



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Impacto del cambio de modelo de las Mutualidades



01. Contexto
02. Alcance
03. Premisas del estudio
04. Impacto directo
05. Resumen ejecutivo
06. Impacto indirecto

Situación actual



Se han presupuestado 2.312 M€ para el Mutualismo Administrativo en 2021, lo que supone un incremento del 2,8% respecto al año anterior.

A comienzos de 2020, antes de la llegada de la COVID-19, diversos medios de comunicación, hicieron eco de la posibilidad de un cambio en el actual modelo de mutualidades.

En el proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado 2021 recientemente aprobado por el Gobierno, se han presupuestado **2.312 millones de euros para el Mutualismo Administrativo**, lo que supone un incremento del +2,8% respecto al año anterior.

En cuanto al gasto sanitario, en la Ley de Presupuestos Generales del Estado 2021 se han presupuestado a nivel nacional **84.506 millones de euros***, lo que supone un incremento de un 10%, es decir, 8.578 millones de euros de aumento, con respecto a lo destinado en el 2019.



* Fuente: ConSalud: https://www.consalud.es/politica/ministerio-sanidad/pge-2021-subida-gasto-sanidad-84506-millones-69-pib_86729_102.html

El mutualismo administrativo

El mutualismo administrativo es un mecanismo de cobertura del Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios del Estado que les otorga cobertura sanitaria similar a la ofrecida en el Régimen General de la Seguridad Social.

Bajo este modelo, son los ciudadanos de la Administración central los encargados de decidir **de forma libre y voluntaria** si quieren ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud o por una entidad aseguradora con el mismo nivel de prestaciones.

Así se indica en el Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, en el Artículo 77 de la Sección 5ª:

Sección 5ª. Artículo 77

La asistencia sanitaria se facilitará por la Mutualidad General directamente o por concierto con otras entidades o establecimientos públicos o privados, preferentemente con instituciones de la Seguridad Social. Cuando la asistencia se facilite mediante concierto, los mutualistas podrán elegir, bien en el momento de la afiliación o alta, bien dentro del periodo que se señale al efecto, la entidad o establecimiento público o privado a través del cual hayan de recibir la prestación de dicha asistencia.

Posteriormente, el modelo del mutualismo administrativo es ratificado en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en la Disposición adicional sexta:

Disposición adicional sexta. Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública.

1. Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

(...)

2. Lo dispuesto en el apartado anterior **no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que mantendrán su régimen jurídico específico.** Al respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo a la normativa vigente.

(...)

¿En qué consiste el mutualismo administrativo?

En 1975 se fundó MUFACE, que junto con ISFAS y MUGEJU constituyen las entidades gestoras del mutualismo administrativo.

Además del mencionado RD 375/2003, el RD 1726/2007 aprueba el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y el RD 1026/2011 aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial (MUGEJU).

El mutualismo es un sistema de asociación de afectados por unos riesgos comunes constituidos en mutualidades o figuras afines, donde la parte aseguradora y la asegurada es la colectividad.

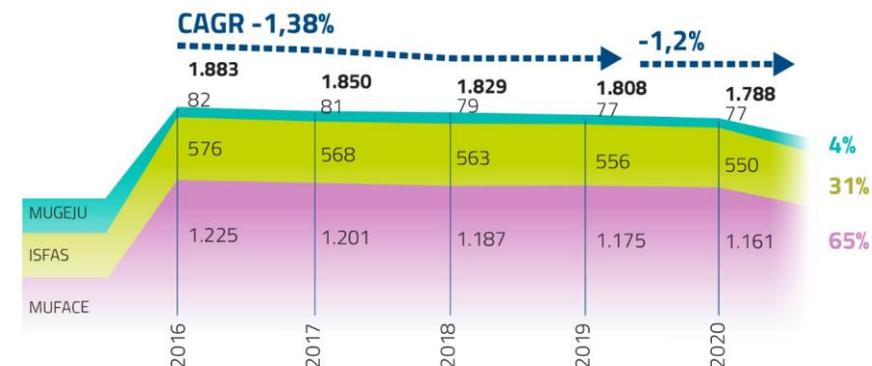
El mutualismo administrativo asume la prestación de la asistencia sanitaria (entre otras) con el mismo alcance y contenido que en el Régimen General de la Seguridad Social.

No obstante, los mutualistas y sus beneficiarios acceden a las prestaciones a través de su mutualidad (MUFACE, MUGEJU e 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.

El mutualista puede optar por recibir la prestación sanitaria, de forma exclusiva, a través de una de las entidades aseguradoras que le ofrece su mutualidad o por el INSS².

En términos generales las prestaciones¹ recibidas por los mutualistas incluyen asistencia sanitaria, subsidios por incapacidad temporal/permanente, remuneración por asistencia a dependiente, indemnizaciones por lesiones por enfermedad profesional, servicios y asistencia social, prestación por hijo con minusvalía o ayudas económica por parto múltiple.



G46. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE MUTUALISTAS (MILES), 2016-2020

Fuente: ICEA, Seguro de Salud 2016-2020

Nota: CAGR hace referencia a la tasa de crecimiento anual compuesto (Compound Annual Growth Rate).



El mutualismo administrativo es una fórmula de colaboración entre el sistema público y privado que nace con la filosofía de eliminar las desigualdades en la asistencia entre distintas mutualidades y que permite la libre elección al conjunto de ciudadanos adscritos a las mismas.

(1) Fuente: Reales Decretos de los Reglamentos Generales de MUFACE, ISFAS y MUGEJU

(2) Fuente: Antecedentes históricos del Mutualismo Administrativo y su relación con la protección social en España. Ministerio de Política Territorial y Función Pública y MUFACE

Evolución del modelo de mutualismo administrativo

En los años 40, los funcionarios tenían carencias en asistencia sanitaria-farmacéutica, y pensiones. Este fue el motivo del resurgir de los antiguos Montepíos, crear prestaciones de jubilación, y supervivencia que complementarían a las de Clases Pasivas. La Ley de Mutualidades de 1941, forma la nueva etapa de mutualismo administrativo, que perdurará hasta 1975.

En 1963 se promulga la Ley de Bases de la Seguridad Social, que establece que entre los regímenes especiales permitidos, se incluya el de funcionarios, si bien todos los regímenes especiales se crean con carácter transitorio hasta su integración en el sistema único.

En ese momento se pudo elegir la vía universal y eliminar clases pasivas y Mutualidades, pero se habilitó la continuidad

de la dualidad, teniendo en cuenta el principio de la homogeneidad en las prestaciones. Este mismo año, la Ley de Bases de Funcionarios Civiles del Estado establece que se regulará por Ley el Régimen de Seguridad Social de los Funcionarios.

