

Cátedra Extraordinaria Salud Sostenible y Responsable

El mutualismo administrativo: Modelo predictivo sobre
la elección de los mutualistas de su modelo sanitario
y escenarios futuros

Diciembre 2023



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Índice

- 1.** Presentación del informe.
- 2.** Metodología del estudio.
- 3.** Resumen ejecutivo.
- 4.** Introducción al mutualismo administrativo.
- 5.** Caracterización de la población mutualista.
- 6.** Modelo predictivo sobre los criterios de elección de los mutualistas.
- 7.** Modelo de financiación.
- 8.** Accesibilidad y calidad de la atención sanitaria al mutualista.
- 9.** Escenarios futuros:
 - 9.1.** Escenario 1: impacto económico y social por la posible desaparición del mutualismo administrativo.
 - 9.2.** Escenario 2: continuidad del mutualismo administrativo y elementos a considerar para su sostenibilidad.
- 10.** Bibliografía.

Presentación del informe

La elaboración de este informe se enmarca entre los objetivos de la **Cátedra Extraordinaria de Salud Sostenible y Responsable**, puesta en marcha durante 2022 por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE), que supone el inicio de una excelente oportunidad de colaboración entre el ámbito académico y el empresarial.

La Cátedra, como entidad neutral e independiente, surge como consecuencia de la necesidad de contar con un medio que analice y valore los cambios que se están produciendo en el Sistema Sanitario, y de forma transparente los ponga en conocimiento de los diferentes agentes que integran el sistema y del público en general, con el objetivo de identificar propuestas de mejora que ayuden a aquellos a la toma de las mejores decisiones posibles.

Para ello, la Cátedra está llevando a cabo la realización de una serie de estudios orientados a analizar la realidad del Sector Sanitario con el objetivo de optimizarlo, así como de mejorar la atención sanitaria y la salud de los ciudadanos.



En el primer informe elaborado por la Cátedra *“Un sistema sanitario en transformación. Los retos del aseguramiento privado en España”*, se identificaron 10 grandes retos:

1. Mejorar la transparencia de las pólizas de salud y dotarlas de mayor claridad, concreción y sencillez con el fin de facilitar el entendimiento a los ciudadanos.
2. Garantizar la continuidad de la prestación sanitaria del asegurado, con independencia de su patología y de su edad.
3. Transformar el seguro de asistencia sanitaria en un seguro de salud.
4. Garantizar el acceso a técnicas y tratamientos innovadores.
5. Garantizar la sostenibilidad de la prestación sanitaria privada.
6. Innovar en modelos de gestión que disminuyan la saturación del sistema privado de salud.
7. Colaborar y apoyar medidas orientadas a la incorporación de un mayor número de profesionales que permitan garantizar la calidad de la atención sanitaria privada.
8. Establecer el futuro del modelo del mutualismo administrativo que permita ofrecer una atención sostenible y de calidad.

9. Llevar a cabo una transformación digital en beneficio de la salud del asegurado con responsabilidad bioética.

10. Favorecer la integración de la atención sanitaria y de la atención social, e incorporar y desarrollar programas de salud mental para todos sus asegurados.

En base a los retos identificados, y dada la trascendencia del modelo del mutualismo administrativo, así como considerando que en el momento actual se está poniendo en cuestión su continuidad, se ha decidido que el segundo informe a elaborar por la Cátedra esté encaminado al análisis del modelo del mutualismo administrativo y a definir sus posibles escenarios futuros.

En este sentido, este nuevo estudio está orientado a la consecución de los siguientes objetivos:

- Caracterizar a la población mutualista.
- Definir un modelo predictivo sobre la elección que realizan los mutualistas.
- Analizar el modelo de financiación.
- Revisar la accesibilidad y calidad de la asistencia sanitaria prestada al mutualista.
- Establecer los posibles escenarios futuros del modelo, analizando su aportación económica y social.

Metodología del estudio

Para la elaboración de este informe se ha contado con la **colaboración de MUFACE**, cuya aportación de datos ha sido fundamental para el análisis de ciertos apartados, especialmente aquellos relativos a la caracterización de la población mutualista y a la definición del modelo predictivo sobre la elección de los mutualistas. La aportación de datos realizada por MUFACE se ha realizado bajo un acuerdo de confidencialidad y la información relativa a sus mutualistas se ha proporcionado de forma anonimizada. Desde la Cátedra de Salud Sostenible y Responsable nos sentimos muy satisfechos, por lo que les transmitimos nuestro más profundo agradecimiento por sus aportaciones y el tiempo dedicado.

El interés de la Cátedra era conseguir la participación de las tres mutualidades que integran el mutualismo administrativo: MUFACE, ISFAS y MUGEJU. Sin embargo, solo hemos podido contar con la colaboración de MUFACE, aunque debido a su alto nivel de representatividad en el sector, consideramos sus datos suficientemente relevantes para el estudio y para las conclusiones obtenidas. Asimismo, hubiera sido interesante para el estudio haber podido contar con información cuantitativa de las compañías aseguradoras, aunque finalmente no se ha podido obtener.

A nivel metodológico, nos gustaría destacar que se ha realizado un estudio estadístico completo y que los diferentes análisis realizados, tanto los cuantitativos como los cualitativos, se han llevado a cabo fundamentalmente sobre los datos del último año disponible (2022), los cuales en algunos ca-

sos varían en función de las fuentes consultadas. Asimismo, se han realizado todos los análisis a nivel provincial, salvo en algunos casos en los que sólo se disponía de información a nivel autonómico.

Al comienzo de cada apartado, se detalla la metodología utilizada y el alcance de cada análisis. Asimismo, todas las fuentes consultadas se detallan a lo largo del documento, así como en el apartado 10 correspondiente a la bibliografía.

También nos gustaría agradecer la participación de los sindicatos **Central Sindical e Independiente de Funcionarios (CSIF)**, **Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO)** y **Unión General de Trabajadores (UGT)** cuyas aportaciones realizadas a través de entrevistas han permitido conocer la visión de los mutualistas y enriquecer enormemente este estudio.

El grupo de trabajo multidisciplinar que ha participado en la elaboración de este segundo informe de la Cátedra de Salud Sostenible y Responsable ha estado formado por los Profesores Ana Rosado Cubero (economista), Sonia Juárez Boal (ingeniero industrial) y Adolfo Hernández Estrada (matemático), por parte de la Universidad Complutense de Madrid, y por Daniel Pallarés Beas (administración de empresas), todos ellos coordinados por Madimer Consulting. Mención especial merece el Doctor Antonio Burgueño Carbo-nell, cuyo conocimiento y aportaciones han sido claves para la consecución de los objetivos del estudio.

Resumen ejecutivo

El mutualismo administrativo es un mecanismo de cobertura del Régimen Especial de la Seguridad Social, integrado por tres grandes mutualidades: la **Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**, la **Mutualidad General Judicial (MUGEJU)** y el **Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)**.

Este informe se orienta al **análisis en profundidad de MUFACE**, ya que ha sido la única mutualidad que ha colaborado en su elaboración a través de la aportación de los datos relativos a sus mutualistas.

MUFACE alcanzó cerca de **1,5 millones de mutualistas en 2022**, de los que el 70% eran titulares y el 30% beneficiarios. En los últimos 10 años, el número total de mutualistas se ha reducido en un 5,1%, aunque el número de titulares ha experimentado un aumento del 5,5% en el periodo 2013-2022, el descenso en el número de mutualistas viene propiciado por una caída del 23% en el número de beneficiarios.

Geográficamente, las cinco provincias con mayor presencia de mutualistas son Madrid (16%), Barcelona (7%), Valencia (6%), Sevilla (5%) y Málaga (4%). Por su parte, las cinco provincias o ciudades autónomas con menor representatividad son Álava (0,2%), Soria (0,3%), Ceuta (0,3%), Melilla (0,3%) y Teruel (0,3%).

En relación con la **caracterización de los mutualistas titulares de MUFACE**, que son los que toman la decisión sobre el tipo de prestación sanitaria a recibir, **las mujeres representan el 55% de los mutualistas**, mientras que los hombres suponen el 45%.

Los mutualistas titulares tienen una **edad media de 57,2 años**, edad que se ha incrementado en 3 años en el periodo objeto de estudio (2013-2022).

El **61,7% de los mutualistas están en activo**, mientras que el 38,3% restante son **mutualistas jubilados**. El porcentaje de los mutualistas jubilados se ha incrementado en 9,2 puntos porcentuales en los últimos 10 años, pasando de representar el 29,1% en 2013 al 38,3% en 2022.

El **número de beneficiarios** se ha reducido significativamente en los últimos años, pasando de los 0,59 beneficiarios por mutualista en 2013 a los 0,43 registrados en 2022.

Respecto a los puestos de funcionarios de la Administración Pública, estos se organizan en 4 grupos, en función de su nivel de titulación, fijándose un grupo A, con dos subgrupos A1 y A2, un grupo B, un grupo C, que a su vez cuenta con los subgrupos C1 y C2, y un grupo E. **La mayor parte de los mutualistas titulares de MUFACE pertenecen al grupo A. Concretamente, el 41,9% corresponde al grupo A2, el 33,8% al grupo A1, el 17,3% al C1, el 6,7% al C2 y el 0,2% al grupo E.**

Los mutualistas pueden elegir cada año entre recibir su atención sanitaria a través del sistema público o el privado. **El porcentaje de mutualistas titulares de MUFACE que deciden recibir la asistencia sanitaria privada a través de una entidad aseguradora** frente a los que optan por el sistema público, se sitúa en el **72,9%**, siendo esta **cifra superior al 90% en ISFAS y MUGEJU**.

A pesar del **deterioro que en los últimos años viene sufriendo la sanidad pública y de su consecuente aumento de las listas de espera**, el **porcentaje de mutualistas de MUFACE que optan por la asistencia privada se ha reducido en 9,2 puntos** porcentuales en los últimos diez años, habiendo pasado de representar el 81,9% en 2013 al 72,9% en 2022.

Respecto a la **caracterización de los mutualistas titulares en función de la compañía aseguradora** seleccionada, se puede concluir que:

- **DKV** es la aseguradora que cuenta con la menor edad media, con el mayor número de beneficiarios por mutualista, con un mayor porcentaje de mujeres, así como de mutualistas activos y de mutualistas correspondientes a los grupos A1 y A2.
- **Asisa**, por el contrario, es la aseguradora que registra una edad media más elevada, que cuenta con un menor número de beneficiarios y que registra un mayor porcentaje de mutualistas jubilados.
- **SegurCaixa Adeslas**, que es la compañía que elige un mayor número de mutualistas titulares para recibir su asistencia sanitaria, se encuentra en una posición intermedia entre Asisa y DKV en la mayoría de las variables analizadas.

Con el fin de predecir el **comportamiento de los mutualistas** a la hora de elegir entre sanidad pública o privada, se ha diseñado un **modelo estadístico logístico** binario con método de construcción por pasos hacia delante que predice correctamente la decisión que tomarán los mutualistas titulares en un 73,4% de los casos, porcentaje que se eleva al **95,9%** cuando la elección que realiza el mutualista es la de ser atendido a través de una compañía aseguradora.

Las variables analizadas en el modelo han sido destacadas por el método estadístico como las más significativas para la toma de decisiones por el mutualista y se agrupan en **variables endógenas**, aquellas que corresponden a la caracterización de los mutualistas, como el género, la edad o su situación laboral, y en **variables exógenas**, aquellas ajenas a los mutualistas, pero que pueden influir en la toma de decisión de los mismos, como la penetración del seguro privado en su provincia, las listas de espera o los conciertos, entre otras.

En base a todas estas variables y a la luz de los resultados del modelo predictivo, se pueden **determinar los factores que más influyen en su elección entre sanidad pública y privada**. En este caso, los factores más representativos por orden de relevancia son:

- **Grupo administrativo al que pertenece el mutualista titular:** existe una mayor probabilidad de elegir la sanidad privada frente a la sanidad pública a medida que disminuye el nivel del grupo administrativo.
- **Penetración del seguro privado:** a mayor penetración en una provincia existe una mayor tendencia a que los mutualistas titulares de MUFACE elijan la sanidad privada.
- **Edad del mutualista titular:** se da una mayor probabilidad de elegir la sanidad privada frente a la sanidad pública a medida que aumenta el rango de edad.
- **Género del mutualista titular:** los mutualistas de género masculino eligen la sanidad privada en mayor medida que las mujeres.
- **Situación laboral del mutualista titular:** es mayor la probabilidad que un mutualista jubilado elija una aseguradora privada frente a un mutualista en activo.
- **Número de beneficiarios del mutualista titular:** a mayor número de beneficiarios a su cargo, mayor la probabilidad de que un mutualista elija ser atendido a través de una aseguradora privada.

Respecto a la **financiación del modelo** del mutualismo administrativo, el gasto sanitario público estimado para 2023 es de 1.608 euros, mientras que la prima media ponderada de MUFACE es de 1.014 euros, por lo que la diferencia de **594 euros** existente por mutualista y año es muy significativa. Si se aplica este diferencial al conjunto de los mutualistas (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), se calcula que el modelo de mutualismo aporta un ahorro al Estado superior a los **1.000 millones de euros al año**.

Más allá del diferencial existente entre los dos valores, es muy llamativa **la diferencia que se registra en el incremento experimentado** por ambos en los últimos 10 años. Así, mientras que el gasto sanitario público ha registrado un incremento del 54,3% en el periodo 2014-2023, el aumento en la prima MUFACE ha sido de tan sólo un 31,4%, lo que supone un **diferencial de 22,9 puntos porcentuales**.

Por otro lado, se estima que en los últimos años las entidades aseguradoras han trasladado tan sólo el **50% de la subida de la prima a los grandes prestadores sanitarios**, como son los grupos hospitalarios. En este caso, se trata de una estimación a alto nivel, teniendo en cuenta que este impacto puede variar en función del tamaño del prestador, de la compañía aseguradora, de la ubicación geográfica del mutualista y de la actividad asistencial a realizar. Así, si el prestador tiene menor poder de negociación, como pueden ser los hospitales independientes, los centros médicos y/o los médicos que tiene una consulta propia, se calcula que la mejora que les han trasladado las compañías aseguradoras ha sido sensiblemente inferior.

A pesar de la mejora de la prima media de MUFACE en el último concierto, **la siniestralidad de las compañías aseguradoras en relación con los mutualistas ha sido superior al 100% en los últimos dos años**, como consecuencia principalmente de la **subida de costes**, el **aumento de la edad media** y de la frecuentación de los mutualistas.

A nivel de **accesibilidad y calidad** de la atención, el mutualista percibe una **pérdida de calidad en la prestación del servicio en los últimos años**, seguramente debida a una financiación insuficiente del servicio. Asimismo, se ha acentuado la **pérdida de accesibilidad** a la atención sanitaria, como puede verse en la **reducción en el número de hospitales y centros médicos concertados que prestan servicio al mutualista**, la eliminación de los **servicios de urgencias** en determinados centros y la reducción en el número de especialistas y centros concertados, especialmente en la especialidad de **Oncología**.

Otros aspectos reseñables relacionados con la accesibilidad y la calidad en la atención son, entre otros, el incremento de los tiempos de espera, la concertación con tan solo una parte de los recursos privados disponibles en determinadas provincias, el aumento de los plazos de respuestas en la autorización de ciertos procedimientos y la no actualización de los cuadros médicos en tiempo y forma.

En relación con el futuro del mutualismo se han planteado **dos posibles escenarios**:

Escenario 1: Desaparición del modelo

En relación con el impacto en la sanidad privada, se estima que el **sector asegurador** dejaría de facturar más de **1.700 millones de euros al año**, correspondientes al volumen de primas del mutualismo administrativo (en 2022), lo cual representa aproximadamente un 14% de su facturación.

En el caso de los **prestadores hospitalarios privados**, se estima que dejarían de facturar unos **1.000 millones de euros** aproximadamente, correspondiente aproximadamente a un 8% de la facturación total del sector.

La desaparición del modelo supondría que los mutualistas dejarían desocupadas en la red hospitalaria privada un total de **2.041 camas a nivel nacional**. El grado de este impacto varía en función de cada provincia. En este sentido, un total de **19 provincias** tendrían un **serio riesgo de cierre de hospitales**, concentrándose la mayor parte de ellas en las comunidades de Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla y León.

Si el mutualismo administrativo desapareciera, la **Sanidad Pública** tendría que asumir la totalidad de la actividad de los mutualistas que actualmente reciben en el sistema privado. En este caso, se estima un **impacto en términos económicos de más 1.000 millones de euros**, que corresponden a la diferencia existente actualmente entre la prima de MUFACE y el gasto sanitario total, teniendo en cuenta el número actual de mutualistas que se decantan por la sanidad privada.

A nivel de infraestructuras, el sistema público precisaría de 3.975 camas adicionales, lo que supondría un 3,8% adicional a la capacidad actual a nivel nacional. Esto, que a priori podría parecer un impacto moderado, en algunas provincias sería muy complicado de absorber por el sistema público, especialmente en Madrid, Sevilla, Valencia, Barcelona, Cádiz y Málaga, entre otras.

En cuanto a las listas de espera en el sistema público, éstas se verían incrementadas considerablemente a nivel nacional. En este sentido, la lista de espera de consultas externas se incrementaría en un **266%**, mientras que la lista de espera quirúrgica registraría un incremento del **115%**.

Escenario 2: Continuidad del mutualismo administrativo y elementos a considerar para su sostenibilidad.

La sostenibilidad del modelo del mutualismo administrativo en España es un tema relevante y complejo que involucra diversos factores económicos, políticos y sociales. Las principales **recomendaciones clave** para su sostenibilidad están relacionadas con los siguientes aspectos:

- 1) Incremento de la financiación.
- 2) Mejora de la eficiencia y la gestión de los recursos en la sanidad privada.
- 3) Cambio de modelo en la atención primaria de los mutualistas.
- 4) Uso racional de los servicios de salud por parte de los mutualistas.
- 5) Uso de la Inteligencia Artificial (IA) para la segmentación de clientes y la oferta de soluciones flexibles por parte de las compañías aseguradoras adaptadas al mutualista.
- 6) Investigación y análisis de nuevos modelos de colaboración entre los agentes participantes en el mutualismo administrativo

En resumen, **la sostenibilidad del mutualismo requiere una combinación de financiación adecuada, eficiencia en la gestión, enfoque en la prevención, adopción de innovaciones en la atención médica y en la gestión, así como la colaboración estratégica de todos los agentes de la cadena de valor.** El abordaje de estos desafíos de manera integral puede contribuir a garantizar la calidad y accesibilidad de la atención médica a largo plazo y la sostenibilidad del modelo.



Introducción al mutualismo administrativo

Antecedentes del mutualismo administrativo:

Tres son las mutualidades que componen lo que se conoce hoy en día como “Mutualismo Administrativo”: la **Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**, la **Mutualidad General Judicial (MUGEJU)** y el **Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)**. Entendiendo por mutualismo aquel sistema de asociación de afectados por unos mismos riesgos, constituidos en mutualidades o figuras afines, donde la parte aseguradora y asegurada es la colectividad y donde cada mutualista contribuye de forma proporcional, mediante cuotas fijas o variables, a un fondo común que atenderá las necesidades cubiertas.

Tal y como recoge D. Julio González Díez en su artículo **“Antecedentes históricos del Mutualismo Administrativo y su relación con la protección social en España”**, disponible en la web de MUFACE, la historia del mutualismo administrativo como régimen de protección tiene sus orígenes más remotos en las primigenias entidades organizadas como sistemas mutuales, que ya existían en la Edad Media. Es en el siglo XVI cuando surgen las hermandades de socorro, que en el siglo XVIII dan paso a los montepíos.

Es en el reinado de Carlos III cuando se tutela por el Estado la creación de montepíos para los funcionarios, siendo el primero el militar. Rápidamente fueron ampliándose al ámbito civil. Así, en 1763 se crea el Montepío de Ministerios y Tribunales, y en 1764 el de Oficinas de la Real Hacienda. En 1831, el Estado decidió la absorción de los Montepíos creados asumiendo su fondo, y también sus obligaciones, con cargo a los Presupuestos del Estado.

No es hasta 1900 cuando se produce el cambio crucial con la promulgación de la Ley de Accidentes de Trabajo, y la creación de mutuas de accidentes. Posteriormente, en 1906 se crea la Inspección de Trabajo, y en 1908 el Instituto Nacional de Previsión, germen del actual sistema de Seguridad Social.

Las reformas llevadas a cabo en el sistema de seguros obligatorios de los años 40 del siglo XX no afectaban a los funcionarios, salvo en caso de accidentes de servicio. Sin embargo, es conveniente puntualizar que la protección social de los funcionarios quedaba garantizada por tres vías: en primer lugar, se reconocen derechos en el Estatuto o Ley respectiva de Función Pública; en segundo lugar, por los sistemas mutuales que habían sobrevivido; y la tercera vía, que son los derechos pasivos.

En los años 40, los funcionarios tenían dos carencias importantes: la **asistencia sanitaria-farmacéutica y la cuantía de las pensiones**, vinculadas a un sueldo regulador que estuvo congelado durante años.

Ese fue el motivo del resurgir de los antiguos montepíos, que en ese momento se llamaron indistintamente mutualidades o montepíos, y que comenzaron a crear prestaciones de jubilación, y supervivencia, que complementarían a las de clases pasivas.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 marcó un **hito en la protección social de los funcionarios** en España

A photograph of a building facade. The upper part of the building features a series of horizontal slats. Mounted on these slats is a large, red, three-dimensional sign that reads "HOSPITAL" in all capital letters. Below the slatted section is a plain, light-colored wall. At the bottom of the image, two windows with dark frames are visible. The sky above the building is a clear, pale blue.

HOSPITAL

Alguno de los antiguos montepíos había sobrevivido en un régimen de voluntariedad. Tanto estos como las nuevas mutualidades creadas a la luz de la Ley de Mutualidades de 1941, forman la nueva etapa del mutualismo administrativo, que perdurará hasta 1975. Las mutualidades eran corporaciones de derecho público dotadas de plena capacidad jurídica y patrimonial y que no formaban parte de la Administración del Estado.

El Estado crea estas mutualidades con la intención de que su ámbito de actuación fuera el ministerial, pero finalmente se originan muchas más, y con diferentes objetivos:

- Atender a determinados cuerpos de funcionarios. Por ejemplo, dentro del Ministerio de Hacienda se crean la Mutualidad Benéfica del Cuerpo de Abogados del Estado, la Mutualidad del Personal de Aduanas, la Mutualidad del Cuerpo de Ingenieros Industriales al servicio de la Hacienda Pública, o la Mutua Benéfica de Porteros al servicio del Ministerio de Hacienda.
- Cubrir distintos niveles de funcionarios, como la Mutualidad de Auxiliares o de Subalternos, o la Mutualidad del Cuerpo de Porteros de los Ministerios Civiles.
- Responder a la propia estructura orgánica de los departamentos ministeriales. Así, en Educación y Ciencia se crean cuatro mutualidades adicionales en función de las diversas enseñanzas existentes: Primaria, Instituto, Escuelas Técnicas y Universidad. Lejos de organizar una uniformidad protectora a los funcionarios, continua-

ron las mismas desigualdades que en épocas pasadas, lo que ocasionó una diferencia de aportaciones y de prestaciones difícilmente justificable. Asimismo, muchos empleados públicos no tenían cobertura de ninguna mutualidad.

El hito en la protección social en España se produce en 1963 con la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social, ya que establece que entre los regímenes especiales que se permiten, se incluya el de funcionarios. Dicha ley diferenciaba funcionarios civiles del Estado, de Justicia, Militares, de Administración Institucional y de Administración Local. Posteriormente, tanto los funcionarios del Estado, como los funcionarios de Justicia y los militares fueron ratificados en su condición de pertenecientes a derechos pasivos, quedando los de ámbito local y los de otras instituciones fuera del sistema.

A principios de los años 70 surge la necesidad de aglutinar la acción mutual dispersa, fragmentada y desigual, existente en ese momento, para adecuarla a los principios de universalidad y homogeneidad de la Seguridad Social, teniendo en cuenta el precedente de la MUNPAL (1960), en la que una sola mutualidad englobaba a todos los trabajadores de todos los entes municipales.

Le siguieron dos nuevas normas: la Ley 28/1975, de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, creadora del ISFAS, la 29/1975 de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, creadora de MUFACE, y posteriormente el Real Decreto 16/1978 creador de MUGEJU.

Así pues, la historia de **MUFACE** se remonta a la Ley 29/ 1975, de 27 de junio, fecha en la que se crea un **organismo único de adscripción obligatoria para todos los funcionarios civiles**. Al año siguiente, el Decreto 843/1976, de 18 de marzo, viene a establecer el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

La reforma adoptó como solución promover una Mutuality única, lo que garantizaría el fin de las desigualdades, una cobertura a todos los funcionarios y una adecuación de las prestaciones a las establecidas en el Régimen General, a cambio de asumir las cargas de las mutualidades existentes.

Se preveía que unos 300.000 funcionarios formarían parte de la nueva Mutuality. En aquel momento, el colectivo de empleados públicos no disponía de un sistema unificado de Seguridad Social, aparte de que el 90% del colectivo presentaba una asistencia sanitaria deficiente, muy inferior a la del resto de los ciudadanos. Hoy día, la Mutuality también lleva a cabo, como función secundaria, la gestión de las pensiones y prestaciones de las antiguas mutualidades de funcionarios, un total de 29, que optaron por integrarse en el Fondo Especial.

