

MUFACE: del seguro privado al Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Sanidad
Noviembre 2024.



Índice

1. Introducción y contexto.	2
2. Impacto demográfico.	3
Distribución por edad.	4
Impacto demográfico de la incorporación al SNS.	7
Análisis global por Comunidades Autónomas.....	9
3. Indicadores generales de salud de la población mutualista de MUFACE.....	11
4. Posibles cauces de acción.....	13
5. Conclusiones.	17



1. Introducción y contexto.

El pasado 8 de octubre el Consejo de Ministros autorizó a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) a celebrar los conciertos para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria a los beneficiarios que opten a recibirla a través de entidades de seguro; para ello, se realizó una oferta de más de 1.337 millones de euros para 2025 y 1.344 millones de euros para 2026, siendo un incremento de algo más del 17% respecto al concierto anterior. Ninguna empresa aseguradora decidió optar a este concierto, quedando desierto.

Ante esta situación, el Gobierno de España, a través del Ministerio de Transformación Digital y Función Pública, tiene ante sí dos opciones: tratar de mejorar la oferta para hacerla más atractiva para las empresas aseguradoras o prorrogar durante 9 meses el concierto actual, como permite la Ley de Contratos del Sector Público, y abordar el tránsito de los mutualistas de MUFACE a la prestación de servicios sanitarios por parte del Sistema Nacional de Salud.

El sistema de mutualidades de MUFACE surgió en un momento en el que el Sistema Nacional de Salud era un embrión de lo que es en la actualidad y donde aún no se había desarrollado un fuerte sistema de provisión pública que tuviera capacidad para dar respuesta a la totalidad de la población española. Sabiendo que en la actualidad la situación es diferente a la existente cuando se creó el sistema de MUFACE, es preciso realizar algunas anotaciones de contexto que ayuden a encuadrar bien este asunto.

- En MUFACE, el 65% de las personas mutualistas son docentes de educación primaria, secundaria y universitaria y un 17% pertenece a algunos cuerpos de la Administración General del Estado¹. Esto hace que las Comunidades Autónomas (CCAA) donde hay una mayor representación de mutualistas de MUFACE sean aquellas que tienen o bien una ratio superior de docentes por población o bien una mayor presencia de funcionarios de la Administración General del Estado.

¹ Fuente: Ministerio de Transformación Digital y Función Pública.



- En el año 2012, MUFACE tenía un total de 1.535.000 mutualistas, de los cuales el 81,92% (1.257.500) elegían una aseguradora privada para recibir la asistencia sanitaria, mientras que un 18,08% (277.500) elegían el Sistema Nacional de Salud. En la actualidad, 12 años después, la cifra total de mutualistas se mantiene casi igual, habiendo caído el número de mutualistas de MUFACE con asistencia sanitaria privada (levemente por encima de 1 millón de mutualistas) y habiéndose incrementado un 75% en estos años (pasando de 277.500 a 488.000 personas) el número de mutualistas que eligen ser atendidos en el Sistema Nacional de Salud².
- Existen antecedentes de incorporación importante de personas a la sanidad pública derivada de cambios en el modelo de aseguramiento. En 1983, el Instituto Nacional de la Seguridad Social incorporó de forma obligatoria a 400.000 autónomos a la cobertura del INSALUD y, en 1989, se incorporaron en torno a 250.000 personas que estaban acogidas al padrón de beneficencia.

Además, la evolución de la composición de la población mutualista de MUFACE hace que se esté produciendo un envejecimiento de la misma superior al de la población general (la edad media de la población mutualista de MUFACE ha aumentado 3,7 años en la última década), como se analizará más adelante en este documento, lo cual hace prever que en el caso de continuar el modelo actual de provisión de servicios, los incrementos de cápita que tendrían que producirse a futuro serían de una cuantía importante, al no existir una distribución etaria (y, probablemente, de consumo de recursos sanitarios) que permita la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo.

