



TRIBUNAL DE CUENTAS

Nº 1.205

**INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LA GESTIÓN Y
CONTROL DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS
A CARGO DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS
ARMADAS, EJERCICIO 2015**

EL PLENO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS, en el ejercicio de su función fiscalizadora establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, y a tenor de lo dispuesto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado en su sesión de 23 de febrero de 2017, el *Informe de Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015*, y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, según lo prevenido en el artículo 28 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	15
I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO	15
I.2. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL DE LA FISCALIZACIÓN	15
I.3. OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN	15
I.4. LIMITACIONES	17
I.5. NORMATIVA APLICABLE.....	17
I.6. TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	18
I.7. RÉGIMEN JURÍDICO, ORGANIZACIÓN Y PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS.....	19
I.8. COLECTIVO PROTEGIDO POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS	20
I.9. LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.....	21
I.9.1. Consideraciones generales.....	21
I.9.2. Tramitación de las prestaciones farmacéuticas	22
II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN	23
II.1. GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS.....	23
II.1.1. Imputación presupuestaria del gasto derivado de las prestaciones farmacéuticas.....	23
II.1.2. Pago de las prestaciones farmacéuticas mediante factura electrónica.....	25
II.1.3. Controles sobre los beneficiarios de las prestaciones farmacéuticas	26
II.1.4. Recetas médicas gestionadas por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas	30
II.2. FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS A LAS OFICINAS DE FARMACIA.....	33
II.2.1. Conciertos suscritos entre el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.....	33
II.2.2. Procedimiento de revisión de la facturación de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos	35
II.2.2.1. RECEPCIÓN, VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PAGO.....	36
II.2.2.2. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y CONTROL DE LAS FACTURAS	38

II.2.3. Controles sobre los talonarios de recetas médicas	43
II.2.3.1. CONSIDERACIONES PREVIAS	43
II.2.3.2. CONTROLES SOBRE LA SOLICITUD, ENTREGA Y EXISTENCIAS DE TALONARIOS.....	44
II.2.3.3. CONTROLES EN LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS DE TALONARIOS	46
II.2.4. Controles sobre la validez de las recetas médicas.....	47
II.2.5. Controles sobre el visado de las recetas médicas	49
II.2.5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS	49
II.2.5.2. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE LOS VISADOS.....	51
II.2.5.3. CONTROL SOBRE EL VISADO DE RECETAS	52
II.2.5.4. OTROS CONTROLES SOBRE RECETAS VISADAS	53
II.2.6. Controles sobre los consumos excesivos de medicamentos	54
II.2.7. Procedimiento de facturación y pago a las farmacias militares	59
II.2.7.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	59
II.2.7.2. LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS DISPENSADAS POR LAS FARMACIAS MILITARES	61
II.3. FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA	62
II.3.1. Consideraciones generales.....	62
II.3.2. Medicamentos de dispensación hospitalaria.....	62
II.3.2.1. GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C.....	63
II.3.2.2. APLICACIÓN INFORMÁTICA QUE GESTIONA LAS PRESTACIONES DESCENTRALIZADAS	65
II.3.3. Gestión y pago de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas.....	68
II.4. SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, EJERCICIO 2002-2003”	69
II.4.1. Consideraciones generales.....	69
II.4.2. Resoluciones de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas.....	69

II.4.3. Recomendaciones del Tribunal de Cuentas	70
II.5. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO	72
II.6. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES	73
III. CONCLUSIONES.....	73
III.1. CONCLUSIONES SOBRE LA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS.....	73
III.2. CONCLUSIONES SOBRE LA FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS A LAS OFICINAS DE FARMACIA A TRAVÉS DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS.....	74
III.3. CONCLUSIONES SOBRE LA FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA	76
III.4. CONCLUSIONES SOBRE EL SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, EJERCICIOS 2002-2003”	77
III.5. CONCLUSIONES SOBRE LAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO.....	78
IV. RECOMENDACIONES.....	79
ANEXOS	77

RELACIÓN DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CCAA	Comunidades Autónomas
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
COF	Colegios Oficiales de Farmacéuticos
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IPREM	Indicador público de renta de efectos múltiples
ISFAS/Instituto	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LGP	Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
Nomenclátor	Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud
RGSSFA	Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado mediante Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre
SICRIS	Sistema de Control de Recetas ISFAS
SNS	Sistema Nacional de Salud
RESSFA	Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
TRLSSFA	Texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro n.º 1 MUTUALISTAS PERTENECIENTES A ISFAS	21
Cuadro n.º 2 OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.....	23
Cuadro n.º 3 GASTOS IMPUTADOS AL CONCEPTO 484.....	24
Cuadro n.º 4 FACTURACIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.....	37
Cuadro n.º 5 INCIDENCIAS SISTEMÁTICAS DETECTADAS EN LA REVISIÓN DE LAS RECETAS ..	40
Cuadro n.º 6 INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA REVISIÓN DE LA MUESTRA DE RECETAS	42
Cuadro n.º 7 ERRORES EN RECETAS DE FARMACIAS CIVILES.....	48
Cuadro n.º 8 RECETAS CON VISADO QUE NO FIGURABAN EN LA APLICACIÓN DE VISADO.....	52
Cuadro n.º 9 CONSUMOS EXCESIVOS DE MEDICAMENTOS.....	56
Cuadro n.º 10 LÍMITES DE CONSUMOS EXCESIVOS ESTABLECIDOS POR ISFAS	59
Cuadro n.º 11 GASTOS DE FARMACIAS MILITARES.....	60
Cuadro n.º 12 ERRORES EN RECETAS DE FARMACIAS MILITARES.....	61
Cuadro n.º 13 ERRORES DETECTADOS EN LA APLICACIÓN	67
Cuadro n.º 14 EVOLUCIÓN DE LOS MUTUALISTAS DE ISFAS	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DEL COLECTIVO PROTEGIDO	27
Gráfico n.º 2 MODELO OFICIAL DE RECETA. DATOS CAPTURADOS EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN.....	32
Gráfico n.º 3 FACTURACIÓN Y PAGO A LAS OFICINAS DE FARMACIA	35
Gráfico n.º 4 PROCEDIMIENTO DE CONTROL Y REVISIÓN DE LA FACTURACIÓN DE LAS FARMACIAS CIVILES	39
Gráfico n.º 5 ESQUEMA DE PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE TALONARIOS.....	43
Gráfico n.º 6 ESQUEMA DE PROCEDIMIENTO DE VISADO DE RECETAS EN ISFAS.....	50

I. INTRODUCCIÓN

I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones asignadas por la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, y en cumplimiento del acuerdo de su Pleno de 22 de diciembre de 2015, por el que se aprobó el *“Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2016”*, ha realizado, a iniciativa propia, la ***“Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015”***.

Asimismo, el Pleno del Tribunal de Cuentas, en sesión de 26 de noviembre de 2015 y en el ejercicio de las competencias que le atribuye el artículo 2 de la mencionada Ley Orgánica 2/1982, acordó el inicio de esta fiscalización.

I.2. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL DE LA FISCALIZACIÓN

El ámbito subjetivo de esta fiscalización está constituido por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS o Instituto), organismo autónomo adscrito al Ministerio de Defensa a través de la Subsecretaría de Defensa.

El ámbito objetivo de la fiscalización se refiere a las prestaciones farmacéuticas abonadas por ISFAS en el territorio nacional, tanto las satisfechas a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) por los productos dispensados a los mutualistas en las oficinas de farmacia, como las abonadas a través de los hospitales adscritos a las entidades de seguro concertadas con ISFAS para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y las dispensadas por las oficinas de farmacia militares que se imputan al presupuesto de gastos del ISFAS.

En cuanto a su ámbito temporal, la fiscalización ha abarcado las prestaciones farmacéuticas abonadas por ISFAS durante el ejercicio 2015. Sin perjuicio de lo anterior, se han analizado la información y los hechos anteriores y posteriores a dicho ejercicio que se han considerado oportunos para el cumplimiento de los objetivos fijados en la fiscalización.

I.3. OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN

El Tribunal de Cuentas ha realizado una fiscalización operativa o de gestión y de cumplimiento, tal y como prevé el subapartado 2.2 de las Normas Técnicas incluidas en las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, aprobadas por su Pleno en sesión de 23 de diciembre de 2013. La fiscalización se ha centrado, principalmente, en aquellas áreas de actuación de ISFAS cuyas propuestas de mejora de la gestión se consideran de implantación prioritaria.

De acuerdo con las Directrices Técnicas aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 31 de marzo de 2016, en la fiscalización se han revisado y analizado las prestaciones farmacéuticas abonadas por ISFAS con el fin de valorar su racionalidad económica y adecuación a los principios de buena gestión. Esta valoración se ha efectuado tanto sobre los sistemas y procedimientos establecidos por ISFAS como sobre el grado de cumplimiento de los principios de eficiencia y economía. En particular, los objetivos de la fiscalización han sido los siguientes:

1. Analizar, desde la perspectiva del cumplimiento de los principios de buena gestión, los procedimientos implantados por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas para la

comprobación de la facturación y para el pago de las prestaciones farmacéuticas a las oficinas de farmacia a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

2. Analizar, desde la perspectiva del cumplimiento de los principios de buena gestión, los procedimientos implantados por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas para la comprobación de la facturación y para el pago de las prestaciones farmacéuticas a los hospitales adscritos a las entidades de seguro concertadas por los medicamentos de dispensación hospitalaria.
3. Efectuar un seguimiento del grado de cumplimiento de las recomendaciones formuladas por el Tribunal de Cuentas en el "*Informe de Fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicios 2002 y 2003*", aprobado por su Pleno en sesión de 30 de junio de 2005, en la parte relativa a las prestaciones farmacéuticas; así como de la Resolución de 29 de septiembre de 2009, de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en la que se instaba al Gobierno a adoptar, entre otras, determinadas medidas respecto a las prestaciones farmacéuticas.

Aunque considerando los objetivos de la fiscalización no era previsible que se plantearan cuestiones relacionadas con el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, estas se han tenido en cuenta durante el desarrollo de aquella. Asimismo, se han abordado las cuestiones relacionadas con las previsiones contenidas en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

Para el cumplimiento de estos objetivos se han utilizado los procedimientos habituales y específicos para cada una de las diferentes áreas de fiscalización, que han quedado plasmados en los correspondientes programas de trabajo dirigidos a la obtención de evidencias adecuadas y suficientes sobre la facturación y pago de las prestaciones farmacéuticas efectuadas por ISFAS.

La obtención de los datos, así como las comprobaciones y verificaciones, se han realizado en los Servicios Centrales de ISFAS en Madrid, así como en las Delegaciones Regionales de Granada, Madrid y San Fernando (Cádiz), y en la Delegación Provincial de Málaga¹, a través de la revisión de la documentación correspondiente (manuales de procedimiento, ejecución del presupuesto, facturación presentada por los COF, examen de recetas médicas, análisis de bases de datos etc.), así como mediante la realización de entrevistas con los responsables de las principales áreas en relación con los objetivos de la fiscalización.

ISFAS ha rendido a este Tribunal las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2015 en el plazo legalmente establecido. Asimismo, ha cumplido con el deber de colaboración con el Tribunal de Cuentas en el desarrollo de la fiscalización.

¹ Estas Delegaciones fueron seleccionadas para su fiscalización por los siguientes motivos:

- La Delegación Regional de Madrid, por gestionar el mayor número de mutualistas respecto al total en el ejercicio 2015 (18,18%), así como el mayor porcentaje de gasto facturado por los COF (15,97% del total). La Delegación Regional de San Fernando, por ocupar la segunda posición respecto al total en los dos ratios indicados anteriormente (7,76% y 7,86% respectivamente).
- La Delegación Provincial de Málaga y la Delegación Regional de Granada, debido a que presentaron los mayores valores en el ratio de gasto de prestaciones farmacéuticas por mutualista (356,15 euros y 303,19 euros respectivamente), muy distantes de la siguiente provincia (Alicante), que presentó un gasto de 287,28 euros.

El último informe del Tribunal de Cuentas referido exclusivamente a ISFAS, al margen de las fiscalizaciones horizontales sobre contratación aprobadas en los ejercicios 2012 y anteriores, así como las sucesivas Declaraciones sobre la Cuenta General del Estado, es el "*Informe de fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicios 2002-2003*", aprobado por su Pleno en sesión de 30 de junio de 2005, en el que se efectuaron recomendaciones relativas a las prestaciones farmacéuticas, cuyo seguimiento se analiza en el subapartado II.4 de este Informe.

La presente fiscalización se ha realizado de acuerdo con las mencionadas Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, aprobadas por su Pleno en sesión de 23 de diciembre de 2013, y en congruencia con los Principios Fundamentales de la Fiscalización Operativa de las Instituciones de Control Externo, y con el Manual de Fiscalización Operativa o de Gestión, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 30 de abril de 2015.

I.4. LIMITACIONES

Durante los trabajos de fiscalización, los responsables de ISFAS no han puesto a disposición del Tribunal la documentación justificativa (ni en soporte papel ni en soporte informático) del gasto derivado de las recetas médicas de farmacias militares correspondientes a los meses de enero a junio de 2015, con carácter general, y de enero a abril en la Delegación de Madrid, por un importe para dicho período y para el conjunto de ISFAS de 72.923 euros (39,43% sobre el importe total de recetas miliares), debido a que en cumplimiento de una instrucción interna aprobada por ISFAS éstas fueron destruidas, por lo que no se ha podido efectuar su fiscalización. No obstante, es necesario señalar que el Instituto paralizó dicha destrucción de manera inmediata tras el requerimiento de este Tribunal².

I.5. NORMATIVA APLICABLE

El marco legislativo aplicable a las prestaciones farmacéuticas gestionadas por ISFAS está constituido, básicamente, por las siguientes disposiciones:

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
2. Texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio.
3. Texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.
4. Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.
5. Real Decreto 296/1992, de 27 de marzo, sobre reestructuración de la composición, funcionamiento y atribuciones de los órganos de gobierno y administración del Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

² En relación con las alegaciones formuladas por ISFAS, indicando que el Tribunal no instó la entrega de estas recetas, cabe señalar que al inicio de los trabajos de fiscalización se tuvo conocimiento de la inexistencia de estas recetas, por lo que, mediante escrito de fecha 1 de febrero de 2016, se requirió a ISFAS que paralizara la destrucción de recetas de farmacias militares teniendo en cuenta que, de acuerdo con su propia normativa, estas recetas del mes de julio de 2015 y siguientes hubieran sido destruidas y, por tanto, no hubieran podido realizarse las comprobaciones oportunas.

6. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
7. Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos.
8. Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
9. Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.
10. Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
11. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, modificado por Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.
12. Real Decreto 1193/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento de aplicación de la escala conjunta de deducciones a la facturación mensual de cada oficina de farmacia.
13. Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario.

I.6. TRÁMITE DE ALEGACIONES

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 44.1 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, el Anteproyecto de Informe de esta Fiscalización fue remitido, el 26 de octubre de 2016, a los titulares del Ministerio de Defensa y de la Subsecretaría de Defensa durante el ejercicio fiscalizado y a la actual Secretaria General Gerente del Instituto Social de las Fuerzas Armadas –que también lo había sido durante el período fiscalizado-, para que alegasen y presentasen los documentos y justificantes que considerasen convenientes.

Dentro del plazo otorgado, la Secretaria General Gerente del Instituto Social de las Fuerzas Armadas solicitó ampliación del plazo para formular alegaciones, que fue concedido tanto a la peticionaria como a los restantes destinatarios del Anteproyecto de Informe.

En el plazo otorgado únicamente se han recibido alegaciones de la Secretaria General Gerente del Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

A la vista de las citadas alegaciones, el Tribunal de Cuentas ha efectuado las oportunas modificaciones en el texto del Anteproyecto de Informe y, en los casos en que se ha considerado necesario plantear algunas consideraciones respecto al contenido de dichas alegaciones, aquellas se reflejan en el texto del Informe o mediante notas a pie de página.

Asimismo, debe indicarse que no se formulan observaciones respecto a aquellas alegaciones que constituyen meras explicaciones en relación con el Anteproyecto de Informe y que, por tanto, no implican oposición con el contenido del mismo.

De conformidad con lo señalado en el mencionado artículo 44 de la Ley 7/1988, la totalidad de las alegaciones formuladas se adjuntan al presente Informe.

I.7. RÉGIMEN JURÍDICO, ORGANIZACIÓN Y PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (TRLSSFA), aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, ISFAS es un organismo público con personalidad jurídica diferenciada, patrimonio y tesorería propios, con autonomía de gestión, que se rige por las previsiones de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, relativas a los organismos autónomos.

El régimen económico-financiero, patrimonial, presupuestario y contable, así como el de intervención y control financiero de las prestaciones y el de los conciertos para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica es el establecido en su legislación específica.

El artículo 10 del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, prevé un Régimen Especial de funcionarios públicos, civiles y militares, entre los que se encuentra el Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (RESSFA), en el que existen los siguientes mecanismos de cobertura:

1. El Régimen de Clases Pasivas del Estado.
2. El RESSFA, que se rige por lo dispuesto en el TRLSSFA y cuya gestión corresponde a ISFAS.

ISFAS tiene como principal actividad gestionar el RESSFA, depende del Ministerio de Defensa y tiene los siguientes órganos de gobierno y administración: a) el Consejo Rector; b) la Junta de Gobierno; y c) la Gerencia, al frente de la cual está la Secretaria General Gerente.

Al Consejo Rector le corresponden, entre otras funciones, velar por el cumplimiento de las normas y fines del Instituto, aprobar sus criterios de actuación, aprobar el proyecto del presupuesto anual y acordar su envío al Ministerio de Defensa, y aprobar la memoria y el balance del ejercicio.

Por su parte, la Junta de Gobierno, entre otras funciones, debe velar por la aplicación de los acuerdos del Consejo Rector, así como proponer cuántas medidas se estimen necesarias para el mejor cumplimiento de los fines del Instituto; informar los proyectos de disposiciones que establezcan o modifiquen las prestaciones; estudiar, informar y elevar al Consejo Rector las propuestas relativas a medidas, planes y programas convenientes para el desarrollo de los mecanismos de protección del RESSFA e informar todos los asuntos que le someta la Gerencia, así como aquéllos de los que deba conocer el Consejo Rector.

ISFAS se estructura en 13 Delegaciones Regionales, 9 Delegaciones Especiales, 31 Delegaciones Provinciales, 8 Subdelegaciones y 5 Oficinas Delegadas, cuatro de estas últimas localizadas en el área metropolitana de Madrid³.

I.8. COLECTIVO PROTEGIDO POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

De acuerdo con el artículo 3 del TRLSSFA, queda obligatoriamente incorporado a ISFAS como mutualista el siguiente colectivo, cualquiera que sea la situación administrativa en que se encuentre:

- a) Los militares de carrera de las Fuerzas Armadas.
- b) Los militares de complemento, mientras mantengan su relación de servicios con las Fuerzas Armadas.
- c) Los militares profesionales de tropa y marinería, mientras mantengan su relación de servicios con las Fuerzas Armadas.
- d) Los alumnos de la enseñanza militar de formación.
- e) Los militares de carrera de la Guardia Civil y los alumnos de los centros docentes de formación de dicho Cuerpo.
- f) Los funcionarios civiles de Cuerpos adscritos al Ministerio de Defensa que no hayan ejercido la opción de incorporarse al Régimen Especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, así como, en su caso, los funcionarios en prácticas para el ingreso en dichos Cuerpos.
- g) Las personas incluidas en el Estatuto de personal del Centro Nacional de Inteligencia.

Además, pueden ser incluidos como beneficiarios de un mutualista todos los asegurados incluidos en el ámbito de aplicación del RESSFA, así como los familiares o asimilados a cargo que se enumeran a continuación:

1. El cónyuge o la persona que, sin reunir esta condición, conviva maritalmente con el titular del derecho, siempre que, en este último caso, se acredite la convivencia ininterrumpida de los interesados durante, al menos, un año de antelación a la fecha de presentación de la solicitud de incorporación a este Régimen Especial.
2. Los descendientes por naturaleza o adopción y los hermanos. En el caso de los descendientes, podrán serlo de ambos cónyuges o convivientes, o de cualquiera de ellos.
3. Quienes se hallen en situación de acogimiento legal, en los mismos términos establecidos en el párrafo anterior.
4. Los ascendientes, tanto del asegurado como de su cónyuge o conviviente y los cónyuges o convivientes de tales ascendientes por ulteriores nupcias.

³ Las referencias que se realizan en este Informe a las Delegaciones deben entenderse efectuadas tanto a las Delegaciones de cualquier tipo como a las Subdelegaciones y Oficinas Delegadas de ISFAS.

Los requisitos que deben cumplir los beneficiarios son los siguientes:

- a) Vivir con el titular del derecho y a sus expensas.
- b) No percibir ingresos por rendimientos derivados del trabajo, del capital mobiliario, del capital inmobiliario o de pensión, superiores al doble del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM).
- c) No estar protegidos para la prestación de la asistencia sanitaria por cualquiera de los Regímenes que integran el Sistema Español de Seguridad Social.

En caso de fallecimiento del mutualista, el viudo o viuda y los huérfanos de aquel, activos y jubilados, podrán pertenecer a este Régimen Especial, en condición de mutualista por derecho derivado, siempre que no tengan derecho por sí mismos a cobertura de asistencia sanitaria equivalente mediante otro Régimen del Sistema Español de Seguridad Social.

En consecuencia, todas las personas incluidas en el ámbito de aplicación del RESSFA y sus beneficiarios tienen derecho a percibir tanto las prestaciones de asistencia sanitaria (en las que quedan comprendidas las prestaciones farmacéuticas) como las demás a cargo de ISFAS.

La composición del colectivo de ISFAS al cierre de los ejercicios 2014 y 2015 era la siguiente:

Cuadro n.º 1
MUTUALISTAS PERTENECIENTES A ISFAS
Ejercicios 2014 y 2015

COLECTIVO	31.12.2014	31.12.2015	VARIACIÓN %
Titulares	363.375	361.145	(0,61)
Beneficiarios	257.925	253.428	(1,74)
TOTALES	621.300	614.573	(1,08)

Fuente: Información aportada por ISFAS.

Como se deduce del cuadro anterior, el número de mutualistas a 31 de diciembre de 2015 era inferior en 6.727 respecto al año anterior, disminución que corresponde, fundamentalmente, a los beneficiarios, cuyo descenso representó el 66,85% del total.

I.9. LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

I.9.1. Consideraciones generales

El artículo 16 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que la prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes reciban aquellos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

De conformidad con el artículo 149.1 de la Constitución Española, corresponden al Estado las competencias básicas en materia de sanidad, seguridad social y productos farmacéuticos -entre otras las de incluir o excluir los medicamentos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS)-, si bien la ejecución de las prestaciones y su financiación se realiza por las

Comunidades Autónomas (CCAA), ostentando el Estado la competencia exclusiva en todas las materias relacionadas con las condiciones de autorización, prescripción, dispensación y financiación de medicamentos mientras que las CCAA únicamente podrán ampliar la prestación farmacéutica acordada por el Estado.

En el ámbito de los funcionarios públicos civiles y militares del sector público estatal, la ejecución de las prestaciones y su financiación corresponden a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y a ISFAS.

I.9.2. Tramitación de las prestaciones farmacéuticas

Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios es necesaria una autorización expresa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), estableciéndose en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (Nomenclátor)⁴ las condiciones de financiación y precio de aquellos para todo el ámbito del SNS.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la dispensación de medicamentos se efectúa a través de las oficinas de farmacia legalmente autorizadas y de los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de los centros de atención primaria del SNS.

ISFAS abona las prestaciones farmacéuticas dispensadas en el territorio nacional mediante los dos procedimientos que se describen a continuación:

1. A través de las oficinas de las farmacias civiles y militares. Mediante este procedimiento ISFAS abona a las farmacias civiles, con la intermediación de los COF, el importe de las recetas médicas dispensadas y facturadas en las condiciones económicas establecidas en los conciertos suscritos el 7 de julio de 2011 y el 9 de julio de 2015 entre ISFAS y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

Asimismo, ISFAS abona directamente a las farmacias militares el importe de las recetas médicas dispensadas y facturadas en las condiciones económicas establecidas en el concierto suscrito el 3 de octubre de 2011 entre ISFAS y los servicios farmacéuticos de las Fuerzas Armadas.

Estos procedimientos se analizan en el subapartado II.2 de este Informe.

2. A través de los centros hospitalarios adscritos a las entidades de seguro. En este procedimiento, y solo para determinados medicamentos, la dispensación se realiza directamente a los mutualistas por los citados centros, financiándose por ISFAS en su totalidad hasta el 1 de octubre de 2013 y, a partir de esa fecha y hasta el 31 de diciembre de 2015, mediante la aportación reducida de los mutualistas. Este procedimiento se analiza en el subapartado II.3 de este Informe.

⁴ El Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es una base de datos en materia de prestación farmacéutica del SNS en la que se incluyen todos los medicamentos que tengan autorizada su comercialización en España (financiados o no por el SNS). El Nomenclátor se actualiza mensualmente y se comunica a las entidades afectadas, como máximo, el día 25 del mes inmediato anterior al que corresponda, o, en su caso, el siguiente día hábil.

En el cuadro siguiente se incluye el importe de las obligaciones reconocidas netas por las prestaciones farmacéuticas con cargo a los presupuestos de ISFAS en los ejercicios 2014 y 2015:

Cuadro n.º 2
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
Ejercicios 2014 y 2015

(Euros)				
SUBCONCEPTO	TIPO DE GASTOS	2014	2015	VARIACIÓN %
484.00	Farmacia	150.227.850	160.668.087	6,95
484.01	Farmacia acto de servicio	15.717	12.512	(20,39)
TOTALES		150.243.567	160.680.599	6,95

Fuente: Liquidación de los presupuesto de gastos de ISFAS, ejercicios 2014 y 2015.

