

LOS DATOS SOBRE LA SALUD DE LOS CIUDADANOS: CONFIDENCIALIDAD VERSUS TRANSPARENCIA

Marta Vidal Raso

Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense de Madrid

España ha desarrollado desde 1992 una completa normativa sobre Protección de Datos Personales, desarrollo normativo viene motivado por un compromiso con Europa. En la actualidad, las normas esenciales que desarrollan el derecho fundamental a la protección de datos son la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos Personales (LOPD) y su correspondiente Reglamento de Desarrollo, el RLOPD (RD 1720/2007, de 21 de diciembre).

Pese a la normativa, surgen a diario problemas en todos los sectores, incluido el sanitario. No es fácil proteger de forma íntegra los datos de los pacientes en la vida cotidiana de un centro sanitario, en el que entran y salen datos constantemente, ni mucho menos controlar que se apliquen todas las medidas necesarias. Quizás la labor debería comenzar por concienciar al personal que maneja los datos, de la importancia de la protección de los datos y, de que es un derecho constitucional de los ciudadanos que hay que respetar a través del cumplimiento de la normativa.

Hoy en día la crisis económica y el coste de la Sanidad Pública han motivado el estudio del copago sanitario. Una de las propuestas supone la implantación en función de la renta de los ciudadanos. Solamente en España, Dinamarca y El Reino Unido, la asistencia médica es gratuita. En el resto de Europa se aplica el copago de forma casi generalizada, pero ninguno de los países que tienen implantada esta medida lo hace en función de la renta de los ciudadanos. Algunos como Alemania, Austria, Finlandia, Portugal o Suecia, aplican una tarifa fija por la atención sanitaria; en cambio otros como Bélgica, Francia o Luxemburgo, lo hacen cubriendo un porcentaje de los gastos. En casi todos ellos y de forma generalizada, las coberturas son mucho más completas que en España, incluyendo, por ejemplo, tratamientos dentales, gafas o audífonos. De modo que España se aproximaría a Europa en unas cosas, pero queda muy lejos en otras.

En pocas palabras, se trata de pagar un extra por la atención sanitaria. ¿O quizás debería llamarse repago? porque los ciudadanos para ser atendidos en los centros sanitarios ya estamos obligados a cotizar por tal concepto, de modo que, podría tratarse de una doble imposición. Esta medida, cuya finalidad es la de reducir el gasto sanitario, tiene también un fin recaudatorio, aunque en teoría no se persiga; ésto acortaría distancias entre la sanidad pública y privada, en el supuesto de que se cobrasen gastos por las consultas, hospitalizaciones, etc., pudiendo provocar una migración al sector privado.

El cobro o copago por los servicios sanitarios podría evitar en parte el mal uso de los recursos sanitarios públicos. No obstante, este problema no es nuevo, pues ya se afronta en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la anterior, así como en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, que se dicta en desarrollo de la primera. El citado reglamento, establece en sus disposiciones generales que, “*profundiza en la mejora racional del uso de los medicamentos*”, a tiempo que proclama que se “*refuercen las garantías de los ciudadanos*”. La recaudación económica de los servicios sanitarios, el copago, podría hacer vulnerables a los ciudadanos a los que se transfiere una competencia que en realidad corresponde al personal sanitario. Son éstos los que deben valorar la salud de sus pacientes, si no fuera así se pueden llegar a generar complicaciones médicas graves por “miedo al pago”, o “miedo a la transparencia”.