2. Impacto demográfico.

Para poder tener una idea realista de lo que supondría la incorporación de las personas mutualistas de MUFACE que en la actualidad escogen ser atendidas en la sanidad privada

² Fuente: Memoria MUFACE 2012 (disponible en https://www.muface.es/muface_Home/muface/Transparencia/informacion-institucional-organizativa-planificacion/memoria.html) y Sistemas de información del Ministerio de Sanidad.



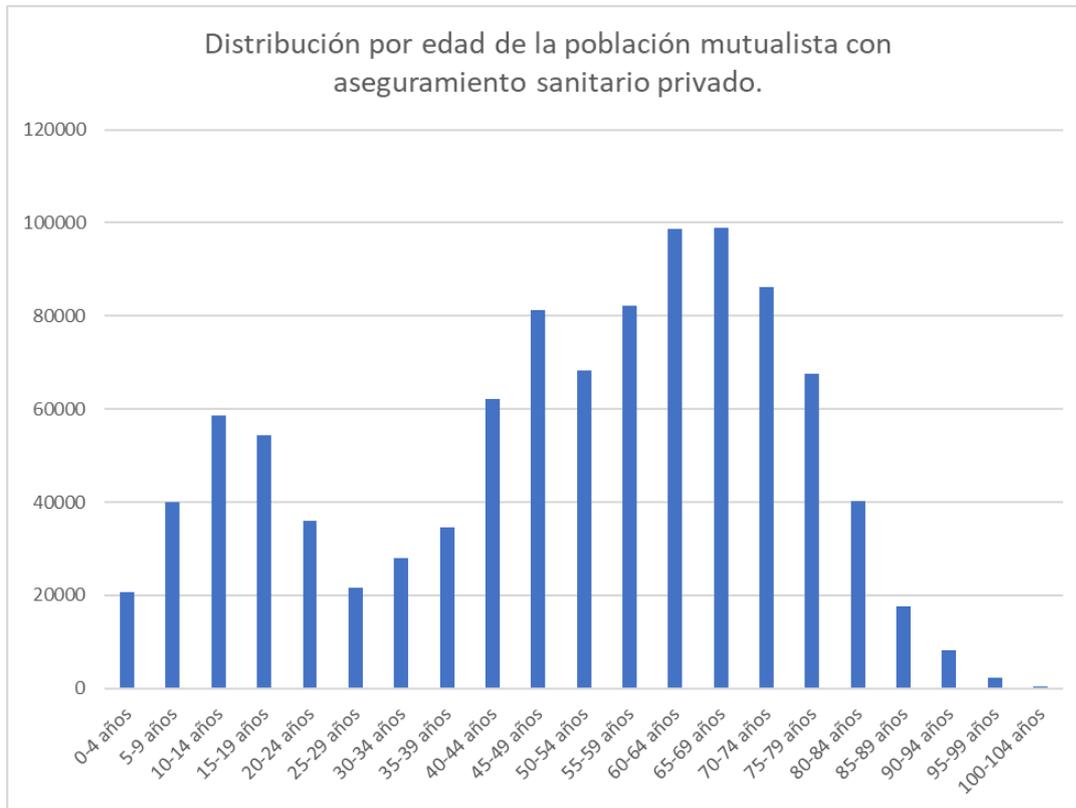
es preciso analizar cuál es la distribución de esta población según su distribución geográfica y grupo de edad al que pertenecen.

Con datos de 31 de octubre de 2024³, MUFACE tiene en torno a 1.5 millones de mutualistas, de los cuales 1.007.322 personas han escogido recibir la asistencia sanitaria mediante aseguradoras privadas (ASISA, ADESLAS y DKV). Esto supone que un 32,7% de la población mutualista de MUFACE recibe asistencia sanitaria por medio de la prestación del Sistema Nacional de Salud, mientras que el 67,3% la recibe por parte de aseguradoras privadas.

Distribución por edad.

La distribución por edad de la población mutualista de MUFACE con prestación sanitaria privada se puede observar en el siguiente gráfico.

³ Fuente: Datos abiertos MUFACE (disponible en https://www.muface.es/muface_Home/muface/DATOS-ABIERTOS.html)



Gráfica 1. Distribución por edad de la población mutualista con aseguradora sanitaria privada a 31 de octubre de 2024. Fuente: Ministerio de Sanidad.

