

Clasificación de los Ciudadanos por Nivel de Renta para el Copago Farmacéutico

El **RDL 16/2012**, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, modificaba la **Ley 29/2006**, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, añadiéndole un nuevo «Artículo 94 bis. Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica». Según éste, se crea un esquema de **cuatro categorías de usuarios** para el copago farmacéutico (10%, 40%, 50% y 60%) en función de sus respectivos “**niveles de renta**”, sin perjuicio de ciertos casos exentos de aportación (0%), frente a las actualmente existentes de activo (40%) y de pensionista (0%).

Consecuentemente, el RDL 16/2012 establece mecanismos para la **cesión de la información** necesaria por parte de la *Administración Tributaria* (disposición adicional tercera y disposición final cuarta).

Sin entrar a debatir sobre la injusticia social e inoportunidad de **regresar**, en momentos de **crisis** (cuando se hace más necesario, aunque se pretenda argumentar como su causa), a un **sistema sanitario de aseguramiento** frente al **Sistema Nacional de Salud (SNS) universal** logrado durante los últimos treinta años, me gustaría hacer las siguientes consideraciones.

1. Resulta difícil de entender que un **sistema social estratégico** y de redistribución de la renta, como la sanidad, se pretenda cofinanciar mediante el instrumento fiscal de la **tasa ligada al uso** de ciertas prestaciones, cuando no es el beneficiario sino el **técnico prescriptor** el que decide su empleo (es el médico, y no el paciente, el que receta un medicamento, una prueba, una intervención). Además, antes o después, toda la población terminará haciendo uso del sistema, sin perjuicio de que el tratamiento de los *enfermos* protege en gran medida a los *sanos*, lo que podría entenderse como un **uso indirecto** por parte de éstos. Es por ello, que los sistemas universales de salud se financian fundamentalmente por **impuestos progresivos**. Y, si se estimara preciso dedicar una mayor cantidad de recursos públicos a la sanidad, lo más razonable sería hacerlo por la vía de impuestos en función de la renta y del patrimonio mediante el **sistema fiscal** cuya organización y capacidad ya ha sido comprobada. ¿Qué progresividad hay en una clasificación en que los tramos son: hasta 18.000 €, de 18.000 a 99.999 € y de 100.000 € y más? ¿Qué organización, garantías, calidad y nuevos costes va a tener este nuevo sistema recaudatorio, comparativamente al de la *Administración Tributaria*?

2. La **clasificación de los ciudadanos**, usuarios o beneficiarios, en categorías de poder económico, aunque no se produjeran filtraciones de datos fiscales, podría propiciar cierta **estigmatización** de los asignados a los grupos extremos (¿“*pobres*”, “*vips*”?), así como fomentar un **gradiente de niveles de prestaciones** y de calidad asistencial, que podría ofertarse por los diversos proveedores de servicios sanitarios (farmacias, clínicas) en función de dichas categorías personales, discriminatoriamente. Es indudable que el cambio del *statu quo* va a producir también un **reforzamiento del usuario** en el proceso de la toma de decisiones clínico terapéuticas y de *coste-beneficio* (¿*coprescriptor*?) como resultado de su mayor e inmediata participación financiera en la asistencia sanitaria.

3. Según han difundido los medios de comunicación, como resultado del “**cruce**” de **información** realizada entre las bases de datos de *Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)*, Seguridad Social y Hacienda, han aflorado una serie de presuntos fraudes, errores censales

o falta de datos. Aunque toda la información resultante hubiera sido perfectamente coherente, desde mi punto de vista, la **inclusión de un ciudadano o paciente en una clasificación de renta** o riqueza personal, a efectos de imputar su grado de participación en el *copago* sanitario, puede entenderse como una **Resolución administrativa** en los términos expresados por el artículo 107 de la **Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común**. Y, por lo tanto, susceptible de **Recurso administrativo**, dada la trascendencia para la integridad del patrimonio del ciudadano clasificado en uno u otro nivel de renta. Por ello, cualquier actuación clasificatoria debe estar sujeta a los mecanismos propios de un *Estado de Derecho*, tales como el acceso a registros y archivos públicos para conocer y, en su caso, rectificar los posibles errores detectados.

Es decir debe poderse conocer (como así ocurre con la información fiscal a disposición en la *Agencia Estatal de Administración Tributaria, AEAT*) la información que la Administración tiene de un ciudadano y se debe poder exigir la rectificación de lo erróneo, tanto por la **Ley 58/2003, General Tributaria** como por la **Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal**. Una vez conocida la información, **la clasificación es en sí misma una Resolución administrativa** o acto administrativo sujeto al régimen de *Recursos Administrativos* y, posteriormente, de carácter jurisdiccional ante los *Tribunales de Justicia*.

Por todo lo anterior, considero razonable y exigible que, para una correcta aplicación de estas reformas introducidas por el RDL 16/2012, las Administraciones central y autonómicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberían **notificar legalmente a cada usuario la categoría a la que ha sido asignado**, a los efectos de su participación en el "*copago farmacéutico*" u otros que pudieran introducirse, incluido el pertinente **pie y plazo de recurso** a ejercer en caso de disconformidad.

Finalmente, como miembro y representante de un colectivo profesional dedicado a la *Inspección de Servicios Sanitarios del Sistema Nacional de Salud*, no puedo terminar esta exposición sin pedir que se diseñe el oportuno **programa de evaluación global de las reformas introducidas**, tanto desde el punto de vista operativo como de los efectos sanitarios y económicos producidos.

Madrid, 3 de julio de 2012

José M.^a MORÁN LLANES y Luis M. GARRIDO GÁMEZ
Vicepresidente y Presidente de la **FAISS**

Nota: Original propuesto al **diario Acta Sanitaria** para publicar como **artículo de opinión**.

[FAISS20120703=ArticuloActaSanitariaNivelesCopagoRDL16-2012MedidasUrgentesSostenibilidadSNS.doc]