A pesar de ello, se crea un escenario heterogéneo de convivencia de un elevado número de mutualidades, con **grandes diferencias a nivel de protección** y prestación sanitaria entre ellas.

Con la reforma de la Ley de la Seguridad Social en 1975 se crearon tres grandes mutualidades: Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (**MUFACE**), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (**ISFAS**), y la Mutualidad General Judicial (**MUGEJU**).

En 1976 se estableció qué Mutualidades podrían integrarse, las generales y las obligatorias. Las Leyes de PGE de 1981 y

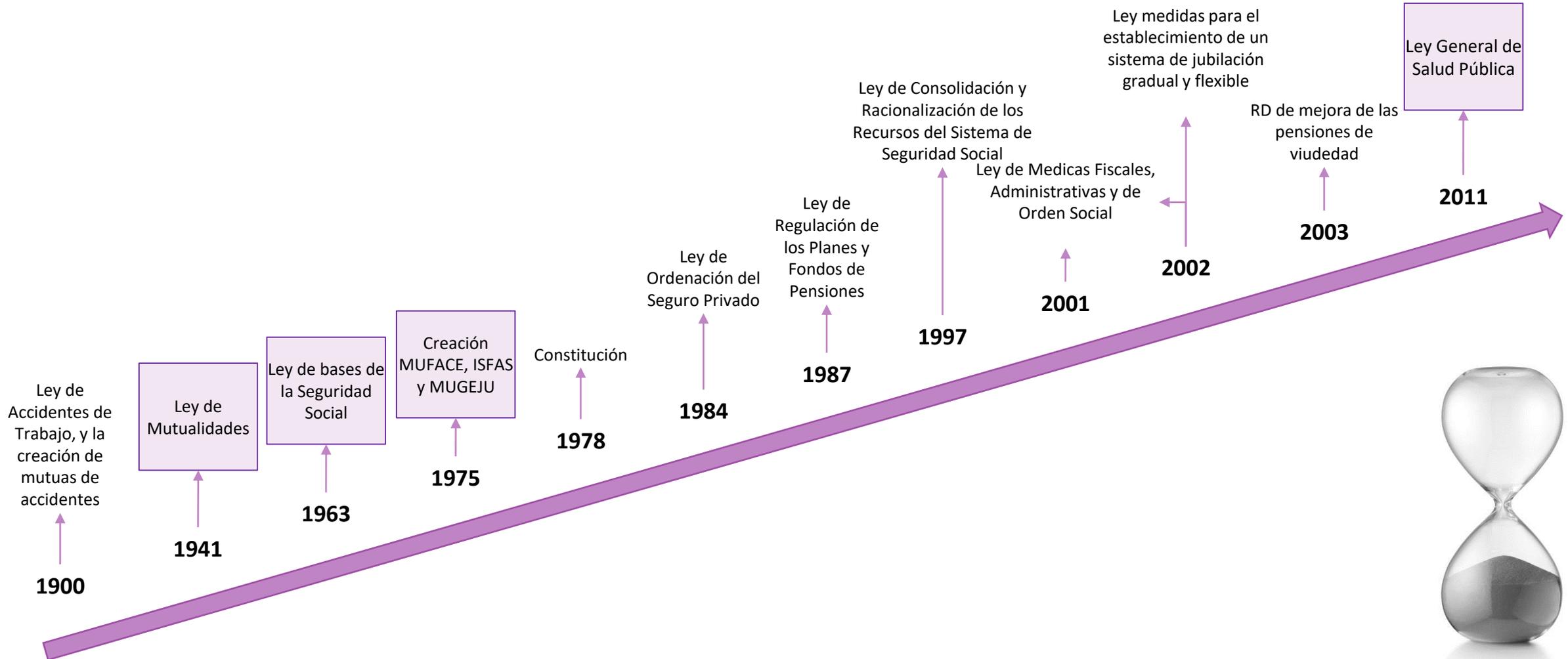
1984, amplían los plazos y el ámbito lo que permitió la incorporación de alguna otra Mutualidad como Aviación Civil, o el Montepío de Funcionarios de la Organización Sindical.

Por último, la Ley 33/2011, ratifica nuevamente el modelo consolidando la coexistencia de ambos sistemas.



En 1975 se crean las tres grandes mutualidades: Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU).

Evolución del modelo de mutualismo administrativo



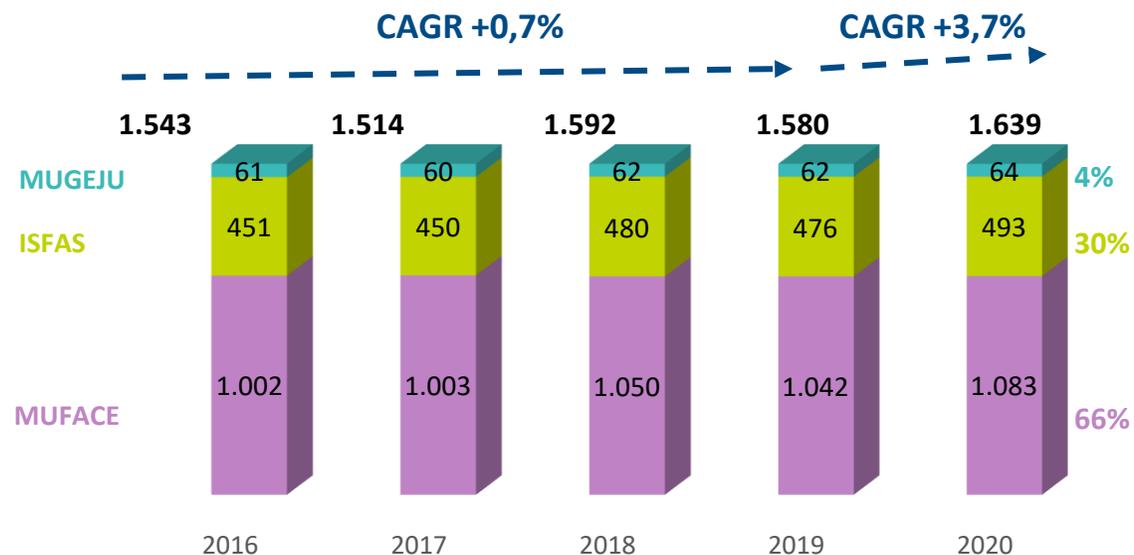
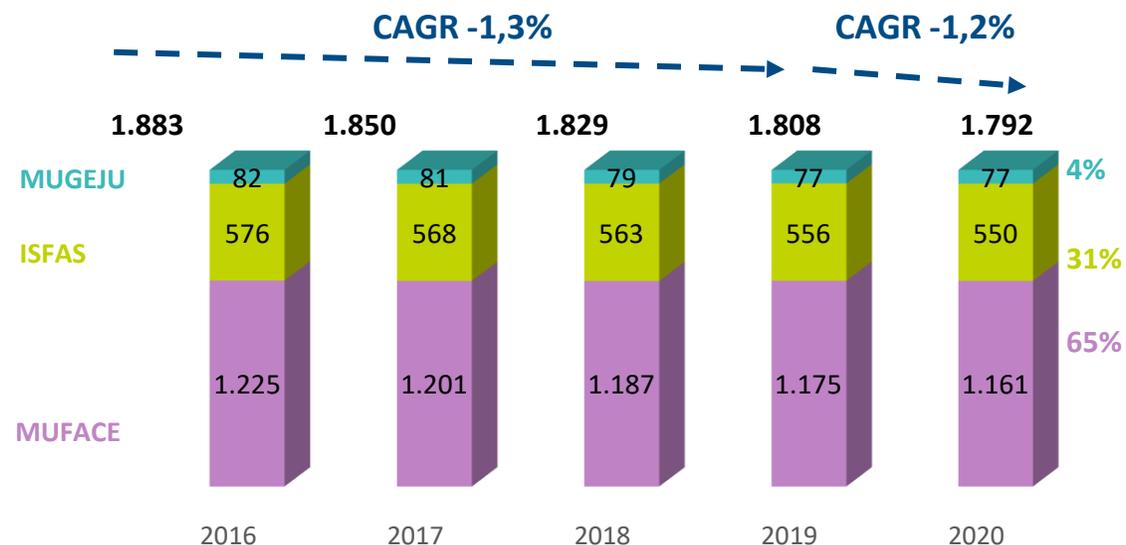
Evolución del nº de mutualistas y primas