En términos de distribución porcentual por franjas de edad, la población pediátrica (0-14 años) representa el 11.8%, la población joven (15-34 años) el 13.9%, el grupo de población entre los 35 y los 64 años son el 42.4%, mientras que los mayores de 65 años suponen el 31.9%.

Esta distribución por edad presenta ligeras variaciones a la hora de analizarlo por Comunidades Autónomas (podríamos aterrizar el análisis a nivel provincial, pero utilizar las CCAA como unidad de análisis parece más adecuado siendo, además, la unidad competente en la prestación de servicios sanitarios). En la Tabla 1 se puede ver la representación porcentual de cada grupo de edad distribuido por CCAA.



	0-14	15-34	35-64	>65
Total	11,82	13,86	42,42	31,90
01 Andalucía	14,29	14,32	42,71	28,68
02 Aragón	10,76	12,22	41,69	35,33
03 Asturias, Principado de	5,93	11,18	45,72	37,17
04 Balears, Illes	12,75	14,75	47,81	24,70
05 Canarias	8,42	12,76	46,20	32,62
06 Cantabria	9,76	13,07	43,22	33,96
07 Castilla y León	7,46	19,50	37,21	35,84
08 Castilla - La Mancha	13,33	13,61	43,84	29,23
09 Cataluña	13,23	12,79	43,64	30,34
10 Comunitat Valenciana	14,72	14,26	44,70	26,33
11 Extremadura	10,34	14,07	41,90	33,69
12 Galicia	9,16	12,55	42,31	35,98
13 Madrid, Comunidad de	10,28	12,42	40,52	36,77
14 Murcia, Región de	12,71	16,22	43,60	27,46
15 Navarra, Comunidad Foral de	14,00	11,48	40,35	34,16
16 País Vasco	2,54	6,24	31,72	59,50
17 Rioja, La	11,36	14,08	42,58	31,98
18 Ceuta	12,15	18,57	46,35	22,93
19 Melilla	14,56	17,47	45,70	22,28

Tabla 1. Porcentaje de población mutualista de MUFACE con aseguradora sanitaria privada distribuido por edad y Comunidad Autónoma. Fuente: Ministerio de Sanidad. En rojo se señalan los grupos de edad que tienen una desviación positiva superior a dos puntos porcentual respecto a la media de España.

Para ver si esta distribución por edad es más o menos acorde a la existente en la cobertura del Sistema Nacional de Salud (y que podría ser representativa, en términos globales, de la población general), merece la pena hacer una comparación entre el porcentaje de población



en cada grupo de edad en la población general y en la población mutualista de MUFACE con aseguradora sanitaria privada (Tabla 2).

	0-14	15-34	35-64	>65
MUFACE privada	11,82	13,86	42,42	31,9
SNS	12,62	22,14	44,86	20,39
Diferencial	-0,8	-8,28	-2,44	11,51

Tabla 2. Diferencial de distribución por grupos de edad entre la población mutualista de MUFACE con aseguradora sanitaria privada y la población del Sistema Nacional de Salud.

Como se observa en la tabla, el grupo sobrerrepresentado en términos de edad es el de mayores de 65 años. Ahondando más en los números, se observa que esto se produce por una mayor diferencia dentro del grupo de población entre 65 y 74 años (25,1% vs 14,2%), dado que la población mayor de 80 años representa un porcentaje similar (6,8% vs 6,1%).

La sobrerrepresentación de este grupo de población está asociada con la historia reciente de la función pública en España y los años en los que la construcción del estado democrático supuso una importante incorporación de personal funcional a los ministerios e instituciones públicas en España. Además, la posterior modificación de algunos regímenes de prestación de asistencia sanitaria a funcionarios de entidades locales y Comunidades Autónomas ha hecho que el desplazamiento de la pirámide poblacional de MUFACE sea evidente.

Impacto demográfico de la incorporación al SNS.

En el contexto actual, en el que la no concurrencia de las empresas aseguradoras sanitarias a la oferta realizada por el Ministerio de Transformación Digital y Función Pública plantea la posibilidad de la integración de las personas de MUFACE en la prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud, una de las cuestiones que se ha de analizar es qué supondría esto para el SNS.



