de los datos de carácter personal, recogiendo evidencias y sopesando su impacto para determinar el cumplimiento y mantenimiento de estas garantías.

El primer objetivo ha sido detectar los tratamientos y flujos de datos personales llevados a cabo en el marco de los servicios sociosanitarios, así como sus posibles riesgos y las garantías establecidas para mitigarlos, analizando el nivel de adecuación a la nueva normativa de protección de datos. La identificación de las deficiencias y posibles acciones de mejora tiene el objetivo final de emitir recomendaciones a los actores intervinientes que contribuyan a elevar el nivel de cumplimiento y mejorar así la confianza de los ciudadanos.

Por último, es también pretensión de las conclusiones y recomendaciones que se presentan permitir a los actores un más fácil entendimiento y aplicación de la nueva normativa, intentando resolver las dudas y errores sobre los incumplimientos que han sido detectados, siempre con las limitaciones temporales bajo las que necesariamente se ha realizado este plan.

4. CONCEPTO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

El art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define la atención sociosanitaria del siguiente modo:

“Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1. *La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*

2. *En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:*

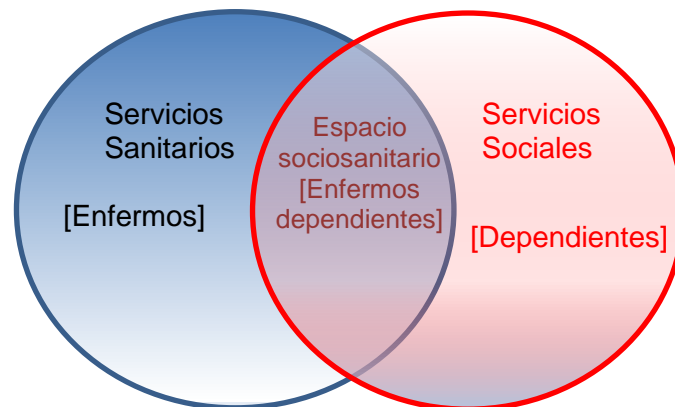
- a) Los **cuidados sanitarios de larga duración**.
- b) La atención sanitaria a la **convalecencia**.
- c) La **rehabilitación** en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. *La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.”*

Aunque este concepto ha evolucionado con el tiempo, se puede afirmar que la atención sociosanitaria es aquella que viene a **coordinar la asistencia sanitaria y social** centrándose en colectivos especialmente vulnerables como, entre otros, la tercera edad, enfermos crónicos, personas con alguna discapacidad física, psíquica o sensorial, y en riesgo de exclusión social.

Los cuidados sociosanitarios implican una atención integral e interdisciplinar que debe ser dirigida a los colectivos de personas en los que se identifique una **necesidad simultánea de cuidados sanitarios y sociales**. Por ello, la atención sociosanitaria se presta sobre colectivos que combinan la presencia de enfermedad con diversas situaciones de dependencia y carencias sociales, siendo de especial importancia en

el diseño de la atención sociosanitaria la previa identificación de los perfiles de las personas destinatarias de los servicios.



En el espacio sociosanitario se encuentran típicamente servicios como:

- atención sanitaria a la **convalecencia** después de un tratamiento agudo de una enfermedad, y **cuidados paliativos**,
- **rehabilitación** (fisioterapia y terapia ocupacional) de pacientes con déficit funcional,
- cuidados a personas **mayores** con alguna enfermedad, dependencia o riesgo social,
- atención de **enfermedades mentales** o neurológicas avanzadas,
- cuidados sanitarios de larga duración, tanto en el nivel primario como en el especializado, con supervisión médica y de enfermería continuada.

Estos servicios se prestan fundamentalmente en:

- hospitales de media estancia especializados en rehabilitación y/o en pacientes geriátricos,
- centros o complejos asistenciales para pacientes con afecciones psíquicas,
- residencias geriátricas, especialmente en aquellas especializadas en psicogeriatría o enfermedades tales como el Alzheimer.

Los centros sociosanitarios, en los casos necesarios, utilizan los servicios sanitarios del Sistema de Salud, en concreto en caso de urgencias médicas y procesos agudos que necesiten medios de un centro hospitalario, estando articulados, desde el servicio sociosanitario, los mecanismos necesarios para las interconsultas y las derivaciones hospitalarias.

Hay que indicar que también son importantes, dentro del espacio sociosanitario, los programas de promoción de la salud, mejora de la calidad de vida, o prevención de la enfermedad o del deterioro funcional.

Lo que es indudable es que el concepto de atención sociosanitaria conlleva un nuevo paradigma en la prestación de los servicios, que busca atender de forma integral y transversal las crecientes expectativas de los pacientes en cuanto a calidad y efectividad, centrándose más en las personas y sus necesidades.

La mayor efectividad de los servicios pasa también por la desinstitucionalización de los usuarios, manteniéndolos en su entorno cuando sea posible, potenciando la asistencia domiciliaria así como la atención médica y farmacéutica en los entornos

residenciales. Se buscan también, de esta forma, soluciones sostenibles en términos económicos y de gestión.

Por último, hay que indicar que en ocasiones se utiliza el término sociosanitario como calificativo para referirse tanto a los centros sociales como a los sanitarios en general, así como a los profesionales que prestan servicios en unos u otros. En concreto, se puede denominar informalmente centro sociosanitario a cualquier residencia de ancianos. Sin embargo, en este plan de inspección el término sociosanitario se referirá siempre a la prestación simultánea, intensiva, continuada y sinérgica de ambos servicios, sociales y sanitarios.

5. SITUACIÓN DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO EN ESPAÑA - ESCENARIO

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados.

Se articula en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que en su artículo 1.2 establece que *“el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.”*

Así, los centros de servicios sociales de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales forman parte del SAAD, por ejemplo las residencias de personas mayores o centros de día, y los Centros de Referencia Estatal dependientes del IMSERSO. Los centros privados, debidamente acreditados según el art. 16.1 de la mencionada Ley, también se encuentran integrados en el SAAD.

Las competencias sociales y sanitarias son de las Comunidades Autónomas, siendo éstas por tanto los principales actores. No obstante, la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, que regula las competencias de los municipios, reconoce la competencia de los Ayuntamientos de prestar servicios sociales, de promoción y reinserción social, estableciendo que los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes tienen la obligación de prestar servicios sociales, sin especificar cuáles, ni los beneficiarios o destinatarios de estos.

Para canalizar la coordinación en materia de servicios sociales entre las Comunidades Autónomas y los Municipios, se instrumentan mecanismos tales como Consejos Interadministrativos, suscribiéndose convenios de colaboración entre CCAA y Ayuntamientos para articular la atención prestada.

EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS. En España los servicios sociosanitarios ofrecidos varían sustancialmente de una Comunidad Autónoma a otra, debido fundamentalmente a las transferencias de las competencias de atención sanitaria

(culminada en 2002) y social (efectuado en 1996), que ha derivado en la creación de modelos de atención diferentes.

En la actualidad se puede afirmar que existen contrastes notables en el número de servicios sociosanitarios prestados por Comunidades Autónomas. También existen diferencias incluso en su definición, por las diferentes variaciones del término sociosanitario adoptadas en cada caso.

Varias Comunidades Autónomas han definido planes de atención sociosanitaria, mediante los cuales derivan hacia la atención integral sociosanitaria algunas de las políticas sanitarias y sociales, si bien estos planes se suelen dirigir a colectivos muy concretos, con determinadas condiciones, y estableciendo normalmente un número determinado y limitado de plazas.

En algunos casos, se han firmado protocolos de actuaciones conjuntas entre las administraciones sanitarias y sociales, con algunas pruebas piloto en curso, o protocolos en materia de coordinación sociosanitaria entre las Consejerías correspondientes de los servicios sanitarios y sociales.

En ocasiones se suscriben convenios de atención sociosanitaria específicos para determinados servicios, entre los responsables de los servicios sociales y de los servicios sanitarios de la comunidad autónoma, correspondiendo a la Consejería de Sanidad el seguimiento, evaluación y control de la actividad sanitaria realizada en los servicios sociosanitarios y a la Consejería de Asuntos Sociales el seguimiento, evaluación y control de la correspondiente actividad social.

Otras Comunidades Autónomas han manifestado que siguen asumiendo de manera independiente las materias relativas a los servicios sociales de las competencias sanitarias, no disponiendo de un espacio sociosanitario como tal para la prestación de los servicios al ciudadano.

En concreto, algunas Consejerías de Asuntos Sociales han informado a esta Agencia que el concepto "socio-sanitario" no existe en el ámbito de los servicios sociales de su Comunidad: los Centros y Servicios de acción social, deben atender a la "Atención social y sanitaria adecuada" pero en caso de que un usuario precise, además de la atención social, una atención sanitaria, la entidad titular del Centro deberá garantizársela por medios propios, si cuenta con profesionales sanitarios en su plantilla, o con medios ajenos mediante su remisión al centro de salud que le corresponda o al hospital de zona, sin que la Administración Social sea la competente para evaluar ni inspeccionar tales servicios sanitarios.

Es decir, algunas Consejerías informan que existen dispositivos sociales, con mayor o menor atención sanitaria, y sanitarios, con mayor o menor atención a la dependencia. Así los centros de atención a la discapacidad o la dependencia con independencia del origen (edad, trastorno mental, autismo, enfermedad degenerativa, ...) y cuyo objetivo principal es la cobertura de su necesidad de ayuda o integración social o laboral, son centros sociales. Si el objetivo es la rehabilitación o atención sanitaria continuada, son centros sanitarios.

No obstante, por lo general informan también de la existencia de iniciativas de carácter experimental y piloto, como proyectos de licitaciones de un determinado número de plazas residenciales de servicio público dirigidas a personas mayores dependientes con perfil sociosanitario.

También, los antiguos centros psiquiátricos, en los que conviven servicios sanitarios y de tipo social, dirigidos estos últimos a la atención de personas con largos años de hospitalización, son considerados normalmente centros sociosanitarios.

En definitiva, los modelos de atención sociosanitaria existentes suelen basarse en la ampliación de la cobertura de las prestaciones de los actuales sistemas social y sanitario, con el objetivo de cubrir todas las necesidades de las personas de estos colectivos concretos que requieren intervención sinérgica de atenciones sociales y sanitarias, pero sin la creación de un sistema sociosanitario como tal, sino instrumentando mecanismos de coordinación y relación entre el sistema social y sanitario.

En conclusión, en el espacio sociosanitario de una Comunidad Autónoma, se encuentran los siguientes tipos de servicios que se podrían considerar sociosanitarios:

- centros sociosanitarios de origen social, con atención sanitaria en función de las necesidades de las personas dependientes,
- centros sociosanitarios de origen sanitario, con atención a la dependencia de los pacientes,
- centros psiquiátricos,
- plazas sociosanitarias insertas en centros sociales o sanitarios puros, como una determinada modalidad de “camas”. Normalmente se trata de un número limitado de plazas con atención sociosanitaria integral que son ofertadas en concurso público con unos determinados objetivos y en ocasiones como proyecto piloto.

Estos centros deben cumplir los criterios de autorización de funcionamiento de centro sanitario y de centro social, expedida la primera por la Consejería de Sanidad correspondiente y la segunda por la Consejería de Asuntos Sociales.

ADMINISTRACIONES LOCALES. A nivel local, algunas corporaciones locales han creado organismos autónomos locales en forma de Institutos para la realización, en su ámbito de actuación, de actividades de promoción, prestación y gestión de recursos y servicios sociosanitarios, docencia, investigación y promoción de la atención sociosanitaria.

También existen centros sociosanitarios titularidad de corporaciones locales. Se han encontrado residencias de ancianos que, como centros sociales, dispensan también atención sanitaria especializada en una determinada dolencia como puede ser Alzheimer, en función de las necesidades de las personas, que se benefician de la acción sinérgica de ambos tipos de atención.

La gestión de los servicios sociosanitarios por las entidades locales se viene realizando mediante la suscripción de convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas.

A NIVEL ESTATAL. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó en diciembre de 2011 el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España², que concluía que existían, en dicha fecha, numerosos planes y programas, aunque muy pocas veces se traducían en cambios estructurales organizativos o en la creación de estructuras mixtas compartidas en el espacio intermedio entre ambos sectores.

El IMSERSO, entidad gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tiene atribuidas competencias de gestión de planes,

² http://www.msrebs.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

programas y servicios de ámbito estatal para personas mayores y personas con dependencia, además de las prestaciones y programas sociales sobre Ceuta y Melilla.

Son titularidad del IMSERSO los Centros de Referencia Estatal siguientes:

- Centros de Recuperación para Personas con Discapacidad Física (CRMF).
- Centros de Atención para Personas con Discapacidad Física (CAMF).
- Centros de Referencia Estatal (CRE's), integrados en la red de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con los objetivos, entre otros, de garantizar el equilibrio interterritorial e impulsar las políticas de equiparación.
- Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT).
- Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC).
- Centro de Referencia Estatal para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y Dependencia.
- Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otra Demencias.
- Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con Enfermedades Raras (CREER).

El IMSERSO cuenta en total con 16 Centros de estas características en territorio español, siendo seis los CRMF, cinco los CAMF, dos los CRE y un CEAPAT, CEADAC y CREER.

