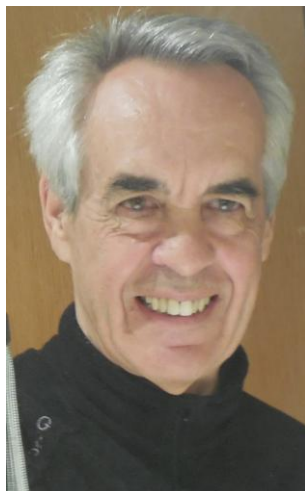


El copago farmacéutico de los funcionarios

Diego Martínez¹



El reciente aniversario del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de garantía de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones, vuelve a poner en los medios el debate sobre algunas de las reformas más significativas de aquella norma en la dispensación pública de medicamentos como fueron la escala de aportaciones según renta y el copago de los pensionistas. Asistimos, en estos tiempos electorales, a un cierto consenso político sobre la necesidad de repensar y mejorar el régimen de copagos farmacéuticos de 2012, de lo que se han hecho eco los programas de los distintos partidos para el 20D. En esa línea quizás sea ocasión de poner énfasis, una vez más, en la situación singular que mantienen desde hace años los funcionarios acogidos al mutualismo administrativo.

Un poco de historia nos permitirá situarnos. La aportación de los pacientes en los tratamientos ambulatorios en la sanidad pública se estableció por vez primera en la revisión de 1966 de la Ley General de la Seguridad Social (nuevo texto articulado aprobado en el Decreto 907/1966, de 21 de abril) cuando se introduce la libertad de prescripción derogando las limitaciones anteriores (supresión del petitorio del S.O.E.) y, en paralelo, se establece la contribución a la prestación farmacéutica de la industria, la distribución (almacenes y farmacias) y los usuarios, estos últimos mediante el pago de una cantidad por receta o, en su caso por medicamento, cuya determinación correspondería al Gobierno. Las primeras aportaciones se detallaron en el Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, y se fijaron -a partir de 1967- en 5 pesetas (un duro de la época) por receta, incrementada en su caso en una peseta por cada decena del precio del medicamento con un límite de 50 pesetas.

La reforma del régimen de aportaciones pese al amplio periodo transcurrido (y a los debates cíclicos y melancólicos sobre el crecimiento “*insoportable*” del gasto farmacéutico) sólo se ha acometido en dos ocasiones y en ambas por circunstancias económicas excepcionales. En un primer lugar en 1978 en el contexto de los Pactos de La Moncloa, con ocasión de la grave crisis económica de finales de los setenta, y en segundo lugar en 2012 dentro del paquete de austeridad frente a la mayor crisis económica desde 1929, en la que aún estamos inmersos.

El Real Decreto 945/1978, de 14 de abril, transformó la aportación de una cantidad fija por receta antes existente en un porcentaje sobre el PVP del medicamento, inicialmente un 20% que se

¹ Abogado y Administrador Civil del Estado (ACE) durante más de veinticinco años ha ejercido cargos de responsabilidad en el Ministerio de Sanidad, actualmente desarrolla diversas actividades de divulgación y de formación en legislación sanitaria y farmacéutica. diegomartinez@farmalex.info

elevará al 30% a partir del 1 de enero de 1979 y, posteriormente, al 40% (Real Decreto 1065/1980, de 31 de julio), y, en compensación, introdujo la exención del pago a los pensionistas, que se ha mantenido treinta y tantos años. Por su parte, el reciente Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, generaliza el copago en función de la renta a todos los pacientes (entre el 40 y el 60% del PVP según tramos de renta) incluidos los pensionistas –exentos hasta entonces- para los que se establece un copago menor (10% PVP) y unos topes mensuales de aportación, entre los 8 y 18 euros/mes según tramos de renta.