En términos globales, la incorporación de la totalidad de la población mutualista de MUFACE con aseguradora sanitaria privada supondría un incremento del 2,12% en el número de personas que recibirían prestación sanitaria pública.

En la Tabla 3 se muestra el impacto de esta incorporación expresado como porcentaje frente al total de la población que recibe asistencia del sistema sanitario público, por CCAA y grupos de edad.

	0-14	15-34	35-64	>65	TOTAL
Total	1,99	1,33	2,01	3,32	2,12
01 Andalucía	3,18	1,83	2,77	4,57	2,94
02 Aragón	1,91	1,28	2,11	3,60	2,24
03 Asturias, Principado de	1,17	1,27	1,93	2,53	1,92
04 Balears, Illes	1,20	0,73	1,24	1,82	1,20
05 Canarias	1,42	1,04	1,83	3,48	1,90
06 Cantabria	1,97	1,57	2,17	3,19	2,28
07 Castilla y León	2,17	3,24	2,66	4,19	3,12
08 Castilla - La Mancha	2,42	1,47	2,40	3,50	2,42
09 Cataluña	1,24	0,65	1,19	1,82	1,20
10 Comunitat Valenciana	2,56	1,44	2,23	2,87	2,23
11 Extremadura	2,58	2,01	2,85	4,54	3,02
12 Galicia	1,93	1,56	2,13	3,03	2,25
13 Madrid, Comunidad de	1,76	1,21	1,99	4,54	2,24
14 Murcia, Región de	1,81	1,45	2,09	3,57	2,14
15 Navarra, Comunidad Foral de	1,01	0,52	0,94	1,64	1,00
16 País Vasco	0,14	0,20	0,47	1,63	0,65
17 Rioja, La	1,69	1,30	1,84	2,78	1,92
18 Ceuta	3,74	3,64	5,71	9,08	5,27
19 Melilla	3,64	3,26	5,89	9,33	5,13

Tabla 3. Porcentaje que representa la población mutualista de MUFACE que recibe asistencia por medio de una aseguradora privada sobre el total de la población del SNS.



Como se puede observar, existen diferencias entre CCAA en lo relacionado con el impacto que tendría la incorporación de la población mutualista de MUFACE que en la actualidad recibe asistencia sanitaria mediante aseguradoras privadas. De todas las CCAA⁴, Andalucía, Castilla y León y Extremadura se caracterizan por estar entre las que tendrían que incorporar a un mayor porcentaje, siendo, además, las que lo harían con un mayor porcentaje de mayores de 65 años.

Análisis global por Comunidades Autónomas.

El impacto de la incorporación al Sistema Nacional de Salud de los mutualistas de MUFACE que actualmente reciben asistencia sanitaria mediante aseguradoras privadas sería variable en las diferentes Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas.

Se pueden establecer tres grupos de CCAA en función de la composición y proporción de la población a incorporar a sus servicios autonómicos de salud.

CCAA con menor proporción de mutualistas de MUFACE: Baleares, Cataluña, Euskadi y Navarra.

Por diferentes motivos, se trata de CCAA cuya población mutualista de MUFACE con asistencia sanitaria privada supone menos de un 1,2% del total de la población existente en su sistema público de salud. En términos absolutos, esta es una cifra similar a la del incremento anual de la población que puede afrontar una Comunidad Autónoma.

Es llamativo el caso de Euskadi, que presenta un 35,65% de la población mutualista de MUFACE con sanidad privada mayor de 65 años; a pesar de tan elevado porcentaje, supondría incrementar en tan solo un 1,63% los mayores de 65 años de su población

⁴ Tanto a nivel global como en lo relacionado con la población mayor de 35 años, Ceuta y Melilla son las que tendrían que incorporar a un mayor porcentaje de población respecto a su población base cubierta por la asistencia sanitaria pública.



cubierta dado que es la región que absorbería un menor impacto global (0,65% de la población del SNS en conjunto).

