



Las Mutualidades de Funcionarios y su modelo sanitario.

Carlos García Marco¹

1 Jubilado de la Escala de Médicos Inspectores de la Seguridad Social

Una descripción del modelo mutualista y de su problemática integración en la cobertura de Seguridad Social gestionada por el Sistema Nacional de Salud

Resumen

Las Mutualidades de Funcionarios civiles, militares y judiciales del Estado, no están adscritas a ninguna Autoridad sanitaria, ni gestionan su cobertura sanitaria de la misma forma que el Sistema Nacional de Salud, ni con su mismo grado de transparencia.

Lo que contribuye al desconocimiento general de su problemática, que deriva de la falta de integración en SS de sus respectivos regímenes especiales. Y que se traduce en una cobertura sanitaria que es percibida como "a la carta", pero cuyos detalles y adaptaciones pueden pasar inadvertidos.

En este trabajo se describe la anómala naturaleza contributiva y características del modelo mutualista, tanto en aspectos subjetivos (Cuerpos y colectivo afectado, duplicidades de derecho..) como en lo relativo a su asistencia médica, que se encomienda a seguros privados y a la "red de seguridad" del modelo (SS-SNS), a la que se transfieren malos riesgos mediante procedimientos en los que SNS no participa. Por último, se describe la situación de los proyectos mutualistas de e-receta, e-baja IT e Historia clínica digital.

Palabras clave: *mutualismo, Seguridad Social, seguros, Sistema Nacional de Salud, recetas farmacéuticas, riesgos para la salud.*

Carlos Garcia <cgarciam@yaho.es>



Open Access: los artículos publicados en esta revista están en acceso abierto bajo licencia Creative-Commons 4.0 Atribución-No Comercial-Compartir Igual (CC BY-NC-SA)



Publicación del Instituto Mixto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad (IMI-ENS), de la UNED y el Instituto de Salud Carlos III



Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Revista de Gobierno, Administración y Políticas de salud _____ página 1

Abstract

Mutualist insurance for civil, military and judicial officials of the State are not attached to any Health authority, nor do they manage their health coverage in the same way as the National Health System SNS, nor with the same degree of transparency.

This historical differences contributes to the general ignorance of its problems, which derives from the lack of integration in SS of their respective special regimes. And that translates into a coverage that is perceived as "à la carte", but whose details and adaptations can go unnoticed.

In this paper, the anomalous contributory nature and characteristics of the mutual model are described, both in subjective aspects (Bodies and affiliated group, duplicities of law...) and in relation to their medical care, which is entrusted to private insurance and the "security network" of the model (SS-SNS), to which risks are transferred through procedures in which SNS does not participate. Lastly, the situation of the mutualist projects of e-prescription, e-fit note por work and digital clinical history is shown.

Keywords: Mutualist insurance, Social Security, National Health System, prescriptions, health risks

INDICE

- 1- Qué son las Mutualidades y cuál es su historia.
- 2- Qué prestaciones garantizan y cuáles son sus instrumentos de gestión.
- 3- El colectivo Mutualista: general y por adscripción médica.
- 4- Conciertos asistenciales con SS y regulación de cambios y opciones.
- 5- Los Conciertos con Seguros de Salud.
- 6- Prestación farmacéutica en receta: Datos, Gestión, y e-Recetas.
- 7- Prescripción y control médico de la Incapacidad Temporal (IT) y situaciones de riesgo de embarazo

1- Qué son las Mutualidades y cuál es su historia.

Las Mutualidades (Muface, Isfas y Mugeju en sanidad) y las clases pasivas (pensiones) son mecanismos de cobertura de tres Regímenes especiales funcionariales (civil, militar y judicial) que datan de principios del siglo XX. Su integración en la Seguridad Social (SS) ha sido históricamente problemática, máxime en el mutualismo, que sigue recaudando cotizaciones que destina fundamentalmente a la opción médica privada, lo que no se adapta al Pacto de Toledo y posibilita duplicidades de coberturas públicas en dicho subcolectivo por antecedentes de pluricotización.

A diferencia de la población general, los funcionarios de determinados Cuerpos del Estado de principios del siglo XX no cotizaban a la caja de SS (Instituto Nacional de Previsión -INP-, y Tesorería de la SS), sino que se encuadraban en tres Regímenes Especiales (civil, militar y judicial¹) que eran gestionados y financiados por el Estado mediante dos mecanismos de cobertura, a los que el funcionario aportaba sendas cuotas que hoy apenas difieren de las de SS²:

- El "**Régimen de Clases Pasivas**": cuya cuota mensual se ingresaba en Hacienda a manera de impuesto, a cambio de que el erario público asumiera las pensiones de quienes ingresaban en dichos Cuerpos. Y ello hasta 2011, año en que, coincidiendo con la crisis de la época, el Real Decreto Ley 13/2010 declaró a extinguir dicho régimen

de pensiones, sin extender la medida al otro mecanismo. De forma que los nuevos funcionarios ingresados a partir de 2011 cotizan al Régimen General de Seguridad Social (RGSS), aunque con cuotas reducidas "por exención de incapacidad temporal IT"³

Por contra, las promociones anteriores a 2011 han seguido igual, manteniendo su jubilación anticipada de clases pasivas, cuyo presupuesto ronda en 2022 los 18.000 millones €.

- El "**mutualismo administrativo**" que, con un presupuesto 6 veces menor, sigue afiliando y recaudando cuotas de todos los funcionarios en activo en estos Cuerpos, sean de clases pasivas o RGSS, al objeto de garantizar su asistencia sanitaria familiar y otras prestaciones de menor cuantía (IT, sociales...). Algo que antaño venían cubriendo de forma precaria y voluntaria 60 mutualidades corporativas.