Desde su creación, el objetivo fundamental de MUFACE es la gestión del mutualismo administrativo, que, junto con el Régimen de Clases Pasivas, gestionadas por la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas, vienen a constituir el Régimen Especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

En el caso de **ISFAS**, Organismo Autónomo adscrito al Ministerio de Defensa e integrado en su Subsecretaría, posee personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio y tesorería propios, así como autonomía de gestión.

Tiene a su cargo la gestión del Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, la Guardia Civil, el personal estatutario del CNI y el personal civil de cuerpos adscritos al Ministerio de Defensa con excepción de las pensiones de jubilación, invalidez, muerte y supervivencia que corresponden al Régimen de Clases Pasivas.

MUGEJU, por su parte, es un organismo autónomo adscrito a la Secretaría de Estado del Ministerio de Justicia, dotado de personalidad jurídica diferenciada, patrimonio y tesorería propios, así como autonomía de gestión y plena capacidad jurídica y de obrar, en los términos establecidos para los organismos autónomos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Tiene como finalidad gestionar y prestar de forma unitaria para los miembros de las carreras, cuerpos y escalas de la Administración de Justicia, para los funcionarios en prácticas al servicio de dicha Administración y para los letrados de carrera que integran el Cuerpo de Letrados del Tribunal Constitucional, los mecanismos de cobertura del Sistema de Mutualismo Judicial establecidos en el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de Administración de Justicia.

La creación de MUFACE en 1975 unificó la cobertura de seguridad social para los funcionarios civiles en España, abordando desigualdades previas y mejorando la asistencia sanitaria

Población cubierta:

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el mutualismo administrativo es un mecanismo de cobertura del Régimen Especial de la Seguridad Social, formado por tres grandes mutualidades:

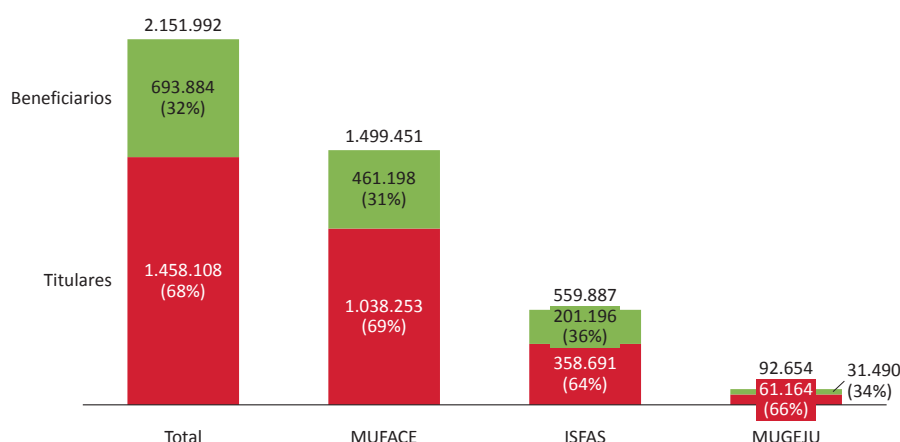
- **Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).**
- **Mutualidad General Judicial (MUGEJU).**
- **Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).**

Las mutualidades conciertan la provisión de la asistencia sanitaria con entidades de seguro privadas y con el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), abonando a las entidades concertadas una cuota capitativa mediante una prima mensual por persona protegida.

Según los últimos datos públicos disponibles en las memorias de las tres mutualidades, MUFACE es la mutualidad más numerosa con un total de 1.499.451 mutualistas, de los que 1.038.253 (69%) son titulares y 461.198 (31%) son beneficiarios. ISFAS es la segunda mutualidad en número de mutualistas con un total de 559.887, de los que 358.691 (65%) son titulares y 201.196 (36%) son beneficiarios. MUGEJU, por su parte, cuenta con 92.654 mutualistas, de los que 61.164 (66%) son titulares y 31.490 (34%) son beneficiarios.

MUFACE es la mutualidad en donde el porcentaje de beneficiarios respecto a titulares es menor (31%), mientras que ISFAS es la mutualidad en donde este porcentaje es mayor (36%). MUGEJU se sitúa en un punto intermedio (34%).

Gráfico 1 Distribución de los mutualistas por mutualidad, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las memorias de MUFACE (2022), ISFAS (2022) Y MUGEJU (2021).

Geográficamente, las provincias que cuentan con un mayor número de mutualistas son Madrid (17,2%), Barcelona (5,6%), Valencia (5,1%), Sevilla (4,8%) y Cádiz (4,2%). Por el contrario, las provincias con una menor presencia de mutualistas son Soria (0,3%), Álava (0,3%), Teruel (0,3%), Palencia (0,4%) y Cuenca (0,5%).

Las provincias que cuentan con un mayor número de mutualistas son **Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Cádiz**

Gráfico 2 Distribución de los mutualistas por provincia y mutualidad, 2021

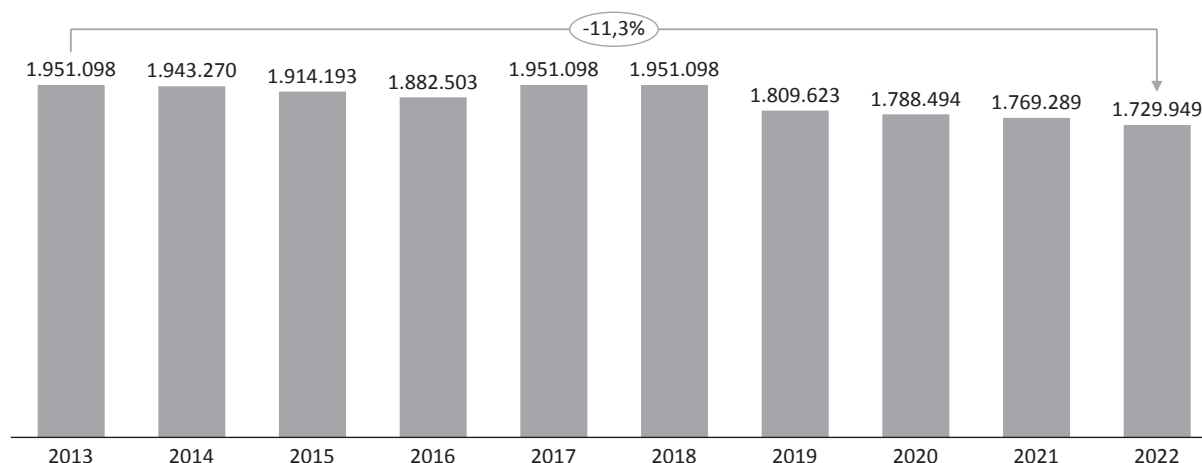
Provincia	MUFACE			ISFAS			MUGEJU			Total			
	Mutualistas	Beneficiarios	Total	Mutualistas	Beneficiarios	Total	Mutualistas	Beneficiarios	Total	Mutualistas	Beneficiarios	Total	%
Madrid	184.978	71.464	256.442	65.640	33.319	98.959	10.140	4.808	14.948	260.758	109.591	370.349	17,2%
Barcelona	76.477	27.350	103.827	5.363	2.006	7.369	5.954	2.357	8.311	87.794	31.713	119.507	5,6%
Valencia	55.504	26.439	81.943	13.830	8.117	21.947	4.002	2.243	6.245	73.336	36.799	110.135	5,1%
Sevilla	46.699	27.887	74.586	13.764	10.866	24.630	2.629	1.810	4.439	63.092	40.563	103.655	4,8%
Cádiz	28.447	15.889	44.336	25.244	18.714	43.958	1.509	1.038	2.547	55.200	35.641	90.841	4,2%
Murcia	34.351	18.665	53.016	16.824	9.604	26.428	1.965	1.348	3.313	53.140	29.617	82.757	3,8%
Málaga	36.858	20.824	57.682	8.971	5.599	14.570	2.456	1.594	4.050	48.285	28.017	76.302	3,5%
A Coruña	29.543	12.294	41.837	14.926	6.690	21.616	1.771	838	2.609	46.240	19.822	66.062	3,1%
Alicante	34.622	16.202	50.824	6.711	3.648	10.359	1.890	1.009	2.899	43.223	20.859	64.082	3,0%
Zaragoza	22.683	9.016	31.699	17.642	6.851	24.493	1.627	709	2.336	41.952	16.576	58.528	2,7%
Granada	27.039	14.230	41.269	7.533	5.380	12.913	1.734	1.115	2.849	36.306	20.725	57.031	2,7%
Las Palmas	24.044	9.966	34.010	10.362	5.597	15.959	1.554	716	2.270	35.960	16.279	52.239	2,4%
Asturias	25.492	9.155	34.647	6.265	2.921	9.186	1.756	666	2.422	33.513	12.742	46.255	2,1%
Córdoba	19.970	11.018	30.988	8.245	5.325	13.570	957	659	1.616	29.172	17.002	46.174	2,1%
Pontevedra	22.312	9.771	32.083	7.833	4.007	11.840	1.348	719	2.067	31.493	14.497	45.990	2,1%
Badajoz	17.440	9.303	26.743	8.201	5.582	13.783	669	400	1.069	26.310	15.285	41.595	1,9%
Santa Cruz de Tenerife	21.090	8.481	29.571	6.065	3.478	9.543	1.204	534	1.738	28.359	12.493	40.852	1,9%
Islas Baleares	19.657	9.418	29.075	5.898	2.290	8.188	1.211	482	1.693	26.766	12.190	38.956	1,8%
Jaén	15.986	8.589	24.575	8.729	3.175	11.904	775	519	1.294	25.490	12.283	37.773	1,8%
Almería	16.319	8.472	24.791	6.848	4.295	11.143	784	487	1.271	23.951	13.254	37.205	1,7%
Valladolid	14.191	5.875	20.066	5.345	3.014	8.359	1.053	594	1.647	20.589	9.483	30.072	1,4%
Toledo	12.797	7.183	19.980	4.886	3.690	8.576	538	324	862	18.221	11.197	29.418	1,4%
León	12.436	4.466	16.902	6.694	3.533	10.227	822	373	1.195	19.952	8.372	28.324	1,3%
Cáceres	11.143	5.211	16.354	7.117	2.279	9.396	549	287	836	18.809	7.777	26.586	1,2%
Cantabria	13.385	5.626	19.011	2.896	1.794	4.690	947	519	1.466	17.228	7.939	25.167	1,2%
Huelva	11.554	6.920	18.474	3.090	2.353	5.443	491	337	828	15.135	9.610	24.745	1,1%
Castellón	13.026	6.445	19.471	2.487	1.425	3.912	528	294	822	16.041	8.164	24.205	1,1%
Salamanca	11.021	4.448	15.469	4.864	2.808	7.672	519	236	755	16.404	7.492	23.896	1,1%
Tarragona	13.891	6.484	20.375	1.457	670	2.127	685	314	999	16.033	7.468	23.501	1,1%
Ciudad Real	11.786	5.652	17.438	3.054	2.141	5.195	457	265	722	15.297	8.058	23.355	1,1%
Girona	13.184	6.327	19.511	1.884	617	2.501	582	242	824	15.650	7.186	22.836	1,1%
Albacete	10.232	5.355	15.587	3.495	2.316	5.811	583	392	975	14.310	8.063	22.373	1,0%
Navarra	11.299	5.010	16.309	3.151	1.570	4.721	651	297	948	15.101	6.877	21.978	1,0%
Vizcaya	12.418	3.114	15.532	1.748	778	2.526	1.488	614	2.102	15.654	4.506	20.160	0,9%
Ávila	12.967	2.326	15.293	1.446	932	2.378	185	89	274	14.598	3.347	17.945	0,8%
Burgos	8.341	2.725	11.066	4.153	1.716	5.869	690	281	971	13.184	4.722	17.906	0,8%
Lugo	9.385	3.235	12.620	2.200	1.033	3.233	396	141	537	11.981	4.409	16.390	0,8%
Melilla	2.890	2.007	4.897	5.559	4.411	9.970	142	77	219	8.591	6.495	15.086	0,7%
Ourense	7.867	2.889	10.756	2.241	1.141	3.382	560	284	844	10.668	4.314	14.982	0,7%
Lleida	8.706	3.445	12.151	1.507	448	1.955	342	173	515	10.555	4.066	14.621	0,7%
La Rioja	7.004	2.738	9.742	2.723	1.473	4.196	396	184	580	10.123	4.395	14.518	0,7%
Ceuta	2.973	1.717	4.690	5.126	4.395	9.521	169	106	275	8.268	6.218	14.486	0,7%
Huesca	5.567	2.075	7.642	3.383	1.543	4.926	207	76	283	9.157	3.694	12.851	0,6%
Guadalajara	5.209	2.393	7.602	2.074	1.453	3.527	274	129	403	7.557	3.975	11.532	0,5%
Segovia	4.843	2.003	6.846	2.237	1.176	3.413	186	86	272	7.266	3.265	10.531	0,5%
Zamora	5.023	1.976	6.999	2.013	1.141	3.154	246	116	362	7.282	3.233	10.515	0,5%
Guipúzcoa	6.130	1.392	7.522	1.369	616	1.985	523	179	702	8.022	2.187	10.209	0,5%
Cuenca	5.127	2.373	7.500	1.408	902	2.310	190	75	265	6.725	3.350	10.075	0,5%
Palencia	4.564	1.843	6.407	1.278	755	2.033	227	92	319	6.069	2.690	8.759	0,4%
Teruel	3.382	1.676	5.058	994	610	1.604	128	67	195	4.504	2.353	6.857	0,3%
Álava	3.182	727	3.909	1.061	518	1.579	323	119	442	4.566	1364	5.930	0,3%
Soria	3.219	1.109	4.328	725	404	1.129	152	77	229	4.096	1.590	5.686	0,3%
Total	1.038.253	461.198	1.499.451	358.691	201.196	559.887	61.164	31.490	92.654	1.458.108	693.884	2.151.992	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las memorias de MUFACE (2022), ISFAS (2022) Y MUGEJU (2021).

Bajo el modelo de mutualismo administrativo, los funcionarios pueden elegir de **forma libre** si quieren ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud o por una entidad aseguradora con el mismo nivel de prestaciones.

En este sentido, en 2022 optaron por la asistencia privada **1.729.949 funcionarios**¹. La evolución del número de mutualistas en los últimos años está sumida en una **tendencia decreciente**, habiendo pasado de suponer 1.951.098 mutualistas en 2012 a 1.729.949 en 2022, lo que supone un descenso del 11,3% en el periodo analizado.

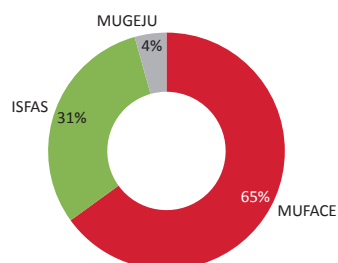
Gráfico 3 Evolución del número de mutualistas que eligen ser atendidos a través de una entidad aseguradora, 2013-2022



Fuente: ICEA, El Seguro de Salud, años 2013-2022.

En relación con la distribución de los mutualistas que eligen ser atendidos a través de una compañía aseguradora, el 65% pertenece a MUFACE, el 31% a ISFAS y el 4% a MUGEJU².

Gráfico 4 Distribución de los mutualistas que eligen ser atendidos a través de una entidad aseguradora por mutualidad, 2022



Fuente: ICEA, El Seguro de Salud, año 2022.

¹ ICEA. El Seguro de Salud 2022.

² ICEA. El Seguro de Salud 2022.

Concierto de asistencia sanitaria 2022-2024:

El objeto del concierto entre las tres mutualidades y las entidades aseguradoras firmantes es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y sus beneficiarios que opten por recibir la asistencia a través de la entidad aseguradora.

La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el presente Concierto que incluirá, cuando menos, la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud. La Cartera de Servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Para hacer efectiva la prestación sanitaria, la entidad aseguradora pondrá a disposición del colectivo protegido todos los medios propios o concertados precisos. En aquellos casos en los que excepcionalmente la aseguradora no dispusiera de tales medios, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados.

Como en ocasiones anteriores, cuando se licita un nuevo concierto de asistencia sanitaria, se han producido cambios (altas y bajas) en los medios y recursos sanitarios ofertados por las entidades concertadas. Esta reordenación de los medios concertados no supone ninguna disminución de coberturas que, en todo caso, están garantizadas por el propio Concierto.

Así, el Concierto dispone de varias garantías de protección de los mutualistas, entre las que destacan el principio de continuidad asistencial con el mismo facultativo o en el mismo centro o servicio para personas mutualistas sometidas a tratamientos patológicos graves, incluidos los oncológicos, psiquiátricos o de diálisis, o la obligación de la entidad aseguradora de hacerse cargo de la asistencia del medio de elección del mutualista si no le ofrece una alternativa asistencial válida.

El nuevo concierto estipula un único periodo anual para el cambio ordinario de entidad en el mes de enero de cada año de vigencia del mismo.

El nuevo concierto de asistencia sanitaria cuya vigencia finaliza en 2024, y aunque existen algunas diferencias entre los conciertos de cada mutualidad, presenta una serie de novedades con respecto al anterior concierto como son, entre otras:

- **Duración del contrato.**
- **Mejora de la financiación.**
- **Ampliación de coberturas.**

La **ampliación de la duración del concierto** de dos a tres años permite garantizar la estabilidad del modelo, proporcionando la cobertura sanitaria de los mutualistas y permitiendo afrontar situaciones como la provocada por la pandemia generada por la Covid-19.

La **mejora de la financiación** del actual convenio respecto al anterior contempla una prima incremental que alcanzará el 10% en el último año de vigencia del concierto. A pesar del incremento registrado en la prima, se trata de un aumento insuficiente, tanto por el incremento actual de costes, como por el déficit de financiación que viene arrastrado el modelo, así como por el previsible aumento de la siniestralidad por las secuelas de la pandemia. Este hecho se analiza en detalle en el apartado 7 relativo al análisis sobre el modelo de financiación.

A nivel de coberturas, el nuevo concierto garantiza a las personas mutualistas, titulares y beneficiarios, la **Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)**, así como otras novedades en mejora de la prestación como un protocolo COVID en relación con la realización de pruebas diagnósticas de infección aguda, tratamientos de protonterapia, prestaciones para víctimas de violencia de género, la telemedicina o la reproducción asistida. No obstante, no incluye las mejoras que incorpora cada Comunidad Autónoma respecto a la Cartera Básica del SNS.

En el caso de MUFACE, este nuevo concierto supone una mejora de algunas de las prestaciones. Por ejemplo, se contempla la inclusión de **nuevas tecnologías** para la asistencia de los mutualistas, como todas aquellas plataformas de telemedicina que se han ido integrando a raíz de la pandemia, tales como la consulta telefónica como opción adicional para el mantenimiento del nivel de servicio asistencial, pudiendo ser realizada a cualquier hora todos los días (24/7); la consulta a través de los chatbots asociados a las aplicaciones móviles de las entidades aseguradoras; o el servicio de videoconsultas a través de internet o de los dispositivos móviles. Indudablemente, estas herramientas de consulta en ningún caso pueden suponer una sustitución de la consulta presencial, tratándose de formas complementarias de asistencia al colectivo.

Otra mejora es la referida a la creación de un comité interdisciplinar de expertos para la valoración de los expedientes en los que se haya prescrito un **tratamiento de protonterapia**. A este respecto, cabe destacar la constitución de una cláusula de financiación adicional dado que algunas de las prestaciones que incluye la cartera de servicios del Concierto se caracterizan por su elevado coste económico. Especialmente significativas son la terapia avanzada (Inmunoterapias CAR-T) y, como se ha dicho anteriormente, la protonterapia. En estos casos, MUFACE abonará a la entidad, por cada tratamiento autorizado e iniciado, un 60% del precio total de la financiación pública en el caso de la terapia avanzada y un total de 24.000 euros en cada tratamiento de protonterapia.

En el caso de ISFAS, el nuevo concierto incorpora nuevas prestaciones en la cartera de servicios tales como la inclusión de la protonterapia

en determinadas circunstancias, psicoterapia sin límites de sesiones, cirugía plástica/estética a víctimas de violencia de género y tratamientos con terapias avanzadas y telemedicina, entre otras.

Para las compañías aseguradoras, la firma de los conciertos con las diferentes mutualidades tiene la ventaja de que les proporciona una **gran masa de asegurados con gran capilaridad geográfica**, lo que les permite proporcionar el servicio a los asegurados privados en algunas provincias. Sin embargo, también presenta una serie de posibles inconvenientes como son:

- No existe la posibilidad de **seleccionar los riesgos**, ya que son los funcionarios quienes libremente eligen aseguradora.
- La **prima es capitativa**, es decir, que la aseguradora recibe una cantidad fija per cápita independiente del número o naturaleza de los servicios prestados a cada paciente.
- Las **actualizaciones de las primas** no siempre alcanzan a cubrir los incrementos de los gastos de la atención sanitaria derivados del envejecimiento de la población asegurada, la cronicidad de las enfermedades, el aumento de la frecuentación o la inflación.

En este nuevo concierto, las entidades aseguradoras que han suscrito el concierto con MUFACE para el periodo 2022-2024 han sido Asisa, DKV y SegurCaixa Adeslas. Con ISFAS las aseguradoras firmantes han sido Asisa y SegurCaixa Adeslas, mientras que con MUGEJU han firmado un mayor número de compañías aseguradoras: Asisa, DKV, Mapfre, Nueva Mutua Sanitaria, Sanitas y SegurCaixa Adeslas.

Tabla 1 Distribución de los conciertos por mutualidad y entidad aseguradora, 2022-2024

Mutualidad	Asisa	DKV	Mapfre	Nueva Mutua Sanitaria	Sanitas	SegurCaixa Adeslas
ISFAS	●					●
MUFACE	●	●				●
MUGEJU	●	●	●	●	●	●

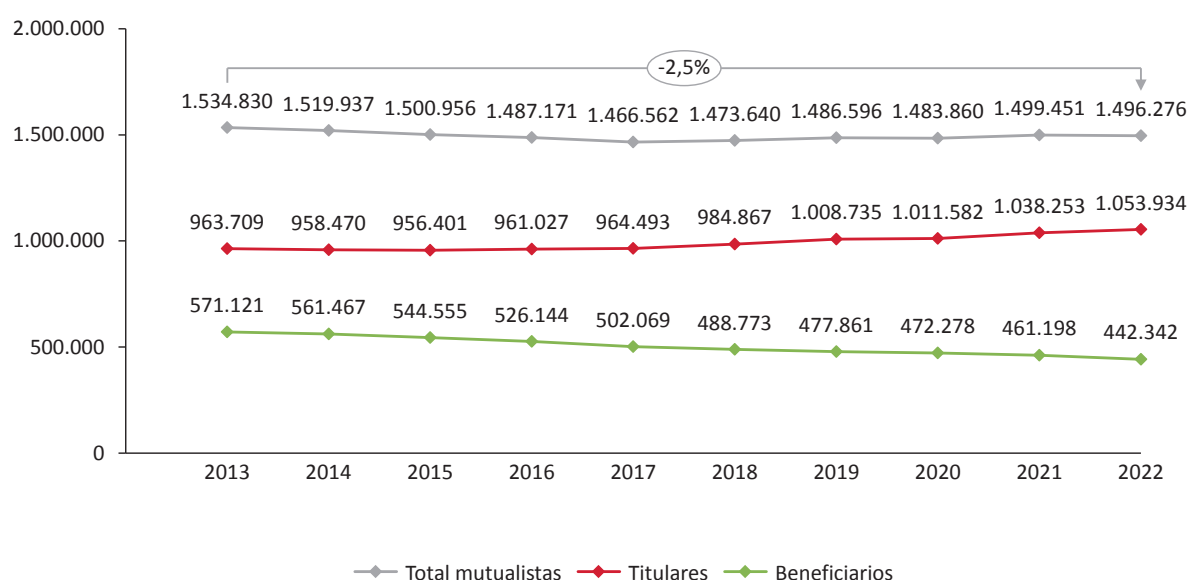
Fuente: web de MUFACE, MUGEJU e ISFAS.

Caracterización de la población mutualista

El objetivo de este apartado es caracterizar a la población mutualista. En este caso, el análisis que a continuación se expone hace referencia exclusivamente a los datos de mutualistas proporcionados por MUFACE, ya que ha sido la única mutualidad que ha facilitado la información para poder llevar a cabo este análisis.

El número de mutualistas de MUFACE en 2022 fue de 1.496.276, de los que 1.053.934 (70%) son titulares y 442.342 (30%) son beneficiarios. En los últimos 10 años, el número total de mutualistas se ha reducido en un 2,5%. A pesar de que el número de titulares experimenta un aumento del 9,4% en el periodo 2013-2022, el descenso en el número de mutualistas viene propiciado por una caída del 22,5% en el número de beneficiarios.

Gráfico 5 Evolución de la población mutualista de MUFACE, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.



Geográficamente, las cinco provincias con mayor presencia de mutualistas son Madrid (16%), Barcelona (7%), Valencia (6%), Sevilla (5%) y Málaga (4%). Por su parte, las cinco provincias o ciudades autónomas con menor representatividad son Álava (0,2%), Soria (0,3%), Ceuta (0,3%), Melilla (0,3%) y Teruel (0,3%).