CCAA con proporción intermedia de mutualistas MUFACE: Aragón, Principado de Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid, Murcia y La Rioja.

En este grupo de CCAA la incorporación de los mutualistas de MUFACE supondría incorporar entre un 1,9% (Canarias, La Rioja y Principado de Asturias) y un 2,42% (Castilla-La Mancha) de personas a los respectivos sistemas regionales de salud. En términos generales, la distribución por grupos de edad está en torno a la media nacional en los de 35-64 y mayores de 65 años.

Sin embargo, merece la pena mencionar el caso de la Comunidad de Madrid. El impacto global sería de un incremento del 2,24% de la población ya existente bajo la cobertura del Sistema Nacional de Salud. Al analizar por grupos de edad, se observa que todos los grupos de edad se encuentran por debajo de la media nacional salvo el de mayores de 65 años, que representa un 4,54% de la cantidad total existente en la actualidad bajo la cobertura del Servicio Madrileño de Salud. Es una cifra similar a Extremadura e inferior a Andalucía, Ceuta o Melilla, sin embargo, es especialmente notable al mirar el diferencial entre lo que representa ese grupo de edad en la población mutualista de MUFACE y la de la población general dado que la Comunidad de Madrid tiene una población relativamente poco envejecida (36,77% en población mutualista de MUFACE vs 18,18% en población general cubierta por la sanidad pública madrileña)

Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor proporción de mutualistas MUFACE: Andalucía, Castilla y León, Extremadura, Ceuta y Melilla.

Hemos agrupado en este epígrafe las CCAA cuyo impacto en la incorporación de mutualistas al SNS tiene una desviación positiva superior a medio punto porcentual respecto de las cifras a nivel nacional. En todos los casos, el porcentaje de población mutualista mayor de 65 años respecto a la población mayor de 65 años existente en los respectivos servicios regionales



de salud es superior, siendo Andalucía la Comunidad Autónoma con mayor impacto en la incorporación de este grupo de edad.

Tanto Ceuta como Melilla tienen las cifras más elevadas tanto de representación de la población mutualista de MUFACE con sanidad privada que debería ser integrada en la sanidad pública (más del doble de la media nacional) como de representación del grupo etario de mayores de 65 años.

3. Indicadores generales de salud de la población mutualista de MUFACE.

La edad no es el único elemento a tener en cuenta a la hora de analizar el impacto de una posible incorporación a la sanidad pública de los mutualistas de MUFACE que actualmente son atendidos mediante aseguradoras privadas. Dado que el estado de salud está determinado por multitud de factores entre los que se encuentran los determinantes sociales de salud, es necesario observar si la existencia de un nivel medio de renta, nivel educativo o estabilidad laboral redundan, así mismo, en un mejor nivel de salud.

Para ello, hemos considerado que de la población del SNS de la cual tenemos datos, existe un subgrupo poblacional cuyo análisis es representativo de la población mutualista de MUFACE que recibe asistencia sanitaria privada: los mutualistas que han elegido ser atendidos en el Sistema Nacional de Salud⁵.

Por ello, hemos escogido 6 indicadores fundamentales para comparar (en total y por grupos de edad) la prevalencia de diagnósticos de diferentes enfermedades en la población

⁵ Es probable que existan algunas diferencias de edad entre ambas poblaciones (mutualistas de MUFACE con asistencia sanitaria privada y aquellos que tienen asistencia por medio del SNS), relacionadas principalmente con los momentos de la vida de adquisición del derecho a mutualidad. Dicho esto, para la comparación de la carga de enfermedad, al estratificar por edad, no sería una diferencia relevante.



mutualista que recibe asistencia en el SNS, y la población no mutualista que recibe asistencia en el SNS.

