

## PROTECCIÓN DE DATOS

# UNA LEY DE DIFÍCIL CUMPLIMIENTO

---

Mesa redonda coordinada  
por **Gonzalo San Segundo**  
Director asociado

---



*El nuevo reglamento que desarrolla la Ley de Protección de Datos contiene importantes novedades relativas a los datos de salud, al tiempo que se plantea como un reto difícil de cumplir. Los expertos convocados por MEDICAL ECONOMICS coinciden en señalar que el médico necesita formación y concienciación para aplicar la normativa, que establece sanciones de hasta 600.000 euros.*

**E**l pasado mes de enero se publicó en el BOE el nuevo reglamento que desarrolla la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal de diciembre de 1999. La normativa contiene novedades importantes, retos y oportunidades que afectan al sector sanitario. El desarrollo y aplicación de las tecnologías de la información y comunicación han dado un vuelco a la llamada e-salud en general y particularmente a todo lo relacionado con la protección de datos de los pacientes. Incluso, en el tratamiento de los datos de salud en los ficheros no automatizados se presentan nuevos problemas a los que hay que dar solución. En ambos casos, el nuevo reglamento marca unos plazos determinados para implantar las respectivas medidas de seguridad. La historia clínica (esté o no informatizada), en sus vertientes de confidencialidad, acceso, centralización, conservación, así como en lo que afecta a los responsables de su custodia, tanto en los servicios sanitarios públicos como privados, constituye el nudo gordiano de la nueva normativa. Asimismo, hay que tener en cuenta los sistemas informáticos y aplicaciones de *software* que los

centros sanitarios eligen para proteger los datos de carácter personal o para ajustarse realmente a la ley.

Para abordar y debatir los aspectos más relevantes que para el profesional sanitario contiene el nuevo reglamento de la Ley de Protección Datos, MEDICAL ECONOMICS celebró una mesa redonda en la que participaron destacados especialistas, como Josep Arimany Manso, gerente del Área de Praxis y director del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB); Marta Escudero González, responsable del Área de Protección de Datos del bufete De Lorenzo Abogados; Cristina Gómez Piqueras, inspectora de la Agencia Española de Protección de Datos; Rafael Peñalver Castellanos, secretario general del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, y Román Ramírez Jiménez, consultor de PricewaterhouseCoopers, experto en seguridad informática.

Ofrecemos a continuación un amplio resumen de la mesa redonda, que estuvo moderada por los directores asociados de la revista, José María Martínez y Gonzalo San Segundo.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cuáles son las novedades y puntos más importantes del nuevo reglamento que desarrolla la Ley de Protección de Datos que atañan al sector sanitario?*

**CRISTINA GÓMEZ:** El reglamento incorpora la doctrina que la Agencia Española de Protección de Datos ha dictado en sus resoluciones, así como los informes de la Abogacía del Estado y la doctrina de la Audiencia Nacional y del Tribunal Supremo. También hay cosas nuevas, como las medidas de seguridad en ficheros papel. En cuanto a los temas de salud, se define por primera vez lo

que son datos de salud: aquellos de carácter personal referidos a informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura. Esto es muy importante. En cuanto a la salud pasada: ojo con las cancelaciones de datos en historias clínicas, porque tienen que seguirse recogiendo. Nadie pide la cancelación de que pasó la varicela, pero sí de que ha sido drogado en un período de su vida, o alcohólico, o que tuvo una depresión... La ley obliga, y esto es muy importante para el sector médico, a contestar al reclamante, pero no a cancelar esos datos. Una cosa es la obligación de contestar y otra es que tenga que contestar accediendo a lo que le piden. En salud no se

deben cancelar nunca los datos salvo que carezcan de incidencia para la historia clínica y para el futuro del paciente. En cuanto a la salud futura, el reglamento está haciendo referencia a datos genéticos. Se recoge también la salud tanto física como mental de un individuo. Y, en particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos al porcentaje de discapacidad y a la información genética.



**“ Hay un gran peligro con las historias clínicas que los hospitales envían a los juzgados. Todo el mundo tiene acceso a las anotaciones subjetivas”**

– Josep Arimany Manso

Un artículo por el que me están preguntando constantemente y parece que tiene mucha incidencia, cosa que a mí me ha sorprendido bastante, entre el sector médico es el artículo 10.5 del reglamento, que establece la posibilidad de que entre las administraciones públicas sanitarias, en el Sistema Nacional de Salud, se cedan datos de salud de un paciente para tratarle desde el punto de vista médico. Esto es el futuro en protección de datos. No tiene sentido que mi historia clínica esté en el Hospital La Paz y, si me rompo una pierna estando de vacaciones en Santander, me tengan que repetir todas las pruebas.

