
La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿buena, bonita y barata?

Carlos García Marco

Médico Inspector de la Seguridad Social

Resumen

Objetivos. Comparar indicadores de la prestación farmacéutica en mutualismo y Sistema Nacional de Salud (SNS).

Material y métodos. Se muestran cifras de recetas y gasto facturados por farmacias a las Mutualidades y SNS en el año 2003, a nivel estatal y autonómico. Se calculan ratios MUFACE/SNS de: a) copagos, gastos y recetas, por persona ("activa" y "pensionista") y por tramo (subvención general y adicional por Aportación Reducida) y b) envases consumidos y precios por grupos terapéuticos.

Resultados. El mutualismo financia más del 6,7% de las recetas públicas dispensadas en Ceuta-Melilla, Madrid, Andalucía, Castilla-León, Murcia o Extremadura, pero apenas llega al 2% en Cataluña y País Vasco, superando en presupuesto farmacéutico a muchas Comunidades Autónomas.

En MUFACE, el 58,4% de las recetas se destinan a mutualistas en "activo", cuyo gasto per cápita multiplica por 1,43 al del SNS mientras que el copago lo hace por 1,14, por sobreprescripción (ratio de 1,32) y mayor gasto por receta (1,09). Dicho exceso de gasto no afecta al tramo de Aportación Reducida (0,83) sino al de subvención general (1,59), donde supone 42,08 millones euros.

El gasto por "pensionista" es la mitad del SNS, por la menor demanda de recetas (0,61) y pese al mayor precio de éstas (1,02), y multiplica por 3,34 al del mutualista "activo" mientras que el copago lo hace por 3,20 recaudando 27,53 millones euros.

Los ratios por grupo muestran menor consumo mutualista per cápita de envases cardiovasculares (0,57), sangre (0,66), metabolismo (0,68), nervioso (0,74), "efectos" (0,46) y "genéricos" (0,40) y mayor consumo de antiinfecciosos (1,18), genitourinarios (1,17) y "fórmulas magistrales" (2,14), con precios más altos en envases nerviosos (1,05), dermatológicos (1,14), musculares (1,18), "fórmulas" (1,72) y genéricos (1,08).

Conclusiones. Las recetas mutualistas no sustituyen a las del SNS, sobre todo en consumo "pensionista", conllevando sobremedicación de necesidad cuestionable en "activos", por lo que su prescripción debería encomendarse al SNS.

Palabras clave: gasto, copagos, recetas, funcionarios, grupos terapéuticos, seguro privado.

Summary

Objectives. Compare indicators of pharmaceutical benefit at civil servant Mutuals with the Spanish National Health System (SNHS).

Material and methodology. Figures from prescriptions and other expenses invoiced by pharmacies to Mutuals and the SNHS are compared at both national as regional level. Also calculated are

the ratios MUFACE/SNHS of: a) co-payments, expenditures and prescriptions per person ("in active" and "pensioner") and stretch (general subsidies and additional for Reduced Contribution) and b) packaging used and prices per therapeutic group

Results. The Mutuals finances over 6.7% of public prescriptions dispensed in Ceuta-Melilla, Madrid, Andalucía, Castilla-León, Murcia or Extremadura and 2% in Catalonia and Basque Country, and your pharmaceutical budget is higher than that of many regional service. At MUFACE, 58.4% of these prescriptions are for "in active" and their per capita cost multiplies that of the SNHS by 1.43, while their co-payment does so by 1.14, by over prescribing (1.32) and greater cost per prescription (1.09). This excess is not produced by the Reduced Contribution (0.83) but by general subsidy (1.59) and means 42.08 million euros.

Cost per "pensioner" is half that of the SNHS due to a lower demand for prescriptions (0.61) and in spite of a higher price (1.02), multiplies by 3.34 that of those mutualists "in active" while co-payments do so by 3.20 collecting 27.53 million euros.

Ratios per therapeutic group show that mutualists use less packaging cardiovascular (0.57), blood (0.66), metabolism (0.68), nervous (0.74), "medical devices" (0.46) or generics (0.40) and more antineoplastic (1.18), genito-urinary (1.17) and "pharmaceutical compounding" (2.14). packaging with a higher price include: nervous (1.05), dermatological (1.14), skeletal (1.18), "compounding" (1.72) and generics (1.08).

Conclusions. Mutualist prescriptions do not substitute those of the SNHS, especially in "pensionists", causing over prescription of questionable need "in active". SNHS should be responsible for these prescriptions.

Key words: expenses, co-payments, prescriptions, civil servant, private insurance.

Introducción

En los debates sobre sostenibilidad del gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud (SNS) suele ponerse de ejemplo a las mutualidades de funcionarios civiles, militares y judiciales (MUFACE, ISFAS y MUGEJU)¹⁻⁴, cuyos beneficiarios, sean "activos" o "pensionistas", copagan el 30% del precio en los medicamentos de "aportación normal". Y ello, en virtud de los regímenes de Seguridad Social (SS) de algunos Cuerpos funcionariales (Enseñanza y Universidad, Fuerzas armadas y de seguridad, jueces o carteros), que suman 900.000 empleos autonómicos o estatales, más ju-

bilados y familiares y cuyo aseguramiento gestiona el Estado mediante mecanismos *ad hoc* en pensiones (decimonónicas "clases pasivas") y sanidad ("mutualismo", que también costea "incapacidades temporales" y ayudas sociosanitarias).