Algunos de estos centros prestan servicios sociosanitarios a usuarios, en el marco de las competencias que a nivel estatal quedan reservadas al IMSERSO tras la transferencia de las competencias en materia social a las Comunidades autónomas: si bien las competencias de atención directa a los usuarios corresponden a las Comunidades Autónomas, algunos Centros de Referencia del IMSERSO prestan también atención sociosanitaria directa a usuarios para el cumplimiento correcto de la misión de referencia que tienen encomendada, con el objeto de poder asistir técnicamente, asesorar, informar, formar, investigar y evaluar con relación a su especialidad, en base a las experiencias adquiridas durante la atención a usuarios.

CENTROS PRIVADOS. Tampoco hay que olvidar la iniciativa privada. Existen centros sociosanitarios privados, titularidad de Asociaciones, Fundaciones y Congregaciones Religiosas, que ofrecen servicios especializados según las necesidades individuales de los usuarios, desde cuidados psico geriátricos o atención a enfermedades neurológicas en general, hasta rehabilitación, convalecencia y cuidados paliativos.

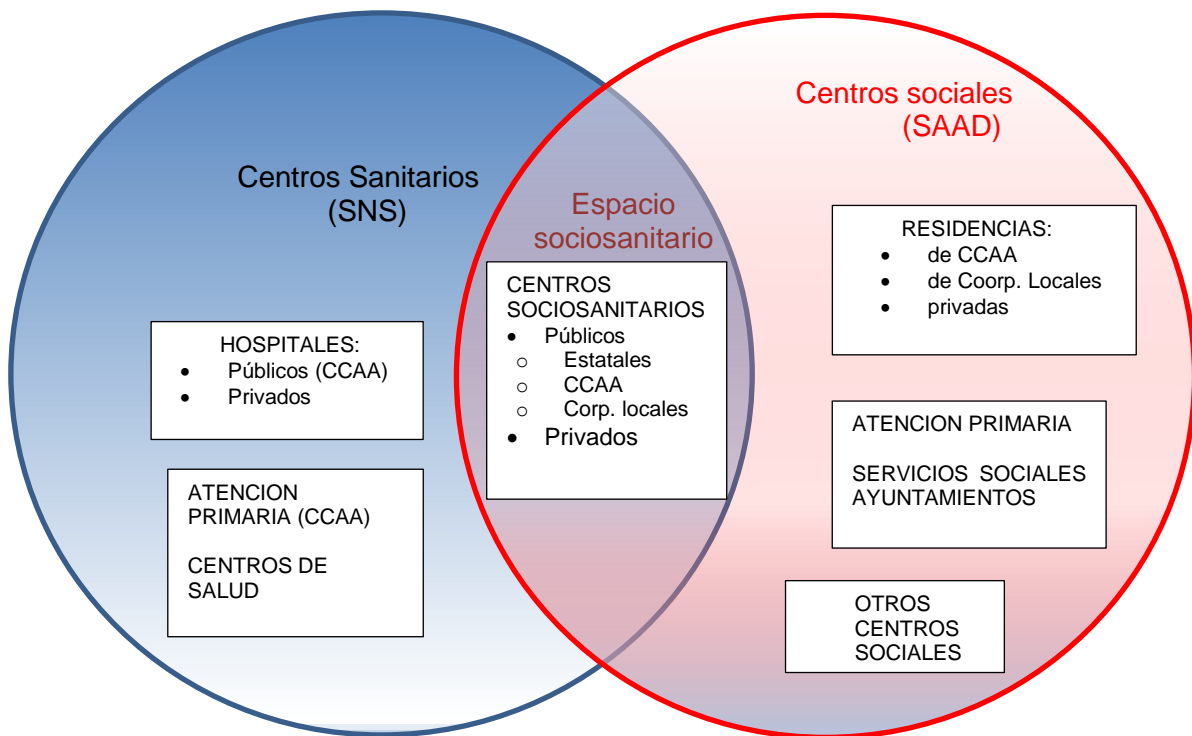
La gestión de los servicios sociosanitarios por las entidades privadas puede ser puramente privada, pero lo habitual es encontrar la suscripción de contratos de gestión de servicio público, bajo la modalidad de concierto y concesión, regulados en la normativa de contratación del sector público. En esta gestión indirecta la Administración Pública será la responsable de garantizar el derecho a las prestaciones, y del ejercicio de la potestad inspectora al objeto de garantizar el adecuado cumplimiento.

En la gestión indirecta la Administración Pública será generalmente la responsable de los tratamientos, rigiéndose la relación por un contrato u otro acto jurídico con arreglo al Derecho de la Unión o de los Estados miembros que vincule al encargado con el responsable, que fije el objeto y la duración del tratamiento, la naturaleza y

finés del tratamiento, el tipo de datos personales y las categorías de interesados, entre otros aspectos.

CONCLUSIÓN

En definitiva, se observa que en España existen experiencias sociosanitarias dispares, emergentes, en ocasiones muy locales y particulares, y en general con poca visibilidad, si bien constituyen una tendencia.



Para poder hablar de la existencia en España de un sector sociosanitario como tal sería necesario desarrollar una normativa reguladora, estructuras de gobierno, documentos técnicos de consenso, programas asistenciales y recursos. Así se desprende incluso del mencionado libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Por ello es preferible hablar, más que de un sector sociosanitario, del denominado espacio sociosanitario, donde se coordinan los servicios sociales y los sanitarios para prestar una atención integral - no fragmentada - al usuario que presente simultáneamente enfermedades crónicas y dependencia, con servicios transversales y multidisciplinares que atienden al individuo de forma más eficaz y de acuerdo con sus necesidades específicas.

Hay que indicar que existe un Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS <http://omis.newhealthfoundation.org/>) que ha nacido para dar visibilidad y difusión a todas las iniciativas que se van promoviendo en nuestro país sobre salud, atención social y apoyos familiares y comunitarios para mejorar la calidad en los procesos de enfermedad crónica avanzada, alta dependencia y las últimas etapas de la vida. Es parte de la Fundación NewHealth y se trata de un observatorio técnico sin ánimo de lucro que busca, entre otros, identificar las experiencias de coordinación de los sectores social y sanitario, así como fomentar las sinergias entre ambos sectores.

El OMIS emite informes de las experiencias analizadas, señalando sus puntos clave y buscando identificar los elementos de innovación y transformación para la atención integrada sociosanitaria.

El informe global del OMIS del 2016³ recoge y analiza las experiencias de atención integrada en España, registradas en el Observatorio. Se concluye que *“avanzan con fuerza en España”*, indicando que *“necesita un giro muy importante, pasando de la atención centrada en el paciente a la atención centrada en la persona; dando especial relevancia a su entorno diario y a su vida familiar en comunidad; capacitando a familias y cuidadores para que puedan hacerlo con seguridad y satisfacción a través de los programas de comunidades compasivas; reorientando los servicios sanitarios y sociales para que trabajen juntos al servicio de cuidadores y pacientes como una única oferta de cuidados integrados, mucho más conscientes de lo que la persona en sí solicita y con un mejor uso de los recursos disponibles.”*

6. METODOLOGÍA Y ACTUACIONES REALIZADAS EN EL PRESENTE PLAN

La metodología de trabajo se ha articulado alrededor de las potestades de inspección de la Agencia que, en concreto, permiten mecanismos de investigación tales como requerimientos de información e inspecciones presenciales.

DESARROLLO DEL PLAN:

1. **Planificación de la auditoría:** en esta fase se han determinado los objetivos, el contenido, el alcance, las fases y el calendario previsto; durante esta fase también se han identificado a los actores involucrados y el estudio previo. Este estudio previo comenzó en junio de 2018.

La fase de estudio previo ha consistido en la búsqueda y el análisis de documentación existente en Internet, con el objetivo básico de estudiar el concepto de la atención sociosanitaria, así como el estado de los servicios sociosanitarios en España. Para ello se ha realizado una investigación documental seleccionando y analizando informes, datos relacionados, así como otra información técnica sobre los servicios sociosanitarios, iniciativas emprendidas, normativa relacionada, estudios realizados por otras organizaciones, datos de centros sociosanitarios, etc.

También, en esta fase de análisis previo, se mantuvo una reunión con el IMSERSO y se desarrolló una actividad formativa en colaboración con una asociación privada, durante la cual se recogieron las inquietudes respecto a la problemática específica de los tratamientos de datos de carácter personal efectuados en residencias de ancianos y centros sociosanitarios.

2. **Solicitudes de información y documentación:** en segundo lugar, se remitieron requerimientos de información a las Consejerías de Asuntos Sociales de todas las Comunidades Autónomas (excluyendo Cataluña y País Vasco por razón de competencias) y al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con el objetivo de recopilar información que permita conocer el abanico de tratamientos de datos efectuados en relación con los servicios sociosanitarios, así como las

³ informe OMIS 2016 : http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2017/06/LOGO-NUEVO-CASER-OMIS_2016_WEB_FINAL1.pdf

garantías de protección de datos implementadas. Se ha recogido de esta forma información tal como los servicios sociosanitarios prestados, las terceras entidades intervinientes, modelos de contratos para la gestión de los centros, convenios de colaboración con ayuntamientos, información sobre el Sistema de Información utilizado o el estado de la integración de la Historia social y sociosanitaria.

3. **Inspecciones:** desde septiembre a diciembre de 2018, se realizaron inspecciones presenciales en Centros sociosanitarios seleccionados, en los cuales se prestan servicios con atención directa a usuarios. La selección de los centros auditados se realizó atendiendo a criterios de dimensión territorial (de ámbito estatal, regional y local), dimensión asistencial por los diferentes servicios prestados y dimensión público/privada:
 - Centros de Atención sociosanitaria de referencia, de carácter público estatal, para la atención a enfermos con una determinada dolencia.
 - Hospitales de media estancia y convalecencia público de una Comunidad Autónoma, dependiente de su Consejería de Sanidad.
 - Residencias de mayores especializada en Alzheimer, de un Ayuntamiento, gestionado por una empresa privada con contrato de gestión indirecta.
 - Centros privados sociosanitarios de atención a enfermos mentales, con plazas concertadas, privadas y de aseguradoras privadas.

En las inspecciones efectuadas, se han auditado los procedimientos establecidos en los centros mediante el mantenimiento de entrevistas con los responsables y encargados de los tratamientos, en su caso, la realización de comprobaciones y la recolección de evidencias y documentación asociada.

4. **Fase final:** una vez recopilada toda la información, documentación y evidencias, equivalente a más de 3.000 folios, se ha procedido a su análisis, resultando la emisión del presente informe, que incluye como resultados conclusiones, recomendaciones, decálogo y preguntas frecuentes.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se recogen a continuación las conclusiones agrupadas por apartados significativos, detallando estas conclusiones tanto las deficiencias detectadas como aspectos que son susceptibles de mejora. En cada apartado se recogen las recomendaciones propuestas para la subsanación o mejora.

7.1. TIPOLOGÍA DE LOS DATOS TRATADOS

- Se ha constatado que en los centros auditados se tratan las siguientes tipologías de datos personales:
 - Datos básicos personales y datos bancarios.
 - Datos sanitarios, incluyendo Historia Clínica, diagnósticos, tratamientos, analíticas, escalas de valoración, pruebas diagnósticas y evolución clínica, prescripción médico-farmacéutica, etc.
 - Historia Social: informes sociales, información sociofamiliar y del entorno, situación económica personal, redes de apoyo (familiar, vecinal, profesionales públicos, instituciones), programas de intervención social.

- Informes psicopedagógicos.
- Datos de evaluación de autonomía, diagnósticos, pruebas utilizadas, inventario de habilidades, escalas de valoración, programas de intervención terapéutica.
- Registro de incidencias (caídas, acontecimientos diarios que sean de especial relevancia, alteraciones conductuales, etc.) ocurridos durante la prestación del servicio.
- Contrato de convivencia firmado por la persona usuaria o su representante legal y por el Centro.
- Plan de Atención Personalizada/Individualizada (PAP/PAI) de la persona usuaria.
- Datos de familiares de contacto o personas responsables del usuario.

RECOMENDACIONES:

- Debe tenerse presente que la mayoría de estas informaciones constituyen datos personales de categorías especiales (diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social), por lo que se deberán seguir garantías específicas, estableciendo las medidas adecuadas para proteger los derechos de los usuarios y, en concreto, que los tratamientos sean realizados por profesionales sujetos al secreto profesional, o bajo su responsabilidad.
- En este ámbito el tratamiento de los datos debe observar el principio de minimización de datos, debiendo ser estos adecuados, pertinentes y limitados al objetivo perseguido, aplicándose las medidas técnicas y organizativas que así lo garanticen.

7.2. HISTORIA SOCIOSANITARIA Y DOCUMENTACIÓN

- A pesar de las iniciativas anunciadas sobre la creación de una historia sociosanitaria que integre, a nivel estatal o de Comunidad Autónoma, las historias social y sanitaria para cada ciudadano, en la actualidad solo se puede afirmar que la historia sociosanitaria se encuentra integrada a nivel de centro sociosanitario. Se han encontrado historias sociosanitarias integradas en todos los centros auditados, siendo cada centro responsable del mantenimiento de los datos de los usuarios a los que presta servicios.

También se ha encontrado, en algunos casos, una integración parcial de la historia sociosanitaria a nivel de Comunidad Autónoma.

- Se ha encontrado que todos los centros, en mayor o menor medida, siguen utilizando expedientes en papel o historias sociosanitarias en papel, además de la historia electrónica en el sistema de información.

Suele ser habitual almacenar en papel informes médicos aportados por el paciente o por familiares, además de otros documentos como solicitudes de ingreso, la tarjeta sanitaria o su copia, el DNI, entre otros.