A mediados de los años 70 del siglo pasado, y tras absorber a aquellas, el Estado crea tres Mutualidades obligatorias (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado MUFACE, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas ISFAS y la Mutualidad General Judicial MUGEJU), cuya peculiar forma de gestión médica (vía SS y seguros privados) no desentonaba con el sistema contributivo vigente en INP y en otros subsistemas de la época (empresas colaboradoras, Munpal⁴, ...), incluso internacionales (Mutualidad ADSE de Portugal⁵).

No obstante, cambios posteriores en la gestión de SS (Sistema Nacional de Salud SNS), así como la Ley del Pacto de Toledo⁶ que cambió la naturaleza y financiación de su prestación sanitaria (impuestos, reservando las cotizaciones a IT o pensiones), condujeron a la desaparición progresiva de todos esos subsistemas (o a costearse por los propios mutualistas, en Portugal), coincidiendo en algún caso tal desaparición (empresas colaboradoras), con la instauración de beneficios fiscales al seguro privado de empresas.

Nada de ello ha afectado al mutualismo administrativo, que nunca integró sus centros médicos en SNS (no tenía medios propios), ni aplica la separación de fuentes de financiación de sus prestaciones; aunque sí se beneficia de su aplicación por otros agentes, ya que desde 2003 dejó de costear la opción médica por SS-SNS, a instancia del Tribunal de Cuentas y tras pasar aquella a financiarse con cargo a las CCAA.

Con lo cual, y aparte de cuotas mensuales de sus funcionarios activos (20-50 €/mes según Grupo), el 82% de los recursos de las Mutualidades procede del erario estatal, que los suele "aportar" no como subvención sino como "**cotizaciones patronales**" de cada "titular de derecho" (activos y jubilados), fijadas de forma poco clara y variable⁷.

Unos ingresos que, con independencia de la opción médica de dichos titulares, acaban destinándose fundamentalmente al gasto médico del subcolectivo privado, donde se puede compatibilizar titularidad y duplicar cobertura en SNS, en caso de pluricotización en SS. Obligación de la que se ha eximido a este personal en algunas compatibilidades públicas docentes no infrecuentes⁸.

Tales duplicidades, que en el caso de "beneficiarios familiares" son ilegales, han sido abordadas en varios informes por el Tribunal de Cuentas (TC), a raíz de los cuales se están desarrollando distintas iniciativas sobre control del colectivo, e-recetas y evaluación de la eficiencia del modelo mutualista.

2- Qué prestaciones garantizan y cuáles son sus instrumentos de gestión.

Aparte de algunas prestaciones menores, las Mutualidades garantizan coberturas sanitarias (medicas, farmacéuticas y otras). En aseguramiento médico la gestión es indirecta ("modelo Muface"): conciertos con SS y seguros médicos, a elegir. Las diferencias en materia de transferencia de riesgos, cargas y población cubierta impiden comparar ambas alternativas, ya que la opción privada no puede considerarse sustitutiva de la SS-SNS.

Las Mutualidades Muface, Isfas y Mugeju son Organismos carentes de medios sanitarios propios, cuyo presupuesto se desglosa en dos programas de gasto:

- Asistencia sanitaria del mutualismo administrativo:

Supone el 85 % del gasto, que en su mayor parte se gestiona de forma "indirecta" y a nivel de aseguramiento médico-hospitalario: Conciertos de ámbito nacional con SS y con Entidades de seguro privado (que en algún caso se extiende a

expatriados) . Además, en Isfas hay conciertos con los 2 Hospitales de su red militar.

El resto de las prestaciones se gestionan y pagan "directamente" por cada Mutualidad, lo que proporciona información fehaciente susceptible de fiscalizarse:

a) Prestaciones excluidas de dichos conciertos de aseguramiento: recetas de farmacias -concertada con Colegios Farmacéuticos- y reintegro de gastos en viajes al exterior (con Tarjeta europea TSE o sin ella) o por prestaciones complementarias u otras (dentales, ópticas y auditivas...).

b) Prestaciones del concierto con seguros privados que las mutualidades costean aparte (farmacia hospitalaria externa, ortoprótesis) o son cofinanciadas por ellas (Car-T, protonterapia)

- Prestaciones económicas del mutualismo administrativo:

Además del gasto de administración, este programa incluye el subsidio de IT (cuya inspección médica se tiene que concertar y pagar al INSS) y otras indemnizaciones por incapacidad o lesiones. Así como una miscelánea de ayudas sociosanitarias (dependencia, celíacos, psiquiátricos, copago pensionistas...), sociales (jubilación, defunción...) y prestaciones familiares por hijo a cargo (únicas que no se financian con cotizaciones, al igual que otras residuales de las mutualidades absorbidas).

Todas las prestaciones mutualistas están sujetas a un "régimen jurídico propio", que es reconocido por las Leyes de Cohesión del SNS⁹ a efectos de opción/cambios médicos y copago de recetas. Y que difiere del SNS, no tanto en su contenido legal ("análogo", lo que justifica prestaciones complementarias) como en su contenido material, ya que se desarrollan por "concierto" con seguros de acceso directo al especialista, con posibilidad de cambio a SNS. Con la consiguiente transferencia de riesgos, sin asumir determinadas cargas del SNS (formación MIR, investigación, salud pública, etc.), y generando costes extra-sanitarios de todo tipo (de cohesión social y sanitaria, cuotas SS, de coordinación, ética pública...).

Dejando a un lado estos costes extras, cabe señalar que la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP¹⁰) del Ministerio de Sanidad cifra el gasto sanitario 2019 de las Mutualidades en 2.238 millones €, que representa el 3% del gasto nacional y se destina prácticamente al subcolectivo

privado. Comparando en 2017 ese gasto con el del SNS autonómico (tras descontar "a groso modo" dichas cargas)¹¹, se estimaba que el diferencial de coste "medio" por título (TSI,..) podría ser un 15-20% superior en SNS, y ello sin incluir colectivos de éste como emigrantes, turistas, personas sin papeles...