En este sentido ¿se estarían trasladando decisiones puramente médicas, que competen a los profesionales sanitarios, a los pacientes?. Esta responsabilidad haría al paciente discernir si está lo suficientemente grave o no como para ir a un especialista, o si por el contrario se debería esperar para no pagar por la consulta. En los tiempos de crisis que corren es posible que no se acuda al médico por razones económicas, y la afección del paciente se haga más grave de la que creía tener. Y quizás cuando acuda a la consulta se puede confirmar que la enfermedad está en un grado más avanzado, con peor diagnóstico y, al final, con un tratamiento que resultará más largo y costoso. Esto podría crear una situación de desigualdad e incertidumbre entre los ciudadanos a nivel sanitario. Incluso se podrían producir conflictos de responsabilidades, si la dolencia del paciente proviene, por ejemplo, de una mala praxis médica que además provoca costes adicionales a los pacientes ¿Se podrían exigir responsabilidad a los profesionales, y en el caso de la sanidad pública, al propio Estado por el exceso de gastos ocasionados al paciente?. Seguramente sí. Esta es otra interesante consideración a tener en cuenta si finalmente se impone el modelo de copago sanitario.

En concreto, la Ley General de Sanidad establece que *“los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud”*, y estas inseguridades podrían perjudicar ciertamente la salud de los ciudadanos.

Lo cierto es que las normas sanitarias, en general, hablan de igualdad efectiva para el acceso y prestaciones sanitarias y, el sistema de copago podría no cumplirlo, ya que el acceso no es igual para todos los pacientes en el plano económico, porque unos pagarían más que otros. Incluso la propia Constitución Española, es muy clara en su artículo 43.1, donde *“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”* y, ese precepto hay que ponerlo en relación con el artículo 9.2 de esta misma norma, el cual establece que *“corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad e igualdad del individuo y de los grupos en que se integra, sean reales y efectiva. Posiblemente sería constitucionalmente admisible la discriminación en función de la renta, siempre para favorecer a los menos favorecidos económicamente; en todo caso debería establecerse que es lo que prima, si la salud -y por tanto los datos sanitarios- o la economía -y los correspondientes datos de renta-.*

Si se llega a establecer el sistema de copago en función de la renta se plantearía además el problema del conocimiento de los datos de renta por parte del personal sanitario -en particular por el farmacéutico- y, en algunos casos el conocimiento de los datos médicos por parte del personal de Hacienda. El cruce de los datos sanitarios con los económicos debería hacerse con un encapsulamiento integral, de forma automática y oculta para el profesional médico o farmacéutico. Esto es, sin que estos colectivos puedan conocer los datos específicos de la renta de los pacientes, para lo que debería bastar con un simple procesamiento informático. Si no fuera así, se podrían producir dos problemas. El primero, que se contaminase el proceso médico al prescribir o dispensarse el tratamiento influenciado de la riqueza o pobreza del paciente. El segundo, tiene que ver con un atentado contra la intimidad de las personas. ¿Debe saber el farmacéutico de mi barrio –o mi médico- al que acudo habitualmente si soy rico o pobre? Creo que ese conocimiento es algo que corresponde decidir a cada uno. Recordemos que la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, establece que las personas ponen el límite a su intimidad con sus propias acciones, y en este caso, las acciones no serían propias, sino ajenas, del Estado, y no del ciudadano.

El éxito del copago basado en la renta de los ciudadanos, podría encontrarse en que esa asociación de los datos sanitarios con los de renta, necesaria para el funcionamiento de dicho sistema, se haga siguiendo un procedimiento que los mantenga en la más estricta confidencialidad.

Y desde luego, habría que pararse a pensar detenidamente los criterios y conceptos del copago, así como los grupos de personas o niveles sanitarios a los que afectaría, teniendo en cuenta

que el personal sanitario que tengamos delante, además de nuestras afecciones, que muchas veces resultan de por sí intimidatorias, va a conocer los datos de nuestra renta, lo cual puede resultar excesivo para intentar regular el gasto sanitario.