Los datos se presentan en la Tabla 4:

	Diabetes		HTA		Insuficiencia cardiaca		EPOC		Cardiopatía isquémica		Neoplasias malignas	
	Mutua	No Mutua	Mutua	No Mutua	Mutua	No Mutua	Mutua	No Mutua	Mutua	No Mutua	Mutua	No Mutua
0-14	0,21	0,21	0,09	0,13	0,04	0,04	0,29	0,39	0,08	0,04	0,18	0,19
15-34	0,80	0,69	0,57	0,95	0,03	0,05	0,27	0,33	0,06	0,07	1,12	0,60
35-64	3,2	5,7	11,1	15,3	0,2	0,3	0,7	1,5	0,8	1,4	6,6	4,2
65 y +	15,5	24,3	45,2	57,5	3,4	5,5	4,1	7,2	6,5	8,2	18,4	17,0
Total	5,0	7,7	15,2	18,7	0,8	1,3	1,3	2,2	1,8	2,3	7,3	5,5

Tabla 4: prevalencia de diferentes enfermedades en personas mutualistas que reciben asistencia en el SNS y personas no mutualistas pertenecientes también al SNS.

Se observa una prevalencia más elevada de todas las condiciones observadas salvo de neoplasias malignas. Esto último puede responder a una hipótesis ampliamente estudiada en el ámbito del estudio de funcionamiento del mutualismo funcional en España: la selección de riesgos⁶.

En un estudio publicado en 2024 en *The European Journal of Health Economics*⁶⁷ se analizó la probabilidad de encontrar diagnósticos de cáncer en mutualistas que tuvieran asistencia sanitaria pública frente a la población general observándose una mayor probabilidad en la

⁶ López-Valcárcel BG, Pinilla J. El misterio MUFACE ¿Selección por riesgo o empeoramiento de la calidad percibida? XXXIX Jornadas AES. 2019. Disponible en: https://dmc.ulpgc.es/images/miembros/beatriz.lopezvalcarcel/AES_MUFACE_Bea_Jaime_2019.pdf

⁷ Pinilla J, López-Valcárcel BG, Bernal-Delgado E. Unravelling risk selection in Spanish general government employee mutual funds: evidence from cancer hospitalizations in the public health network. *Eur J Health Econ.* 2024 Nov;25(8):1371-1381. doi: 10.1007/s10198-024-01671-5. Epub 2024 Feb 20. PMID: 38376648; PMCID: PMC11442635.



población mutualista (OR⁷⁸ 2.64 para linfoma, OR 1.31 para carcinoma metastásico y una OR global para cáncer de 1.31, siendo todos estadísticamente significativos.

Es decir, en el conjunto de los indicadores de salud crónicos, encontramos una mayor prevalencia de enfermedad en la población general, y en el único indicador en el que la prevalencia es mayor en la población mutualista, hay una fuerte verosimilitud en favor de la hipótesis que señala que las aseguradoras privadas están incurriendo en un fenómeno de selección de riesgos que empuja a los mutualistas asegurados con dichas condiciones a trasladarse a proveedores públicos de atención sanitaria.

Esto incide en la idea de que, en términos globales, la población de MUFACE tiene una edad media superior (o, al menos, una representación mayor de los segmentos etarios más avanzados) que la de la población general, pero el estado de salud de los mutualistas es mejor que el de las personas no mutualistas de su misma edad.

4. Posibles cauces de acción.

En el momento actual, tras la negativa de las diferentes empresas aseguradoras sanitarias privadas a concurrir al concierto planteado por el Gobierno de España existen diversos cauces de acción que pueden tomarse.

Hay uno, evidente y continuista, que supondría incrementar incluso por encima de la oferta previa, la propuesta de concierto para las aseguradoras privadas. Hay que tener en cuenta que es probable que esta sea una opción: I) insuficiente (las aseguradoras demandan un incremento superior al 40% respecto a las condiciones actuales de financiación); II) insostenible (porque no hace frente a la dinámica de largo recorrido de envejecimiento de la subpoblación de mutualistas de MUFACE); e III) inequitativa por suponer incrementos porcentuales que serían impensables en el ámbito de la provisión pública directa.

⁸ La Odds Ratio (OR), en este caso, es la probabilidad de tener diagnóstico de una enfermedad en el grupo de mutualistas frente a encontrarla en el grupo de no mutualistas.