- En ocasiones, las historias en papel se encuentran troceadas y cada parte dispersa por diferentes departamentos del centro. Se han encontrado centros que dejan libertad a los médicos para que decidan qué documentos mantienen de cada paciente, que guardan en sus propios archivos, mientras que otros fragmentos del expediente se custodian en enfermería, administración, rehabilitación, o incluso temporalmente en la recepción del centro.

También es práctica habitual el mantenimiento de varios expedientes en papel del mismo usuario, uno en la unidad o planta donde se trata al paciente y otro en admisión, con documentación distinta. Asimismo, se han encontrado otros expedientes exclusivos de enfermería, custodiados normalmente en los distintos controles de enfermería del centro y que contienen información como la medicación a administrar o el reflejo de actuaciones de enfermería.

- Por su parte, se ha encontrado que el departamento de admisión o administración de los centros suelen tratar y custodiar informes médicos, por la necesidad de ser remitidos a Juzgados u otros organismos.
- En todos los casos, los trozos de historia sociosanitaria en papel son reunidos cuando el paciente abandona el centro, agrupándose en una única historia para su custodia.
- En algunos casos se constató que el reparto de las historias en papel y los diferentes documentos que las integran se realizaba en sobres abiertos. Hay que indicar que todos los centros almacenan las historias en sobres abiertos por la necesidad de consulta continua de las mismas, si bien se encuentran custodiadas en lugares como los controles de enfermería, de acceso restringido a los profesionales.
- En cuanto a los archivos generales de documentación de los centros inspeccionados, en los que se almacenan las historias de los usuarios que han abandonado el centro, se han encontrado siempre en habitaciones cerradas bajo llave. No todos estos archivos contaban con un registro de acceso a los documentos y solo algunos estaban dotados de sistema de alarma.

RECOMENDACIONES:

- La dispersión de los documentos por diferentes departamentos, con existencia de historias troceadas o duplicadas, lleva aparejados riesgos en la integridad de la documentación, al hacerse más difícil la actualización de la información, así como la combinación de los datos desde diferentes fuentes.

En caso de modificación o anotación de una determinada información en una ubicación puede ocurrir que no se actualice en el resto de las ubicaciones, generándose una inconsistencia de datos. También, al no encontrarse toda la información en un único lugar, se pueden encontrar problemas de disponibilidad a la hora de localizar documentos, creándose situaciones tales como, por ejemplo, no saber tan siquiera si existe un determinado informe médico y, por tanto, no tenerlo en consideración.

Por otro lado, un mayor número de ubicaciones implica mayores riesgos en la seguridad, lo que genera vulnerabilidades en la custodia. Tener múltiples ubicaciones aumenta el riesgo de un acceso no autorizado. También dificulta los controles de seguridad, que deben multiplicarse. Hay que tener en cuenta que, si bien es fácil recoger la huella de un acceso al sistema de información, el registro de esa misma huella en un archivo en papel es más complicado de implementar y controlar.

- Estas islas de información se consideran, por tanto, desaconsejables desde el punto de vista de la protección de los datos personales. La utilización de diferentes ubicaciones debería pasar por el aseguramiento de la integridad y seguridad de la información, de tal forma que a las ubicaciones adicionales se les garantice un nivel de seguridad equivalente al correspondiente a la ubicación principal.

Con respecto a esta cuestión hay que indicar que una historia clínica fragmentada podría no considerarse única por institución tal cual se propugna 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 adelante LAP), que indica que *“La historia clínica se llevará con critérios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo”* es decir se trata de una por centro, no por departamento.

Una posible solución, dependiendo de los recursos disponibles, pasa por la digitalización total de la historia sociosanitaria del centro, de tal forma que se eviten los almacenamientos temporales en papel, accediendo a las historias digitalizadas según las necesidades de los diferentes profesionales. Si bien la historia sociosanitaria electrónica se ha encontrado en funcionamiento en todos los centros inspeccionados, también ha sido detectada una inercia con la utilización de papel que puede estar justificada en casos concretos y específicos, pero nunca de forma generalizada, ya que deriva en los problemas expuestos.

- En tanto no se mantenga toda la historia sociosanitaria digitalizada, se deberá instaurar un procedimiento de gestión de la documentación en papel que incluya el registro de los accesos, de tal forma que pueda saberse qué documentos son accedidos o prestados y por quién.

Además, el procedimiento contemplará la adopción de sistemas de almacenamiento seguro, con cerraduras, y controles efectivos de acceso a las salas con documentación sociosanitaria. Si fuera imposible cerrar esas salas o los contenedores, debería implementarse presencia continuada de personal o sistemas de videovigilancia o alarma, que constituyan medidas alternativas y de refuerzo.

- También se deberán crear procedimientos seguros para el traslado de documentación sociosanitaria de tal forma que se impida el acceso de personas no autorizadas a los documentos en tránsito.
- Los documentos que se encuentren en poder de los profesionales, mientras que no estén almacenados definitivamente por estar tratando al usuario, deben ser

custodiados por dichos profesionales, para lo cual el centro debe informar a los trabajadores de esta obligación incluyendo la necesidad de evitar accesos indebidos por terceras personas, siendo recomendable que tal deber figure específicamente en los compromisos de confidencialidad suscritos por los empleados.

Así mismo, se deben establecer mecanismos de comprobación de la integridad de la historia sociosanitaria en papel.

- Es recomendable la instauración de una política de mesas limpias, para evitar que personas no autorizadas puedan tener acceso a documentos con datos personales. Si esta política fuera imposible, se deberían adoptar otro tipo de medidas que impidan el acceso a la información personal por parte de terceros.
- Debe existir un procedimiento de destrucción segura de documentación, mediante contenedores cerrados o destructoras de papel.

7.3. COMPARTICIÓN DE DATOS ENTRE DISTINTOS PROFESIONALES. PERFILES DE ACCESO A LOS DATOS

- En los centros sociosanitarios prestan servicios diferentes perfiles de profesionales asistenciales: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psicopedagogos, personal asistencial no diplomado (auxiliares), así como otro personal gestor o de apoyo e, incluso, orientadores espirituales (en los centros religiosos). Todos ellos se coordinan intentando atender al paciente de forma integral y personalizada.

Para lograr esta coordinación sociosanitaria es necesario que los diferentes profesionales compartan determinados datos de los pacientes para valorar su estado y perfilarles planes personalizados de tratamiento. Cada tipo de profesional que atiende al paciente realiza sus valoraciones generando o tratando datos relativos a incapacidades o problemas de salud (valoraciones clínicas), problemas funcionales (valoraciones funcionales), psicoafectivos (valoraciones mentales) y sociofamiliares (valoraciones sociales).

Estos datos, particularmente sensibles, como se ha indicado son considerados datos personales de categorías especiales.

- En las inspecciones realizadas se ha encontrado que normalmente cada tipo de profesional cumplimenta un formulario o informe específico de forma autónoma al resto de profesionales, generalmente en el Sistema de Información, que los reúne. No obstante, se ha encontrado que en algunos centros cada profesional puede decidir qué datos son volcados para ser compartidos con el resto de los profesionales. Sin embargo, en otros centros todos los datos son compartidos por todos los profesionales, o el propio Sistema de Información decide qué datos se comparte, siendo normalmente los accesos configurados muy amplios.

- Por otra parte, en todos los centros sociosanitarios auditados se celebran reuniones interdisciplinarias mediante las que se coordina la atención y se realizan los seguimientos de los pacientes. En estas reuniones participan conjuntamente los distintos profesionales que los atienden y en ellas se habla abiertamente de cada caso, compartiendo todos los datos sanitarios y sociales necesarios ya que, por la complejidad de los casos que se abordan (los servicios sociosanitarios son dirigidos a pacientes con necesidades importantes), es necesario hacerlo desde una perspectiva integral.

Como ejemplo ilustrativo de la necesidad de compartir los datos, si un paciente con Alzheimer o una enfermedad mental se comporta de forma extraña, por ejemplo, vocífera sin motivo aparente o causa conocida, el origen de su malestar puede ser tanto físico, como psíquico o social, por lo que para prestarle la debida atención se hace necesario tener en cuenta toda la información posible.

En las reuniones interdisciplinarias se fijan objetivos personalizados para los pacientes y se asignan tareas concretas a desarrollar por los distintos profesionales del centro, realizándose también seguimientos de estas actividades.

- Los planes de atención individualizada que contienen los objetivos personalizados son además comunicados y consensuados con los propios pacientes y/o familiares autorizados, ya que deben participar en algunas actividades. Para ello se conciertan entrevistas con la familia del paciente.
- Si bien es habitual encontrar perfiles de acceso al Sistema de Información diferenciados para cada grupo profesional, la compartición de datos es general y muy amplia, evidenciándose una aplicación insuficiente de medidas técnicas y organizativas que integren las garantías de protección de datos desde el diseño y por defecto, tendiéndose a otorgar a todos los profesionales privilegios de acceso a los datos muy amplios para evitar problemas puntuales de acceso a la información de los pacientes que se necesita para prestarles la debida atención sociosanitaria.

Así, se han encontrado centros que permiten el acceso total, en modo lectura, a los todos los datos de todos los pacientes, si bien como norma general cada usuario del sistema puede modificar únicamente los datos que él mismo ha introducido o los correspondientes a su categoría profesional. Habitualmente, salvo en pocas ocasiones, no se limitan los accesos por plantas o grupos de atención, teniendo acceso todos los trabajadores a los datos de todos los usuarios del centro.

Es más, durante las inspecciones practicadas se evidenció, en varios centros, el desconocimiento exacto por parte de los representantes de los centros con relación al alcance de los perfiles de acceso de los distintos profesionales, descubriendo durante la inspección los amplios perfiles de que gozaban los distintos profesionales.

En ocasiones, la causa alegada para ello fue la complejidad de la aplicación. En otros casos, simplemente se desconocía que casi todos los profesionales accedían a toda la información de los usuarios de forma completa.

También, en los centros en los que se encuentran perfiles de acceso diferenciados para los distintos profesionales, las diferencias tienden a limitarse a unas pocas categorías de datos, compartiéndose de forma general toda o prácticamente toda la información de los pacientes. También en algunas ocasiones se encontraron perfiles más elaborados, donde existen limitaciones de acceso del tipo:

- Los médicos disponen de acceso prácticamente total.
 - Los terapeutas no acceden a los informes médicos aportados por los usuarios del centro. Sí acceden a los elaborados por los coordinadores, a las pautas de tratamientos consignadas y a los seguimientos que mantienen ellos mismos sobre sus actuaciones.
 - Los enfermeros disponen de más accesos a nivel de seguimiento y a datos sobre el tratamiento farmacológico. Pueden elevar avisos al médico, que tiene que dar un “OK” de recibido.
 - Los auxiliares de enfermería, con acceso mucho más limitado que el perfil de enfermero. A los auxiliares se les genera una información relacionada con los cuidados que deben procurarse al usuario.
 - Los trabajadores sociales acceden a datos básicos, pero no a los datos de salud, estableciéndose la coordinación entre personal sanitario y los trabajadores sociales mediante avisos que contienen la información estrictamente necesaria transmitidos por el Sistema Informático. En sentido contrario, las anotaciones de los trabajadores sociales las ven los médicos, los psicólogos y los coordinadores, pero no los terapeutas al no necesitarlas para su trabajo.
 - Personal del comedor: acceso de consulta (sin posibilidad de modificación de datos) exclusivamente a determinada información de los usuarios necesaria para administrarles la dieta correcta y de la forma correcta. Dicha información incluye datos relativos a alergias, disfagia, diabetes, etc.
 - Personal del departamento de Calidad: solo ve las fichas principales de los usuarios, sin datos médicos.
 - Además del perfil del trabajador social, algunos otros perfiles como médico, terapeuta y enfermero pueden generar avisos o información sobre un paciente, tal como instrucciones dirigidas a otros profesionales, a efectos de coordinación en la atención que se debe prestar.
- Se ha detectado la utilización de usuarios genéricos en ocasiones, como por ejemplo un usuario genérico compartido por varias personas que atienden en el comedor, al objeto de poder consultar los datos relacionados con las necesidades específicas de un paciente en el comedor (incluidas alergias, disfagias, etc.), o un usuario genérico compartido por varios empleados, en puestos de visualización de imágenes de videovigilancia.

RECOMENDACIONES:

- De todo lo expuesto, se evidencia la imposibilidad de prestar los servicios sociosanitarios sin compartir determinada información, que comprende categorías especiales de datos personales. Por ello, deben establecerse garantías suficientes

sobre los tratamientos de estos datos personales que permitan un tratamiento adecuado, entre ellas:

- Debe realizarse un esfuerzo para la creación de perfiles de acceso más restrictivos y diferenciados para cada tipo de profesional, atendiendo a sus necesidades de información para el desarrollo correcto de su labor.

Deberá documentarse una relación clara de usuarios y sus perfiles con los privilegios de acceso para los datos sociosanitarios, con revisión de los mecanismos de concesión de permisos.

- Los perfiles deben elaborarse considerando la privacidad desde el diseño y por defecto, estructurando la información de tal forma que permita definir distintos accesos y otorgando inicialmente los privilegios de acceso mínimos necesarios para prestar la atención sociosanitaria, depurando posteriormente y puntualmente otras necesidades en base a las nuevas necesidades que se presenten.
- Se deben estudiar minuciosamente las categorías de datos y los datos específicos que deben compartirse entre unos grupos profesionales y otros, permitiendo acceder solamente a la información necesaria, evitando compartir datos innecesarios para cada tipo de profesional que interviene en la atención al paciente, e impidiendo en todo caso la compartición indiscriminada de todos los datos.