Como se deduce del cuadro anterior, el gasto farmacéutico financiado por ISFAS aumentó en un 6,95% en el ejercicio 2015 respecto al anterior, debido, fundamentalmente, a la incorporación de nuevos medicamentos de dispensación hospitalaria tales como los antivirales frente a la hepatitis C, entre otros, así como al aumento del gasto por medicamentos extranjeros⁵; todos ellos imputados al subconcepto 484.00 sin ningún desglose presupuestario.

II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

II.1. GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

II.1.1. Imputación presupuestaria del gasto derivado de las prestaciones farmacéuticas

ISFAS no realiza ninguna desagregación presupuestaria del gasto farmacéutico (a excepción del gasto en farmacia por acto de servicio), a pesar de la diversidad de procedimientos de gestión y pago en este tipo de gasto así como al volumen creciente del mismo en los últimos ejercicios.

Las obligaciones reconocidas netas en el concepto 484 "Farmacia" del presupuesto de gastos de ISFAS en el ejercicio 2015 figuran en el cuadro siguiente, con el desglose efectuado por este Tribunal:

⁵ Los medicamentos extranjeros son aquellos cuya importación ha sido autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y cuya financiación corresponde a ISFAS.

Cuadro n.º 3
GASTOS IMPUTADOS AL CONCEPTO 484
Ejercicio 2015

(Euros)		
SUBCONCEPTO/ TIPO DE GASTO	OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS	En %
<u>Farmacia (484.00)</u>	<u>160.668.087</u>	<u>99,99</u>
Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF)	140.007.316	87,14
Medicamentos de dispensación hospitalaria	19.807.695	12,33
Medicamentos extranjeros	543.765	0,33
Farmacias militares	184.930	0,11
Medicamentos en receta no oficial	12.078	0,01
Otros (hipercolesterolemia, fibrosis quística, etc.)	112.303	0,06
<u>Farmacia acto de servicio (484.01)</u>	<u>12.512</u>	<u>0,01</u>
	160.680.599	100,00

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, las obligaciones reconocidas netas a favor de los COF constituyen el principal tipo de gasto (el 87,14% del total), seguido de las correspondientes a medicamentos de dispensación hospitalaria (el 12,33%).

Los pagos realizados en 2015 (161.156.139 euros) superaron en 475.540 euros a las obligaciones reconocidas netas (160.680.599 euros), debido a lo siguiente:

- Reintegros de pagos de farmacia por cuenta de las entidades de seguro, por importe de 470.711 euros, aplicados por ISFAS a las cuotas que abonó a las entidades de seguro con las que tiene formalizados conciertos de asistencia sanitaria.
- Reintegros por pagos indebidos, por importe de 4.829 euros, por diversos motivos (haber causado baja el mutualista antes de la prescripción y dispensación del medicamento, no figurar de alta en ISFAS en la fecha de la expedición de la receta, etc.).

En la fiscalización se han detectado las siguientes operaciones que afectan al presupuesto de gastos del ejercicio 2015:

1. Del importe de las obligaciones reconocidas en el ejercicio 2015, ISFAS descontó, en los meses de enero a abril de 2015, 12.002 euros correspondientes a primas a las entidades de seguro, por diferencias en los precios de medicamentos de dispensación hospitalaria, en aplicación del concierto de asistencia sanitaria suscrito. Estos descuentos corresponden al ejercicio 2014, pero ISFAS minoró incorrectamente el gasto de 2015, ya que debería haber realizado un reintegro al presupuesto de ingresos de 2014, de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional única de la Orden EHA/2045/2011, de 14 de Julio, por la que se aprueba la instrucción de Contabilidad para la Administración Institucional del Estado.

2. ISFAS ha reconocido obligaciones en exceso por importe de 5.646 euros, debido a un error de imputación en los reintegros correspondientes a cuatro expedientes de medicamentos de dispensación hospitalaria, que fueron aplicados de forma incorrecta en el concepto 485 "Prótesis y otras prestaciones" como reintegros, y que deberían haber minorado el concepto 484 "Farmacia".

Por todo lo anterior, el concepto presupuestario 484 "Farmacia", del presupuesto de gastos de ISFAS en el ejercicio 2015, está infravalorado en un importe neto de 6.356 euros.

II.1.2. Pago de las prestaciones farmacéuticas mediante factura electrónica

En virtud del artículo 2 de la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público, que tiene por objetivo impulsar el uso de la factura electrónica, ISFAS, al tener la consideración de Administración Pública, está incluido dentro del ámbito subjetivo de aplicación de la citada Ley, por lo que esta es plenamente aplicable a las facturas emitidas en el marco de las relaciones del Instituto con sus proveedores de bienes y servicios.

En el ámbito de las prestaciones farmacéuticas es necesario señalar que los centros hospitalarios que suministran los medicamentos a los mutualistas de ISFAS están sometidos, asimismo, a la citada ley, puesto que pertenecen, con carácter general, a alguna de las figuras que señala su artículo 4 (sociedades anónimas, sociedades limitadas o agrupaciones de interés económico).

De acuerdo con lo establecido en la disposición final octava de la citada Ley 25/2013, a partir de su entrada en vigor (15 de enero de 2015) la facturación electrónica es obligatoria si el importe de la misma es superior a 5.000 euros.

Desde el mencionado 15 de enero de 2015 ISFAS no exigió a los centros hospitalarios concertados de las entidades de seguro la utilización de la facturación electrónica respecto a los gastos de importe superior a 5.000 euros por los medicamentos de dispensación hospitalaria ni por los medicamentos extranjeros. Cabe señalar que con fecha posterior a 15 de enero de 2015 se han emitido, para medicamentos de dispensación hospitalaria, 496 facturas en soporte papel, todas ellas con un importe individual superior a 5.000 euros y por un total de 4.900.657 euros (el 24,33% del total de pagos de 2015 por esta prestación) por centros hospitalarios que tenían la naturaleza de sociedad anónima, sociedad limitada, agrupación de interés económico u hospital público, por lo que debieron haberse expedido electrónicamente⁶.

⁶ Las alegaciones de ISFAS hacen referencia a un informe de la IGAE de fecha 5 de mayo de 2016, en el que se indica que los pagos directos a los centros hospitalarios no se incluyen en el ámbito de la Ley 25/2013. **Asimismo**, se señala, por una parte, que los servicios de farmacia hospitalaria no tienen naturaleza de proveedores de la administración y que, además, carecen de relación jurídica contractual con ISFAS y, por otra, que cuando se producen excesos de facturación estos se descuentan a las entidades de seguro y no a los centros hospitalarios -lo que reafirma la ausencia de relación jurídica-. En relación con lo anterior, este Tribunal considera oportuno indicar lo siguiente:

- Para que los medicamentos sean dispensados por los centros hospitalarios se requiere la previa autorización de ISFAS, por lo que sí existe una relación jurídica entre ISFAS y los centros hospitalarios. En contrapartida, estos últimos emiten la correspondiente factura a nombre del Instituto.
- El procedimiento de reclamación de los excesos facturados a las entidades de seguro a través del descuento en primas figura en el concierto suscrito entre ISFAS y dichas entidades. De no existir este procedimiento, ISFAS debería reclamar los excesos al propio centro hospitalario, en virtud del artículo 77 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, como sucede en otras Mutualidades de funcionarios, donde los excesos de facturación son reclamados por estas Mutualidades directamente a los centros hospitalarios.

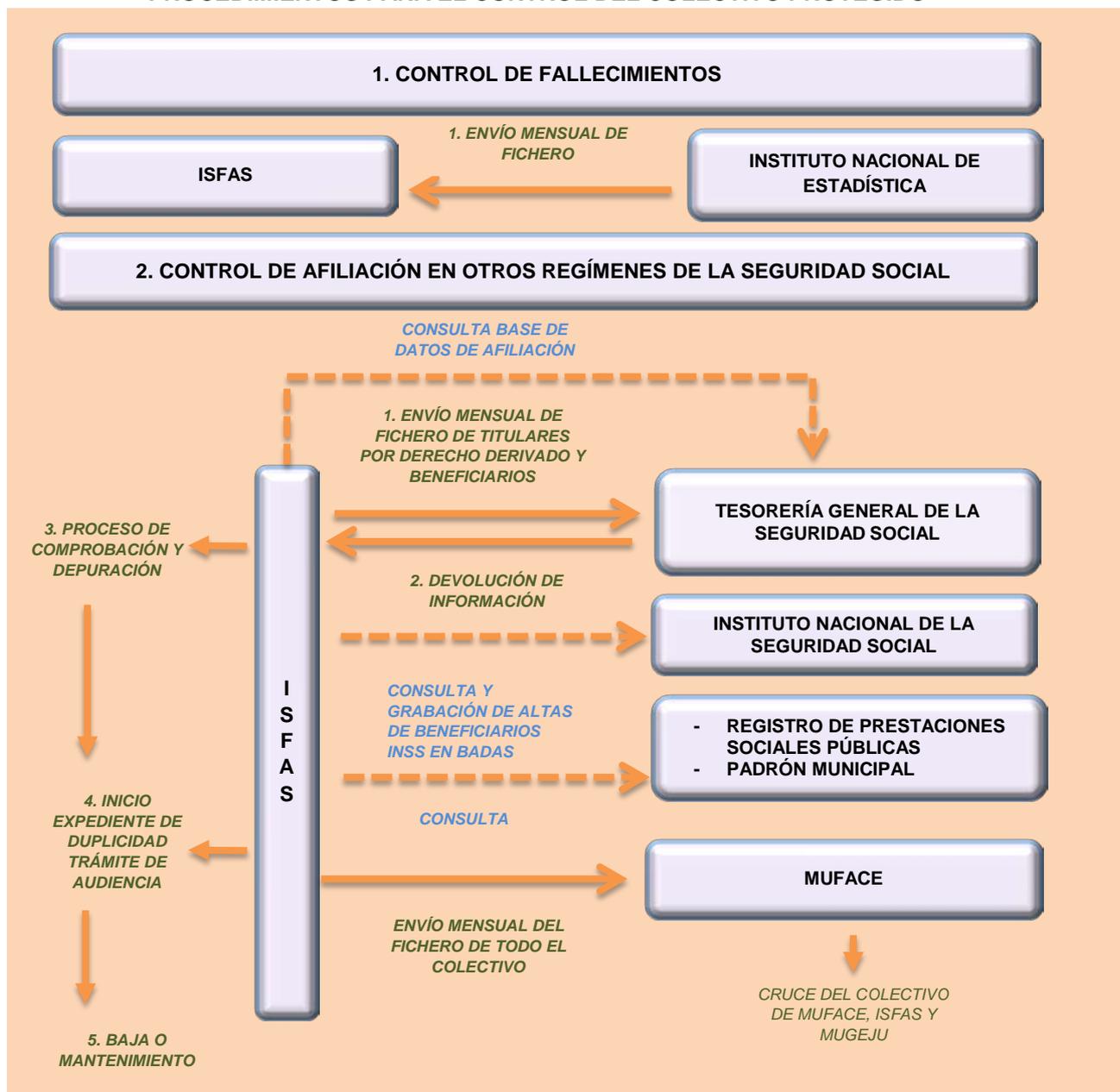
Respecto a los medicamentos extranjeros, con fecha posterior al 15 de enero de 2015 se han emitido 13 facturas en soporte papel con un importe individual superior a 5.000 euros y que, en conjunto, ascendieron a 367.353 euros (el 67,56% del total abonado en 2015 por este tipo de medicamentos) por los centros hospitalarios con la naturaleza jurídica señalada anteriormente, que, asimismo, debieron haber sido expedidas electrónicamente.

II.1.3. Controles sobre los beneficiarios de las prestaciones farmacéuticas

Los procedimientos establecidos para el control de algunas de las situaciones del colectivo protegido por ISFAS se detallan en el siguiente esquema:

-
- Las otras dos Mutualidades de funcionarios exigen a los centros hospitalarios privados la emisión de la factura electrónica, siendo ISFAS la única que no utiliza este procedimiento, exigido en la mencionada Ley 25/2013.

Gráfico n.º 1
PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DEL COLECTIVO PROTEGIDO



Como se deduce del esquema anterior, ISFAS, a través del contraste mensual de su base de datos de afiliación con la información facilitada por el Instituto Nacional de Estadística, detecta posibles fallecimientos de sus mutualistas y procede a su baja. Asimismo, con la finalidad de detectar posibles duplicidades de afiliación, ISFAS realiza mensualmente dos tipos de contrastes de información:

- Con MUFACE, referidos a todo el colectivo (titulares por derecho propio, derivado y beneficiarios), remitiendo ISFAS a MUFACE un fichero mensual con este colectivo para que proceda a dicho contraste.
- Con la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), limitado exclusivamente a titulares por derecho derivado y beneficiarios mayores de 14 años.

A través de estos contrastes y de los accesos en modo consulta tanto al Sistema de Información Laboral de la TGSS como a la Base de Datos de Derecho de Asistencia Sanitaria (BADAS)⁷ y al Registro de Prestaciones Sociales Públicas, ISFAS puede conocer la existencia de situaciones de duplicidad por inicio de actividad laboral o por reconocimiento de una pensión. De igual forma, a través de dichos accesos, se verifica que cuando un beneficiario solicita su inclusión en ISFAS, este no tiene cubierta la asistencia sanitaria por otro Régimen de la Seguridad Social.

En la fiscalización se han detectado deficiencias en dichos contrastes, que podrían ser reforzados por ISFAS, teniendo en cuenta que aquellas podrían originar el mantenimiento de beneficiarios sin la concurrencia de los requisitos necesarios y, consecuentemente, la percepción indebida de prestaciones farmacéuticas, por las siguientes razones:

1. Los sistemas de control establecidos en relación con los beneficiarios del colectivo del Instituto se dirigen a comprobar únicamente situaciones de incompatibilidad por afiliación simultánea en dos Regímenes de la Seguridad Social; sin embargo, este es solo uno de los tres requisitos que exige el artículo 52.3 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (RGSSFA), aprobado mediante Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, para tener la condición de beneficiario de ISFAS. Por tanto, con carácter general, una vez dados de alta en ISFAS no se comprueba posteriormente su convivencia con los titulares de los que emanan sus derechos, aun cuando el Instituto podría solicitar los datos de empadronamiento a sus mutualistas, lo que podría generar bajas por variación del estado del beneficiario (fallecimiento, matrimonio, etc.).

De igual forma, ISFAS tampoco verifica si los ingresos de los beneficiarios superan el doble del IPREM, situación que originaría la pérdida de su condición de beneficiarios. Asimismo, el Instituto no ejercitó, en ningún momento, la facultad de obtener datos de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, prevista en la disposición adicional quinta del RGSSFA, a los efectos del mantenimiento de los requisitos exigidos a los beneficiarios⁸.

2. Respecto al colectivo de ISFAS de personas mayores de 14 años, el Instituto remitió a la TGSS doce archivos (uno por mes), correspondientes al ejercicio 2015 y los resultados devueltos por la TGSS fueron revisados por el Área de Afiliación de ISFAS. Sin embargo, la explotación de los resultados resultó insuficiente, dado que los mutualistas que pudieron haber trabajado un periodo inferior al mes y cuyos resultados no hubieran sido procesados por ISFAS, podrían permanecer simultáneamente en situación de alta en ISFAS y en el Régimen General sin ser detectados por ISFAS⁹.

⁷ Esta Base de datos se encuentra regulada por la Orden ESS/1452/2012, de 29 de junio, por la que se crea un fichero de datos de carácter personal para la aplicación por el Instituto Nacional de la Seguridad Social de lo previsto en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

⁸ Dicho precepto señala que ISFAS podrá solicitar la información a los organismos competentes dependientes del Ministerio de Economía y Hacienda o, en su caso, de las CCAA o de las Diputaciones Forales, de conformidad con lo establecido en la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, relativa a los datos correspondientes a los niveles de renta y demás ingresos de los beneficiarios, a fin de verificar si aquéllos cumplen en todo momento las condiciones necesarias para su inclusión y mantenimiento en alta en el Instituto.

⁹ En el trámite de alegaciones, ISFAS señala que la periodicidad mensual de la explotación de los datos es suficiente. Sin embargo, este Tribunal considera que debería evolucionarse hacia un sistema de intercambio constante y periódico de información entre el fichero del colectivo protegido por ISFAS y BADAS, que garantizaría que un beneficiario no figura, en ningún momento, en las dos bases de datos.

A todo lo anterior hay que añadir el hecho de que el fichero que envía ISFAS a la TGSS para la realización del cruce contiene solo dos campos, tipo y número de Identificador de Persona Física (IPF), por lo que aquellos beneficiarios mayores de 14 años que no hubieran aportado al Instituto un documento de identificación quedan excluidos del control sistemático por esta causa, habiéndose detectado en la fiscalización que a 31 de diciembre de 2015 un total de 79 beneficiarios mayores de 14 años carecían de IPF, a pesar de su carácter obligatorio, en tanto que otros 578 titulares por derecho derivado¹⁰ no tienen asignado el titular por derecho propio que da origen a su afiliación¹¹. Por tanto, en ambos casos existe el riesgo de que estas personas estén indebidamente afiliadas a ISFAS¹².

3. Aunque se depurasen de manera efectiva todos los resultados facilitados por la TGSS, el procedimiento, tal y como está concebido, solo permite obtener los datos de los titulares por derecho derivado y de los beneficiarios que, por haber iniciado una actividad laboral, estuvieran por derecho propio afiliados a otro Régimen de la Seguridad Social, pero no incluirían los siguientes supuestos:

a) Situaciones “*adicionales al alta en Seguridad Social*”, recogidas en BADAS, que generan el derecho a la prestación de asistencia sanitaria, y por tanto a prestaciones farmacéuticas, sin que realicen actividad laboral (casos de prórroga o de haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo, residentes en España que no superan el límite de ingresos, etc.), los pensionistas de viudedad, orfandad y favor de familiares de la Seguridad Social y los pensionistas del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez.

Al tener reconocido todos ellos el derecho de opción, podrían adquirir la condición de beneficiarios de ISFAS siempre y cuando acrediten, mediante certificado expedido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), su renuncia a recibir asistencia sanitaria por el Régimen General.

b) Asimismo, se carece de los datos de los beneficiarios de ISFAS que pudieran ser, a su vez, beneficiarios de su otro progenitor en el Régimen General de la Seguridad Social, ni de la posible condición de beneficiario en este Régimen de algún titular de ISFAS; información que sí se recoge en BADAS¹³.

¹⁰ Cabe señalar que, aun cuando el número de mutualistas en esta situación no es significativo respecto al total de su colectivo, la incidencia señalada sí es relevante.

¹¹En el trámite de alegaciones ISFAS señala que estos 578 titulares por derecho derivado están debidamente afiliados por tratarse de viudos y huérfanos de personas que, cumpliendo los requisitos legales para afiliarse en este régimen especial, nunca llegaron a causar alta en ISFAS. Sin embargo, este Tribunal entiende que lo anterior no constituye justificación para que no conste debidamente identificado el titular del que emana el derecho, con el fin de poder realizar las comprobaciones oportunas.

¹²En relación con la alegación de ISFAS, en la que expone que los beneficiarios mayores de 14 años sin NIF corresponden a supuestos para los que ya estaba en curso el procedimiento para que aportasen aquel, cabe señalar que la edad de los mismos está incluida entre los 15 y los 18 años, por lo que no se trata de menores que hayan cumplido recientemente los 14 años de edad.

¹³ En el trámite de alegaciones ISFAS informa que recientemente ha realizado un cruce del fichero del colectivo protegido por el organismo con BADAS, para verificar la situación, tanto de los asegurados como de sus beneficiarios. Como resultado de ese cruce indica que se detectaron 4.455 beneficiarios que se encontraban de alta en ISFAS y BADAS. Asimismo, indica que, con fecha 26 de septiembre de 2016, envió a sus Delegaciones las duplicidades detectadas en el ámbito de cada una de estas.

Hay que señalar que la mencionada Orden ESS/1452/2012 prevé la cesión de datos al INSS por parte de las entidades públicas pertinentes con el fin de que pueda disponer de los datos de todos los españoles y extranjeros residentes legalmente en España que, cumpliendo los requisitos necesarios para tener la condición de asegurados o beneficiarios a cargo, ostenten un derecho a la cobertura sanitaria pública del SNS. Sin embargo, en la fiscalización se ha comprobado que ISFAS y el INSS, casi cuatro años después de la entrada en vigor de BADAS, no tienen establecido un sistema de intercambio periódico de información que permita la detección automática de duplicidades de afiliación respecto de sus asegurados.

II.1.4. Recetas médicas gestionadas por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, dispone que *“la prescripción de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica, en el caso de su dispensación a través de oficinas de farmacia, se ha de realizar en el correspondiente modelo oficial de receta médica u orden de dispensación del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente”*.

Por su parte, el artículo 79 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, señala que *“La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica”*.

Por tanto, la receta médica constituye el soporte normalizado para la gestión y facturación de la mayor parte de prestaciones farmacéuticas que reciben los asegurados del SNS.

En el análisis del procedimiento de gestión de las prestaciones farmacéuticas realizadas por ISFAS a sus mutualistas a través de recetas médicas dispensadas en farmacias civiles se ha observado lo siguiente:

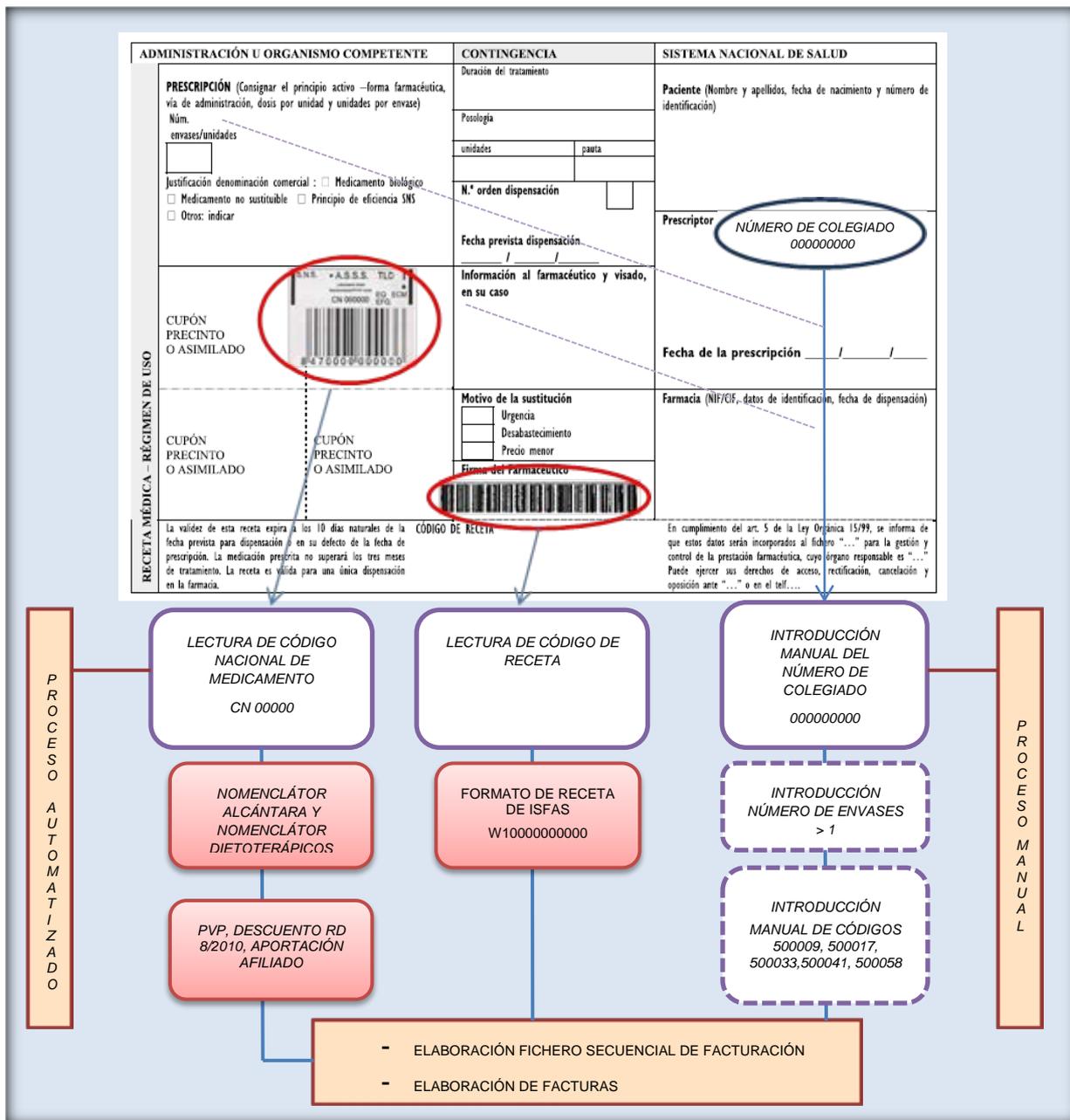
1. Aunque no supone un incumplimiento de la normativa, el 99,9% de las recetas facturadas en el ejercicio 2015 (12.876.278 de un total de 12.877.450) no estaban informatizadas, habiendo sido implantado dicho procedimiento únicamente en las provincias de Badajoz y Cáceres, en virtud del Convenio de colaboración entre ISFAS y la Consejería de Salud y Política Social de la Junta de Extremadura, para la integración del colectivo de sus titulares y beneficiarios en el sistema de receta electrónica del Servicio Extremeño de Salud, suscrito el 29 de mayo de 2014 y que se hizo efectivo a partir de junio de 2015. Cabe señalar que en el resto del SNS, la implantación de la receta electrónica se situó en un 83,30% en noviembre de 2015.
2. ISFAS no tiene implantado el uso de la tarjeta sanitaria individual ni utiliza herramientas de prescripción electrónica por parte de los facultativos, por lo que no queda garantizado el uso racional y la seguridad del medicamento, lo que, además, imposibilita que el facultativo que expide una receta conozca los medicamentos que le hayan podido dispensar al mutualista otros facultativos y tampoco permite el establecimiento de límites de prescripción. De igual forma, impide la realización de un control automatizado y efectivo del consumo de recetas, ya que las facturadas se asocian en todo caso al número de afiliación del mutualista al que se hubiera entregado el talonario y, dado que dicho número es compartido por el titular y sus beneficiarios,

resulta imposible determinar las recetas concretas dispensadas a cada mutualista y el seguimiento individualizado de su gasto¹⁴.