El número de mutualistas en los últimos años presenta una tendencia bajista, con una disminución de más del 1% desde 2016. La población cubierta por el régimen de mutualismo administrativo llegó a casi **1,8 millones de personas** en 2020. Por su parte, el volumen de primas imputadas alcanzó los **1.639 millones de euros**.

Cabe destacar, que el bajo crecimiento de mutualistas se acompaña de un **aumento de la edad media de la cartera**, lo que implica un aumento de siniestralidad.

Este hecho, unido al **encarecimiento de la prestación y a la inclusión de nuevas prestaciones**, dificulta la **sostenibilidad** del modelo dado que la siniestralidad se aproxima o supera el 100% en algunas ocasiones.

MUFACE es la entidad que cuenta con un mayor número de beneficiarios (66%). Por su parte, ISFAS cuenta con el 30%, y MUGEJU con el 4% restante.



EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE MUTUALISTAS (MILES), 2016-2020

Fuente: ICEA, Seguro de Salud 2016-2020

Nota: CAGR hace referencia a la tasa de crecimiento anual compuesto (Compound Annual Growth Rate).

EVOLUCIÓN DEL VOLUMEN DE PRIMAS (MILLONES DE €), 2016-2020

Fuente: ICEA, Seguro de Salud 2016-2020.

Nota: CAGR hace referencia a la tasa de crecimiento anual compuesto (Compound Annual Growth Rate).

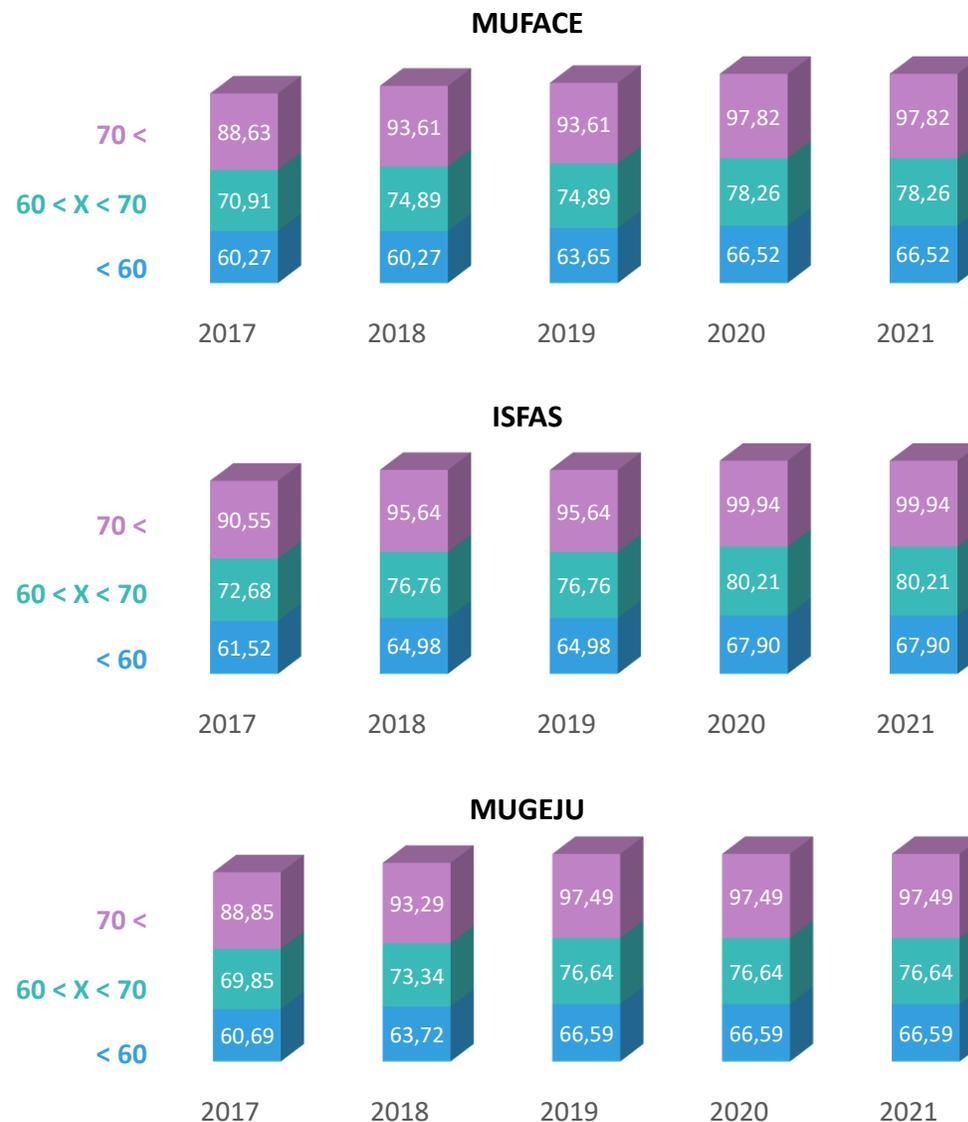
Evolución de primas por rango de edad

Las tres mutualidades tienen distintas primas por asegurado en función del tramo de edad en la que se encuentre, siendo MUFACE la mutualidad que hace un mayor desglose.