Al margen de su amplia cartera de servicios⁵ o de tener que anticipar gastos sanitarios en el extranjero, lo que distingue al mutualismo del modelo general del SNS o de otros modelos de cobertura "profesional" integrados (colaboradores, periodistas, clero) o no (mutuas de arquitectos o abogados) en la caja de la SS es:

I. Que sus afiliados pueden elegir cada año entre varios Seguros "médi-

cos” concertados, incluida la SS, salvo para medicina general/urgencias en municipios rurales de hasta 5.000-20.000 habitantes (que se subcontrata con SNS) o para especialistas en localidades con hospital militar (de uso obligado por ISFAS).

2. Que la prescripción, tanto al 14% de mutualistas que eligen SS como al resto, debe llevarse a cabo en talonarios de recetas especiales repartidas al afiliado, visadas cuando es preceptivo en oficinas de las Mutualidades y facturadas a éstas por las farmacias, sin los descuentos comerciales e industriales que se aplican a las “recetas del SNS”^{6,7}.

Sobre las características de la prescripción farmacéutica mutualista o la distribución de sus copagos y gastos apenas hay información administrativa, no habiéndose encontrado ninguna referencia bibliográfica. Lo que dificulta el debate transparente sobre una experiencia como la mutualista, bien valorada por sus 2,4 millones de beneficiarios, pero controvertida por sus privilegios y duplicidades (mutualistas que obtienen tarjetas/recetas del SNS con “derecho” –pluricotizantes– o sin él)⁸, así como por la posible selección y desviación de riesgos al SNS, algo que explicaría los menores gastos médicos de las aseguradoras concertadas y que también debería reflejarse en

un menor consumo mutualista de medicación crónica de “aportación reducida” (AR) (diuréticos, antihipertensivos, anti-diabéticos, pero pocos antiinfecciosos o reumatológicos), la cual está sujeta al mismo copago que rige en el SNS “activo” (10% del precio de venta al público [PVP], hasta un máximo de 2,64 euros)⁹.

En este contexto y aprovechando los escasos datos obrantes en las Memorias del año 2003 de las tres Mutualidades, o en su defecto de MUFACE, el presente trabajo pretende conocer el volumen y comparar la equidad y calidad de la prestación farmacéutica mutualista con el SNS determinando:

1. La cuota de mercado de las recetas mutualistas referenciada a la del SNS, a nivel estatal y autonómico.

2. Características de los usuarios y tipo de uso/aportación de las recetas de MUFACE, comparando la distribución de los copagos y gastos por persona (“activa” y “pensionista”) y por tramo (subvención general del 70% PVP y subvención adicional por la AR) con la del SNS.

3. Características de los envases consumidos por Grupos anatómico-terapéuticos en MUFACE y SNS. Y ello, al objeto de definir la cobertura mutualista como “sustitutiva” o “complementaria” del SNS y proponer alternativas.

Material y métodos

Para describir la cuota de mercado de la receta mutualista se han sumado las cifras de gasto y recetas facturadas por las farmacias de cada Comunidad Autónoma a las tres Mutualidades en el año 2003, calculándose la ratio mutualismo/SNS por 100, a nivel estatal y autonómico. Asimismo se muestran, para cada Mutualidad, los índices per cápita del gasto, recetas y copago (salvo en MUGEJU, donde no constan).

Para conocer el tipo de usuario de la receta mutualista se compara la distribución de copagos y gastos por estatus laboral (“activos” y “pensionistas”) en MUFACE y SNS, así como los factores determinantes de dichos costes (recetas/persona y precio/receta), obteniéndose los correspondientes índices per cápita en cada colectivo laboral y los consiguientes ratios MUFACE/SNS. Además, en tres colectivos laborales (MUFACE “activos”, MUFACE “pensionistas” y SNS “activos”), se ha intentado conocer el tipo de aportación y uso de la medicación a partir de las cifras de “copagos efectivos” obrantes en la Memoria de MUFACE (“activos” el 20,66% de su factura a PVP y “pensionistas” el 19,93%) y del copago efectivo de los beneficiarios en “activo” del SNS (calculado en 24,68% del PVP).

Tales copagos efectivos permiten calcular el valor a PVP de la medicación consumida en cada colectivo y descomponer su gasto per cápita en dos tramos relativamente comparables: un primer tramo determinado por la subvención general común a todos los medicamentos (mayor en MUFACE –el 70% del PVP– que en SNS “activo” –60%) y un segundo tramo de gasto residual cuya cuantía depende, además de los porcentajes de subvención general, del mayor o menor consumo de medicación de AR y de la subvención adicional atribuible a dichos productos de uso crónico (resto del gasto o PVP multiplicado por la diferencia entre los copagos normal y efectivo). Asimismo, los copagos de MUFACE han permitido desglosar su población en “activos” y “pensionistas” (315.455 serían pensionistas, es decir, el 19,6% de los beneficiarios) y estimar el impacto presupuestario de sus respectivos copagos y gastos.

Por último, para comparar el perfil de las prescripciones se han obtenido las razones MUFACE/SNS de las tasas de consumo de envases por persona y Grupo anatómico-terapéutico y de los precios medios por envase y Grupo, a partir de las cifras de envases e importes PVP facturados tanto de “especialidades” como de “efectos y accesorios” –en particular “absorbentes de orina”–

y de “fórmulas magistrales y extractos bacterianos”.

En vista del acceso duplicado a recetas de SNS y MUFACE por “doble aseguramiento”, se ha considerado que todos los beneficiarios mutualistas utilizan exclusivamente su receta *ad hoc*, habiéndose extraído los datos de consumo de las Memorias oficiales del año 2003 de los Organismos Autónomos MUGEJU, ISFAS y MUFACE, ésta última la más informativa. De la Memoria de ISFAS (cuya población está más envejecida que el SNS, pues el 20,65% de los mutualistas tiene más de 65 años), sólo se ha podido utilizar la distribución porcentual de envases por Grupos Terapéuticos (no su número), así como los visados de “absorbentes”.