3. El uso de recetas en soporte papel supone, ineludiblemente, que todos los datos de consignación obligatoria por parte del médico prescriptor y del personal de las oficinas de farmacia se rellenen de forma manuscrita, lo que puede ocasionar:
 - a) La existencia de errores u omisiones en la transcripción de los datos obligatorios (número de afiliación del mutualista, fecha de prescripción, fecha de dispensación, etc.).
 - b) El riesgo de que cualquier facultativo pueda prescribir medicamentos a los mutualistas de ISFAS, aunque aquel no pertenezca al cuadro médico de las entidades de seguro con las que el Instituto tiene establecido un concierto, o no sea personal sanitario público, dado que ISFAS no tiene establecido ningún control informático sobre los citados facultativos, al ser confeccionadas las recetas manualmente.
 - c) El riesgo de que el facultativo no cumplimente todos los datos que le corresponden, sino que estos sean formalizados por el farmacéutico.
 - d) El riesgo de que la persona a la que se le prescribe el medicamento no sea mutualista de ISFAS, dado que el facultativo, como confecciona la receta manualmente, no dispone de un sistema informatizado que exija comprobar su afiliación.
 - e) La posible prescripción de medicamentos a favor de mutualistas que hayan sido dados de baja en ISFAS pero que todavía conserven el talonario de recetas que en su día le fue asignado.
4. El tratamiento informático de los datos de las recetas en papel que se efectúa en la actualidad se dirige, fundamentalmente, a la obtención de la información necesaria para la elaboración de la facturación. Como se observa en el gráfico siguiente, de las recetas facturadas en modelo oficial, a través de la lectura óptica de sus respectivos códigos de barras solo se capturan el Código Nacional del Medicamento o producto dispensado y el número de receta de ISFAS. A través de su inserción manual, se obtiene también el número de colegiado, el número de envases cuando es superior a uno y el código e importe de algunos medicamentos y productos que no figuran en el Nomenclátor:

¹⁴ ISFAS señala en sus alegaciones que no dispone de recursos suficientes para impulsar la implantación de un sistema de receta electrónica, matizando, asimismo, que para el desarrollo e implantación de sus sistemas de receta electrónica, las Comunidades Autónomas han podido acceder al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al que no tiene acceso el organismo.

Gráfico n.º 2
MODELO OFICIAL DE RECETA. DATOS CAPTURADOS EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN



En consecuencia, los datos de las recetas solo pueden validarse mediante su verificación física y no es posible controlar, de manera automatizada, entre otras cuestiones, que los medicamentos que se prescriben son los que se dispensan en las oficinas de farmacia; ni tampoco que la dispensación se produce dentro del plazo máximo de 10 días, contado desde la fecha de prescripción o de visado cuando éste es preceptivo.

Para verificar la efectiva consignación y la validez y coherencia de los datos de las recetas no capturados en el proceso de facturación, ISFAS tiene establecido un procedimiento de control, consistente en la verificación física de una muestra mensual de recetas por parte de las Delegaciones, que presenta diversas deficiencias que limitan su eficacia, como se señala posteriormente.

5. Las ventajas de la implantación del sistema de receta electrónica, además del control automatizado de la validez de las mismas son, entre otras, las siguientes:
- a) Un menor impacto medioambiental, objetivo que debe perseguir ISFAS de acuerdo con el principio de sostenibilidad ambiental al que debe someter su actividad económico-financiera, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 45 de la Constitución Española y sus normas de desarrollo. Cabe señalar, al respecto, que en los ejercicios 2014 y 2015, ISFAS contrató el suministro de 25.000.000 y 12.000.000, respectivamente, de recetas en papel, por lo que, teniendo en cuenta que cada receta comprende un ejemplar para el interesado y otro para la oficina de farmacia, el consumo de papel ascendió al doble de dichas cuantías.
 - b) Un importante ahorro para el Instituto, al no tener que asumir, entre otros, los costes de impresión de las recetas, gasto por el envío de talonarios a los mutualistas y digitalización de las recetas que se abonan a los COF.
 - c) Evitar las consecuencias negativas que se derivan, en ocasiones, de la custodia de los talonarios por parte de los mutualistas (pérdidas, sustracciones, uso indebido, etc.).
 - d) Eliminar los costes de gestión derivados de los controles, archivo y distribución de los talonarios, redundando en beneficio de su colectivo y evitando las molestias que actualmente les supone a sus mutualistas la necesidad de solicitar talonarios presencialmente, por correo o por internet.

II.2. FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS A LAS OFICINAS DE FARMACIA

II.2.1. Conciertos suscritos entre el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

La prestación farmacéutica a cargo de ISFAS se hace efectiva en un 87% a través de las oficinas de farmacia civiles legalmente establecidas en territorio español, de acuerdo con las condiciones establecidas en los conciertos suscritos entre ISFAS y el CGCOF, habiendo estado vigentes en 2015 dos conciertos: hasta el 31 de agosto, el suscrito con fecha 7 de julio de 2011, y desde el 1 de septiembre, el suscrito el 9 de julio de 2015.

Ambos conciertos presentan un contenido muy similar, detallándose en anexos independientes el procedimiento de facturación (anexo C) y el de comprobación de la facturación y pago (anexo D), si bien en el último concierto, suscrito el 9 de julio de 2015, se incorporan novedades en la configuración de los ficheros, se regula la presentación de los justificantes de dispensación y se incluye un apartado específico (anexo E) para regular los procedimientos y requerimientos del sistema de receta electrónica.

Para velar por el cumplimiento de los conciertos y resolver las incidencias que se planteen en su demarcación territorial, se crean Comisiones Mixtas Provinciales, de composición paritaria (integradas por representantes de las respectivas Delegaciones de ISFAS y de los COF de cada provincia), y una Comisión Mixta Central, también de composición paritaria, para, entre otras funciones, resolver las cuestiones no acordadas en el seno de las Comisiones Mixtas Provinciales.

En los citados conciertos se posibilita la dispensación de recetas en las que falte alguna información de la prevista en el citado Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, en relación con el medicamento prescrito (forma farmacéutica, forma de administración, formato, número de

envases y posología), siempre que pueda identificarse el producto y se avale la dispensación con la firma del farmacéutico.

Asimismo, respecto a dichos conciertos cabe destacar lo siguiente:

1. Se flexibiliza la ausencia o ilegibilidad de datos del prescriptor, de forma que, excepcionalmente, aquellas recetas en las que sus datos sean ilegibles pero el número de colegiación sea legible, no serán objeto de anulación total.
2. No constituye motivo de penalización la ausencia de datos del prescriptor relativos al domicilio, localidad y especialidad del mismo.
3. Se admite la ausencia de fecha de prescripción siempre que conste la de dispensación o la de visado. Además, los añadidos, enmiendas o tachaduras del producto prescrito, de la fecha prevista para la dispensación o prescripción o de la fecha del visado que no afectan a la correcta identificación del producto o al plazo de validez de la receta, respectivamente, no requieren ser salvados por el personal responsable.
4. No se establece penalización alguna a las recetas en las que se dispensa un medicamento que, de conformidad con la posología prescrita por el facultativo, permita una duración del tratamiento mayor del tiempo reglamentariamente establecido (tres meses con carácter general y un mes en productos dietoterápicos).
5. Adicionalmente, son motivos de anulación del margen profesional del farmacéutico, no motivando la nulidad de las recetas, la ausencia en las mismas de alguno de los datos de consignación obligatoria relativos al titular o beneficiario (nombre, dos apellidos, año de nacimiento y número de identificación), así como la dispensación fuera del plazo de diez días naturales, desde la fecha de prescripción o visado, con las excepciones señaladas relativas a las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas.

En consecuencia, los conciertos suscritos entre ISFAS y el CGCOF no se ajustan, en su literalidad y aplicación, al citado Real Decreto 1718/2010, flexibilizándose en aquellos las condiciones fijadas en este en materia de validez y admisibilidad de las recetas médicas en favor de los COF, atendiendo de forma concurrente a una pluralidad de criterios que priorizan la ausencia de unos datos sobre otros¹⁵.

¹⁵ En relación con la alegación de ISFAS, en la que señala que los errores u omisiones administrativas en las recetas no deben representar barreras en el acceso a la prestación farmacéutica, cabe señalar que el Real Decreto 1718/2010, establece expresamente los requisitos de las recetas, cuya falta de cumplimentación conlleva que no sean financiadas las mismas.

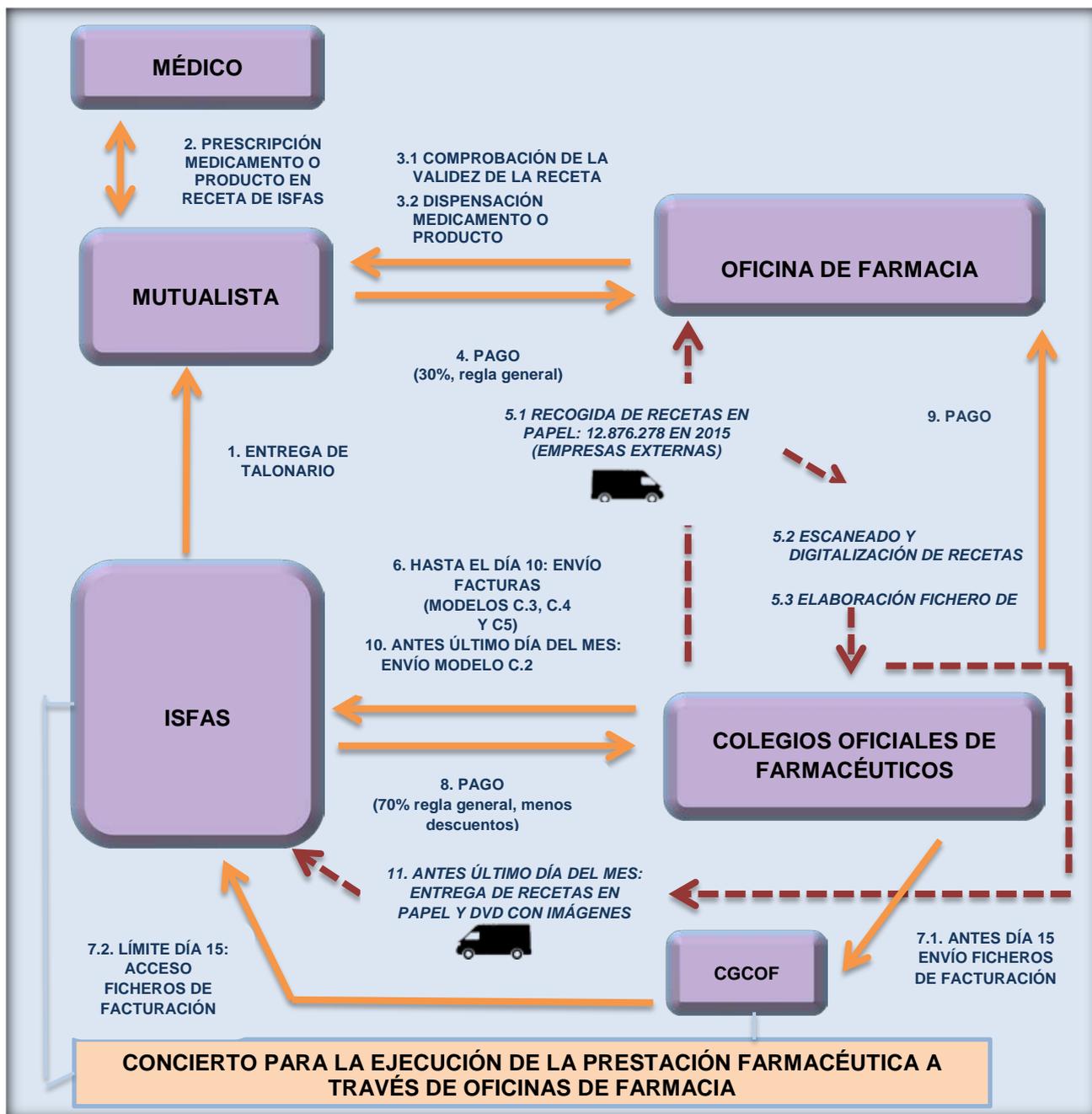
En cuanto a la alegación indicando que todos los conciertos suscritos por las CCAA con el CGCOF incluyen interpretaciones similares a las establecidas por ISFAS, hay que señalar, por un lado, que estos conciertos quedan fuera del ámbito de esta fiscalización y, por otro, que aunque dichos conciertos efectuasen una interpretación similar, ello no implica la validez de los mismos.

Por otra parte, no puede compartirse el criterio de ISFAS respecto a la labor atribuida legalmente al farmacéutico que, en calidad de responsable de la dispensación, ha de velar por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico en la prescripción, toda vez que la adecuada cumplimentación de la receta garantiza la seguridad clínica en dicha prescripción, no debiendo responsabilizar al profesional farmacéutico de suplir defectos en la prescripción realizada por un facultativo.

II.2.2. Procedimiento de revisión de la facturación de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos

En el gráfico siguiente se recoge el esquema general del procedimiento de facturación y pago de las prestaciones farmacéuticas a las oficinas de farmacia civiles a través de los COF:

**Gráfico n.º 3
FACTURACIÓN Y PAGO A LAS OFICINAS DE FARMACIA**



Como se observa en el gráfico anterior, el pago a las oficinas de farmacia del importe de los medicamentos se efectúa parcialmente (un 30%, como regla general) por los mutualistas en el momento de la dispensación; el resto es financiado por ISFAS tras la validación de las facturas que recibe mensualmente de los COF en el desarrollo de su labor de intermediación.

De acuerdo con los conciertos suscritos entre ISFAS y el CGCOF, a los COF les corresponde la ejecución del procedimiento de facturación mensual, a través de medios propios o concertados; la recogida de recetas físicas; la grabación de los datos; la digitalización de las imágenes y el pago a las oficinas de farmacia de las recetas expedidas en modelo oficial. A su vez, a ISFAS le corresponde la comprobación y validación de la facturación recibida de los 52 COF, a cuyos efectos tiene establecidos sendos procesos de revisión de las recetas (uno automatizado y otro manual), realizados por sus Servicios Centrales y sus Delegaciones, respectivamente.

II.2.2.1. RECEPCIÓN, VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PAGO

Para el tratamiento de la facturación presentada por los COF en las Delegaciones y para la detección de posibles incidencias en las recetas facturadas, el Instituto dispone de una aplicación informática denominada “*Gestión de recetas*”, respecto de la cual cabe señalar lo siguiente:

1. Hacia el día 10 de cada mes, las Delegaciones reciben telemáticamente de los COF de sus respectivas provincias, y cargan en la aplicación informática, los modelos de facturas establecidos en los conciertos correspondientes a la facturación del mes anterior.
2. En el proceso de carga de los ficheros se comprueba informáticamente la coherencia de los totales (número de recetas e importe) y de los modelos de facturas, que también se reciben en papel firmadas por el representante del COF, junto con la factura de los costes de grabación y digitalización de las recetas, dando traslado de las mismas a los Servicios Centrales de ISFAS, a los efectos de su validación y ordenación del pago¹⁶.
3. Antes del día 15 de cada mes, se recibe en ISFAS, a través de la aplicación de intercambio de información de la sede electrónica, el fichero con la facturación y, una vez comprobada su concordancia con el número de recetas y el importe total a precio de venta al público declarados en la factura-resumen general, se ordena el pago a los 52 COF.

Teniendo en cuenta que la factura-resumen se abona sin más comprobaciones que la indicada anteriormente, su pago se entiende realizado como “*liquidación provisional*”, siendo regularizada posteriormente en base a los importes que se deriven del tratamiento de la información y de la verificación sobre las recetas realizadas por ISFAS.

El importe total satisfecho a los 52 COF en el ejercicio 2015 presenta el siguiente desglose:

¹⁶ Cabe señalar que las facturas individuales por farmacia no se reciben hasta el fin del mes siguiente al de facturación y se envían a cada Delegación también de forma telemática pero agrupadas en un fichero en formato “*pdf*.” por cada grupo de facturación, lo que impide su tratamiento informático.

Cuadro n.º 4
FACTURACIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS
Ejercicio 2015

(Euros)

CONCEPTO	
1. NÚMERO DE RECETAS FACTURADAS	12.877.450
2. BRUTO FACTURA (PVP)	184.598.288
a) Aportación del Mutualista	32.774.066
b) Deducciones previstas en los artículos 8 y 10 del Real Decreto 8/2010 ¹⁷	7.707.463
c) Deducciones previstas en el artículo 2.5 del Real Decreto 823/2008	4.123.716
d) Índice corrector previsto en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008	10.296
3. LÍQUIDO FACTURA (2-a-b-c+d)	140.003.339
e) Otros a favor de los COF	22.933
f) Incidencias muestra	154.654
g) Incidencias sistemáticas	5.051
h) Otras deducciones	1.337
4. IMPORTE A PAGAR (3+e-f-g-h)	139.865.230 ¹⁸

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

En el análisis del procedimiento de recepción y validación por las Delegaciones Provinciales de las recetas en soporte papel -junto con el DVD que incluye las imágenes digitalizadas-, así como en las comprobaciones de aquellas sobre las recetas físicas, se ha observado lo siguiente:

1. La presentación de las recetas se efectúa en las Delegaciones, en las que se debe verificar, en presencia de la representación del COF, que las recibidas se corresponden con las facturas presentadas, levantándose las correspondientes actas en las que consta la documentación recibida y el resultado de la verificación. Sin embargo, dicha entrega y verificación no se efectúan en los términos fijados en los conciertos, ya que, como se ha comprobado durante la fiscalización, la presentación se ha realizado directamente por las empresas subcontratadas por los respectivos COF y la verificación de aquellas no se efectúa en presencia de la representación de los COF, sino que se realiza por el personal de ISFAS, dejando constancia de su resultado en el acta que se envía al COF para su firma y devolución a la Delegación.

Por otro lado, ISFAS no guarda en la aplicación de gestión de recetas las facturas individuales, por lo que no se ha podido verificar si el Instituto efectúa adecuadamente su cotejo con el original¹⁹.

¹⁷ Los artículos 8.1 y 10 del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, prevén, para cada oficina de farmacia, unos descuentos porcentuales sobre el "precio de venta al público" de los medicamentos.

¹⁸ Este importe corresponde a las facturas emitidas por los COF durante todo el ejercicio 2015, mientras que el imputado al presupuesto (que figura en el cuadro nº 3) comprende las facturas de noviembre de 2014 a noviembre de 2015.

¹⁹ La determinación de la muestra que se revisa cuando se reciben las recetas se regula en el apartado 3 de la Instrucción PF-9/2011, que establece lo siguiente: "Se comprobará que las recetas facturadas son precisamente las recetas recibidas. Dado el número de farmacias y de recetas, esta operación se hará por muestreo y, para ello, se escogerá aleatoriamente una de cada diez farmacias, con un máximo de 50 farmacias. De cada farmacia así seleccionada, se cogerá un grupo de recetas (25 recetas), y se verificará que los números del paciente (número de beneficiario) y del código numérico del medicamento o producto (que figura en el cupón-precinto) coinciden con los relacionados para dichas recetas en la factura individual de la Farmacia de que se trate".

2. ISFAS no exige a los COF el envío de un “*certificado de veracidad*” o un procedimiento similar mediante el cual éstos acrediten que las imágenes contenidas en los DVD son fiel reflejo de las recetas físicas²⁰.
3. Los conciertos no prevén que los DVD con las imágenes digitalizadas estén protegidos por una contraseña, por lo que no se garantiza la confidencialidad de los datos contenidos en las recetas.
4. En la carga, en la aplicación informática de ISFAS, de la información del DVD con las imágenes de las recetas proporcionado por los COF se han observado las siguientes incidencias:
 - a) El DVD con las imágenes de las recetas de enero de 2015 de la Delegación Provincial de ISFAS en Lugo incluía 950 recetas de MUGEJU (9,21% sobre el total). Asimismo, en el de la Delegación Provincial de Sevilla se incluyeron 54.329 recetas de MUFACE (7,23% sobre el total).
 - b) En la Delegación Provincial de Lugo, de forma sistemática a lo largo del año, se grabaron un total de 81 recetas (0,81% sobre el total) en las que figuraban solo los 9 últimos dígitos de los 12 con los que se identifican aquellas.
 - c) En la Delegación de la Ciudad Autónoma de Melilla se detectaron 178 recetas (4,10% sobre el total), referidas al mes de abril de 2015, en las que el número que figura grabado no es el de la receta sino el Código Nacional del Medicamento.
 - d) En la Delegación Provincial de Castellón, en julio de 2015 se remitieron 19.300 recetas (49,94% sobre el total) en las que, además de las de dicho mes, se incluyeron las de julio de 2014.
 - e) En la Delegación Provincial de Córdoba se incluyeron en abril de 2015, además de sus propias recetas, las de la Delegación Provincial de Ciudad Real.
5. Solo se escanea el anverso de las recetas, no estando previsto en los conciertos que se escanee el reverso en aquellos casos en los que en el mismo consten datos necesarios para la correcta comprobación de los importes facturados, como ocurre en algunos casos en las recetas de fórmulas magistrales, vacunas bacterianas individualizadas y vacunas individualizadas antialérgicas.

II.2.2.2. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y CONTROL DE LAS FACTURAS

La revisión y control de las facturas con cargo a ISFAS se desarrolla a través de dos procedimientos distintos:

1. El primero, de detección de incidencias sistemáticas, que se desarrolla en los Servicios Centrales y afecta al 100% de las recetas, una vez satisfecho el pago de las facturas a los COF.

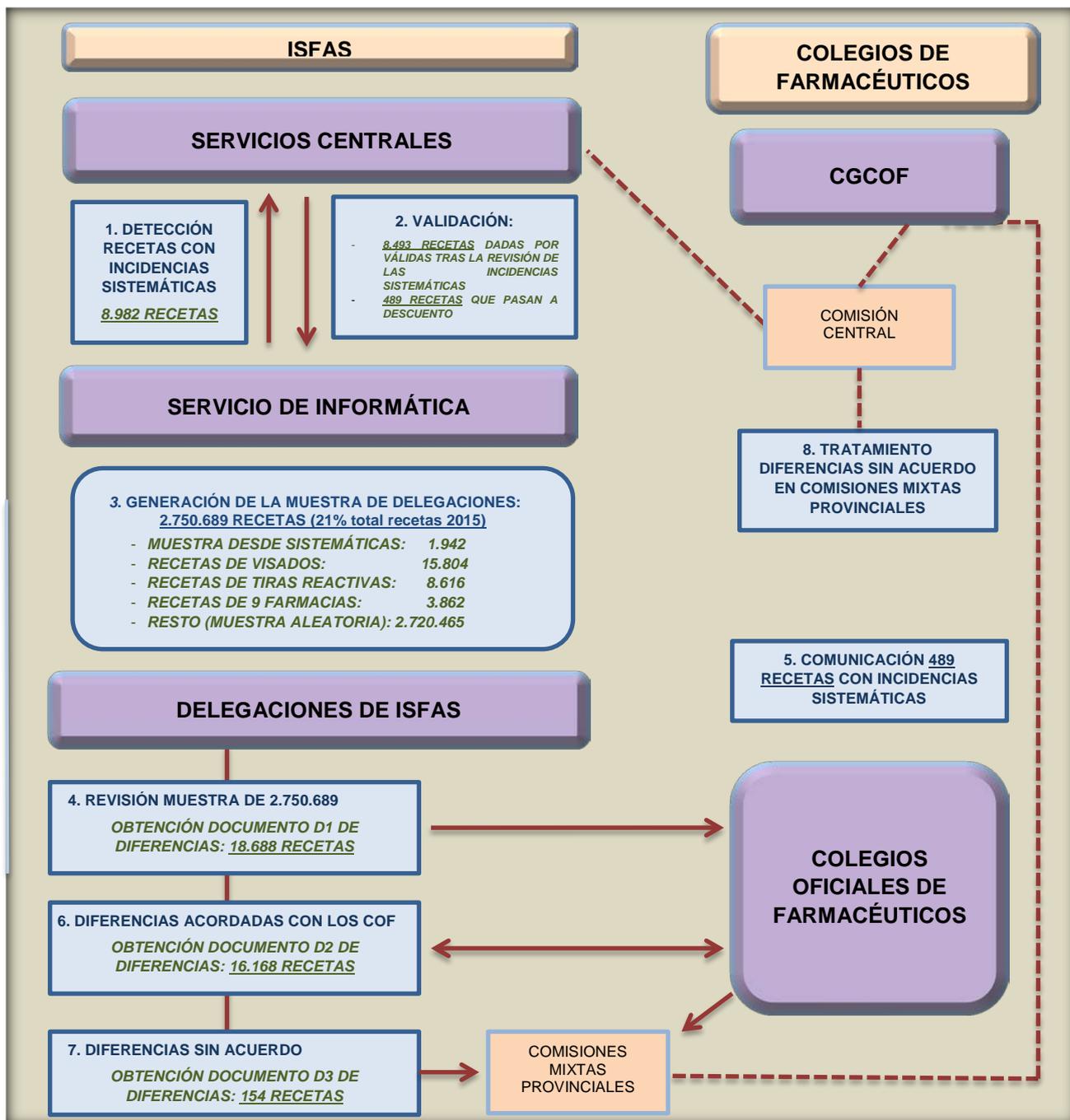
²⁰ En relación con la alegación del ISFAS, en la que ampara la ausencia de un certificado de veracidad por su no inclusión en el concierto, en opinión de este Tribunal es inexcusable la aportación de este certificado por parte de los COF, que acredite que las imágenes contenidas en los DVD son fiel reflejo de las recetas físicas escaneadas, máxime cuando la digitalización de estas imágenes no se efectúa por los COF sino que está contratada con terceros.