Además, en un mundo en el que los mercados pequeños en contextos sanitarios se plantean como ineficientes, difíciles de gestionar y fuertemente insostenibles, ahondar en un mercado estable en lo cuantitativo pero menguante en la estabilidad de sus equilibrios etarios (cada vez menos población joven que compense los costes de las poblaciones más mayores), podríamos considerar que es postergar una decisión que habrá que tomar antes o después.

Por último, antes de entrar a plantear posibles opciones alternativas, hay que destacar que la existencia más que evidente de prácticas de selección de riesgos por parte de las aseguradoras privadas que prestan la asistencia sanitaria a los mutualistas de MUFACE, es un fenómeno que supone una asunción por parte del SNS de los riesgos y costes que deberían asumir las aseguradoras sanitarias privadas. En un contexto donde los tratamientos disruptivos de alto coste - alto valor son crecientes, la selección de riesgos supone un problema del cual es imposible escapar a la hora de plantear un análisis de este asunto.

La alternativa a la respuesta continuista supondría ejecutar una prórroga de 9 meses del concierto actualmente en vigor, de acuerdo con la Ley de Contratos del Sector Público, y plantear durante esos 9 meses un proceso de internalización de la provisión sanitaria de los mutualistas de MUFACE para que se hiciera cargo el Sistema Nacional de Salud.

Durante esos 9 meses, podría plantearse una incorporación paulatina estratificada por letra de comienzo del primer apellido, edad y aseguradora prestadora de servicios, pudiendo trabajarse, singularizando su aplicación a nivel de CCAA, los siguientes elementos:

- Identificación de pacientes inmersos en procesos terapéuticos que precisen continuidad y que deban ser de los últimos en ser traspasados al sistema sanitario público. En este tipo de pacientes, en el caso de existir alguna contraindicación absoluta a la transferencia de su asistencia sanitaria (situación de final de la vida o muy alta complejidad en procesos oncológicos) se podrá valorar una vía excepcional de renegociación temporal de un aseguramiento extraordinario que permita la prórroga durante un año más allá de la extinción de la prórroga.
- Elaboración de un plan de transición y continuidad para garantizar que los pacientes atendidos por procesos crónicos de alta complejidad puedan ser atendidos con normalidad en sus centros hospitalarios de referencia del SNS sin necesidad de



atravesar los cauces comunes de una primera consulta. Este plan, además, contemplaría las primeras visitas de Atención Primaria (tanto por parte de medicina como de enfermería)

- Creación de un plan de transferencia de información clínica para asegurar la continuidad en la asistencia, evitar la duplicidad en la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas y afianzar la calidad en la prestación sanitaria.
- Compromiso “lista de espera quirúrgica cero” para que los procedimientos que sean indicados por profesionales de las aseguradoras privadas a pacientes de MUFACE durante los primeros 4 meses de la prórroga del concierto deban ser realizados por la aseguradora en cuestión.
- Plantear un plan de comunicación a nivel de la población general y la población mutualista de MUFACE que favorezca el conocimiento de la nueva situación, el plan de transición y ayudara a resolver cualquier duda que pudiera generarse para evitar dificultades.

Además, como es lógico, la financiación que iría destinada a la provisión de la asistencia sanitaria por parte de las aseguradoras privadas a los mutualistas de MUFACE será transferida, de manera capitativa, a las Comunidades Autónomas para su inversión, con carácter finalista durante los primeros 3 años, en los respectivos servicios autonómicos de salud.

Es importante señalar que el coste marginal de la incorporación de este porcentaje de población a la cobertura sanitaria de provisión pública no es el mismo que el coste medio total, siendo inferior a este.

Más allá de la necesidad de transferir los recursos a las instituciones prestadoras de los servicios sanitarios, es evidente que se afrontarán retos en términos de necesidad de adecuación de la planificación de los servicios de salud para el nuevo escenario de cobertura sanitaria.



Efectos sobre el copago farmacéutico.