En cuanto a los indicadores del SNS, los datos y fuentes utilizados fueron:

- Se ha estimado una población protegida de 40 millones de personas (a la baja, pues la cifra de tarjetas sanitarias es mayor) tras restar del censo a todos los mutualistas y demás españoles sin derecho a sanidad pública. De ellos, un 26,5%, es decir, 10,6 millones de personas, estarían exentos de aportación farmacéutica por tarjeta de “pensionista” (jubilados, inválidos y sus beneficiarios), según la última Memoria Insalud.

- El importe y gasto per cápita y porcentaje de “copago efectivo” en “ac-

tivos”, se han calculado a partir de los indicadores de la prestación farmacéutica del SNS a través de receta. Año 2003, recogidas en la revista “Información Terapéutica del SNS”¹⁰.

- Los datos de recetas y gasto facturado por las farmacias a los servicios autonómicos en 2003 proceden de la web del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es).

- Los importes y envases facturados en 2003 al SNS desglosados por Grupos anatómico-terapéuticos de especialidades, “efectos y accesorios” y “fórmulas y extractos bacterianos” han sido calculados a partir de información proporcionada por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Resultados

Cuota farmacéutica mutualista de recetas y gastos

La tabla I muestra que en el año 2003 las tres Mutualidades destinaron 389,59 millones de euros a pagar 35,49 millones de recetas facturadas por los Colegios farmacéuticos, lo que supuso una cuota equivalente al 5,05% de las recetas dispensadas por las farmacias al SNS, al 4,98% en valor a PVP de dicha dispensación (sin contar copago MUGEJU) y al 4,35% del gasto facturado al SNS, con un

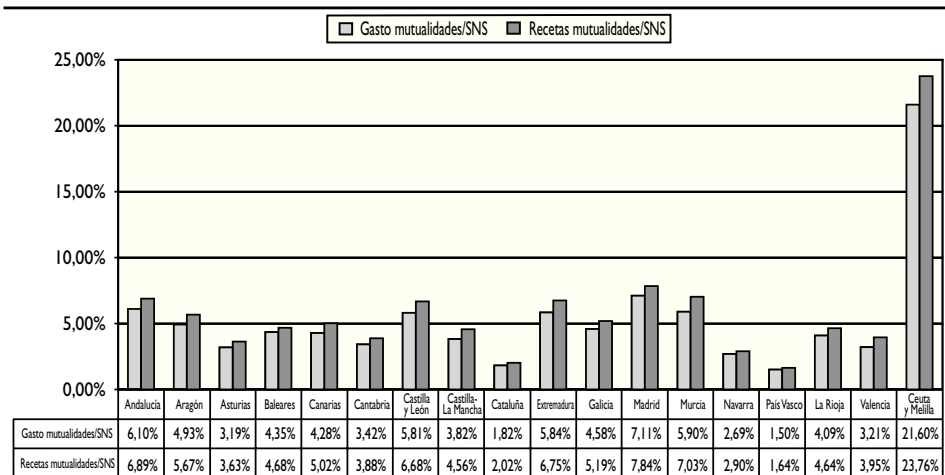


Figura 1. Ratios Mutualismo/Sistema Nacional de Salud (SNS) de gasto y de recetas facturadas en cada Comunidad Autónoma. Año 2003

poder de compra farmacéutica sólo superado por los Servicios autonómicos de Andalucía, Cataluña, Valencia, Madrid, Galicia o Castilla-León¹¹.

En índices por persona y Mutualidad, la tabla I muestra que el gasto per cápita mutualista (156,91 euros/año) era el 70,2% del registrado en SNS (64,8% en el caso de MUFACE, 81,5 % en ISFAS y 67,8% en MUGEJU), siendo también algo menores los importes a PVP por persona de MUFACE e ISFAS y las cifras de Gasto medio por receta mutualista (el 85,63% del coste SNS) y número de recetas por mutualista (el 81,93% de las demandadas en SNS), aunque no así los precios medios por receta, que son idénticos en las Mutualidades y SNS, situándose los indicado-

res de gasto y consumo de ISFAS en cifras cercanas a los del SNS y distantes del mínimo gasto de MUFACE.

Por Comunidades Autónomas, el peso de las recetas mutualistas en los mercados farmacéuticos regionales varía considerablemente (fig. 1), destacando el caso de Madrid donde las recetas mutualistas equivalían al 7,84% de las recetas y al 7,11% de los gastos facturados por las farmacias al Servicio Madrileño de Salud (prácticamente, como un Área de salud), situándose por encima del 6,7% de las recetas y en torno al 6% del gasto en Andalucía, Castilla-León, Murcia o Extremadura y sobrepasando el 20% en Ceuta y Melilla, absorbiendo todas estas regiones el 57,93% de las recetas y el 56,89% de los gastos mu-

	Mutualismo				SNS
	MUFACE	ISFAS	MUGEJU	TOTAL	
Población total *	1,613	0,784	0,085	2,482	40
Gasto farmacéutico *	233,65	142,97	12,96	389,59	8.941,45
Copagos *	60,53	35,03			668,2
Valor PVP *	294,19	178			9.747,65
N.º Recetas *	21,37	12,94	1,18	35,49	697,63
G/P **	145,03	182,22	151,57	156,91	223,53
PVP/P **	182,13	226,85			243,69
Rec/P **	13,23	16,49	13,83	14,29	17,44
G/R **	10,93	11,04	10,96	10,97	12,81
Co/R **	2,83	2,70			0,96
Pr/R**	13,76	13,74			13,77

*En millones de unidades (personas, euros, o número de recetas); **en euros; G: gasto; PVP: importe; Co: copagos; Pr: precio Pr/R: precio por receta; P: persona.