En la gráfica se han unificado los tramos de edad en los siguientes tres: mayores de 70, entre 70 y 60, y menores de 60.

La prima por asegurado para los distintos tramos apenas presenta variación entre las tres mutualidades, siendo ligeramente superior para ISFAS en los dos tramos de menor edad.

Adicionalmente, cabe señalar que el **incremento de la prima** en la última renovación de concierto, ha sido del 4,5% para dos años en el caso de ISFAS y MUFACE, sin establecer diferencias en el incremento entre los distintos tramos de edad.



EVOLUCIÓN PRIMA MENSUAL POR MUTUALIDAD Y TRAMO DE EDAD, 2017 - 2020

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos del BOE

Nota: los convenios de MUFACE e ISFAS se han renovado para los años 2020 y 2021; se ha prorrogado el convenio de MUGEJU 2019 para los años 2020 y 2021.

Nota: Si bien MUFACE dispone de mayor desglose en función de los rangos de edad, se opta por homogeneizar los rangos de manera similar a la disponible en ISFAS y MUGEJU, es decir, en los 3 segmentos presentados en la gráfica.



El incremento medio estimado de la prima en la última renovación de convenio es de 4,5%.

Por otro lado, el incremento del gasto per cápita en el SNS entre 2019-2020 se sitúa en un 5,6%.

Aportación del mutualismo administrativo

El actual modelo de mutualismo administrativo representa un importante papel dentro del gasto sanitario público y privado. Concretamente en el año 2019 el gasto sanitario de las mutualidades representó el 0,18% del PIB, más de 2.230 millones de euros.

En los convenios firmados para el periodo 2020-2021, las mutualidades suscribieron concertos de asistencia sanitaria con un total de 8 entidades aseguradoras, tal y como ocurrió en el periodo anterior. Estas entidades aseguradoras son: SegurCaixa Adeslas, Asisa, Caser, DKV, IMQ, Mapfre, Nueva Mutua Sanitaria y Sanitas.



El mutualismo administrativo supone un ahorro estimado para la Administración de 451 euros por mutualista. El gasto generado por un mutualista es un 33% inferior.

SegurCaixa Adeslas y Asisa continúan siendo las compañías que proveen asistencia sanitaria a los mutualistas de las tres mutualidades existentes en nuestro país.

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



En este sentido, se estima que la **prima media de MUFACE se sitúa en 2020 en 917 euros anuales** por asegurado, mientras que **el gasto sanitario público per cápita de ese mismo año es de 1.368 euros** (no incluye gasto farmacéutico ni el gasto destinado a mutualidades), lo que supone un **ahorro estimado de 451 euros por mutualista** para la Administración.

COMPARATIVA ENTRE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO PER CÁPITA DEL SNS Y LA PRIMA MUFACE, 2016-2020

Fuente: propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público, serie 2002-2019; presupuestos iniciales ajustados por la desviación media producida en el periodo 2016-2019 (6,16%); INE, padrón municipal; ICEA, Seguro de Salud 2016-2020. La estimación del gasto sanitario público no incluye gasto farmacéutico ni el gasto destinado a las mutualidades de funcionarios. El gasto sanitario privado se ha estimado en base a datos de ICEA sobre volumen de prestaciones pagadas por mutualismo administrativo y número de mutualistas, incluyendo sólo MUFACE.

Análisis del hipotético impacto de un cambio en el modelo de mutualidades en España

El objetivo de este informe es realizar un **ejercicio teórico** de estimación de las potenciales repercusiones que, bajo determinadas premisas, podrían surgir en España en el caso de aplicarse un **cambio en el modelo de mutualidades**.

Dado el desconocimiento actual sobre la naturaleza y magnitud del cambio, para llevar a cabo este análisis **se establecen un conjunto de premisas de partida que permiten realizar este ejercicio cualitativo y cuantitativo teórico** de estimación del impacto de la medida.

El análisis incluye una estimación de **consecuencias directas**, en términos de gasto sanitario público, e **indirectas**, considerando el posible efecto que se pudiera generar en el **mayor gasto en sanidad**, la **menor recaudación** y en la **accesibilidad** a los servicios asistenciales y en el **empleo**.



Principales supuestos de partida para la elaboración del estudio

El análisis de las consecuencias teóricas directas e indirectas que podría tener un cambio en el actual modelo fiscal se construye sobre las siguientes premisas:

- PREMISA 1** El cambio de modelo **afecta a todas las mutualidades** (MUFACE, ISFAS, MUGEJU).
- PREMISA 2** **Los mutualistas no tendrían la posibilidad de escoger** entre sanidad pública o privada, de forma que directamente tendrán aseguramiento público.
- PREMISA 3** En este contexto, las **aseguradoras que suscriben los conciertos, verán reducido el número de pólizas** y por consiguiente su facturación. El descenso de asegurados se sitúa en 1,8 millones de pólizas que representa el número de asegurados mutualistas⁽¹⁾, lo que supone un 16% sobre el número de asegurados de asistencia sanitaria total.

- PREMISA 4** Se estima que un **10% de las pólizas de mutualistas se recuperarían en forma de pólizas individuales**, aproximadamente 180 mil. Este ratio se obtiene tomando como referencia el nivel de aseguramiento de pólizas individuales existente frente al total de la población en España.

- PREMISA 5** La **disminución del número de asegurados no será homogénea** a lo largo del territorio, ya que el número de funcionarios del Estado varía entre las distintas Comunidades Autónomas (CCAA).

- PREMISA 6** La **pérdida masiva** en el número de **asegurados**, podría conllevar el **cierre de consultas, centros médicos, centros de diagnóstico y hospitales privados**, en aquellas CCAA en las que exista un elevado grado de dependencia de pólizas de mutualistas. En concreto una media 2,1 camas por cada 1.000 pólizas perdidas⁽²⁾.

(1) Fuente: ICEA, Seguro de salud 2020

(2) Elaboración propia a partir de datos del ICEA, Seguro de salud, 2020 y Catálogo Nacional de Hospitales 2020.

Principales supuestos de partida para la elaboración del estudio (cont.)

PREMISA 7

El cierre de clínicas y hospitales privados llevaría a la **pérdida de empleo**. Dada la dispersión de los modelos, se toma como referencia 0,022 empleos por mutualista⁽¹⁾.

PREMISA 8

Para el análisis del cierre potencial de centros sanitarios privados se ha tomado como **referencia el número de camas de dependencia funcional privada** que figuran para cada comunidad autónoma en el Catálogo Nacional de Hospitales 2020. Se han excluido del análisis los centros pertenecientes a la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña, así como de los centros cuya finalidad es geriatría y media/larga estancia, psiquiátrico y rehabilitación físico-psíquica.