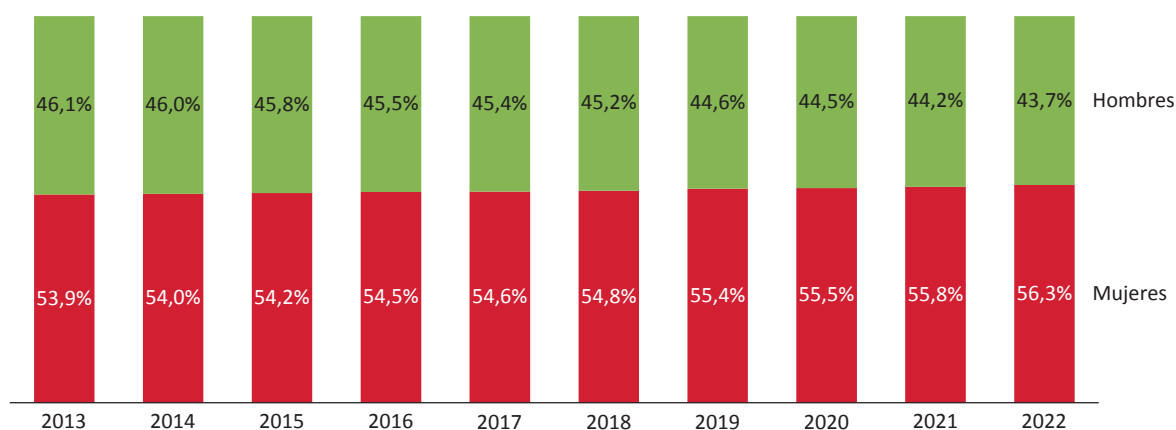
Tabla 2 Distribución del número de mutualistas de MUFACE por provincia, 2022

Provincia	Número			Porcentaje		
	Titulares	Beneficiarios	Total	Titulares	Beneficiarios	Total
Madrid	172.266	60.829	233.095	16,4%	13,9%	15,7%
Barcelona	75.735	25.962	101.697	7,2%	5,9%	6,8%
Valencia	59.776	26.874	86.650	5,7%	6,1%	5,8%
Sevilla	47.240	26.841	74.081	4,5%	6,1%	5,0%
Málaga	38.599	20.634	59.233	3,7%	4,7%	4,0%
Murcia	35.318	17.994	53.312	3,4%	4,1%	3,6%
Alicante	33.840	15.263	49.103	3,2%	3,5%	3,3%
Granada	29.950	15.035	44.985	2,9%	3,4%	3,0%
Cádiz	28.126	15.005	43.131	2,7%	3,4%	2,9%
A Coruña	30.869	12.092	42.961	2,9%	2,8%	2,9%
Asturias	26.650	8.919	35.569	2,5%	2,0%	2,4%
Las Palmas	24.564	9.420	33.984	2,3%	2,1%	2,3%
Zaragoza	23.452	8.809	32.261	2,2%	2,0%	2,2%
Córdoba	20.754	10.945	31.699	2,0%	2,5%	2,1%
Pontevedra	22.293	9.172	31.465	2,1%	2,1%	2,1%
Santa Cruz de Tenerife	21.450	7.923	29.373	2,0%	1,8%	2,0%
Islas Baleares	20.115	9.107	29.222	1,9%	2,1%	2,0%
Badajoz	17.745	8.814	26.559	1,7%	2,0%	1,8%
Jaén	16.405	7.989	24.394	1,6%	1,8%	1,6%
Almería	15.423	7.743	23.166	1,5%	1,8%	1,6%
Valladolid	15.883	6.183	22.066	1,5%	1,4%	1,5%
Toledo	13.410	7.458	20.868	1,3%	1,7%	1,4%
Cantabria	14.022	5.761	19.783	1,3%	1,3%	1,3%
Tarragona	13.618	5.893	19.511	1,3%	1,3%	1,3%
Girona	13.096	5.830	18.926	1,2%	1,3%	1,3%
Castellón	12.741	5.921	18.662	1,2%	1,4%	1,3%
León	13.610	4.545	18.155	1,3%	1,0%	1,2%
Ciudad Real	12.462	5.620	18.082	1,2%	1,3%	1,2%
Albacete	11.942	5.840	17.782	1,1%	1,3%	1,2%
Huelva	11.206	6.303	17.509	1,1%	1,4%	1,2%
Salamanca	12.243	4.603	16.846	1,2%	1,0%	1,1%
Cáceres	11.645	5.034	16.679	1,1%	1,1%	1,1%
Navarra	11.034	4.659	15.693	1,1%	1,1%	1,1%
Ávila	13.357	2.205	15.562	1,3%	0,5%	1,0%
Vizcaya	11.450	2.371	13.821	1,1%	0,5%	0,9%
Lugo	10.316	3.142	13.458	1,0%	0,7%	0,9%
Lleida	9.106	3.419	12.525	0,9%	0,8%	0,8%
Ourense	9.075	3.245	12.320	0,9%	0,7%	0,8%
Burgos	8.190	2.542	10.732	0,8%	0,6%	0,7%
La Rioja	7.260	2.753	10.013	0,7%	0,6%	0,7%
Guadalajara	6.197	2.769	8.966	0,6%	0,6%	0,6%
Huesca	5.724	2.074	7.798	0,5%	0,5%	0,5%
Cuenca	5.254	2.075	7.329	0,5%	0,5%	0,5%
Guipúzcoa	6.077	1.167	7.244	0,6%	0,3%	0,5%
Zamora	5.177	1.797	6.974	0,5%	0,4%	0,5%
Segovia	4.790	1.827	6.617	0,5%	0,4%	0,4%
Palencia	4.390	1.533	5.923	0,4%	0,3%	0,4%
Teruel	3.337	1.533	4.870	0,3%	0,3%	0,3%
Melilla	2.792	1.768	4.560	0,3%	0,4%	0,3%
Ceuta	2.859	1.545	4.404	0,3%	0,4%	0,3%
Soria	3.287	1.059	4.346	0,3%	0,2%	0,3%
Álava	3.083	565	3.648	0,3%	0,1%	0,2%

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Analizando exclusivamente el **colectivo de titulares** y atendiendo a la **distribución por género**, las mujeres representan el 56,3%, mientras que los hombres suponen el 43,7% del colectivo. En el periodo objeto de estudio (2013-2022), el peso de las mujeres se ha incrementado 2,4 puntos porcentuales, pasando de representar el 53,9% en 2013 al 56,3% en 2022.

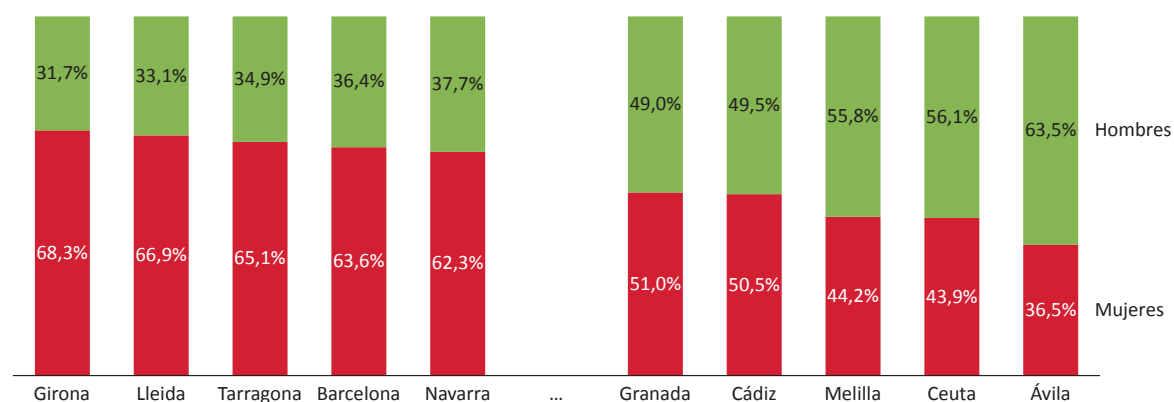
Gráfico 6 Evolución de la distribución por género de los mutualistas titulares de MUFACE, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

A nivel geográfico, las provincias en donde las mujeres representan un mayor porcentaje son las cuatro provincias catalanas (Girona, Lleida, Tarragona, Barcelona) y Navarra. Por el contrario, las provincias en donde los hombres cuentan con mayor representatividad son Ávila, Ceuta, Melilla, Cádiz y Granada.

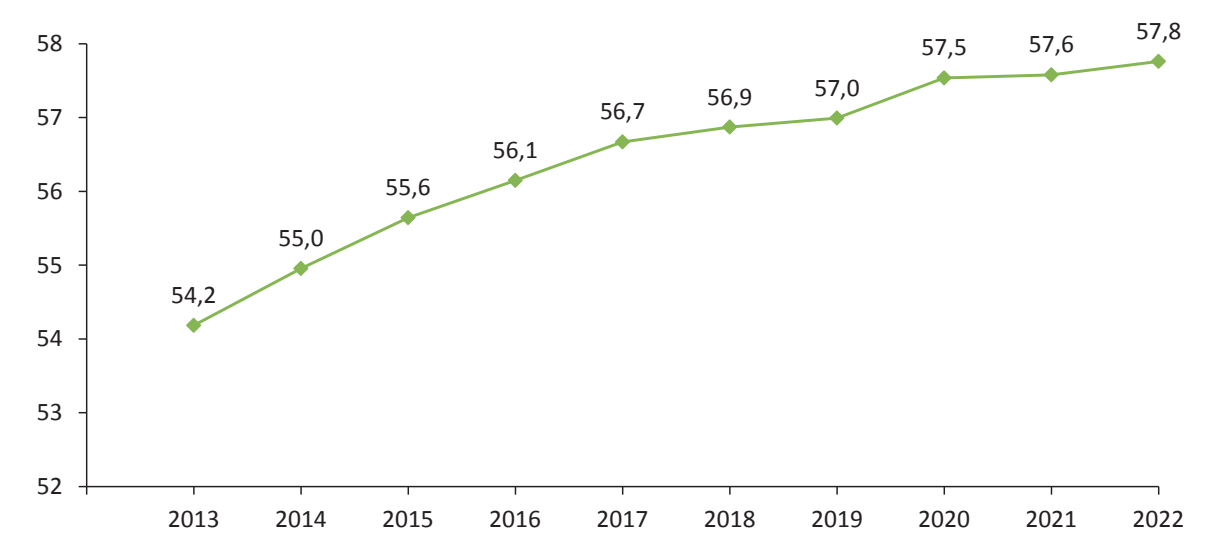
Gráfico 7 Distribución por género de los mutualistas titulares de MUFACE por provincia, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

En relación con la **edad media** del colectivo de titulares, esta se sitúa en los 57,8 años. En el periodo objeto de estudio, la edad media se ha incrementado en 3,6 años, pasando de los 54,2 años que suponía en 2013 a los 57,8 años de 2022.

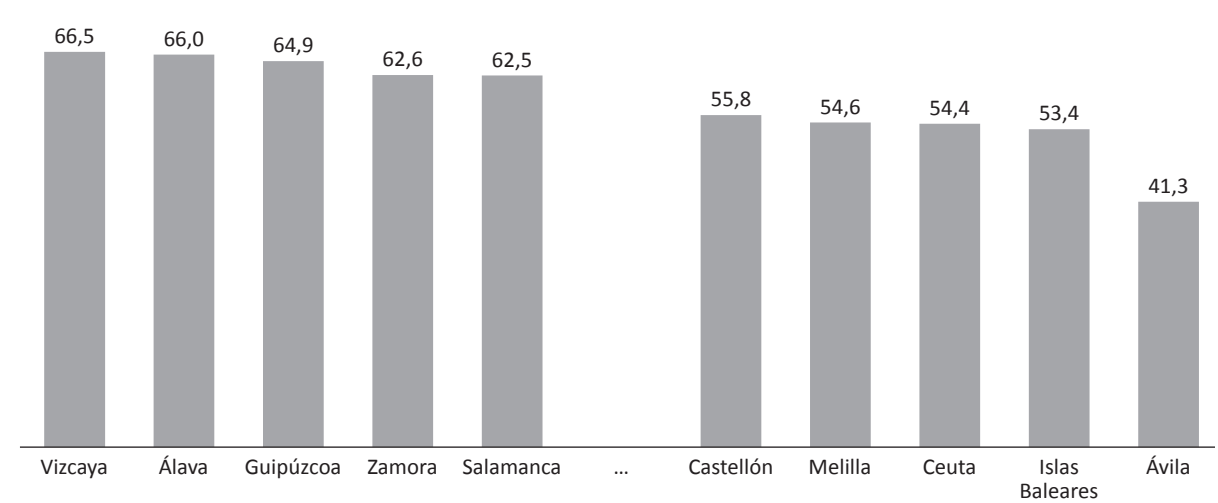
Gráfico 8 Evolución de la edad media de los mutualistas titulares de MUFACE, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Geográficamente, las 3 provincias del País Vasco son las que registran una edad media más elevada, seguidas de Zamora y Salamanca. Por el contrario, las provincias con una menor edad media son Ávila, Islas Baleares, Ceuta, Melilla y Castellón.

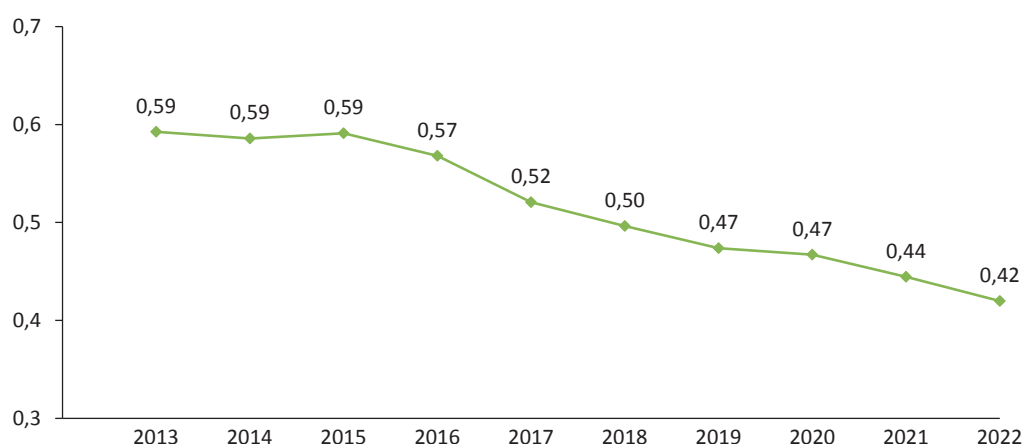
Gráfico 9 Edad media de los mutualistas titulares de MUFACE por provincia, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Por otro lado, y tal y como se ha comentado anteriormente, el **número de beneficiarios** se ha reducido significativamente en los últimos años. En este sentido, el número de beneficiarios por titular se sitúa actualmente en 0,42 beneficiarios por titular, mientras que en 2013 este indicador era del 0,59.

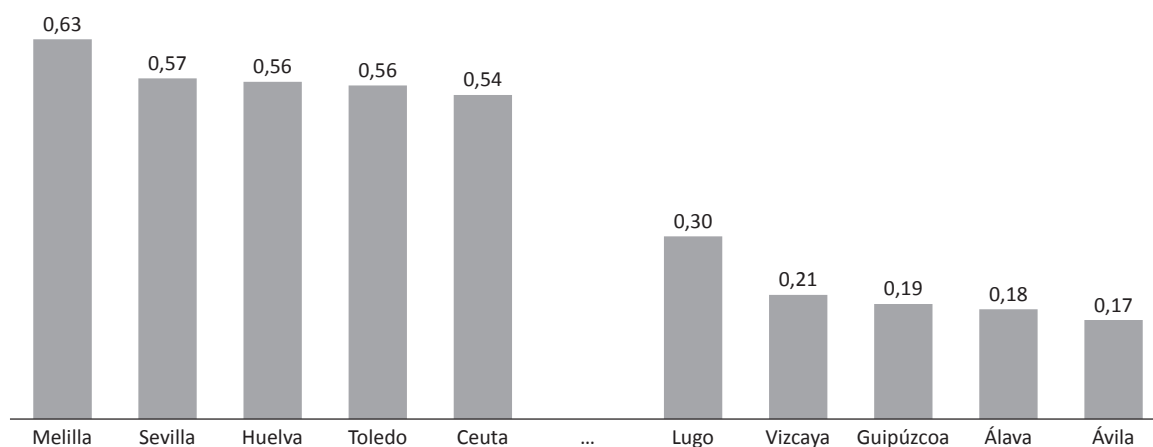
Gráfico 10 Evolución del número de beneficiarios por mutualista titular de MUFACE, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Geográficamente, las provincias o ciudades autónomas que cuentan con un mayor número de beneficiarios por titular son Melilla, Sevilla, Huelva, Toledo y Ceuta. Por su parte, la provincia en donde los titulares registran un menor número de beneficiarios es Ávila, seguida de las tres provincias del País Vasco (Álava, Guipúzcoa, Vizcaya) y Lugo.

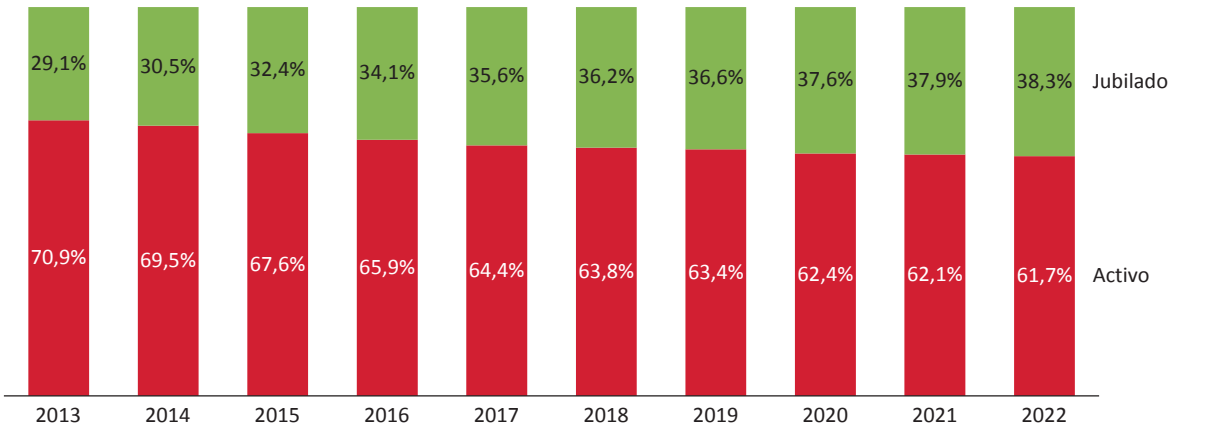
Gráfico 11 Número de beneficiarios por mutualista titular de MUFACE por provincia, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

En relación con la **situación laboral** de los titulares de MUFACE, el 61,7% están en activo, mientras que el 38,3% restante son jubilados. Es importante destacar el incremento registrado de 9,2 puntos porcentuales de los jubilados en los últimos 10 años, lo que acompaña al incremento de la edad media analizado anteriormente.

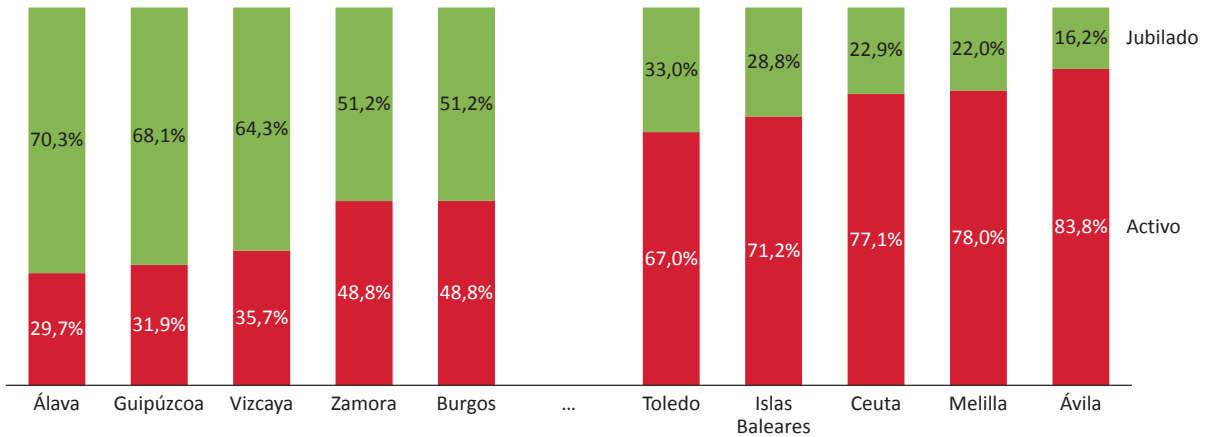
Gráfico 12 Evolución de la distribución del tipo de situación de los mutualistas titulares de MUFACE, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Geográficamente, las tres provincias del País Vasco (Álava, Guipúzcoa y Vizcaya) son las que cuentan con un mayor porcentaje de jubilados, mientras que Ávila, Melilla, Ceuta, Islas Baleares y Toledo son aquellas en donde los mutualistas en activo representan un mayor porcentaje.

Gráfico 13 Distribución del tipo de situación de los mutualistas titulares de MUFACE por provincia, 2022



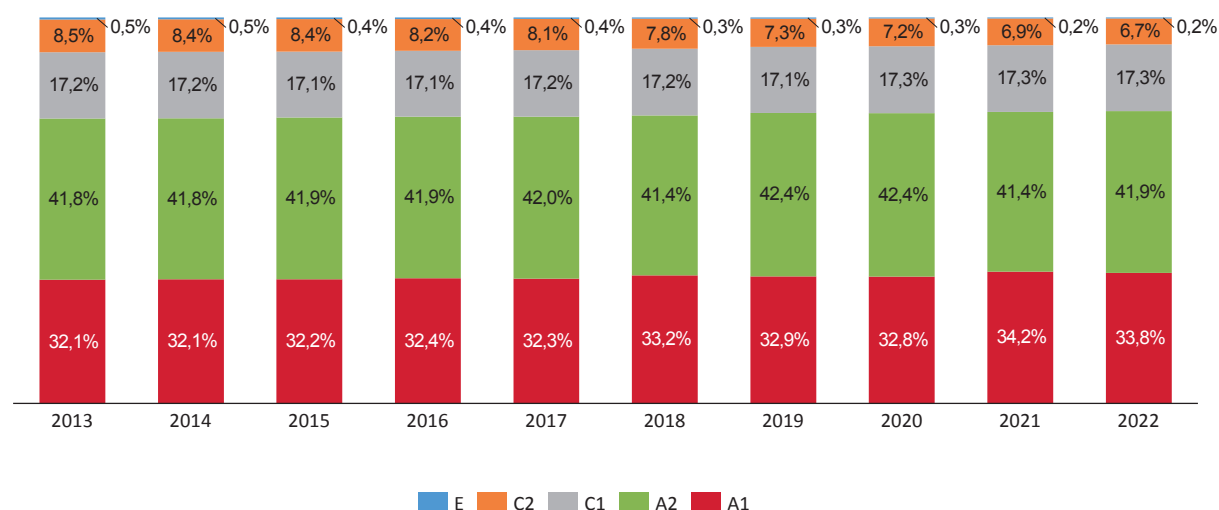
Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

En relación con los grupos funcionariales, la Administración Pública se compone de los siguientes grupos:

- **Grupo A:** se divide en dos Subgrupos A1 y A2. Para el acceso a los cuerpos o escalas de este Grupo se exige estar en posesión del título universitario de Grado. En el Subgrupo A1 se encuentran los funcionarios con funciones directivas o de control, mientras que en el Subgrupo A2 se encuentran los funcionarios del Cuerpo de Gestión.
- **Grupo B:** para el acceso a los cuerpos o escalas del Grupo B se exige estar en posesión del título de Técnico Superior.
- **Grupo C:** se divide en dos Subgrupos, C1 y C2, según la titulación exigida para el ingreso, siendo C1 para el título de bachiller o técnico y C2 para el título de graduado en Educación Secundaria Obligatoria.
- **Grupo E:** para el acceso a los cuerpos o escalas del Grupo E no se requiere ninguna titulación.

En este sentido, la mayor parte de los mutualistas titulares de MUFACE pertenecen al grupo A. Concretamente, el 41,9% corresponde al grupo A2, el 33,8% al grupo A1, el 17,3% al C1, el 6,7% al C2 y el 0,5% al grupo E. La representación del grupo B es prácticamente nula, ya que se trata de un grupo que aparece en el año 2022 y cuya representatividad en ese año es del 0% respecto al total de mutualistas.

Gráfico 14 Evolución de la distribución por grupos de clasificación de los funcionarios de carrera de los mutualistas titulares de MUFACE, 2013-2022

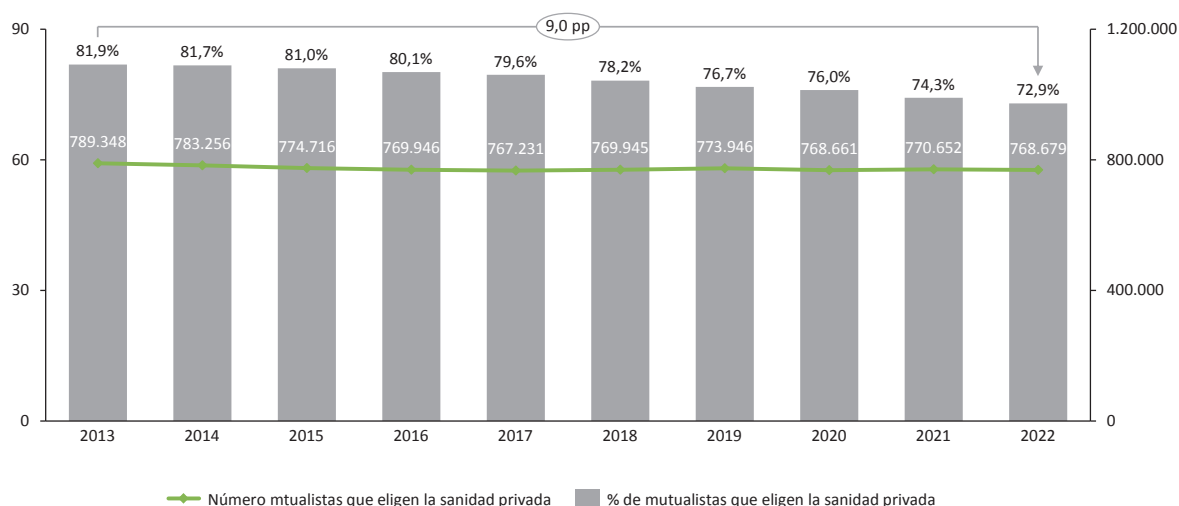


Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

A nivel geográfico existen significativas diferencias entre provincias. A diferencia de la media nacional, Ávila, Ceuta y Melilla destacan como provincias o ciudades autónomas en donde el grupo de administración C1 es el más representativo. Concretamente, en Ávila representa el 68,9% de los mutualistas titulares, en Ceuta el 38% y en Melilla el 35%.