Fuente: Cálculos propios a partir de: Memorias de Mutualidades e Información Terapéutica del SNS¹⁰.

Tabla 1. Indicadores de la prestación farmacéutica: Mutualidades y SNS. Año 2003

tualistas (cuando en el SNS sólo suman el 40%). Por el contrario, en Cataluña y País Vasco el uso relativo de recetas mutualistas es mínimo (menos del 2% del correspondiente gasto autonómico), situándose en torno al 3% en Navarra, Valencia y Asturias. Lo que indica diferencias territoriales en la afiliación mutualista y/o en la sustitución de la receta mutualista por la del SNS.

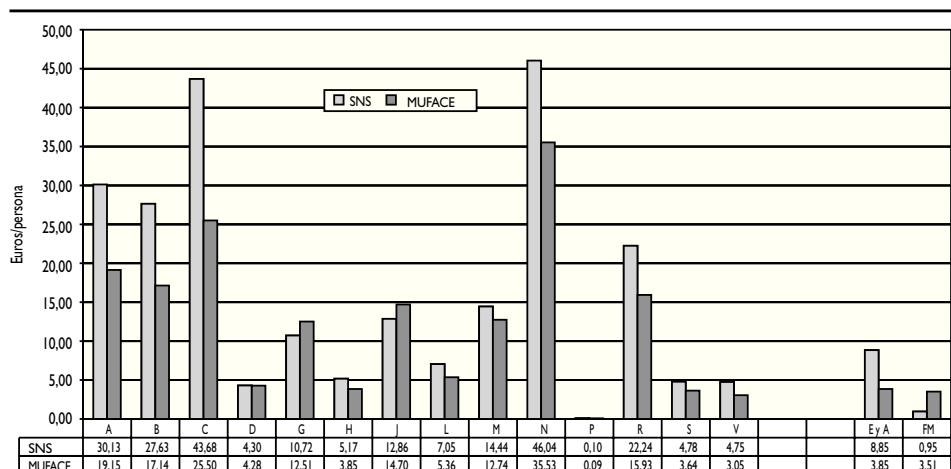
Distribución de gastos, subvenciones y copagos por colectivos

Gasto y copagos en personas “activas”

En contraste con el menor gasto medio mutualista, los ratios MUFACE/SNS de la tabla 2 muestran que el gasto de

cada mutualista “activo” (99,39 euros/persona/año) multiplicaba por 1,43 al del SNS, mientras su copago sólo lo hacía por 1,14; y ello por la sobreprescripción (1,32) y mayor gasto por receta (1,09), lo que supuso un exceso de gasto público de 30,04 euros/persona/año, obligando a MUFACE a destinar el 55,13% de su presupuesto farmacéutico y el 58,43% de las recetas a los “activos”.

Tal exceso de gasto no significa que los mutualistas padezcan más enfermedades crónicas que el resto de la población, ya que los “copagos efectivos” tienden a igualarse en ambos sistemas (20,66% del importe al PVP en MUFACE y 24,68% en el SNS), lo que quiere decir que el colectivo activo del SNS consume relati-



Grupo terapéutico: A (digestivo- metabólico); B (sangre); C (cardiovascular); D (dermatológico); G (ginecológico- urológico); H (hormonal); J (antiinflamatorio); L (cáncer); M (musculoesquelético); N (nervioso); P (parasitario); R (respiratorio); S (sentidos); V (varios); E y A (efectos y accesorios); FM (fórmulas magistrales y extractos)

Figura 2. Importe a PVP por persona y Grupo Terapéutico. MUFACE y Sistema Nacional de Salud (SNS) 2003

vamente más medicación de uso crónico recortando más sus copagos (se recorta el 9,34% del PVP en MUFACE por un 15,32% en el SNS), generando presiones presupuestarias adicionales al sistema (la subvención de AR absorbería el 20,34% del gasto de SNS “activos” y sólo un 11,77% en MUFACE).

Los ratios MUFACE/SNS desglosados por tramo de subvención (tabla 2) muestran que el exceso de gasto de MUFACE es selectivo, ya que mientras el gasto per cápita en el tramo compensatorio de la AR es algo menor (ratio 0,83) que el SNS, el gasto del tramo de subvención general es 1,59 veces mayor, lo que se

traduce en un exceso de gasto en dicho tramo de 32,44 euros/persona activa/año (42,08 millones de euros/año) atribuible tanto al menor copago (si éste fuera del 40% como en SNS, MUFACE podría recuperar, en función del mayor o menor consumo de AR, hasta un máximo de 12,53 euros/persona o 16,25 millones/año) como fundamentalmente a la sobreprescripción (los 25,83 millones restantes).

Gasto, subvenciones y copagos en pensionistas

Los ratios MUFACE/SNS muestran que el gasto por “pensionista” de MUFACE

	Tipo Receta	MUFACE	SNS	MUF/SNS
Gasto medio/ Receta	A	10,40*	9,56*	1,09
	P	11,90*	14,54*	0,82
Precio/receta	A	13,11	12,69*	1,03
	P	14,86	14,54*	1,02
Copago/receta	A	2,71	3,13	0,87
	P	2,96	0	
Recetas/pers	A	9,56*	7,25	1,32
	P	27,97*	45,68	0,61
Tramo gasto sub. general/pers	A	87,69	55,25	1,59
	P	290,86		
Tramo Gasto por AR/pers	A	11,70	14,11	0,83
	P	41,84		
Gasto total /pers	A	99,39*	69,35	1,43
	P	332,70*	664,19	0,50
Importe/pers	A	125,27	92,08	1,36
	P	415,51	664,19	0,63
Copago/pers	A	25,88	22,73	1,14
	P	82,81	0	
% Copago efectivo	A	20,66*	24,68	0,84
	P	19,93*	0	
% Recetas	A	58,43	30,58*	1,91
	P	41,57	69,42*	0,60
% Gasto total	A	55,13	22,46*	2,45
	P	44,87	77,54*	0,57

A: activos; P: pensionistas.