Por lo que se refiere a los funcionarios, cabe recordar que ya en los años sesenta se previó una regulación singular al margen del régimen general de Seguridad Social (Ley 109/1963, de 20 de julio, de Funcionarios Civiles del Estado) pero que tal regulación específica no se abordaría hasta años más tarde, a finales del régimen de Franco (Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado). En ese 1975 los funcionarios del Estado disponían de pensiones públicas gracias al Régimen de Clases Pasivas del Estado (vejez e incapacidad), pero no contaban con cobertura sanitaria ni con prestación farmacéutica. Un importante número de funcionarios del Estado (más del 35%) carecían de seguro de enfermedad y quienes tenían asistencia (mayoritariamente de provisión privada) la tenían cubierta de modo desigual, como afiliados a alguna de las 65 mutualidades sectoriales oficialmente censadas con derecho a prestaciones muy dispersas, desde aquellas con prestación farmacéutica totalmente gratuita a las que carecían de esta cobertura o la tenían implantada muy parcialmente. Frente a esa realidad desigual, la Ley 29/1975, creará una única mutualidad general (la MUFACE) de adscripción obligatoria y con un repertorio de prestaciones sanitarias “similares”² a las disponibles para el resto de los trabajadores.

Cuando se pone en marcha efectiva la prestación farmacéutica de la Muface -pese a sus singularidades- se aplicará a los funcionarios el mismo régimen de aportación vigente entonces para los trabajadores, un 30% del PVP de los medicamentos. Pero cuando cambia ese régimen a finales de los setenta, con las subidas de la aportación al 40% o la exención de los pensionistas, el mutualismo administrativo -para bien o para mal- no se verá afectado. Lo mismo que tras la reforma radical de 2012 que, de manera incomprensible, deja intacto el régimen de los funcionarios.

La decisión de 2012 de no alterar el copago farmacéutico de los funcionarios, salvo por razones financieras (por una potencial diferencia positiva entre la mayor aportación de los activos, del 30 al 50%, y la menor de los jubilados, del 30 al 10%, y su impacto en la difícil situación de la Muface)³, no se puede explicar fácilmente. Esencialmente, no se explica porqué los funcionarios tienen que quedar al margen de la regla general del copago según renta, una las exigencias de equidad más generalizada y largamente planteada en nuestro sistema; ni porqué el segmento de mayor edad, los funcionarios pensionistas, donde se concentra la mayor incidencia de las pluripatologías y la plurimedicación, debe mantener el mismo régimen que los activos, actuando la aportación farmacéutica como un verdadero impuesto a las enfermedades y achaques propios de la edad avanzada.

² Prestaciones que han ido convergiendo progresivamente y que se igualan definitivamente en el Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera básica de servicios del SNS, incluido el régimen de los medicamentos de “*aportación reducida*”, pero con la excepción lamentable del régimen de copagos.

³ No se ha podido tener acceso a la memoria económica del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril.

Conviene recordar a esos efectos, que, según la Memoria anual de la Muface (2014), un tercio de sus mutualistas son jubilados (unos 280 mil), con un consumo de 24,6 millones de recetas/año (34 recetas de media por pensionista frente a 8 por activo), con una participación del 17,68% en el gasto farmacéutico, sólo ligeramente inferior a los activos (18,31%), y una aportación media de 534,49 euros por pensionista y año, en la práctica un 250% superior al límite teórico máximo establecido por el Real Decreto Ley 16/2012 para el resto de los pensionistas.

Al margen de otras consideraciones sobre las singularidades del mutualismo administrativo y de su situación financiera, urge, pues, revisar el sistema de copago farmacéutico de los funcionarios, tanto activos como pensionistas, en la única línea razonable que es la de unificar el régimen de participación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, sin excepción alguna para la función pública. En ese ámbito, por razones -entre otras- de equidad, conviene cerrar cuanto antes las discriminaciones sanitarias subexistentes en el mutualismo administrativo superando el Real Decreto-Ley 16/2012, y, en tal empeño, animar a los partidos, cara a los programas para el 26J, a asumir ese compromiso y empezar a superar (aunque fuera de entrada sólo en el ámbito de la farmacia) una de las asignaturas mas largamente pendientes en nuestro sistema sanitario.

Abril 2016