PREMISA 9

El número medio de camas en los centros sanitarios privados es de 101⁽²⁾.

PREMISA 10

Se estima una **prima media de 917 euros** por mutualista⁽³⁾.



(1) Fuente: elaboración propia a partir de datos de "Aportación del modelo de mutualismo administrativo al mercado laboral sanitario español",

(2) Fuente: elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales 2020.

(3) Fuente: ICEA, Seguro de salud 2020

Ahorro generado por el mutualismo administrativo a la sanidad pública

Una hipotética **eliminación del modelo actual de mutualidades**, provocaría un efecto en cadena sobre los distintos actores que participan.

Se estima que **el mayor impacto final se trasladará a la actividad asistencial pública (retención de hasta 10% en pólizas individuales), al tener que asumir la asistencia de entre 1,8 y 1,7 millones de mutualistas**. Esto contribuiría a agravar la situación de una sanidad ya sobrecargada, especialmente en la situación actual de pandemia.

En definitiva, el impacto lo sufrirían **todos los ciudadanos**, especialmente en aquellas CCAA en las que la sanidad privada no tiene una gran penetración. Es en estas en las que, ante una sobrecarga en la sanidad pública, los ciudadanos tendrían menos opciones entre las que escoger en el sector privado.


El modelo ahorra al SNS hasta 800 millones de euros

En el 2019, de acuerdo a los datos del Ministerio de Sanidad, se destinaron más de **2.230 millones de euros** a la cobertura de los mutualistas. A priori, este sería el ahorro para las arcas públicas de esta medida.

No obstante, teniendo en cuenta que España en 2020 se contabilizaron cerca de 1,8 millones de mutualistas y que el gasto sanitario per cápita de un mutualista es inferior al de un usuario del SNS (917 euros vs 1.368 euros), por lo que cada mutualista genera un ahorro de 451 euros*.

Teniendo en cuenta las dos premisas anteriores, el modelo de las mutualidades genera un ahorro neto de entre **720 y 800 millones de euros, sólo por este concepto**.

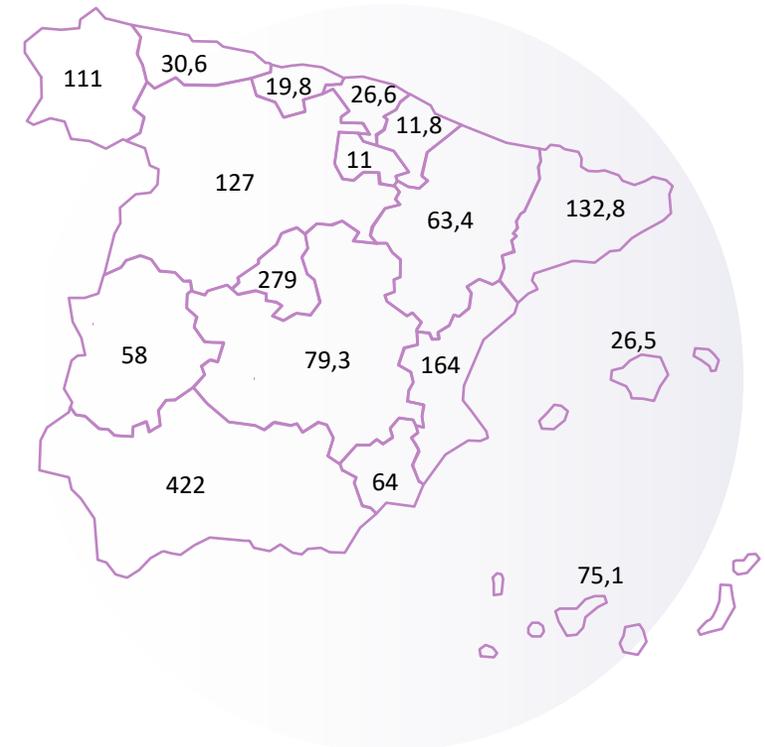
Por tanto, ante la desaparición del modelo, el gasto sanitario público destinado a los mutualistas estaría entre **2.950 y 3.030 millones de euros**.

* Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público, serie 2002-2019; presupuestos iniciales ajustados por la desviación media producida en el periodo 2016-2019 (6,16%); INE, padrón municipal; ICEA, Seguro de Salud 2016-2020.

MUTUALISTAS CON SEGURO PRIVADO (MILES), 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de las mutualidades.

MUTUALISTAS CON SEGURO PRIVADO



Aportación del mutualismo administrativo a las aseguradoras

El cambio de modelo de las mutualidades tendría un fuerte impacto sobre las entidades aseguradoras tanto en el número de asegurados como en el volumen de primas, especialmente en las que tienen suscritos convenios con Administración Pública.

Ante la eliminación del modelo, el 100% de los asegurados mutualistas pasarían a recibir aseguramiento en el Régimen General de la Seguridad Social, lo que supondría una **pérdida de casi 1,8 millones de pólizas para el sector asegurador***. Sin embargo se estima que hasta un 10% de esas pólizas podrían ser recuperadas como pólizas individuales, es decir, que estos ciudadanos contarían con un aseguramiento mixto.

El modelo genera hasta 25 millones de euros de recaudación en impuesto de sociedades

En términos de volumen de primas, esta situación supondría una disminución de la facturación cercana a los **1.500 millones de euros**, representando el 16% del volumen de primas del sector asegurador. Esto podría traducirse en una reducción en la recaudación del impuesto de sociedades de más **de 24 millones de euros**.

Dado que la siniestralidad de los colectivos se aproxima o supera al 100%, en este contexto, la asistencia sanitaria privada en determinadas zonas sería insostenible, ya que la inexistencia de asegurados (mutualistas), motivaría la desaparición de parte de la red asistencial privada, repercutiendo negativamente en la accesibilidad al servicio de los ciudadanos y en el aumento del gasto público.

La pérdida de asegurados no sería equitativa entre las distintas compañías aseguradoras, ya que hay algunas que prestan asistencia sanitaria a un elevado número de Funcionarios del Estado. Segurcaixa-Adeslas sería la compañía más perjudicada en número de asegurados ya que perdería más de medio millón, seguido de Asisa y DKV. Esta pérdida podría afectar a la estructura de sus acuerdos actuales con proveedores, por lo que el impacto en el beneficio, podría ser mayor.

PÉRDIDA DE ASEGURADOS MUTUALISTAS POR COMPAÑÍA ASEGURADORA

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias de MUFACE, MUGEJU, ISFAS, 2019.