Sería recomendable que los centros, contando con los diferentes profesionales, decidieran qué información es relevante para compartir, todo ello atendiendo al perfil del destinatario y sus necesidades de información.

También, se recomienda la generación de avisos específicos o alertas, la cual evita dar acceso total a la información, pudiendo ser esta una solución ágil al establecer un flujo de datos dinámico, y que permite que la atención del destinatario se centre en los datos necesarios y más importantes.

En cualquier caso, se deberían fijar las pautas generales de compartición de datos de obligado cumplimiento para todo el personal, que preferiblemente deberían instrumentarse mediante restricciones o reglas implementadas en el Sistema de Información.

- Estas garantías se deberían reforzar incluyendo en el compromiso de confidencialidad suscrito por los empleados, la prohibición expresa de acceder a los datos personales de los usuarios que no sean necesarios para el desempeño de sus cometidos profesionales.
- La utilización de usuarios genéricos compartidos por varias personas para el acceso a los datos personales no debería permitirse, ya que impide la trazabilidad de los accesos, diluyéndose las responsabilidades. Esta práctica aumenta los riesgos relacionados con accesos no autorizados y con incumplimientos del deber de confidencialidad.

7.4. CONFIDENCIALIDAD Y OBLIGACIONES DEL PERSONAL

- En todos los centros auditados los empleados suscriben un compromiso de confidencialidad, cuya firma se extiende también a otros colectivos, como alumnos en prácticas, becarios y voluntarios.

- En algún caso, el compromiso de confidencialidad especifica la obligación de cumplir con las medidas de seguridad, que se incluyen en una circular informativa que también se firma. También figura el compromiso de acceder a los datos personales de los usuarios solo en caso necesario para la prestación del servicio (sin definir el alcance del acceso), y el carácter indefinido del compromiso.

Ninguno de los otros compromisos cita el carácter de indefinido, o de no cesación del compromiso, al finalizar la relación contractual. En ocasiones se avisa de posibles responsabilidades en caso de incumplimiento.

En algún caso se menciona la obligada observancia de las medidas de seguridad, y de las obligaciones contenidas en la legislación sobre protección de datos, si bien no se firman, sino que dichas obligaciones se encuentran publicadas a disposición del personal en la intranet del centro, dejando en manos del empleado acceder a ellas.

En ocasiones se alega que, como medida adicional, se facilita formación a los empleados, así como información sobre protección de datos de forma verbal.

RECOMENDACIONES:

- Dado que las operaciones de tratamiento en los centros sociosanitarios conllevan un acceso generalizado a datos de categorías especiales, las garantías de confidencialidad deben llevarse a máximos para mitigar los riesgos.
- Como ya ha sido apuntado en el apartado 7.1, según lo estipulado en el art. 9.3 del RGPD, los tratamientos a los que se refiere el art.9.2.h) del RGPD (diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social), deberán ser realizados por profesionales sujetos al secreto profesional, o bajo su responsabilidad.

Si bien la mayoría de los colectivos profesionales que trabajan en los centros sociosanitarios se encuentran sujetos al secreto profesional, éste se debe complementar mediante un compromiso de confidencialidad escrito que debe ser suscrito por todos los empleados, becarios, estudiantes en prácticas, personal de empresas externas y, en general, cualquier persona con acceso a datos personales de los usuarios del centro.

Este compromiso debe informarse a los empleados articulando todas las obligaciones específicas en materia de confidencialidad, siendo recomendable que conste en el documento:

- El compromiso de confidencialidad en sí mismo, que incluya la prohibición expresa de difundir, comunicar o revelar a terceras personas cualquier dato personal de los usuarios del centro.
- El carácter indefinido del compromiso, aun extinguida la relación del trabajador con el centro.
- Como se ha mencionado en el punto 7.3, la prohibición expresa de acceder a datos personales de los usuarios que no sean necesarios para el desempeño

de su labor en el centro, así como de no utilizar dichos datos en interés propio o de otras terceras personas.

- La prohibición de realizar copias de datos en soportes por iniciativa propia o su reproducción en cualquier soporte.
- Información sobre las consecuencias y responsabilidades derivadas del incumplimiento del compromiso suscrito.

Los trabajadores sin acceso a datos personales, ya sean internos o externos, deben también suscribir un documento similar en el que se prohíba expresamente el acceso a los datos personales de los usuarios y en el que conste el compromiso de confidencialidad, en el caso de que se produzca un acceso a datos accidental u ocasional por alguna circunstancia no prevista. Cuando ocurra una incidencia de este tipo se deberán tomar las medidas necesarias para poner en conocimiento del responsable el incidente.

- Se recomienda impartir formación y facilitar información sobre el resto de las obligaciones de protección de datos personales, siendo conveniente la entrega, con acuse de recibo, de un documento informativo resumen, en un lenguaje claro y comprensible, de la normativa de protección de datos a todos los colectivos citados (empleados, estudiantes en prácticas, becarios e incluso trabajadores externos).

Este puede ser un documento paralelo al compromiso de confidencialidad o integrarse en el mismo.

7.5. INFORMACIÓN OFRECIDA AL USUARIO

- La mayoría de los centros auditados carecen de carteles informativos en las zonas de recepción o en otras zonas de acceso de los pacientes.

Se han detectado carteles desactualizados, con referencias a la normativa antigua, y ubicados en zonas interiores como el despacho de admisión (fuera del alcance de la vista de los usuarios en condiciones normales).

Se han encontrado carteles informativos visibles y actualizados con el RGPD, que constituían una primera capa de información junto con las cláusulas informativas de los formularios que se utilizaban para la recogida de datos. Sin embargo, no en todos los formularios de este centro figuraba la información de protección de datos. También disponían de folletos a disposición de los interesados bajo solicitud, que constituían la segunda capa informativa más detallada.

En ocasiones se han encontrado informaciones poco claras, muy extensas y complicadas de entender, sin utilización de capas, y sin adaptación a las características de los usuarios.

- Se han encontrado solicitudes de ingreso y otros documentos de recogida de datos, como hojas de quejas, que no incluyen cláusulas informativas, o que se encuentran incompletas o desactualizadas con respecto a la nueva normativa.

Si bien en todos los casos se ofrece información aparte, más actualizada y completa durante el ingreso del usuario, en el caso de las solicitudes de ingreso, al ser el ingreso posterior a la recogida de datos, la información no se facilita en el momento de recabar los datos, sino posteriormente. Es más, cuando la solicitud se deniega o se archiva (si el usuario no acaba ingresando) no se llega nunca a informar correctamente al solicitante y, sin embargo, sus datos han sido tratados.

- Se ha encontrado como práctica habitual, en la mayoría de los centros, la entrega de información detallada en el momento del ingreso, que se ofrece para su lectura y firma por parte del usuario o familiar con objeto de poder acreditar la información facilitada. Esta información suele ser extensa, quedando en el centro el documento firmado.

Además, generalmente los pacientes de este tipo de centros, bien por su avanzada edad o por su dolencia, ingresan directamente a planta, siendo un familiar o el acompañante el que realiza los trámites en el departamento de admisión del centro, y al que es facilitada la información sobre la protección de los datos personales.

Por otro lado, esta información se refiere y es específica para el usuario. No obstante, al familiar o tutor no se le suele informar sobre los tratamientos que se realizan sobre sus propios datos, que también se recaban.

- Se han encontrado leyendas informativas no actualizadas con el RGPD. Incluso se han encontrado distintos documentos con recogida de datos personales de un mismo centro, unos con leyendas actualizadas y otros no.

También, en algunas solicitudes de admisión se informaba sobre tratamientos que no se realizaban, ya que se trataba de documentos comunes para varios centros titularidad de la misma entidad en los que se realizan distintos tratamientos, por lo que algunas informaciones no aplicaban a todos los centros.

También, en este mismo sentido, en el caso de dependencias de organismos públicos, así como de contratos de prestación de servicio, se ha evidenciado descoordinación entre el responsable y el encargado de tratamiento (y entre la entidad titular del centro y el propio centro) a la hora de facilitar la información. Por ejemplo, se detectó inconsistencia entre la información facilitada en las cláusulas informativas del centro y la ofrecida en el Registro de Actividades de Tratamiento del responsable.

- En algunos casos en los que se encuentran cláusulas actualizadas con el RGPD, se evidencia cierta confusión a la hora de informar sobre la base jurídica o licitud de los tratamientos, en los casos en los que se informa de ella, ya que en ocasiones no se menciona, como tampoco se informa, en la mayoría de las ocasiones, de la existencia y datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (DPD).

Por ejemplo, se ha encontrado como información de legitimación *“el cumplimiento de una misión realizada en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento”* según el art. 61.e) RGPD.

También se han encontrado casos en los que se especifica como base jurídica el consentimiento del usuario, cuando existe un contrato que regula la relación entre el usuario y el centro.

- Se ha encontrado, en algún caso, que la dirección electrónica informada a los usuarios para ejercitar los derechos no funciona, estando publicada dicha dirección en varios sitios, incluida la página web. También, en otro centro, se ha encontrado una dirección postal publicada a esos mismos efectos desactualizada, ya que la entidad responsable no se encuentra en dicha dirección desde hace más de cinco años.
- Por último, como detalle, se ha encontrado una información que no enumera qué derechos de protección de datos asisten a los usuarios, pero sí el procedimiento de como ejercitar los que menciona como “derechos”.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda la colocación de carteles informativos sencillos, actualizados y de fácil lectura para los usuarios, en las zonas de acceso al centro, tal como la recepción.

También se deberían incluir leyendas informativas en todos los formularios de recogida de datos, de tal forma que se informe al usuario en el momento que éste facilite los datos, recomendándose que estas cláusulas constituyan, junto con los carteles, una primera capa informativa concisa y de lenguaje claro y sencillo, incluyendo referencias o remisiones a informaciones más detalladas.

Se encuentra disponible en la página web de la AEPD la [Guía para el cumplimiento del deber de informar](#) publicada para facilitar a los responsables el cumplimiento de la obligación de informar a los interesados.

- Se debe informar siempre en el momento de la recogida de los datos y no en el momento del ingreso u otro posterior, para evitar situaciones como, por ejemplo, que queden sin informar solicitantes que finalmente no han ocupado u obtenido plaza.
- La segunda capa de información más detallada debe poder ser consultada por el usuario en el momento, de forma sencilla e inmediata, ya sea a su solicitud o por consulta on-line, no siendo válidas las remisiones a información que se facilite posteriormente.

Esta segunda capa de información deberá poder ser consultada por el usuario inmediatamente a continuación de la información de la primera capa por lo que deberá encontrarse en sitios cercanos y accesibles desde los lugares donde se muestre o facilite la información de primera capa.

- La utilización de un solo documento informativo que sea firmado por el usuario puede dejar acreditada y registrada exactamente la información facilitada, pero debería facilitarse siempre una copia al usuario para su consulta detallada posterior, ya que en el momento del ingreso no es probable que se realice una lectura detallada y comprensiva del texto facilitado.
- Las especiales características de los usuarios de los centros sociosanitarios hace que estos puedan ser menos conscientes de los riesgos, consecuencias, garantías y derechos relativos al tratamiento de sus datos personales.

Debe por tanto realizarse un esfuerzo para que la información facilitada sea accesible a los usuarios que, por sus especiales características pueden tener limitada parcial o temporalmente sus capacidades. También se puede facilitar la información a través de intermediarios como los familiares.

Por ello se recomienda elaborar cláusulas específicas para dichos usuarios, mediante las cuales se facilite la comprensión de la información sobre la protección de sus datos personales.

En casos de incapacitación legal se informará a sus representantes legales con asistencia de los familiares autorizados o representantes voluntarios.

- Se deben unificar las cláusulas de los diferentes documentos ofreciendo una información correcta, actualizada al RGPD y uniforme.

Así mismo, se debe ofrecer solo la información aplicable a los tratamientos de cada centro, en el caso de que la entidad responsable sea titular de varios, realizando un esfuerzo para adaptar las cláusulas a los tratamientos concretos realizados por cada centro.

Igualmente, cuando exista un encargado de tratamiento, el responsable deberá asegurarse, con la colaboración del encargado, de que todas las informaciones de protección de datos facilitadas a los usuarios por ambos sean escrupulosamente correctas y coherentes entre sí.

- Se debe informar correctamente de los medios de ejercitar los derechos y la dirección habilitada para ello, realizando pruebas o controles del funcionamiento correcto de los canales de recepción de los ejercicios de derechos.

- **Base jurídica**

A la hora de analizar la licitud de los tratamientos e informar al usuario de las bases jurídicas, el responsable debe tener en cuenta cuál o cuáles bases jurídicas de las previstas por el artículo 6.1 del RGPD amparan el tratamiento previsto.

Cuando se trata de categorías especiales de datos, entre los que se encuentran los datos relativos a la salud, debe tenerse en cuenta que el artículo 9.1 del RGPD prohíbe su tratamiento, salvo que concurra alguna de las excepciones a dicha prohibición enumeradas en el número 2.