**MARTA ESCUDERO:** Como novedades del reglamento que se refieren al aspecto de la salud hay dos: la definición de datos de salud y el tema de las cesiones de datos de los orga-

nismos del Sistema Nacional de Salud. Hay otros puntos que afectan directamente a la salud como las historias clínicas en papel y las medidas de seguridad. Se ha concretado un listado de las medidas de seguridad que se deben cumplir. Sin entrar a valorarlas, creo que aquí lo más importante es la formación y la concienciación del personal. Una empresa puede poner todos los medios que sea para cumplir las medidas de seguridad, pero si el personal no está concienciado, va a ser un desastre, y ése yo creo que es el mayor esfuerzo que exige el cumplimiento de las medidas de seguridad.

**JOSEP ARIMANY:** Los grandes centros sanitarios tienen medios personales y materiales para aplicar estas medidas, pero nos encontramos, y lo vemos cada día, con que el médico de consulta privada las desconoce, como si no hubiera Ley Orgánica de Protección de Datos. Por tanto, estamos obligados los colegios profesionales a dar una formación e información a médicos, sobre todo a los médicos de consulta privada. El propio Colegio de Médicos de Barcelona ha montado un centro de asesoramiento para todos los médicos que quieren implantar estas medidas y para que conozcan lo que nos implica ahora el reglamento. Al médico le tenemos que dar información y formación sobre el tema, porque la protección de datos es un derecho fundamental. Y está muy bien que el desarrollo reglamentario haya definido lo que son los datos sanitarios. Esto es muy importante, porque la ley orgánica anterior no lo definía.

**CRISTINA GÓMEZ:** Las medidas de seguridad de nivel alto exigen tener un control de acceso de todas las personas que han accedido a los datos durante dos años. Los accesos siempre tienen que estar justificados. Yo



**Josep Arimany Manso**  
**DIRECTOR SERVICIO DE RESPONSABILIDAD DEL COMB**

“Los colegios estamos obligados a dar formación e información a los médicos, sobre todo a los de consulta privada, sobre la aplicación del reglamento de la Ley de Protección de Datos”.



**Marta Escudero González**  
**AREA DE PROTECCIÓN DE DATOS. BUFETE DE LORENZO ABOGADOS**

“Una empresa puede poner todos los medios que sean para cumplir las medidas de seguridad en protección de datos, pero si el personal no está concienciado va a ser un desastre”.

no me puedo meter en una historia clínica, aunque sea médico, a cotillear, tiene que haber una justificación. En el caso de una consulta de un médico, se le exime de la obligación de tener este control de acceso siempre que sea el único que vaya a acceder a ese ordenador. Y otro apunte: cuando el reglamento habla de los plazos de implantación de las medidas de seguridad, muchas empresas entienden que es un período de vacaciones. No. Hay sentencias que dicen que para un derecho que está reconocido en la Constitución no puede haber un período de vacaciones legales. Lo que quiere decir es para lo que sea novedoso, para lo que me exige el nuevo reglamento, tengo 18 meses para implantarlo, pero para el resto tengo que cumplir con mis medidas de seguridad.

**MARTA ESCUDERO:** Una novedad más: el tema que regula la disposición adicional única, que establece que los productos de *software* que tratan datos tienen que especificar qué medidas de seguridad cumplen. Esto es un problema en las clínicas privadas. Un doctor con un auxiliar compra un programa para gestionar los datos con la intención de dar una mejor gestión y atención y se encuentra que a lo mejor ha comprado algo que no cumple para nada con la Ley de Protección de Datos, y se siente estafado. ¿Quién es el responsable de ese incumplimiento? Creo que esto es una ayuda muy grande para todos los profesionales sanitarios.

**ROMÁN RAMÍREZ:** Es un problema extensivo, porque, además, la mayor parte de los fabricantes de todos los productos que se están moviendo en el entorno sanitario son extranjeros, alemanes o americanos, y el problema es que esta legislación es española. En Estados Unidos los datos personales son pro-

piedad de quien los recaba, no de la persona en sí.