	SegurCaixa-Adeslas	Asisa	DKV	Mapfre	Sanitas	Caser	Igualatorio Cantabria	Nueva Mutua	TOTAL
Número de mutualistas	878.742	617.470	200.540	11.278	9.676	6.543	6.439	357	1.731.045
% del total de mutualistas por compañía	50,76%	35,67%	11,58%	0,65%	0,56%	0,38%	0,37%	0,02%	100%

Aportación del mutualismo administrativo a la red asistencial privada

La desaparición de los pacientes provenientes de mutualidades tendría, además, impacto en los grupos hospitalarios privados.

El mercado hospitalario no benéfico, ha tenido una tendencia alcista durante los últimos 5 años, representando en 2020 un volumen de **6.775¹ millones de euros**. En los últimos años ha habido una estrecha relación del sector con los asegurados. Se calcula que en torno al 64%¹ de la facturación es atribuible a los convenios con aseguradoras. De éstos, un 16% se estima que son mutualistas.

La drástica reducción del número de pólizas de seguros de salud por el cambio del modelo de mutualidades, **se estima que tendrá una gran repercusión sobre la actividad asistencial privada**.

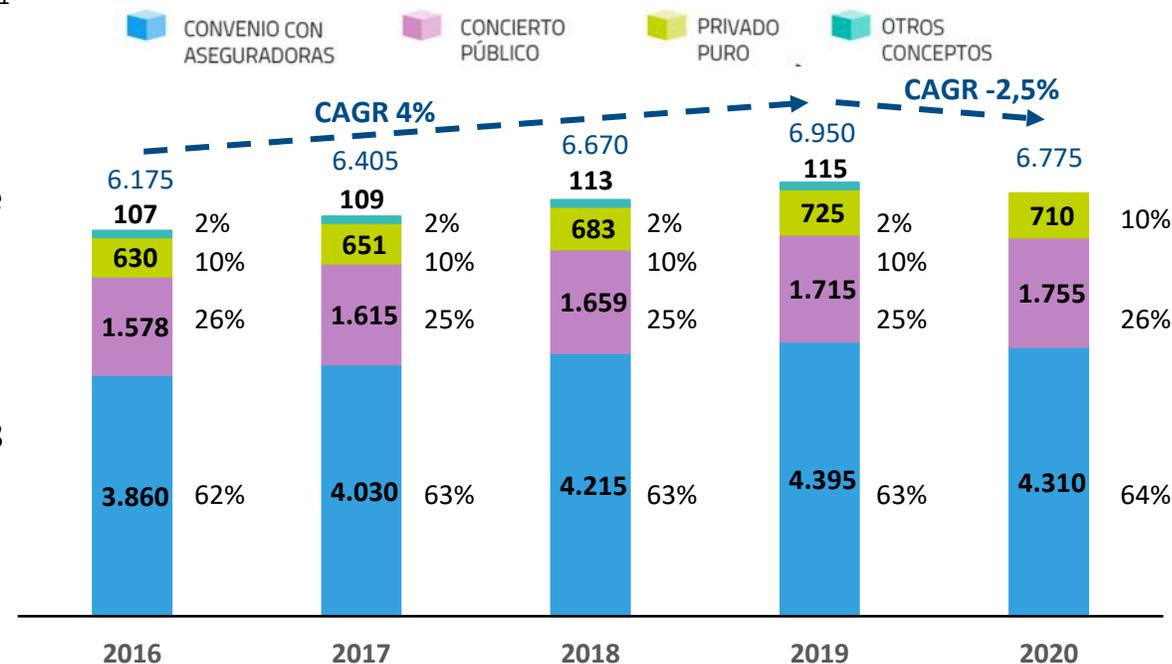
Basándonos en las premisas iniciales, entre 1,8 y 1,7 millones de pacientes dejarían de hacer uso de la sanidad privada.

Este hecho, provocaría una reducción de la actividad en el sector hospitalario y extra hospitalario. Dado que la siniestralidad en algunos casos es cercana al 100%, se estima que la red asistencial podría **ver reducida su facturación en entre 1.300 y 1.400 millones de euros²**.

Esta pérdida de facturación implica una disminución en la recaudación en concepto de impuesto de sociedades de **entre 8 y 8,6 millones de euros**.



El modelo genera una recaudación en concepto de impuesto de sociedades de hasta 8,6 millones de euros



EVOLUCIÓN DEL MERCADO HOSPITALARIO PRIVADO NO BENÉFICO (MILLONES DE EUROS), 2016-2020

Fuente: DBK, Clínicas privadas 2021.
Nota: CAGR hace referencia a la tasa de crecimiento anual compuesto (Compound Annual Growth Rate).

1: Fuente: DBK, Clínicas privadas 2021

2: Se estima un gasto por siniestralidad en ámbito privado entre el 90% y el 95%



Ahorro generado a la sanidad pública

El mutualismo administrativo es una fórmula de colaboración privada – pública que representa un ahorro estimado de 451 euros por beneficiario para la Administración Pública.

- En 2019, el gasto sanitario público destinado al mutualismo administrativo alcanzó los **2.230 millones de euros**.
- En España había, en 2020, **1,78 millones de asegurados mutualistas**.
- En 2021 se han presupuestado **2.312 millones de euros** para el Mutualismo Administrativo, lo que supone un incremento del 2,8% respecto al 2020 (2.248 millones de euros).



En caso de cambio en el modelo...

... se estima que hasta 1,8 millones de asegurados pasarían a recibir asistencia sanitaria pública lo que impediría un **ahorro del gasto público entre 720 y 800 millones de euros**.



Mejora la accesibilidad a la asistencia sanitaria

- La inexistencia de asegurados (mutualistas), motivaría una **disminución drástica en determinadas zonas del número de asegurados**.
- La falta de una masa crítica suficiente y de asegurados repercutiría en la red asistencial provocando el cierre de **entre 30 y 32 hospitales privados así como de centros médicos y consultas**.
- La disminución en la red asistencial podría provocar **desigualdades en el acceso a la prestación sanitaria**.



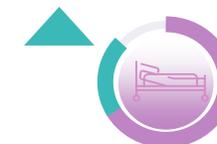
Otras aportaciones del modelo



Destrucción de empleo cualificado y estable, pudiendo llegar a perderse cerca de 39.000 empleos



Aumento de lista de espera de consultas externas de 88 a entre 122-125 días y la lista de espera quirúrgica aumentaría entre 28 y 30 días, situándose en alrededor de 150 días



Incremento de los índices de ocupación hospitalaria, pudiendo pasar de un 83% a aproximadamente un 98%.

