

VIDA&amp;ARTES &gt;

## Médico, enfermero y contable

El pago de los fármacos según la renta afecta a la privacidad de los datos fiscales y es técnicamente muy complejo. Ningún país de nuestro entorno utiliza este modelo

EMILIO DE BENITO | 20 ABR 2012 - 20:13 CET

126

**Archivado en:** Copago farmacéutico Copago sanitario Recetas médicas Ley protección datos Gasto farmacéutico Gasto sanitario Prescripción medicamentos IRPF Economía sanitaria Política sanitaria Medicamentos Impuestos Legislación española Tratamiento médico Farmacia Tributos España Sanidad Medicina Finanzas públicas



Andalucía es de las comunidades más avanzadas en la implantación de la tarjeta sanitaria electrónica. / PÉREZ CABO

La exención de los jubilados del pago por medicamentos, considerada por algunos como injusta en el caso de las pensiones más altas, salta por los aires. El Gobierno ha aprovechado el [plan para recortar el gasto sanitario](#) en 7.000 millones adicionales para poner el actual sistema patas arriba. El nuevo modelo mantiene la división entre activos y pensionistas, pero establece cierta progresividad al establecer cuatro tramos en cada uno: exento (no pagan), reducido (ingresan menos del límite para declarar IRPF), normal y alto (para los que declaren ingresos por encima de los 100.000 euros, un límite arbitrario que parece

un gesto de la ministra de Sanidad, Ana Mato, para no desairar al de Economía, Luis de Guindos). Solo quedan como estaban los enfermos crónicos, aunque habrá que reevaluar a todos los pensionistas, para ver quienes entran en ella, ya que hasta ahora no hacía falta porque no pagaban.

Lo que no se le puede discutir al sistema es que es una revolución en su planteamiento. Porque, por primera vez, los datos de las tarjetas sanitarias deberán cruzarse con unos de los mejor guardados: los de la renta de la Agencia Tributaria.

No se trata, como han dicho algunos críticos, de que los usuarios tengan que ir a la consulta con la declaración de la renta bajo el brazo. De eso se encargará la Administración. Pero esta operación, definida por Mato con un simple "cruce de datos", tiene muchas implicaciones técnicas y jurídicas. Se trata de combinar dos de las informaciones más protegidas por la legislación española: la sanitaria y la fiscal. Un modelo cuya complejidad reconocen fuentes del Ejecutivo y que no existe en ningún otro país de los que tienen sistemas sanitarios parecidos. En todos hay copago de medicamentos (como ya había en España), pero ninguno en función de la renta.

Artemi Rallo, exdirector de la [Agencia Española de Protección de Datos](#) (AEPD), considera que "la cesión del Estado a las comunidades autónomas de datos fiscales para incorporarlos a la tarjeta sanitaria o a la receta electrónica para que el funcionario de la comunidad o el farmacéutico los consulte requiere de un amparo legal hoy inexistente". Y la propia agencia admite que ya lo está estudiando, según reconoce un portavoz. "La AEPD está analizando

**Que el médico sepa sobre las finanzas del paciente afecta a la intimidad**

esta cuestión, esencialmente en relación con aquellas materias, como posibles cesiones de datos, que pudieran afectar a la normativa de protección de datos”, indica. “Sobre si es viable, y si choca o no con la normativa de protección de datos, podemos indicar que la adecuación al sistema de protección de datos de la reforma y de las cesiones de datos dependerá de la cobertura legal que tenga dicha reforma”.

Ricardo de Lorenzo, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario, cree que este sistema no será de difícil adaptación para los operadores del ámbito sanitario porque el manejo de datos al que están acostumbrados es el referente a salud, que según la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal de 1999 “son considerados especialmente protegidos”. Sin embargo, el asunto se complica porque “los datos económicos que adicionalmente se incorporarán a estas tarjetas están calificados de nivel básico, aunque sean considerados por la AEPD como de especial consideración por ser la causa de su mal uso el motivo de la mayor parte de las reclamaciones”.

Los problemas de este encaje no preocupan al Ministerio de Sanidad, cuyos portavoces aseguran que está “muy avanzado”. Entre los que consideran que el cruce de datos es posible está Javier Moreno, presidente ejecutivo de Asjusa Letramed, un despacho de abogados especializado en asuntos sanitarios. “En este caso se trata de la coordinación entre distintos entes territoriales, Estado y comunidades, a través del Ministerio de Hacienda y los servicios de salud autonómicos, con la finalidad de garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema nacional de salud y, a través de él, dar cobertura al derecho constitucional a la protección de la salud”, indica para enmarcar el problema.