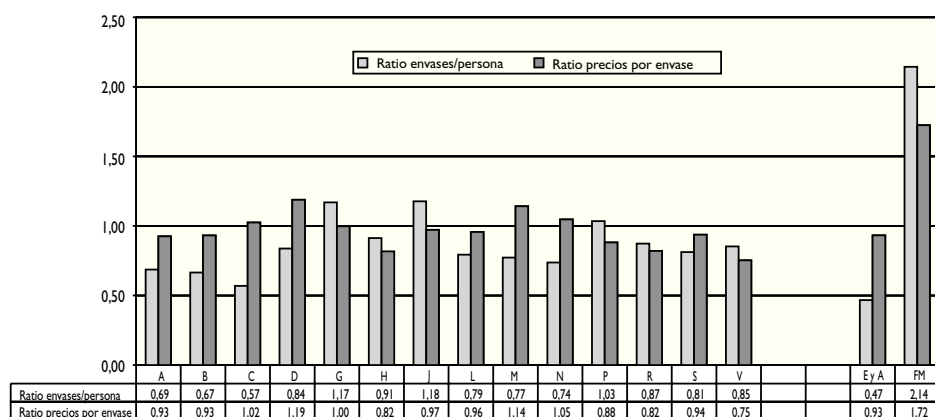
Fuente: *Datos de Memoria MUFACE e Información Terapéutica del SNS. Año 2003. El resto de los cálculos son propios.

Tabla 2. Comparación de Indicadores de recetas de activos y pensionistas en MUFACE y en el Sistema Nacional de Salud (SNS) 2003

(332,7 euros/año), pese a multiplicar por 3,34 al del mutualista “activo” (y no por 9,61 como ocurre en el SNS), es la mitad del gasto del pensionista SNS (0,50), debido al menor gasto por receta (0,82) y a la menor demanda de recetas per cápita (0,61), que fue 2,92 veces mayor que la de un mutualista activo, pero que sólo supuso 27,97 recetas/persona/año, lo que cabría

atribuir al efecto disuasorio de un “copago” de 2,96 euros por receta pensionista, que no existe en SNS y con el que apenas se recaudó 26,12 millones de euros/año.

Por otra parte, llama la atención que tanto el copago efectivo pensionista (19,93% del PVP facturado) como recorte por AR (10,07% del PVP) y el peso de la subvención adicional por AR



Grupo terapéutico: A (digestivo- metabólico); B (sangre); C (cardiovascular); D (dermatológico); G (ginecológico- urológico); H (hormonal); J (antiinflamatorio); L (cáncer); M (musculoesquelético); N (nervioso); P (parasitario); R (respiratorio); S (sentidos); V (varios); E y A (efectos y accesorios); FM (fórmulas magistrales y extractos)

Figura 3. Razones MUFACE/Sistema Nacional de Salud (SNS) por Grupo Terapéutico de consumo de envases per cápita y de precios por envase. Año 2003

(12,57% sean similares a los del gasto) observados en el colectivo de mutualistas activos, de forma que los gastos por mutualista pensionista crecen por igual en todos los tramos por efecto de la multiplicación de prescripciones de todo tipo (3,32 veces más gasto per cápita en el tramo de subvención general, 3,57 en el tramo adicional de AR y 3,34 en gasto total). Con la particularidad de que el precio medio de la receta pensionista (14,86 euros) supera no sólo al del mutualismo “activo” sino también al precio de la receta pensionista del SNS (1,02 veces), dando lugar a un copago per cápita (“media” de 82,81 euros/pensionista/año) que es el triple del

aportado por cada mutualista activo y que pueden ser muy gravosos dada la tendencia de tales copagos a concentrarse en pocos individuos¹².

Perfiles de consumos y precios por grupos terapéuticos

En línea con las diferencias de gasto observadas en “activos” y “pensionistas”, la tabla 3 muestra que las facturas de especialidades farmacéuticas de MUFACE (e ISFAS) y del SNS difieren en su composición por Grupos terapéuticos, de forma que Grupos típicos de pensionistas (cardiovascular [C], metabolismo/digestivo [A], sangre [B] y

Grupo	SNS			MUFACE			ISFAS
	Env	PVP	Precio	Env	PVP	Precio	% Env
(A) Digestivo y Metabólico	92,63	1.205,14	13,00	2,56	30,87	12,04	12,76
(B) Sangre	58,84	1.105,38	18,78	1,58	27,64	17,51	7,95
(C) Cardiovascular	122,06	1.747,21	14,31	2,80	41,12	14,67	16,56
(D) Dermatológico	20,11	171,97	8,55	0,68	6,90	10,16	2,93
(G) Ginecológico-Urológico	22,48	428,92	19,08	1,06	20,18	19,04	3,87
(H) Hormonal	11,07	206,65	18,67	0,41	6,21	15,26	1,73
(J) Antineoplásico	41,82	514,28	12,30	1,98	23,71	11,95	8,26
(L) Antineoplásico	2,45	282,06	115,37	0,08	8,64	110,42	0,35
(M) Musculoesquelético	64,21	577,57	8,99	2,00	20,54	10,27	9,16
(N) Nervioso	158,94	1.841,47	11,59	4,73	57,29	12,13	21,65
(P) Parasitario	0,62	3,88	6,25	0,03	0,14	5,51	0,09
(R) Respiratorio	66,67	889,72	13,34	2,35	25,70	10,95	10,43
(S) Sentid	25,23	191,38	7,58	0,83	5,87	7,11	3,80
Varios	3,27	190,13	58,23	0,11	4,92	43,84	0,46
Total especialidades	690,40	9.355,77	13,55	21,19	279,75	13,20	100
Efectos y accesorios	14,57	353,88	24,29	0,274	6,21	22,65	NC
Pañales	4,09	199,84	48,84	NC	NC	NC	0,065**
Fórmulas magistrales y Extrac Bac	0,88	38,02	43,45	0,075	5,66	74,91	NC