No obstante, el problema fundamental de estas comparaciones reside no solo en el numerador (costes equivalentes) como en el denominador, dado el diferente estado de salud del colectivo mutualista, sus posibles duplicidades de cobertura y transferencia de riesgos al SNS. Como muestra la menor demanda de medicamentos del subcolectivo privado, su menor concentración de siniestros costosos o la mayor prevalencia de hospitalización por cáncer en el subcolectivo que opta por SS.¹²

3- El colectivo Mutualista: general y por adscripción médica.

Las Mutualidades cubren a un influyente colectivo de 2,1 millones de personas, entre titulares y familiares, que se caracterizaría por su mayor nivel socioeconómico, menor prevalencia de enfermedad y mayor uso de especialistas. La preferencia por la opción privada (1,7 millones) es relativa, ya que posibilita usar los servicios o duplicar cobertura en SNS, careciendo en parte de tarjeta individual codificada, proceso iniciado en 2018 y que sigue sin concluirse.

Las cifras oficiales del colectivo solo están disponibles en las Memorias de Muface, Isfas y Mugeju¹³ y sumaban, al final del año 2020, 2,16 millones de personas (1,48 Muface+ 0,58 Isfas+ 0,091 Mugeju), de las que 1,38 millones eran "titulares por derecho propio" (0,877 millones funcionarios+0,507 millones jubilados + algunos "mutualistas en excedencia voluntaria" que asumen a su cargo la cuota "patronal") y 0,766 millones familiares "beneficiarios" (hijos sin límite de edad, cónyuges, viudos...). Unas cifras que tienden a crecer poco, pero cambian en su composición interna, ya que el aumento de jubilados parece estar compensándose con depuraciones y bajas de beneficiarios, con el consiguiente envejecimiento.

Se trata, por tanto, de un colectivo minoritario,

desplegado en todo el territorio y potencialmente muy influyente, tanto por los servicios que presta a la Administración del Estado o a Comunidades Autónomas (docentes, juzgados) como por su posición en la gobernanza de los poderes públicos, ya que como "alto cargo" o "político electo" mantiene la afiliación. Lo que contribuye a que sus diferencias resulten aún más polémicas.

En cuanto a sus características sociales y estado de salud, cabe señalar que las Encuestas Nacionales de Salud del INE proporcionan información sobre la cobertura de los encuestados (SNS, mutualista, seguros privados..), cuya explotación anonimizada¹⁴ muestra que sus encuestados en 2014 disfrutarían de un mejor estado de salud comparado, con menor prevalencia de patologías crónicas (salvo las alergias), mejores hábitos (ejercicio, tabaco, alcohol), mayor nivel educativo y mayor renta media (máxime en mayores de 65 años), con menores problemas económicos de acceso sanitario y mayores ausencias al trabajo por enfermedad.

Y, respecto a la utilización sanitaria, la misma explotación de datos evidencia un patrón de cuidados inversos, ya que, pese a su menor necesidad y prevalencia de patologías autodeclaradas, harían mayor uso y frecuentación de consultas con especialistas, con mayor frecuencia de ingreso hospitalario, mucho menor tiempo de espera en lista quirúrgica y un mayor uso de determinadas pruebas diagnósticas y preventivas (RMN, eco, TAC, colonoscopias.).

Colectivos según adscripción médica y duplicidades.

A finales de 2020 estaban adscritas a SS-SNS (u Hospitales militares en Isfas) 416.056 personas, mientras 1,73 millones se adscribían a seguros privados (casi el 80%). Una preferencia privada que varía por Mutualidad (75 % en Muface vs. 92% en Isfas) y que es muy relativa, ya que nunca impidió usar la SS-SNS, cambiarse a ella llegado el caso o duplicar coberturas (en tal caso la adscripción privada es forzosa, como se explica en el apartado 4).

A este respecto, las cifras de la Encuesta INE Nacional de Salud 2017, en pregunta multirrespuesta sobre tipo de cobertura sanitaria, sugieren que más del 30% de los mutualistas encuestados podrían duplicar en SNS. Una cifra que se confirma en la estadística de coberturas de aseguramiento 2021 de Castilla y León¹⁵, si atribuimos la diferencia entre títulos (población

TSI + mutualista privado sin TSI) y población INE al subcolectivo privado. Algo que también se observa en la gran mayoría de las CCAA.

Estas duplicidades se explican por motivos jurídicos y organizativos, ya que las Mutualidades no interconectaban sus Registros de colectivo con otros análogos. Por lo cual, tras informe del T. de Cuentas, se acordó que grabaran su colectivo en la Base BADAS INSS (derechos SNS) y codificaran a cada miembro del subcolectivo privado con un "código individual" (similar al de la TSI y proporcionado por el Ministerio de Sanidad), que se inscribiría posteriormente en "una tarjeta" que cumpliera los requisitos básicos establecidos para la TSI (sin serlo).

Todo este proceso de codificación se reflejó en 2018 en 3 convenios mutualistas con INSS¹⁶, prorrogados en 2022. Y estaría inconcluso salvo en Muface, cuyos datos de 2018 (que corresponden a Muface-Extremadura, según informe SNS de dicho año) y 2019 (Muface total) figuran, por vez primera, en el último Informe anual SNS¹⁷ como "sumables" a las TSI de 17 CCAA e Ingresa (se supone que porque no duplican código en ellas), a fin de determinar el "n.º de personas" cubiertas con cargo al erario.

De la comparación de cifras "sumables" con las del respectivo subcolectivo privado, se desprende que el peso de los duplicados, que difiere según año de codificación (28 % en 2018), afectaría en 2019 a un 7,2% de dicho subcolectivo Muface.

4- Conciertos asistenciales con SS y regulación de cambios y opciones.