Pero él no lo considera excepcional ni especialmente complicado. “La cuestión que nos ocupa no es ajena al normal funcionamiento de la actividad administrativa y está prevista no solo en Sanidad, como se pretende ahora, sino en otras políticas como, por ejemplo, la educativa”, añade. Lo que se plantea es que alguien que hasta ahora no manejaba esa información —médico, farmacéutico, enfermero—, tenga, aunque sea de manera general, datos sobre la capacidad económica de cada uno. O, por lo menos, sobre lo que ha declarado a Hacienda. “Otro de los aspectos a tener en cuenta, advierte Moreno, es la posible vulneración del derecho a la intimidad de los pacientes”.

**La clave estará en la tarjeta sanitaria con un chip que incorpore los datos**

En su opinión, la solución está en la propia Ley Orgánica de Protección de Datos, que “permite la cesión de datos sin consentimiento del interesado cuando dicha cesión venga amparada por una ley, e impone a todos los que intervengan en el tratamiento de datos de carácter personal una obligación de secreto profesional respecto a estos”. La solución “sería una norma con rango de ley que vendría a dar cobertura legal al conocimiento que médicos y farmacéuticos pudieran tener de los datos fiscales de los pacientes”. Y ello debe ser así porque “dichos datos ahora sí son necesarios para la función asistencial y de prestación farmacéutica”. Claro que en ningún caso debe olvidarse “el deber de estos profesionales de guardar secreto de la información que manejan”.

La raíz del cambio es que, a partir de ahora, la información financiera pasa a ser necesaria para que funcione la prestación farmacéutica. Y por eso Moreno cree que “el conocimiento de los datos fiscales por parte de médicos y farmacéuticos para ajustar las recetas podría entenderse necesario para proteger un bien constitucionalmente protegido: la distribución equitativa del sostenimiento de los gastos públicos en lo que a la política sanitaria se refiere”.

Las principales medidas de ahorro

- **Copago.** Es la medida estrella, pero la que menos va a aportar al ahorro.

Solventado el primer obstáculo de si el Estado tiene derecho a manejar la información fiscal para proporcionar una atención sanitaria, queda el de carácter técnico. Y este no es una cortapisa menor en un sistema como el sanitario, que lleva 10 años para conseguir que las 17 autonomías organicen un sistema que permita consultar el dato básico, la historia clínica, desde cualquier lugar de España, sin que eso sea posible todavía en algunos casos incluso

Según la ministra de Sanidad, Ana Mato, “entre el 1% y el 1,5%” del gasto farmacéutico. Esto representa entre 110 y 165 millones de euros.

- **Gasto farmacéutico.** Va a soportar el grueso del ahorro para alcanzar los 7.000 millones. En total, unos 3.500 millones. Mato mencionó, sin explicar, seguir con los genéricos y un sistema de “precios seleccionados” de fármacos. Esto parece que va a ser una negociación a la baja —y a cara de perro— con los laboratorios, armados con la fuerza de que en Andalucía estaban dispuestos a hacer grandes descuentos cuando se presentaron a la subasta.
- **Extranjería.** Mato dijo que a los extranjeros se les exigirá algo más que el empadronamiento para prestarles atención. Para ello se modificará la ley. Se les exigirá “residencia fiscal”. Esta se da cuando se reside más de 183 días en el país (seis meses). Además, se exigirá reciprocidad a los países de origen del resto. Con ello se recuperarán 1.000 millones.
- **Central de compras.** Se generalizará para todas las comunidades y todos los productos. Se espera ahorrar 1.000 millones como poco.
- **Recursos humanos.** La equiparación de las categorías profesionales entre las comunidades facilitará la libre circulación de los profesionales, que ahora se ve frenada por su problema para ser

dentro de una misma comunidad.