Otro problema que se plantea, fruto de la fragmentación normativa de nuestro país, tiene que ver con la comunicación de datos entre las Administraciones, prevista en el artículo 21 de la LOPD. La sentencia 292/2000 del Tribunal Constitucional declaró inconstitucional la cesión de datos entre Administraciones si no existía una norma habilitante con suficiente rango normativo. La situación actual con vientos a favor de la transparencia –presumiblemente con una nueva ley a finales de año– exige una coordinación de las Administraciones Públicas en materia de información, algo que ya se preveía en la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos y disposiciones legales de aplicación, que tiene como objeto “*posibilitar la creación de una red de comunicaciones que interconecte los sistemas de información de las Administraciones públicas españolas y permita el intercambio de información y servicios entre las mismas*”. Esto juega sin duda, a favor de ese intercambio de datos entre administraciones, que en cualquier caso debe hacerse con todas las garantías que exige la ley.

Asociando el copago al tema central de este artículo, la transparencia en el sector sanitario es esencial y especialmente interesante, pero desde luego no lo es menos la confidencialidad de la información, ya que, sin duda el conjunto de los datos que constarían para valorar la atención sanitaria o la dispensa de medicamentos, en atención a la renta de los ciudadanos, darían a conocer un perfil de los pacientes, que en mi opinión, excede los límites del sector sanitario.

Centrando ya la atención en el binomio que nos ocupa, parece que cuando se trata de los datos relativos a nuestra salud, vemos más importante su vigilancia; no en vano gozan de una especial protección en la legislación actual, en materia de protección de datos. Pero no es menos cierto que, aunque queramos que se protejan, queremos a la vez que sean conocidos por el personal sanitario. ¿Quién no ha deseado al entrar en un centro sanitario, que los profesionales que le atienden sepan cuanto antes todo sobre el paciente, para lograr un mayor éxito en el proceso asistencial, evitando con ello horas de incertidumbre?. Seguramente quien se haga esta pregunta comprenderá que tan importante es el mantener una reserva sobre la información de los pacientes, como que esa información sea conocida, por supuesto por el personal adecuado y con las cautelas debidas. En este sentido, la transparencia de la información es fundamental, en palabras del profesor Manuel Sánchez de Diego, “*cuantos más datos se conozcan del paciente mejor*” (Diario Médico, martes 17 febrero 2009, año XVIII, nº 3820).

Es necesario, por tanto, que por una parte se mantenga el deber de secreto, que tiene un tratamiento individual en el artículo 10 de la LOPD. En él se establece que “*el responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aún después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero*”. Esta norma afecta al tratamiento de cualquier tipo de datos, no exclusivamente a los sanitarios, lo cual obliga a cualquier persona que trate datos personales, ya sean médicos, administrativos, etc. En relación con los datos sanitarios la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece claramente que “el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.

Por otro lado, es necesario y se reconoce el acceso a los datos de los pacientes por parte de “los profesionales asistenciales del centro”, así como “del personal de administración y gestión”, dentro de las funciones que les competen.

Es más o menos habitual, y casi nunca intencionado, que se falte al deber de secreto en el sector médico, la mayoría de las veces, debido a la frenética actividad diaria de los centros sanitarios. Varias son las circunstancias que motivan que los profesionales dejen fuera de su control la información médica, generalmente por una urgencia: porque se requiera temporalmente al profesional en otro lugar, por una duda o gestión que se ha de hacer en otro sitio, etc. La realidad es que, encontramos listados de pacientes en los mostradores a la vista del público, expedientes en las mesas de las consultas y, puertas abiertas fuera del horario de consultas, quizás para facilitar la entrada de otros turnos o simplemente del personal de limpieza. Esta ausencia frecuente del personal sanitario de sus puestos de trabajo durante la atención a los pacientes en las consultas médicas, podría mermar el deber de secreto al que están obligados. Como contrapartida, esa parte de desprotección, debería ser suplida con la buena fe de quien accidentalmente acceda a los datos, que podrían ser personas próximas o conocidas, lo cual incrementaría el grado de vulnerabilidad. Pero se trata de una cuestión de moral, por lo que quizás no sólo habría que sensibilizar al personal que trabaja en los centros sanitarios de la importancia de la protección de los datos personales, sino a la población en general, para proteger los datos de los demás, y también los propios.