*Envases (Env) e importes (PVP) en millones de unidades; precio medio (precio) en euros.

** Envases en millones de unidades

Tabla 3. Facturas del Sistema Nacional de Salud (SNS), MUFACE e ISFAS por Grupo Terapéutico. Año 2003

antineoplásicos [L]) que en la factura de MUFACE suman el 38,7% del PVP y el 33,14% de los envases, suponen 7 puntos más en la factura del SNS, tanto en importes como en envases, quedando el envejecido ISFAS en una situación intermedia (37,62% de los envases); y recíprocamente, Grupos típicos de patologías agudas y/o femeninas (antiinfecciosos [J]), respira-

torio [R], dermatológicos [D] y genitourinológicos [G]), que en la factura del SNS suman el 22-21% en envases e importes, suponen 7 puntos más en la factura de MUFACE, quedando otra vez el ISFAS en una posición intermedia (25,49% de los envases). Por último, grupos como nervioso (N), el más prescrito en ambos sistemas, o musculoesquelético (M), suman

porcentajes similares (el 32% en envases y del 28-26% en importes).

Cuando comparamos los importes a PVP por persona y Grupo de SNS y de MUFACE (fig. 2), vemos que no parece haber diferencias en el orden de prelación de los Grupos (salvo J y D, que escalan posiciones en MUFACE) pero sí en los importes, cuya cuantía es inferior o muy inferior en MUFACE, salvo en J y G.

Tal disparidad de importes per cápita puede obedecer a diferencias en la intensidad de consumo de envases y/o en el precio de los medicamentos consumidos. En relación con el primer factor, los ratios MUFACE/ SNS de envases facturados por persona y Grupo (fig. 3), que oscilan entre 0,57 y 1,18, evidencian el bajo consumo mutualista en especialidades esenciales para la supervivencia, como C, B o A (entre el 57 y el 68% del SNS), L (el 79%, dato probablemente infravalorado por el uso hospitalario de los citostáticos en SNS) o en los sistemas N y M (74 y 77%), registrándose, por el contrario, excesos mutualistas en J y G (cuyos consumos per cápita multiplican al del SNS por 1,18 y 1,17).

En cuanto a los ratios de precios medios de los envases, la figura 3 muestra que las diferencias de precio entre el SNS y MUFACE no son tan importantes

como las de consumo (ratios de 0,75 a 1,19), pagando MUFACE precios más bajos en Grupos de escasa utilización o amplio arsenal terapéutico (R, hormonas sistémicas y varios) y precios más altos en envases de N (1,05), M (1,14) o D (1,19), lo que cabría relacionar con la baja prescripción mutualista de medicamentos genéricos (en 2003, sólo el 3,56% de las unidades facturadas a MUFACE eran genéricos por un 8,85% en el SNS, con un precio medio de 10,02 euros, 1,08 veces superior a los 9,25 euros del SNS).

Capítulo aparte merece el peculiar comportamiento observado en “fórmulas magistrales y vacunas antialérgicas” y en “efectos y accesorios”. Las facturas de este último Grupo, en el que destacan los “pañales o absorbentes de incontinencia de orina”, de precio elevado, sujetos a visado previo, aportación no reducida y de uso casi exclusivo en ancianos, reflejan la existencia de bajo consumo per cápita tanto en MUFACE (0,47 veces el consumo del SNS) como en el envejecido ISFAS (0,08 “pañales” visados por mutualista y 0,10 en el SNS). Mientras que en “fórmulas magistrales y extractos bacterianos” sucede lo contrario, de forma que MUFACE costearía 2,14 veces más prescripciones a precios 1,72 veces mayores, lo que se

traduce en facturas excesivas (similar a la de D, hormonas sistémicas o varios).

Discusión

Hasta ahora se suponía que la prestación mutualista implicaba mayores copagos farmacéuticos como contrapartida, quizá a la privilegiada utilización de seguros privados, cuyas prestaciones médico-farmacéuticas pasan por ser de mayor calidad y más baratas que las del SNS y de impacto presupuestario residual, lo que justificaría el mantenimiento del *status quo* mutualista, pese a su manifiesta falta de encaje en el SNS.

No obstante, los resultados de este trabajo muestran que el peso de las recetas mutualistas en la facturación de las farmacias no es en absoluto residual, sobre todo en algunas provincias (Madrid, Andalucía, Castilla-León, Murcia, Extremadura o Ceuta-Melilla), superando el mutualismo en poder de compra farmacéutica a la mayoría de los servicios autonómicos. Con la particularidad de que las recetas mutualistas absorben crecientes parcelas del presupuesto sanitario (el 24,15% en 2003 y 488,73 millones de euros presupuestados en 2006) y no generan retornos en forma de descuentos de farmacias o aportaciones industriales^{13,14} (cifrables en 24 millones

de euros, si se aplicara el 3,14% y 1,81% a la factura PVP), dando lugar a gastos adicionales de gestión (127 oficinas de tres Mutualidades que deben repartir 1,71 millones de talonarios, “visar” 740.000 recetas y pagar a los Colegios por su mecanización).