**RAFAEL PEÑALVER:** Creo que, respecto del reglamento que comentamos, no se ha visto muy bien la realidad social y cultural de nuestro país. Como representante de una administración que tiene que velar por los ciudadanos y, a la vez, por el funcionamiento de una prestación sanitaria, creo que hay una cultura, basada sobre todo en el cristianismo, en el que el hecho de la visita a los enfermos, el hecho de conocer las enfermedades de los pacientes es una obra de misericordia. Las obras de misericordia son 14, y una de ellas es redimir al cautivo, que ya no hay muchos, bueno, alguno queda por las FARC... Puedo decir que en muchas iglesias todavía hay mujeres que visitan a los enfermos y salen con un listado de enfermos, y no



**“Es conveniente que los médicos sustitutos firmen un documento de confidencialidad y se les dé toda la información de los pacientes”**

– Marta Escudero González

sólo los visitan, sino que además se lo cuentan a todo el mundo. Entonces, la cultura normal es contar la enfermedad. Es decir, nos encontramos con unas normas que van a afectar a la vida de los ciudadanos que, primero, no las respetan. Todavía se puede ver en cualquiera de las consultas a la gente pasándose las radiografías unos a otros, pasándose los análisis, etc.



**Cristina Gómez Piqueras**  
**INSPECTORA DE LA**  
**AGENCIA ESPAÑOLA DE**  
**PROTECCIÓN DE DATOS**

“En la sanidad privada es el propio médico el responsable del fichero

y quien incumple la normativa, a no ser que la clínica esté constituida como sociedad e inscrita el fichero”.



**Rafael Peñalver Castellanos**  
**SECRETARIO GRAL. DEL**  
**SERVICIO DE SALUD DE**  
**CASTILLA-LA MANCHA**

“El reglamento es muy duro y de muy difícil cumplimiento. El usuario incumple muchas normas, como

pasarse unos a otros las radiografías y los análisis en las consultas”.

El reglamento es muy duro y de muy difícil cumplimiento. El usuario incumple muchas normas. Nosotros hemos puesto carteles en todas nuestras consultas del servicio de salud: “ El Sescam informa que de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 –cuando lo pusimos era antes del reglamento– de Protección de Datos de carácter personal, los datos facilitados por los usuarios serán recogidos e incorporados a los ficheros de titularidad del Sescam, cuya finalidad es la adecuada gestión y prestación de asistencia sanitaria”. Eso lo hemos puesto en

nos que antes no existían, pero la Ley de Autonomía del Paciente dice bien claro de quién es el historial clínico. Yo me he encontrado con jefes de Servicio que me decían que el historial clínico es de su propiedad y que ellos hacen con él lo que quieren. Les digo: no, lo dice la Ley de Autonomía del Paciente y lo dice la Ley de Protección de Datos. El historial no es propiedad de nadie. Tú eres un custodio. He visto muchos problemas con aplicaciones departamentales. La gente se concentra en lo que es el fichero principal de datos y luego tienes cosas de dermatología con fotografías que hace el médico con su cámara personal que se la lleva a casa... Cosas de este tipo se dan muchísimo. Si estamos tratando datos de nivel alto y se supone que tenemos que tener un control de acceso sobre esos datos, no puedes pretender que las enfermeras de una UCI tarden 40 segundos en meter usuario y contraseña para entrar en un ordenador. Entonces, se dan muchas situaciones como que el ordenador esté abierto sin protección. No estamos hablando de tecnología avanzada, es poner un usuario y una contraseña y que estás en una UCI y no puedes perder tiempo en ello. Hay muchos problemas, porque la tecnología no es suficiente, pues ésta se enfoca mal en todos los sitios donde se implanta.



Los expertos reunidos por MEDICAL ECONOMICS debatieron acerca de las novedades que desarrolla la Ley de Protección de Datos.

todos los sitios y la gente no lo entiende. El médico tiene que informar también al ciudadano como parte de la atención, y tiene que empezar a mentalizarlo. Para empezar a mentalizarlo tiene que conocer los preceptos. El profesional no tiene un gran conocimiento de lo que es la protección de datos.