Entre las circunstancias enumeradas en el artículo 9.2 del RGPD, que excluyen la prohibición de tratamiento de los datos de salud con fines sociosanitarios hay que destacar las siguientes (letras, a, c y h):

- a) el interesado dio su consentimiento explícito para el tratamiento de dichos datos personales con uno o más de los fines especificados, excepto cuando el Derecho de la Unión o de los Estados miembros establezca que la prohibición mencionada en el apartado 1 no puede ser levantada por el interesado;
- c) el tratamiento es necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física, en el supuesto de que el interesado no esté capacitado, física o jurídicamente, para dar su consentimiento;
- 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.

La norma que en derecho nacional habilita los tratamientos debe ser una norma con rango de ley.

Las leyes más relevantes en el ámbito estatal que amparan los tratamientos son la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), 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 (LAP) y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia), en concurrencia con las correspondientes leyes autonómicas que regulan las materias sanitaria y social.

La determinación de la base jurídica que legitima cada tratamiento debe efectuarse examinando cuál de las contenidas en los artículos 9 y 6 del RGPD son aplicables en cada caso y siempre teniendo en cuenta que cuando se trate de categorías especiales de datos debe previamente concurrir alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo 9 que levante la prohibición del tratamiento de tales datos.

El artículo 6.1 del RGPD dispone que:

“El tratamiento solo será lícito si se cumple al menos una de las siguientes condiciones:

a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos;

b) el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales;

c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento;

d) el tratamiento es necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física;

e) 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;

f) el tratamiento es necesario para la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por el responsable del tratamiento o por un tercero, siempre que sobre dichos intereses no prevalezcan los intereses o los derechos y libertades fundamentales del interesado que requieran la protección de datos personales, en particular cuando el interesado sea un niño.

Lo dispuesto en la letra f) del párrafo primero no será de aplicación al tratamiento realizado por las autoridades públicas en el ejercicio de sus funciones.”

Debe, además, tenerse en cuenta que, conforme al artículo 8 de la LOPDGDD, solamente puede considerarse un tratamiento de datos basado en una obligación legal cuando ésta viene establecida en el derecho de la UE o en una norma con rango de Ley. Igualmente, sólo podrá considerarse que el tratamiento se encuentra legitimado en una misión de interés público o en el ejercicio de competencias cuando venga establecido en una norma con rango de Ley.

A efectos de determinar cuál es la base jurídica, podemos mencionar los siguientes ejemplos:

- En aquéllos supuestos en que conforme a lo previsto en la LAP los centros sanitarios deban conformar una historia clínica, la base jurídica será el cumplimiento de una **obligación legal**, art. 6.1.c) del RGPD establecida por la mencionada ley.
- Algunas comunidades autónomas regulan en sus leyes sobre servicios sociales la “historia social”, cuya formación por los poderes públicos a quienes se encomienda constituirá en tales casos una **obligación legal**, conforme al artículo 6.1.c) del RGPD.
- En otros supuestos la base jurídica del tratamiento de los usuarios del centro puede encontrarse en el cumplimiento de una **misión de interés público** o el **ejercicio de poderes públicos** (artículo 6.1.e) del RGPD, dependiendo de lo que dispongan las diferentes leyes de servicios sociales de las Comunidades autónomas. De esta manera el tratamiento de los datos necesarios para la debida atención de las personas ingresadas en un centro de mayores, distintos a los tratamientos relativos a historia clínica o social, podría encontrarse en el ejercicio de poderes públicos o de una misión realizada en interés público cuando se trate de centros públicos, o en el cumplimiento de una misión de interés público en centros privados concertados (por ejemplo, la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León prevé la participación de las entidades de iniciativa privada en la dispensación de prestaciones del sistema de responsabilidad pública, tales entidades cuando se financian total o parcialmente con fondos públicos quedan sujetas a la planificación autonómica de los servicios sociales, estos supuestos pueden considerarse como propios del cumplimiento de una misión de interés público). En otros supuestos sin embargo derivará del cumplimiento de un contrato (artículo 6.1.b) celebrado entre el interesado y el centro privado correspondiente.
- Cuando por razones de urgencia se hiciera necesario el internamiento inmediato en un centro sociosanitario, podría considerarse como base jurídica, hasta la normalización de la situación, el art. 6.1.d) del RGPD (“necesidad de proteger **intereses vitales** del interesado o de otra persona física”). Esta base jurídica requiere, teniendo en cuenta que normalmente comportará el tratamiento de datos de salud, que el interesado esté incapacitado física o jurídicamente para dar su consentimiento conforme a lo previsto, en el artículo 9.c del RGPD.

Por último, no se debería recurrir al consentimiento (que además debe ser explícito cuando se trata de datos de salud) del usuario como base jurídica para el tratamiento de datos correspondiente a la prestación de la atención sociosanitaria. Sí se podrá recabar el consentimiento para operaciones de tratamiento accesorias a la principal, que se recogen en el apartado siguiente.

7.6. CONSENTIMIENTOS

- Como se ha comentado, la base jurídica para el tratamiento de datos principal en los servicios sociosanitarios será el cumplimiento de una obligación legal o el ejercicio de poderes públicos y la relación contractual.

No obstante, se han detectado otros tratamientos, tales como:

- la publicación de imágenes de los usuarios,
 - tratamientos publicitarios o promocionales,
 - actividades accesorias u opcionales como salidas o excursiones, o cuya base jurídica puede ser otra (consentimiento, interés legítimo, etc.).
- Así, se ha encontrado que en los diferentes centros auditados se solicitan los siguientes consentimientos por escrito a los usuarios o representantes de los usuarios:
 - Se ha detectado que en algún caso se solicita consentimiento para utilización de imágenes del usuario (grabaciones de audio y video), investigación médica, y excursiones. Siempre con casillas para marcar independientemente para cada consentimiento.
 Por ejemplo, han realizado un video musical promocional con los usuarios y empleados para el cual solicitaron consentimiento.
 - En otros casos solo se pide consentimiento para facilitar información del usuario a familiares o interesados, diferenciando entre información de ubicación y asistencial.
 - También se ha detectado que se solicita consentimiento para utilización de imágenes del usuario, investigación y tratamientos comerciales y promocionales, así como *“la mejora de nuestros servicios”*, sin especificar para esta última finalidad nada más, en concreto en qué consiste y cuál es el alcance del tratamiento.
 - En otros casos se solicita consentimiento únicamente para la utilización de imágenes.
 - En algunos de los centros se recaban también consentimientos informados para la realización de actuaciones médicas que afecten a su salud, según lo estipulado en la LAP.
 - Con relación a estos consentimientos, se han encontrado las siguientes particularidades:
 - Por las características de los pacientes, en general firman los documentos de consentimiento la persona (o Institución, en caso de Agencias Tutelares) que ejerce la tutela del paciente, o el propio paciente si no está incapacitado legalmente.
 - Si bien todos los documentos de consentimientos recaban datos personales (tanto del usuario como del familiar o tutelador que firma en nombre del paciente) no todos incluyen leyendas informativas de protección de datos con la información estipulada por el art. 13 del RGPD.

Cabe resaltar que, cuando los documentos de consentimiento los firma un representante (familiar o tutelador) del usuario, no se informa ni se solicita el consentimiento para el tratamiento de los datos del representante, ni tan siquiera se alude a ese tratamiento, como si los datos del representante no fueran tratados, cuando en la mayoría de las ocasiones también se recaban expresamente, no solo su nombre y DNI a efectos de firma, sino otro tipo de datos como sus datos de contacto.

- En algunos casos en los que los usuarios no suelen encontrarse incapacitados legalmente, se ha detectado que los documentos de consentimiento los firman los dos (usuario y representante en su caso), independientemente de que el usuario esté incapacitado o no. Según alegaciones de los representantes del centro, se realiza de este modo como medida de precaución.

Hay que indicar que, en general, cuando no es posible la firma del usuario y no acuden familiares o se trata de un usuario tutelado, los centros informan al Juzgado una vez realizado el ingreso e investiga la posibilidad de tutela por parte de algún familiar o Institución.

- Se han encontrado documentos de consentimientos en los cuales aparecían las casillas premarcadas.
- También, en algún caso, la hoja de consentimientos no se encontraba actualizada según la nueva normativa (RGPD), haciendo referencia a la antigua LOPD.

RECOMENDACIONES:

- Mientras un usuario no esté incapacitado legalmente, solo su consentimiento se considera válido para el tratamiento de sus datos personales para las finalidades accesorias, como tratamiento de imágenes y publicidad.
- Para facilitar información de un usuario a sus familiares o a terceros se exige, con carácter general, el consentimiento de dicho usuario, exceptuando los casos previstos por la LAP para la información clínica en los que se permite u obliga a facilitar dicha información, tales como cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, en cuyo caso la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Otra excepción al consentimiento se produce cuando se limita el derecho a la información sanitaria a los usuarios por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, en cuyo caso la LAP prevé la comunicación de la información clínica a las personas vinculadas al usuario por razones familiares o de hecho.

- Como se ha indicado en el apartado de información, las especiales características de los usuarios de los centros sociosanitarios obliga a informar de forma accesible a las características del usuario, o a familiares autorizados, para que el consentimiento se considere válido.
- En cualquier caso, si se recaban los datos del representante, y/o de familiares adicionales para contacto, estos deben ser informados del tratamiento de sus datos

personales en todos los términos exigibles por la normativa de protección de datos (art. 13 y 14 del RGPD y 11 de la LOPDGDD).

- Las finalidades para las que se recaba el consentimiento deben ser claras y concretas no siendo válidos enunciados informativos sobre la finalidad del tratamiento tan genéricos como “*la mejora de nuestros servicios*”.
- Los consentimientos deben obtenerse mediante declaración o clara acción afirmativa, por lo que no está permitido incluir casillas premarcadas para recabar los consentimientos.
- Los documentos de consentimiento y sus cláusulas informativas deben estar actualizados a la nueva normativa (RGPD y LOPDGDD).
- Para la obtención y tratamiento de imágenes de los usuarios, cabe contemplar dos escenarios distintos:
 - Cuando el usuario posa voluntariamente ante una cámara se considera que no hace falta la solicitud del consentimiento, ya que ponerse ante una cámara manifiestamente visible se puede considerar una clara acción afirmativa. Sí debe tenerse en cuenta que, al tratarse de un consentimiento informado, siempre debe ofrecerse la información sobre protección de datos antes de proceder a la toma de las imágenes, y existir posibilidades reales de eludir el ser grabado si así se desea.
 - En otro tipo de situaciones, tales como eventos, fiestas, grabaciones sanitarias, y grabaciones o toma de fotografías generales, cuando la toma de estas imágenes no depende de la voluntad del usuario, se debe de solicitar el consentimiento, salvo cuando la captación de imágenes sea meramente casual o accesorio, como el caso de personas que pasan por el fondo de la imagen no siendo el objeto de la captación.

Cuando la persona que se pone ante la cámara no tiene capacidad para otorgar su consentimiento, al estar incapacitado judicialmente, el consentimiento debe ser recabado de los tutores o representantes legales del usuario.

- Los consentimientos informados para las actuaciones médicas están regulados por normativa sanitaria específica sin perjuicio de las consideraciones generales con respecto a la propia prestación del consentimiento y las bases jurídicas para el tratamiento de datos que se pueden extraer del RGPD.

No obstante, debe destacarse que los consentimientos para las actuaciones médicas no deben ser confundidos con las bases jurídicas para los correspondientes tratamientos de datos.

- Los tratamientos de datos para fines relacionados con la investigación médica presentan unas características sustancialmente distintas que obligan a que el consentimiento sea solicitado por separado.

7.7. INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS Y OTROS TERCEROS

- Algunos de los centros auditados no tenían un procedimiento escrito con instrucciones al personal de cómo proceder ante peticiones de información sobre

los usuarios del centro. Tampoco se preguntaba al usuario durante el ingreso si autoriza a que sus datos se faciliten, o si tiene alguna objeción al respecto.

- Otros centros tenían implementado un mecanismo de contraseña, que se facilita al usuario en el momento del ingreso, la cual necesitan los familiares para poder obtener información del usuario por vía telefónica.

En los centros además se pide la previa autorización del usuario, tutor o representante legal.

En algún caso se ofrecía información distinta en dos de los documentos entregados al usuario o representante durante el ingreso: en la guía de acogida del centro se indica *“si no quiere autorizar tiene que indicarlo”* y en la guía de la Consejería correspondiente, que también se entrega, se indica que *“la información será facilitada a las personas que nos indique”*.

La información así facilitada es confusa y no consistente con el mecanismo de contraseña instaurado. La primera fórmula *“si no quiere autorizar tiene que indicarlo”* supondría un consentimiento tácito. La segunda no, pero en la hoja de consentimiento, donde se recoge la autorización para facilitar información, no se solicitan la identificación de las personas a las que se autoriza obtener información. El mecanismo es mediante una contraseña, de tal forma que las personas que estén en poder de ella podrán recabar información, con independencia de lo expresado en las mencionadas guías.

- En los centros de día, se ha encontrado como mecanismo de comunicación habitual con las familias un diario en el que se anotan las posibles incidencias y otra información básica del día a día en el centro, para ser tomada en cuenta por los cuidadores al regresar el usuario a su domicilio.
- Otro mecanismo de información habitual en los centros sociosanitarios son las entrevistas presenciales con los familiares, en las que por parte del centro se informa del estado del usuario y se solicita a la familia tanto su colaboración como compromiso con los objetivos a alcanzar con el usuario, ya que se trata de un aspecto fundamental en la atención sociosanitaria integral, que incluso aparece en los contratos o convenios entre el centro y la administración como una obligación: informar al usuario, tutor o familiar autorizado.