Por otra parte, el desglose del consumo farmacéutico por colectivos laborales y Grupos Terapéuticos sugiere que las peculiaridades de la prestación médica mutualista son extrapolables a la prestación farmacéutica, cuyo menor gasto “medio” y mayor copago de recetas que el SNS son más aparentes que reales, ya que ambos parámetros varían según el estatus “activo” o “pensionista” del mutualista, dando lugar a un diferencial con el SNS que se visualiza al desglosar los consumos por colectivos laborales, tipo de uso/aportación de la medicación (crónicos o no) y Grupos Terapéuticos. Y ello, a tenor de datos oficiales que pese a sus limitaciones (consumo de envases y no de dosis, de un año, sin desglose por edad, sexo, subgrupo, principio activo o tipo de aportación) muestran rasgos mutualistas poco divulgados.

Por ejemplo, basta comparar la demanda de recetas y gasto en MUFACE y SNS de colectivos de similar estado laboral y de salud para observar cómo el

modelo mutualista (copago uniforme y prescripción privada) destina la mayoría de su presupuesto farmacéutico a costear medicación demandada, en exceso y en condiciones de copago ventajosas, por los usuarios más numerosos e influyentes (“activos”), mientras penaliza el consumo de los mutualistas con mayor riesgo y necesidad de recetas (pensionistas), cuyas prescripciones (que alcanzan un precio medio mayor que las del pensionista-SNS) están sujetas a un copago que puede eludirse “duplicando tarjeta sanitaria del SNS”. Una práctica que el Tribunal de Cuentas detectó en más de un 30% de mutualistas (cruzando DNI, dato que no estaba grabado en el 25% de los beneficiarios), entre situaciones fraudulentas (beneficiarios mutualistas indebidos y mutualistas que obtienen tarjeta de beneficiario en SNS) y legales (titulares pluricotizantes, activos o jubilados, más el 14% que dispone de tarjeta SNS al optar por SS). Y que no parece perjudique a las Mutualidades, pues el sobregasto de los mutualistas “activos indebidos” se compensaría con creces por la centrifugación de recetas pensionistas al SNS.

La selectividad del consumo mutualista según tipo de uso/necesidad de la medicación se pone también de manifiesto viendo la distribución del gasto

por tramos de subvención en MUFACE, cuyo colectivo “activo”, pese a no tener mayores necesidades de medicación de AR que el colectivo homónimo del SNS, gasta un 59% más que éste en el tramo de gasto más cuestionable (la subvención normal o general de todos los medicamentos), por la sobreprescripción y el menor copago de recetas, lo que supuso un sobregasto público de más de 42 millones de euros/año, con el que dicha Mutualidad podría sufragar los más de 26 millones de euros aportados en concepto de copago por los pensionistas sin cobertura duplicada en SNS.

En línea con los gastos por colectivos y tramos, el carácter selectivo del consumo mutualista se confirma cuando revisamos su composición por grupos terapéuticos:

1. Déficits per cápita notorios en medicación de consumo crónico y pensionista que es imprescindible para la supervivencia (C, B, A y cáncer), así como en “efectos y accesorios” y “medicamentos genéricos”.

2. Excesos en “fórmulas magistrales” y “extractos bacterianos”, así como en J y G, de uso ocasional, no exentos de riesgos para la salud y cuyo mayor uso sugiere alta frecuentación e inequidades de acceso ginecológico (reproducción asistida incluida).

3. Precio medio alto de fórmulas magistrales y de envases neuropsiquiátricos, reumatológicos o dermatológicos, compatibles a la vista del Vademécum con sobreprescripción de determinados subgrupos terapéuticos costosos y peligrosos tipo retinoides del acné, antidepresivos o los tristemente famosos coxibs.

Aunque algunos de los déficits y excesos reseñados puedan atribuirse al desigual peso poblacional pensionista (19,6% en MUFACE y 26,5% SNS), si cada mutualista pensionista consumiera en todos los Grupos 2,92 veces más envases que un “mutualista activo”, el consumo ajustado per cápita de MUFACE multiplicaría por 1,09 al observado en el trabajo, lo que no explicaría los déficits reseñados y realzaría aún más los excesos de ciertos Grupos.

Todo ello, junto a la similitud de los copagos efectivos de “activos” y “pensionistas” de MUFACE y los datos del envejecido ISFAS, sugiere que el uso de recetas y demás prestaciones médicas mutualistas no es “sustitutivo” del SNS, sobre todo en “pensionistas”, y que las características de las prescripciones mutualistas vienen determinadas por los incentivos del modelo, tanto por el lado de la demanda (reparto de talonarios de “recetas” y “bajas”, con riesgo de uso indebido y hasta ilícito) como por la ofer-

ta, constituida fundamentalmente por especialistas de acceso directo y honorarios “por acto médico”, proclives a inducir demanda con recetas costeadas por terceros (algo que también parece observarse en modelos descoordinados tipo “colaboradoras”), sin considerar los copagos de los pacientes o las políticas de genéricos y sin que los procesos de visado y facturación (atomizados, costosos y paralelos al SNS) posibiliten descuentos de farmacias o eviten iatrogenias.