Se podrían buscar soluciones en este sentido, estableciendo un sistema de gestión de los recursos que almacenen los datos personales en un plano al que el público no alcance, ubicándolos en lugares a los que sólo tenga acceso el personal sanitario o, redistribuyendo las mesas de atención y redirigiendo la orientación de los equipos informáticos. Se trata, en definitiva, de reorganizar los recursos buscando siempre el punto óptimo entre operatividad y confidencialidad.

La clave estaría en que esa transparencia se haga opaca en la frontera de la confidencialidad, de modo que se conozcan todos los datos posibles por aquellos profesionales que van a intervenir en el proceso asistencial, incluso que sean conocidos por un tercero si es realmente necesaria su intervención, pero que no trasciendan más allá.

Para conseguir esta armonía entre confidencialidad y transparencia de los datos sanitarios de los ciudadanos, habrá que empezar por respetar una serie de principios, establecidos en la legislación específica en materia de protección de datos, que deben mantenerse durante toda la vida del dato, desde que se recoge, hasta que deja de ser útil. Los datos deben recogerse y tratarse con la debida seguridad y confidencialidad, respetando unos criterios de calidad, e informando a los titulares en la recogida de los mismos, así como recabando el consentimiento para su tratamiento, que será específico para los datos especialmente protegidos, entre los que se encuentran los datos relativos a la salud de las personas. Estos datos deberán adaptarse además a la legislación sanitaria existente, tanto si su tratamiento se hace exclusivamente en el centro sanitario, o por el profesional responsable, como si se comunican o son accedidos por cuenta de terceros.

Habría que empezar con el cumplimiento de la normativa de protección de datos en el momento de su recogida. El artículo 5.1 de la LOPD obliga a informar, de forma previa a la recogida de los datos, de modo expreso, preciso e inequívoco sobre la existencia del fichero de datos, su finalidad y los destinatarios de los mismos, así como de la identidad y dirección del responsable del fichero. Esto se ha de hacer, por un procedimiento “que permita acreditar su cumplimiento”. Es decir, que este trámite habrá que realizarlo de forma clara, exacta y que no admita duda, si acudimos a las definiciones de estos adjetivos en el diccionario de la Real Academia Española. Habría además que conservar el soporte en el que conste, para lo que se podrán utilizar medios informáticos de almacenamiento. Es cierto que si de las circunstancias en que se recogen los datos y de la naturaleza de los mismos se deduce de forma clara la finalidad, no será necesario informar de una serie de extremos o advertencias al titular de los datos personales (artículo 5.3 LOPD). Esto podría resultar obvio en la recogida de los del sector sanitario.

Pero en cambio, la legislación sanitaria contempla como medio preestablecido de información el verbal, de modo que aquí podrían chocar las leyes sanitarias y de protección de datos, en el sentido en que no se conservaría el soporte que acredite dicha información, a no ser que se grabasen las conversaciones, cosa que no es habitual en este sector.

Según el artículo 7.3 de la LOPD, los datos relativos a la salud de las personas, al igual que el origen racial o la vida sexual, solo podrán recogerse, tratarse y cederse con el consentimiento expreso del afectado o por disposición legal. Pero en cambio se exige además un requisito específico -que se haga por escrito-, para otro tipo de datos especialmente protegidos, como son los de ideología, afiliación sindical, religión y creencias; ésto se debe sin duda al especial tratamiento que les da el artículo 16.2 CE. En la realidad, cualquiera de los datos protegidos, tanto los que exigen el consentimiento escrito, como los que no, podrían figurar en un informe médico y, en cambio, se requieren diferentes formas para recabarlos, de modo que lo mejor sería unificar y tomar la más exigente, en forma expresa y por escrito para todos ellos. Además, si no es por escrito, está también el tema de la carga de la prueba, que recae en el responsable del fichero.