Los conciertos médicos y convenios con SS, que las Mutualidades no costean, son indispensables para el funcionamiento del modelo, dadas las amplias y crecientes posibilidades de cambio ordinario y extraordinario establecidas en la normativa que los regula, la cual facilita la transferencia de riesgos a los Servicios del SNS y no prevé la participación de éstos en dichos cambios.

La legislación mutualista siempre dio "preferencia" a los conciertos con SS (o con la Sanidad Militar en Isfas), que se suscribieron con INSS-Tesorería SS; fueron asumidos por CCAA en cada transferencia, y datan de 1985, de los que solo consta en web el de Isfas¹⁸.

Estos conciertos, que cubren la asistencia médica por cualquier contingencia (se supone que los accidentes de trabajo con cargo al INSS), nunca incluyeron la farmacia por receta y comportaban el ingreso de cuotas o primas, previa alta del "titular" por Tesorería SS, la cual no era admitida a trámite si el funcionario de clases pasivas ya estaba afiliado y de alta con otro número por otros trabajos. Lo que explica que la opción mutualista SS esté en principio exenta de duplicidades y cuente con una TSI especial (sin recetas, a tenor de sentencias del T. Supremo sobre dispensación hospitalaria externa de medicación sin cupón) que computa como cualquier otra TSI en la financiación de cada Comunidad autónoma.

Según los datos expuestos, el porcentaje de mutualistas que opta por SS-SNS varía por Mutualidad, pero también por CCAA, siendo en 2017 notoriamente alto en las Comunidades de Navarra y Asturias (aunque sin llegar al 50%), superando la media en otras 10 y siendo inferior en 5 comunidades (Andalucía, Aragón, Extremadura, Valencia y Madrid). Este orden y % varían según la mutualidad, y en algunas es histórico y sin relación aparente con las transferencias de Insalud. Un proceso, por otra parte, que no ha ayudado a la convergencia de ambos modelos, dado que el principal gasto sanitario estatal actual es el mutualismo sanitario.

Regulación dinámica de cambios y opciones:

Los convenios INSS-Mutualidades ya descritos, incluían modificaciones en los sistemas de cambio a SS, matizadas ligeramente en sus prórrogas de 2022. Así, de acuerdo con el texto en vigor, los cambios posteriores al ingreso pueden solicitarse con carácter ordinario (cada año en enero - salvo entre 2018-2022 que en Muface fueron semestrales- o por cambio de provincia de residencia). O bien, con carácter extraordinario, fuera de dicho periodo y a justificar. En cuyo caso, si es hacia un seguro privado se precisa "acuerdo" con el seguro saliente (o Servicio de salud), mientras que si el cambio extraordinario es hacia SS-SNS lo resuelve la Mutualidad, previo informe de Comisión paritaria INSS, y sin voz ni voto de los Servicios SNS.

En materia de cambios extraordinarios, ambos convenios han modificado la estricta redacción que figuraba en antiguos conciertos como el de Isfas, reduciendo los años de obligada permanencia posterior a un cambio extraordinario (de 5 a 2), cuya casuística de riesgo se hace ahora explícita en

términos elocuentes:

a) A instancia del mutualista: Enfermedades Raras, ensayos clínicos, centro de alta especialización sin alternativa análoga privada y que no sean CSUR (trasplantes, etc.), embarazos de alto riesgo, niños con patología grave, patología grave en beneficiarios que deban causar baja en SNS.

b) A iniciativa del centro público: patología psiquiátrica, internados en residencias, cuidados paliativos domiciliario cuando la entidad no tenga obligación de derivarlo, víctimas de violencia de género, patologías graves por relación médico-paciente que aquel acredite

No hay datos de los cambios extraordinarios en ninguna Mutualidad, salvo en Mugeju que los cifra en 68 durante 2020.

Y en cuanto a los cambios ordinarios, las Memorias Muface sólo recogen la cifra anual de cambios periódicos, que entre 2014-2020 afectaron a entre 30 y 60 mil personas-año, y que se ha traducido en un balance neto (altas-bajas) positivo para el colectivo de SS (en torno a 5000 año). Una cifra que podría incrementarse si los concesionarios no pudieran utilizar los antecedentes patológicos del mutualista para excluirle de coberturas en caso de suscribir una póliza de seguro "de pago".

Por lo demás, las altas parecen haberse mantenido estables en años de máxima rotación, quizás por su carácter sistemático por casuísticas de riesgo.

En cuanto a los mayoritarios cambios dentro del sector privado, cabe atribuirlos a redistribuciones tras salida de Entidades y/o a cambios en los catálogos del concierto a su finalización (en médicos, servicios u hospitales "sensibles"). Lo que suscita desasosiegos y protestas, pese a que están previstas penalizaciones por transferencia de riesgo (entre seguros privados) y se garantiza teóricamente la continuidad de los tratamientos durante un tiempo.

5- Los Conciertos con Seguros de Salud.

Los contratos mutualistas con seguros médicos, en cuyos trámites no interviene la autoridad sanitaria, suponen cerca del 18% del mercado nacional de dichos seguros, cuya compra está exenta de determinados impuestos, lo que puede llegar a influir en el precio de la prima. Ésta es algo más costosa que la media del mercado, pero difiere en contenidos (cubre uso SS en carencia relativa de medios y urgencias vitales presumibles) y edad (más envejecido, pero quizás concentrando más duplicidades).

El control del contrato es indirecto (mediante reclamaciones), no constando información sobre casuística, ni hay historia clínica común, y la actividad-costes declarada por el contratista no está contrastada

Los conciertos nacionales, y en concreto el actualmente vigente en Muface¹⁹, son contratos de concesión de servicios públicos que cada Mutualidad adjudica, sin informe previo de autoridades sanitarias, a distintas Entidades financieras que aceptan las condiciones del concurso (Aseguradoras del ramo de salud), y no a médicos o a Hospitales.