Por último, el **porcentaje de mutualistas titulares que deciden recibir la asistencia sanitaria a través de una entidad aseguradora** frente a los que optan por el sistema público, se sitúa en el **72,9%**. A pesar del actual **deterioro de la sanidad pública** y de su consecuente **aumento de las listas de espera**, el porcentaje de mutualistas que optan por la asistencia privada se ha reducido en 9 puntos porcentuales en los últimos diez años, habiendo pasado de representar el 81,9% en 2013 al 72,9% que supone en 2022. Esta tendencia se hace más notoria a partir del 2020, pudiendo deberse a la reacción de los mutualistas como consecuencia de la pandemia.

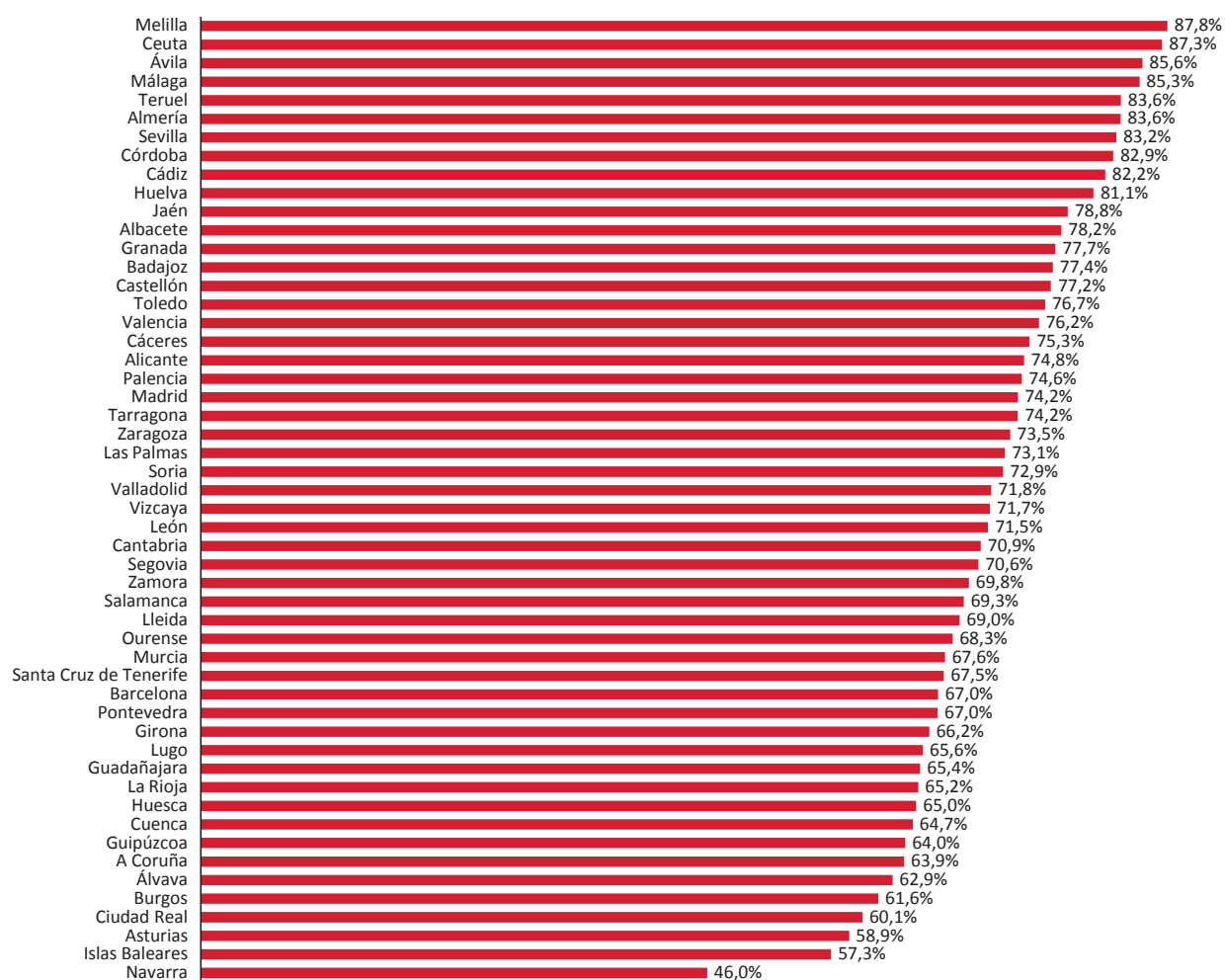
Gráfico 15 Evolución del porcentaje de mutualistas titulares de MUFACE que eligen ser atendidos a través de una compañía aseguradora, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Geográficamente, las provincias o ciudades autónomas en donde el porcentaje de titulares mutualistas que optan por la atención privada es mayor son Melilla, Ceuta, Ávila y Málaga, mientras que aquellas en donde este porcentaje es menor son Navarra, Islas Baleares y Asturias.

Gráfico 16 Porcentaje de mutualistas titulares de MUFACE por provincia que eligen ser atendidos a través de una aseguradora, 2022



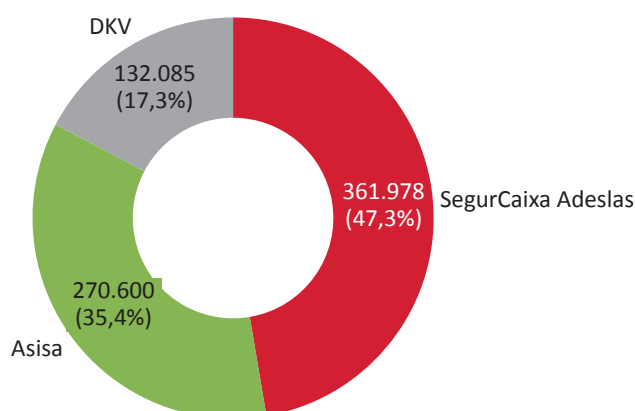
Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Caracterización de la población mutualista de MUFACE por compañía aseguradora:

Una vez caracterizada la población mutualista de los titulares de MUFACE, a continuación, se exponen los resultados de la caracterización de aquellos que eligen ser atendidos por una de las tres compañías aseguradoras que han firmado el concierto en el periodo 2022-2024.

En este caso, en el año 2022, el 47,3% de los mutualistas que prefieren recibir asistencia sanitaria privada elige SegurCaixa Adeslas, el 35,4% se decanta por Asisa y el 17,3% opta por DKV.

Gráfico 17 Distribución de los mutualistas titulares de MUFACE por aseguradora, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

A nivel provincial existen diferencias significativas que se detallan a continuación:

- Los mutualistas titulares de MUFACE que más se decantan por **SegurCaixa Adeslas** corresponden a las provincias de Vizcaya (98%), Pontevedra (93%), Lugo (88%), Santa Cruz de Tenerife (84%) y Álava (81%).
- **Asisa** es la compañía aseguradora predilecta en Murcia (91%), Alicante (67%), Ceuta (66%), Soria (65%) y Guadalajara (58%).
- En el caso de **DKV**, las provincias en donde los mutualistas titulares optan más por ella son La Rioja (71%), Barcelona (59%), Zaragoza (48%), Tarragona (46%) y Girona (44%).

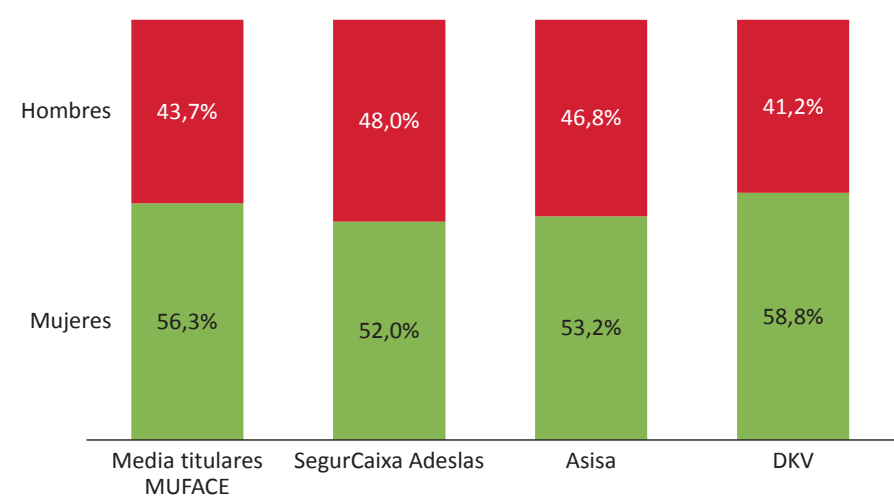
Tabla 3 Distribución de los mutualistas titulares de MUFACE por aseguradora y provincia, 2022

Provincia	SegurCaixa Adeslas	Asisa	DKV
A Coruña	79,3%	4,1%	16,6%
Álava	81,5%	16,5%	2,0%
Albacete	80,1%	17,7%	2,1%
Alicante	23,9%	66,9%	9,2%
Almería	39,3%	52,5%	8,3%
Asturias	61,5%	20,9%	17,5%
Ávila	72,9%	22,4%	4,6%
Badajoz	64,1%	23,5%	12,4%
Barelonga	34,2%	6,4%	59,4%
Burgos	75,8%	12,5%	11,7%
Cáceres	53,9%	21,2%	24,9%
Cádiz	39,9%	47,0%	13,1%
Cantabria	55,7%	42,2%	2,0%
Castellón	61,3%	22,5%	16,2%
Ceuta	29,8%	65,9%	4,4%
Ciudad Real	67,1%	28,1%	4,8%
Córdoba	42,4%	47,7%	9,9%
Cuenca	59,4%	39,2%	1,4%
Girona	45,2%	11,0%	43,8%
Granada	41,5%	42,5%	15,9%
Guadalajara	39,9%	57,9%	2,2%
Guipúzcoa	20,5%	53,1%	26,3%
Huelva	27,7%	45,1%	27,2%
Huesca	68,7%	7,9%	23,4%
Islas Baleares	58,2%	26,8%	15,1%
Jaén	60,5%	33,5%	5,9%
La Rioja	15,2%	13,4%	71,4%
Las Palmas	45,0%	23,7%	31,3%
Léon	32,9%	42,1%	25,0%
Lleida	27,4%	33,6%	39,0%
Lugo	87,6%	4,0%	8,4%
Madrid	45,5%	52,2%	2,3%
Málaga	36,1%	39,7%	24,2%
Melilla	65,0%	33,9%	1,1%
Murcia	7,2%	90,8%	2,0%
Navarra	67,6%	15,8%	16,6%
Ourense	60,1%	2,7%	37,2%
Palencia	54,3%	35,9%	9,9%
Pontevedra	92,6%	2,2%	5,2%
Salamanca	57,3%	10,4%	32,3%
Santa Cruz de Tenerife	84,1%	5,9%	10,0%
Segovia	58,4%	34,8%	6,8%
Sevilla	45,0%	40,9%	14,1%
Soria	15,2%	64,8%	20,0%
Tarragona	38,9%	15,5%	45,6%
Teruel	46,7%	46,0%	7,3%
Toledo	48,6%	42,9%	8,5%
Valencia	45,1%	42,7%	12,2%
Valladolid	42,0%	20,2%	37,7%
Vizcaya	98,3%	1,0%	0,7%
Zamora	36,9%	26,7%	36,3%
Zaragoza	23,9%	28,1%	48,1%

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Respecto a la **distribución por género** de la cartera de mutualistas titulares de MUFACE en cada compañía, se observan significativas diferencias. En este sentido, DKV cuenta con una distribución en donde las mujeres representan un mayor porcentaje que en Asisa y SegurCaixa Adeslas. Concretamente, en DKV las mujeres representan el 58,8% de los mutualistas titulares, mientras que en Asisa es del 53,2% y en SegurCaixa Adeslas del 52,0%.

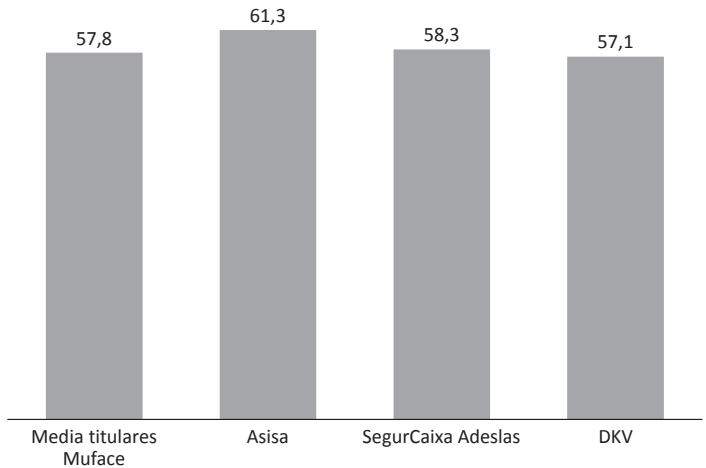
Gráfico 18 Distribución de los mutualistas titulares de MUFACE por aseguradora y género, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

En relación con la **edad media**, Asisa es la compañía que cuenta con la edad media más elevada, concretamente 61,3 años. En el lado opuesto se sitúa DKV, cuyos mutualistas titulares tienen una edad media de 57,1 años.

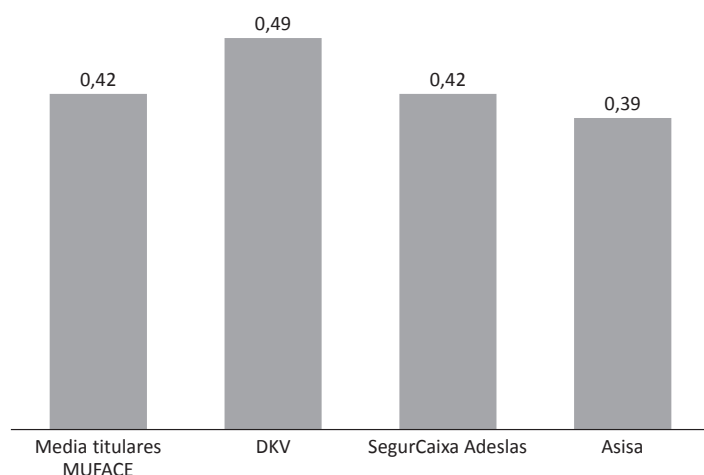
Gráfico 19 Edad media de los mutualistas titulares de MUFACE por aseguradora, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Analizando el **número de beneficiarios**, se observa que DKV es la compañía con un mayor número de beneficiarios por mutualista, concretamente 0,49 beneficiarios por mutualista, seguida de SegurCaixa Adeslas (0,42) y Asisa (0,39).

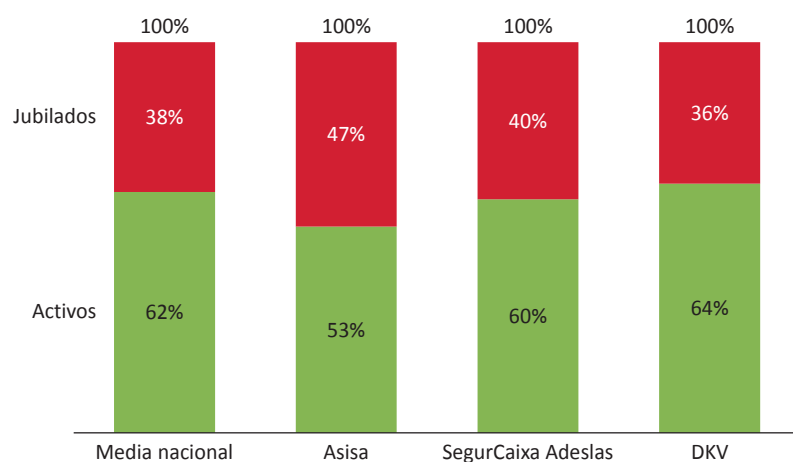
Gráfico 20 Número de beneficiarios de los mutualistas titulares de MUFACE por aseguradora, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

A la hora de analizar la distribución de la cartera de mutualistas por **tipo de situación profesional**, se observan diferencias significativas entre las 3 compañías aseguradoras. En este sentido, Asisa es la compañía que cuenta con un mayor porcentaje de mutualistas titulares jubilados (47%), mientras que DKV es la aseguradora que registra un mayor número de mutualistas en activo (36%).

Gráfico 21 Tipo de situación de los mutualistas titulares de MUFACE por aseguradora, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.



A la hora de analizar la distribución de la cartera de mutualistas por **grupo de administración**, se observa que DKV cuenta con mayor porcentaje de mutualistas de los grupos A1 y A2 y menor porcentaje de C1 y C2 que SegurCaixa Adeslas y Asisa.

Tabla 4 Distribución de los mutualistas titulares por grupo de administración y aseguradora, 2022

Aseguradora	A1	A2	B	C1	C2	E	Total
SegurCaixa Adeslas	26,1%	42,1%	0,0%	24,0%	7,5%	0,3%	100%
ASISA	30,4%	40,6%	0,0%	20,0%	8,8%	0,3%	100%
DKV	30,8%	44,9%	0,0%	17,2%	6,9%	0,2%	100%
Media nacional	33,8%	41,9%	0,0%	17,3%	6,7%	0,2%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

En base a lo expuesto sobre la caracterización de los mutualistas titulares de cada compañía aseguradora, se puede concluir que:

- **DKV** es la aseguradora que cuenta con la menor edad media, con el mayor número de beneficiarios por mutualista, con un mayor porcentaje de mujeres, así como de mutualistas activos y de mutualistas correspondientes a los grupos A1 y A2.
- **Asisa**, por el contrario, es la aseguradora que registra una edad media más elevada, que cuenta con un menor número de beneficiarios y que registra un mayor porcentaje de mutualistas jubilados.
- **SegurCaixa Adeslas**, que es la compañía que elige un mayor número de mutualistas titulares para recibir su asistencia sanitaria, se encuentra en una posición intermedia entre Asisa y DKV en la mayoría de los valores analizados.

Modelo predictivo sobre los criterios de elección de los mutualistas

Una vez concluida la caracterización de los asegurados en MUFACE, hemos procedido a la construcción de un modelo que sea capaz de predecir la elección que hacen los asegurados entre sanidad pública y sanidad privada.

Para ello, se han desarrollado un **elevado número de diferentes modelos estadísticos** con mayor o menor éxito. Finalmente, se ha conseguido obtener un **modelo que predice correctamente** en un 73,4% la decisión que tomarán los mutualistas titulares, porcentaje que se eleva al **95,9% de los casos** en aquellos en donde la elección que realiza el mutualista es la de ser atendido a través de una compañía aseguradora (lo que se conoce como sensibilidad del método).

Para la realización de este **modelo predictivo se ha utilizado un modelo logístico binario con método de construcción por pasos hacia adelante**. Estos modelos tienen como objetivo principal pronosticar la pertenencia de unos casos a un grupo, en el que la variable dependiente se enuncia en términos de la probabilidad de que un caso pertenezca a una categoría, a partir de una serie de variables independientes o explicativas, que pueden ser continuas y/o categóricas. La regresión logística es a menudo conocida como **modelo logit o regresión logit**.

En nuestro modelo, la variable dependiente es la que marca la elección de cada uno de los mutualistas y ha sido codificada con el valor 1 si la elección es la sanidad privada, y como 0 si es

la pública. Es importante destacar que se trata de un modelo que pretende explicar la elección individual de cada uno de los mutualistas, en función de todas las variables explicativas incluidas en el modelo. El período de tiempo analizado es el comprendido entre 2013-2022.

Las variables analizadas en el modelo han sido destacadas por el método como las significativas y se agrupan en variables endógenas y exógenas.

• **Variables endógenas:** son aquellas relativas a la caracterización de los mutualistas, distinguiéndose entre:

◦ **Género** de los mutualistas titulares.

◦ **Edad:** se ha estructurado la edad de los mutualistas titulares en 6 grupos de edad: 20-30 años; 31-34 años; 46-55 años; 56-65 años; 66-80 años; y más de 80 años.

◦ **Situación laboral:** en este caso se distingue entre jubilado o en activo.

◦ **Beneficiarios:** hace referencia a si el mutualista titular cuenta con beneficiarios o no.
o Grupo de administración al que pertenece: tal y como se ha explicado en el apartado relativo a la caracterización de los mutualistas, los grupos de administración a los que pertenecen los mutualistas titulares de MUFACE son A1, A2, B, C1, C2 y E.

Se ha construido un modelo estadístico que predice correctamente el 95,9% de los casos en donde el mutualista elige la sanidad privada



• **Variables exógenas:** son aquellas cuyo valor está determinado por factores externos al modelo, pero que se considera que pueden afectar a la toma de decisión de los mutualistas. En este caso, las variables exógenas incorporadas al modelo han sido las siguientes:

◦ **Penetración del seguro privado:** indica el porcentaje del número de asegurados de salud sobre la población. La información se ha analizado a nivel provincial a partir de los datos obtenidos de ICEA.

◦ **Lista de espera quirúrgica:** hace referencia a la tasa de pacientes por cada 1.000 habitantes de los pacientes que se encuentran en lista de espera para una intervención quirúrgica. La información se ha analizado a nivel autonómico a partir de los datos obtenidos del Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad.

◦ **Lista de espera de consultas:** indica la tasa por cada 1.000 habitantes de los pacientes que se encuentran en lista de espera para una consulta. La información se ha analizado a nivel autonómico a partir de los datos obtenidos del Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad.

◦ **Camas privadas por cada 100.000 habitantes:** indica el número de camas privadas ofertadas por cada 100.000 habitantes que existen

en España. La información se ha analizado a nivel provincial a partir de los datos obtenidos del Catálogo Nacional de Hospitales 2023 del Ministerio de Sanidad.

◦ **Camas públicas por cada 100.000 habitantes:** corresponde al número de camas públicas disponibles por cada 100.000 habitantes que existen en nuestro país. La información se ha analizado a nivel provincial a partir de los datos obtenidos del Catálogo Nacional de Hospitales 2023 del Ministerio de Sanidad.

◦ **Conciertos (% del gasto sanitario):** hace referencia al porcentaje sobre el gasto sanitario público que se destina a la partida de conciertos. La información se ha analizado a nivel autonómico a partir de los datos obtenidos de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad.

◦ **Conciertos por persona (euros):** indica el importe en euros que se destina por persona a la partida de conciertos. La información se ha analizado a nivel autonómico a partir de los datos obtenidos de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad.

◦ **Número de reclamaciones:** considera el número de reclamaciones que realizan los mutualistas titulares de MUFACE. Esta información ha sido proporcionada por MUFACE.

Tabla 5 Modelo predictivo

Variables	B	Error est.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)
Lista de espera quirúrgica	0,036	0,001	2473,695	1	0	1,036
Lista de espera consultas	0,003	0	476,491	1	<,001	1,003
Conciertos (% del gasto sanitario)	0,138	0,006	509,321	1	<,001	1,148
Conciertos por persona (euros)	-0,009	0	767,953	1	<,001	0,991
Camas privadas por 100.000 habitantes	-0,004	0	1039,071	1	<,001	0,996
Camas públicas por 100.000 habitantes	-0,004	0	3576,843	1	0	0,996
Número de reclamaciones	-0,003	0	368,636	1	<,001	0,997
Penetración seguro privado	1,541	0,065	558,254	1	<,001	4,667
Número de beneficiarios por titular	0,133	0,003	1666,735	1	0	1,142
Género:						
Mujer (comparada con hombre)	-0,253	0,005	2524,868	1	0	0,776
Tipo de situación:						
Jubilado (comparado con activo)	0,190	0,009	437,662	1	<,001	1,209
Grupo de administración:						
A2 (comparado con A1)	0,632	0,005	14497,887	1	0	1,882
B (comparado con A1)	1,411	0,265	28,376	1	<,001	4,102
C1 (comparado con A1)	1,819	0,009	41101,595	1	0	6,167
C2 (comparado con A1)	1,164	0,011	10362,101	1	0	3,202
E (comparado con A1)	1,064	0,065	266,074	1	<,001	2,899
Grupos de edad:						
31-45 (comparado con 20-30)	0,191	0,014	188,298	1	<,001	1,211
46-55 (comparado con 20-30)	0,681	0,014	2281,501	1	0	1,976
56-65 (comparado con 20-30)	0,843	0,014	3475,117	1	0	2,322
66-80 (comparado con 20-30)	0,950	0,016	3325,186	1	0	2,586
Más de 80 (comparado con 20-30)	1,321	0,020	4242,384	1	0	3,746
Constante	-0,072	0,028	6,424	1	0,011	0,930

En la tabla explicativa del modelo predictivo, la **primera columna** recoge los nombres de las variables utilizadas en el modelo. La **segunda columna (B)** recoge los valores de las estimaciones (utilizando el método de la máxima verosimilitud) de los parámetros de cada variable y su relevancia para posteriores análisis. La **columna denominada Exp (B)** muestra lo que se conoce como la razón de cambio o razón de ventajas ("odds ratio") y expresa el cambio en el cociente de probabilidades, cuando esa variable aumenta en una unidad.

$$\text{Odds ratio} = \frac{\text{probabilidad de elegir sanidad privada}}{\text{probabilidad de elegir sanidad pública}}$$

La tabla explicativa del modelo predictivo también muestra, para cada parámetro B estimado, su error estándar, el valor del estadístico de Wald, sus grados de libertad y, finalmente el p-valor del contraste que, en todos los casos, tiene como conclusión que la variable es significativa en el modelo. En los modelos logísticos se utiliza el contraste de Wald en lugar de la t de Student, utilizada en modelos de regresión multivariante. Los dos métodos se emplean para contrastar la hipótesis nula de que el coeficiente es igual a 0, lo que significaría que esa variable no tiene ningún efecto en la predicción. Una desventaja de este método es que el contraste no es muy fiable para tamaños muestrales pequeños, pero eso no ocurre en nuestro caso de MUFACE.