La propia Mato lo admitió cuando dijo que a ella le habría gustado que hubiera más tramos en el copago, pero que no había podido conseguirlo “por cuestiones técnicas”, porque la informatización del sistema, la famosa e-Salud, no estaba implantada por igual en todas las comunidades. Para el abogado De Lorenzo esto es clave:

“Disponer o no de tarjeta sanitaria electrónica hará más fácil la gestión y se podrán establecer los elementos de protección de datos que sean precisos”, indica. Y pone un ejemplo: “Cuando tú utilizas la tarjeta de crédito del banco en cualquier tienda, eso no presupone que la información de la tarjeta pase al comerciante”. “En definitiva, cuando se disponga de la tarjeta electrónica con chips que incorporen los datos personales, la garantía de protección de datos puede construirse sin especial dificultad, como ya existe en el DNI electrónico”, concluye.

Lo que no se puede negar es que Sanidad, con la implantación de este nuevo copago, ha decidido ser innovadora. No solo por su complejidad legal y técnica, que puede ser la explicación de su baja capacidad recaudatoria, que Mato cifró en “un 1% o 1,5% del gasto farmacéutico [165 millones de euros como máximo]”. Sino porque nadie lo había hecho así antes. Es verdad que en muchos países europeos hay copago, pero nadie se había enfrentado a algo tan complejo como ligarlo a la renta, como demuestra un estudio de IESE, que recoge datos de 16 países de Europa. En todos hay copago en farmacia, incluida España, pero en ninguno es en función de los ingresos.

El sistema francés, por ejemplo, difiere bastante del español. Se basa en el copago y obliga a los usuarios a contratar un seguro privado si quieren recuperar el 100% del dinero que han puesto. En general, los pacientes pagan el 30% de los gastos de todas las consultas médicas, y el 70% restante lo reembolsa la Seguridad Social. Pero la mayoría dispone de una mutua privada de salud que reembolsa ese 30% restante o solo una parte, según el seguro contratado.

El sistema, pese a su carácter semiprivado, supone un agujero enorme para las cuentas públicas: el déficit de la Seguridad Social francesa fue de 17.400 millones de euros en 2011, y para 2012 prevé reducirlo hasta los 13.900 millones.

Alemania, por su parte, estableció el copago hace ocho años. Todas las personas con un seguro médico obligatorio, aproximadamente el 88 % de la población, deben pagar una cuota de 10 euros trimestrales para las consultas médicas. Los legisladores creían que con el pago de 10 euros, la gente solo visitaría al médico cuando fuera necesario y no, como era la costumbre sobre todo entre los miembros de la llamada tercera edad, para buscar compañía y conversación en los consultorios médicos. No ha sido así, y su tasa de frecuentación es mayor a la española, según los últimos datos de la OCDE.

En principio, los fármacos de prescripción obligatoria están sujetos a un copago que asciende a un 10%, pero con un mínimo de 5 euros y un máximo de 10 euros. En todo caso, el copago médico y de fármacos no debe nunca rebasar el 2% de ingresos brutos anuales

reconocidos en las que no residen porque falta la categoría exacta. Ahorrará 500 millones.

■ **Política sociosanitaria.**

Llevar enfermos crónicos que ahora ocupan camas en los hospitales tradicionales a residencias especializadas aportará 600 millones.

del paciente, porcentaje que desciende al 1% en el caso de los enfermos crónicos.

Las urgencias —y el resto de consultas médicas— subieron en enero en Portugal. Una consulta normal ha pasado de 2,5 euros a 5 euros y una cura simple por un enfermero, que hasta este año salía gratis, cuesta ahora 4 euros. Las urgencias han pasado de 10 a 20 euros. También se cobran los medicamentos, pero no en función de la renta. El sistema portugués de salud distingue cuatro escalas de descuento, dependiendo del tipo de medicamento y de la dolencia.

En Reino Unido, por poner otro sistema diferente, cada receta suele suministrar la dosis de un medicamento requerida durante tres meses y cuesta el equivalente a 8,3 euros. Los enfermos crónicos pueden obtener recetas ilimitadas por 35 euros al trimestre o 126 euros al año.

Podría seguirse con ejemplos similares. Pero eso es lo que ha hecho del sistema español un referente: su capacidad por innovar. Así que, ya metidos en la complicación del sistema, quedará el orgullo de que como con los trasplantes u otras prestaciones, en el futuro otros nos copiarán.

Con información de **Miguel Mora** (París), **Walter Oppenheimer** (Londres), **Enrique Müller** (Berlín) y **Antonio Jiménez Barca** (Lisboa).