



RESPUESTA DEL GOBIERNO

(684) PREGUNTA ESCRITA SENADO

684/4995 a 684/5002

21/02/2020

7931 a 7938

AUTOR/A: ROMÁN JASANADA, Antonio (GPP)

RESPUESTA:

En relación con las preguntas de referencia, se informa que al no disponer las mutualidades –que ejercen de aseguradoras– de recursos sanitarios propios para facilitar directamente la prestación, esta se lleva a cabo a través de los conciertos que suscriben con las entidades de seguro de asistencia sanitaria y con el sistema sanitario público.

Las entidades de seguro concertadas por la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional durante los años 2020 y 2021, son las siguientes: ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.; DKV, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española; Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A de Seguros; y Segurcaixa ADESLAS, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, así como DKV Seguros y Reaseguros, SAE, para el aseguramiento de la asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero.

El resto de información solicitada se encuentra en la siguiente tabla, que muestra el colectivo de mutualistas de MUFACE distribuidos por tipo de asistencia sanitaria, a fecha del pasado 29 de febrero:

	I.N.S.S.	DKV SEGUROS	ASISA	ADESLAS	DKV INTERNACIONAL	IGUALATORIO CANTABRIA	SIN ENTIDAD SANITARIA	Resumen
ENTIDADES SANITARIAS CONCERTADAS		124.369	278.907	360.038	3.780	4.588		771.682
SANIDAD PUBLICA	236.681							236.681
EN TRÁMITE DE AFILIACIÓN							130	130
Resumen	236.681	124.369	278.907	360.038	3.780	4.588	130	1.008.493

Uno de los indicadores de la satisfacción del colectivo protegido con este modelo asistencial y con la asistencia prestada a través de entidades de seguro es el ejercicio de su derecho de opción. El porcentaje de mutualistas que libremente elige la



oferta privada concertada permanece estable a lo largo del tiempo en torno al 80 %, dato que demuestra una confianza continuada y sostenida con el modelo asistencial y con la opción privada.

Por otra parte, en los conciertos con entidades se regula el procedimiento para las reclamaciones de los mutualistas y beneficiarios frente a la entidad, por lo que otro de los indicadores de control de la asistencia sanitaria recibida por el colectivo de MUFACE, a través de las entidades concertadas, se realiza mediante el estudio y la resolución de las reclamaciones presentadas por los mutualistas. Asimismo, el número de reclamaciones constituye un indicador indirecto para medir la calidad asistencial. La tasa de reclamaciones en el año 2019 fue del 15,94 por cada 10.000 asegurados. En los años anteriores se situó, en 2018, en el 20,24 y, en 2017, en 20,71. El bajo valor de la tasa pone de manifiesto el grado de satisfacción de los interesados, máxime si se tiene en cuenta que la asistencia sanitaria es una prestación especialmente sensible para la ciudadanía.

Otro indicador sobre el grado de satisfacción es el porcentaje de mutualistas que se cambian de entidad. En ese sentido, el pasado mes de enero optaron por cambiar de entidad un 2,73%. Este bajo porcentaje de cambio denota que los mutualistas están satisfechos con la atención que reciben por su entidad, por lo que un 97,27 % no cambia, aunque pueda hacerlo.

Asimismo, MUFACE realizó una encuesta a los mutualistas que habían cambiado de entidad en enero de 2018, con los siguientes resultados:

- De los mutualistas que optaron por una entidad privada, la gran mayoría, un 70%, lo hicieron por la libertad de acceso a especialistas, mientras que otros motivos indicados fueron la “ausencia de listas de espera” (16%), la calidad de los recursos privados (7%) y la oferta de asistencia complementaria (6%).
- En relación con el motivo que originó el cambio de proveedor de la asistencia sanitaria, la gran mayoría (39%) indica que lo hacen por el interés en un recurso sanitario concreto, y figura, a continuación, la insatisfacción con la atención recibida por su entidad de procedencia (19%), la variación de las circunstancias personales (11%), y otros motivos no especificados (17%), con un peso menos importante motivos como la denegación de una prestación concreta (4%) o problemas en alguna gestión administrativa (5%).

Uno de los indicadores de la satisfacción del colectivo protegido con este modelo asistencial y con la asistencia prestada a través de entidades de seguro es el ejercicio de su derecho de opción. El porcentaje de mutualistas que libremente elige la oferta privada concertada permanece estable a lo largo del tiempo, como se señalaba más arriba.



Las fortalezas del modelo asistencial a través de entidades de seguro son la libre elección de facultativo y centro de entre todos los concertados por la respectiva entidad en todo el territorio nacional, el libre acceso a especialistas sin derivación previa de atención primaria, la ausencia de lista de espera para acceso a consulta, así como para la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, la calidad de los recursos privados y la oferta de asistencia complementaria.

Es preciso indicar que el Gobierno no se plantea la desaparición del modelo de MUFACE. De hecho, la Ministra de Política Territorial y Función Pública, en su comparecencia en la Comisión del Congreso de los Diputados del pasado 27 de febrero, manifestó claramente que el Gobierno apoya el modelo e indicó que MUFACE continuará con la modernización del Organismo a través del desarrollo del Plan Estratégico y comenzará la elaboración de otro Plan Estratégico 2020-2023, que incorpore la digitalización.

En relación con el coste hay que tener en cuenta que, en el caso de MUFACE, el gasto por los mutualistas que optan por una entidad de seguro no es conceptualmente gasto sanitario, sino una prima fija mensual por persona (cápita) variable en función de la edad. Por lo tanto, no se puede hacer una comparativa real con el dato de la estadística del gasto sanitario público, ya que la metodología de cálculo difiere.

Según los datos publicados por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), en su análisis de situación 2019, el sector sanitario privado emplea a 266.728 profesionales.

Cabe estimar que el 65 % (172.823) trabaja en el ámbito extra hospitalario y el 35 % (93.905) lo hace en el ámbito hospitalario. Por categoría profesional, se estima que el 23% de los profesionales del sector sanitario privado son médicos, el 26% enfermeros y el 51% restante corresponde a otros profesionales sanitarios y no sanitarios.

A nivel geográfico, las Comunidades Autónomas de Madrid, Cataluña, Andalucía y Comunidad Valenciana son las que registran un mayor número de profesionales, y las cuatro representan el 61% de los profesionales del sector sanitario privado.

En los regímenes especiales de funcionarios el porcentaje general de copago siempre ha sido único para todo el colectivo protegido, con independencia de su situación administrativa, activa o pasiva, a diferencia del Régimen General de la Seguridad Social, en el que no era ni es igual el copago de sus asegurados, ya que difiere en función de la situación laboral: activo, pensionista o, además en la actualidad, parados no perceptores de subsidio, perceptores de pensiones no contributivas y de rentas de inserción.



Los otros criterios diferenciadores del copago en la prestación farmacéutica no vinculados a la situación administrativa o laboral sino a la contingencia, como son los tratamientos derivados de accidente en acto de servicio (equivalente a accidente de trabajo) y de enfermedad profesional; los tratamientos con medicamentos de aportación reducida, asociados a patologías crónicas; y los tratamientos dispensados en régimen de internamiento, son comunes en ambos regímenes y se aplican en iguales condiciones.

Respecto al copago farmacéutico, se informa que en el marco del Plan de Impulso de la Mutualidad, que tiene como objetivo estratégico la priorización de los intereses del colectivo protegido, MUFACE ha atendido a las demandas de su colectivo (dentro de su ámbito competencial) y, desde el año 2018, convoca anualmente ayudas para el copago farmacéutico. Estas ayudas consisten en el abono de una cuantía destinada a compensar el gasto derivado de la participación económica en la prestación farmacéutica y va dirigida a mutualistas jubilados/as, viudos/as o huérfanos/as, en situaciones de vulnerabilidad, con arreglo a los requisitos que anualmente se recogen en la convocatoria que se publica en el Boletín Oficial del Estado.

A continuación, se desglosa el colectivo protegido por la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), que distingue entre el personal al servicio de la Administración de Justicia y sus beneficiarios a fecha del pasado 1 de marzo.

Tipo	Colectivo
Personal al servicio de la Administración de Justicia	56.028
Beneficiarios	35.025
TOTAL	91.053

La distribución del colectivo asegurado, según la opción de asistencia sanitaria elegida, es la siguiente:

Opción sanitaria	Colectivo
Servicios Públicos de Salud + INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)	17.182
Entidades médicas privada	73.871
TOTAL	91.053

Cabe hacer mención a la Resolución de 13 de diciembre de 2017, de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica el concierto para la asistencia sanitaria de beneficiarios durante 2018 y la relación de entidades de seguro que han suscrito la misma (Boletín Oficial del Estado de 20 de diciembre de 2017); este concierto tiene prevista prórrogas hasta el año 2021.

El Concierto se firmó para el año 2018 con siete entidades médicas (SegurCaixa-Adeslas, Asisa, Caser, DKV Seguros, Mapfre Familiar, Sanitas y la Nueva



Mutua Sanitaria), las cuales han suscritos las sucesivas prórrogas que ha tenido el mismo.

La distribución del colectivo protegido según la entidad médica elegida es la siguiente, según datos del pasado 1 de marzo:

Opción sanitaria	Colectivo
ASISA	18.172
CASER	6.481
DKVSeguros	6.264
MAPFRE Familiar	11.364
Nueva Mutua Sanitaria	441
SANITAS	9.929
SegurCaixa-ADESLAS	21.220
Servicios Públicos de Salud + INGESA	17.182
TOTAL	91.053

MUGEJU no realiza encuestas sobre el grado de satisfacción de los usuarios ni sobre los motivos por los cuales los mutualistas optan por una entidad privada o por los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas.

El Gobierno no prevé la supresión de los regímenes especiales de las mutualidades administrativas y manifiesta, en todo caso, su sensibilidad para valorar cualesquiera medidas que puedan sugerirse para la mejora de los servicios.

Madrid, 13 de mayo de 2020