RECOMENDACIONES:

- Se debe establecer un procedimiento para recabar el consentimiento del usuario con relación a si desea o no que sea facilitada información sobre su presencia y ubicación en el centro a personas o familiares que pregunten por ello.

El consentimiento deberá tener las características previstas por el RGPD, que exige que sea informado, libre, específico y otorgado por los afectados mediante una manifestación que muestre su voluntad de consentir o mediante una clara acción afirmativa. El responsable debe poder probar en todo momento que ha obtenido el consentimiento.

Siempre y cuando el paciente no se haya opuesto a que dicha información sea facilitada, en casos de urgencia vital o cuando la presencia de personas vinculadas

por razones familiares o de hecho pudiera ser necesaria para la debida atención del usuario, el centro puede informar si la persona se encuentra ingresada y su ubicación, sin indicar datos de categorías especiales o sobre la atención prestada.

- Para la información de tipo sociosanitario, tal como el estado de salud o las actuaciones médicas o sociales realizadas o a realizar con el usuario, hay que indicar que el art. 5 de la LAP especifica con respecto a la información sanitaria lo siguiente:

*“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.**”*

No obstante, desde la aplicación del RGPD el consentimiento tácito no es posible para los tratamientos de datos personales, por lo que esta referencia legal se encuentra superada, debiendo recabarse el consentimiento explícito del usuario tal como indica el art. 9.2.a) de dicho Reglamento:

*“a) el interesado dio su **consentimiento explícito** para el tratamiento de dichos datos personales con uno o más de los fines especificados, excepto cuando el Derecho de la Unión o de los Estados miembros establezca que la prohibición mencionada en el apartado 1 no puede ser levantada por el interesado”;*

Por ello, se debe, para la operación de tratamiento consistente en la comunicación de datos sociosanitarios a personas vinculadas al usuario por razones familiares o de hecho, recabar el **consentimiento explícito** del usuario del centro, su tutor legal en caso de incapacitación, o representante legal, exceptuando los casos previstos por la LAP para la información clínica en los que se permite u obliga a facilitar dicha información, ya comentados en el apartado anterior, (tales como cuando el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, o cuando se limita el derecho a la información sanitaria a los usuarios por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica). También pueden existir otras excepciones en los casos en que sean aplicables otras bases jurídicas del RGPD distintas del consentimiento, como puede ser una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos, y en particular el interés vital del interesado.

- Como instrumento preventivo, la Agencia Española de Protección de Datos ha elaborado una guía para dar a conocer y fomentar el cumplimiento de los derechos de pacientes y usuarios de la sanidad. La consulta de esta guía por parte de los responsables de los centros puede ser útil a la hora de implementar los mecanismos de atención de los derechos de los usuarios. Se puede acceder a la guía para pacientes y usuarios de la sanidad a través del siguiente enlace:
<https://www.aepd.es/media/guias/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>

7.8.FLUJOS DE DATOS ENTRE ADMINISTRACIONES Y OTROS ACTORES PÚBLICOS/PRIVADOS

- Se ha detectado que las Consejerías, Ayuntamientos, Mutuas y aseguradoras privadas remiten, en ocasiones, por medios de comunicación tales como fax y correo electrónico sin cifrar, documentación relacionada con el ingreso del paciente, que contiene habitualmente datos especialmente protegidos.

Por otra parte, los juzgados instan a los centros a utilizar el fax como medio de comunicación, siendo habitual que consten datos de salud tales como informes médicos de los pacientes, así como otra información que puede considerarse datos de categorías especiales. Este es el caso de los internamientos involuntarios, que siempre se llevan a cabo mediante orden judicial. En la propia autorización judicial previa se insta al Centro a mantener informado al Juzgado sobre el mantenimiento de la medida y la evolución de la persona ingresada.

- También, se ha detectado que, en ocasiones, algunos Organismos Públicos remiten correos electrónicos a los Centros donde se encuentran ingresados enfermos mentales, preguntando si una determinada persona se encuentra ingresada, indicando datos de dicha persona como que ha cometido, por ejemplo, un supuesto delito de agresión sexual.

Dichos correos suelen ir dirigidos a varios directores de centros sociosanitarios, poniendo de manifiesto datos que pueden considerarse sensibles con relación a la persona por la que preguntan.

- Por otro lado, el artículo 3, apartado 2 de la nueva Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público dispone: *“Las Administraciones Públicas se relacionarán entre sí y con sus órganos, organismos públicos y entidades vinculadas o dependientes a través de medios electrónicos que aseguren la interoperabilidad y seguridad de los sistemas y soluciones adoptadas por cada una de ellas, garantizarán la protección de los datos de carácter personal, y facilitarán preferentemente la prestación conjunta de servicios a los interesados”*. Se ha encontrado la utilización de las plataformas de intermediación de datos de la Administración disponibles para la interconexión y recogida de datos de los usuarios, que ya están en poder de la Administración, con la finalidad de evitar que el usuario no tenga que aportarlos y para la comprobación de la procedencia de las prestaciones que se solicitan.

Por ejemplo, se puede saber a través de la plataforma del IMSERSO si un solicitante de valoración en una Comunidad Autónoma tiene o no expediente en otra Comunidad Autónoma, devolviendo las consultas disponibles la mínima información necesaria para la finalidad que se persigue.

RECOMENDACIONES:

- Desde una perspectiva de protección de datos, no se debería utilizar el fax ni el correo electrónico sin cifrar para la remisión de documentación que contenga datos personales de categorías especiales como pueden ser datos de salud u otros datos como informes sociales, psicosociales, o de evaluación.

Para el envío por redes públicas de estas tipologías de datos, se deberían establecer canales de comunicación seguros como puede ser el correo electrónico cifrado o protegido.

- No se debería poner de manifiesto en comunicaciones de cualquier índole información que no sea necesaria para alcanzar el objetivo de la comunicación, como detalle de los supuestos delitos cometidos por una determinada persona a la que se está intentando localizar.

- Con relación a las consultas de datos personales entre organismos públicos al objeto de permitir que el interesado no aporte documentos que ya se encuentren en poder de la Administración, la disposición adicional octava de la LOPDGDD establece que:

“Cuando se formulen solicitudes por cualquier medio en las que el interesado declare datos personales que obren en poder de las Administraciones Públicas, el órgano destinatario de la solicitud podrá efectuar en el ejercicio de sus competencias las verificaciones necesarias para comprobar la exactitud de los datos”.

Por otra parte, la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en su artículo 28.2 (modificado por la LOPDGDD) estipula que “...La administración actuante podrá consultar o recabar dichos documentos salvo que el interesado se opusiera a ello”, por lo que deben habilitarse protocolos de funcionamiento que recojan, entre los aspectos más importantes los siguientes:

- La información a facilitar al titular de los datos sobre la consulta a realizar en los formularios de solicitud, permitiendo la posibilidad de que se oponga.
- La creación de consultas específicas para cada procedimiento, que arrojen los datos necesarios para la finalidad que se persigue.
- Las garantías de seguridad que incluyan, entre otros aspectos, la creación de perfiles de acceso específicos y la trazabilidad de las consultas efectuadas.

7.9. ANÁLISIS DE CONTRATOS, PLIEGOS Y CONVENIOS

CONTRATOS Y CONVENIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIO SANITARIO POR PARTE DEL CENTRO

- Durante las auditorías practicadas a centros de carácter privado pero con plazas concertadas con la Consejería y, por tanto correspondiendo a una contratación con encargo de tratamiento, examinada la documentación contractual se han detectado casos en los que no se localizan las cláusulas de protección de datos, dado que no aparecen en los documentos de prórroga anuales que mantienen, alcanzando la duración del concierto casi 20 años. En un caso los representantes del centro no conocían si existían ni, en su caso, en qué documento se encontraban, debiendo revisar la documentación exhaustivamente para encontrar, finalmente, cláusulas incompletas y referidas a la antigua LOPD en un pliego de condiciones técnicas de 13 años de antigüedad.

De ello se deduce que, en cualquier caso, dichas cláusulas incompletas y obsoletas, no eran tenidas en cuenta, dado que no eran conscientes de su existencia hasta la realización de la auditoría.

- También se ha detectado anexos de confidencialidad, protección de datos personales y seguridad de la información, con todas las cláusulas referidas a la antigua LOPD, en casos de centros gestionados por empresas privadas mediante contrato de servicios públicos sujeto a cláusulas administrativas y prescripciones técnicas.

- En otros casos auditados, correspondientes a centros de carácter público con gestión directa, no existen por tanto contratos para la prestación del servicio sociosanitario.

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITOS POR EL CENTRO CON TERCEROS

- En general, del examen de los contratos suscritos con terceras entidades prestadoras de servicios se desprende que se está trabajando para su adaptación al RGPD.

Se han encontrado nuevas cláusulas que reflejan lo exigido por esta nueva normativa, tanto en contratos suscritos con posterioridad al 25 de mayo de 2018, como en modelos de contratos elaborados para su próxima utilización.

Se han encontrado deficiencias puntuales en los nuevos contratos que se refieren a la falta de especificación expresa de la naturaleza y finalidad del tratamiento, si bien en algunos casos se puede desprender del objeto del contrato, así como del tipo de datos y de las categorías de los interesados. El art. 28 del RGPD obliga a que en el contrato se establezcan estos aspectos.

Ello, junto al análisis del resto de las cláusulas de los contratos, evidencia que la mayoría de los contratos revisados, si bien muy completos, son muy generales, diseñados para su validez en el marco de cualquier contratación. Se han detectado en un mismo centro cláusulas de protección de datos idénticas para contrataciones completamente distintas. De hecho, por ejemplo, es típico encontrar las mismas cláusulas genéricas, o incluso, relaciones de medidas de seguridad muy generales válidas para cualquier situación sin realizar un mínimo Análisis de Riesgos.

- En algún caso se ha elaborado una ficha a cumplimentar por los candidatos a proveedores o prestadores de servicio que actúen como encargados del tratamiento o tengan acceso a datos personales responsabilidad del centro. La ficha contiene una serie de cuestiones que sirven al centro para poder elegir a los encargados del tratamiento de acuerdo con objetivos concretos.
- Hay que indicar que se han encontrado algunos contratos aislados, suscritos antes del 25 de mayo de 2018, que no cumplían con la normativa vigente en la fecha de la firma, la antigua LOPD y su normativa de desarrollo, no haciéndose referencia en ellos a las garantías básicas, tales como qué ocurre con los datos al finalizar la prestación de servicios, las condiciones para la subcontratación o las medidas de seguridad.
- En cuanto a los proveedores o prestadores de servicio que por la naturaleza del servicio no tienen acceso a datos personales responsabilidad del centro, es habitual exigir la firma de un contrato o compromiso de confidencialidad para cubrir posibles accesos a datos personales fortuitos y eventuales. En algunos de estos documentos se obliga a no acceder a la información responsabilidad del centro y, en especial a los datos de carácter personal, además de a mantener la debida reserva sobre ellos, en caso de acceso accidental.

RECOMENDACIONES:

- La nueva LOPDGDD establece que los contratos de encargado del tratamiento suscritos con anterioridad al 25 de mayo de 2018, al amparo de lo dispuesto en el artículo 12 de la antigua LOPD, mantendrán su vigencia hasta la fecha de vencimiento señalada en los mismos y en caso de haberse pactado de forma indefinida, hasta el 25 de mayo de 2022.

No obstante, los nuevos contratos de encargo de tratamiento suscritos a partir del 25 de mayo de 2018 deben encontrarse adaptados al RGPD, siendo obligado que especifiquen:

- el objeto, la duración, la naturaleza y finalidad del tratamiento,
- el tipo de datos personales y categorías de los interesados,
- las obligaciones y derechos del responsable,
- que los datos se tratarán siguiendo las instrucciones documentadas del responsable,
- la obligación de confidencialidad por parte de los empleados,
- el establecimiento de las medidas de seguridad necesarias,
- el respeto a las condiciones para las posibles subcontrataciones,
- la asistencia al responsable con relación a los ejercicios de derechos de los usuarios,
- la supresión o devolución de los datos personales a la finalización.

Puede encontrarse información detallada al respecto en la guía de [directrices para la elaboración de contratos entre responsables y encargados de tratamiento](#) publicada por esta Agencia.

- Deben revisarse todos los contratos de encargo de tratamiento realizados por el centro a terceras entidades, revisando que las cláusulas de protección de datos sean las correctas según la fecha del contrato. Dichas cláusulas deben ser observadas durante la contratación a la que se refieren, implementando los mecanismos necesarios para tenerlas en consideración.

Se recomienda ir renovando los contratos suscritos con anterioridad al 25 de mayo de 2018, incluyendo en ellos nuevas cláusulas adaptadas al RGPD.

- Para el cumplimiento de la obligación de confidencialidad, se recomienda incluir en los contratos la exigencia de la firma de un compromiso de confidencialidad con relación a los datos personales, por parte de los empleados del prestador del servicio, cuyo modelo preferiblemente constará como anexo al contrato.

Se recomienda incluir también, en los contratos con los prestadores de servicio sin acceso a datos personales, la obligación de no acceder a los mismos y de advertir de dicha obligación a los trabajadores que participen en la prestación del servicio, preferiblemente mediante la firma de documento que deje constancia del aviso y que cubra también la confidencialidad respecto a posibles accesos fortuitos o accidentales a datos de carácter personal.