El modelo contribuye a la existencia de una red asistencial más amplia

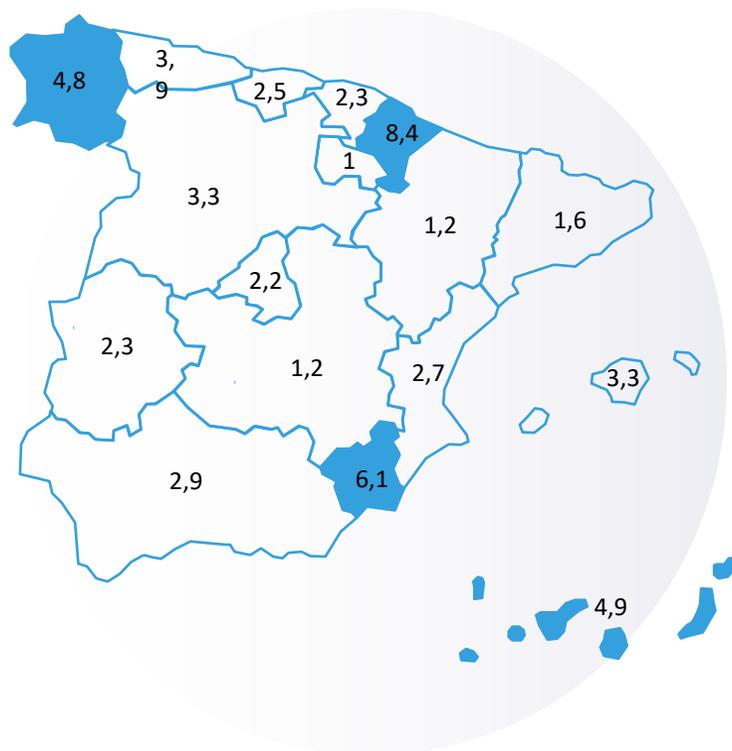
El sector hospitalario privado cuenta con una **amplia red** que mejora la accesibilidad y la prestación de asistencia sanitaria. El número de camas es muy dispar a lo largo de todo el territorio español y tiene una gran dependencia del número de asegurados de la zona.

Asimismo, cabe destacar que el número de asegurados mutualistas es muy desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas.



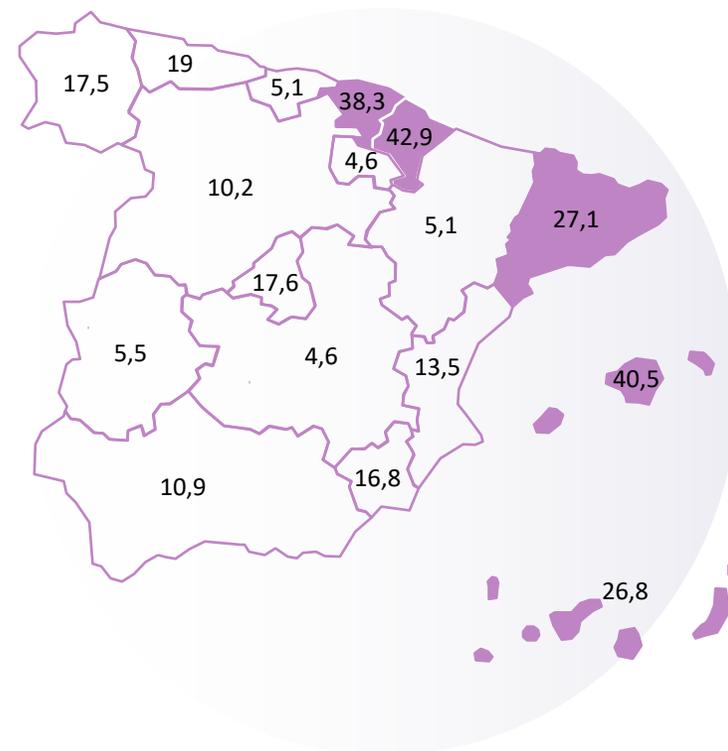
El número de camas privadas por asegurado es muy dispar a lo largo del territorio nacional

N.º CAMAS PRIVADAS POR 1000 ASEGURADOS



■ CC.AA. con más de 4,5 camas por cada 1.000 asegurados

N.º CAMAS PRIVADAS POR 1000 MUTUALISTAS



■ CC.AA. con más de 25 camas por cada 1.000 mutualistas

NÚMERO DE CAMAS PRIVADAS POR 1.000 ASEGURADOS Y POR 1.000 MUTUALISTAS CON SEGURO PRIVADO, 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ICEA, Seguros de Salud, 2020. Ministerio de Sanidad, Catálogo Nacional de hospitales, 2020, y memorias de las mutualidades.

Nota: El número de camas de los centros se ha calculado excluyendo las camas de los centros pertenecientes a la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña, así como de los centros cuya finalidad es geriatría y media/larga estancia, psiquiátrico y rehabilitación físico-psíquica.

El modelo contribuye a la existencia de una red asistencial más amplia (cont.)

Se ha realizado un ejercicio teórico del impacto que supondría la aplicación de esta medida para los centros hospitalarios privados.

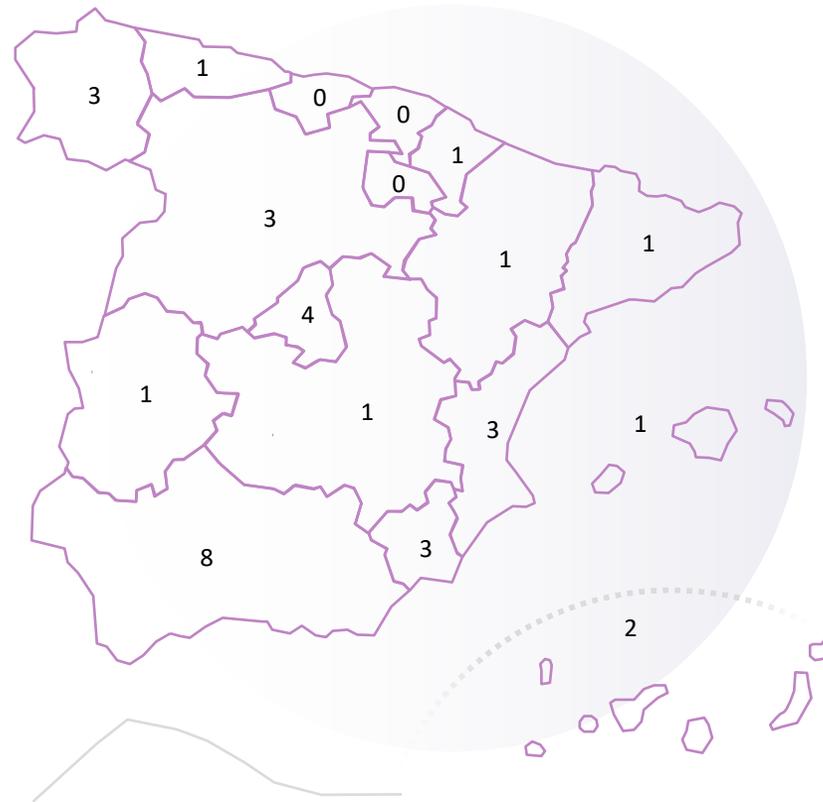
La pérdida del número de asegurados mutualistas provocaría la reducción de la utilización de las camas privadas en cerca de 3.000. La distribución de estas camas variaría para las distintas CCAA.