**ROMÁN RAMÍREZ:** Lo que es el nuevo reglamento no creo que aporte demasiadas cosas novedosas. Es verdad que hay detalles, es verdad que se han aceptado térmi-

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué problemas plantea, en cuanto a protección de datos, la externalización de servicios, es decir, las contrataciones y subcontratas con terceros?*

**ROMÁN RAMÍREZ:** Con el tema de las subcontratas hemos tenido muchos problemas. Ahora se puede firmar un documento donde haces extensivo a todas tus subcontratas que tú eres un tratador de datos pero no es tan obvio cuando estamos hablando de datos de nivel alto, y hay gente, que puede ser un becario que está tres meses en una cuarta contrata, que está teniendo acceso a datos, por ejemplo, clínicos de un VIP, de una persona muy importante. Y estas situaciones las estamos viendo bastante y son muy complicadas y complejas de resolver.

**CRISTINA GÓMEZ:** Cada vez se externalizan más los servicios en el sector sanitario, sobre todo desde las administraciones públicas, a empresas privadas, porque parece que económicamente es más rentable. Y, con ello, terceras personas acceden a ficheros que con-



Román Ramírez Jiménez  
**CONSULTOR DE PRICE-WATERHOUSECOOPERS**

“Un truco que se utiliza mucho para hacer cesiones de datos sin consentimiento es habilitar los mecanismos para que un tercero se conecte a mis bases de datos para hacer un tratamiento”.

tienen datos sensibles. ¿Qué problema plantea esto en cuanto a protección de datos? Con la Ley de Protección de Datos, la Agencia tenía muy claro que la empresa que trataba los datos como encargada de tratamiento del hospital que fuera no podía dejar mi fichero a otra tercera empresa para hacer una parte del tratamiento, a una cuarta para hacer otra parte, etcétera. Pero eso, desde el punto de vista empresarial, parece que no estaba muy bien. Entonces, ¿qué es lo que hace el nuevo reglamento? Pues habilitar que se hagan esas subcontrataciones posteriores siempre con la autorización del responsable del fichero, que sería el hospital "X".

**RAFAEL PEÑALVER:** ¿Quién sería, en caso de que hubiera una vulneración, el responsable?

**CRISTINA GÓMEZ:** El hospital. Si el encargado del tratamiento desobedece al responsable del fichero, pasa a ser responsable. Lo dice el artículo 43. Si yo le digo: hazme este trabajo y no subcontrates con nadie y luego subcontrata, nosotros sancionaremos si hay una denuncia. Y cuando se hace un encargo del tratamiento, jurídicamente no se produce una cesión de datos, porque es como si lo hiciera por mi cuenta. Y esto es válido para toda la Unión Europea.

**ROMÁN RAMÍREZ:** Hay dos formas en las que yo podría pasar la información a un tercero, y es con una cesión y con un tratamiento, que son dos enfoques completamente diferentes. La cesión sería en la que yo cogería toda mi base de datos y le daría una copia a ese tercero, y el tratamiento es donde yo habilitaría los mecanismos para que ese tercero se conectara a mis bases de datos e hiciera el tratamiento. Éste es el truco que se está utilizando mucho para hacer cesiones sin consentimiento y camuflarlas como tratamientos.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Antes se comentaba que las administraciones públicas tienen muchas dificultades para aplicar el nuevo reglamento. ¿Se podrían señalar algunos ejemplos?*

**RAFAEL PEÑALVER:** Voy a poner varios. Un ciudadano de Talavera de la Reina, que no vive allí pero está allí, denuncia a la Agencia de Protección de Datos (es un caso

que nos ha pasado) que hay unos listados puestos en una consulta dental con los nombres de los pacientes. Van allí dos inspectoras de la Agencia y nos dicen: "Quiten ustedes esos listados". Nosotros mandamos instrucciones a todos los gerentes de todas las consultas de toda la comunidad autónoma para que quiten los listados. Y empieza el caos. Los pacientes no saben cuándo les toca y los médicos no saben qué paciente les toca. Hacemos otra consulta a la Agencia y le decimos: "¿Qué ponemos?" Y nos dicen: "El DNI". Pero la gente no se sabe el DNI, porque muchos son mayores. Y se monta un pollo tremendo, con muchas quejas de la gente. Otra dificultad que tenemos es con los inmigrantes y las traducciones. ¿Qué pasa cuando llega un inmigrante árabe o moldavo? Hay que recurrir a un traductor simultáneo, que puede estar presente o a miles de kilómetros de distancia. Esto plantea un problema de confidencialidad, además del asistencial. Otro problema de confidencialidad se produce con los sacerdotes que están en los hospitales. Preguntan a los pacientes qué les pasan y se enteran de todo. Y la gente lo ve normal, pero ha habido quien ha protestado.