En la situación actual, las personas mutualistas pagan un 30% de copago farmacéutico con independencia de su situación laboral. Ello supone que tienen una menor tasa de copago en los años en que están activos, pero una mayor tasa de copago una vez que están jubilados. Hemos calculado el efecto que podría tener la incorporación de esta población a la sanidad pública en el copago, asumiendo un 79,62% de población activa y un 20,39% de población pensionista (Tabla 1). Los cálculos se han hecho con un interfaz web donde se puede ejecutar un algoritmo de microsimulación sobre una muestra aleatoria de 4.505.483 individuos residentes en España, emparejando información del consumo farmacéutico del Ministerio de Sanidad con datos económicos de la Agencia Tributaria⁹.

En función de los tramos aplicables y asumiendo una estimación conservadora, sin tener en cuenta los diferentes tramos de renta para este ejercicio puesto que no disponemos actualmente de estos tramos para la población de MUFACE, un activo tiene un copago medio anual de 41,52 euros mientras que un jubilado del régimen general pagaría de promedio 53,94 euros anuales. Aplicando un copago como el de los mutualistas, estas cifras son de 31,15 euros anuales para los activos y 139,95 euros anuales para los jubilados (es decir, 10,36 euros anuales menos cuando están activos y 86,02 euros anuales más cuando están jubilados).

Extrapolando estas cantidades a la población de 1.007.322 asegurados por MUFACE, si éstos pasaran a seguir el mismo régimen general, supondría tener que pagar 10,36 euros más anuales por activo ($10,36 \times 802.030 \text{ activos} = 8.311.675,79$ euros más de aportación por los activos). En relación a la población pensionista, supondría pagar 86,02 euros menos como copago ($86,02 \times 205.393 = 17.666.939,77$ euros menos de aportación por los jubilados).

En total, el impacto global sería de una reducción de 9.355.263,98 euros de ingresos.

⁹ González-Martel C, Pinilla J. Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. ULPGC. Disponible en: https://chrglez.shinyapps.io/gasto_farmacia/ (consultado el 10/11/24)



5. Conclusiones.

El contexto actual hace que, por primera vez en muchos años, la posibilidad de incorporar a la población mutualista a la asistencia sanitaria pública sea una opción tanto viable como razonable.

Esto se produce por la conjunción de dos elementos, uno puramente coyuntural y otro estructural. El primero es la falta de concurrencia de las aseguradoras privadas a las condiciones ofertadas por el Gobierno de España. El motivo estructural es el que se ha ido exponiendo en este documento y que muestra un envejecimiento de la población base de MUFACE con ausencia de elementos de contrapeso que sirvan para ajustar la cápita a cantidades más bajas y controladas de cara a los próximos años. El modelo MUFACE en la actualidad no es sostenible, ni siquiera con un aumento importante de la cápita, porque ningún sistema de aseguramiento funciona si no tiene un pool de riesgos que permita ejercer contrapesos entre quienes más demandan el servicio y quienes hacen un uso menos intenso.

Ante esa situación, es preciso partir del análisis concreto de lo que supondría en cada una de las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas la incorporación de esta población, con sus particularidades (menor carga de morbilidad y morbilidad compleja en comparación con su misma franja de edad en la población general, hábitos de interacción con el sistema sanitario basados en otro tipo de sistema, ...).

La incorporación al SNS debería hacerse, en todo caso, anteponiendo la continuidad en la atención, la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente, especialmente en pacientes en situaciones singulares como final de la vida o pacientes oncológicos de alta complejidad. Poner al paciente en el centro a la hora de llevar a cabo la transición puede reducir los posibles errores y favorecer el aprovechamiento de las virtudes del Sistema Nacional de Salud tales como la presencia de la Atención Primaria, factor diferencial con respecto al régimen mutualista de aseguradora privada.

En el caso de que, finalmente, se tomara la decisión de incorporar a esta población, habría que trabajar en estudios posteriores en mayor profundidad haciendo uso de los sistemas de



información sanitaria disponibles en colaboración con las Comunidades Autónomas e INGESA.

En definitiva, si la financiación actualmente destinada a la asistencia sanitaria de las personas mutualistas de MUFACE que acuden a la aseguradora privada se transfiriera a la sanidad pública en el proceso de internalización de la provisión de dicha asistencia, el SNS debería tener capacidad para prestar ese servicio con la adecuada gestión del proceso de transición.