Por último, se ha utilizado un **algoritmo de construcción por pasos hacia adelante**. La introducción de variables en el modelo se puede hacer, bien de manera conjunta con todas las variables o con un criterio estadístico para incluir o eliminar variables según la capacidad de predicción que tengan sobre la variable dependiente. En el análisis con todas las variables independientes a la vez, puede que haya variables que individualmente estén poco relacionadas con la variable dependiente pero que cuando se analizan en conjunto con otras variables independientes sean relevantes para la predicción de dicha variable dependiente.

Es por ello por lo que interesa comprobar el efecto conjunto, al incorporar nuevas variables independientes, sobre la variable dependiente, de tal manera que la capacidad de predicción sea estadísticamente significativa. Un procedimiento usual es la inclusión secuencial de variables “hacia delante”. En este método se parte del modelo nulo, es decir, el modelo solo con la constante, sin ninguna variable independiente, y se van incluyendo variables hasta que no

queda ninguna variable significativa por incluir.

El parámetro B de cada variable debe interpretarse de la siguiente manera:

- En positivo señala una tendencia a elegir de manera más probable la sanidad privada.
- En negativo, lo contrario; es decir, ese parámetro indica una probabilidad menor de elegir la sanidad privada.

Cuanto mayor es este parámetro más relevante es esa variable dentro del modelo. Por tanto, nos indica que merece un estudio más profundo.

El orden de las variables en la tabla explicativa viene determinado por la tipología de variable, diferenciándose entre variables de tipo numérico y las de tipo no numérico (categóricas). En las variables numéricas la interpretación de los coeficientes (tanto B como $\exp(B)$) resulta sencilla, pues expresan directamente el impacto de la variable en la probabilidad de elección de sanidad privada. En las variables de tipo categórico, los coeficientes siempre deben interpretarse en comparación a una categoría de referencia, tal como aparece indicado de manera explícita en la tabla.

Las **variables más relevantes del modelo predictivo son las que tienen un coeficiente (B) más alto en valor absoluto** (tanto positivo como negativo) y, por tanto, un odds ratio más alejado del valor neutro (1).

- La primera variable a resaltar es la **penetración del seguro privado**, con un coeficiente B de 1,541 y un odds ratio de 4,667, lo que se interpreta como que **cuanto mayor es esta variable hay una mayor tendencia a que los mutualistas titulares de MUFACE elijan la sanidad privada**.

Los factores que más influyen en la elección de los mutualistas son el **grupo administrativo al que pertenecen, la penetración del seguro privado, la edad, el género, la situación laboral y el número de beneficiarios**

- El siguiente conjunto de variables relevantes lo forman las de **tipo no numérico**. En este caso, el modelo predictivo siempre toma una de las categorías como referencia, y los coeficientes B del resto de categorías nos explican la mayor o menor probabilidad (según sea positivo o negativo) de elegir privada en esa categoría respecto a la categoría de referencia:

- Una de las variables de mayor relevancia correspondientes al grupo de las no numéricas, es el **grupo de la administración** a la que pertenece el mutualista. Este primer conjunto de variables se ha analizado comparando los diferentes niveles con el nivel más alto, el A1. En este caso, todos los coeficientes B son positivos y significativos comparados con el A1, lo que debe interpretarse como que, en general, **hay una mayor probabilidad de elegir la sanidad privada frente a la sanidad pública a medida que disminuye el nivel administrativo (con el caso destacado del grupo C1, con el valor más alto)**.

- Muy significativo es también **la edad de los asegurados**, la cual se ha comparado con los más jóvenes, es decir, el rango comprendido entre los 20 a 30 años. En este caso, se puede señalar que **hay una mayor probabilidad de elegir la sanidad privada frente a la sanidad pública a medida que aumenta el rango de edad**. Cuantos más años tiene el asegurado mayor es su probabilidad de elegir la sanidad privada, ya que el coeficiente B para mutualistas mayores de 80 años es 1,321 y un odds ratio de 3,746. Y cuanto más joven es el funcionario más propensión a elegir la sanidad pública, ya

que el coeficiente B para el grupo de edad de 31 a 45 años (comparado con los funcionarios de 20 a 30 años) es de 0,191 con un odds ratio de 1,211.

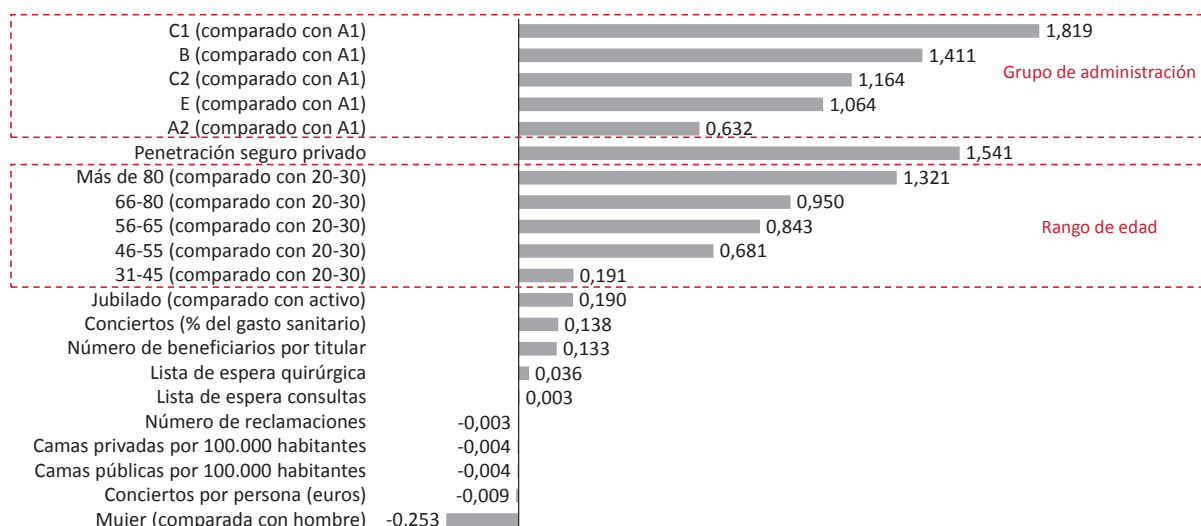
- Si se analiza la variable género se observa que los mutualistas de género femenino, con un coeficiente B negativo de -0,253 y un odds ratio de 0,776, tienen menos probabilidad de elegir la sanidad privada (más probabilidad de elegir la sanidad pública) que los funcionarios de género masculino. **Al ser un coeficiente negativo interpretamos que los mutualistas de género masculino eligen la sanidad privada en mayor medida que las mujeres.**

- Otra variable de tipo no numérica relevante es el **estado jubilado o activo** con un coeficiente B de 0,190 y un odds ratio de 1,209. Estos valores nos indican que también es mayor la probabilidad de que un mutualista jubilado elija una aseguradora privada.

- Cierta relevancia, aunque menor que las variables comentadas con anterioridad, presentan también el **impacto cualitativo del porcentaje de la partida de conciertos** sobre el gasto sanitario total con un coeficiente B de 0,138 y un odds ratio de 1,148, y el **número de beneficiarios por titular** con un coeficiente B de 0,133 y un odds ratio de 1,142. Estos valores indican que a mayor impacto cualitativo del porcentaje de la partida de conciertos y a mayor número de beneficiarios a su cargo, es mayor la probabilidad de que un mutualista elija una aseguradora privada.

Por el contrario, la tabla explicativa del modelo nos indica que las variables con un coeficiente (B) bajo en valor absoluto (positivo o negativo) **son las de menor impacto**. En este caso la lista de espera quirúrgica o la lista de espera consultas tienen valores positivos muy bajos. Las otras variables poco relevantes con valores negativos son los conciertos por persona en euros, las camas privadas por cada 100.000 habitantes, las camas públicas por cada 100.000 habitantes o las reclamaciones.

Gráfico 22 Modelo predictivo en función del coeficiente B

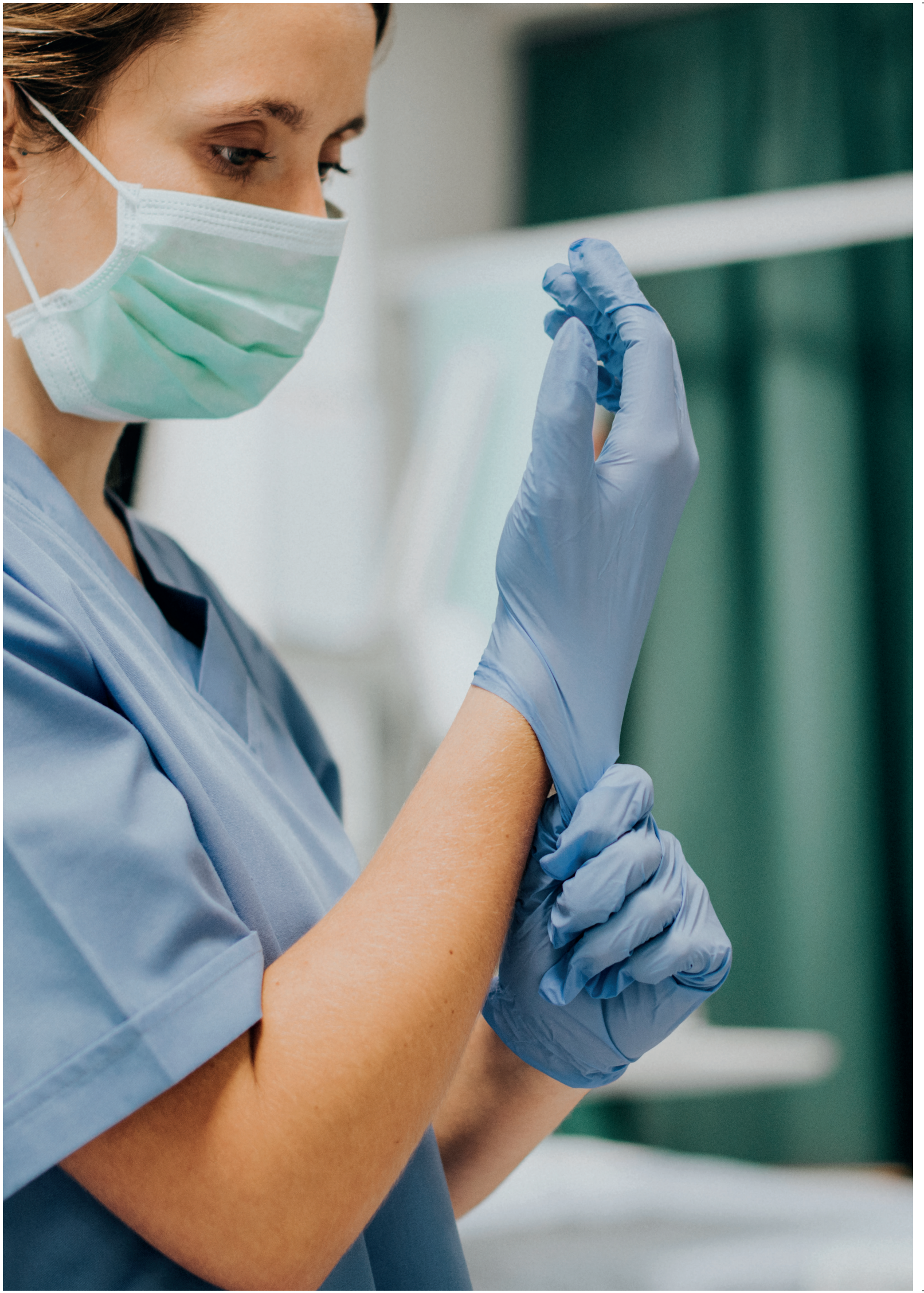


A la luz de los resultados del modelo predictivo, se pueden determinar los factores que más influyen en su elección entre sanidad pública y privada. En este caso, los factores más representativos por orden de relevancia se indican a continuación:

- 1) Grupo administrativo al que pertenece el mutualista titular:** existe una mayor probabilidad de elegir la sanidad privada frente a la sanidad pública a medida que disminuye el nivel administrativo.
- 2) Penetración del seguro privado:** a mayor penetración existe una mayor tendencia a que los mutualistas titulares de MUFACE elijan la sanidad privada.
- 3) Edad del mutualista titular:** se da una mayor probabilidad de elegir la sanidad privada frente a la sanidad pública a medida que aumenta el rango de edad.
- 4) Género del mutualista titular:** los mutualistas de género masculino eligen la sanidad privada en mayor medida que las mujeres.
- 5) Situación laboral del mutualista titular:** es mayor la probabilidad de que un mutualista jubilado elija una aseguradora privada frente a un mutualista en activo.
- 6) Número de beneficiarios del mutualista titular:** a mayor número de beneficiarios a su cargo, mayor la probabilidad de que un mutualista elija ser atendida a través de una aseguradora privada.

No obstante, hay que tener en cuenta que se trata de variables que no son independientes y que pueden verse afectadas entre sí. Es el caso de los **grupos de administración y los grupos de edad**, ya que puede darse el caso, como se analizará a continuación en el análisis provincial, **en que personas jóvenes se decanten más por la sanidad privada que por la pública al pertenecer a un grupo de administración C1 o C2.**

Por último, a **modo de ejemplo** y con el fin de resumir y **clarificar el modelo**, se puede concluir que, **si el mutualista titular de MUFACE evolucionase hacia un mutualista caracterizado por ser mujer, perteneciente a un grupo de administración A1 o A2, que fuese jubilado y sin beneficiarios a su cargo se decantaría por la sanidad privada en menor proporción que si el mutualista fuese hombre, perteneciente a un grupo C1 o C2, estuviese en activo y con beneficiarios a su cargo.**



Análisis a nivel provincial:

Con el fin de distinguir aquellas provincias que tienen un comportamiento diferente respecto a la tendencia a nivel nacional, se ha tomado como criterio estadístico el distinguir aquellas que tienen un porcentaje de preferencia por la sanidad privada que difiere de la media nacional en más de **1,3 veces la desviación típica**.

Al aplicar este criterio se observa como **8 provincias se desvían de la media nacional**. Concretamente, el resultado de aplicar 1,3 la desviación típica es de 0,12038, lo que hace que las siguientes ocho provincias o ciudades autónomas presenten diferencias respecto a la media nacional: Navarra, Isas Baleares, Melilla, Ceuta, Asturias, Ciudad Real, Ávila y Málaga.

Tabla 6 Modelo predictivo - desviación por provincia

Provincia	% elección privada	Valor - media (valor absoluto)	Provincia	% elección privada	Valor - media (valor absoluto)
Navarra	46,0%	0,26897	Jaén	78,8%	0,05881
Islas Baleares	57,3%	0,15634	Santa Cruz de Tenerife	67,5%	0,05403
Melilla	87,8%	0,14922	Albacete	78,2%	0,05286
Ceuta	87,3%	0,14438	Murcia	67,6%	0,05277
Asturias	58,9%	0,13992	Granada	77,7%	0,04753
Ciudad Real	60,1%	0,12781	Ourense	68,3%	0,04591
Ávila	85,6%	0,12666	Badajoz	77,4%	0,04519
Málaga	85,3%	0,12398	Castellón	77,2%	0,04339
Burgos	61,6%	0,11337	Lleida	69,0%	0,03945
Teruel	83,6%	0,10708	Toledo	76,7%	0,03819
Almería	83,6%	0,10670	Salamanca	69,3%	0,03571
Sevilla	83,2%	0,10290	Valencia	76,2%	0,03259
Álava	62,9%	0,10039	Zamora	69,8%	0,03111
Córdoba	82,9%	0,10009	Cáceres	75,3%	0,02394
Cádiz	82,2%	0,09277	Segovia	70,6%	0,02253
A Coruña	63,9%	0,08985	Cantabria	70,9%	0,02040
Guipúzcoa	64,0%	0,08905	Alicante	74,8%	0,01911
Huelva	81,1%	0,08208	Palencia	74,6%	0,01701
Cuenca	64,7%	0,08206	León	71,5%	0,01372
Huesca	65,0%	0,07910	Madrid	74,2%	0,01343
La Rioja	65,2%	0,07707	Tarragona	74,2%	0,01333
Guadalajara	65,4%	0,07546	Vizcaya	71,7%	0,01188
Lugo	65,6%	0,07283	Valladolid	71,8%	0,01068
Girona	66,2%	0,06699	Zaragoza	73,5%	0,00637
Pontevedra	67,0%	0,05946	Las Palmas	73,1%	0,00162
Barcelona	67,0%	0,05905	Soria	72,9%	0,00007



A continuación, se muestran los resultados más relevantes del análisis llevado a cabo sobre las variables que forman parte del modelo predictivo con el fin de intentar justificar el diferencial existente la media nacional y estas siete provincias o ciudades autónomas:

Navarra

Esta provincia destaca como la **provincia en donde el porcentaje de mutualistas titulares de MUFACE que optan por la sanidad privada es menor**. Concretamente, únicamente el 46,0% de los mutualistas eligen ser atendidos a través de una compañía aseguradora, muy por debajo de la media nacional que se sitúa en el 72,9%.

A **nivel de género**, en Navarra el 62,3% de los mutualistas son mujeres, frente al 56,3% que es la media nacional. Es conveniente recordar que el modelo predictivo establece que las mujeres eligen la privada con menor probabilidad que los hombres.

Otro valor diferencial es la **penetración del seguro privado**, la cual es significativamente inferior (10,5%) a la media nacional (23,9%). En este caso, el modelo predictivo indica que, a mayor penetración del seguro, mayores son las probabilidades de que un mutualista se decante por recibir asistencia a través de una compañía aseguradora.

Cabe reseñar también que Navarra cuenta con un **grupo de funcionarios** de nivel A por encima de la media nacional, concretamente el nivel en la administración A2 representa el 50,9%, frente al 41,9 % de media nacional. En el otro extremo cabe señalar que el nivel C1 tan sólo representa el 8,7% de los mutualistas titulares en Navarra, frente al 17,3 % de la media nacional.

En este caso, se considera que estos datos pueden ayudar a explicar, según el modelo predictivo diseñado, la baja elección de privada en Navarra en relación con la media nacional.

Islas Baleares

Islas Baleares es, después de Navarra, la provincia en donde los mutualistas titulares de MUFACE eligen en menor medida ser atendidos en la sanidad privada. En este caso, el 57,3% eligen esta opción frente al 72,9% de la media nacional.

A la hora de analizar las variables que pueden justificar esta situación, cabe destacar que los **grupos de edad** están más concentrados en los niveles más bajos, que son aquellos que, por norma general, eligen la atención privada en menor medida.

Lo mismo sucede con el **género**. En Islas Baleares prevalece el género femenino (59,4% frente al 56,3% de media nacional). También predominan los funcionarios en activo, habiendo únicamente un 28,8% de jubilados frente al 38,3% correspondiente a la media nacional.

La **insularidad** y la **concertación de hospitales** por parte de varias entidades aseguradoras prácticamente en una única isla (cuando todas las islas disponen de hospital privado) puede hacer decantarse a los mutualistas por la sanidad privada en menor medida que en otras provincias.

Melilla y Ceuta

Estas dos ciudades autónomas cuentan con el porcentaje más alto de mutualistas titulares de MUFACE que optan por la sanidad privada. En este caso, el porcentaje se sitúa por encima del 87%, concretamente 87,8% en Melilla y 87,3% en Ceuta, posicionándose muy por encima de la media nacional del 72,9%.

Analizando las variables que hace que se diferencien del caso nacional, en ambas ciudades autónomas existe una **proporción superior de hombres mutualistas** que de mujeres, por encima del 55% frente a la media nacional que se sitúa en el 43,7%.

Otro valor que puede justificar el hecho de que haya una mayor proporción de mutualistas que se decantan por la atención privada, es la **penetración del seguro privado**, situándose en el 34,6% en Ceuta y en el 30,8% en Melilla, muy por encima de media nacional (23,9%).

El **número de beneficiarios** también se sitúa por encima de la media nacional (0,54 en Ceuta y 0,63 en Melilla frente al 0,42 nacional), así como el porcentaje de **mutualistas activos** cuyo **grupo de administración** es el C1. Concretamente el 38% de los mutualistas cuenta con un nivel C1 en Ceuta y el 35% en Melilla, frente al 17,3% que representa el C1 en la media nacional.

Asturias

Asturias es, por detrás de Navarra e Islas Baleares, la provincia en donde los mutualistas titulares de MUFACE eligen en menor proporción el ser atendidos por la sanidad privada. En este caso, únicamente el 58,9% los mutualistas optan por esta opción, frente al 72,9% que lo hace a nivel nacional.

Aunque es cierto que Asturias cuenta con un menor número de beneficiarios por titular (0,33) que la media nacional (0,42) y que la penetración del seguro privada es sensiblemente más baja que la media nacional (15,2% frente a 21,7%), se considera que la principal razón que justifica la baja elección de la sanidad privada en comparación con otras provincias es la **escasez de recursos hospitalarios privados que proporcionen seguridad al paciente que pudiera hacer decantar la toma de decisión del mutualista hacia la sanidad privada**, especialmente en Gijón.

Ciudad Real

Ciudad Real es otra de las provincias españolas en donde el porcentaje de mutualistas titulares de MUFACE que eligen la privada es menor, concretamente el 60,1% elige ser atendido a través de una compañía aseguradora, frente al 72,9% que lo hace a nivel nacional.

Una de las principales variables que puede justificar este hecho es que Ciudad Real cuenta con un **grupo de funcionarios** de nivel A por encima de la media nacional, concretamente el nivel en la administración A2 representa el 49,3%, frente al 41,9% de media nacional. En el otro extremo cabe señalar que el nivel C1 tan sólo representa el 12,5% de los mutualistas titulares en Ciudad Real, frente al 17,3 % de la media nacional.

Otro valor que justifica el hecho de que haya una menor proporción de mutualistas que se decantan por la atención privada, es la penetración del seguro privado, la cual se sitúa en el 12,8% en la provincia de Ciudad Real, muy debajo de la media nacional (23,9%).

Al margen del grupo de funcionarios y de la penetración del seguro privado, una variable que ayuda a explicar el bajo porcentaje de funcionarios que eligen la sanidad privada en comparación con la media nacional, es la **dispersión geográfica** de la provincia, en donde existen cinco municipios que superan los 30.000 habitantes (Ciudad Real, Puertollano, Tomelloso, Alcázar de San Juan y Valdepeñas). Sin embargo, a pesar de la dispersión geográfica, la provincia de Ciudad Real cuenta con **un único hospital privado** ubicado en la capital, mientras que la sanidad pública ofrece atención en un total de 6 hospitales generales situados en 6 ciudades diferentes, lo que **favorece la accesibilidad a la atención hospitalaria pública** en detrimento de la atención hospitalaria privada.

Ávila:

Se trata de la **primera provincia**, por detrás de las dos ciudades autónomas, **en donde mayor es el porcentaje de mutualistas titulares de MUFACE que eligen ser atendidos a través de una compañía aseguradora**. Concretamente, el 85,6% elige esta opción frente al 72,9% que lo hace a nivel nacional.

Las variables más significativas en Ávila que pueden justificar la diferencia existente son:

En primer lugar, el **grupo de edad** de 20 a 30 años representa en Ávila el 37,8% de los mutualistas, dato muy por encima de la media nacional, en donde los mutualistas entre 20 y 30 años solo suponen el 2,8%. Aunque este dato podría ir en contra de nuestro modelo, ya que en general los jóvenes eligen la sanidad privada menos que otros grupos de edad, al profundizar y cruzar los datos de edad con los correspondientes a los grupos de administración, se observa que la práctica totalidad de los mutualistas (93,2%) en el tramo de edad entre 20 y 30 años pertenecen al grupo C1, que es precisamente el grupo que elige la sanidad privada en un mayor porcentaje.

Una situación similar ocurre con la **población activa**, la cual representa el 83,8% de los mutualistas titulares de MUFACE y que se sitúa muy por encima de la media nacional (61,7%). A pesar de que los mutualistas activos eligen la sanidad privada en menor medida que los jubilados, en Ávila se observa que la mayor parte de los mutualistas activos (78,3%) pertenecen al grupo C1, que es el que elige en mayor proporción la sanidad privada en comparación con otros grupos de administración.