**CRISTINA GÓMEZ:** Hay un informe reciente de la Agencia que dice que no hay que informar al sacerdote de ningún dato de salud salvo que el propio paciente o, en su



**" Los pacientes tienen derecho a una copia de su historia clínica y los hospitales son muy reticentes a darla en la forma en que la piden"**

– Cristina Gómez Piqueras

caso, sus familiares, lo autoricen. Hay muchos problemas con los comités de cuidados paliativos, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, que quiere meter a un sacerdote entre el personal de esos comités. ¿Puede el psicólogo clínico o los trabajadores sociales tener acceso a la historia clínica? Sólo acceso a los datos necesarios para hacer su trabajo.

**MARTA ESCUDERO:** En el tema de los sustitutos considero que hay riesgos como con cualquier persona que pueda trabajar en

cualquier departamento, pero siempre tiene que primar el derecho a la salud del paciente. Lo que pasa es que se tienen que tomar todas las precauciones que la legislación exige. Es conveniente que firmen un documento de confidencialidad y que se les dé toda la información, que parece que se les está dando.

**CRISTINA GÓMEZ:** Alguna comunidad autónoma quiso, en la Ley de Autonomía del Paciente, incorporar una limitación por parte del propio paciente para proporcionar datos de su salud al médico sustituto. Es decir, yo le cuento a mi médico, porque tengo mucha confianza con él, toda mi vida sanitaria, pero si mañana me ve el sustituto, yo no quiero que tenga acceso a algunos de mis episodios de salud. Por ejemplo, que en un momento dado aborté. Esto se planteó y desde la Agencia se dijo que no cabía por parte del paciente limitar la información a la historia clínica, que es el médico el que lo tiene que valorar. El aborto es un dato clínico que creo que sí tiene importancia para la historia clínica.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué pasa con las anotaciones subjetivas a efectos de la protección de datos?*

**RAFAEL PEÑALVER:** Si es peor que el médico haga esas anotaciones...



**“ Problemas de confidencialidad se dan con los sacerdotes de los hospitales, preguntan a los pacientes que qué les pasa y se enteran de todo”**

– Rafael Peñalver Castellanos

**CRISTINA GÓMEZ:** El profesional médico luchó muchísimo porque la Ley de Autonomía del Paciente recogiera las anotaciones subjetivas, que tienen cierta importancia clínica. Lo que no se puede poner como anotación subjetiva, y hay historias clínicas que sí lo pone, es: “Esta gorda a lo que viene es a pedir la baja”. Eso está escrito. O “este *yonki* quiere pastillas”. Esas no son anotaciones subjetivas, eso es algo de muy mal gusto y de

muy mala educación. Las anotaciones subjetivas tienen un campo muy interesante en psiquiatría. Y, al estar dentro de la historia clínica, las anotaciones subjetivas se consideran datos a proteger. La única excepción es que el paciente no tiene acceso a ellos.

**ROMÁN RAMÍREZ:** Si tienes que poner datos que referencien a terceros, como, por ejemplo, “tiene un familiar alcohólico”, lo ideal sería que estén en la parte de anotaciones subjetivas, porque, si vas a revelar el historial clínico al paciente y vienen datos de terceras personas, estás vulnerando la ley.

**CRISTINA GÓMEZ:** Está exceptuado por la Ley de Autonomía del Paciente el informar al afectado de lo que pueda perjudicar a terceras personas. Muchas veces acude un matrimonio al médico y éste le pregunta a él: “¿Y usted sigue bebiendo?”. Y dice el hombre: “No, yo lo he dejado”. Y por detrás le dice la mujer: “Bebe como un cosaco”. Y el médico lo apunta. Pero, claro, si este señor alcohólico pide acceso a su historia clínica, puede que mate a la mujer.