Estos proveedores no suelen estar integrados sino concertados con las Entidades, de forma incompleta - según Servicios - y cambiante en el tiempo. Lo que dada la escasa relevancia de su Atención Primaria, hace que la gestión clínica se vea limitada por la falta de herramientas compartidas, como la historia clínica digital. Un asunto que, décadas después de figurar en los conciertos, se está reimpulsando con fondos europeos del mecanismo de resiliencia, con el fin de mejorar el control de IT, como se describe en el apartado 7.

El objeto de dichos contratos es "garantizar el acceso" a la prestación de servicios médicos (junto a sus posibles reembolsos en el concierto para personal de embajadas²⁰), con la extensión prevista en la cartera de servicios SNS (más algunos dentales, psicología, etc.), en forma y tiempo determinadas: acceso directo al especialista y sin espera. Unos servicios que se han de recibir en las consultas y hospitales que figuran en el catálogo de medios de la aseguradora, no pudiendo acudir a otros ajenos sin autorización, salvo en situaciones de "urgencia vital o denegación injustificada de

asistencia", en cuyo caso la factura tendrá que asumirse por la Entidad.

Por tanto, se trata de un seguro médico de asistencia sanitaria, que también asume pagos a medios ajenos (SNS o privados), por asistencias excepcionales que, en la práctica, no lo son tanto. Ello es así, porque los conciertos desarrollan ambas excepciones en términos favorables, en comparación con SS: aquí la "urgencia vital" es la que "por sus síntomas (iniciales) haga presumible" tal riesgo, mientras que la "denegación de asistencia" puede ser expresa y tácita: cuando la Entidad no cumpla en ese momento con las exigencias de medios previstas en concierto.

A tal efecto, los conciertos fijan extensas exigencias en forma de pirámide de especialidades y servicios (en consulta, hospital y urgencia en guardia presencial o no) dotadas con un número de facultativos in crescendo según especialidad y nivel del municipio (I, II con hospital, III capitales y IV grandes municipios de cada CA). Queda, por así decirlo, un Nivel 0 de exigencias (Atención Primaria AP), cuyas consultas y urgencias en municipios menores de 20.000 habitantes son asumidas por los Servicios de SNS, mediante conciertos tasados o facturando. Mientras que en grandes urbes se exige 1 médico general por distrito postal.

Así pues, aparte de los conciertos rurales, SNS puede facturar a las Entidades ciertas asistencias a mutualistas sin TSI que lo utilizan, por atención primaria/urgencias, o por uso de servicios por urgencia vital, denegación injustificada de asistencia o derivación autorizada. Así como directamente al mutualista cuando lo usa motu proprio.

En contraprestación y como garantía de los conciertos, éstos establecen una prima fija mensual que varía según grupos de edad y por Mutualidad, cuyo precio no parece relacionarse con el n.º de Entidades adheridas. Lo que se complementa con una bolsa (3,5 % de la prima fija) sujeta a penalizaciones (incumplimientos, por ejemplo, por transferir riesgos entre seguros privados) e incentivos por objetivos. En Muface y como novedad, se incluyen ahora penalizaciones por superar tiempo de espera (15 días a consulta y 1 mes operarse) e incentivos por e-prescripción y por control de IT por la AP.

El control de los contratos es fundamentalmente indirecto, a través de las reclamaciones que son tramitadas y resueltas en comisiones mixtas, o por la Dirección de la Mutualidad en desacuerdos. Unas reclamaciones que versan sobre urgencia vital y

denegación de asistencia, principalmente.

Por lo demás, el sistema de información se completa con una estadística de actividad y coste, que cumplimenta el contratista (cifras de consultas y servicios médicos y hospitales y su coste), cuyos datos muestran una alta frecuentación de consultas, pruebas, cirugías etc. Y ello, salvo en 2020, en el que las cifras cayeron un 34% en cirugía mayor ambulatoria, un 25% en hospitalización, un 15-25% en urgencias, en una pandemia que las Entidades han atendido de forma peculiar: derivándose contactos asintomáticos y vacunación a CCAA e incluyendo la prueba de antígenos en plena sexta ola en listado de actos sujetos a autorización previa (ingresos, Pruebas costosas, etc.). Lo que ilustra sobre la problemática integración de estas Entidades y estos contratos en dispositivos frente a pandemias, máxime en situaciones críticas como las padecidas por los ancianos ingresados en residencias.

Asimismo, el concierto prevé la recogida de datos CMBD de los informes de alta hospitalaria, si bien no consta su publicación, que al iniciarse en 2009 mostraba baja complejidad de la casuística de sus hospitales privados, comparada con SNS²¹.

En definitiva, esta opción funciona como un "seguro médico de asistencia sanitaria", siendo sus pólizas supervisadas por la Dirección General de Seguros, la cual en su informe oficial da cifras totales sin desglosar por colectivos asegurados, por lo que la información disponible sobre primas y siniestros mutualistas procede de la asociación empresarial UNESPA²².

En su Informe de 2020, UNESPA señala que el mercado de seguros privados varía territorialmente, triplicando en % de penetración poblacional unas CCAA (Madrid, Cataluña, Baleares...) a otras (Cantabria, Navarra, Murcia). Y cifra el n.º de pólizas mutualistas en 1,79 millones, con un volumen de primas recaudadas de 1639 millones €, que suponen el 16,2 % de los asegurados y el 17,69 % de las primas recaudadas a nivel nacional.

Por ello, siendo el Estado su primer comprador, no parece sorprendente que otras Instituciones compren también seguros para su personal activo como un derecho privado, y que de resultas de todo ello las pólizas de seguros de salud hayan quedado exentas del impuesto especial de primas de seguro, con la consiguiente minoración de ingresos fiscales, valorada en 750 millones de € en Presupuestos 2022. O que su compra se beneficie de incentivos fiscales no contabilizados en dicho

Presupuesto, como la exención en IRPF de 500 €/persona y otros 3 familiares (1500 en caso de discapacidad), cuando el tomador es una empresa que las compra para sus empleados o un autónomo en "estimación directa".