- En la redacción de los contratos se debe huir de fórmulas muy generales, válidas para todo tipo de situaciones, tales como *“en caso de que resulte legalmente exigible, realizar una evaluación de impacto en la protección de datos personales de las operaciones de tratamiento ...”*. Se debe determinar a partir del objeto, la duración, la naturaleza, el alcance y la finalidad del tratamiento, así como del tipo

de datos personales, de las categorías de los interesados y del resto de circunstancias del contexto del tratamiento que ha de llevarse a cabo, si procede o no cada medida en cuestión, particularizando para cada contrato.

- El responsable tiene una obligación de especial diligencia a la hora de la selección de los encargados, debiendo quedar esta diligencia documentada. Se deberán elegir los encargados del tratamiento de acuerdo con criterios de confianza, seguridad y responsabilidad, para garantizar y estar en condiciones de demostrar que el tratamiento se realiza conforme el RGPD (principio de responsabilidad proactiva).

7.10. OTRAS ADAPTACIONES AL RGPD

- Examinados los Registros de las Actividades de Tratamiento (RAT) publicados por los responsables de los centros auditados, no se observan incumplimientos notables. Del análisis de estos se desprende lo siguiente:
 - Todos los responsables de los centros auditados han elaborado un RAT que incluye los datos del responsable, los fines de los tratamientos, las categorías de los interesados y las categorías de los datos personales.
 - En algunos RAT no se publican los datos del Delegado de Protección de Datos (DPD). En una ocasión se menciona a un Coordinador de Protección de Datos en lugar del término DPD.
 - En ocasiones se citan las bases jurídicas para el tratamiento, si bien no es obligado, con expresiones tan confusas como *“interés legítimo viene determinado por el consentimiento del interesado”*.
Se ha detectado que en centros públicos, como base jurídica para el tratamiento principal (atención sociosanitaria) se menciona el consentimiento del usuario.
 - En ocasiones no se mencionan las medidas técnicas, si bien el RGPD indica que se describirán cuando sea posible.
- Todos los responsables de los centros auditados han designado un DPD.
- En pocos casos el centro tenía completamente adaptados sus procedimientos de atención de derechos de los interesados a los nuevos derechos contenidos en el RGPD.

En algunos casos se informa a los usuarios de los nuevos derechos, pero en sus políticas solo contempla los derechos ARCO de la antigua LOPD. De forma inversa, en otros casos se dispone de un procedimiento de atención a todos los derechos contenidos en el RGPD, pero no se informa correctamente de ellos a los usuarios.

- En pocos casos se había establecido un procedimiento para identificar y gestionar las brechas de seguridad.
- En algunos casos se ha realizado un Análisis de Riesgos para determinar las medidas técnicas y organizativas apropiadas al objeto de garantizar la seguridad de los tratamientos.

En otros casos los centros continúan con sus políticas de seguridad basadas en el reglamento de desarrollo de la antigua LOPD, que determinaba las medidas de seguridad que debían aplicarse según el tipo de datos objeto de tratamiento.

- En pocos casos se ha realizado una Evaluación de Impacto relativa a la Protección de Datos (EIPD). En algún caso se ha determinado, del Análisis de Riesgo que ha efectuado, que no es necesaria la EIPD.
- No obstante lo anterior, se ha percibido un esfuerzo por parte de las organizaciones para cambiar sus políticas en función de la nueva normativa, existiendo en la mayoría de los casos planes de adaptación para ello: habiendo realizado ya los cambios más inmediatos, se encuentran inmersas en la adaptación, que, en muchas ocasiones, han manifestado complicada, sobre todo en lo relativo al Análisis de Riesgos y la EIPD.

RECOMENDACIONES:

El RGPD entró en vigor el 25 de mayo de 2016 y es plenamente aplicable desde el 25 de mayo de 2018. Por tanto, el periodo transitorio ha terminado y los responsables de los tratamientos, así como los encargados, deben haber adoptado ya las medidas necesarias para el cumplimiento completo de esta norma.

Según el principio de responsabilidad proactiva, los responsables deben adaptar sus políticas a estas nuevas obligaciones, aplicando medidas técnicas y organizativas necesarias a fin de garantizar, y estar en disposición de poder demostrar, su cumplimiento. Se debe tener en consideración que:

- Se debe mantener un Registro de Actividades de Tratamiento (RAT) en el que se contenga la información que establece el art. 30 del RGPD. Hay que tener en cuenta que el RAT no se debe entender como una mera formalidad, ya que se considera un instrumento imprescindible que puede servir de punto de partida a la hora de abordar la adaptación a la normativa de protección de datos y asegurar su cumplimiento.
- Se deben adaptar los procedimientos de atención de derechos de los interesados considerando los derechos contenidos en el RGPD, así como las nuevas condiciones a seguir para su atención.
- Se debe establecer un procedimiento para identificar y gestionar las quiebras de seguridad, consideradas como tales aquellos incidentes que ocasione la destrucción, pérdida o alteración accidental o ilícita de datos personales, o su comunicación o acceso no autorizado.

Dichos procedimientos deben asegurar que:

- la quiebra queda documentada,
- se realiza notificación a la AEPD, a menos que sea improbable que la quiebra suponga un riesgo para los derechos y libertades de los interesados,
- se realiza notificación a los afectados, si supone un alto riesgo para sus derechos o libertades, informándoles de las medidas que pueden tomar para eliminar o mitigar las consecuencias.

- Se debe realizar un Análisis de Riesgos para determinar las medidas técnicas y organizativas apropiadas al nivel de riesgos detectado, al objeto de garantizar la seguridad de los tratamientos. Se debe tener en cuenta para ello la naturaleza, el ámbito, el contexto y los fines del tratamiento, así como el riesgo para los derechos y libertades de las personas.
- El RGPD establece que la realización de la EIPD es obligatoria de forma previa a la puesta en marcha de nuevos tratamientos que entrañen un alto riesgo para los derechos y libertades. Se considera que la EIPD es obligatoria para un centro sociosanitario, al presentarse tratamientos de datos de categorías especiales, una asociación o combinación de datos sociales y sanitarios, considerando la vulnerabilidad de sus usuarios y entendiendo que supone un alto riesgo para los derechos y libertades de estos.

No obstante, en relación con los tratamientos preexistentes a mayo de 2018 que presenten un alto riesgo, tales como los que ya se estuvieran realizando en los centros sociosanitarios, la obligatoriedad de realizar la EIPD se limita a cuando se produzcan novedades relevantes respecto a la tecnología, las finalidades, el volumen de datos u otras circunstancias semejantes.

La AEPD ha puesto a su disposición la herramienta GESTIONA_EIPD con el fin de proporcionar una base inicial para el análisis de tratamientos de alto riesgo que precisen la realización de EIPD y análisis de riesgos en protección de datos personales.

Se puede acceder a esta herramienta a través del siguiente enlace <https://www.aepd.es/herramientas/gestiona.html>

Esta herramienta genera la documentación básica sobre la cual hay que realizar un análisis y gestión del riesgo por parte de responsables y encargados para cumplir con lo previsto en el RGPD y la LOPDGDD. Esta documentación básica deberá ser completada y analizada por el responsable del tratamiento y, en su caso, el encargado del tratamiento, siguiendo las indicaciones establecidas en la [Guía práctica para las evaluaciones de impacto en la protección de datos personales](#).

Se encuentra también disponible en la página web de la AEPD un [modelo de informe de EIPD para las Administraciones Públicas](#).

8. DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES

1. Se debe ofrecer **información al usuario** preferiblemente en capas, concisa y con un lenguaje claro, de acuerdo con la capacidad de comprensión del destinatario de la información.

La primera capa deberían ser carteles informativos sencillos ubicados en zonas de acceso a los centros, junto con las leyendas informativas insertas en todos los formularios de recogida de datos personales. En esta primera capa se pueden incluir referencias a otras capas de información más detallada, a las que el usuario deberá tener accesibilidad inmediata.

2. Para cada actividad de tratamiento que se realice hay que identificar su **base jurídica**, que será una o varias de las recogidas en el art. 6 del RGPD en conjunción con las condiciones de tratamiento previstas en el art. 9.2.h) del RGPD.
3. Se debe minimizar la **compartición de datos personales** entre profesionales a lo estrictamente necesario, sin mermar la atención sociosanitaria. No es válido permitir un acceso total a los datos de los usuarios a todos los profesionales que intervienen en la atención.

Se deben elaborar **perfiles de acceso** que consideren las necesidades de información de cada profesional, desde el diseño de las aplicaciones, aplicando por defecto los privilegios de acceso mínimos necesarios para prestar la atención al usuario. Se debe realizar **auditoria de los accesos**.

4. Todos los empleados que traten datos personales de los usuarios deben suscribir un **compromiso de confidencialidad**.

En todos los contratos de encargado de tratamiento, si los hubiere, deberá establecerse como obligatorio la firma del compromiso por parte de los empleados del encargado, siendo deseable que el modelo de compromiso concreto conste anexo al contrato de encargo.

5. Se debe evitar que los **documentos en papel** se encuentren dispersos en diferentes ubicaciones del centro y su traslado debe realizarse con las suficientes medidas de seguridad (custodiados en todo momento y en sobre cerrado).

Se deben crear procedimientos seguros para el traslado de la documentación y su almacenamiento, con mecanismos que impidan su acceso a personas no autorizadas.

6. No se deben utilizar **usuarios genéricos**, cuya utilización se comparte entre varios empleados, para el acceso a datos de carácter personal, ni de carácter básico ni de categorías especiales, ya que ello supone una vulnerabilidad de seguridad.
7. Debe recabarse el consentimiento del usuario para **facilitar información a familiares** sobre su estancia o ubicación en el centro, así como de su estado de salud.

En caso de urgencia vital o si la presencia de personas vinculadas al usuario por razones familiares o de hecho pudiera ser esencial para la debida atención del usuario, siempre y cuando el paciente no se haya opuesto a que dicha información sea facilitada, el centro puede informar si la persona se encuentra ingresada y su ubicación, sin indicar datos de categorías especiales o sobre la atención prestada.

8. Desde una perspectiva de protección de datos, no se debería utilizar el **fax** ni el **correo electrónico sin cifrar** para la remisión de documentación que contenga datos personales de categorías especiales, como pueden ser datos de salud u otros datos como informes sociales, psicosociales o de evaluación.

9. Los **contratos de encargo de tratamiento** deben especificar todas las obligaciones estipuladas por el RGPD, que deben ser consideradas y cumplidas durante la contratación, estableciendo los mecanismos necesarios para ello.

En los contratos de prestación de servicios sin acceso a datos personales se debe prohibir expresamente el acceso a los mismos, e informar a los trabajadores de dicha prohibición. En el contrato deben considerarse también posibles accesos accidentales o fortuitos, con un compromiso de confidencialidad.

10. Las políticas de seguridad deberán basarse en el Análisis de Riesgos. Se considera que la **Evaluación de Impacto** relativa a la Protección de Datos (EIPD) es obligatoria para los nuevos tratamientos de los centros sociosanitarios, al presentarse datos de categorías especiales en número suficiente, considerando además la vulnerabilidad de sus usuarios y entendiéndose que supone un alto riesgo para los derechos y libertades de estos.

9. PREGUNTAS FRECUENTES

1. En un centro sociosanitario, ¿es posible cancelar determinados datos de un usuario a petición suya? Por ejemplo, se puede presentar el caso de usuarios que no quiere que consten algunos datos de tipo social, como que sus hijos no le visitan, considerados imprescindibles para prestar la debida atención al reflejar los apoyos familiares.

R: No es posible su cancelación. Al no ser el consentimiento la base jurídica del tratamiento no cabe la revocación del consentimiento ni la oposición al tratamiento sin ponderar este derecho con la base jurídica que avala el tratamiento. Con carácter general la base jurídica se encontrará en el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento ya que es preciso mantener la autenticidad de la historia sociosanitaria.

La solicitud debe ser contestada motivando las razones por las cuales no se cancelan los datos.

Una cautela apropiada podría ser marcar estos datos como confidenciales, estableciendo mecanismos para que solo sean consultados cuando sea estrictamente necesario y advirtiendo de su carácter especialmente sensible en cada uno de los accesos efectuados mediante un mensaje al profesional que accede.

2. ¿Son posibles los tratamientos con fines de investigación médica en un centro sociosanitario?

R: El art. 9.2. j) del RGPD levanta prohibición de tratamiento de categorías especiales de datos para fines de investigación científica, sobre la base del derecho de la Unión o de los Estados Miembros, siempre y cuando:

- el tratamiento sea proporcional al objetivo perseguido,
- se respete en lo esencial la protección de datos,

- se establezcan medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado,
 - y los tratamientos se supediten a las garantías adecuadas, a la normativa sectorial sanitaria, a la LAP y en particular a la disposición adicional decimoséptima de la LOPDGDD, disponiendo de medidas técnicas y organizativas adecuadas, en particular para garantizar la minimización de datos.
3. En caso de personas sin incapacitar legalmente, pero que, por ejemplo, se encuentran en una fase avanzada de deterioro cognitivo y se niegan a recibir la atención social ¿se pueden tratar sus datos sin su consentimiento?

R: Sí, es posible, ya que la base jurídica del tratamiento de sus datos personales no es su consentimiento, sino una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento, o el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.

Dependiendo de los casos y las circunstancias también puede ser aplicable que el tratamiento sea necesario para proteger los intereses vitales del interesado

Además de estas bases, puede ser aplicable alguna de las excepciones del art. 9.2 del RGPD o una conjunción de ellas.

4. Para funciones y eventos en el centro, con público o familiares ¿qué puede hacer el centro si un usuario o sus tutores no han dado consentimiento para el tratamiento de imágenes y el usuario en cuestión es grabado por familiares de otros usuarios? ¿Y para las imágenes captadas por el centro?

R: Se recomienda que el centro informe en los eventos de la posibilidad de que familiares y amigos tomen imágenes del evento para un uso doméstico. Este uso doméstico estaría fuera del ámbito de aplicación del RGPD según el art. 2.2.c) que establece la no aplicación de dicha normativa al tratamiento de datos personales efectuado por una persona física en el ejercicio de actividades exclusivamente personales o domésticas.

Igualmente, constituiría una buena práctica informar antes de empezar el evento (por ejemplo, mediante carteles) de que su grabación sólo es factible para uso doméstico (actividades privadas, familiares y de amistad), no para su publicación en abierto.

En el caso de captación de imágenes por parte del centro, este deberá informar a los usuarios, representantes legales o tutores en caso de incapacitación legal, de la finalidad de la grabación de las imágenes y de la difusión que de ellas se pretende hacer, si van a ser publicadas en páginas web, en redes sociales, o en cualquier otro tipo de publicación y solicitar su consentimiento inequívoco (explícito si datos de categorías especiales). En caso de no obtenerlo o que éste fuera negativo, deberá publicar estas, de manera que no permitan identificar a quienes aparecen en las grabaciones, por ejemplo, pixelando las imágenes.

5. En caso de órdenes de alejamiento relacionadas con un usuario del centro, ya sea por malos tratos, acoso, violencia de género, ... ¿es posible informar de ello a todos

los empleados del centro, incluidos los que no tienen acceso a datos de carácter personal, como puede ser empleados de contratadas de limpieza?

R: La información debe trasladarse a todo el personal que tenga la función de identificar visitas y tomar decisiones sobre las mismas.

Hay que tener en cuenta que, tal y como se ha recomendado en el punto 7.4 del presente informe, todo el personal con y sin acceso a datos personales debería tener suscrito un compromiso de confidencialidad.

6. En el caso de usuarios tutelados por Agencias de Tutela de Adultos, pueden los centros sociosanitarios facilitar a los familiares datos de su estado de salud, o sociales?

R: En principio no, ya que el usuario se encuentra tutelado, y por tanto la comunicación de cualquier dato, sociosanitario o de cualquier otra naturaleza, debe ser siempre al tutor legal o a través de éste.

Los únicos casos en los que se podrían facilitar datos a los familiares serían aquellos en los que, examinada la sentencia de incapacitación, se determinara en ella específicamente, o como consecuencia de su alcance, dicha posibilidad.

7. Cuando las fuerzas de seguridad lo solicitan ¿Es obligatorio facilitarles los datos personales de los usuarios del centro?

R: Los ficheros de los Fuerzas y Cuerpos de Seguridad no se encuentran dentro del ámbito de aplicación del RGPD ni la LOPDGDD, estando a lo dispuesto en el art. 22 de la antigua LOPD, que estipula que la recogida de datos de carácter personal por dichas Fuerzas y Cuerpos sin consentimiento de las personas afectadas están limitados a aquellos supuestos y categorías de datos que resulten necesarios para la prevención de un peligro real para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales. En el caso concreto de los datos de salud, la recogida podrá realizarse exclusivamente en los supuestos en que sea absolutamente necesario para los fines de una investigación concreta.

En los casos en que un profesional, con ocasión de la asistencia sanitaria que haya prestado, tenga la evidencia de que el usuario sufre lesiones que hayan podido ser causadas por un tercero y lo haya puesto en conocimiento de la autoridad judicial mediante el correspondiente parte judicial de lesiones, las fuerzas de seguridad actuantes, en su función de policía judicial, no podrán acceder a los datos de salud del usuario diferentes a los relativos a la lesión sufrida, que consta en el mencionado parte judicial, sin mandamiento judicial o solicitud del Ministerio Fiscal.

Adicionalmente, cualquier acceso a la historia clínica asociado a los datos de identificación personal de los usuarios, con fines judiciales, está sujeto a lo que dispongan los jueces y tribunales en cada caso concreto sin que sea lícito dicho acceso sin el correspondiente mandamiento judicial, de acuerdo con el artículo 16.3 de la LAP.

8. ¿Se puede comprobar la colegiación de los trabajadores de un centro mediante su Colegio Profesional?

R: Sí, siempre y cuando la colegiación sea obligatoria para el desempeño de la actividad, estando amparado el tratamiento por la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales, con sus sucesivas modificaciones.

9. ¿Se pueden facilitar datos de usuarios del centro a los diputados autonómicos que así lo soliciten?

R: Los diputados autonómicos, dentro de sus funciones de control, pueden obtener información personal de la que es responsable la Comunidad Autónoma, debiendo tratarse las solicitudes de información de los diputados en los términos y con las limitaciones establecidos en los reglamentos de las Cámaras como norma especial aplicable de forma prevalente.

Las solicitudes de información de los diputados no deben dirigirse a los centros sino a las Consejerías competentes de la Comunidad Autónoma.

Las Consejerías, teniendo en cuenta la sensibilidad de la información, pueden comunicar fundadamente los motivos que pueden evitar o restringir la información a facilitar a los diputados. Los centros, en su caso, podrán manifestar estas limitaciones a las Consejerías competentes.

10. Si un organismo como un Juzgado solicita datos de categorías especiales de un usuario del centro, como datos de salud, vía un medio de comunicación que se puede considerar inseguro, tal como el fax o correo electrónico sin cifrar, ¿se debe dar curso a la solicitud?

R: Desde una perspectiva de protección de datos, no se debería utilizar el fax para remitir documentación que contenga datos de categorías especiales. Se debería poner de manifiesto al organismo en cuestión que en la actualidad existen otras vías, sencillas, igual de rápidas y más seguras, como por ejemplo el correo electrónico cifrado, acordando con el organismo el envío de forma segura de la documentación citada.

11. En los puestos de guardia, o puestos donde se realizan pruebas médicas, donde se establecen turnos y hay equipos en funcionamiento las 24 horas por necesidades del servicio, ¿es posible compartir el usuario del sistema de información para evitar salir y entrar del sistema?

R: No se debe compartir la utilización del usuario, ni desvelar la clave de acceso asociada a ningún empleado, compañero o tercera persona. Tampoco deben utilizarse usuarios genéricos compartidos.

Cada empleado, cuando comienza su jornada, debe iniciar sesión con su usuario y cerrarla al terminar.

12. ¿Es posible colocar carteles con nombres y apellidos de los usuarios de un centro en las puertas de sus habitaciones con el objetivo de que no se extravíen o entren por error en otra habitación que no es la suya, así como para facilitar las visitas?

¿Es posible colocar carteles en las mesas del comedor con la identificación (nombre y apellidos o fotografía) del usuario y sus alergias, disfagias, u otras características de especial relevancia durante la comida?

R: Se deberá valorar la necesidad de identificar a los pacientes o poner de manifiesto sus datos, en los diferentes momentos de la prestación del servicio, siempre considerando otras medidas menos intrusivas para la privacidad que puedan existir y que ofrezcan garantías de seguridad equivalentes. Así, por ejemplo, se podría valorar la alternativa de, en lugar de colocar un cartel con el nombre y apellidos del usuario en la puerta de su habitación, disponer el número de la habitación en una ficha o distintivo portado por el usuario.

Respecto a la información a mostrar en el comedor sobre las consideraciones a tener en cuenta con cada usuario, deberá ser la mínima necesaria que permita la administración segura de los alimentos o medicamentos, valorándose positivamente otras alternativas que permitan que la información esté exclusivamente a disposición de los trabajadores del comedor que lo necesiten, sin mantenerse expuesta a toda la concurrencia.

10. RETOS FUTUROS

A lo largo de la historia de esta Agencia se han realizado múltiples planes de oficio, algunos relacionados con el sector sanitario. No obstante, este plan es el primer plan que toca los servicios sociales, y lo hace solamente en aquellos puntos donde confluyen con los sanitarios.

Hay que decir que durante este plan se ha llegado a vislumbrar la enorme cantidad de servicios sociales que se prestan en la actualidad en España, desde los servicios de atención primaria, que ofrecen información, orientación y asesoramiento, ayudas a la tramitación, etc., hasta servicios más especializados donde la lista se hace interminable, y entre los que no solo encontramos la atención a la dependencia y discapacidad, sino también servicios de prevención, de apoyo a la familia, servicios relacionados con violencia de género, drogodependencia y alcoholismo, menores infractores, y en general colectivos en situación de desamparo y en riesgo de exclusión social.

La cartera de servicios incluye Residencias y Centros de Día, Centros de Atención a la Infancia y servicios protección a menores, Centros de Apoyo a las familias, Servicios de Educación Social, Servicios de Urgencias Sociales, Servicios de Atención Temprana, Servicios de Teleasistencia domiciliaria y Ayuda a domicilio, Albergues, Alojamientos para familias monoparentales, Casas de acogida para Mujeres en situación de prostitución, Piso acogida mujeres embarazadas, Pisos para población inmigrante, y un largo etcétera.

Observando la cantidad de servicios existentes y las categorías de datos que necesariamente se tratan durante su planificación, administración, prestación, y control, se puede deducir la conveniencia de realizar actuaciones de oficio tendentes a verificar las garantías de protección de datos implementadas para minimizar los riesgos con respecto a los derechos y libertades de los interesados.

Por la amplitud del tema a tratar y la complejidad dichas actuaciones, que involucrarían acciones con las distintas administraciones, central, Autonómica y local, así como entidades privadas, habría que delimitar el ámbito espaciotemporal de las investigaciones, su alcance y objetivos, seleccionando los servicios más relevantes desde la perspectiva de los tratamientos y la tipologías de datos involucrados. Para ello nos deberíamos hacer preguntas del tipo ¿qué categorías especiales de datos son tratados? ¿Dónde se

encuentran los mayores riesgos? Y, en definitiva, ¿qué actuaciones tendrían el máximo retorno?

11. ANEXO I - MARCO JURÍDICO DEL TRATAMIENTO DE DATOS

LEGISLACIÓN APLICABLE:

- 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 (**RGPD**).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (**LOPDGDD**).
Sustituye a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (referenciada en el informe como **LOPD** o **antigua LOPD**).
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (**Ley de Dependencia**).
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (**LGS**).
- 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 (**LAP**).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social) (**LGSS**).
- La Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.
- La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (**LGSP**)
- 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.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (**LEC**).
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.
- Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Leyes sociales y sanitarias aprobadas por las Comunidades Autónomas:

- ANDALUCÍA
Ley 9/2016 de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.

- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- **ARAGÓN**
Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales.
Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
 - **ASTURIAS**
Ley 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
 - **CANARIAS**
Ley 9/1987 de 28 de abril, de Servicios Sociales.
Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.
 - **CANTABRIA**
Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.
Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria
 - **CASTILLA LA MANCHA**
Ley 14/2010 de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.
Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de garantías de la Atención Sanitaria Especializada.
 - **CASTILLA Y LEÓN**
Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.
Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León.
 - **CATALUÑA**
Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales
Ley 7/2003, de 25 de abril, de Protección de la Salud.
Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública del Servicio Catalán de la Salud.
 - **COMUNIDAD VALENCIANA**
Ley 5/1997 de 25 de junio, por la que se Regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana
Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.
 - **EXTREMADURA**
Ley 5/1987 de 23 de abril, de Servicios Sociales
Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura.
 - **ISLAS BALEARES**
Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears
Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de les Illes Balears.
 - **GALICIA**
Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales
Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

- LA RIOJA

Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud.

- MADRID

Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid

Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de medidas en materia sanitaria.

- MURCIA

Ley 3/2003 de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales

Ley 3/2009, de 11 de marzo, de Derechos y Deberes del sistema sanitario de la Región de Murcia.

- NAVARRA

Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, sobre Servicios Sociales

Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

- PAÍS VASCO

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales

LEY 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi

12. ANEXO II - RECURSOS DE LA AEPD RELACIONADOS CON LA COVID-19

Recursos elaborados para dar respuesta a las dudas que han ido surgiendo con relación a COVID-19. Este anexo aglutina los recursos publicados por la AEPD:

- [Informe sobre los tratamientos de datos en relación con la COVID-19](#)
- [Preguntas frecuentes dirigidas tanto a ciudadanos como a empresas y otros sujetos obligados al cumplimiento de la normativa de protección de datos](#)
- [Comunicado de la AEPD en relación con webs y apps que ofrecen autoevaluaciones y consejos sobre el coronavirus](#)
- [Comunicado de la AEPD sobre apps y webs de autoevaluación del Coronavirus](#)
- [Nota Técnica: Recomendaciones para proteger los datos personales en situaciones de movilidad y teletrabajo](#)
- [Comunicado de la AEPD en relación con la toma de temperatura por parte de comercios, centros de trabajo y otros establecimientos](#)
- [El uso de las tecnologías en la lucha contra el COVID19](#)
- [Informe sobre el uso del reconocimiento facial para realizar exámenes](#)
- **Blog de la AEPD:**
 - [Tratamientos de datos personales en situaciones de emergencia](#)
 - [Brechas de seguridad: El Top 5 de las medidas técnicas que debes tener en cuenta](#)
 - [Notificación de brechas de seguridad de los datos personales durante el estado de alarma](#)
 - [Campañas de phishing sobre el COVID-19](#)