Teniendo en cuenta que el ratio de camas por cada 1.000 asegurados es de 2,1, y la distribución de mutualistas por CA, se ha establecido el número de camas excedentes por provincia. En aquellos casos en los que existe más de un centro hospitalario privado en la provincia, se ha asumido que uno de ellos desaparecería en caso de que el excedente de camas fuera superior a 101 (número medio de camas por hospital privado).

En resumen, se ha llegado a la conclusión que **entre 30 y 32 hospitales privados podrían cerrar** a consecuencia de esta medida. **Además, el cierre de centros también repercutiría sobre los pacientes privados puros que acudirían a la sanidad pública.**



ESTIMACIÓN DE CIERRE DE HOSPITALES



ESTIMACIÓN DE CIERRE DE HOSPITALES POR CCAA, 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de las mutualidades, 2019; y Ministerio de Sanidad, Catálogo Nacional de hospitales, 2020.



La desaparición del modelo podría suponer el cierre de hasta 32 centros hospitalarios



Otras aportaciones del modelo de mutualidades

Genera empleo cualificado y estable

Siguiendo con el supuesto anterior, un **trasvase de asegurados mutualistas de la sanidad privada** a la sanidad pública podría tener un **impacto en el empleo** de profesionales en el ámbito privado afectando a la actividad hospitalaria y extrahospitalaria.

Según se indica en el informe “Sanidad Privada. Aportando valor 2021” publicado por IDIS **el sector es un motor generador de empleo cualificado** en nuestro país.

Se estima que hay cerca de **278.291 profesionales en el mercado sanitario privado de los que un 23% son médicos, el 25% personal de enfermería y el 52% restante se corresponde con otros profesionales sanitarios y no sanitarios.**

De acuerdo con los datos del informe publicado por IDIS en 2010 “Aportación del modelo de mutualismo administrativo al mercado laboral sanitario español”, en el que se realiza un profundo análisis del impacto del colectivo mutualista en el mercado laboral sanitario, la atención de los mutualistas representaba el 19% del empleo total del sector.

Según los datos del mencionado informe, la atención de cada mutualista o beneficiario genera 0,022 empleos, 43% en el ámbito hospitalario y 56% en el ámbito extrahospitalario.

Teniendo en cuenta estos datos y el número de mutualistas actuales, la pérdida de empleos totales podría situarse entre 35.000 y 39.000.

La posible reducción de empleos impactaría en la disminución de recaudación en concepto de IRPF (aportación media anual por contribuyente 6.020 euros) y en el incremento del gasto social asociado al pago de los subsidios por desempleo.



El cambio en el modelo de mutualidades podría suponer generar entre 35.000 y 39.000 puestos de trabajo menos de los aproximadamente 278.000 que ya genera en el sector



El modelo mejora la accesibilidad

Para que la sanidad pública pueda asumir el incremento de la demanda asociado al trasvase de pacientes desde la sanidad privada se estima que será **necesario acometer una serie de inversiones en el corto medio plazo para ampliar la capacidad de atención.**

En este sentido, mientras no se lleve a cabo dicha inversión en dotación de recursos, el incremento de demanda de servicios asistenciales se traducirá en un crecimiento de las listas de espera que, unido a la situación de colapso generado por la crisis del COVID-19, provocará un impacto considerable en la accesibilidad al sistema.

Si por la eliminación del modelo de mutualidades se produjese un movimiento de pacientes actualmente atendidos en la red asistencial privada hacia la pública de aproximadamente 1,7 millones de personas, esta demanda de servicios asistenciales pasaría a ser cubierta por la sanidad pública.

El impacto directo de este trasvase de demanda desde la privada a la pública se materializaría, entre otros, en el crecimiento de: la presión asistencial en atención primaria, de las solicitudes de consultas con especialistas en el ámbito de la atención hospitalaria, de las solicitudes de pruebas diagnósticas (imagen, laboratorio...), de los ingresos hospitalarios (ocupación de camas) y de las intervenciones quirúrgicas. Además, el abordaje tardío motivaría un incremento no sólo en costes sino en salud del ciudadano.

Utilizando datos publicados por el Ministerio de Sanidad correspondientes a la actividad del 2018*, se calcula un índice de ocupación de camas públicas en España del **83% el cual podría aumentar aproximadamente a un 98%.**

Desde el punto de vista de la lista de espera, el dato oficial en 2018 era 88 días de media para consultas externas, y 121 días de media para intervenciones quirúrgicas antes de la crisis COVID-19.

Debido a la cantidad de pacientes que pasarían a ser usuarios de la sanidad pública, se estima que la lista de espera para consultas externas ascendiera en entre 34 y 37 días, alcanzando un total de entre 122 y 125. Por su parte, la lista de espera quirúrgica aumentaría en entre 28 y 30 días, situándose en alrededor de 150 días.

● ● ● ●
El modelo ayuda al sistema público de salud a asumir el exceso de demanda que actualmente no cubre con la infraestructura disponible



Efectos del cambio en el modelo de mutualidades

EFFECTOS ECONÓMICOS

 Entre 720 y 800 M€ 
De aumento de costes para la sanidad pública.

 Entre 30 y 33 M€ 
De reducción de la recaudación en concepto de Impuesto sobre Sociedades por la menor actividad de las compañías aseguradoras con concierto y de la red asistencial privada.

EFFECTOS SOCIALES

 Entre 30 y 32 
Centros privados cerrados como consecuencia de la disminución en la demanda.

 Entre 35 y 39 miles 
De empleos perdidos como consecuencia del cierre de centros asistenciales privados. La repercusión sería mayor en zonas con renta per cápita menor, contribuyendo a agravar los problemas económicos y sociales.

EFFECTOS ASISTENCIALES

 Entre 34 y 37 días 
Aumento de **lista de espera para consultas externas**.

 Entre 28 y 30 días 
Aumento de **lista de espera para consultas externas**.

 Hasta un 15% 
Aumento en el **índice de ocupación de camas públicas**.



La desaparición del modelo de mutualidades supondría, por el efecto en cascada sobre todos los agentes, el fin de nuestro sistema sanitario tal y como lo conocemos



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Calle Magallanes, 34,
Local comercial, 28015, Madrid
91 790 67 56
91 790 68 69
info@fundacionidis.com



Que pasaría si... impacto de cambios en el modelo
de mutualidades
Documento Propiedad Intelectual del Instituto
para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)
Documento Elaborado por: Accenture
Fecha de Publicación del capítulo: Marzo 2021