Por último, otra variable a destacar es la penetración del **seguro privado**, la cual se sitúa ligeramente por encima de la media nacional (25,8% frente a 23,9%).

Málaga

Málaga es una de las provincias en donde el porcentaje de los mutualistas titulares de MUFACE eligen la sanidad privada es mayor. Concretamente el 85,3% eligen ser atendidos en la sanidad privada, dato significativamente superior a la media nacional que se sitúa en el 72,9%.

Las variables del modelo que pueden explicar esta diferencia son las relativas al **género, número de beneficiarios y penetración del seguro privado**. En este sentido, el porcentaje de mujeres mutualistas titulares de MUFACE (52,6%) es menor que el que registra la media nacional (56,3%). Asimismo, Málaga registra 0,53 beneficiarios por titular frente a los 0,42 de la media nacional y cuenta con una penetración del seguro privado del 27,7%, porcentaje superior al que registra la media nacional (23,9%).

Por otro lado, y al margen de estas variables propias del modelo, cabe destacar que Málaga es una de las provincias españolas con una **mayor y mejor oferta de hospitales privados**. Por el contrario, Málaga **está necesitada de mayores dotaciones hospitalarias públicas**, como demuestra el hecho de que está previsto el desarrollo y puesta en marcha en los próximos años de un nuevo hospital público con una dotación de 800 camas y 42 quirófanos, lo que le convertirá en la mayor infraestructura sanitaria de la región.

La **fuerte presencia de hospitales privados y la insuficiente dotación de infraestructuras públicas**, unidas a las variables del modelo anteriormente mencionadas, hace que los mutualistas titulares de MUFACE residentes en Málaga opten por ser atendidos a través de una aseguradora de salud en mayor porcentaje que la media nacional.

Modelo de financiación MUFACE

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el convenio firmado entre las mutualidades y las entidades aseguradoras supone que estas reciben una cuota capitativa mediante una prima mensual por persona protegida.

El nuevo concierto para el periodo 2022-2024 contempla unas subidas progresivas de las primas, siendo del 8% en 2022, del 0,75% en 2023 y del 1,25% en 2024, alcanzando un **incremento total del 10% en el último año de vigencia (2024)** respecto al concierto anterior.

En el caso de MUFACE, el nuevo concierto establece una prima diferenciada en **7 tramos etarios**:

- 0-4 años.
- 5-14 años.
- 15-44 años.
- 45-55 años.
- 55-64 años.
- 65-74 años.
- Mayores de 74 años.

En este caso, la prima más elevada es la correspondiente a aquellos mutualistas situados en el último tramo, que es el que corresponde a mayores de 74 años. Por el contrario, la prima más económica es aquella correspondiente al segundo tramo etario, que es el que comprende a los mutualistas con una edad entre los 5 y los 14 años.

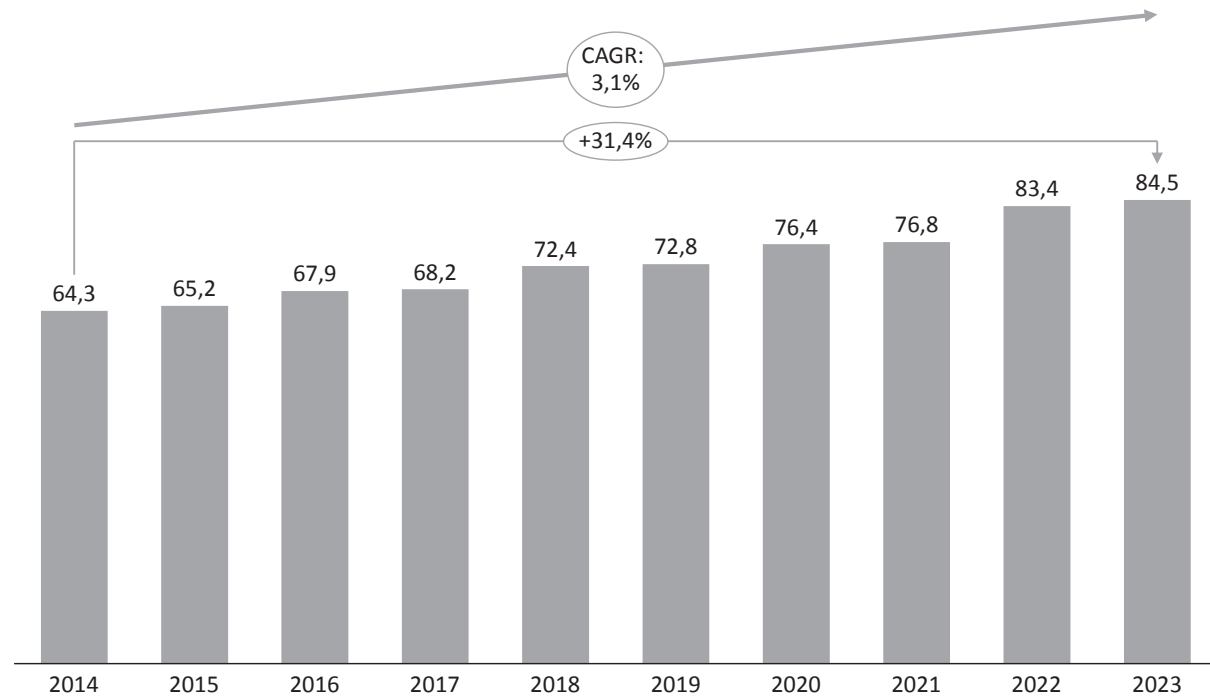
Gráfico 23 Evolución de la prima mensual ponderada de MUFACE, 2014-2023



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

La evolución en los últimos diez años (2014-2023) de la **prima mensual ponderada por edad** de MUFACE, ha experimentado un **incremento del 31,4%**, evolucionando de los 64,3 euros de 2014 hasta alcanzar los 84,5 euros de 2023. En este caso, la tasa de incremento anual compuesto en el periodo indicado se sitúa en el 3,1%.

Gráfico 24 Evolución de la prima mensual ponderada de MUFACE, 2014-2023



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

En términos económicos, el mutualismo administrativo es un modelo que aporta ahorro en la prestación del servicio público de salud, ya que **el gasto per cápita de la población cubierta es sustancialmente inferior al gasto sanitario público per cápita**.

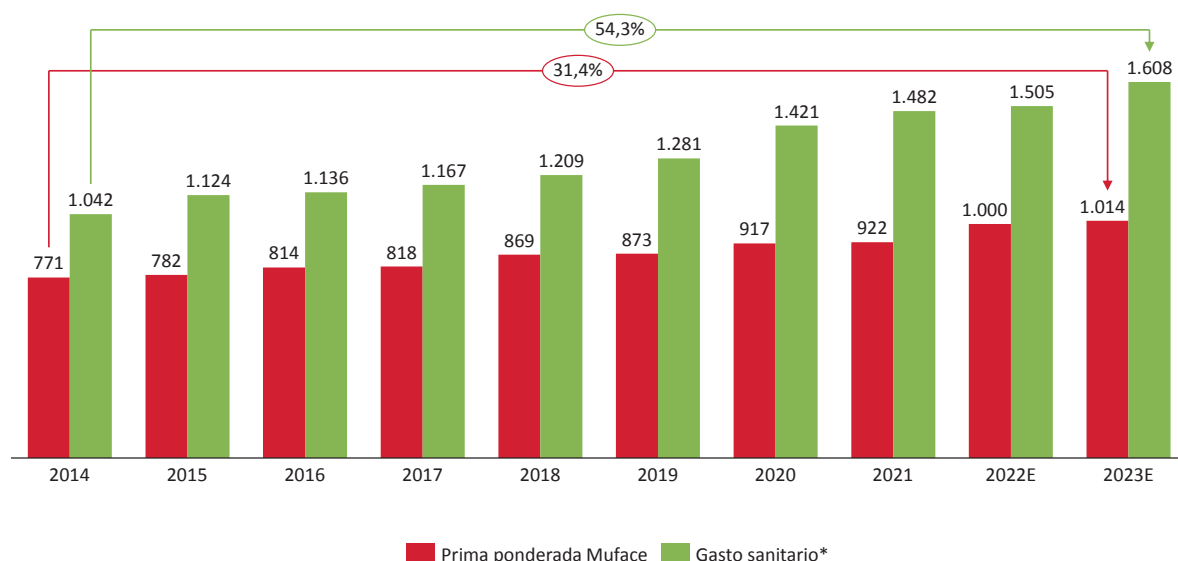
En este sentido, la prima ponderada de MUFACE se sitúa en 2023 en **1.014 euros anuales** por mutualista, mientras que el gasto sanitario público per cápita se estima que será de **1.608 euros** (no incluye gasto farmacéutico, gasto de salud pública, ni el gasto destinado a mutualidades), lo que supone **una diferencia de 594 euros por mutualista**. Aplicando este diferencial al conjunto del mutualismo supone un ahorro para el Estado superior a los **1.000 millones de euros**.

Esta diferencia se ha ido haciendo más significativa con el paso de los años, encontrándonos en la actualidad con la mayor diferencia entre estos dos valores de los últimos años.

La diferencia entre el gasto sanitario público per cápita y la prima ponderada de MUFACE es de 594 euros por mutualista

En los últimos diez años, el gasto sanitario público se ha incrementado un 54,3%, mientras que la prima de MUFACE lo ha hecho en un 31,4%, lo que supone un diferencial de 22,9 puntos porcentuales

Gráfico 25 Evolución de la prima anual de MUFACE y el gasto sanitario público, 2014-2023



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE y de la Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad. (*): no incluye el gasto destinado a mutualidades, el gasto farmacéutico y el gasto de salud pública.

Más allá del diferencial existente entre los dos valores, es muy llamativa la **diferencia que se registra en el incremento experimentado** por ambos en los últimos 10 años. En este caso, el gasto sanitario público ha registrado un **incremento del 54,3% en el periodo 2014-2023**, mientras que el aumento en la **prima MUFACE ha sido del 31,4%**, lo que supone un **diferencial de 22,9 puntos porcentuales**.

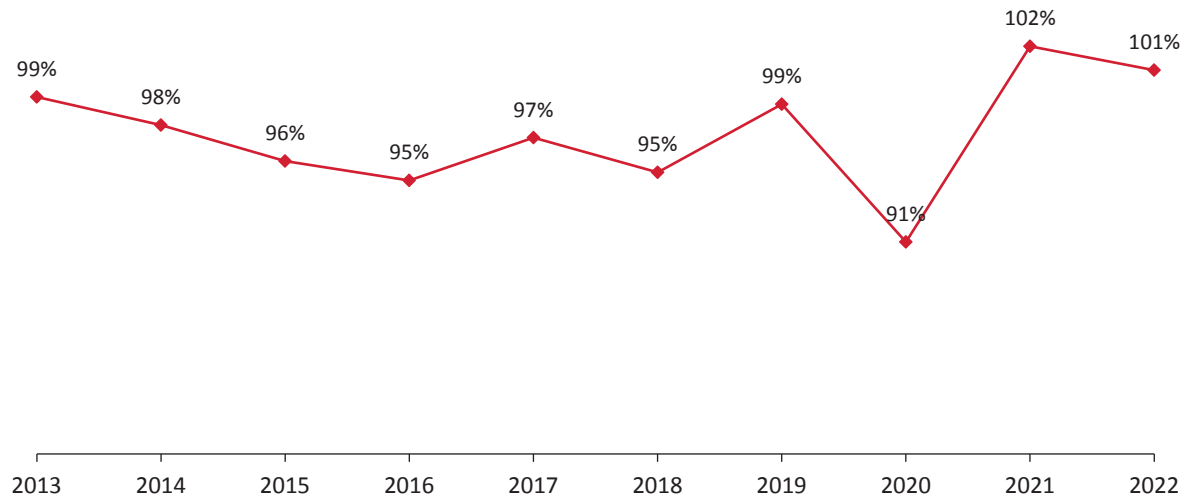
Por otro lado, en el análisis del modelo de financiación es fundamental considerar a **los prestadores de asistencia sanitaria**, que son con quien las compañías aseguradoras acuerdan la atención sanitaria a sus asegurados (incluyendo los mutualistas).

En este sentido, se estima que en los últimos años las entidades aseguradoras han trasladado **el 50% de la subida de la prima a los grandes prestadores**, como son algunos grupos hospitalarios. En este caso, se trata de una estimación a alto nivel, teniendo en cuenta que este impacto puede variar en función del prestador, la compañía aseguradora, la ubicación geográfica y la actividad a realizar.

En aquellos casos en los que el prestador tenga menor poder de negociación, como pueden ser los hospitales independientes, los centros médicos y/o los médicos que tiene una consulta propia, es posible que la mejora que les hayan trasladado las compañías aseguradoras sea sensiblemente inferior.

Por otro lado, y a pesar de la mejora de la prima media, la siniestralidad de las compañías aseguradoras en relación con los mutualistas ha sido superior al 100% en los últimos dos años, como consecuencia principalmente del aumento de la edad media y de la frecuentación de los mutualistas.

Gráfico 26 Evolución de la siniestralidad del mutualismo administrativo, 2013-2022



Fuente: ICEA, El Seguro de Salud, 2013-2022.

La siniestralidad registrada en 2022 por las compañías aseguradoras en relación con su actividad del mutualismo administrativo, supone un **volumen de primas de 1.732.787.353 euros, mientras que las prestaciones pagadas se sitúan en 1.746.598.308 euros, lo que ofrece unas pérdidas de 13.810.955 euros³**. Estas pérdidas hacen referencia únicamente a lo que las compañías aseguradoras reciben por la prestación sanitaria a los mutualistas frente al gasto que han tenido las mismas por esa prestación sanitaria. Sin embargo, no tienen en cuenta los **gastos de gestión interna, los gastos de comercialización ni los gastos de comunicación y publicidad**, partidas que pueden alcanzar un porcentaje aproximado del 10% sobre el volumen de primas. En este sentido, las compañías aseguradoras firmantes del concierto con MUFACE, es decir, SegurCaixa Adeslas, Asisa y DKV, sitúan sus pérdidas en aproximadamente **170 millones de euros en 2022**.

El incremento contemplado para el periodo 2022-2024 del 10% respecto al convenio anterior, **se prevé insuficiente incluso para cubrir únicamente la subida de los costes**, sin tener en cuenta otras variables como el incremento de la edad media de la población mutualista y de la frecuentación, la cual también aumentará previsiblemente como consecuencia de los efectos de la COVID-19.

Desde el punto de vista del incremento de costes, el IPC mensual registrado en 2022 alcanzó un máximo del 10,8% en julio de 2022, suavizándose hasta el 5,7% en diciembre del mismo año. En 2023, el mes de octubre cerró con un incremento del 3,5%. **Estos datos refrendan que el incremento experimentado por la prima en el concierto firmado para el periodo 2022-2024 será insuficiente incluso para cubrir, única y exclusivamente el incremento de precios.**

⁽³⁾ ICEA. El Seguro de Salud, 2022.



Gráfico 27 Evolución de la tasa anual del IPC, 2022-octubre 2023

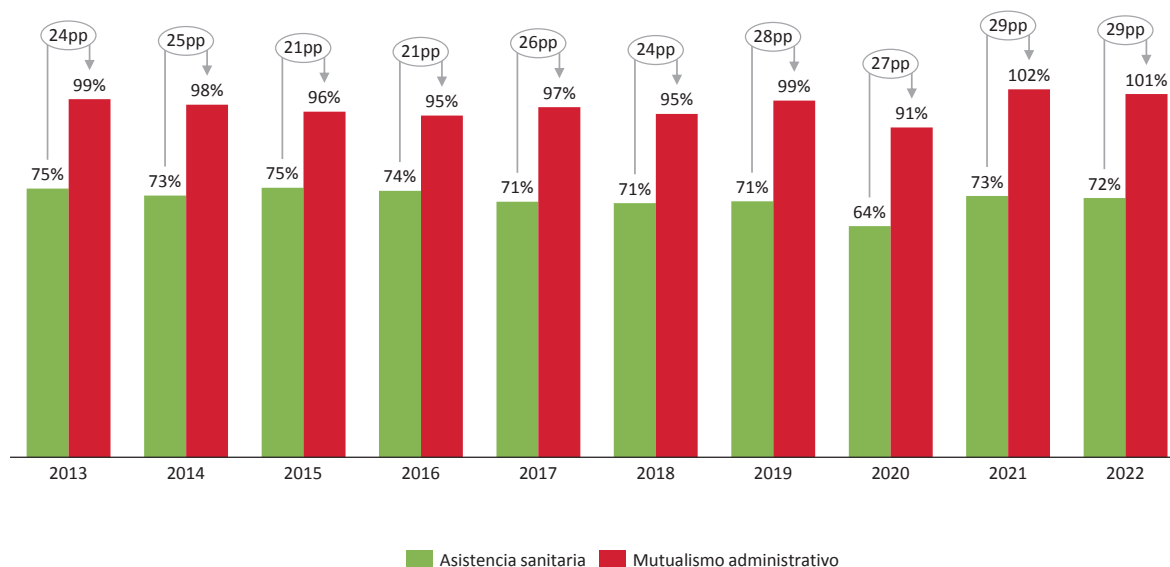


Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Continuando con el análisis de la siniestralidad registrada por las compañías aseguradoras con el concierto del mutualismo administrativo, ésta es muy superior a la registrada por los seguros de asistencia sanitaria privada, concretamente el diferencial se sitúa en 29 puntos porcentuales en 2022.

Al igual que ocurre con el diferencial existente entre el gasto sanitario público y la prima de MUFACE, el diferencial entre la siniestralidad de las compañías aseguradoras con el mutualismo administrativo y con los seguros de asistencia sanitaria, es cada vez más notable, habiendo registrado las máximas diferencias en los cuatro últimos años (2019, 2020, 2021 y 2022)

Gráfico 28 Evolución de la siniestralidad del mutualismo administrativo vs seguros de asistencia sanitaria, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos de ICEA, El Eeguro de Salud 2013-2022.

En base al análisis realizado, esta situación está provocando:

- Las compañías aseguradoras están registrando pérdidas como consecuencia de la prima insuficiente que se les paga para poder prestar una asistencia sanitaria de calidad. Si la financiación no se mejora de forma significativa en el próximo concierto, es probable que algunas de las compañías aseguradoras firmantes del último no procedan a la firma del nuevo previsto para el 2025.
- Los prestadores, especialmente aquellos más pequeños y con menor poder de negociación, están empezando a ver comprometidas sus cuentas de resultados al ser insuficientes las tarifas que tienen con las compañías aseguradoras para la prestación de sus servicios a los mutualistas.
- Todo ello, hace también que se generen tensiones importantes en las negociaciones entre las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios de asistencia sanitaria, lo que dificulta las relaciones entre los dos agentes que, hoy en día, son fundamentales para la prestación sanitaria a los mutualistas.
- Los hechos anteriores están provocando una pérdida de accesibilidad del mutualista y un aumento de los tiempos de espera a la asistencia sanitaria, bien porque las aseguradoras limitan sus cuadros médicos a los mutualistas, o bien porque algunos prestadores deciden no continuar ofreciendo el servicio por las bajas tarifas actuales.



Accesibilidad y calidad de la atención
sanitaria al mutualista

El objeto del concierto entre las tres mutualidades y las entidades aseguradoras firmantes es **asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional** a los titulares y beneficiarios de las mutualidades que opten por recibir la asistencia a través de la entidad aseguradora.

Según consta en el concierto, la asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el presente Concierto que incluirá, cuando menos, la **Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud**.

Para hacer efectiva la prestación sanitaria, la entidad aseguradora pondrá a disposición del colectivo protegido todos los medios propios o concertados precisos. En aquellos casos en los que excepcionalmente la entidad no dispusiera de tales medios, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados.

Según expone el concierto, la **atención primaria** es el nivel más básico inicial de la atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especialistas en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales, e incluye:

- o La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- o La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- o Atención paliativa a enfermos terminales.

Para hacer posible la prestación de servicios sanitarios en las **zonas rurales** a los beneficiarios adscritos a la aseguradora, MUFACE podrá convenir con los servicios de salud de las Comuni-

dades Autónomas la prestación de aquellos. Los servicios que podrán figurar en dichos convenios son:

- o Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la aseguradora no disponga de medios propios o concertados suficientes.
- o Servicios de urgencias en municipios de hasta 20.000 habitantes que se prestan a través de los servicios de atención primaria.

Respecto a la **atención sanitaria especializada** a facilitar por las entidades aseguradoras, esta se estructura en cuatro niveles en orden creciente, en cuya definición se atiende a criterios de población general, número de beneficiarios residentes, así como a distancia y tiempo de desplazamiento a los núcleos urbanos donde existe una mayor disponibilidad de recursos sanitarios privados.

- o **Nivel I:** correspondiente a municipios con más de 20.000 habitantes y que cuenten con al menos 600 mutualistas. Cuando el número de mutualistas está entre 500 y 600 se tienen en cuenta la distancia del municipio a niveles superiores y la disponibilidad de medios privados.
- o **Nivel II:** se incluyen municipios de más de 30.000 habitantes que tengan hospital privado.
- o **Nivel III:** corresponde con la capital de la provincia e incluye también grandes núcleos de población.
- o **Nivel IV:** tiene que haber al menos un municipio por Comunidad Autónoma en relación con la población INE y la población mutualista. Así, en las comunidades autónomas multiprovinciales se puede incluir en el Nivel IV algún municipio más, en relación con población y por disponibilidad de recursos privados.

Tabla 7 Exigencia de disponibilidad de medios y servicios, concierto 2022-2024

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología					
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica	Análisis clínicos				
	Citogenética/Genética				
	Inmunología				
Anatomía patológica					
Anestesiología y Reanimación/URPA					
Angiología y Cirugía Vascular					
Aparato Digestivo	Aparato Digestivo				
	Endoscopia				
	Cápsula endoscópica				
Cardiología	Cardiología				
	Electrofisiología cardíaca/marcapasos				
	Desfibrilador implantable				
	Ablación/cardioversión				
	Hemodinámica				
Cirugía Cardiovascular					
Cirugía General y Aparato Digestivo					
Cirugía Oral y Maxilofacial					
Cirugía Ortopédica y Traumatología					
Cirugía Pediátrica					
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	Cirugía plástica, Estética y Reparadora				
	Micropigmentación areola y pezón				
Cirugía Torácica					
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología					
Endocrinología y Nutrición					
Farmacia Hospitalaria.					
Ginecología y Obstetricia	Ginecología y Obstetricia				
	Ecografía ginecológica				
	Diagnóstico prenatal				
	Obstetricia de alto riesgo				
	Reproducción Humana Asistida				
Hematología y Hemoterapia	Hematología/Hospital de día				
	Hemoterapia				
Medicina Física y Rehabilitación	Medicina Física y RH				
	Fisioterapia general				
	Logopedia				
	Rehabilitación cardíaca				
	Rehabilitación integral daño cerebral				
	Rehabilitación suelo pélvico				
	Terapia ocupacional				
Medicina Intensiva/UCI					
Medicina Interna					
Medicina Nuclear	Medicina Nuclear				
	Gammagrafía/Radiosótopos				
	PET y PET-TC				
Nefrología	Nefrología				
	Hemodiálisis y diálisis peritoneal				
Neumología					
Neurocirugía					
Neurofisiología Clínica	Neurofisiología Clínica				
	Potenciales evocados				
	Unidad del sueño				
Neurología					
Oftalmología					
Oncología Médica	Oncología Médica				
	Hospital de día				
Oncología Radioterápica					
Otorrinolaringología	Otorrinolaringología				
	Rehabilitación vestibular				
Pediatría					
Psiquiatría					
Radiodiagnóstico	Radiología convencional				
	Ecografía				
	Mamografía				
	TAC				
	RMN				
	Densitometría				
	Radiología intervencionista				
Reumatología					
Urología	Urología				
	Litotricia				
	Láser verde				
	Biopsia Fusión				
Otros	Odontología				
	Psicología				

Fuente: Boletín Oficial del Estado (BOE). Resolución de 22 de diciembre de 2021, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2022, 2023 y 2024.

A pesar de los niveles de exigencia que establece el concierto sobre la disponibilidad de medios, pueden producirse incidencias en la prestación del servicio a los mutualistas, relacionadas con la accesibilidad y la calidad de la atención a los mutualistas que optan por recibir su asistencia a través de una entidad aseguradora.

Con el fin de establecer estos dos conceptos, se han analizado las **reclamaciones presentadas por los mutualistas**, así como los cambios extraordinarios solicitados fuera del periodo ordinario.