Las carencias en medicación crónica de la prescripción mutualista han sido reconocidas por las propias mutualidades, que en los últimos años han promovido la formación cardiovascular de los cuadros médicos del seguro privado¹⁵, lo que aparte de contribuir al uso racional del medicamento ha coincidido con subidas importantes del gasto farmacéutico y del precio de la prima médica asegurada (deshablada en mayores o menores de 65 años de edad y de la que el SNS recibe sólo la parte de subconcier-tos rurales), sin que se hayan corregido factores determinantes de la infraprescripción selectiva (copago pensionista y “reaseguro” en el SNS).

A este respecto cabe precisar que la depuración de situaciones irregulares detectadas por el Tribunal de Cuentas¹⁶, que afectaría a 150.000 casos de mutualistas

indebidos, no va a corregir otras duplicidades más numerosas y carentes de justificación médica, caso de los pluricotizantes activos o jubilados con “derecho a doble ración” de seguro médico-farmacéutico (pese a tratarse de una prestación “en especie” y existir “topes” a la duplicidad en pensiones) o de mutualistas que obtienen indebidamente tarjetas o recetas del SNS exentas de aportación (por las carencias de la Base de tarjetas del SNS pese a la reciente regulación del Instituto Nacional de la Seguridad Social [INSS]¹⁷) para mayor agravio de los mutualistas que sí “copagan”.

En este contexto de selección estructural de riesgos y dispersión de controles y competencias, alternativas no exentas de lógica como la de transferir riesgos farmacéuticos a los seguros médicos concertados, mejorando la prima per cápita pueden resultar problemáticas, ya que además de enquistar las desigualdades y dependencias del modelo actual podrían derivar en conflictos por la captación de rentas entre los agentes participantes y mayor desplazamiento de malos riesgos al SNS. Frente a ello, aparte de corregir cualquier duplicidad de aseguramiento, se considera más equitativo y coherente avanzar en la resolución del problema de base (la no integración de los regí-

menes de SS) y conectar los esquemas mutualistas con el SNS, manteniendo algunas de sus peculiaridades, pero modificando tres de sus características más controvertidas:

1. La opcionalidad por la cobertura pública, que pasaría a ser obligatoria a efectos de Atención Primaria y acceso a prescripciones y derivaciones encomendándose a “médicos de cabecera” del SNS libremente elegidos y adecuadamente compensados, sin perjuicio de mantener conciertos militares y privados de asistencia especializada que complementen la capacidad del SNS.

2. El copago de recetas, que se igualaría al del SNS, lo que podría moderar el consumo “activo” y sería viable a tenor de las cantidades aportadas.

3. El reparto de recetas al usuario, que se eliminaría, asumiendo el SNS su visado y facturación (y el control junto a SS, de los “partes de baja”, de los empleados estatales y autonómicos de los Cuerpos mutualistas, a semejanza de lo que ya ocurre con las “invalideces”).

Por tanto, por razones sanitarias y económicas, y de cohesión social y territorial, urge potenciar la medicina de cabecera en el ámbito mutualista, asignando a todos sus beneficiarios un médico general del SNS, cosa que no debería plantear excesivas dificultades vista la expe-

riencia rural y la dimensión de la población a incorporar, que tras descontar duplicidades de tarjetas y usuarios de convenios rurales y hospitales militares, se estima en 1,35 millones de personas (1,15 si se descuentan municipios de 5.000- 20.000 habitantes, cuyas urgencias son atendidas por el SNS), distribuidas por toda la nación y mayoritariamente en Andalucía, Madrid o Cataluña.

BIBLIOGRAFÍA

1. López G, Ortún V, Murillo C. El sistema sanitario español: Informe de una década. Fundación BBV; 1999.
2. Puig- Junoy J. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y porqué. Hacienda Pública Española; 2001. Disponible en: www.econ.upf.es
3. Costas E, et al. Serie de documentos de trabajo de Fundación Alternativas sobre La contención del gasto farmacéutico. Madrid; 2004. Disponible en: www.fundaciónalternativas.com
4. NERA. Análisis de los determinantes de la evolución del gasto farmacéutico en el ámbito autonómico. Informe preparado para Farmaindustria. Junio de 2004.
5. García Marco C. El catálogo de prestaciones complementarias de MUFACE: Un ejemplo de la falta de equidad, coordinación y armonización del sistema sanitario. Salud; 2000;85.
6. RD Ley 5/2000 de Medidas de contención gasto farmacéutico (BOE 24-6-200).
7. Ley 2/2004 de Presupuestos Generales del Estado para 2005 (BOE 28-12-2004).
8. El Tribunal de Cuentas detecta un fraude en MUFACE de 59 millones. El País; 6 de octubre de 2005.
9. RD 1348/2003 que adapta la clasificación medicamentos al sistema ATC (BOE 4-11-2003).
10. Memorias de Mutualidades e Información Terapéutica del SNS. 2004;28(5).
11. Especial Presupuestos autonómicos 2006. Diario Médico. Disponible en: www.diariomédico.com
12. Ibern P. Copago farmacéutico: nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas. XIX Jornadas Asociación Economía Salud. Junio 1999.
13. Martín G. Los descuentos por el RD 5/2000 podrían costar a la farmacia más de 407 millones en 2005. El Global; 12 de diciembre de 2005.
14. Álvarez J. La industria perderá 193 millones con las tasas sobre sus ventas. Cinco Días; 25 de noviembre de 2005.
15. Cuidacor. Plan de prevención cardiovascular. Disponible en: www.map.es/muface
16. Tribunal de Cuentas. Informes aprobados en 2005 sobre Fiscalizaciones de Muface, Mugeju e Isfas. Disponible en: www.tcu.es
17. Resolución de 21-11-2005 del INSS (BOE de 23-11-2005).