Todo ello puede haber influido en el precio de la prima media mutualista, que es más costosa que la media, entre otros motivos porque sus mutualistas mayores de 61 años (quizás con más duplicidades de cobertura, pero que suponen el 30% en este subcolectivo), doblan el 15% registrado en el conjunto de asegurados. De ahí la relevancia que la financiación mutualista puede llegar a tener tanto para proveedores (médicos, hospitales) como para aseguradoras contratistas, en los procesos de negociación y compra de los diferentes servicios.

6- Prestación farmacéutica en receta: Datos, Gestión, y e-Recetas.

Las recetas mutualistas son una modalidad de "receta SNS" que se diferencia de las recetas de CCAA por su mayores precios y costes medios por receta y por la menor utilización de éstas en pensionistas. Lo que cabe relacionar con diferencias en necesidades, prescripción por especialistas, desviación de consumos dado el peculiar copago y deficiencias de control.

Para corregir éstas, las Mutualidades han diseñado una e-receta que, para mantener el statu-quo ha de dispensarse a través de un nodo colegial de pago, estando únicamente implantada en el subcolectivo SS-SNS, siendo de inciertos resultados en un sector privado sin médicos de cabecera que concilien las terapias.

Esta prestación afecta a todo el colectivo mutualista, cualquiera que sea su opción médica, y se distingue por su peculiar régimen de custodia de talonarios y el copago unitario de recetas (sin relación con renta o pensión). Unas características anómalas, justificadas en su momento por la no conexión mutualismo-prescriptores, que se han extendido recientemente a otras prestaciones (ortoprótesis), y que amenazan con perpetuarse por la falta de integración/coordinación mutualista.

Por lo demás y en esencia (nomenclátor, proveedores

y gestión por concierto), esta prestación siempre coincidió con la de SS-SNS (no sucede lo mismo con la medicación hospitalaria de la opción privada, que se adquieren sin participar en las compras centralizadas SNS). De ahí que el legislador reconozca la receta mutualista como modalidad de "receta SNS" (su logotipo figura en su receta)²³. Y la someta a la misma regulación y sistema de información, cuya fuente son las facturas provinciales que los Colegios Farmacéuticos remiten a cada Servicio Regional y a las 3 mutualidades, una vez practicadas las deducciones. Acompañadas, en el caso mutualista, de una factura por grabación del n.º de colegiado de la receta.

Una información (sin costes mutualistas de grabación) que es la única que figura en Plan Estadístico INE y ahora se vuelca en web del Ministerio de Sanidad²⁴, parte de la cual se presenta en conjunto con SNS autonómico, lo que dificulta algunas comparaciones. Si bien, permite conocer algunas características diferenciales y ser fiscalizada por el T. de Cuentas, de cuyos informes y posterior aceptación en Comisión Mixta del Congreso²⁵, trae causa la nueva e-receta.

Datos de la prestación.

De dicha facturación se concluye que la prestación mutualista difiere de la del SNS por el mayor gasto público medio (y sobre todo el precio PVP) de sus recetas y por el menor consumo de recetas por persona. No obstante, cuando se desglosa, estas diferencias con SNS aumentan:

- En 2021, las 3 facturas suponían el 3,74 % del gasto nacional y el 3,70% del total de recetas públicas, con un gasto medio por receta de 11,62 € (1,13% mayor que en SNS autonómico). Un sobrecoste observado desde 2013, que no incluye coste de facturación ni ayudas por copago.

- En PVP por envase de medicamento, el sobre precio medio en Muface 2020 respecto al SNS fue de un 26%, que subiría al 30-40 % en fármacos antitrombóticos, mientras en otros (diabetes o colesterol) baja al 8-9%. Lo que respondería a un patrón de prescripción médica inducida: menor demanda de genéricos y excesos de principios innovadores objeto a veces de alertas de seguridad (caso denosumab/osteoporosis).

- Por contra, el n.º de recetas por persona en 2020 fue un 22% superior en SNS. Pero cuando en estudios previos²⁶ se comparaba el consumo de subcolectivos Muface (según Memoria) con

sus homónimos de SNS, la situación cambiaba: los Muface activos consumían más recetas que los SNS activos y sus pensionistas menos que en SNS. Lo que cabe relacionar con la menor prevalencia colectiva de patología, los diferentes copagos soportados y la probable desviación de consumos pensionistas al SNS en caso de duplicar cobertura.

La gestión de recetas y su contexto.

Históricamente, la gestión de recetas (médicas, ya que no hay talonarios de enfermería) ha tropezado con dificultades derivadas de la codificación de su colectivo por titular afiliado (a quien se agregan los talonarios y las recetas facturadas a sus familiares). Y de obstáculos en la conexión con facultativos y en su identificación y acreditación. Lo que explica que el control se haya centrado en el mutualista y se desarrolle de forma no automatizada ni alineada con SNS.

Por otra parte, dado que la opción pública es clave en la e-receta, hay controversia sobre la responsabilidad financiera de esas recetas, ya que la Ley de Cohesión SNS la atribuía a CCAA como cualquier prestación, mientras que la Ley mutualista obliga a instaurarla en el "modelo de receta oficial de la Mutualidad". De ahí que en 2017 se modificara la Ley de Cohesión SNS en unos términos (asignar a las Mutualidades la responsabilidad financiera) luego suprimidos. Supresión que no ha afectado a la continuidad del proyecto, que se ha desarrollado mediante convenios con CCAA, donde éstas se comprometían a adaptar sus módulos de e-prescripción y las Mutualidades asumían el coste de las recetas.

e-Receta mutualista y su desarrollo.