**JOSEP ARIMANY:** Cuando un juez pide la historia clínica de una persona, el hospital se la manda completa, anotaciones subjetivas incluidas. Y sé, porque he trabajado 25 años como médico forense, que en los juzgados hay historias clínicas repartidas por todas partes y todo el mundo tiene todas las anotaciones subjetivas. Yo he visto estas anotaciones: “Es histérica”, “está loca”, “insulta al marido”... Aquí hay un gran peligro.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué retos y oportunidades ofrece el nuevo reglamento en la aplicación de la protección de datos para el profesional sanitario?*

**JOSEP ARIMANY:** Me reitero en la necesidad de dar una buena formación a todos, administradores y personal sanitario para poder cumplir esta normativa. El 50 por ciento de los colegiados de este año en el Colegio de Médicos de Barcelona son extranjeros que no conocen nada de nuestra legislación. Nosotros hemos firmado un convenio con el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña para darles un curso de formación, que es voluntario y pero debería ser obligatorio. Nosotros lo estamos solicitando pero la administración no lo exige. En este curso se

explica el sistema sanitario español, el autonómico, la Ley de Autonomía del Paciente, la de Protección de Datos y su desarrollo reglamentario, etc.

**MARTA ESCUDERO:** Además de formar, hay que concienciar a la gente de la importancia que tienen los datos de salud y su protección. El propio ciudadano no es consciente de lo que es un dato de carácter personal. El estar enfermo es un dato de salud, pero el tener buena salud también es un dato de salud, y ahí no hay conciencia de eso.

Es igual que el tema de enviar pruebas médicas por correo poniendo el Servicio de Oncología. No hay ninguna necesidad de poner quién es el remitente, porque ya sabemos cómo son los vecinos.

**JOSEP ARIMANY:** En el tema de protección de datos tenemos que ser cautos, no se ha de crear alarmismo, sino hacer pedagogía, formación y orientación. En España se hacen millones de justificantes de acompañantes. Tampoco tenemos que crear esta situación de indefensión al médico, porque llega un momento que al final no quiere hacer asistencia.

**RAFAEL PEÑÁLVER:** No se puede generar una desconfianza en la relación médico-paciente. ¿Quiénes tienen más riesgo en el tema de la protección de datos? Todos los que están relacionados con el manejo de los ficheros y el uso que se haga de ellos. El médico tiene que saber todo lo que le pasa al enfermo y está en su derecho de rectificar y darle lo que él considere oportuno.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cuáles son los problemas que se presentan o se pueden dar a la hora de aplicar las nuevas tecnologías a la protección de datos?*

**ROMÁN RAMÍREZ:** Los requisitos tecnológicos que marca la ley no me parecen exagerados, sino razonables. Otra cosa es la tecnología que hay disponible. En el caso concreto de las anotaciones subjetivas, hay diversas aplicaciones que no tienen la opción de tener un campo específico de anotaciones subjetivas; otras te obligan a cancelar datos porque el programa no te permite ponerlos en un sitio donde no sean accesibles, que se consideren bloqueados y

cancelados, pero sin borrarlos. En cuidados intensivos el problema está en que no puedes obligar a nadie a rellenar campos farragosos para estar identificado, pero debes identificarle porque está tratando datos de nivel alto. En este caso, con una tarjeta de proximidad que llevara en la cintura estaría solucionado, o con un código de barras. Son enfoques mal hechos desde el punto de vista del proyecto tecnológico. La tecnología tiene muchas posibilidades, pero la gente que aplica la tecnología también tiene sus limitaciones.

**RAFAEL PEÑÁLVER:** Estamos muy en mantillas todavía, porque la radiofrecuencia abre muchas puertas y es una de las medidas de seguridad más importantes para un paciente. La radiofrecuencia sirve para identificar a un enfermo y no repetirse las pruebas. Y sobre todo, vuelvo a insistir, la firma digital, la identificación y la tarjeta con *chip*, tanto de los ciudadanos como la del profesional. Ahora mismo en España se están leyendo radiografías de otros países o en Estados Unidos están leyendo radiografías y se están interpretando en la India, radiografías de España se están leyendo, con todos los datos del paciente, en otro sitio.