Mientras las leyes sanitarias establecen la información verbal como norma general, para el trámite de la recogida del consentimiento, requiriéndose sólo por escrito en determinados casos, como en las intervenciones quirúrgicas. Una vez más podrían chocar ambas normas. En cambio, para el caso de la revocación del consentimiento se exige que se haga por escrito, lo cual no concuerda con la forma en que se obtuvo dicho consentimiento, en la mayoría de los casos.

No obstante, los datos podrán ser tratados, según el art. 7.6 LOPD, si es *“necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto”* o, *“cuando sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento”*. Tampoco es necesario el consentimiento cuando tenga que protegerse un interés vital del interesado.

La LOPD establece igualmente, que no es necesario el consentimiento en el caso de que haya que comunicar los datos a un tercero, siempre de forma legítima, de acuerdo a la relación existente entre cedente y cesionario, *“cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud, sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero, o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal y autonómica”*. Sin perjuicio de lo anterior *“las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica sobre sanidad”*.

Sobre la calidad de los datos, en referencia a los datos médicos, en principio siempre deberían ser *“adecuados, pertinentes y no excesivos, en relación al ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido”*, según marca la normativa de protección de datos. A priori, cualquier dato solicitado en referencia a una atención sanitaria, sería adecuado, pertinente y no excesivo, ya que se referirían a un proceso asistencial concreto y sería necesaria la mayor información posible para su gestión, según se ha dicho anteriormente. No podrían utilizarse para finalidades incompatibles para las que se recogieron, quedando fuera de esta consideración los fines históricos, estadísticos o científicos.

En el sector sanitario es difícil referirnos a datos exactos y puestos al día, que es otro de los requisitos de calidad exigidos, ya que precisamente el cuerpo humano está en constante cambio. De

modo que serán exactos y puestos al día en la medida en que se vayan conociendo los resultados de las pruebas y el paciente informe a su médico, de esa forma se mantendrán las historias clínicas vivas y actuales.

En el tratamiento de un paciente es posible que un dato en principio inconexo y que pudiera parecer irrelevante pueda tener importancia posteriormente, por ello es difícil referirnos a información desproporcionada en la recogida de datos.

Del mismo modo marca el Reglamento de Protección de Datos que, *“los datos de carácter personal, serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados”*, conservándose en el caso de que se pudiera exigir algún tipo de responsabilidad. Es necesario acudir también aquí a las leyes sanitarias para ver que el periodo de conservación que se marca en este caso no es acorde a una finalidad, sino a un periodo de tiempo preestablecido de cinco años, contemplándose también su conservación a efectos judiciales, sin que sea necesario que se haga en el soporte original.

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, establece en su artículo 18 que tenemos derecho a *“obtener copia de los datos que figuran”* en nuestra historia clínica, sin perjudicar la reserva de los profesionales sobre sus anotaciones subjetivas o la confidencialidad de terceras personas -por ejemplo cuando en el historial clínico figuran referencias a terceras personas con dolencias o tratamientos similares-. En este sentido se ha manifestado también la APDCM (Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid) en sus diversas resoluciones sobre este tema, incidiendo en que deben respetarse los mínimos marcados por la ley, para que el paciente tenga un conocimiento *“veraz y actualizado”* sobre su estado de salud, ya que el último fin de este documento es *“facilitar la asistencia sanitaria”*, dejando constancia de todo el proceso.

La seguridad de los datos es uno de los pilares de la protección de datos, regulado en el artículo 9 de la LOPD, que establece que se *“deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural”*, y por otro lado, que *“no podrán mantenerse ficheros, que no reúnan las condiciones y requisitos establecidas por vía reglamentaria, en relación a los datos personales, y recursos que los alberguen, ya sean centros de tratamiento, locales, equipos, programas o sistemas, y a las personas que intervengan en su tratamiento”*. Y cito literalmente este artículo, porque es muy explicativo de las circunstancias y recursos que pueden afectar a los datos. Esto ha sido desarrollado reglamentariamente por RLOPD, que divide la protección en niveles básico, medio y alto, incluso para los datos en soporte papel.