La e-receta Muface se presentó en su día como "receta privada electrónica", a desarrollar en conjunción con la e-receta privada propiamente dicha y utilizando un nodo colegial farmacéutico. Este nodo estaría conectado con un sistema Muface para las prescripciones de sus Entidades privadas (en su día y tras codificar colectivo) y con sistemas autonómicos de las prescripciones SNS, que es donde se comenzaría a e-recetar y podrían presentarse resultados. De esta forma, se obtenían algunas mejoras prescriptoras en el ámbito SNS, pero manteniendo el statu quo y la separación entre circuito de recetas autonómicas y mutualistas a efectos de control de la prestación, con lo que los consumos cruzados en duplicidades quedan fuera del radar, jugando el nodo colegial un papel

central a este respecto, lo que se ha traducido en compensaciones económicas en adenda del concierto farmacéutico, que encarecen cada e-receta facturada.

Cinco años después, esta e-receta está implantada en el subcolectivo público de las 3 Mutualidades, hasta el punto de que en Isfas 2021 supuso el 11% del total de recetas, siendo así que solo el 6,9 % de su colectivo opta por SNS. Pero no se ha fijado fecha de supresión del talonario, pese a los ahorros que conllevaría.

En cuanto al subcolectivo privado, su codificación concluyó en 2019 en Muface y se incluye en tarjeta de seguro privado individual regulada por Resolución interna sin logotipo SNS, pero su e-receta solo está implantada en 2 pequeñas CCAA con igualatorios locales, no constando que Muface haya desarrollado "los hitos de implantación" previstos en el vigente concierto para incentivar generosamente a las 3 aseguradoras firmantes, lo que sugiere que los talonarios van a tener una larga vida

7.- La Incapacidad Temporal y situaciones de Riesgo del embarazo prescritas en SNS o seguros privados.

El peculiar diseño de la prestación mutualista IT y sus manifiestos problemas de control (sin historia clínica, ni inspección -externalizada al INSS-), explican que Muface proyecte introducir los e-partes de IT y obtener la cesión de e-historia clínica SNS, previo convenio con CCAA. Unas medidas que solo parecen viables en la opción pública, pues el concierto con seguros privados no prevé ningún hito de implantación, más allá de incentivos por implicarse en la formación de sus médicos de AP, cuyo rol en IT es considerado "preferente"

La prestación económica por IT y los partes médicos que acreditan la licencia por enfermedad resultan de aplicación al personal civil (no al militar, que se rige por su norma), afectando tanto a funcionarios de "clases pasivas" como a los nuevos funcionarios RGSS (cuya cotización a SS se ha de reducir un 6,5% por exención de IT, común o profesional). Dicha prestación da lugar a un subsidio que Muface comienza a pagar a partir de los 90 días de la baja

(al 4º mes y hasta los 18 meses), con el fin de compensar la no inclusión en la nómina del centro de trabajo de las retribuciones complementarias, y cuya cuantía equivale al 75% de éstas o al 80% de las básicas (la cifra mayor).

Esta prestación se rige por una normativa especial : 1) la entrega de los partes de baja no conlleva automáticamente la licencia, que solo entra en vigor tras resolución de cada órgano de personal, quien graba los datos del parte en un fichero automatizado de Muface, con el consiguiente trasiego documental, retrasos, errores.. 2) algunos órganos de personal (Policía) disponen de asesores médicos para controlar las licencias, pero no así la pagadora del subsidio (Muface), quien ha de encomendar y pagar a INSS y Generalidad de Cataluña por la realización de reconocimientos médicos periódicos, en condiciones precarias dada la ausencia de datos e Hª clínica 3) Pese a estar legalmente previsto y poderse simplificar burocracia, Muface no ha encomendado dicho seguimiento médico ni el pago del subsidio a su empleador mayoritario (Servicios de CCAA). Tampoco a Mutuas de accidentes de Trabajo, que carecen de competencias en IT pero asumen prestaciones de invalidez, muerte o supervivencia en nuevos mutualistas RGSS por "acto de servicio" (Accidentes de trabajo, cuyas cifras siguen sin contabilizarse en dicha estadística, regulada por directiva comunitaria). 4) En materia de evaluación médica de la incapacidad permanente de estos nuevos mutualistas RGSS, la normativa solo establece procedimientos especiales en el caso del personal militar y de la Policía, no así en el resto de Cuerpos Mutualistas.

En este contexto y en vista del crecimiento desde 2014 del n.º de subsidios de IT (más de 11.000 mensuales en 2020), el consejo General de Muface en el que participan los sindicatos del sector, ha aprobado un plan continuista, como en la e-receta, consistente en crear con fondos europeos de resiliencia una plataforma de historia digital que interconectaría con la base de e-historias depositada en el Ministerio de Sanidad, a efectos de mejorar la revisión de IT (por INSS y Generalidad de Cataluña) o de ceder dichas historias a seguros privados, previo convenio con las Autoridades autonómicas responsables de dicha documentación²⁷.

Asimismo prevé que los mutualistas sigan remitiendo su parte médico al órgano de personal (por e-mail), si bien en la opción pública se podría usar el modelo de parte vigente en SS, se supone que a fin de posibilitar su transmisión telemática. Por su parte, los cambios en el sector del seguro privado se

circunscriben en el vigente concierto 2022-2025 a incentivar la designación de un coordinador de IT por cada seguro privado, repartir una Guía y garantizar la asistencia a sesiones formativas de sus facultativos de atención primaria, cuyo rol es considerado "preferente" en materia de expedición de partes de IT.