**ROMÁN RAMÍREZ:** Transferencias cifradas por canales inseguros.



**" De un sitio a otro, de un país a otro los datos de salud tienen que viajar cifrados, es obligatorio, pero en la práctica esto no se da"**

– Román Ramírez Jiménez

**CRISTINA GÓMEZ:** Están implantadas en la ley las medidas de seguridad de nivel alto, que tienden a impedir todo eso. Mis compañeros inspectores, que son todos de perfil informático, muchas veces dicen que es intentar poner puertas al campo, porque se van cerrando unas puertas pero la tecnología va tan avanzada que se abren otras, lo que conlleva riesgos. Las medidas de seguridad tienen que ir intentando cerrar esas puertas porque son datos muy sensibles. El que se sepa que yo trabajo en la Agencia no tiene importancia, si se sabe que he abor-

tado o que soy portadora del VIH, me puede costar el trabajo.

**ROMÁN RAMÍREZ:** De un sitio a otro, de un país a otro los datos tienen que viajar cifrados. Es obligatorio, pero en la práctica no se da. Sé de casos en que no se están cifrando por problemas de mal diseño del proyecto tecnológico.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cuál es el estado de aplicación de la Ley de Protección de Datos en el sector sanitario y de las sanciones?*

**MARTA ESCUDERO:** Los médicos empiezan a cumplir por temor a las multas, a la Agencia. Y los odontólogos, al menos en la Comunidad de Madrid, porque la Consejería de Sanidad les está exigiendo la inscripción de los ficheros. Es un paso, pero se quedan ahí. Pero si les preguntas: ¿Tienes un documento de seguridad?, ¿informas a los pacien-

tes?, te contestan: “Yo no, yo ya cumplo todo y con eso me dijeron que era suficiente”.

tes?, te contestan: “Yo no, yo ya cumplo todo y con eso me dijeron que era suficiente”.  
**CRISTINA GÓMEZ:** Del total de procedimientos sancionadores realizados por la Agencia en 2007, un seis por ciento corresponde a temas de salud. En cuanto a reclamaciones de tutela por denegación del derecho de acceso a la historia clínica el porcentaje sube hasta un 12 por ciento. Es una barbaridad, antes nadie pedía la historia clínica y ahora la gente conoce ese derecho, en unos casos para pedir una segunda opinión y, en otros, porque el paciente quiere denunciar al médico. Los pacientes tenemos derecho a una copia de la historia clínica y los centros sanitarios son muy reticentes a facilitarla en la forma que pide el paciente. El reglamento aclara que es el paciente el que exige la forma en la que quiere esa comunicación, ese acceso a sus datos, incluso arriesgándose a que se puedan extraviar.  
 Hasta ahora, la mayoría de las infracciones se han cometido por sistemas públicos de salud: se sanciona a las consejerías, que son las responsables de los hospitales, más que a médicos particulares. Muchos médicos particulares que trabajan en clínicas desconocen quién es el responsable del fichero. Creen que es la clínica, y la clínica no es, a no ser que esté constituida como sociedad e inscrita el fichero. De lo contrario, es el propio médico el responsable del fichero y quien incumple la normativa. Otra cosa que muchos médicos desconocen es la obligación de custodiar las historias clínicas, aunque estén trabajando en Ciudad Real o en Toledo, por poner un ejemplo, y se vayan a Barcelona. Cuando un médico particular trabaja él solo, el responsable del fichero es él. Si trabaja con un grupo de médicos en una sociedad o similar, cada uno puede ser responsable de su propia historia clínica o puede ser la sociedad la que sea responsable de esas historias clínicas. En el sistema público es más fácil, porque es la propia comunidad, en principio, la que es responsable del fichero, y en un hospital privado es el hospital privado quien tiene todas las responsabilidades. La vulneración del deber de secreto de datos de salud suponen infracciones muy graves y la multa va de 300.000 a 600.000 euros.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Todavía hay muchas historias clínicas sin digitalizar...*

**MARTA ESCUDERO:** Aunque se tienda a la informatización, hay millones y millones de historias clínicas en papel. Un problema que tienen las consultas pequeñas es que no les caben las historias clínicas y, si fuera por ellos, las quemarían.

**RAFAEL PEÑALVER:** El manejo y escaneo de todos esos datos es muy trabajoso y cuesta muchísimo dinero. Muchas veces tienes que priorizar si invertir una cantidad de dinero en informatizar las historias clínicas o abrir un nuevo centro o invertir ese dinero en otra cosa. Dentro de muy poco tiempo será obligatorio que todo esté informatizado. ■



Los asistentes a la mesa redonda posan al término de la misma con los directores asociados de la revista, Gonzalo San Segundo (a la izquierda) y José María Martínez (a la derecha).