Pues bien, esas medidas *“técnicas y organizativas”*, ya citadas, deben plasmarse en un documento de seguridad, de obligado cumplimiento para el personal con acceso a los datos. En el caso de los datos de salud habría que cumplir todas las medidas, ya que dichos datos corresponden al nivel alto de seguridad, y los niveles son acumulativos.

El responsable del fichero debería así desarrollar el sistema de seguridad de los datos personales, concienciando a su personal de la importancia de la protección de datos. Es más, cuando alguien comienza a trabajar con datos personales, se le debería dar con carácter previo una formación en materia de protección de datos, en la que además de comprometerse al deber de secreto, sea informado de cuáles son sus funciones y obligaciones para con los datos personales, indicando a que recursos está autorizado a acceder y que normas de seguridad debe respetar para el manejo de los mismos, así como los protocolos que debe seguir cuando se produzcan contingencias en el

tratamiento de los datos. Sería necesario en este punto distinguir los diferentes tipos de personas que pueden acceder a los datos personales, entre responsable de fichero, administradores del sistema, personal informático y el resto del distinto personal que acceda a los datos. Todos ellos tienen lógicamente funciones distintas, por el desarrollo de las distintas actividades que les corresponden realizar. De modo que es necesario que cada grupo de profesionales esté informado, en la medida que le afecte, de las normas relativas a la seguridad requerida en los centros de tratamiento y locales, a sus puestos de trabajo, al entorno del sistema operativo y las comunicaciones, a los sistemas informáticos y aplicaciones o elementos de acceso al fichero, a la salvaguarda y protección de sus contraseñas personales, a la gestión de soportes o incidencias, a la entrada y salida de datos por red, a los procedimientos de respaldo y recuperación de datos, o sobre los controles periódicos de verificación del cumplimiento de la normativa, respecto al tratamiento de los datos de carácter personal que manejan.

Se trataría de no romper la cadena de protección de los datos personales, que deben iniciar los responsables de los ficheros previamente a la creación de los mismos, involucrando en ello a cuantos intervengan en su tratamiento, desde los médicos, hasta el personal de limpieza que pueda acceder a documentos que se encuentren en las papeleras. En varias ocasiones han aparecido informes médicos en cubos de basura situados en la vía pública, lo cual denota que ni el médico fue informado de que no se pueden tirar documentos sin destruir, ni el personal de limpieza que no se podían dejar abandonados en este estado.

El tema de la gran acumulación de soporte papel que hay en los centros sanitarios, de décadas de años atrás, nos obliga a afrontar la problemática del expurgo documental, cuál debe ser destruido, cuál debe conservarse disociándose de los datos nominativos, cuál debería emplearse para fines históricos, estadísticos o científicos, cuál podría informatizarse y destruir el papel. Para este propósito han surgido en relación con el desarrollo de las nuevas tecnologías, terceras empresas que prestan servicios para todo ello; unas informatizan los datos, destruyendo posteriormente el soporte papel, lo cual está amparado por el RLOPD, según se ha comentado; otras en cambio se dedican a destruirlos. En estos casos el responsable del fichero debe mediante contrato -según marca el art. 12 de la LOPD- encargar a un tercero la prestación de un servicio, recogiendo expresamente las funciones encomendadas, así como la obligación del tercero de cumplir la normativa de protección de datos.

Como última reflexión en relación a la custodia y destrucción de los soportes, ¿Se han planteado alguna vez algo tan sencillo como dónde van a parar las copias de las recetas que se quedan en las farmacias cuando decimos que no las queremos?. Muchas veces a la basura, con nuestros datos de identificación, nuestro número de la seguridad social y por supuesto, el tratamiento que nos han prescrito. Incluso puede revelar el estado de salud, sin que haga falta que lo interprete un profesional sanitario, simplemente porque se conozca que determinado medicamento está asociado a determinadas enfermedades. Y de ello somos responsables nosotros mismos al no destruir la copia de la receta.