Bibliografía

1. Código de Muface, Isfas y Mugeju. Biblioteca Jurídica BOE. Última modificación: 4 de noviembre de 2022, https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=011_Codigo_de_MUFACE_ISFAS_y_MUGEJU&modo=2; 2023 [Consultada 6/02/2023]
2. El Régimen de Clases Pasivas y el RGSS. Diferencias en la Prestación de Jubilación. Manuel Rodríguez Martínez. Disponible en: https://fedeca.es/sites/default/files/Regimen%20General%20y%20Regimen%20de%20Clases%20Pasivas.%20Definitivo_indice%20%281%29.pdf
3. Orden PCM 1353/2021 por la que se desarrollan normas legales de cotización a la SS. BOE núm. 290, de 4 de diciembre de 2021: Artículo 19 b).
4. Real Decreto 480/1993 por el que se integra en el Régimen General de Seguridad Social al Régimen Especial de SS de los funcionarios de la Administración Local. BOE núm. 80, de 03 de abril de 1993.
5. ADSE. Instituto Público de Gestao Participada, <https://www2.adse.pt>; 2023 [Consultada 6/02/2023]
6. Ley 24/1997 de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social. BOE núm. 169, de 16 de julio de 1997: Disposición Final 2ª.
7. Ministerio de Hacienda y Función Pública, MUFACE. Régimen de cotizaciones Muface. Cuotas Ejercicio 2023, [https://www.muface.es/muface_Home/mutualistas/cotizacion/Regimen-de-Cotizaciones.html#:~:text=La%20cuota%20mensual%20para%202022,%E2%82%AC%20y%2020%2C56%20%E2%82%AC](https://www.muface.es/muface_Home/mutualistas/cotizacion/Regimen-de-Cotizaciones.html#:~:text=La%20cuota%20mensual%20para%202022,%E2%82%AC%20y%2020%2C56%20%E2%82%AC;); 2023[Consultada 6/02/2023]
8. Ley Orgánica 6/2001 de Universidades. BOE de 24 diciembre 2001: D. Adicional 22ª
9. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (legislación consolidada). BOE núm. 128, de 29/05/2003: Artículo 3.4
10. Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>; 2023 [Consultada 6/02/2023].
11. Simó J. Comparación SNS vs. Mutualismo en gasto per cápita y elección de SNS por los mutualistas. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria, 12 Noviembre 2019, <http://saludinerop.blogspot.com/2019/11/comparacion-sns-vs-mutualismo-en-gasto.html>. 2019 [Consultada 6/02/2023].
12. Gonzalez-Valcarcel B, Pinilla Domínguez J. El misterio Muface ¿selección por Riesgo o empeoramiento de la calidad percibida? Congreso: XXXIX Jornadas de Economía de la Salud. Albacete. 12-14 de junio de 2019. disponible en: <https://www.aes.es/prensa/funcionarios-muface-inss/> así como en <https://www.aes.es/jornadas/es.Jornadas AES 2022. libro abstracts>
13. MUFACE, ISFAS y MUGEJU. Memoria Muface 2020, https://www.muface.es/muface_Home/muface/Transparencia/informacion-institucional-organizativa-planificacion/memoria.html; Memoria ISFAS 2020, https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/Memoria_ISFAS_2020.pdf; Memoria MUGEJU 2020, <https://www.mugeju.es/que-es-mugeju/memorias>.
14. Simó Miñana J. Explotación de la Encuesta Europea de Salud de España 2014. Relación de entradas. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria, 29 de junio 2018, <http://saludinerop.blogspot.com/2018/06/explotacion-de-la-encuesta-europea-de.html>. 2018 [Consultada 6/02/2023].

15. Junta de Castilla y León. Cobertura del sistema de aseguramiento. Base de datos, <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/cobertura-sistema-aseguramiento>. 2023 [Consultada 6/02/2023].
16. Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria. BOE núm. 72, de 23 de marzo de 2018.
17. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados, https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf. 2021 [Consultada 6/02/2023].
18. Concierto suscrito por ISFAS con INSS y la Tesorería General de SS, de 30 de diciembre de 1986, https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Normativa/convenios/Convenio_INSS_TGSS_ISFAS.pdf. 1986 [Consultada 6/02/2023].
19. Ministerio de Hacienda y Función Pública. 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. BOE núm. 308, de 24 de diciembre de 2021.
20. Ministerio de Hacienda y Función Pública. 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 DKV Seguros y Reaseguros, SAE, para el aseguramiento de la asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios durante los años 2022, 2023 y 2024. BOE núm. 308, de 24 de diciembre de 2021.
21. Vera-Ruiz C. La implantación del CMBD en el ámbito de Muface. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 5º Foro SIS SNS. 2011, https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/5ForoSISNS/docs/cvera_p.pdf. 2011 [Consultada 6/02/2023].
22. UNESPA. El Seguro de Salud en el año 2020, <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2021/06/El-seguro-de-salud-en-2020-FINAL.pdf>. 2020 [Consultada 6/02/2023].
23. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE núm. 17, de 20 de enero de 2011.
24. Ministerio de Sanidad. Base de Datos, Datos de Facturación de Recetas Médicas de Mutualidades, <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/DatosMutualidades/home.htm>. 2022 [Consultada 6/02/2023].
25. Cortes Generales. Resolución de 23 de noviembre de 2017, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización sobre la gestión y el control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015. BOE núm. 50, de 26 de febrero de 2018
26. Simó Miñana J. Gasto farmacéutico por activo y por pensionista en Muface Y SNS. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria, 3 de mayo de 2015, <http://saludinerop.blogspot.com/2015/05/gasto-farmacaceutico-por-activo-y-por.html>. 2015 [Consultada 6/02/2023].
27. Ministerio de Hacienda y Función Pública. Plan Muface Avanza 2021-2023, https://www.muface.es/muface_Home/muface/Transparencia/informacion-institucional-organizativa-planificacion/Plan-MUFACE-Avanza-2021-2023.html. 2020 [Consultada 6/02/2023].