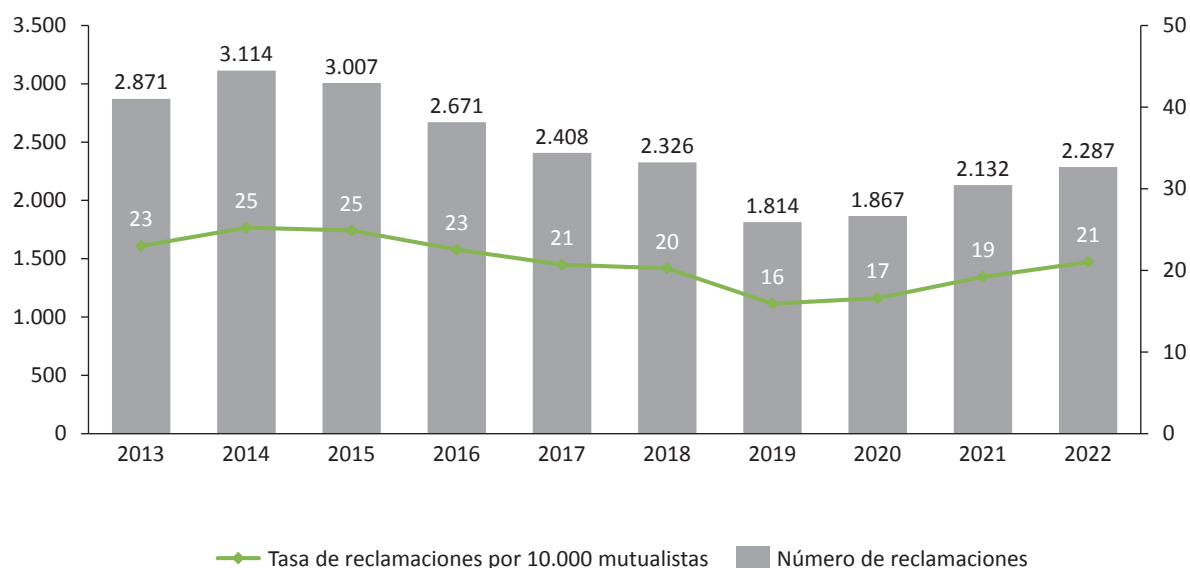
Reclamaciones:

En el concierto firmado se establece el procedimiento para sustanciar las reclamaciones que se planteasen por los mutualistas con motivo del cumplimiento por la entidad de las obligaciones derivadas del mismo.

En este sentido, el número de reclamaciones presentadas en **Comisiones Mixtas Provinciales** sobre la asistencia sanitaria dispensada por las entidades concertadas ascendió a 2.287 reclamaciones, lo que supone una tasa de 21 reclamaciones por 10.000 mutualistas.

Los años 2014 y 2015 son los que registraron un mayor número de reclamaciones, iniciándose entonces un descenso hasta registrar en 2019 el menor número de reclamaciones en el periodo objeto de estudio. Sin embargo, a partir del 2019 se ha vuelto a incrementar el número de reclamaciones, registrándose un incremento del 26% en 2022 respecto a 2019.

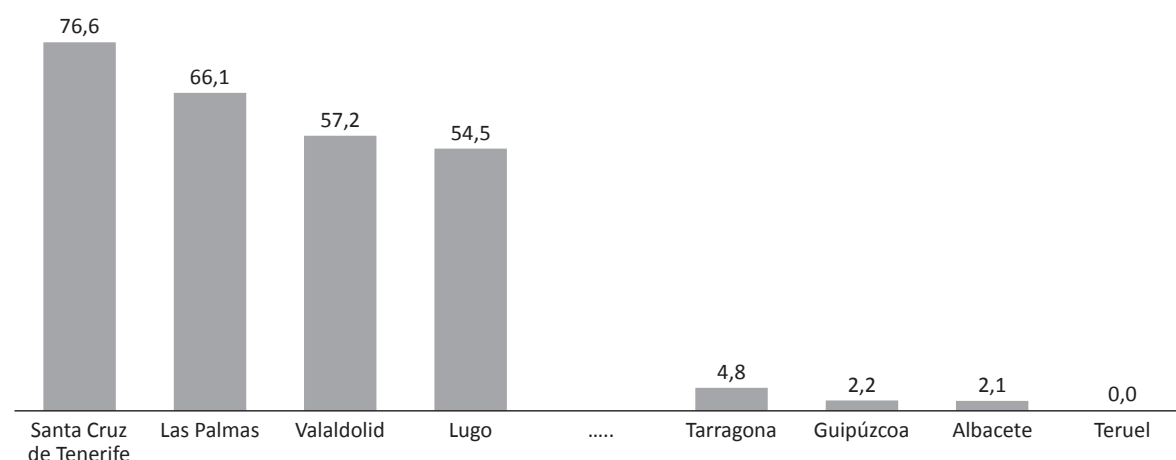
Gráfico 29 Evolución del número de reclamaciones y de la tasa de reclamaciones por 10.000 mutualistas, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Geográficamente, las provincias con una mayor tasa de reclamación por 10.000 mutualistas son Santa Cruz de Tenerife, Las Palmas, Valladolid y Lugo, mientras que las provincias con una menor tasa de reclamación son Teruel, Albacete, Guipúzcoa y Tarragona.

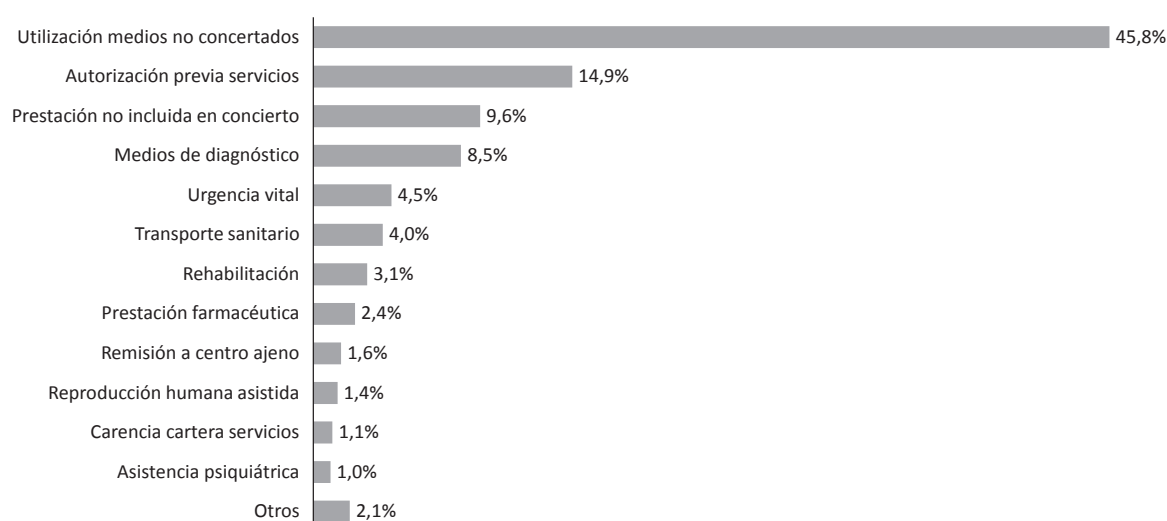
Gráfico 30 Provincias con mayor y menor tasa de reclamación por 10.000 mutualistas, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

El motivo de reclamación más frecuente es el relativo a la utilización de medios no concertados con el 45,8% del total de reclamaciones, seguida de la autorización previa de servicios (14,9%), la prestación no incluida en concierto (9,6%) o la relativa a medios diagnósticos (8,5%).

Gráfico 31 Distribución del número de reclamaciones según motivo, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Cambios extraordinarios:

Otro de los indicadores que puede ayudar a determinar la valoración de la atención que reciben los mutualistas, es la evolución de los **cambios extraordinarios** que solicitan los mutualistas fuera del periodo de cambio estipulado.

Los mutualistas pueden realizar un cambio anual de entidad de seguro de asistencia sanitaria o a los Servicios Públicos de Salud, sin embargo, también se contemplan algunos supuestos en los que se puede llevar a cabo un cambio extraordinario.

• **Cambios ordinarios:**

Durante el mes de enero la persona titular o con Documento asimilado al de Afiliación, con adscripción a los Servicios Públicos de Salud o a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria, puede solicitar el cambio de Entidad. Solo se admitirá una solicitud de cambio en cada periodo ordinario. Si no se formula solicitud de cambio ordinario se mantendrá la adscripción a la misma Entidad que a 31 de diciembre de cada año.

• **Cambios extraordinarios:**

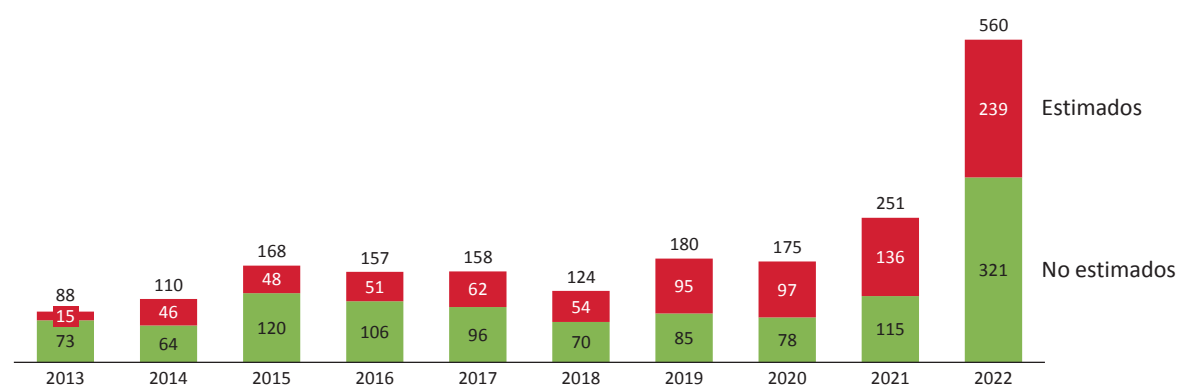
o **Cambio fuera del periodo ordinario:** fuera del periodo ordinario, se podrá autorizar el cambio de Entidad de Seguro de Asistencia Sanitaria o de adscripción a los Servicios Públicos de Salud:

- o Para mutualistas en activo: cuando se produzca un cambio de destino que implique traslado a otra provincia o isla, o cuando, manteniendo la localidad de destino, se produzca una variación en el domicilio a otra provincia o isla.
- o Para mutualistas en situación de jubilación o para personas beneficiarias con Documento asimilado al de Afiliación (por fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio de la persona titular) cuando se produzca un cambio de domicilio, con cambio de provincia o isla de residencia. Este derecho podrá ejercitarse por una sola vez cada año.
- o Cuando se obtenga la conformidad, expresada por escrito, de las Entidades afectadas. Este supuesto incluye el cambio a cualquier entidad de seguro desde la red sanitaria pública, pero no el caso contrario.
- o Cuando la persona titular pase a quedar comprendida en el colectivo del Concierto en territorio nacional al extinguirse su derecho a quedar protegida por el Concierto de asistencia sanitaria en el Exterior, siempre y cuando dicha extinción no se deba a la pérdida de la condición de mutualista.
- o Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares a quienes afecte el mismo problema de asistencia médica, la Dirección General de MUFACE acuerde la apertura de plazo especial de elección de Entidad, incluido, en su caso, los Servicios Públicos de Salud.

o **Cambio extraordinario a los Servicios Públicos de Salud:** cuando la persona titular lo solicite por razones de asistencia médico-hospitalaria que le afecten personalmente o a cualquiera de las personas que tenga adscritas y sea aprobado por una Comisión Paritaria MUFACE/Seguridad Social que analiza la documentación aportada y valora la concurrencia de las circunstancias fijadas en el anexo del Convenio con los criterios que pueden justificar la estimación del cambio. Además, deberá hacer constar expresamente que asume la obligación de permanecer dos años con la adscripción a los Servicios Públicos de Salud, en el caso de que se estime el cambio.

Los cambios extraordinarios solicitados por el colectivo MUFACE se han incrementado de forma significativa desde la entrada en vigor del nuevo convenio. En este caso, en 2022 se han registrado un total de **560 peticiones de cambio**, lo que supone un incremento del 123% respecto al 2021 y un 536% en comparación con 2013.

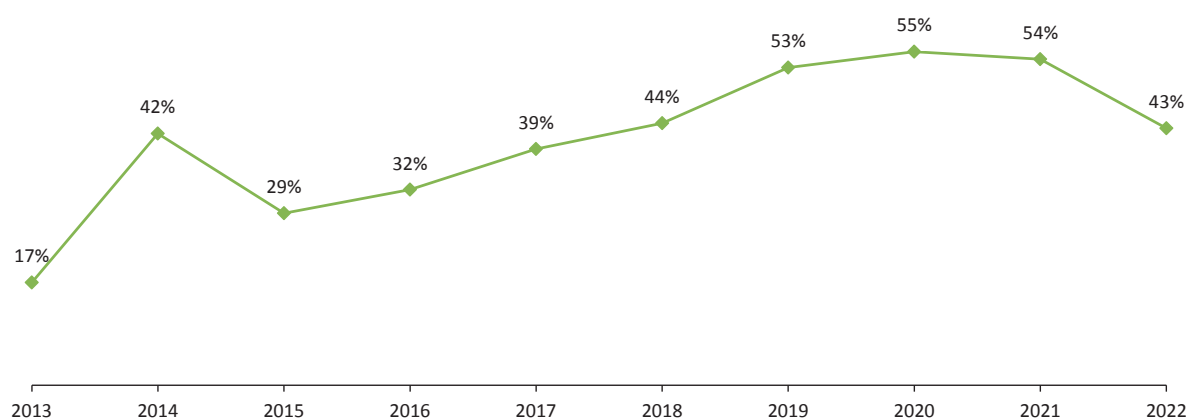
Gráfico 32 Evolución del número de cambios extraordinarios solicitados, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Respecto a la evolución del porcentaje de cambios extraordinarios admitidos frente a los solicitados, no ha registrado una variación tan significativa como el indicador anterior. En este caso, el porcentaje de cambios admitidos se ha incrementado en los últimos años hasta alcanzar su máximo en 2020 con el 55% de cambios admitidos. En 2022 este porcentaje ha sufrido un descenso respecto a los años anteriores hasta situarse en el 43%.

Gráfico 33 Evolución del porcentaje de cambios extraordinarios estimados, 2013-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por MUFACE.

Al margen del análisis realizado sobre las reclamaciones y los cambios extraordinarios llevados a cabo por los mutualistas de MUFACE, y tal y como se ha mencionado en el apartado correspondiente a la metodología del estudio, se han mantenido **reuniones con los representantes de los tres sindicatos mayoritarios** de funcionarios como son CSIF, UGT y CCOO. En estas reuniones mantenidas se han recogido las **principales incidencias y solicitudes** que les han sido reportados por sus afiliados respecto al modelo del mutualismo administrativo.

A continuación, se indican aquellas más representativas:

- A nivel general se **percibe una pérdida de calidad en la prestación del servicio en los últimos años**, probablemente debida a una **financiación insuficiente**.
- Desde la entrada en vigor del nuevo concierto, se ha acentuado la **pérdida de accesibilidad** a la atención sanitaria. Este caso, existen múltiples ejemplos como pueden ser:
 - **Reducción en el número de hospitales y centros médicos concertados**, especialmente en algunas ubicaciones como es el caso de la Comunidad de Madrid.
 - Eliminación de los **servicios de urgencias** en determinados centros.

- Reducción en el número de especialistas y centros concertados, especialmente en la especialidad de **Oncología**. En este caso, se están produciendo derivaciones de hospitales que ya no prestan el servicio a otros que sí lo hacen, con el consiguiente trastorno para los enfermos que tienen que continuar su tratamiento en un nuevo hospital con un nuevo equipo médico.
 - Otro tipo de mutualistas que se ven afectados son los **pacientes diabéticos**, a los que se les ha reducido de forma significativa el número de ubicaciones en donde pueden recoger el material para el control de su enfermedad.
- **Se concierta tan solo con una parte de los recursos privados disponibles**, ya que existen determinadas zonas en las que algunas compañías aseguradoras conciertan con un único hospital, a pesar de que en esas mismas zonas existen más hospitales privados. Asimismo, en Islas Baleares algunas compañías cuentan con hospitales concertados en una única isla, a pesar de la existencia de hospitales privados en el resto de las islas. Esta situación impacta claramente en la accesibilidad de los mutualistas a la atención sanitaria.
 - La reversión de algunos **hospitales de colaboración público-privada** está teniendo impacto en los pacientes mutualistas, ya que, al pasar a ser gestionados por la red pública, ya no cuentan con concierto de MUFACE, como es el caso del Hospital de Torrevieja. Es por ello por lo que los mutualistas deben cambiar de centro y, en algunos casos, deben trasladarse a otros municipios para ser atendidos.
 - Las **listas de espera se han visto incrementadas de forma significativa** en los últimos años por el aumento del número de asegurados y por la reducción de los cuadros médicos de los mutualistas. Hay que tener en cuenta que cuando se produzca la incorporación de nuevos funcionarios esta situación se agravará, ya que no se prevé la inclusión de nuevos dispositivos asistenciales privados en los cuadros médicos. Por otro lado, las listas de espera de los pacientes mutualistas son claramente superiores a las del resto de pacientes asegurados, situación que se ha agravado en los últimos años. En este sentido, los mutualistas ponen de manifiesto que en algunos centros hay un único médico concertado (en función de la especialidad), aunque en el centro haya más especialistas.
 - Se han **incrementado de forma significativa los plazos de respuesta** de las aseguradoras en la autorización de ciertos procedimientos, en particular de aquellos que suponen un mayor coste.
 - Los **procedimientos de reembolso** de gastos a los mutualistas son cada vez más tediosos, lo que les obliga a realizar un seguimiento continuo. En un gran número de casos, los mutualistas desisten de solicitar el reembolso a las compañías aseguradoras.
 - Los **cuadros médicos no están lo suficientemente actualizados**, ya que figuran médicos que ya no prestan el servicio. Asimismo, a la hora de poder proceder al cambio de compañía, en ocasiones los cuadros médicos no se actualizan hasta que finaliza el periodo para el cambio de entidad, lo que dificulta la toma de decisión por parte del mutualista. Por otro lado, en los últimos años **se han acentuado las diferencias existentes entre los cuadros médicos de los mutualistas y el de los asegurados privados**. Asimismo, cuando se produce una baja de médico u hospital en el cuadro médico de MUFACE, no se informa a los mutualistas, más allá de la actualización en los cuadros.
 - Otra demanda realizada por los mutualistas está relacionada con que la cartera de servicios de las mutualidades no incluye las **mejoras que incorpora cada comunidad autónoma** sobre la Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS).
 - Por último, a nivel de **atención en zonas rurales**, los mutualistas trasladan que en algunas ubicaciones no se está proporcionando el servicio de médico itinerante al domicilio del paciente, lo que lleva al mutualista a tener que desplazarse para ser atendido en el punto más cercano.

Escenarios futuros

El mutualismo administrativo representa un paradigma emergente en el ámbito organizacional de la sanidad que busca transformar la forma en que se prestan los servicios sanitarios a los funcionarios en España. Este enfoque se fundamenta en la colaboración horizontal, la reciprocidad y la interdependencia entre los distintos miembros de la cadena de valor, con el objetivo de promover un **modelo de calidad y eficiencia**. A medida que las dinámicas de los mutualistas evolucionan y las demandas de la sociedad se transforman, es imperativo explorar los escenarios futuros que podrían surgir en el contexto del mutualismo administrativo. En este sentido, este análisis busca proyectar posibles tendencias y desarrollos que podrían influir en la adop-

ción y evolución de este modelo, así como identificar los desafíos y oportunidades que las organizaciones podrían enfrentar en el camino hacia una gestión más colaborativa y sostenible.

En este marco, y considerando todo lo indicado anteriormente, analizaremos entre todos los escenarios posibles los siguientes:

- **Escenario 1:** Desaparición del mutualismo administrativo, impacto económico y social.
- **Escenario 2:** Continuidad del mutualismo administrativo, elementos a considerar para su sostenibilidad.



Escenario 1: Desaparición del mutualismo administrativo, impacto económico y social

1) Metodología e hipótesis de partida

A continuación, se describe la metodología y las hipótesis de partida tenidas en cuenta para la cuantificación del impacto que podría tener la desaparición del modelo del mutualismo administrativo.

La metodología utilizada se detalla en función del impacto en los diferentes agentes implicados en el modelo del mutualismo administrativo: compañías aseguradoras, prestadores hospitalarios privados, Sistema Público de Salud, mutualistas y población en general.

No obstante, la primera premisa se aplica a todos los implicados y hace referencia a la **desaparición total del modelo**, lo que supondría que todos los mutualistas que en la actualidad son atendidos en el sistema privado, pasarían a recibir su atención en el sistema público. Si bien es cierto que parte de los mutualistas que actualmente reciben su atención a través de una compañía aseguradora, podrían optar por la contratación de un seguro privado, este hecho plantea escenarios muy diversos y que pueden variar significativamente en función de las acciones comerciales que puedan desarrollar las compañías sobre el colectivo mutualista. Asimismo, y aunque pudiesen contratar un seguro de salud, podrían seguir haciendo uso de la sanidad pública. Es por ello, que se ha optado por considerar que la **totalidad de los mutualistas pasarían a ser atendidos en la sanidad pública**.

A) Estimación del impacto en el sector sanitario privado: compañías aseguradoras y prestadores hospitalarios:

- Se ha partido de los datos de los mutualistas que figuran en las memorias anuales de las diferentes mutualidades. Para conocer la distribución provincial de los mutualistas que eligen ser atendidos en la sanidad privada, se han considerado, por un lado, los datos que han sido proporcionados por MUFACE a nivel provincial, y por otro, los datos de las memorias de ISFAS y MUGEJU a nivel autonómico, aplicando a estos la misma distribución provincial que los mutualistas de MUFACE.
- Una vez estimado el número de mutualistas por provincia y mutualidad, se ha procedido a establecer la representatividad de los mutualistas sobre el total de asegurados (privados y mutualistas) en cada una de las provincias españolas.
- Para calcular el número de camas en el sector privado que requieren los mutualistas, se ha estimado que la demanda media de ingresos hospitalarios equivale al 10% de la población mutualista. Asimismo, se ha considerado una estancia media de 3,68 días⁴, que es la existente en los hospitales privados.
- Con estos datos, se ha procedido a calcular las camas necesarias para los mutualistas en la sanidad privada a nivel provincial, lo que correspondería con el número de camas excedentes en el sector hospitalario privado si esta actividad dejara de realizarse en el sistema privado.
- También se ha calculado el porcentaje de camas sobrantes en el sector hospitalario privado partiendo de la dotación de camas de hospitales de agudos y especializados⁵.
- Por otro lado, con el fin de calcular el impacto de la desaparición del modelo sobre la facturación del sector hospitalario privado, se ha considerado una facturación de 12.400 millones de euros⁶, estimándose que las mutualidades representan aproximadamente un 8% del mercado total del sector hospitalario privado.
- Por último, la pérdida de facturación que tendrían las compañías aseguradoras se ha estimado en base al volumen de primas del mutualismo administrativo⁷.

B) Estimación del impacto en la sanidad pública:

Una vez calculado el impacto sobre el sector hospitalario privado, se ha procedido a estimar el **impacto** que tendría la desaparición del modelo sobre la **sanidad pública**. Para ello, se han llevado a cabo las siguientes hipótesis:

- Para estimar la actividad que tendrían los mutualistas en la sanidad pública, se ha utilizado la misma demanda de ingresos indicada para la sanidad privada esto (10% de los mutualistas) y una estancia media de 6,88 días, que es la existente en los hospitales públicos⁸.
- Con estos datos de ingresos, se ha procedido a calcular la necesidad de camas en los hospitales públicos a nivel provincial, estimándose el porcentaje de necesidad de nuevas camas en función de las camas públicas existentes en la actualidad⁹.
- Para calcular el impacto en las listas de espera, se ha estimado una tasa de 70 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes y una actividad de consultas de 4 consultas de especialistas por mutualista al año.
- Una vez realizadas las estimaciones y los cálculos descritos, se ha procedido a estimar el impacto en las listas de espera, asumiendo que toda la actividad procedente de los pacientes mutualistas, iría directamente a lista de espera¹⁰. En este caso, dada la situación actual de la sanidad pública, hemos adoptado esta medida ya que se considera que la sanidad pública no tiene actualmente suficiente capacidad para atender a un mayor número de pacientes.

2) Conclusiones del análisis sobre el impacto económico y social que tendría la desaparición del modelo:

A continuación, se describe y cuantifica el impacto económico y social que tendría la desaparición del modelo de mutualismo administrativo en los diferentes agentes de la cadena de valor: compañías aseguradoras, prestadores hospitalarios privados, Sistema Público de Salud, mutualistas y población en general, a nivel nacional y provincial (en función de la disponibilidad de los datos desagregados obtenidos).

2.1- Impacto en el sector sanitario privado: compañías aseguradoras y prestadores hospitalarios:

En el Sistema Privado de Salud, aunque participan también otros agentes, como, entre otros, centros médicos, centros de diagnóstico y consultas privadas de médicos, destacamos el impacto económico que tendría en las compañías aseguradoras y en los prestadores hospitalarios:

- Las compañías aseguradoras dejarían de ingresar la **aportación de las mutualidades** MUFACE, ISFAS y MUGEJU por la atención sanitaria de los mutualistas que eligen la sanidad privada, que en 2022 ascendió a más de **1.700 millones de euros**, concretamente a 1.732.787.353 euros.
- Los prestadores hospitalarios privados, en su caso, dejarían de ingresar aproximadamente **1.000 millones de euros al año**, lo que equivaldría aproximadamente al 8% de la facturación de los hospitales privados.
- Los mutualistas dejarían desocupadas un total de **2.041 camas en los hospitales privados**, equivalentes al 5,7% de las camas ofertadas por la sanidad privada a nivel nacional, lo que podría llevar al cierre de hospitales privados en el **37% de las provincias españolas**, afectando directamente a un total de **19 provincias y sus correspondientes profesionales**. El impacto del cese del modelo del mutualismo se concentraría fundamentalmente en las provincias de **Castilla-La Mancha, Castilla y León, y Extremadura**. A nivel individual, las provincias más afectadas serían Jaén, Ávila, Huesca, Palencia, Ciudad Real, Cáceres. Toledo, Cuenca, Castellón, Almería, La Rioja,

⁵ Ministerio de Sanidad, Catálogo Nacional de Hospitales 2023.