2. El segundo, de revisión de las imágenes de una muestra de recetas, que se lleva a cabo en las Delegaciones pero cuyo porcentaje mínimo se establece desde los Servicios Centrales.

El desarrollo de ambos procesos se resume en el gráfico siguiente, en el que se han incorporado los datos de los resultados obtenidos en 2015:

Gráfico n.º 4

PROCEDIMIENTO DE CONTROL Y REVISIÓN DE LA FACTURACIÓN DE LAS FARMACIAS CIVILES



II.2.2.2.1. Procedimiento de detección de incidencias sistemáticas

De acuerdo con los datos facilitados por ISFAS en relación con las recetas correspondientes al ejercicio 2015, se practicaron descuentos en la facturación de 2015 por un importe total de 5.051 euros, incluyéndose el desglose, por tipo de incidencia, en el siguiente cuadro:

Cuadro n.º 5
INCIDENCIAS SISTEMÁTICAS DETECTADAS EN LA REVISIÓN DE LAS RECETAS
Ejercicio 2015

TIPO DE INCIDENCIA		INCIDENCIAS SISTEMÁTICAS			
		N.º TOTAL (A)=(B)+(C)	DESCONTADAS		NO DESCONTADAS (C)
			N.º (B)	%	
A6	Recetas de productos excluidos de la financiación	122	62	13	60
E0	Recetas facturadas más de una vez	54	50	10	4
P3	Dispensado un mayor número de envases del autorizado	180	180	37	0
P4	Facturación a precios diferentes a los establecidos en Nomenclátor y Anexos	1.090	8	2	1.082
X4	Medicamentos en situación de baja facturable a precio menor	110	110	22	0
X6	Facturación a un precio superior al menor de su agrupación	7.426	79	16	7.347
TOTAL		8.982	489	100	8.493

Fuente: Información aportada por ISFAS.

Sobre los datos anteriores hay que señalar lo siguiente:

1. De las 8.982 incidencias detectadas inicialmente, únicamente se descontaron 489 recetas (el 5% del total), lo que evidencia la escasa efectividad de este procedimiento, máxime teniendo en cuenta el número de incidencias detectadas por este Tribunal en la fiscalización, que se señalan posteriormente²¹.
2. De las recetas descontadas detectadas por ISFAS, las codificadas con la clave X4 y X6 (189, que equivalen al 38,6% de las descontadas) no constan en la relación de causas tipificadas en los conciertos como susceptibles de anulación.

A pesar de estos controles, el procedimiento de revisión de la facturación y de detección de incidencias susceptibles de verificación en las Delegaciones resulta ineficiente, por las siguientes razones:

1. Teniendo en cuenta que en la grabación de las recetas no se incluyen los datos del beneficiario sino a quien se ha entregado el talonario, cuando las recetas no se pueden asociar a ningún número de afiliación válido, estas no se incorporan desde los Servicios Centrales a la muestra obligatoria a revisar por las Delegaciones. Es decir, ISFAS otorga similar tratamiento a las recetas que tienen asociado un número de afiliación válido y a las que no lo tienen, procediendo sin más a su pago y no arbitrando ningún mecanismo específico para su control, quedando sujetas dichas recetas simplemente a su revisión aleatoria.

²¹ En relación con la alegación formulada por ISFAS, en la que señala que la poca efectividad del procedimiento automatizado de detección de incidencias sistemáticas en el ejercicio 2015, con respecto a ejercicios anteriores, se debe a mejoras en la dispensación y a la corrección de fallos por parte de las oficinas de farmacia, cabe señalar que solo se descontaron el 5% de las recetas y el resto tuvo que depurarse de forma manual, lo que resta efectividad al proceso e impide considerarlo como automatizado.

2. En relación con las recetas seleccionadas por las Delegaciones para revisar la posible pertenencia del mutualista a otro Régimen, el control establecido por ISFAS es insuficiente puesto que incluye solo la detección de las recetas que comienzan con caracteres distintos de los admitidos por el Instituto, esto es, que no comienzan por “W” en el caso de las recetas con formato actual (formato de 12 caracteres), “0” en las recetas con formato antiguo (tres ceros más nueve dígitos) y “*” (para las recetas electrónicas en el ejercicio 2015).

Este hecho impide la detección y revisión, por parte de las Delegaciones, de las recetas con formato actual que presentan otras incidencias (a modo de ejemplo, las que comienzan por “W” pero van seguidas de un dígito distinto de “1”, obligatorio en el formato actual, o las recetas con formato “W10000000000”).

3. No se efectúa ninguna validación de los códigos identificativos de los colegiados ni se comprueba que aquellos corresponden a facultativos pertenecientes a las entidades a las que están adscritos, a pesar de que esta información debe enviarse a ISFAS en formato electrónico.
4. ISFAS no incorpora de manera automatizada, en la muestra de recetas a comprobar obligatoriamente por las Delegaciones, las correspondientes a cuatro Códigos Nacionales de Medicamentos (los números 500017, 500009, 500041 y 500058), a pesar del riesgo que supone que tanto el código como el importe de estas recetas se introduzcan manualmente en el proceso de grabación.

II.2.2.2.2. Procedimiento de revisión de la muestra de recetas en las Delegaciones

Durante 2015 se revisaron en las Delegaciones un total de 2.750.689 recetas (el 21,36% de las 12.877.450 facturadas en dicho ejercicio), habiéndose seleccionado el 99% de la muestra de manera aleatoria y el 1% restante como consecuencia de los procesos de control realizados de forma sistemática por los Servicios Centrales así como por el control específico establecido sobre las farmacias que presentaban un porcentaje de incidencias superior a la media. Una vez finalizada la revisión por cada Delegación, las recetas en las que se aprecian diferencias se recogen en el documento D1²² y se comunican a los COF, a los efectos de su comprobación. Al respecto cabe señalar lo siguiente:

1. En el caso de recetas subsanables, al mencionado documento D1 se acompañan los originales de las mismas, que los COF trasladan a las oficinas de farmacia para su aclaración, siendo descontadas de la facturación si no se reciben de nuevo en las Delegaciones en el plazo otorgado al efecto.
2. Las recetas no subsanables respecto de las que existe acuerdo con los COF se consignan en el documento D2 (integrándose de forma automática en la próxima facturación que se les abone), mientras que las recetas sobre las que existen discrepancias (reflejadas en el documento D3) son tratadas en la Comisión Mixta Provincial²³, siendo descontadas de la facturación si persisten las diferencias de criterio, con independencia de que se trasladen para su dictamen a la Comisión Mixta Central.

²² De acuerdo con el apartado 4.3.1. de la Instrucción de Facturación PF-9/2011, de ISFAS, el documento D1 refleja mensualmente la “Relación de Diferencias observadas en la facturación de recetas”, es decir, incluye las recetas que presentan causas de nulidad, anulación del margen profesional del farmacéutico, nulidad parcial o errores subsanables.

²³ Según el concierto de 9 de julio de 1995, el documento D2 recoge “El resumen de las diferencias halladas en la comprobación” y de conformidad con el apartado 4.3.3. de la Instrucción, de Facturación PF-9/2011 de ISFAS el documento D3 refleja la “Relación de incidencias que se someterán al criterio de la Comisión Mixta Provincial”.

Cabe señalar que en el 40% de las Delegaciones Provinciales los porcentajes de recetas efectivamente revisadas son superiores a la muestra mínima fijada por los Servicios Centrales, debiendo destacarse Madrid, que, con un mínimo fijado del 3%, ha revisado una muestra que supera el 80%.

Como resultado de las comprobaciones efectuadas en sus Delegaciones, ISFAS practicó en 2015 deducciones en la facturación por un importe total de 151.635 euros, correspondientes a 16.168 recetas, cuyo desglose por tipo de incidencia se sintetiza en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 6
INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA REVISIÓN DE LA MUESTRA DE RECETAS
Ejercicio 2015

(Euros)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	N.º DE RECETAS	%	IMPORTE DEDUCCIÓN	%
E2	Recetas facturadas y no recibidas	26	0,2	217	0,1
E3	Falta de coincidencia entre los importes facturados y los de la receta	2	0	110	0,1
E4	No deducida la aportación del asegurado o deducida indebidamente	1	0	65	0
A1	No coincidencia entre cupón-precinto o comprobante y producto prescrito	48	0,3	1.376	0,9
A2	Sustituciones de medicamentos contraviniendo la normativa vigente	54	0,3	600	0,4
A3	Sin cupón-precinto o justificante de dispensación	1	0	5	0
A4	Añadidos, enmiendas y tachaduras no salvadas por el prescriptor	180	1,1	1.771	1,2
A7	Ausencia de datos de consignación obligatoria relativos al prescriptor	10.567	65,4	93.192	61,5
A8	Ausencia de datos de consignación obligatoria relativos al producto	11	0,1	297	0,2
A9	Recetas en las que consta la adscripción del paciente a otro Organismo	7	0	40	0
A10	Recetas sin visado o que no lo llevan en las condiciones establecidas	1.570	9,8	41.387	27,3
A11	Recetas en que se acredita documentalmente su falsedad	10	0,1	35	0
M1	Ausencia de datos de consignación obligatoria relativos al paciente	1.184	7,3	2.841	1,9
M2	Recetas sin fecha de dispensación	1.059	6,5	3.590	2,4
M3	Ausencia de diligencias y anotación del farmacéutico	457	2,9	893	0,6
M4	Recetas dispensadas después del plazo de validez	910	5,6	4.102	2,7
M5	Recetas facturadas después de tres meses	33	0,2	338	0,2
P1	Dispensado mayor tamaño al prescrito cuando figura menor o no figura	2	0	119	0,1
P3	Dispensado un mayor número de envases del autorizado	7	0	442	0,3
S1	Ausencia de firma del farmacéutico y/o datos de identificación farmacia	39	0,2	215	0,1
TOTAL		16.168	100	151.635	100

Fuente: Información aportada por ISFAS.

Resulta especialmente significativa la ausencia de consignación de datos de carácter obligatorio relativos al prescriptor (advertidas en el 65,4% de las recetas detectadas); y ello a pesar de que, al menos el 59% de las recetas con esta incidencia (6.245 de 10.567), corresponde a mutualistas adscritos a entidades de seguro, cuando el concierto suscrito por ISFAS con dichas entidades establece, en su apartado 2.8.2, que *“La Entidad adoptará todas las medidas necesarias para impulsar el Sistema de Receta Electrónica del Mutualismo, a través de la participación de sus facultativos en la implantación y desarrollo del mismo. Hasta su puesta en marcha, y para las prescripciones manuales en formato papel, exigirá a sus facultativos que en*

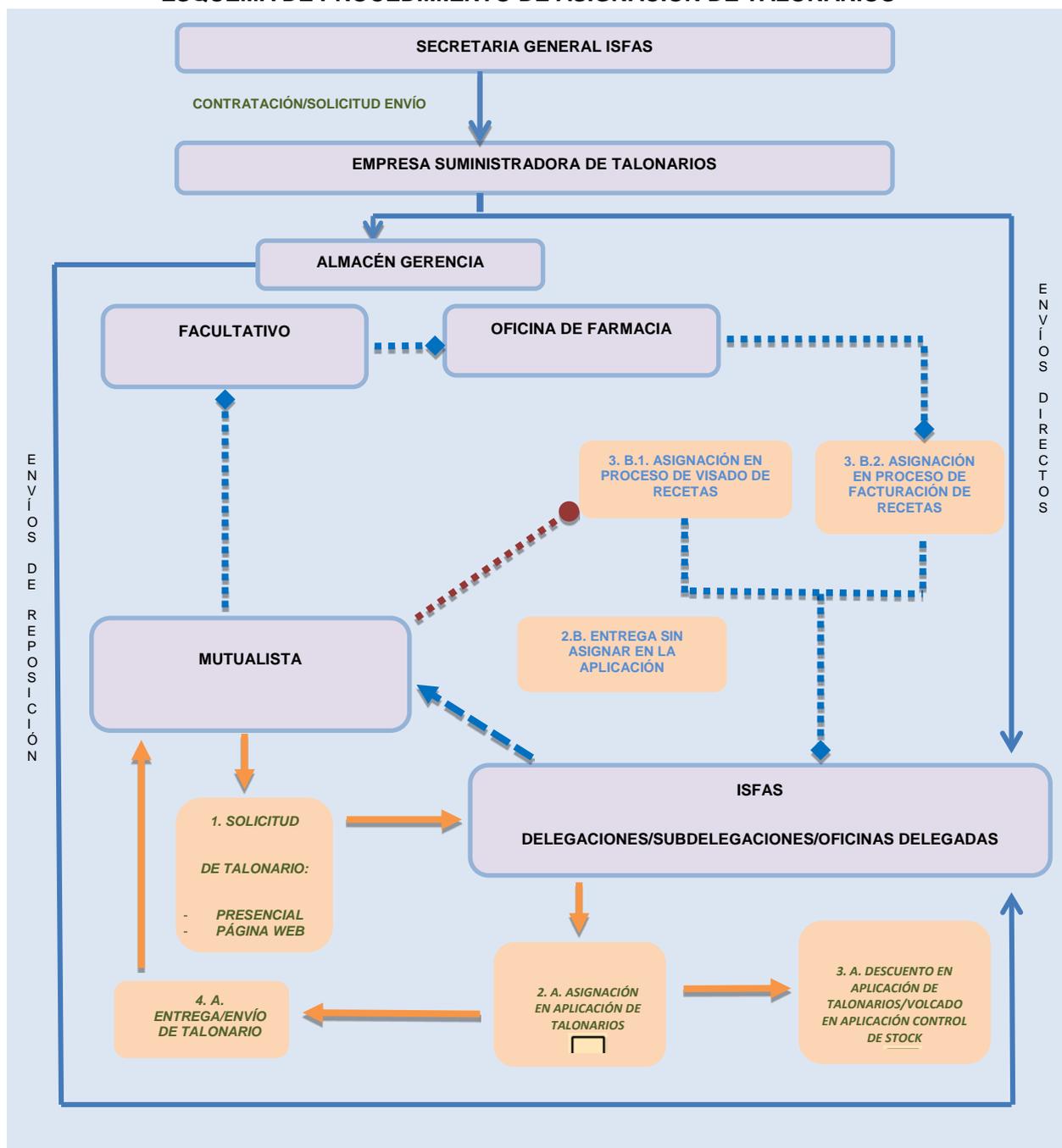
la cumplimentación de dichas recetas figuren sus datos mínimos obligatorios: nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia donde ejerza, mediante un sello que permita su legibilidad’.

II.2.3. Controles sobre los talonarios de recetas médicas

II.2.3.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

El siguiente gráfico muestra el procedimiento habitual de envío, asignación y entrega de talonarios:

Gráfico n.º 5
ESQUEMA DE PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE TALONARIOS



En relación con el procedimiento de asignación de talonarios descrito en el gráfico anterior, ISFAS carecía, durante el ejercicio 2015, de cualquier tipo de instrucciones internas actualizadas y precisas respecto al control y gestión de entrega de los talonarios, disponiendo de la Instrucción PF-7/2001, de 12 de marzo, sobre régimen de la prestación farmacéutica en el territorio nacional, cuyo contenido se encuentra obsoleto en algunos apartados y, en otros, fue modificado por el manual de usuario de la aplicación informática utilizada por las Delegaciones para la gestión de la entrega de talonarios²⁴.

ISFAS aprobó, el 21 de diciembre de 2015, el *“Plan Integral de Control y Evaluación de la prestación farmacéutica”*, de extensión muy reducida y que, debido a su fecha, no fue aplicado en 2015.

En relación con los procedimientos de gestión y control de talonarios cabe señalar lo siguiente:

1. No se especifican los criterios de remisión de talonarios a las Delegaciones por parte de la empresa contratada para su elaboración y suministro, ni se establecen los niveles de reposición mínimos en cada Delegación.
2. No se regulan los requisitos y condiciones de la entrega de talonarios a los mutualistas y no están definidos los plazos de custodia de los resguardos de los talonarios entregados²⁵.
3. No existe un procedimiento de anulación y reasignación de talonarios y recetas que especifique los motivos de las mismas (deterioro, robo, pérdida, fallecimiento, reasignación, baja del mutualista sin beneficiarios y otras situaciones), ni tampoco está identificada la persona responsable de este procedimiento²⁶.

II.2.3.2. CONTROLES SOBRE LA SOLICITUD, ENTREGA Y EXISTENCIAS DE TALONARIOS

De acuerdo con el procedimiento detallado en el gráfico 5 anterior, ISFAS tenía implantadas, durante el ejercicio 2015, dos modalidades de envíos de talonarios:

1. Los realizados por la empresa suministradora tanto a las Delegaciones como al almacén de Gerencia de ISFAS (envíos directos).
2. Los efectuados desde el almacén de Gerencia a las Delegaciones (envíos de reposición), debiendo señalar que aunque este segundo procedimiento está concebido como residual o secundario, las previsiones de necesidades de talonarios en cada Delegación están, en

²⁴ En relación con la alegación formulada por ISFAS, indicando que no es necesario pormenorizar las obligaciones de las empresas contratadas, cabe señalar que esta cuestión no se pone de manifiesto en el Informe. Lo que el Tribunal considera necesario es que las Instrucciones internas hagan referencia al procedimiento de edición y distribución de los talonarios de recetas, así como a los criterios fijados para proceder a la reposición de los mismos.

²⁵ En relación con la alegación formulada por ISFAS, en la que señala que en el apartado 8.4. de la Instrucción PF-7/2001 se desarrollan los procedimientos para la entrega de talonarios de recetas y que dispone de un manual de usuario, este Tribunal entiende que la regulación contenida en la citada Instrucción está obsoleta en dichos apartados y no se completa con un manual de usuario, teniendo en cuenta, además, que ni en la Instrucción ni en el citado manual del aplicativo informático se recoge la información relativa a la solicitud de talonarios ni a las particularidades de la misma.

²⁶ En relación con la alegación formulada por ISFAS, en la que expone que las actuaciones en caso de estas incidencias quedan reguladas en la Instrucción PF-7/2001, cabe señalar que la entidad carece de regulación de las incidencias que afectan a la gestión de los talonarios de recetas médicas y, ante un mismo hecho, las Delegaciones pueden proceder bien a la anotación de una incidencia en el talonario entregado, bien a la baja del talonario y calificación del mismo como defectuoso o al no registro como enviados a la Delegación de los talonarios afectados por estos hechos.

ocasiones, incorrectamente valoradas, generando una multiplicidad de envíos de reposición desde el almacén de Gerencia, con el consiguiente incremento de costes²⁷.

En el procedimiento de gestión y control de la solicitud y entrega de talonarios a los mutualistas se han detectado las siguientes incidencias²⁸:

1. Únicamente se lleva un control exhaustivo de las solicitudes registradas a través de la página web (que en el ejercicio 2015 sólo representaron el 8,88% del total). Sobre las tramitadas presencialmente, por correo postal, correo electrónico o fax, con carácter general no queda constancia ni de la fecha de solicitud ni de si las peticiones han sido aceptadas o rechazadas.
2. Se imputan los consumos de las recetas al mutualista que tienen asignado el talonario, aun cuando en la receta figure el nombre de otra persona.
3. El responsable de ISFAS no dispone, en el momento de la entrega de nuevos talonarios, de información sobre la posible existencia en poder del mutualista de talonarios pendientes de consumo, lo que impide una gestión eficaz, dado que la aplicación de gestión de talonarios no recoge esta situación.
4. La entrega de más de dos talonarios en un solo acto o de más de tres talonarios al mes a un mismo mutualista queda supeditada a la autorización del Delegado en el primer supuesto o del Subdirector General de Prestaciones en el segundo; no obstante, no queda constancia de la existencia de estas autorizaciones. Asimismo, no se han establecido criterios definidos y uniformes para dichas autorizaciones, por lo que queda a criterio discrecional de cada Delegado o del Subdirector General de Prestaciones acordar su entrega²⁹.
5. No se efectúan cruces entre la información derivada del proceso de facturación y los talonarios anulados por distintos motivos, lo que genera un riesgo de uso ilegítimo de los mismos y la posible asunción de costes indebidos para el Instituto.

En los procedimientos de control de existencias de talonarios se han detectado las siguientes incidencias:

1. De las existencias finales en las Delegaciones, a 31 de diciembre de 2015 un 29,23% corresponden a talonarios no válidos³⁰ concentrados en 27 Delegaciones, de los cuales 186

²⁷ En relación con la alegación formulada por ISFAS, en la que señala que los envíos desde Gerencia a las Delegaciones solo se realizan en situación de stock crítico cuando presentan problemas de espacio, cabe indicar que en el año 2015 los envíos calificados de residuales en cinco Delegaciones representaron más del 67% del total. Además, la propia entidad manifiesta que se analizarán los procesos para la distribución y reposición de existencias de talonarios con el fin de racionalizarlos, procurando que se ajusten a criterios de seguridad y mayor eficiencia.

²⁸ En relación con la alegación formulada por ISFAS, en la que expone que en el sistema informático queda registrada la fecha de entrega, por lo que constan las solicitudes de talonarios estimadas o admitidas, cabe señalar que aunque en el sistema informático conste dicha fecha, no figura la de solicitud, por lo que no aparece información de las solicitudes que han sido aceptadas o rechazadas.

²⁹ En relación con la alegación formulada por ISFAS, relativa la existencia de regulación en la entrega de más de dos talonarios, cabe señalar que, al margen de existencia de familia numerosa y “*en los supuestos especiales en que se estime justificado*”, no existe ningún otro criterio establecido. Esta situación permite diversas interpretaciones por parte de las distintas Delegaciones, por lo que existen criterios dispares que avalan las entregas múltiples, lo que conlleva el riesgo de falta de homogeneidad en las autorizaciones.

³⁰ De acuerdo con lo previsto en la disposición transitoria única, “*Coexistencia de modelos de recetas y órdenes de dispensación*”, del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, a partir de su entrada en vigor (10 de enero de 2014), durante

son incluso de modelos anteriores que ya habían perdido su validez el 21 de enero de 2013 tras el periodo transitorio de 24 meses previsto en el citado Real Decreto 1718/2010. En 6 de las anteriores Delegaciones (Delegación Regional de San Fernando; Delegaciones Provinciales de Álava, Ciudad Real y Pontevedra; y Subdelegaciones de Ibiza y Mahón), todos sus talonarios carecen de validez, mientras que en otras 10, los porcentajes son superiores al 50%.

Asimismo, se ha verificado que todas las existencias custodiadas en el almacén de Gerencia perdieron su validez el 10 de febrero de 2015, a pesar de lo cual se habían distribuido a las Delegaciones y entregado a mutualistas con posterioridad a la citada fecha, e incluso en 2016³¹.

2. La serie de talonarios número 400 permanece en los almacenes de la empresa suministradora en lugar de estar depositada en el almacén de Gerencia, a pesar de que ya se han entregado a los mutualistas talonarios de series posteriores.
3. Las existencias finales de talonarios de recetas en las distintas Delegaciones no se corresponden con la información extraída de las aplicaciones informáticas de “Control de Talonarios” y “Entrega a mutualistas”, generándose diferencias que a 31 de diciembre de 2015 permanecían sin regularizar y que se deben, fundamentalmente, a las entregas de talonarios cuyos envíos previos no fueron registrados en la Delegación correspondiente, así como a la calificación simultánea de talonarios como “entregado” y “defectuoso”³².

II.2.3.3. CONTROLES EN LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS DE TALONARIOS

En relación con las aplicaciones informáticas de gestión y control de talonarios implantadas en ISFAS cabe señalar lo siguiente:

1. Solamente permiten el registro de los envíos realizados a las Delegaciones, por lo que no existe constancia de los talonarios editados por la empresa suministradora que permanecen en sus propios almacenes ni tampoco de aquellos que figuran en el almacén de Gerencia de ISFAS, llevándose el control de estos últimos manualmente mediante albaranes de recepción y entrega³³.

un plazo de doce meses podrán coexistir las recetas médicas que se ajusten a lo que indica este Real Decreto con las vigentes en el momento de su publicación. Una vez transcurrido el citado periodo (10 de febrero de 2015), únicamente tendrán validez las recetas médicas que se adapten a lo dispuesto en esta norma.

³¹ No puede asumirse la alegación de ISFAS relativa a la irrelevancia de las modificaciones introducidas por el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, ya que el grado de importancia de dichas modificaciones no excusa el cumplimiento de la normativa vigente y la adaptación de los talonarios al modelo recogido en la citada normativa, máxime cuando los pliegos de prescripciones técnicas particulares permiten cambios o modificaciones de texto en el modelo de talonario contratado sin coste alguno. Adicionalmente, ISFAS reconoce en alegaciones la invalidez de las recetas no adaptadas al modelo previsto en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, comunicando el impulso de una campaña informativa y la introducción de controles sistemáticos centralizados para la inadmisión del pago de estas recetas a partir de la facturación del mes de octubre del año 2016.

³² Series 154, 391 y 399.

³³ Existen 180 talonarios de recetas que figuran en el aplicativo informático integrando las existencias finales de la Oficina Delegada de Madrid Oeste que, por problemas de espacio, están custodiados en el almacén de Gerencia.

2. No se acredita la justificación relativa a la entrega a mutualistas de un total de 3.195 talonarios de recetas (el 2% de las series 186,189, 192 y 193)³⁴.
3. El organismo tiene implantado un sistema de alertas meramente informativas, puesto que la aplicación comunica la posible incidencia pero permite al personal de ISFAS continuar el proceso sin que quede constancia de las actuaciones realizadas. En particular, existe una alerta al dar de baja un talonario, avisando de la posibilidad de descuadre en las existencias finales, pero basta con aceptar este mensaje para que se pueda continuar el proceso sin necesidad de acciones adicionales, lo que puede afectar al cómputo de existencias finales³⁵.
4. Se han entregado 1.945 talonarios (2,38% sobre el total) en los que la fecha de registro asignada en la aplicación informática es anterior a la de entrega efectiva, así como 71 talonarios (0,47%) en los que la fecha de baja del talonario en la citada aplicación es, incluso, anterior a la de recepción.
5. En algunos casos (284 talonarios en el ejercicio 2015, que representan el 4,45% sobre el total) se asignan varias fechas de entrega a un mismo talonario reasignado (entregado a un mutualista y que, por cualquier motivo, es posteriormente reasignado a otro mutualista), con los consiguientes descuadres de existencias.

II.2.4. Controles sobre la validez de las recetas médicas

En el modelo oficial de la receta médica deben consignarse por el prescriptor unos datos básicos obligatorios, imprescindibles para la validez de aquella, relativos al paciente, al medicamento, al prescriptor, y otros; además del visado, cuando proceda. Por su parte, el farmacéutico debe dispensar el medicamento prescrito, salvo cuando deba proceder a su sustitución, en cuyo caso deberá consignarse el medicamento que se dispensa, la fecha y firma y el motivo de la sustitución.

Para verificar los requisitos anteriores, se ha analizado una muestra de 1.529 imágenes de recetas dispensadas por farmacias civiles de las Delegaciones Regionales de Granada, Madrid y San Fernando y de la Delegación Provincial de Málaga, correspondientes a la facturación del mes de octubre de 2015, por importe de 20.304,46 euros pagados a los COF. Las incidencias detectadas figuran recogidas en el siguiente cuadro:

³⁴ No puede compartirse la alegación formulada por ISFAS relativa a que se justificó esta incidencia, ya que los talonarios a los que hace referencia el Instituto no se refieren a las series cuya ausencia de registro se incluye en este Informe, sino a talonarios integrados en las mismas series, pero impresos en color distinto, que fueron enviados y distribuidos en ejercicios anteriores al 2005.

³⁵ En relación con la alegación de ISFAS cabe señalar que en este Informe no se señala la inexistencia de alertas de carácter limitativo en las aplicaciones informáticas de ISFAS, sino que la mayoría de estas alertas son de carácter informativo y que muchas de las que tienen carácter limitativo presentan debilidades que cuestionan su efectividad.

Cuadro n.º 7
ERRORES EN RECETAS DE FARMACIAS CIVILES
Octubre de 2015

(Euros)

		GRANADA		MADRID		MÁLAGA		SAN FERNANDO		TOTAL
Ausencia de datos	Incidencias	Nº de recetas	Importe	Nº de recetas						
Duración y Posología	No consta el nº de unidades de administración por toma	361	5.901,66	43	825,33	57	994,44	187	2.848,15	648
	No consta la frecuencia de las tomas	363	5.954,47	42	821,97	57	994,44	187	2.848,15	649
	No consta la duración total del tratamiento	367	6.494,76	65	1.265,63	104	1.985,03	216	3.392,08	752
Datos del Paciente	No consta el año de nacimiento del paciente	23	529,84	46	1.213,64	-	-	118	1.761,10	187
Datos del Prescriptor	No consta la especialidad	358	6.468,06	271	4.416,03	326	5.458,20	233	3.242,14	1.188
	No consta el nº de colegiado, ni el nombre y apellidos	5	32,22	0	0	0	0	5	37,51	10
	No consta la población donde ejerce el prescriptor	293	5.579,17	329	6.263,77	176	3.345,12	239	3.475,63	1.037
Otros Datos	No consta la fecha de prescripción o dispensación del medicamento	15	122,21	78	1.679,63	2	189,83	3	85,48	98
	No consta la firma farmacéutico	12	95,03	3	53,49	-	-	14	144,33	29
	No consta motivo de la sustitución	7	103,23	0	0	3	140,46	3	291,14	13
	No consta visado siendo obligatorio	0	0	0	0	1	49,39	1	14,92	2
	La fecha de prescripción es posterior a la fecha de dispensación	0	0	0	0	1	52,70	0	0	1

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, en las 1.529 imágenes de recetas se han detectado 4.614 incidencias (algunas recetas presentan varias incidencias), destacando las siguientes, no concordantes con las previsiones del Real Decreto 1718/2010 y con los dos conciertos aplicables en 2015:

1. Un total de 98 recetas (el 6,4% de la muestra) no incluyen la fecha de prescripción del medicamento, por lo que deberían haber sido anuladas, de conformidad con lo establecido en los conciertos aplicables en 2015. El precio de venta al público de estas recetas ascendió a 2.077,15 euros. Asimismo, también deberían haberse anulado dos recetas, por ausencia del preceptivo visado, y otras 10 por no constar los datos del colegiado, si bien el importe de dichas recetas es irrelevante (200,59 euros).
2. En 13 recetas, por importe de 534,83 euros, no consta el motivo de la sustitución del medicamento, de acuerdo con los conciertos. Asimismo, en 187 recetas (el 12,23% de las analizadas), por un precio de venta al público de 3.504,58 euros, no consta la fecha de nacimiento del mutualista.
3. En 29 recetas (el 1,9% del total de la muestra) no consta la firma del farmacéutico, si bien su importe (292,85 euros) es irrelevante.

Asimismo, se han detectado las siguientes situaciones, sin incidencia económica para ISFAS en virtud de los conciertos vigentes en 2015, pero que suponen incumplimientos del Real Decreto 1718/2010:

1. En 648 recetas (el 42,38% de la muestra), por importe de 10.569,58 euros, no consta el número de unidades de administración por toma y en 659 recetas (el 43,1% de la muestra) no consta la frecuencia de la misma, lo que contraviene el artículo 3.2.b.2º del Real Decreto 1718/2010.
2. En 752 recetas (el 49,18% de las revisadas), por importe de venta al público de 13.137,50 euros, no consta la duración total del tratamiento, a pesar de lo establecido en el artículo 3.2.b.7º del Real Decreto 1718/2010.

El personal de cada una de las Delegaciones de ISFAS revisa mensualmente una muestra de recetas, que oscila, con carácter general, entre el 5% y el 10% del total (excepto en la Delegación Provincial de Madrid en la que se revisa el 100%). En relación con ello hay que señalar que de las 1.529 recetas revisadas durante la fiscalización, 752 (el 49,18%) fueron a su vez objeto de revisión por ISFAS; sin embargo, las incidencias que constan en el documento D1 (que, de acuerdo con la Instrucción de Facturación PF-9/2011, refleja mensualmente la “*Relación de Diferencias observadas en la facturación de recetas*”) son muy inferiores a las detectadas en la revisión efectuada por este Tribunal, tal y como se señala a continuación³⁶:

1. La Delegación Regional de Granada revisó una muestra de 3.452 recetas, habiendo detectado ocho incidencias. Por su parte, este Tribunal revisó 149 recetas, en las que se han detectado 468 incidencias.
2. La Delegación Provincial de Málaga revisó 4.431 recetas, detectando únicamente cinco incidencias. Por su parte, este Tribunal revisó 303 recetas, habiendo detectado 562 incidencias.
3. La Delegación Regional de San Fernando revisó 4.415 recetas y detectó nueve incidencias. Por su parte, este Tribunal revisó 200 recetas y detectó un total de 837 incidencias.
4. La Delegación Regional de Madrid, que, tal y como se ha indicado anteriormente, es la única de la muestra en la que ISFAS revisó la totalidad de las recetas del mes (142.166), ha detectado 640 incidencias (0,45%). Sin embargo, este Tribunal revisó 100 recetas y detectó un total de 209 incidencias (209%).

II.2.5. Controles sobre el visado de las recetas médicas

II.2.5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Existen determinados medicamentos respecto a los que, por motivos sanitarios o para procurar su uso racional, el MSSSI exige reservas singulares en sus condiciones de prescripción y dispensación, lo que requiere el visado de inspección con carácter previo a la dispensación. El acto de visado, que se plasma mediante el sellado y la firma de la receta, requiere la existencia previa de un informe médico que avale el medicamento prescrito, debiendo señalarse que la gestión y control de estos visados se efectúa de forma descentralizada a través de las Delegaciones de ISFAS, disponiendo para ello de una aplicación informática.

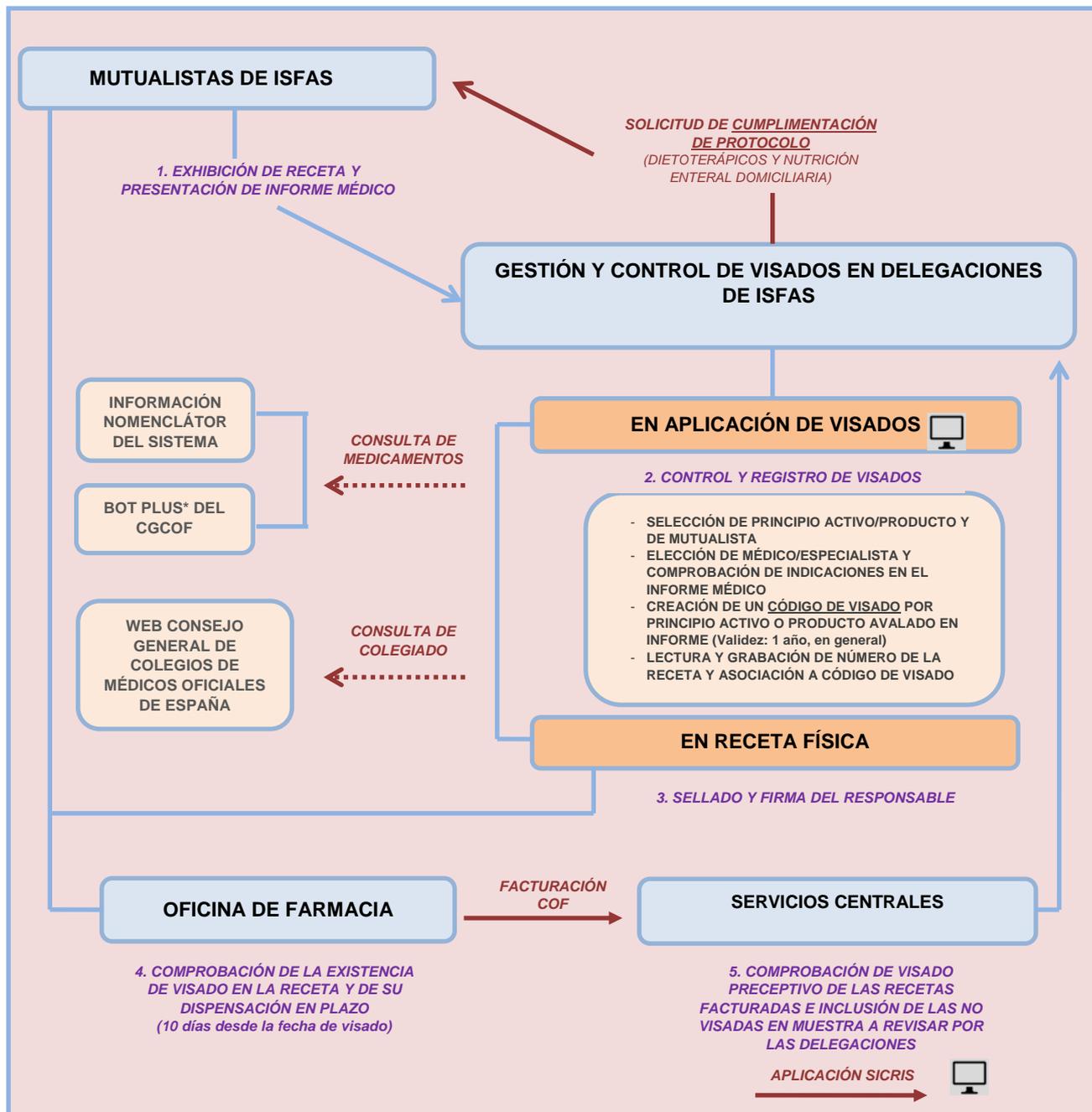
La primera vez que un mutualista solicita el visado se procede a la creación de un código de visado informático, cuya validez se prolonga durante el período de tratamiento indicado por el facultativo

³⁶ En el trámite de alegaciones ISFAS señala que la diferencia entre ambos resultados se debe a que la revisión que realizan las Delegaciones se centra solo en las incidencias que tienen repercusión económica y que vienen reflejadas en el concierto, mientras que el Tribunal ha revisado la existencia de cualquier tipo de incidencia.

en el informe médico que necesariamente ha de presentar el mutualista junto con la primera receta del medicamento en la Delegación correspondiente, estando ligadas a dicho código las sucesivas recetas en las que se prescriba el mismo medicamento.

El esquema del procedimiento de visado de recetas oficiales de ISFAS se incluye en el gráfico siguiente:

Gráfico n.º 6
ESQUEMA DE PROCEDIMIENTO DE VISADO DE RECETAS EN ISFAS



BOT PLUS: Base de Datos del Conocimiento Sanitario.

Cabe indicar que las Delegaciones no conservan, con carácter general, copia del informe médico que obligatoriamente ha de presentar el mutualista, lo que impide verificar que el procedimiento de visado se ha realizado correctamente, debiendo señalarse que la ausencia del visado o su

realización fuera de las condiciones establecidas es causa de anulación total de las recetas, según los dos conciertos suscritos por ISFAS con el CGCOF vigentes en 2015.

II.2.5.2. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE LOS VISADOS

El procedimiento general de gestión de los visados se recoge en un único apartado de la Instrucción PF-7/2001, de 12 de marzo, de ISFAS, sobre régimen de la prestación farmacéutica en el territorio nacional, cuya información es insuficiente y en algunos casos ha sido modificada por la contenida en el otro documento disponible (el *“Manual de usuario de la aplicación de visados”*, de 28 de mayo de 2013), utilizado para su gestión. En el análisis del procedimiento de visado se han detectado las siguientes deficiencias:

1. La revisión y el dictamen, por el asesor médico de cada Delegación, sobre la idoneidad del informe médico que debe presentar el mutualista la primera vez que se visa una receta, únicamente se realiza para los productos dietoterápicos y de nutrición enteral domiciliaria³⁷.
2. Aunque la herramienta informática de visados está concebida por ISFAS como una aplicación tutelada, en la que se va guiando a las Delegaciones a través de las distintas pantallas que conforman el proceso de creación y de visado de recetas sucesivas, los controles resultan insuficientes por las siguientes razones:
 - a) Con carácter general, el procedimiento de creación de los visados se lleva a cabo por personal administrativo, por lo que carece de los conocimientos médicos y farmacéuticos que exige la propia naturaleza del visado y la complejidad y peculiaridades de los medicamentos derivados de algunos tratamientos.
 - b) La aplicación informática permite que se modifiquen las fechas de validez del informe sin que quede constancia de la circunstancia que justifica este extremo.
 - c) El medicamento o producto prescrito sujeto a visado de ISFAS puede asociarse en la aplicación a un código de visado autorizado para un principio activo o para una denominación genérica distinta.
3. ISFAS no tiene fijada ninguna limitación respecto del número de recetas de cada medicamento que se puede autorizar a cada mutualista durante el periodo de validez del visado, en atención a la posología indicada en el informe médico, lo que impide la detección de posibles excesos en la prescripción de recetas sujetas a visado. Además, el Instituto tampoco tiene establecidas restricciones específicas en relación con el número de recetas de un mismo medicamento que pudieran visarse simultáneamente o en un periodo de tiempo determinado, excepto en el caso de los absorbentes de incontinencia urinaria, más allá de la restricción general que figura en las recetas de no poder prescribir medicación que supere los tres meses de tratamiento.
4. Los controles de la aplicación informática sobre el número del colegiado que firma el informe que avala el visado de recetas son insuficientes, ya que se reducen a asegurar simplemente que el gestor introduce cinco caracteres numéricos pero no garantizan que el número que se

³⁷ En relación con la alegación de ISFAS que señala que la competencia para visar corresponde a los Delegados de ISFAS y, en su defecto, a los Secretarios de cada Delegación, y que el personal administrativo puede consultar con el asesor médico en los casos en que considere necesario, cabe indicar que la creación del visado no consiste en su simple registro, sino en la valoración del informe médico del mutualista, por lo que no parece oportuno dejar al arbitrio de dicho personal administrativo la determinación de la patología y la posible consulta al asesor médico.

consigna sea el correcto. Así, en 2015 estuvieron en vigor 376 códigos, a los que se les asoció el visado de 1.691 recetas que no tenían consignado el código del colegiado que emitió el informe médico, anotándose un número de colegiado ficticio (999999999). De ellas, 901 tampoco tenían consignado el número de colegiado que había prescrito la receta³⁸.

Por otro lado, aunque en el caso de los medicamentos de especial control está previsto que el médico que elaboró el informe sea el mismo que posteriormente prescribe las recetas relacionadas con dicha patología, en la aplicación informática no se ha establecido un control que impida que se asignen números distintos de colegiado en estos casos, lo que evitaría los numerosos errores de grabación y la existencia de diferencias no justificadas en la aplicación³⁹.

II.2.5.3. CONTROL SOBRE EL VISADO DE RECETAS

ISFAS efectúa un control sobre los ficheros recibidos con el detalle de las recetas facturadas cada mes comprobando si estas fueron efectivamente visadas. Las que no constan como visadas se incluyen en la muestra automática de recetas que se envía mensualmente a las Delegaciones para su revisión.

En el ejercicio 2015, de las 424.223 recetas facturadas (3,3% sobre el total) a cargo de ISFAS que llevaban asociado un visado, un total de 3.025 (el 0,71%) no figuraban grabadas en la aplicación informática, detallándose las mismas en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 8
RECETAS CON VISADO QUE NO FIGURABAN EN LA APLICACIÓN DE VISADO
Ejercicio 2015

MEDICAMENTOS SUJETOS A VISADO	FACTURADAS EN 2015		SISTEMA RECETA ELECTRÓNICA (B)	MUESTRA DE ISFAS			NO DETECTADAS EN EL MUESTREO (D)
	TOTAL	NO FIGURAN EN APLICACIÓN DE VISADOS (A) = (B)+(C)+(D)		TOTAL REVISADAS (C)	NO VISADAS	OTRAS CAUSAS	
Cupón precinto diferenciado	166.957	686	4	671	222	4	11
Diagnóstico hospitalario	81.336	372	2	368	117	5	2
Efectos y accesorios	99.736	789	12	774	173	5	3
Especial control médico	10.565	37	0	36	6	0	1
Financiación restringida det. indicac.	17.103	805	0	804	401	7	1
Extractos hiposensibilizantes y vacunas bacterianas individualizadas	10.561	88	0	84	38	0	4
Tiras reactivas	9.634	65	0	65	39	0	0
Medias elásticas	3.294	39	3	35	5	0	1
Productos dietoterápicos y de nutrición enteral domiciliaria	25.037	144	3	126	112	0	15
TOTAL VISADO OBLIGATORIO	424.223	3.025	24	2.963	1.113	21	38

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

La inclusión de estas 2.963 recetas en la muestra se debe, en su mayor parte (1.829 recetas, el 61,7%), a la falta de grabación del visado en la aplicación, no a la ausencia del mismo; otras 1.113

³⁸ De dicho número, 760 corresponden a Málaga, 124 a Granada y 17 a Jaén.

³⁹ Es habitual que el Instituto disponga en estos casos de hasta tres números distintos grabados en sus bases de datos respecto del mismo colegiado: el consignado al grabar el informe, el introducido al visar la receta y el que figura en el fichero de recetas facturadas (capturado manualmente por las empresas contratadas por los COF para la digitalización de las recetas).

recetas porque no estaban visadas (código de incidencia A10 según los conciertos suscritos por ISFAS con el CGCOF vigentes en 2015); mientras que las restantes 21 presentaban otras incidencias.

Respecto a las 1.829 recetas no grabadas en la aplicación de visados se ha constatado lo siguiente:

1. Las recetas visadas y no grabadas fueron consideradas como válidas a los efectos de su facturación por las oficinas de farmacia; sin embargo, ISFAS no tiene establecido un control para comprobar que dichas recetas cuentan con el correspondiente informe médico en vigor. Además, su falta de grabación no es concordante con el procedimiento establecido en la Instrucción PF-7/2001, que alude a la “*inexcusable*” anotación informática de la autorización de las recetas.

A modo de ejemplo, entre las 38 recetas detectadas por el Tribunal no incluidas en la muestra constan siete de productos dietoterápicos, facturadas en la Delegación Provincial de Palencia, dispensadas a lo largo de ejercicio 2015, pertenecientes a un mutualista que no tenía ningún código de visado en vigor que avalara dicha prescripción⁴⁰.

2. En la fiscalización de 396 recetas no grabadas se ha constatado que, a pesar de que en la revisión efectuada por las Delegaciones aquellas fueron dadas por válidas. Así, en la Delegación Regional de Madrid 112 (el 28%) carecían del preceptivo visado, habiéndose observado que esta incidencia no ha afectado a una única dispensación sino que se prolongó de forma reiterada a lo largo de varios meses durante el año.

II.2.5.4. OTROS CONTROLES SOBRE RECETAS VISADAS

Con independencia de las incidencias indicadas anteriormente, en la fiscalización se ha observado lo siguiente:

1. A pesar de contar con los datos de prescripción y dispensación necesarios para realizar un control informatizado de las recetas sometidas a visado, ISFAS no tiene establecido un control sistemático para la detección de la existencia, en su caso, de al menos las siguientes tres deficiencias que constituyen causa de anulación de aquellas, según los conciertos suscritos con el CGCOF:
 - a) Que el producto realmente prescrito no es el que consta en el cupón-precinto de la receta.
 - b) Que se haya dispensado un tamaño mayor al prescrito cuando figura menor o no figura (causa de anulación parcial).
 - c) Que se hayan dispensado absorbentes con un tipo de absorción (día, noche o supernoche) distinto al prescrito por el facultativo (causa de anulación parcial).

⁴⁰ En el trámite de alegaciones ISFAS señala que en la nueva comprobación efectuada sobre las recetas facturadas en el COF de Palencia “no se ha localizado ninguna que haya dado lugar a la dispensación de productos dietéticos y que no se encontrara anotada en el registro de visados”, lo que ratifica la falta de control sobre dichas recetas facturadas en 2015 sin tener un código de visado en vigor que avalara la prescripción (números W10389694018, W10393829556, W10393834276, W12335900237, W13335900238, W11335900247 y W12393829570).

2. ISFAS no efectúa ningún control sobre la fecha de dispensación de las recetas de medicamentos sujetos a visado, a pesar de que dicha fecha constituye el inicio del plazo de diez días de validez y permanece grabada en la aplicación de visados. En la fiscalización se revisó una muestra de recetas visadas en la fecha de dispensación por exceder los plazos máximos establecidos en el ejercicio 2014 que hubieran sido facturadas en 2015, habiéndose obtenido los siguientes resultados:
 - a) La posible existencia de un error en la consignación de la fecha de visado o autorización, que podría alcanzar a un total de 1.285 recetas (11,98% sobre el total) de la Delegación Regional de Barcelona, que figuraban visadas con fecha de 2014 y facturadas casi un año después.
 - b) Respecto a una oficina de farmacia Madrid, y siempre con el visado autorizado del Secretario de la Oficina Delegada Madrid-Oeste, se han detectado 236 recetas de absorbentes (3,08% sobre el total) que figuran autorizadas en la base de datos en fecha anterior a la que consta en la propia receta, 95 con fecha 15 de diciembre y 141 con fecha 23 de diciembre. Aunque las recetas habían sido dispensadas dentro del plazo de validez, ello podría denotar que se alteró el procedimiento establecido, pudiendo haberse visado recetas sin el visto bueno correspondiente o con firma y sin fecha.
3. ISFAS no efectúa ningún control para verificar que los medicamentos de las recetas visadas se corresponden con los realmente facturados, habiéndose comprobado, a través de la comparación entre la base de datos de facturación de recetas del ejercicio 2015 y la de recetas visadas, al menos 442 recetas (0,10% sobre el total) cuyos productos dispensados en nada se asemejan a las categorías de medicamentos con las que habían sido visados, siendo especialmente destacables los casos de medicamentos de cupón precinto diferenciado y de diagnóstico hospitalario que fueron visados como si se tratara de absorbentes de incontinencia (65 y 24 casos, respectivamente).

II.2.6. Controles sobre los consumos excesivos de medicamentos

ISFAS realiza un control del consumo de los medicamentos susceptibles de usos no terapéuticos, especialmente orientado a grupos con medicamentos anabolizantes y control del consumo de hipnóticos y psicótropos por encima de las dosis cuyo consumo al cabo del mes exceda los límites terapéuticos fijados por ISFAS para cada uno de ellos.

En la fiscalización se han realizado las siguientes actuaciones:

- a) Análisis de consumos de medicamentos de cualquier tipo que excedieron las 100 recetas anuales en el ejercicio 2015.
- b) Análisis de la totalidad de los consumos de medicamentos de la agrupación de “*hipnóticos y psicótropos*” que excedieron de 24 recetas anuales para el mismo período. La disminución de este umbral respecto al del párrafo anterior se debe a las características de estos medicamentos y al riesgo derivado de su uso.

Así, de un total de 3.430 consumos de medicamentos, en la fiscalización se detectaron consumos en exceso sobre las dosis máximas recomendadas en los prospectos de los mismos⁴¹ en 1.080 supuestos (el 31,49%). Además, en 409 casos (el 11,92% del total analizado) los consumos excedieron en un 100% a la dosis máxima permitida para todo un año, habiéndose advertido, dentro de estos últimos, que en 132 supuestos (que se refieren a 18 medicamentos y a 125 mutualistas), el consumo excedía en 2015 en más de un 200% a la dosificación máxima prevista para un año, lo que supone consumir en un solo año las dosis máximas pautadas para un período de tres años.

En particular, en 89 de los 132 supuestos indicados anteriormente, los consumos en 2015 oscilan entre el consumo previsto en el prospecto del medicamento para un periodo temporal de entre tres y cinco años, mientras que en los restantes 43 los consumos superan las dosis farmacológicas pautadas en el prospecto del medicamento para cinco años. De estos últimos, conviene destacar el consumo efectuado por los 26 mutualistas siguientes:

⁴¹ Las dosis recomendadas han sido extraídas de la versión autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de los prospectos de cada medicamento, a los que se tiene acceso a través del Centro de Información de Medicamentos Autorizados.

Cuadro n.º 9
CONSUMOS EXCESIVOS DE MEDICAMENTOS
Ejercicio 2015⁴²

MEDICAMENTO	TIPOLOGÍA	Nº RECETAS FACTURADAS	DOSIS MÁXIMA ANUAL	DOSIS FACTURADA	EXCESO	
					ABSOLUTO	%
NOCTAMID 2MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	104	365	2.080	1.715	469,86
STILNOX 10, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	147	365	4.410	4.045	1.108,22
DALPARAN 10MG 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	104	365	3.120	2.755	754,79
STILNOX 10, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	118	365	3.540	3.175	869,86
DALPARAN 10MG 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	47	365	1.410	1.045	286,30
RUBIFEN 20 mg 30 C.	PSICOESTIMULANTES	129	1095	3.870	2.775	253,42
STILNOX 10, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	58	365	1.740	1.375	376,71
TRANKIMAZIN 2MG 50 C.	ANSIOLÍTICOS	63	730	3.150	2.420	331,51
TRANKIMAZIN 2MG 50 C.	ANSIOLÍTICOS	86	730	4.300	3.570	489,04
RUBIFEN 20 mg 30 C.	PSICOESTIMULANTES	122	1095	3.660	2.565	234,25
ZOLPIDEM 10 mg 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	66	365	1.980	1.615	442,47
LORAZEPAM 5 mg 20 C.	ANSIOLÍTICOS	154	730	3.080	2.350	321,92
DORMODOR 30MG 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	50	365	1.500	1.135	310,96
TRANKIMAZIN 2MG 50 C.	ANSIOLÍTICOS	52	730	2.600	1.870	256,16
STILNOX 10, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	293	365	8.790	8.425	2.308,22
DALPARAN 10MG 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	267	365	8.010	7.645	2.094,52
LORMETAZEPAM 2MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	245	365	4.900	4.535	1.242,47
LORMETAZEPAM 2MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	229	365	4.580	4.215	1.154,79
RUBIFEN 20 mg 30 C.	PSICOESTIMULANTES	427	1095	12.810	11.715	1.069,86
RUBIFEN 20 mg 30 C.	PSICOESTIMULANTES	333	1095	9.990	8.895	812,33
ZOLPIDEM 10 MG, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	118	365	3.540	3.175	869,86
STILNOX 10, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	118	365	3.540	3.175	869,86
STILNOX 10, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	114	365	3.420	3.055	836,99
DALPARAN 10MG 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	106	365	3.180	2.815	771,23
STILNOX 10, 30 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	101	365	3.030	2.665	730,14
LORMETAZEPAM 2MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	136	365	2.720	2.355	645,21
TRANKIMAZIN 2MG 50 C.	ANSIOLÍTICOS	108	730	5.400	4.670	639,73
TRANKIMAZIN 2MG 50 C.	ANSIOLÍTICOS	106	730	5.300	4.570	626,03
NOCTAMID 2MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	130	365	2.600	2.235	612,33
NOCTAMID 2MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	113	365	2.260	1.895	519,18
NOCTAMID 2 MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	98	365	1.960	1.595	436,99
NOCTAMID 2 MG 20 C.	HIPNÓTICOS/SEDANTES	96	365	1.920	1.555	426,03
RUBIFEN 20 mg 30 C.	PSICOESTIMULANTES	192	1095	5.760	4.665	426,03

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

Los catorce primeros registros del cuadro anterior corresponden a siete mutualistas que han realizado consumos excesivos en, al menos, dos medicamentos distintos, que exceden en niveles superiores al 200% las dosis máximas anuales previstas para ambos en los prospectos. En particular, cabe destacar un mutualista con un consumo de dos medicamentos del subgrupo “hipnóticos y sedantes” que excede en un 469,86% y en un 1.108,22%, respectivamente, las dosis máximas anuales pautadas, llegando a facturarse por este mutualista en el año 2015 un total de

⁴² Los supuestos que figuran sombreados habían sido detectados por ISFAS en sus procesos de control.

251 recetas de estos medicamentos, de las cuales 219 habían sido prescritas por solo dos facultativos y las 32 restantes por siete facultativos distintos⁴³.

Asimismo, según se desprende del cuadro anterior, otro mutualista presenta un consumo de dos medicamentos del mismo subgrupo que exceden en un 754,79% y 869,86%, respectivamente, las dosis máximas anuales previstas, con una media mensual en torno a 18 recetas, que en ambos casos fueron prescritas por el mismo facultativo⁴⁴.

De los restantes mutualistas con excesos superiores al 200%, otros seis consumieron de un único medicamento más de 225 recetas en el año 2015, con un exceso de la dosis máxima pautaada que oscila entre un 2.308,22% y un 812,33%, por lo que en un año habrían consumido la medicación prevista o estimada para un periodo de 24 años. Igualmente, trece mutualistas consumieron en el año 2015 una media superior a más de cien recetas de un mismo medicamento, con excesos de las dosis máximas previstas entre un 869,86% y un 426,03%⁴⁵.

Respecto a la prescripción de los medicamentos a los distintos mutualistas cabe señalar, en relación con los dos con mayores excesos que un único facultativo realiza un 52,22% y un 61,05% de prescripciones, distribuyéndose las restantes entre 19 y 10 facultativos distintos.

En cuanto a las actuaciones de revisión y control realizadas por el Instituto cabe señalar lo siguiente:

1. ISFAS solo controla 13 medicamentos (cinco sustancias anabolizantes y un ansiolítico, en sus distintas presentaciones), quedando fuera del control casi todos los medicamentos que se integran en el subgrupo terapéutico ATC⁴⁶ de "*Psicolépticos*"⁴⁷ y los recogidos en el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. Así, en relación con los 132 supuestos de consumos de un mismo medicamento superiores al 200% (que afectan a 125 mutualistas), señalados anteriormente, ISFAS solamente detectó 26 supuestos prescritos a 23 mutualistas (el 19,6%).

⁴³ En relación con la alegación de ISFAS, en la que señala que el cuadro nº 9 debería hacer referencia a la detección por parte de ISFAS de los consumos excesivos atribuidos a cuatro afiliados, cabe indicar que los que aparecen sombreados en dicho cuadro se refieren exclusivamente a afiliados con exceso en sustancias psicotrópicas del año 2015 facilitados por el propio Instituto, entre los que no figuran los cuatro mutualistas mencionados en las alegaciones, si bien sí se hace referencia a los mismos en páginas posteriores de este Informe.

⁴⁴ Existen recetas con tres códigos de colegiado diferentes: 030000423, 030004223, 030004423. Mediante inspección física de las recetas se ha verificado que todas ellas corresponden al mismo facultativo.

⁴⁵ Las dosis máximas tenidas en cuenta, por criterio de prudencia, no han tomado en consideración que la instauración de tratamientos con la mayoría de este tipo de fármacos debe restringirse en la medida de lo posible a los casos estrictamente necesarios, no debiendo prolongarse su uso más allá de varias semanas. En concreto se establecen periodos máximos recomendados de consumo de 4 semanas y de 8 a 12 semanas, al menos en los medicamentos de los subgrupos N05B y N05C con códigos nacionales 673089 (Aldosomnil 2 mg), 993568 (Distensan 10 mg), 958637 (Placinal 2 mg), 959460, 959452 y 959924 (Sedotime 15 mg/30mg/45mg). En la fiscalización se detectan 56 excesos de consumo, de los que 51 son inferiores al 100% y los 5 restantes entre el 100% y el 200%. Asimismo, se establece que la duración del tratamiento debe ser lo más corta posible en medicamentos como Diazepam, Lormetazepam, Zolpidem, Flurazepam o Alprazolam, en cuyos consumos se detectaron, al menos, 117 excesos superiores al 200%.

⁴⁶ "*Anatomical Therapeutic Chemical Classification*", de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁴⁷ Engloba antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, que se elevan al menos a un total de 163 principios activos (cada uno de ellos integrado, a su vez, en una pluralidad de medicamentos distintos).

En relación con lo anterior cabe señalar que ISFAS ha controlado a un mutualista concreto por el consumo de un determinado producto cuyo exceso (132,88%) es notablemente inferior al del 869,86% que se observa, respecto al mismo mutualista, en otro medicamento distinto no detectado en el control del Instituto. Por otra parte, en relación con otro mutualista, el Instituto analiza el consumo en un medicamento no consumido en exceso cuando dicho mutualista presenta un consumo excesivo (426,03%) en otro distinto.

Debe indicarse, asimismo, que, como consecuencia de las actuaciones de control llevadas a cabo, ISFAS inició en el año 2015 un total de 37 expedientes de consumos excesivos de medicamentos, de los que únicamente nueve afectan a mutualistas con consumos superiores al 200%, refiriéndose dichos controles, en algunos casos, al consumo de otros medicamentos con excesos menores a los señalados.

2. En la aplicación informática utilizada por ISFAS para el control de entrega de talonarios de recetas se establecen alertas relacionadas con el uso anómalo de los medicamentos, con el objetivo de informar sobre la existencia de situaciones excepcionales y para limitar la entrega de talonarios a los mutualistas a los que se vinculan, afectando estas alertas a un número muy reducido de mutualistas (107) y no quedando constancia en la aplicación de la fecha de inicio y, en su caso, expiración de las mismas. En relación con dicho control cabe señalar lo siguiente:
 - a) Un 82,24% de los mutualistas con alertas asignadas no han realizado consumos a lo largo del año 2015 o los mismos se efectuaron de forma racional, observándose excesos significativos únicamente en ocho casos (el 7,48%), figurando todos ellos en la detección efectuada por este Tribunal, hecho que pone de manifiesto la necesidad de actualizar las alertas asignadas en función de los resultados desprendidos de los controles de consumo.
 - b) En la fiscalización se ha detectado un supuesto en el que, ni tras la apertura del correspondiente expediente administrativo ni la apertura de las actuaciones judiciales, se había generado una alerta cuando en dicho mutualista se producen excesos en relación con el consumo de, al menos, tres medicamentos distintos de los incluidos en el subgrupo “*Ansiolíticos*” en niveles que oscilan entre un 62,33% y un 214,38%.
 - c) Solamente 125 mutualistas, el 7,20% de aquellos cuyos consumos excesivos han sido detectados por el Instituto, llevan asociadas alertas.
3. Para el análisis de consumos excesivos ISFAS ha establecido, con carácter general, límites superiores a las dosis pautadas en los prospectos de los medicamentos. Parece razonable tener en cuenta un margen adicional a la dosis máxima recomendada en el prospecto del medicamento, si bien los límites de detección de ISFAS para el ejercicio 2015, entre el 50% y 166%, pudieran resultar muy elevados, por lo que existe el riesgo de la no detección por parte del Instituto de consumos excesivos de aquellos. Dichos límites se detallan en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 10
LÍMITES DE CONSUMOS EXCESIVOS ESTABLECIDOS POR ISFAS
Ejercicio 2015

MEDICAMENTO	TIPO DE MEDICAMENTO (A)	DOSIS MÁXIMA (B)	Nº RECETAS MES SEGÚN DOSIS MÁXIMA (C)	Nº RECETAS LIMITE ISFAS (D)	% EXCESO (D/C)
TESTEX PROLONGATUM (250 MG 1 AMPOLLA 2 ML)	ANABOLIZANTE	250 MG/2 SEMANAS	2	4	100
TESTEX (25 MG 4 AMPOLLAS 1 ML)	ANABOLIZANTE	250 MG/2 SEMANAS	5	10	100
ARIMIDEX (1 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS)	ANABOLIZANTE	1 MG/DÍA	2	4	100
TRANKIMAZIN (2 MG 30 COMPRIMIDOS)	ANSIOLÍTICO	4 MG DÍA	2	4	100
TRANKIMAZIN (2 MG 50 COMPRIMIDOS)	ANSIOLÍTICO	4 MG DÍA	1,5	4	166
TRANKIMAZIN (1 MG 30 COMPRIMIDOS)	ANSIOLÍTICO	4 MG DÍA	4	6	50

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

4. Del análisis de una muestra de 483 recetas fiscalizadas por el Tribunal, correspondientes a medicamentos que contienen sustancias estupefacientes incluidas en las listas I y II de la Convención Única de 1961 de estupefacientes o sustancias psicotrópicas incluidas en las listas II, III y IV del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, en 191 (el 39,54%), todas ellas correspondientes a medicamentos que contienen sustancias psicotrópicas, no se detecta en las imágenes visionadas el número de Documento Nacional de Identidad (o documento asimilado para los extranjeros) de la persona que retira el medicamento en la farmacia, vulnerando el artículo 15 del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación hospitalaria, debiendo dar lugar a la anulación del margen profesional del farmacéutico. Estas incidencias no fueron detectadas por ISFAS en la muestra seleccionada para revisión.

II.2.7. Procedimiento de facturación y pago a las farmacias militares

II.2.7.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El artículo 63.3.b) del RGSSFA establece que uno de los medios para la dispensación de medicamentos, fórmulas magistrales, efectos y accesorios farmacéuticos y otros productos sanitarios son las oficinas de farmacia legalmente establecidas y que, a este fin, ISFAS puede celebrar los oportunos conciertos, procurando contar con los servicios farmacéuticos de las Fuerzas Armadas (farmacias militares), que establecerán la forma y condiciones de facturación y pago en que se efectuará la dispensación.

La colaboración de las farmacias militares en la prestación farmacéutica financiadas por ISFAS se rige por el concierto suscrito el 3 de octubre de 2011 entre ISFAS y representantes de las Fuerzas Armadas.

En el ejercicio 2015 ISFAS imputó al subconcepto presupuestario 484.00 "Farmacia" un importe de 184.930 euros correspondiente a las prestaciones farmacéuticas efectuadas por 37 farmacias militares, lo que supone el 0,12% del importe total aplicado a este subconcepto. El detalle por Delegaciones se incluye en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 11
GASTOS DE FARMACIAS MILITARES
Ejercicio 2015

(Euros)

DELEGACIÓN	IMPORTE
Albacete	1.115
Almería	1.813
Badajoz	1.018
Burgos	779
Ceuta	11.720
Córdoba	1.278
Granada	1.853
La Coruña	2.304
Las Palmas	10.060
León	1.641
Madrid	111.374
Melilla	1.499
Murcia	4.939
Pontevedra	4.630
Salamanca	1.294
Sevilla	15.401
Santa Cruz de Tenerife	1.315
Valencia	4.716
Zaragoza	6.181
TOTAL	184.930

Fuente: Información aportada por ISFAS.

El procedimiento de facturación se inicia mediante la grabación por la correspondiente farmacia militar de los datos de las recetas facturadas cada mes en la aplicación informática Sistema de Control de Recetas ISFAS (SICRIS), que gestiona el Instituto y que contiene los datos del Nomenclátor aprobados por el MSSSI, impidiendo la grabación de aquellas recetas que no se ajustan a dicho Nomenclátor.

Cada farmacia militar debe obtener mensualmente la relación individual de medicamentos y productos dispensados y emitir la factura-resumen que presenta en la correspondiente Delegación de ISFAS, debiendo entregar también las recetas en soporte papel antes del último día hábil del mes siguiente de la facturación, que deberán ser revisadas por las Delegaciones de ISFAS en los 15 días siguientes a su recepción y emitiendo un documento de validación mensual en el que, en su caso, se harán constar las deducciones por las incidencias detectadas en la facturación. Cabe señalar que en el ejercicio 2015 ISFAS no detectó ninguna incidencia.

Según las actas correspondientes, cuya elaboración exige la Instrucción PF-9/2011, las Delegaciones revisaron 1.920 recetas correspondientes a octubre de 2015 (el 83,26% de las 2.306 dispensadas en dicho mes, por un importe facturado de 17.412 euros). Sin embargo, algunas Delegaciones no emitieron el correspondiente acta, por lo que no se ha podido determinar el número total de recetas revisadas, ni conocer cuántas recetas estaban sometidas a visado, ya que este dato no fue consignado en las actas por todas las farmacias militares.

En la fiscalización se ha analizado la documentación de la facturación del mencionado mes de octubre de 2015, habiéndose observado las siguientes incidencias:

1. El acta de revisión no fue elaborada por ninguna farmacia militar en las Delegaciones Regionales de Badajoz y A Coruña, ni en las Delegaciones Provinciales de Albacete y Burgos. En la Delegación Regional de Sevilla no consta aquella para la Farmacia 9910, mientras que en

la Delegación Regional de Cartagena el acta fue sustituida por un certificado del Delegado Regional.

- La aplicación informática SICRIS no recoge la fecha de dispensación, por las farmacias militares, del medicamento o producto sanitario, por lo que existe el riesgo de que el precio abonado por ISFAS no sea el que fija el Nomenclátor en la fecha de dispensación sino el de la fecha de facturación.

II.2.7.2. LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS DISPENSADAS POR LAS FARMACIAS MILITARES

El concierto suscrito por ISFAS con las farmacias militares establece los requisitos que deben contener las recetas para su pago, determinando, en caso de ausencia de alguno de los requisitos exigidos en su cumplimentación, la anulación total, parcial o del margen profesional del importe de dichas recetas, en función del incumplimiento detectado. Por ello, ISFAS tiene establecidos unos controles, tanto en la aplicación informática SICRIS como a través de la verificación física de dichas recetas, con objeto de detectar incidencias en su cumplimentación.

En la fiscalización se seleccionaron para su análisis 329 recetas médicas (el 24,53% del total) por importe de 7.355,74 euros (el 71,28%) en la Delegación Regional de Madrid, correspondientes a 12 farmacias militares, y 28 recetas, por importe de 134,27 euros⁴⁸, en la Delegación Regional de Granada. Las incidencias detectadas en relación con los requisitos exigidos en el Real Decreto 1718/2010 se recogen en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 12
ERRORES EN RECETAS DE FARMACIAS MILITARES
Octubre de 2015

		(Euros)			
		MADRID		GRANADA	
Datos	Descripción	Nº recetas	Importe	Nº recetas	Importe
Medicamento	No consta la dosificación del medicamento	1	60,88	1	1,98
	No consta la forma farmacéutica	1	7,27	0	0
	No consta el formato	14	180,36	1	1,69
	No consta el número de unidades de administración por toma	242	5.153,03	19	64,10
	No consta la frecuencia de las tomas	243	5.162,13	19	64,10
	No consta la duración total del tratamiento	264	5.460,03	25	70,36
Paciente	No consta el año de nacimiento	31	726,57	0	0
Prescriptor	No consta la especialidad	228	3.355,21	24	79,70
	No consta la población donde ejerce el prescriptor	305	7.004,44	25	87,01
	No consta la dirección donde ejerce el prescriptor	307	7.024,40	25	87,01
Farmacéutico	No consta la firma del farmacéutico	37	316,43	0	0
Otros Datos	No consta fecha de prescripción	1	13,56	0	0

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

⁴⁸ Ambas Delegaciones fueron seleccionadas debido a que Madrid fue la provincia que presenta un mayor volumen de facturación en farmacia militar, mientras que la de Granada fue una de las cuatro Delegaciones en las que se realizaron otras actuaciones respecto a esta fiscalización.

De los datos que figuran en el cuadro anterior, a través del análisis efectuado sobre la muestra de recetas se detectaron incumplimientos del Real Decreto 1718/2010, tales como no incluir el formato del medicamento -habiendo dispensado el farmacéutico el de mayor formato-; no figurar la firma de farmacéutico; o no reflejarse el año de nacimiento del mutualista. No obstante, los importes derivados de estos incumplimientos son irrelevantes.

Cabe señalar, por otra parte, que en la Delegación Regional de Madrid se han detectado 29 recetas, por importe de 368,47 euros, que fueron presentadas en un modelo de talonario no válido, lo que no es concordante con lo establecido en la Disposición transitoria segunda del mencionado Real Decreto 1718/2010, por lo que no debieron haber sido abonadas.

Asimismo, también se detectaron incidencias que no generan efectos económicos en virtud de lo previsto en el concierto vigente, pero sí suponen incumplimientos del citado Real Decreto 1718/2010, tales como la ausencia de datos de la dosificación del medicamento, de la forma farmacéutica, posología, duración del tratamiento, así como de la especialidad y domicilio de ejercicio del facultativo⁴⁹.

II.3. FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

II.3.1. Consideraciones generales

Las prestaciones farmacéuticas descentralizadas se agrupan en lo que ISFAS denomina “*Reintegro de gastos de farmacia*”, que recoge tanto los medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto como los medicamentos para tratamientos de la hipercolesterolemia familiar heterocigota, medicamentos y productos sanitarios para enfermos de fibrosis quística, prescripción en receta no oficial por razones de urgencia o falta de presentación de talonario de receta en el acto de la prescripción y medicamentos extranjeros.

Las obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2015 correspondientes a estas prestaciones farmacéuticas descentralizadas ascendieron a 20.475.841 euros⁵⁰, que representan el 12,74% del total de obligaciones reconocidas en el subconcepto presupuestario 484.00 “*Farmacia*” (160.668.087 euros).

De los distintos tipos de gasto que integran estas prestaciones descentralizadas, las que suponen un mayor porcentaje corresponden a los medicamentos de dispensación hospitalaria (96,74%), seguidas de los medicamentos extranjeros (2,66%).

II.3.2. Medicamentos de dispensación hospitalaria

Los medicamentos de dispensación hospitalaria se suministran a través de los servicios de farmacia de los centros hospitalarios adscritos a las entidades de seguro con las que ISFAS tiene formalizado el correspondiente concierto o bien por los centros hospitalarios adscritos al régimen de colaboración con la Sanidad Militar, establecido en el concierto suscrito el 3 de octubre de 2011 entre ISFAS y los servicios farmacéuticos de las Fuerzas Armadas. El procedimiento para su tramitación y pago en 2015 se encuentra regulado en el citado concierto, estableciendo que estos

⁴⁹ Véase la nota de pie de página nº 12.

⁵⁰ Se incluyen los medicamentos de dispensación hospitalaria, los extranjeros, los expedidos en recetas no oficiales y otros.

medicamentos se entregarán a los mutualistas por las citadas farmacias, previo pago por estos de la aportación reducida.

El procedimiento se inicia cuando el médico prescribe a un mutualista un medicamento que tiene establecida esta calificación y le entrega el correspondiente informe para que lo remita a ISFAS. Tras la valoración del informe por el Instituto, el mutualista acude al centro hospitalario para que le dispensen la medicación y enviando aquel al Instituto la factura correspondiente.

ISFAS debe abonar los medicamentos de dispensación hospitalaria al “*precio de venta del laboratorio*” más el impuesto correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el concierto suscrito y, en el supuesto de facturación por parte del hospital por importe superior al correcto, el exceso se debe reclamar por ISFAS a la entidad de seguro, en aplicación del citado concierto.

II.3.2.1. GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

La Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS acordó la Estrategia terapéutica de priorización para el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis C (incluye alguno de los siguientes medicamentos: *DAKLINZA*, *EXVIERA*, *HARVONI*, *OLYSIO*, *SOVALDI* y *VIEKIRAXEN*) en el ámbito del SNS, que, por tratarse de medicamentos de dispensación hospitalaria, se efectúa a través de los servicios de farmacia de los centros hospitalarios. Por su parte, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos estableció las condiciones de su financiación, fijando un techo máximo de gasto y de número de envases para todo el SNS, según el cual el laboratorio titular se comprometía a hacerse cargo de los costes totales derivados del suministro de los medicamentos una vez superado el mencionado techo máximo.

El concierto de asistencia sanitaria vigente en 2015, suscrito entre ISFAS y las entidades de seguro establece que: “*Los medicamentos a cargo del ISFAS que estén sometidos a fijación de «techo máximo de gasto» por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se facturarán en el plazo de un mes desde la fecha de su dispensación*”. A continuación se detallan los importes pendientes de regularización correspondientes a los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C en el ejercicio 2015:

1. A 31 de diciembre de 2015 estaban pendientes de descontar a las entidades de seguro 230.901 euros (el 46,50% del importe total abonado por dicho medicamento en el ejercicio 2015), correspondientes a 25 envases, del medicamento OLYSIO, dispensados entre el 27 de marzo y el 31 de octubre de 2015, período en el que el MSSSI fijó el techo máximo de gasto. Por tanto, ISFAS no debió financiar este producto en el citado período.
2. El Instituto había asumido durante 2015 el pago de dos envases de DAKLINZA, por importe de 11.992 euros (el 49,02% del importe total abonado por dicho medicamento en el ejercicio 2015), que tenían una fecha de dispensación dentro del intervalo temporal (entre el 9 de abril y el 31 de noviembre de 2015) en el que el medicamento no debía ser financiado por ISFAS, al haberse superado el techo máximo de gasto.
3. En cinco tratamientos del medicamento HARVONI, por un importe total de 147.408 euros, se rebasó el límite máximo de número de envases, habiendo recuperado ISFAS parte de este importe mediante el reintegro efectuado directamente por el propio laboratorio al Instituto el 15 de diciembre de 2015 por un importe de 136.403 euros, por lo que al cierre de 2015 el saldo pendiente de regularizar ascendía a 10.158 euros (el 0,46% del importe total abonado por dicho medicamento en el ejercicio 2015).

Cabe señalar que este procedimiento de recuperación del exceso facturado por los centros hospitalarios no es el establecido en la cláusula 6.6.2 del concierto de asistencia sanitaria con las entidades de seguro, ya que este solo prevé los descuentos en primas a estas entidades y no el ingreso directo del laboratorio⁵¹.

Por otra parte, se han constatado retrasos en las regularizaciones de los excesos de facturación de estos medicamentos, una vez comunicados los techos máximos de gasto por el MSSSI⁵².

Por otra parte, para cada uno de los citados medicamentos antivirales de acción directa frente a la hepatitis C, el MSSSI emitió informes en los que señala, expresamente, que se aplicará la deducción que prevé el Real Decreto-ley 8/2010, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, cuyo artículo 9 establece, que *“En las compras de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente formalizadas con cargo a fondos públicos del Sistema Nacional de Salud a través de los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria, se aplicará una deducción del 7,5 % sobre el precio de compra”*.

De acuerdo con el precitado artículo, los laboratorios que suministran los medicamentos deben realizar un descuento del 7,5% sobre el precio de aquellos a los centros hospitalarios, descuento que estos deberían aplicar en las facturas emitidas a ISFAS ya que se trata de medicamentos financiados con *“cargo a fondos públicos del Sistema Nacional de Salud”*. En caso contrario, los centros hospitalarios estarían obteniendo un beneficio en exceso del 7,5%.

En los expedientes de los medicamentos para el tratamiento de hepatitis C abonados por ISFAS consta el precio pagado por el citado Instituto, sin que los centros hospitalarios hayan efectuado, con carácter general, el descuento previsto en el Real Decreto-ley 8/2010. Cabe señalar que aunque no existe constancia de si los laboratorios efectuaron la deducción del 7,5% a los centros hospitalarios, se ha observado que de una facturación total de 4.644.528 euros correspondientes a estos medicamentos en el ejercicio 2015, los centros hospitalarios aplicaron a ISFAS la deducción del 7,5% tan solo para una facturación de 511.277 euros (un 11% del total), de la que su práctica totalidad (el 97,95%) corresponde a centros hospitalarios públicos, y el restante 2,05% a hospitales privados, por lo que estos últimos también han aplicado la mencionada deducción del 7,5%.

En consecuencia, para una facturación de 4.133.251 euros (el 89% del total abonado por estos medicamentos a centros hospitalarios), no hay constancia de que los laboratorios hayan deducido

⁵¹ En el trámite de alegaciones ISFAS justificó que los importes pendientes de reintegro por los medicamentos OLYSIO, DAKLINZA y HARVONI han sido ingresados en su totalidad, excepto un importe de 9.220 euros, que ha sido reclamado por la entidad.

⁵² No puede compartirse la alegación de ISFAS respecto a que los retrasos en la regularización del medicamento OLYSIO fueron debidos a la demora con la que se notificó la fecha en la que se había alcanzado el techo de gasto en el Acuerdo de financiación del medicamento, y porque hasta el 17 de febrero de 2016 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no concretó los mecanismos para la regularización, ya que desde la fecha de la emisión del citado Informe hasta las de la regularización de las cantidades abonadas en exceso habían transcurrido más de 8 meses.

el 7,5% a los centros hospitalarios, en cuyo caso el ISFAS se hubiera podido beneficiar de la mencionada deducción⁵³.

II.3.2.2. APLICACIÓN INFORMÁTICA QUE GESTIONA LAS PRESTACIONES DESCENTRALIZADAS

En la aplicación informática que gestiona las prestaciones descentralizadas se han observado, como más relevantes, las siguientes incidencias:

1. ISFAS abonó a los centros hospitalarios por medicamentos facturados al “*precio de venta al público*” que, al llevar incorporado el margen comercial y el margen de distribución, tienen un coste superior al “*precio de venta del laboratorio*”, sin que el Instituto haya reclamado a la entidad de seguro el importe de 88.447 euros abonado por la diferencia entre ambos precios, contrariamente a lo establecido en el concierto de asistencia sanitaria para 2015. Dicho importe no fue detectado por los Servicios Centrales debido a la falta de remisión de información por las Delegaciones a aquellos, así como a la existencia de debilidades en la aplicación informática que gestiona dicha prestación, en la que no se recogen los excesos de facturación⁵⁴.
2. La inclusión de los datos del medicamento en la aplicación de gestión tuvo lugar a partir del 26 de diciembre de 2014, por lo que existen expedientes iniciados con anterioridad a la citada fecha y abonados en 2015, en los que no figuran algunos de los datos del medicamento, tales como el precio según Nomenclátor, la fecha de dispensación, el número de envases, etc. Por tanto, la comprobación en estos expedientes de los datos indispensables para calcular los posibles excesos facturados por el centro hospitalario, solo se puede realizar a través del análisis del expediente en soporte papel.

Esta situación supone una deficiencia de control interno, puesto que la responsabilidad de cuantificación de estos excesos recae en las Delegaciones, limitándose los Servicios Centrales a comprobar que las certificaciones enviadas por aquellas fueran correctas, sin verificar la

⁵³ No puede asumirse el contenido de la alegación de ISFAS, en la que señala que es muy difícil o inviable que en el momento de formalizarse la compra pueda existir constancia de la parte de los medicamentos y/o envases que iría destinada a pacientes con atención privada y a pacientes de ISFAS, ya que los centros hospitalarios y los laboratorios conocen qué tratamientos de hepatitis C corresponden a pacientes protegidos por ISFAS y, por tanto, que ese gasto va a ser sufragado con fondos públicos. Por tanto, el criterio de pagar lo facturado con independencia de que se haya aplicado el descuento implica una actuación distinta en función de si la medicación es dispensada por un hospital público o privado.

Así, no se puede entender la aplicación del artículo 9 del Real Decreto Ley 8/2010 desde el punto de vista del momento de la compra de los medicamentos al laboratorio, puesto que el gasto de estos medicamentos en el SNS no puede depender de las negociaciones entre los centros privados y los laboratorios, sino de quién finalmente soporta dicho coste. Además, una misma medicación dispensada en un centro hospitalario privado no puede suponer mayor coste para el SNS que la dispensada en un hospital público.

Además, en las propias alegaciones se señala, expresamente, que ISFAS había “*planteado el asunto a la Comisión Mixta Nacional, alcanzándose acuerdo entre las partes para que se proceda al descuento de la diferencia (...) de manera que la deducción que se hubiera aplicado se repercute en el ISFAS*”.

⁵⁴ En el trámite de alegaciones ISFAS justifica que ha sido reclamado un importe de 67.245 euros, que existe un importe de 8.678 euros que se debe a errores en la base de datos -aunque no se aporte justificación de ellos-, y que quedan pendientes de regularizar 12.524 euros que corresponden a medicamentos facturados por hospitales de la Sanidad Militar.

existencia de pagos a los centros hospitalarios que hubieran generado excesos de facturación y que no figuran en las certificaciones emitidas por las Delegaciones⁵⁵.

3. Del análisis de una muestra de 209 facturas pagadas en 2015 a los centros hospitalarios, en la fiscalización se ha comprobado que en 126 (el 60,29%) no figura consignado el Código Nacional del Medicamento, mientras que en 36 casos (17,22%) no está identificado ni el Código Nacional del Medicamento ni la denominación del mismo. En este sentido, la propia Instrucción GP-13/2010, de 24 de marzo, sobre Gestión y Pago de las Prestaciones de ISFAS, establece que *“para algunas prestaciones son necesarios ciertos detalles del servicio realizado, a los fines del cálculo del importe abonar”*, que son aplicables a los medicamentos de dispensación hospitalaria puesto que la incorrecta facturación por los centros puede suponer un perjuicio para el sistema público⁵⁶.
4. La no identificación del medicamento en las facturas presentadas por los centros hospitalarios supuso que ISFAS, al efectuar el pago, seleccionase en la aplicación informática una medicación distinta a la dispensada por la farmacia hospitalaria, lo que ha originado unas diferencias negativas no reales, por importe de 231.450 euros.

Estas diferencias negativas se debieron, en parte, a que la aplicación informática, al dar de alta el expediente, exige incluir el principio activo del medicamento, y cuando se recibe la factura la aplicación permite grabar cualquier medicamento que contenga el mismo principio activo, aunque no sea el que se dio de alta, por lo que existe el riesgo de que el precio que pague ISFAS sea incorrecto.

Por otra parte, algunos centros hospitalarios tuvieron en cuenta, para señalar el precio del medicamento, el importe del mismo en la fecha de la factura y no en la de dispensación, lo que genera diferencias negativas al aplicar un importe financiable superior al correcto.

5. Durante el ejercicio 2015 se efectuaron cinco devoluciones de prestaciones por importe de 7.090 euros, respecto de las que ISFAS, en lugar de registrar estas en la aplicación informática, de modo que figurara tanto el abono como la devolución por sus correspondientes importes, modificó el importe facturado dejándolo a cero, por lo que la información que se desprende de esta aplicación no es correcta, dado que no coincide con los importes realmente satisfechos por el Instituto.
6. Para los medicamentos expedidos en recetas cuyo modelo no prevé la normativa, medicamentos extranjeros y tratamientos de calcitonina o fibrosis quística, el pago no se encuentra asociado al medicamento concreto, por lo que existe el riesgo de que los precios abonados no coincidan con los del Nomenclátor. Asimismo, la aplicación informática no recoge para este tipo de recetas el informe médico preceptivo, ni los datos relativos al medicamento.

⁵⁵ A partir del 1 de enero de 2016, es decir, desde la liquidación del pago a entidades de seguro de las primas correspondientes al mes de febrero de 2016, es la propia aplicación informática la que detecta y calcula la existencia de diferencias entre ambos importes, sin necesidad de que las Delegaciones envíen la información a Servicios Centrales, si bien a estos datos únicamente tienen acceso los Servicios Centrales. Además, la aplicación únicamente calcula los excesos de facturación de hospitales privados, pero no los correspondientes a hospitales públicos.

⁵⁶ En el trámite de alegaciones ISFAS ha aportado copia de las 36 facturas en las que aparece la denominación del medicamento pero no el Código Nacional del Medicamento, siendo este último requisito necesario para que el Instituto pueda verificar si el precio facturado fue el correcto.

7. No existe conexión entre la aplicación de gestión de prestaciones descentralizadas y la aplicación en la que se calcula la liquidación de las primas correspondientes a las entidades de seguro, por lo que ISFAS debe incluir las diferencias que se hayan detectado entre el “precio de venta al público” y el “precio de venta del laboratorio” de forma manual, lo que conlleva un riesgo en su gestión.
8. Se han detectado ocho pagos cuya fecha de dispensación del medicamento es anterior a la de alta del mutualista en ISFAS, mientras que, al menos en otro caso, la fecha de dispensación es posterior a la de baja del mutualista en ISFAS⁵⁷.
9. Se han observado diferencias en el registro de los datos del expediente por parte de ISFAS (en el número de envases, en la anotación del tipo de medicamento y omisiones de medicamentos), lo que ha generado incongruencias entre el importe facturado por el centro hospitalario y el que consta en la aplicación informática, motivadas por errores de grabación. A modo de ejemplo se muestra el siguiente cuadro:

Cuadro n.º 13
ERRORES DETECTADOS EN LA APLICACIÓN
Ejercicio 2015

(Euros)

CÓDIGO DE EXPEDIENTE	Nº PAGO	IMPORTE FACTURA	IMPORTE SEGÚN LA APLICACIÓN	DIFERENCIA	OBSERVACIONES
64PDA1F1600201	2	9.127,00	291,24	8.835,76	No se anotó uno de los medicamentos facturados: Sovaldi
55PDA1F1500073	6	9.127,00	291,24	8.835,76	No se anotó uno de los medicamentos facturados: Sovaldi
21PDA1F1500042	3	5.706,02	2.853,01	2.853,01	Error número de envases
55PDA1F1500101	1	3.119,43	879,76	2.239,67	Error número de envases
64PDA1F1500201	1	3.004,00	1.001,44	2.002,56	Error número de envases
47PDA1F150065	4	1.519,20	379,80	1.139,40	Error número de envases
64PDA1F1500208	1	18.056,73	8.835,76	9.220,97	Error anotación medicamento

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

10. Respecto a los expedientes de dispensación de calcitonina, hipercolesterolemia y fibrosis quística, también gestionados a través de la aplicación de prestaciones descentralizadas, se han detectado las siguientes incidencias:
- a) ISFAS imputó algunos gastos a estos expedientes que, sin embargo, corresponden a medicamentos de dispensación hospitalaria, debido a que la aplicación informática tiene restricciones sobre los mencionados medicamentos de dispensación hospitalaria y no sobre los de calcitonina, hipercolesterolemia y fibrosis quística. Así:
- El sistema no permite gestionar expedientes de dispensación hospitalaria una vez expirada la fecha del dictamen médico. Para evitar esta restricción, se dieron de alta expedientes de dispensación hospitalaria con la clave de expedientes de calcitonina, hipercolesterolemia y fibrosis quística, clave que no contiene ninguna restricción en la tramitación del expediente.

⁵⁷ En el trámite de alegaciones ISFAS aporta justificación de beneficiarios que, al causar baja el titular, pasaron a la situación de titulares por derecho derivado, con un nuevo número de afiliación, aunque estos no estaban debidamente actualizados en la base de datos entregada por ISFAS durante la fiscalización.

- Dos casos se tramitaron con la clave de expedientes de calcitonina, hipercolesterolemia, y fibrosis quística siendo medicamentos de dispensación hospitalaria, debido a que la aplicación informática no permite la autorización de este tratamiento al no constar en el Nomenclátor.
- b) Se registraron expedientes de estos medicamentos que corresponden a prestaciones por dispensación de un medicamento en situaciones especiales no disponibles en el mercado nacional, por lo que deberían haberse tramitado con otra clave distinta a la utilizada.

II.3.3. Gestión y pago de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas

De acuerdo con lo dispuesto en la Orden 243/1999, de 21 de octubre, del Ministerio de Defensa, por la que se dictan normas sobre gastos, pagos, intervención y contabilidad de ISFAS, el pago de estas prestaciones descentralizadas (prestaciones farmacéuticas, sociales y económicas) se materializará por las Delegaciones a través de una “*cuenta única de prestaciones*”, librando los Delegados contra esta cuenta órdenes de transferencias para el pago de las mismas.

La aprobación, el compromiso del gasto, el reconocimiento y el pago de las obligaciones derivadas de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas se realizan por las Delegaciones de ISFAS, si bien, de acuerdo con el procedimiento establecido, la ordenación del pago se realiza por los Servicios Centrales, expidiendo el Instituto, a principio de cada trimestre, un libramiento para el pago de todas las prestaciones mediante una transferencia desde la cuenta central a la “*cuenta única de prestaciones*” por el importe estimado de éstas en función de las prestaciones pagadas en el trimestre anterior. Si la estimación fuese insuficiente se expedirán libramientos complementarios, en cuyo caso las Delegaciones elaborarán una cuenta con todos los pagos efectuados en el trimestre, que remiten a los Servicios Centrales para que estos procedan a realizar nuevos libramientos a la “*cuenta única de prestaciones*”, por el importe total pagado, imputando posteriormente el Instituto el importe de los pagos efectuados.

En consecuencia, el procedimiento de pago de las obligaciones de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas que mantiene ISFAS durante el ejercicio 2015 no es concordante con las prescripciones de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria (LGP), ya que los únicos procedimientos que prevé esta son el ordinario (pagos en firme) y dos procedimientos especiales: pagos a justificar y anticipos de caja fija⁵⁸.

Por otra parte, en ISFAS únicamente se fiscalizan, con carácter previo, los libramientos de fondos realizados a principios de cada trimestre pero no los expedientes de gastos de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas durante el trimestre, efectuándose posteriormente un control por muestreo de los expedientes de prestaciones descentralizadas.

Durante el trimestre, las Delegaciones proceden al pago de estas prestaciones descentralizadas contra la “*cuenta única de prestaciones*”, pero estos pagos no tienen ningún reflejo contable ni imputación presupuestaria hasta la rendición de la cuenta justificativa que se realiza a la finalización del trimestre.

⁵⁸El procedimiento de pago de las prestaciones descentralizadas que utiliza ISFAS no puede tener la consideración de pagos a justificar dado que se puede aportar la documentación justificativa del gasto en el momento previo a la propuesta de pago y que justifica el servicio prestado a la Administración. Tampoco puede tener la consideración de anticipo de caja fija dado que estas prestaciones se imputan al capítulo IV del presupuesto, mientras que los anticipos de caja fija se aplican al capítulo II y con ciertas limitaciones en cuanto a su importe.

Por tanto, el procedimiento de pago de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas implica el reconocimiento de la obligación y la ordenación del pago en el sistema contable con posterioridad al pago material de las prestaciones y ausencia de fiscalización previa del gasto, actuación contraria a lo dispuesto en la LGP.

II.4. SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, EJERCICIO 2002-2003”

II.4.1. Consideraciones generales

La evolución del número de mutualistas de ISFAS entre el ámbito temporal del “Informe de Fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2002-2003”, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 30 de junio de 2005, y el actual Informe se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro n.º 14
EVOLUCIÓN DE LOS MUTUALISTAS DE ISFAS
Ejercicios 2002 y 2015

MUTUALISTAS	31.12.2002	31.12.2015	VARIACIÓN %
Titulares	387.511	361.145	(6,80)
Beneficiarios	399.291	253.428	(36,53)
TOTAL	786.802	614.573	(21,89)

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.

Respecto a la variación del gasto farmacéutico, en el ejercicio 2002 ascendió a 127.261.262 euros, mientras que en el 2015 fue de 160.680.599 euros, es decir, un incremento del 26,26%, a pesar de la disminución de los mutualistas en un 21,89% en el citado periodo, debiéndose dicho incremento de gasto, en parte, por la incorporación de nuevos medicamentos financiados por el Instituto.

En este contexto, es necesario señalar que algunas de las recomendaciones formuladas en el citado Informe aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas carecen actualmente de vigencia.

II.4.2. Resoluciones de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas

La Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en sesión de 29 de septiembre de 2009, en relación con el “Informe de Fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2002-2003”, acordó instar al Gobierno a que:

1. “El ISFAS, si todavía no se hubiere hecho ya, implante un sistema informático que permita interrelacionar las bases de datos de afiliados y beneficiarios con las restantes aplicaciones informáticas relacionadas con la gestión de expedientes y el control de recetas y pago de otras prestaciones”.

Respecto a esta recomendación conviene señalar que la aplicación “ORACLE”, que lleva la gestión de, entre otras, las prestaciones farmacéuticas financiadas por ISFAS, comenzó a utilizarse para la gestión de los talonarios de recetas a partir del ejercicio 2005, y fue incorporando gradualmente diversas funciones relacionadas con la gestión y control de las citadas prestaciones.

Así, esta aplicación informática ofrece actualmente información de dicha prestación asociada a cada número de afiliación de ISFAS, como el consumo de recetas efectuado

para un determinado período por un titular y sus beneficiarios, los talonarios de recetas entregados, los expedientes de medicamentos de dispensación hospitalaria, los visados de recetas autorizados, etc.

Por tanto, ISFAS cuenta con una aplicación informática que interrelaciona las bases de datos de afiliados y beneficiarios con la información derivada de la gestión de las prestaciones farmacéuticas, si bien no ofrece información desglosada de los consumos efectuados por un titular y por sus beneficiarios de forma diferenciada, sino el conjunto de ambos.

A pesar de la falta de desglose de la información entre el titular y sus beneficiarios, este Tribunal considera que sí se ha cumplido el acuerdo de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas a este respecto.

II.4.3. Recomendaciones del Tribunal de Cuentas

El mencionado *Informe de Fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2002-2003*, recomendaba a ISFAS, en materia de prestaciones farmacéuticas, además de lo ya expuesto en el epígrafe anterior, lo siguiente:

1. *El Tribunal considera conveniente que, dadas las deficiencias que presenta el procedimiento de control de recetas, señaladas en el apartado 3.3.2 de esta Sección, el ISFAS modifique sustancialmente este procedimiento de control, de acuerdo con los siguientes criterios:*"

"El ISFAS debe analizar las causas por las que determinadas oficinas de farmacia despacharon un elevado número de recetas con incidencias".

Respecto a esta recomendación, ISFAS realiza periódicamente estudios de consumos anómalos y excesivos cuyos resultados transmite a sus Delegaciones para que adopten las medidas oportunas. Asimismo, en el control de recetas médicas ISFAS incluyó en el ejercicio 2015, en la muestra a revisar por las Delegaciones, recetas de nueve farmacias que presentaron un número de incidencias superior a la media.

Aunque en la fiscalización se ha comprobado la existencia de consumos en exceso no detectados por ISFAS, y aun cuando la muestra de farmacias concretas cuyas recetas se incluyen en la revisión a efectuar por las Delegaciones es muy reducida, se considera que el Instituto ha cumplido con la recomendación del Tribunal de Cuentas a este respecto.

"El Instituto debe solicitar a los Colegios Oficiales de Farmacia la grabación de un dígito de identificación de la persona a favor de la cual se expide la receta, lo que permitiría una mejora en el control del consumo de medicamentos por titular y beneficiario, así como la detección de supuestos de utilización indebida de recetas (vgr.: su uso en beneficio de hijos mayores de 21 años, etc.⁵⁹".

El modelo vigente de receta médica de ISFAS no incluye ningún campo que permita distinguir si el mutualista al que se ha dispensado el medicamento es el titular o el beneficiario, figurando únicamente el número de afiliación, que es común para el titular

⁵⁹ La normativa actual que regula la condición de beneficiario no contempla como requisito el no superar un límite de edad determinado, sino que obedece a criterios de convivencia, ingresos y no pertenencia a otro Régimen de Seguridad Social.

como para sus beneficiarios, y el nombre y apellidos de uno de los dos. En consecuencia, subsiste la debilidad puesta de manifiesto en el anterior Informe del Tribunal de Cuentas, ya que no es posible realizar un análisis individualizado del gasto farmacéutico de cada mutualista.

“La información remitida mensualmente al Instituto en soporte informático por los Colegios Oficiales Provinciales de Farmacéuticos debe ser comparada con el fichero del colectivo en alta en el ISFAS al cierre de cada mes, con la finalidad de detectar la utilización de recetas por personas no pertenecientes a esa fecha al colectivo, o en las que se produzcan situaciones de doble afiliación con otros regímenes de Seguridad Social”.

La información remitida a ISFAS por los CGCOF en soporte informático, relativa a la facturación mensual de las farmacias civiles, no incluye datos que identifiquen a las personas que han consumido los productos farmacéuticos dispensados. Únicamente si se consultara cada una de las recetas en soporte físico o digital podrían verificarse los datos de la persona a la que se le ha recetado el medicamento de forma individual, pero dicho dato no figura como uno de los campos del fichero informático enviado por el CGCOF con carácter mensual⁶⁰.

La falta de consignación de este dato, derivada de la no implantación de la receta electrónica, sigue conllevando, entre otros riesgos, la eventualidad de que la persona a la que se le prescribe el medicamento, y cuyo nombre debe figurar en la receta médica, no sea titular o beneficiario de ISFAS.

En consecuencia, no es posible comprobar, mediante procedimientos informáticos – herramienta necesaria teniendo en cuenta que en 2015 se han expedido 12.877.450 recetas–, que la facturación emitida por el CGCOF corresponde a consumos de medicamentos de mutualistas de ISFAS, por lo que no se ha cumplido la recomendación del Tribunal de Cuentas a este respecto⁶¹.

2. *“El Instituto debe adaptar el contenido del concierto suscrito con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos al sistema de liquidación que realmente se está aplicando de forma habitual entre ambas partes: pago anticipado del 80% del importe a que asciende la última factura en firme”.*

El concierto suscrito el 7 de julio de 2011 entre ISFAS y el CGCOF regula el procedimiento de pago, señalando que se realizará el abono del importe de la factura-resumen mensual general correspondiente a la facturación del mes anterior, descontados los importes que

⁶⁰ En relación con la alegación sobre el cumplimiento de la recomendación del Informe de Fiscalización correspondiente a los ejercicios 2002 y 2003, en la que se exponía que ISFAS debería comparar mensualmente la información remitida por los COF con el fichero de su colectivo, sobre la que el Instituto se limita a indicar que realiza un control mensual en el que se verifica la situación de alta de los titulares que tienen asignadas las recetas facturadas, cabe señalar que esta cuestión no guarda relación con la citada recomendación, ya que esta se refería no sólo a la verificación de los titulares que tengan asignado cada talonario sino a las personas que realmente han realizado el consumo de medicamento, y que es imposible de verificar de forma automática.

⁶¹ En relación con la alegación de ISFAS, en la que señala que la anotación y captura manual del número identificativo del beneficiario no parece ser la solución idónea para la individualización del consumo, por el coste adicional que tendría y la elevada probabilidad de errores, cabe señalar, por una parte, que actualmente sigue sin ser posible individualizar el gasto farmacéutico efectuado por los mutualistas de ISFAS, y, por otra, que la receta electrónica -que paliaría esta cuestión- todavía no ha sido implantada, por lo que la recomendación del Informe del Tribunal de Cuentas no ha sido cumplida.

resulten de las deducciones derivadas de los cruces sistemáticos y de las revisiones efectuadas por las Delegaciones, situación que se mantiene en el concierto suscrito el 9 de julio de 2015. Es decir, en la actualidad el pago por parte de ISFAS al CGCOF se realiza por el importe de la facturación real correspondiente al mes anterior al de pago y no como anticipo del 80% del importe previsto en el concierto suscrito entre ISFAS y el CGCOF de fecha 21 de septiembre de 1978 (en vigor en el ejercicio 2002), por lo que el procedimiento actual es más adecuado que el existente entonces y se adapta a la LGP.

En consecuencia, la recomendación efectuada por el Tribunal de Cuentas en el Informe correspondiente a los ejercicios 2002 y 2003 carece de vigencia en la actualidad.

3. *“El ISFAS debe analizar la conveniencia de abandonar el sistema actual de registro de talonarios de recetas (basado en la perforación del número de afiliación en cada uno de ellos) por otro sistema de lectura óptica, lo que evitara las deficiencias que presenta el sistema de perforación de los talonarios”.*

La Instrucción PF-8/2007, de 17 de diciembre, de Modificación de la Instrucción PF-7/2001, sobre Régimen de la prestación farmacéutica en territorio nacional, señalaba que a partir del 1 de enero de 2008 no sería necesaria la perforación del número de afiliación en los talonarios de recetas, por lo que ISFAS abandonó este sistema de perforación.

Así, en la actualidad, el registro de los talonarios se realiza situando un lector óptico sobre el código de barras de la primera receta del talonario, o bien rellenando los campos necesarios en la aplicación “ORACLE”, pero no mediante la perforación del número de afiliación.

Por tanto, ISFAS ha cumplido la recomendación formulada por el Tribunal de Cuentas a este respecto.

II.5. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, aplicable a ISFAS en virtud de su artículo 2, establece unas obligaciones de publicidad activa relativa a la información pública y el derecho de acceso a dicha información. Sin embargo, ISFAS no publica en su página web de forma periódica y actualizada toda la información relevante sobre las prestaciones farmacéuticas que garantizaría la total transparencia de su actividad en esta materia; en concreto:

1. No existía información sobre el concierto suscrito entre ISFAS y el CGCOF, ni tampoco la relativa al concierto suscrito con los servicios farmacéuticos de las Fuerzas Armadas. En el trámite de alegaciones el Instituto señala que ha incluido esta información.
2. No existe información sobre el contrato formalizado para la fabricación y suministro de los talonarios de recetas.
3. ISFAS no publica de forma periódica información actualizada relevante que permita valorar el grado de cumplimiento y calidad de los controles que efectúa sobre consumos anómalos o excesivos de medicamentos, utilización indebida o fraudulenta de recetas, o acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas. Tampoco publica información sobre los resultados de la revisión y validación efectuada sobre las recetas médicas y el número de recetas devueltas a los COF.

4. En la página web de ISFAS y en su sede electrónica no existe un acceso electrónico directo para solicitar la información pública sobre prestaciones farmacéuticas y tan solo existe una cuenta de correo electrónico que corresponde al Registro General del ISFAS.

II.6. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES

Entre los objetivos de esta fiscalización establecidos en sus Directrices Técnicas se recoge el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de igualdad efectiva de mujeres y hombres, si bien con la salvedad de que, a la vista del ámbito objetivo de aquella (las prestaciones farmacéuticas abonadas por ISFAS), no era previsible que se plantearan cuestiones relacionadas con el cumplimiento de dicha Ley Orgánica 3/2007.

Tal y como se preveía en las mencionadas Directrices Técnicas y habida cuenta de la naturaleza de los procesos analizados, en el desarrollo de los trabajos no se han observado actuaciones contempladas en la precitada Ley Orgánica 3/2007.

III. CONCLUSIONES

III.1. CONCLUSIONES SOBRE LA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

1. El Tribunal de Cuentas no ha podido fiscalizar las recetas de las farmacias militares correspondientes a los meses de enero a junio de 2015, con carácter general, y de enero a abril en la Delegación de Madrid, cuyo importe conjunto asciende a 72.923 euros, debido a que el Instituto Social de las Fuerzas Armadas destruyó las mismas en cumplimiento de su normativa interna. No obstante, es necesario señalar que el Instituto paralizó dicha destrucción de manera inmediata tras el requerimiento de este Tribunal (subapartado I.4).
2. El Instituto Social de las Fuerzas Armadas no exigió a los centros hospitalarios que tienen la naturaleza de sociedad anónima, sociedad limitada o agrupación de interés económico, la emisión en formato electrónico de las facturas de importe superior a 5.000 euros, aplicando el criterio de la Intervención General de la Administración del Estado, en su informe de 5 de mayo de 2016, actuación no concordante, según este Tribunal, con las previsiones de la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la facturación electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público, tal y como se expone en el texto del presente Informe de Fiscalización. El importe total de estas facturas ascendió en el ejercicio 2015 a 4.900.657 euros, respecto a los medicamentos de dispensación hospitalaria y a 367.353 euros en relación a los medicamentos extranjeros (epígrafe II.1.2).
3. En las actuaciones realizadas, durante el ejercicio 2015, por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas para que la información sobre su colectivo protegido estuviera permanentemente actualizada se han observado, entre otras, las siguientes incidencias (epígrafe II.1.3):
 - a) Respecto a los beneficiarios y titulares por derecho derivado, el Instituto tan solo comprueba que, en la fecha de alta, aquellos no sean beneficiarios de otro Régimen del Sistema de la Seguridad Social, pero no realiza ninguna otra actuación dirigida a comprobar el requisito de convivencia con el titular y su nivel de ingresos.

- b) En el cruce informático de los datos del colectivo protegido por el Instituto con los facilitados por la Tesorería General de la Seguridad Social no se obtiene información sobre posibles duplicidades de este colectivo, tales como figurar en alta con el otro progenitor, estar en situación de desempleo o ser pensionistas de viudedad u orfandad.
 - c) El Instituto Social de las Fuerzas Armadas no efectuó cruces periódicos entre sus bases de datos y las del Instituto Nacional de la Seguridad Social, para detectar personas de su colectivo indebidamente afiliadas.
4. El 99,99% de las recetas facturadas por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el ejercicio 2015 al Instituto Social de las Fuerzas Armadas fueron emitidas en soporte papel. Aunque este proceder no supone un incumplimiento de la normativa, dicho soporte dificulta un adecuado control de las mismas.

Asimismo, la ausencia de informatización de las recetas no permite realizar, automática y masivamente, un adecuado control del consumo de estas, ni distinguir y separar los consumos de un titular respecto de sus beneficiarios (epígrafe II.1.4).

III.2. CONCLUSIONES SOBRE LA FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS A LAS OFICINAS DE FARMACIA A TRAVÉS DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

5. Los dos conciertos vigentes en el ejercicio 2015, suscritos entre el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos el 7 de julio de 2011 y el 9 de julio de 2015, no se acomodan en su totalidad a lo establecido a los preceptos del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, ya que en aquellos se efectúa una graduación de la validez y admisibilidad de los requisitos exigidos en las recetas que se haya incumplido, estableciendo la nulidad total, nulidad parcial, anulación del margen profesional o calificándola como incumplimientos subsanables, lo que no resulta concordante con el contenido del citado Real Decreto 1718/2010, en el que no se incluye ninguna graduación al respecto (epígrafe II.2.1).
6. En el proceso de recepción de la información de la facturación entregada por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, así como en su validación y pago, se han observado deficiencias tales como la ausencia de una contraseña que garantice la confidencialidad de la información; la no exigencia de un certificado de veracidad en el que se establezca que las imágenes de las recetas se corresponden con su original en soporte en papel; la no comprobación ni de la calidad de la grabación ni de su contenido; y la falta de escaneo del reverso de las recetas (subepígrafe II.2.2.1).
7. En la revisión de las recetas mediante cruces informáticos sistemáticos de toda la facturación por parte del Instituto Social de las Fuerzas Armadas tan solo el 5% de las incidencias detectadas y comunicadas a las Delegaciones dieron lugar a la anulación total o parcial de las recetas.

Por otra parte, en la selección de la muestra de recetas a revisar por las Delegaciones se han observado diversas incidencias, tales como no incluir de forma sistemática en dicha muestra la totalidad de las recetas en las que no consta un número válido de mutualista o de colegiado, ni las de fórmulas magistrales y vacunas antialérgicas y bacterianas, aun cuando en estas el Código Nacional del Medicamento y el importe eran introducidos a mano (subepígrafe II.2.2.2).

8. En la gestión y control de los talonarios de recetas médicas por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas en el ejercicio 2015 se han observado, entre otras, las siguientes incidencias (epígrafe II.2.3):
- Las instrucciones internas relativas a dicho control no fueron suficientemente precisas, al no establecer criterios sobre el nivel de reposición de talonarios o los requisitos y las condiciones de entrega de los mismos a los mutualistas.
 - El Instituto Social de las Fuerzas Armadas no verifica que la persona a la que se ha dispensado el medicamento coincide con el mutualista que tiene asignado el talonario, lo que supone, además de deficiente control interno, el riesgo de financiación de medicamentos a personas que no pertenecen al colectivo protegido por el Instituto.
 - No existen criterios precisos para la entrega de dos o más talonarios a mutualistas.
 - El 29,23% de las existencias finales de talonarios a 31 de diciembre de 2015 corresponden a talonarios no válidos e incluso 186 ya habían perdido su validez el 21 de enero de 2013. Por otra parte, el 70,14% de los talonarios entregados a los mutualistas en el año 2015 correspondieron a esos modelos no válidos.
9. En algunas recetas médicas concurren determinadas incidencias que debieron haber dado lugar a su anulación total (por no constar la fecha de prescripción), o a la anulación del margen comercial (por no constar el motivo de la sustitución del medicamento) y otras deficiencias que no habían sido detectadas por el Instituto (epígrafe II.2.4).
10. El nivel de incidencias detectadas por el Tribunal de Cuentas (276,06%) en la revisión de una muestra de recetas de las cuatro Delegaciones analizadas fue muy superior al de las apreciadas por las Delegaciones (0,43%) (epígrafe II.2.4).
11. En el procedimiento de gestión y control de los visados de recetas se han detectado, como más relevantes, las siguientes incidencias (epígrafe II.2.5):
- Las Delegaciones del Instituto no conservan copia del preceptivo informe médico para la obtención del visado de la receta lo que, además de suponer un defecto del control interno, dificulta la comprobación posterior de que el visado fue autorizado correctamente.
 - El Instituto Social de las Fuerzas Armadas no había aprobado una instrucción reguladora de la gestión de los visados, que recoja, entre otros extremos, la obligatoriedad de que el asesor médico de cada Delegación revise el informe médico que debe acompañarse al primer visado.
 - La aplicación informática no tiene establecidos límites respecto al número de recetas a autorizar a cada mutualista de un mismo medicamento.
 - Los controles establecidos por el Instituto respecto a los visados fueron insuficientes. Así, durante la fiscalización se han detectado 1.829 recetas (58% de la muestra analizada), facturadas y visadas, que no figuran grabadas en la aplicación informática, lo que origina un riesgo de que se visen recetas sin la presentación del preceptivo informe médico.
 - En la fiscalización se ha constatado la existencia de recetas que fueron dadas como válidas sin disponer del preceptivo visado del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, debido a que

este consideró correctos los visados consignados por los facultativos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

12. En los controles del Instituto Social de las Fuerzas Armadas sobre consumos de medicamentos a través de recetas, se han detectado las siguientes incidencias (epígrafe II.2.6):
 - a) Consumos anuales en exceso en 1.080 casos (el 31,49% de la muestra analizada) sobre las dosis máximas recomendadas en los prospectos de cada medicamento autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
 - b) En 409 casos los consumos superaron en un 100% la dosis máxima permitida para un año, y de este total, 132 casos excedieron, incluso, en un 200% la dosificación máxima, lo que supone consumir en un año las dosis máximas pautadas para tres años.
 - c) Los controles establecidos por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas sobre consumos excesivos fueron muy limitados, ya que solo se realizaban sobre 13 medicamentos. Además, de los 132 casos señaladas anteriormente con un consumo superior al 200%, el Instituto solo detectó un 18,40% de los mismos.
 - d) En 6 medicamentos, los límites establecidos por el Instituto fueron superiores a las dosis máximas de los mismos indicadas en su prospecto médico, lo que dificulta el control de posibles consumos excesivos.
 - e) En 191 recetas de medicamentos que contienen sustancias psicotrópicas (el 39,54% de la muestra seleccionada) no figura el número del Documento Nacional de Identidad de la persona a la que se dispensó el medicamento, requisito obligatorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 del Real Decreto 1718/2010, circunstancia que no fue detectada por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas.
13. En los controles del Instituto Social de las Fuerzas Armadas sobre las recetas de las farmacias militares se han detectado las siguientes incidencias más destacadas (epígrafe II.2.7):
 - a) La aplicación informática de gestión de estas recetas no recoge la fecha de dispensación del medicamento, por lo que existe el riesgo de que el precio abonado por ISFAS no sea el que fija el Nomenclátor en la fecha de dispensación sino el de la fecha de facturación.
 - b) En la fiscalización se ha constatado que en algunas recetas concurren determinadas incidencias que debieron haber dado lugar a su anulación total (por no constar la fecha de prescripción), anulación parcial (por no constar el formato), anulación del margen comercial (por no constar la firma del farmacéutico). Cabe señalar, al respecto, que el Instituto Social de las Fuerzas Armadas no ha detectado ninguna incidencia en las recetas revisadas durante el ejercicio 2015.

III.3. CONCLUSIONES SOBRE LA FACTURACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS POR LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

14. A 31 de diciembre de 2015 figuran importes pendientes de descontar a las entidades de seguro, correspondientes a medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C abonados por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas a los servicios de farmacia de centros hospitalarios concertados, para los que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad había establecido unos techos máximos de gasto y de número de envases para todo el Sistema Nacional de Salud. Dichos importes ascienden a 230.901 euros (correspondientes a 25 envases de

medicamento OLYSIO), 11.992 euros (2 envases de DAKLINZA) y 10.158 euros (medicamento HARVONI). A 2 de diciembre de 2016 todavía quedaba pendiente de reintegrar un importe de 9.200 euros (subepígrafe II.3.2.1).

15. El Instituto Social de las Fuerzas Armadas efectuó pagos por las facturas de medicamentos de dispensación hospitalaria remitidas por hospitales adscritos a las entidades de seguro cuyos precios estaban sobrevalorados en 88.447 euros en el ejercicio 2015, debido a las diferencias entre el “precio de venta al público” y el “precio de venta de laboratorio”, que es menor al anterior, al no llevar incorporado ni el margen comercial ni el de distribución. A 2 de diciembre de 2016 el Instituto había reclamado un importe de 67.245 euros (subepígrafe II.3.2.2).
16. El pago de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas se realiza con anterioridad al reconocimiento de la obligación en el presupuesto de gastos y a la ordenación del pago, lo que no se corresponde con ninguno de los tres tipos (pagos en firme, pagos a justificar o anticipos de caja fija) previstos en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria. Además, las prestaciones farmacéuticas descentralizadas no tienen la consideración de reintegros a los mutualistas, sino de prestaciones recogidas en un concierto que se abonan previa presentación de la factura por el centro hospitalario, por lo que deben estar sujetas a fiscalización previa del gasto (epígrafe II.3.3).

III.4. CONCLUSIONES SOBRE EL SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, EJERCICIOS 2002-2003”

17. La Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el “Informe de Fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicios 2002-2003”, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 30 de junio de 2005, efectuó una recomendación indicando que “El ISFAS, si todavía no se hubiere hecho ya, implante un sistema informático que permita interrelacionar las bases de datos de afiliados y beneficiarios con las restantes aplicaciones informáticas relacionadas con la gestión de expedientes y el control de recetas y pago de otras prestaciones”.

Dicha recomendación ha sido cumplida por el Instituto, con la salvedad de que la aplicación informática implantada no ofrece información desglosada de los consumos de recetas realizado por un titular respecto de sus beneficiarios (epígrafe II.4.2).

18. El Tribunal de Cuentas incluyó, en el precitado Informe de Fiscalización, cinco recomendaciones dirigidas al Instituto Social de las Fuerzas Armadas en materia de prestaciones farmacéuticas. Respecto al cumplimiento de las citadas recomendaciones hay que indicar lo siguiente (epígrafe II.4.3):

- a) La primera recomendación indicaba que “El Tribunal considera conveniente que, dadas las deficiencias que presenta el procedimiento de control de recetas, señaladas en el apartado 3.3.2 de esta Sección, el ISFAS modifique sustancialmente este procedimiento de control, de acuerdo con los siguientes criterios: El ISFAS debe analizar las causas por las que determinadas oficinas de farmacia despacharon un elevado número de recetas con incidencias”.

Aunque en la fiscalización se han constatado consumos en exceso no detectados por el Instituto, y aun cuando son muy reducidas las farmacias cuyas recetas se incluyen en la revisión a efectuar por las Delegaciones, el Instituto ha cumplido con la recomendación del Tribunal de Cuentas.

- b) El Tribunal de Cuentas señalaba que *“El Instituto debe solicitar a los Colegios Oficiales de Farmacia la grabación de un dígito de identificación de la persona a favor de la cual se expide la receta, lo que permitiría una mejora en el control del consumo de medicamentos por titular y beneficiario, así como la detección de supuestos de utilización indebida de recetas (vgr.: su uso en beneficio de hijos mayores de 21 años”. etc.*

Esta recomendación no ha sido cumplida por el Instituto, subsistiendo en la actualidad las debilidades señaladas en el Informe del Tribunal.

- c) El Tribunal de Cuentas señalaba, en el mencionado informe, que *“La información remitida mensualmente al Instituto en soporte informático por los Colegios Oficiales Provinciales de Farmacéuticos debe ser comparada con el fichero del colectivo en alta en el ISFAS al cierre de cada mes, con la finalidad de detectar la utilización de recetas por personas no pertenecientes a esa fecha al colectivo, o en las que se produzcan situaciones de doble afiliación con otros regímenes de Seguridad Social”.*

Esta recomendación no ha sido cumplida por el Instituto, puesto que la información que le remiten los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, relativa a la facturación mensual de las farmacias civiles, no incluye datos que identifiquen a las personas que han consumido los productos farmacéuticos dispensados.

- d) El Tribunal de Cuentas recomendaba en su Informe que *“El Instituto debe adaptar el contenido del concierto suscrito con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos al sistema de liquidación que realmente se está aplicando de forma habitual entre ambas partes: pago anticipado del 80% del importe a que asciende la última factura en firme”.*

Tal y como se ha indicado en el presente Informe, esta recomendación carece de vigencia actualmente ya que el pago se realiza en virtud del importe de la facturación mensual presentada por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

- e) El Tribunal de Cuentas recomendaba que *“El ISFAS debe analizar la conveniencia de abandonar el sistema actual de registro de talonarios de recetas (basado en la perforación del número de afiliación en cada uno de ellos) por otro sistema de lectura óptica, lo que evitara las deficiencias que presenta el sistema de perforación de los talonarios”.*

Esta recomendación ha sido cumplida por el Instituto.

III.5. CONCLUSIONES SOBRE LAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO

19. El Instituto Social de las Fuerzas Armadas no ha cumplido en su totalidad con las obligaciones establecidas en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. En concreto, no ha publicado los conciertos suscritos con el Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos y con los Servicios Farmacéuticos de las Fuerzas Armadas, ni los contratos formalizados con las empresas suministradoras de talonarios.

Tampoco figura en su página web información sobre el resultado de las actuaciones de control efectuadas sobre el consumo excesivo de medicamentos. Asimismo, no existe un acceso electrónico para solicitar información sobre las prestaciones farmacéuticas, a pesar de lo establecido en el artículo 17.2 de la citada Ley (subapartado II.5).

IV. RECOMENDACIONES

Con objeto de que el Instituto Social de las Fuerzas Armadas mejore los mecanismos de gestión y control sobre las prestaciones farmacéuticas, este Tribunal de Cuentas considera que el organismo debería proceder a la realización de las siguientes actuaciones:

- 1ª. Efectuar periódicamente contrastes entre la base de datos de su colectivo, en particular en lo referente a los beneficiarios y titulares por derecho derivado, con la Agencia Estatal de Administración Tributaria, para determinar el nivel de ingresos de dichos beneficiarios, y con el Instituto Nacional de la Seguridad Social para verificar si estos están acogidos a otro Régimen del Sistema de la Seguridad Social⁶².
- 2ª. Impulsar, con objeto de posibilitar un mayor control sobre los médicos prescriptores de los medicamentos y demás condiciones de validez y dispensación de las recetas médicas, la implantación del sistema de receta médica electrónica respecto al cual, a pesar de estar previsto en el concierto de asistencia sanitaria formalizado con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos el 9 de julio de 2015, no se ha aprobado ninguna norma.
- 3ª. No financiar medicamentos dispensados en recetas con formato no vigente, ya que su utilización dificulta la realización de controles adecuados sobre el consumo de las recetas por parte de los mutualistas⁶³.
- 4ª. Mejorar y ampliar los controles establecidos para la detección y prevención de consumos excesivos de medicamentos, con objeto de lograr un uso racional de los mismos.
- 5ª. Establecer de forma preceptiva la revisión del informe por el asesor médico con carácter previo a la aprobación del visado, así como conservar copia del informe en el sistema informático⁶⁴.
- 6ª. Ampliar los controles sistemáticos sobre las recetas, con la finalidad de comprobar, entre otros, los siguientes requisitos: a) la coincidencia entre cupón-precinto o comprobante de producto prescrito, b) la no dispensación de medicamentos de un tamaño mayor al prescrito y c) la no dispensación de recetas de absorbentes con un tipo de absorción distinto al prescrito; incidencias todas ellas que constituyen causas de anulación de las recetas, según lo previsto en los conciertos suscritos con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos⁶⁵.
- 7ª. Modificar la aplicación informática que gestiona las prestaciones descentralizadas, para que a través de la misma se puedan calcular los importes facturados en exceso por los centros hospitalarios.

Asimismo, el Instituto debería realizar los cambios necesarios en el procedimiento de pago de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas.

Además, cada Delegación debería remitir a los Servicios Centrales una relación de los pagos correspondientes a las prestaciones farmacéuticas descentralizadas a realizar en un determinado período, teniendo en cuenta que los justificantes del gasto de estas prestaciones figuran escaneados en la aplicación para la gestión de medicamentos de dispensación

⁶² Ver nota al pie de página nº 9.

⁶³ Ver nota al pie de página nº 27.

⁶⁴ Ver nota al pie de página nº 33.

⁶⁵ Ver nota al pie de página nº 17.

hospitalaria, los Servicios Centrales y la Intervención Delegada en el citado Instituto tiene acceso a cada expediente completo, pudiendo proceder a la fiscalización previa del gasto, así como al reconocimiento de la obligación y a su pago material.

- 8ª. Regular de forma más precisa el procedimiento de devolución y los plazos de las cantidades abonadas en exceso correspondientes a medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C, con objeto de que los excesos de facturación sean atendidos con la mayor celeridad posible, al tratarse de cuantías importantes y lograr una menor repercusión en la gestión presupuestaria⁶⁶.

Madrid, 6 de marzo de 2017

EL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
P.A. (art. 21.7. de la Ley 7/1988, de 5 de abril,
de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas)
EL PRESIDENTE DE LA SECCIÓN DE FISCALIZACIÓN,



Javier Medina Guijarro

⁶⁶ Ver nota al pie de página nº 48.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO. FACTURACIÓN DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS.
EJERCICIO 2015.

**FACTURACIÓN DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS.
Ejercicio 2015**

PROVINCIA	IMPORTE NETO SEGÚN FACTURAS (1)	PERSONAS PROTEGIDAS (2)	RECETAS DISPENSADAS (3)	IMPORTE ANUAL MUTUALISTA (4)=(1)/(2)	PROMEDIO RECETAS MUTUALISTA (5)=(3)/(2)
ÁLAVA	333.497	2.052	29.652	162,52	14,45
ALBACETE	1.414.607	6.510	134.850	217,30	20,71
ALICANTE	3.213.853	11.187	289.867	287,28	25,91
ALMERÍA	2.456.160	11.832	228.064	207,59	19,28
ÁVILA	806.843	2.595	71.287	310,92	27,47
BADAJOS	3.785.136	14.820	358.734	255,41	24,21
BALEARES	2.400.102	9.927	218.485	241,78	22,01
BARCELONA	2.171.928	9.547	222.126	227,50	23,27
BURGOS	1.315.244	6.827	108.756	192,65	15,93
CÁCERES	2.409.163	7.827	226.762	307,80	28,97
CÁDIZ	10.820.483	47.672	1.043.938	226,98	21,90
CASTELLÓN	1.148.154	4.382	105.857	262,02	24,16
CIUDAD REAL	1.664.443	6.157	153.556	270,33	24,94
CÓRDOBA	3.162.127	13.894	296.640	227,59	21,35
A CORUÑA	6.207.374	22.845	573.326	271,72	25,10
CUENCA	681.847	2.601	62.720	262,15	24,11
GIRONA	662.126	3.107	61.056	213,11	19,65
GRANADA	4.467.234	14.734	401.056	303,19	27,22
GUADALAJARA	739.910	3.776	66.457	195,95	17,60
GUIPÚZCOA	261.839	2.113	23.449	123,92	11,10
HUELVA	1.897.324	6.087	179.595	311,70	29,50
HUESCA	988.019	5.070	81.965	194,88	16,17
JAÉN	2.461.135	9.357	227.009	263,03	24,26
LEÓN	2.201.154	11.009	195.763	199,94	17,78
LLEIDA	512.553	2.263	49.354	226,49	21,81
LA RIOJA	853.313	4.670	78.444	182,72	16,80
LUGO	1.229.996	3.771	105.624	326,17	28,01
MADRID	21.981.531	111.657	2.037.932	196,87	18,25
MÁLAGA	5.686.276	15.966	516.872	356,15	32,37
MURCIA	7.906.540	29.200	710.292	270,77	24,33
NAVARRA	1.056.403	5.464	89.733	193,34	16,42
OURENSE	1.067.752	3.787	103.310	281,95	27,28
P. ASTURIAS	2.139.573	9.791	200.660	218,52	20,49
PALENCIA	466.903	2.217	43.885	210,60	19,79
LAS PALMAS	3.176.880	17.948	285.114	177,00	15,89
PONTEVEDRA	466.903	12.983	221.780	35,96	17,08
SALAMANCA	2.414.780	8.860	214.493	272,55	24,21
S. C. TENERIFE	2.117.827	10.773	185.300	196,59	17,20
CANTABRIA	1.017.499	4.999	94.792	203,54	18,96
SEGOVIA	648.320	3.619	59.723	179,14	16,50
SEVILLA	7.293.144	28.136	696.838	259,21	24,77
SORIA	275.625	1.268	24.083	217,37	18,99
TARRAGONA	752.349	2.700	70.561	278,65	26,13
TERUEL	370.279	1.795	35.432	206,28	19,74
TOLEDO	2.107.593	9.590	197.070	219,77	20,55
VALENCIA	5.177.266	24.734	498.111	209,32	20,14
VALLADOLID	2.106.890	9.515	184.553	221,43	19,40
VIZCAYA	371.516	2.981	33.672	124,63	11,30
ZAMORA	1.244.656	3.747	110.652	332,17	29,53
ZARAGOZA	4.364.109	24.745	381.757	176,36	15,43
CEUTA	1.734.510	10.648	158.836	162,90	14,92
MELILLA	1.433.473	10.572	127.607	135,59	12,07
TOTAL	137.644.171	614.327	12.877.450	224,06	20,96

Fuente: Elaboración propia del Tribunal de Cuentas.