⁶ DBK, Clínicas Privadas, abril 2023.

⁷ ICEA, El Seguro de Salud, 2022.

⁸ Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Actividad Especializada 2021.

⁹ Ministerio de Sanidad, Catálogo Nacional de Hospitales 2023.

¹⁰ Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud 2023.

Cantabria, Zamora, Albacete, Segovia, Salamanca, Soria, Huelva y Badajoz. La mayor parte de estas provincias son las que registran una menor penetración del seguro privado, por lo que la pérdida de la actividad de los pacientes mutualistas no se vería compensada por la de los asegurados privados.

- Además de la pérdida de camas indicada, los hospitales privados verían reducida significativamente su actividad, por lo que se pondría en riesgo la continuidad de algunos **servicios o unidades de alta especialización** en algunas ubicaciones, ya que en muchos casos se mantienen tan sólo para cumplir los convenios con las mutualidades.

Ilustración 1. Estimación del impacto en la red hospitalaria privada en porcentaje de camas sobrantes sobre el total de camas privadas

La desaparición del modelo del mutualismo tendría un impacto económico de más de 1.700 M€ en las compañías aseguradoras y de 1.000 M€ en el sector hospitalario privado

Los mutualistas dejarían desocupadas más de 2.000 camas en los hospitales privados



Nota: en rojo se han marcado aquellas provincias en donde el cese del mutualismo administrativo tendría un mayor impacto.

Ante esta situación, el sector sanitario privado podría reaccionar ofreciendo otras soluciones a los mutualistas, tales como **pólizas de seguros de salud o cualquier otro tipo de producto innovador adaptado a sus necesidades**, con el objetivo de paliar el impacto por la desaparición del modelo del mutualismo administrativo.

2.2- Impacto en la sanidad pública:

Si el mutualismo administrativo desapareciera, la Sanidad Pública tendría que asumir la totalidad de la actividad de los mutualistas que actualmente reciben en el sistema privado. Se estima que el impacto que ello tendría sería el siguiente:

- Tal como se ha indicado en el apartado 7 relativo al análisis del modelo de financiación, se estima que la diferencia entre la prima de las mutualidades y el gasto sanitario público ha sido de **594 euros por mutualista** en 2022. Suponiendo que los mutualistas pasasen a formar parte del Sistema Público, el Estado tendría que asumir un **aumento de coste en la prestación sanitaria de más de 1.000 millones de euros anuales**, concretamente de 1.027.598.706 euros, considerando que el número de mutualistas que han elegido la sanidad privada a esa fecha era de 1.729.949 mutualistas.

- **A nivel de infraestructuras, el sistema público precisaría de 3.975 camas adicionales**, lo que supondría un 3,8% adicional a la capacidad actual a nivel nacional. Esto, que a priori podría parecer un impacto moderado, en algunas provincias sería muy complicado que el sistema público pudiera asumirlo, especialmente en Madrid, Sevilla, Valencia, Barcelona, Cádiz, Málaga, Murcia, Alicante, A Coruña, Zaragoza y Granada.

Ilustración 2. Estimación del impacto en la red hospitalaria pública en necesidad de camas públicas

La desaparición del modelo supondría un aumento del gasto sanitario público de más de 1.000 M€

Los mutualistas precisarían cerca de 4.000 camas públicas adicionales



Nota: en rojo se han marcado aquellas provincias en las que el cese del mutualismo administrativo tendría un mayor impacto.

- Las listas de espera se verían incrementadas considerablemente a nivel nacional. En este sentido, la lista de espera de consultas externas se incrementaría en un **266%**, pasando de una tasa por 1.000 habitantes de 85,4 a una tasa de 227,6. La lista de espera quirúrgica, por su parte, registraría un incremento del **115%**, pasando de una tasa de 17,1 por 1.000 habitantes a una tasa de 19,6.

- Asimismo, habría un impacto muy significativo en el incremento de la demanda de atención primaria, ya que actualmente los mutualistas que han elegido la sanidad privada están recibiendo este servicio a través de las Urgencias de los hospitales privados y de las consultas de los médicos de atención especializada.

- Por otra parte, y dada la falta de flexibilidad del sistema público de salud, su respuesta inmediata podría ir encaminada al aumento de los conciertos para paliar el enorme impacto de la entrada de mutualista en las listas de espera, con el correspondiente incremento de costes que supondría.

- En paralelo, se haría necesario incrementar y adaptar las infraestructuras públicas actuales, lo cual no podría ejecutarse en un corto plazo. Esta situación conllevaría también la necesidad de contratar un volumen importante de profesionales sanitarios, lo que aumentaría el problema actual de falta de profesionales en algunas especialidades.

- Una medida con esta trascendencia se tomaría desde el Gobierno Central, sin embargo, serían las Comunidades Autónomas las que tendrían que dar solución a la atención sanitaria de los mutualistas que pasarían del sistema privado al público. Es por ello, que si llegara el caso de que se adoptase esta delicada decisión, debería consensuarse y tratarse en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud de España.

2.3- Impacto en los mutualistas:

La principal consecuencia para los mutualistas sería el empeoramiento de su accesibilidad a la asistencia sanitaria, ya que pasarían a ser atendidos por el Sistema Público, el cual cuenta con unas listas de espera muy superiores a los tiempos de espera de la sanidad privada.

Las listas de espera quirúrgica y de consultas se verían incrementadas en un 115% y 266% respectivamente

Con la eliminación del modelo del mutualismo administrativo, los mutualistas perderían la posibilidad de elección que cada año tienen entre la sanidad pública y la privada, hecho que afectaría a un **grupo de ciudadanos con amplia influencia social y política y, con un fuerte impacto en la opinión pública de cada población.**

2.4- Impacto en la población en general:

El principal impacto que tendrían los ciudadanos no mutualistas sería la **pérdida de accesibilidad** a la asistencia sanitaria pública, al verse incrementadas de forma significativa las listas de espera, tal como hemos indicado.

Por el contrario, los **casi 10 millones de ciudadanos no mutualistas que cuentan con un seguro privado de salud se beneficiarían automáticamente de la reducción de los tiempos de espera en la sanidad privada**, al verse reducida en un 20% la demanda con la desaparición del mutualismo administrativo. No obstante, esta reducción de la demanda privada conllevaría un posible cierre de hospitales privados, por lo que los ciudadanos no mutualistas que tuviesen un seguro privado de salud, **verían reducida la accesibilidad a la asistencia sanitaria privada**, especialmente en aquellas provincias, indicadas anteriormente, en donde el impacto de la desaparición del modelo sería mayor.

Escenario 2: Continuidad del mutualismo administrativo y elementos a considerar para su sostenibilidad.

La sostenibilidad del modelo del mutualismo administrativo en España es un tema relevante y complejo que involucra diversos factores. A continuación, se indican algunas **recomendaciones clave que influyen en la sostenibilidad de este sistema:**

1) Incremento de la financiación:

La financiación es esencial para mantener y mejorar el modelo. El mutualismo administrativo, tal como se ha indicado anteriormente, está **insuficientemente financiado** y la presión sobre el modelo está aumentando debido al envejecimiento de la población, al aumento de enfermedades crónicas, al incremento de costes y a su cuestionamiento por parte de algunos grupos políticos y sociales.

Como consecuencia de esta insuficiencia en la financiación, los mutualistas vienen observando desde hace ya tiempo, una **pérdida en la calidad en la prestación del servicio**, a través de la disminución de su accesibilidad por la limitación por parte de las aseguradoras de los cuadros médicos, del incremento de los tiempos de espera y por el aumento de la complejidad y la burocracia de los procesos administrativos.

Es por ello por lo que, en un plazo de tiempo no superior a dos años, **se debería llegar a equiparar la prima por mutualista al gasto sanitario real por ciudadano**. En este sentido, cabe esperar que en los Presupuestos del Estado se valore que la demanda está por encima de los recursos y que cuanto antes, se debería llegar a la equiparación del presupuesto sanitario español al de los países similares de nuestro entorno.

Dentro de esta equiparación de las primas con el gasto sanitario público, se debería **aumentar el número de los tramos actuales de edad de aplicación de las primas**, con el objetivo de ajustarlas de forma más precisa a la frecuentación, consiguiendo de esta forma equilibrar la siniestralidad.

Por otra parte, convendría que los **conciertos con las aseguradoras tuvieran una vigencia** superior y que se establecieran los mecanismos para que automáticamente se revisara anualmente la prima, proporcionando mayor estabilidad al modelo y evitando las tensiones que en cada período se generan entre las entidades aseguradoras y las mutualidades.

Además, se debe considerar **la repercusión en los costes que tiene la introducción de las novedades en el tratamiento de los pacientes**, sin que estén soportadas por el incremento de coberturas, lo cual genera una inflación en la aseguradora que podría repercutir en la atención al mutualista y de esta manera minimizar los plazos para su implantación.

Para que el incremento de la financiación repercuta realmente en la calidad y accesibilidad del mutualista, se deberán establecer los mecanismos necesarios para asegurarlo y que **los prestadores de la asistencia sanitaria reciban la parte equitativa que les corresponda de la prima de forma inmediata.**

Por otro lado, históricamente las mutualidades han recibido críticas por parte de algunos analistas sobre que la libertad de elección entre sanidad pública y privada suponía un **privilegio respecto al resto de los ciudadanos.** No obstante, no debemos olvidar, tal y como se ha indicado en los antecedentes del mutualismo administrativo indicados en el presente informe, que el **origen de las mutualidades** se debió a las carencias que tenían los funcionarios respecto al resto de la población. Con el paso de los años, uno de los **incentivos que más valoran los funcionarios** de su pertenencia a la Administración, es la capacidad que tienen de elegir en relación con su atención sanitaria.

En el caso de que no se consiguiera el objetivo de financiación indicado al comienzo de este apartado, debería plantearse, en consenso con los sindicatos, una **posible fórmula de financiación adicional** a través de la aportación para determinadas prestaciones por parte de los mutualistas.

Esta fórmula, que ha sido ampliamente estudiada por parte de tratadistas de todas las ideologías y que está establecida en una gran parte de los países de nuestro entorno, podría ser aceptada por los mutualistas, disminuiría la frecuentación y mejoraría la accesibilidad.

Esta propuesta debería ser objeto de análisis por parte de las mutualidades, los propios sindicatos y consultarse a algunos otros actores tales como los Colegios de Médicos o instituciones próximas a los mismos. Ello tendría la finalidad de **fomentar e incentivar la libertad de elección de facultativo**, que tanto ha valorado el mutualista de su asistencia sanitaria en su larga experiencia.

Obviamente, debería considerarse en ese análisis **la exclusión de la participación en la financiación para determinados grupos de mutualistas.** No obstante, se alerta que eximir a los mutualistas jubilados les volverá a perjudicar en la calidad de la atención y en la autorreducción de los servicios por la grave afectación sobre sus recursos. Se trata del colectivo más demandante y necesitado de asistencia sanitaria para determinadas especialidades. Por tanto, las mutualidades deberían prever, en el caso de llevarse adelante esta propuesta, subvencionar a estos colectivos para proporcionarles la mejor calidad.

2) Mejora de la eficiencia y la gestión de los recursos en la sanidad privada:

Se trata de aspectos fundamentales para poder ofrecer servicios de calidad, mantener la competitividad y garantizar la sostenibilidad del sistema privado de salud del cual los mutualistas son una parte importante. Algunos elementos relacionados con la eficiencia y gestión en el ámbito de la sanidad privada son:

- **La eficiencia en la gestión financiera** es esencial para equilibrar costos, ofrecer tarifas competitivas y mantener la rentabilidad, puesto que la financiación del sistema sanitario privado depende en gran medida de la financiación directa de los usuarios a través de los seguros de salud de los cuales una parte representativa son los mutualistas.
- **Optimización de procesos:** mejorar la eficiencia de los procesos internos, desde la admisión del paciente hasta la prestación de servicios médicos y la facturación, es crucial. La transformación digital y las tecnologías de la salud pueden contribuir a una gestión más eficiente de los recursos.
- **Gestión de la cadena de suministro:** la eficiente gestión de los suministros médicos y farmacéuticos es esencial para evitar desperdicios, disminuir el impacto ambiental y optimizar los costes. La negociación efectiva con proveedores y la implementación de sistemas de seguimiento pueden mejorar la gestión de la cadena de suministro.

- **Innovación en la atención médica:** la incorporación de tecnologías y prácticas innovadoras en la atención médica puede mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios. Esto incluye el uso de la telemedicina, la inteligencia artificial y otras soluciones tecnológicas. Además, la implementación de sistemas avanzados de gestión hospitalaria puede facilitar la coordinación de servicios y reducir los tiempos de espera.
- **Enfoque en la calidad:** la gestión de la calidad es fundamental para la sanidad privada. La implementación de estándares de calidad, acreditaciones y auditorías internas contribuye a garantizar la seguridad del paciente y la excelencia en la atención médica.
- **Enfoque en la prevención y promoción de la salud de los mutualistas:** fomentar la prevención y la promoción de la salud puede ayudar a reducir la carga de enfermedades y, en consecuencia, disminuir la demanda de servicios de atención médica. Invertir en programas de salud y educación sanitaria es clave para mejorar la sostenibilidad a largo plazo del modelo mutualista.
- **La formación y retención de profesionales de la salud:** garantizar la disponibilidad de personal médico y de enfermería capacitado es crucial. La formación continua, condiciones laborales adecuadas y estrategias para retener a profesionales de la salud son factores importantes para la sostenibilidad.
- **Colaboración Interinstitucional:** la colaboración con otras instituciones de salud, tanto públicas como privadas, puede facilitar el intercambio de recursos, información sobre pacientes y conocimientos, así como la optimización de los servicios ofrecidos.
- **Transparencia y comunicación:** la transparencia en la información financiera, los procedimientos médicos y la comunicación con los pacientes contribuyen a construir la confianza y la lealtad del mutualista.

3) Cambio de modelo en la atención primaria de los mutualistas:

En este caso, se propone un cambio en el modelo consistente en la **asignación por libre elección del mutualista de un médico de cabecera y su equipo de cuidados en domicilio, sobre todo para el modelo de atención domiciliaria** (Home Care).

Este cambio de modelo permitiría gestionar la integración de las opiniones de los diversos médicos especialistas que atienden al mutualista, con el conocimiento de la realidad de cada enfermo y de cada familia, cuyo gestor sería precisamente el médico y el enfermero que ha elegido el propio mutualista. La responsabilidad de mantener la historia clínica con todos los datos disponibles actualizados, y sobre todo un plan de medicación racional que elimine las interacciones entre medicamentos y los efectos secundarios, debidos al modelo desintegrador de la atención sanitaria que reciben los mutualistas, que propicia el acudir directamente al especialista sin participación de su médico de cabecera, al igual que ocurre con los asegurados privados de salud.

Asimismo, y en relación con la cartera de servicios, se debería realizar un estudio en detalle de zonas y localidades en las que se tenga necesidad de pormenorizar algunos planes o programas que afecten a la totalidad de los mutualistas o a segmentos de los mismos, tales como por ejemplo subfamilias de recién nacidos, embarazadas, discapacitados... y por supuesto las más recientes recomendaciones para enfermos de salud mental y adicciones.

4) Uso racional de los servicios de salud por parte de los mutualistas:

La racionalización en el uso de los servicios de salud por parte de los mutualistas es un aspecto crucial para garantizar la eficiencia y sostenibilidad del mutualismo administrativo. Algunas estrategias y consideraciones importantes al respecto son:

- **Educación y promoción de la salud** fomentando la educación sanitaria para que los ciudadanos comprendan la importancia de llevar un estilo de vida saludable. Promover la prevención de enfermedades a través de la adopción de hábitos saludables, como la dieta equilibrada, el ejercicio regular y la gestión del estrés.

- **Fortalecer la atención primaria para mutualistas**, incentivando el uso adecuado de estos servicios para problemas de salud no urgentes o crónicos, tal como se ha indicado anteriormente, para que puedan abordar sus necesidades de salud de manera más eficiente y menos costosa.
- **Transformación digital**, implementando sistemas de salud electrónicos para facilitar la gestión de la información del mutualista y mejorar la coordinación entre los profesionales de la salud que les atienden.
- **Fomentar la telemedicina para consultas no urgentes en los mutualistas**, lo que puede reducir la congestión en la atención especializada.
- **Establecer programas de gestión de enfermedades crónicas** para ayudar a los mutualistas a gestionar sus condiciones y reducir la necesidad de visitas hospitalarias frecuentes.
- **Campañas de sensibilización educativas** sobre el uso adecuado de los servicios de emergencia y urgencias para evitar la saturación con casos no urgentes.
- **Participación del mutualista** en la toma de decisiones sobre su salud, promoviendo un enfoque colaborativo con los profesionales de la salud.
- **Incentivos al mutualista**, implementando sistemas que les recompensen por adoptar comportamientos saludables y utilizar los servicios de salud de manera responsable.
- **Monitoreo y evaluación continua**, estableciendo mecanismos para evaluar la efectividad de las estrategias implementadas y ajustarlas según sea necesario.

5) Uso de la Inteligencia Artificial (IA) para la segmentación de clientes y la oferta de soluciones flexibles y adaptadas al mutualista:

Las aseguradoras de salud y los prestadores deberían utilizar la inteligencia artificial para analizar en profundidad los datos de los mutualistas y hacer pronósticos que permitan segmentar a los mismos por diferentes criterios y poder ofrecerles diferentes soluciones flexibles y adaptadas a cada una de esas categorías.

Algunas formas en que la IA puede ser utilizada para lograr este objetivo son:

- **Perfilado de riesgos**: la IA puede analizar datos médicos, historiales de reclamaciones y otros datos relevantes para crear perfiles de riesgo individualizados para cada mutualista. Esto ayudaría a las aseguradoras a comprender mejor las necesidades y riesgos específicos de cada asegurado.
- **Pronósticos de salud**: utilizando algoritmos de aprendizaje automático, la IA podría prever posibles problemas de salud futuros basándose en datos históricos y en tiempo real. Esto permitiría a las aseguradoras y prestadores anticiparse a las necesidades de atención médica y ofrecer intervenciones preventivas.
- **Segmentación de los mutualistas**: la IA puede clasificar a los mutualistas en grupos según sus características de salud, comportamientos y necesidades. Esto facilitaría la personalización de los servicios y la adaptación de las estrategias de atención médica para cada segmento.
- **Gestión de enfermedades crónicas**: identificando a los mutualistas con enfermedades crónicas y proporcionándoles planes de manejo personalizados. La IA puede ayudar a optimizar la atención, mejorar la adherencia al tratamiento y reducir los costos asociados con el manejo de enfermedades crónicas.

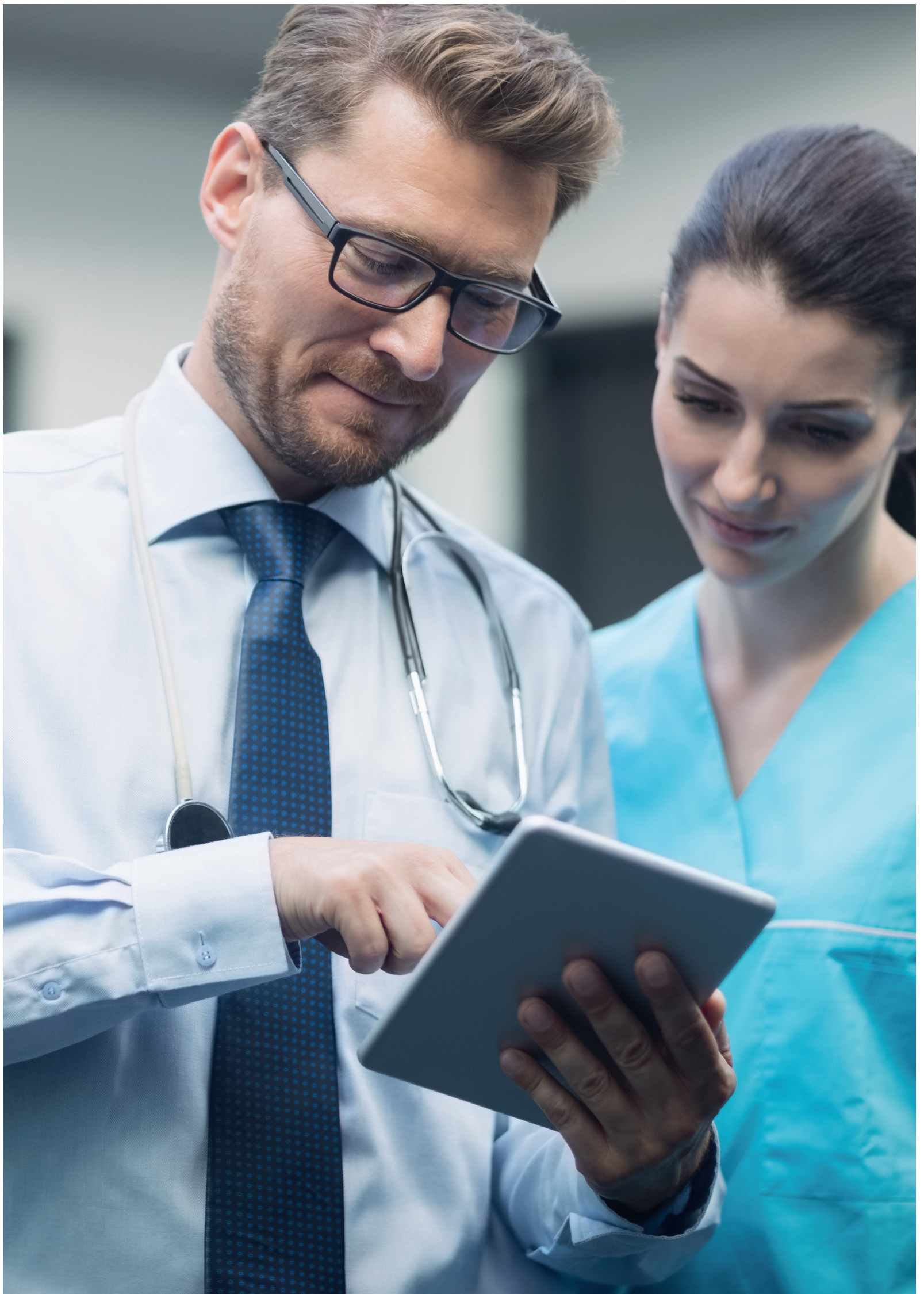
- **Optimización de recursos:** la IA puede ayudar a las aseguradoras y prestadores a asignar recursos de manera más eficiente al prever la demanda de servicios de salud y ajustar la oferta en consecuencia.
- **Mejora de la experiencia del mutualista,** al comprender las preferencias y necesidades individuales, las aseguradoras pueden utilizar la IA para personalizar la experiencia del usuario, ofreciendo servicios y comunicaciones adaptadas a cada asegurado.

Es importante destacar que, al implementar estas soluciones basadas en inteligencia artificial, es crucial abordar las preocupaciones éticas y de privacidad para garantizar que los datos de salud sean manejados de manera segura y conforme a las regulaciones pertinentes. Además, la transparencia y la comunicación efectiva con los mutualistas son clave para construir la confianza en el uso de la IA en el ámbito de la salud.

6) Investigación y análisis de nuevos modelos de colaboración entre los agentes participantes en el mutualismo administrativo:

Con el fin de asegurar la sostenibilidad del modelo y mejorar la calidad y accesibilidad demandada por los mutualistas, se debería poner en marcha una nueva línea de investigación orientada a innovar en nuevos modelos de colaboración entre los diferentes agentes implicados en el mutualismo, cuantificando su impacto económico, social, organizativo y legal. En este sentido, algunos posibles modelos a investigar podrían estar relacionados con la **contratación directa de la prestación sanitaria por parte de las mutualidades, estableciendo los mecanismos y órganos de gestión adecuados.**

La sostenibilidad del mutualismo requiere una combinación de financiación adecuada, eficiencia en la gestión, enfoque en la prevención, adopción de innovaciones en la atención médica y en la gestión y la colaboración estratégica de todos los agentes de la cadena de valor. El abordaje de estos desafíos de manera integral puede contribuir a garantizar la calidad y accesibilidad de la atención médica a largo plazo y la sostenibilidad del modelo.



Bibliografía

Bibliografía

- Antecedentes históricos del Mutualismo Administrativo y su relación con la protección social en España. Don Julio González Díez.
- Boletín Oficial del Estado, Resolución 4B0/38457/2021, de 21 de diciembre, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publican los conciertos suscritos con entidades de seguro para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios durante los años 2022, 2023 y 2024.
- Boletín Oficial del Estado, Resolución de 22 de diciembre de 2021, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2022, 2023 y 2024.
- Resolución de 5 de enero de 2022, de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica el concierto para la asistencia sanitaria en territorio nacional de beneficiarios durante 2022, 2023 y 2024 y la relación de entidades de seguro que han suscrito el mismo.
- DBK, Clínicas Privadas, abril 2023.
- ICEA, El Seguro de Salud, años 2013-2022.
- Instituto Nacional de Estadística, Padrón Municipal.
- Instituto Nacional de Estadística, Índice de Precios al Consumo (IPC).
- ISFAS, Memoria 2022.
- Ministerio de Sanidad, Catálogo Nacional de Hospitales 2023.
- Ministerio de Sanidad, Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP), serie 2002-2021.
- Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Actividad Especializada.
- Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud.
- MUFACE, Memoria 2022.
- MUGEJU, Memoria 2021.



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID