

INFORME DE SITUACION Y PROPUESTAS SOBRE MUFACE

Madrid 20 enero 2017

El mutualismo administrativo atiende a algo más de dos millones de mutualistas y beneficiarios y constituye un modelo original donde confluye la iniciativa pública y privada. Un modelo que se ha ido adaptando a la evolución de los tiempos, pero que en lo fundamental sigue siendo el mismo que cuando se creó hace cuarenta años. Dentro del mutualismo, MUFACE por afiliados y presupuesto, es la más importante de las tres y la que suele marcar la pauta de funcionamiento.

El mutualismo no ha sido siempre bien comprendido por esta confluencia entre pública y privada, por lo que ha recibido críticas desde diferentes posiciones ideológicas, críticas que no se producen, cuando por necesidades derivadas de la atención sanitaria, las CCAA conciertan determinados servicios sanitarios con compañías privadas. El mutualismo se ve de una manera y el concierto de servicios se ve de otra muy distinta, aplicando de esta forma una doble forma de entender la situación. Naturalmente, nada de esto es nuevo, aunque sí es un asunto que condiciona mucho las actuaciones de los gobiernos a la hora de evaluar y gestionar MUFACE y las otras mutualidades. Esto nos obliga a los que defendemos el modelo, tener que volver a explicar una y otra vez lo mismo, a los mismos.

La crisis económica ha tenido gran repercusión en la mutualidad como se deduce de los problemas surgidos hace un tiempo en la asistencia sanitaria, como se deduce del análisis de la evolución de la financiación y los recortes en asistencia social que se han llevado a cabo durante estos últimos años, y que todavía persisten. Ahora que nos encontramos en una nueva etapa con la formación del Gobierno central y un nuevo equipo en la Dirección General de MUFACE, creemos que es un buen momento para reflexionar sobre el estado de la cuestión, así como los retos a los que se enfrenta el mutualismo administrativo

Para CSI.F el principal problema proviene de la financiación que desde que estalló la crisis ha evolucionado de la siguiente manera

Aportaciones de Hacienda al presupuesto de MUFACE (en miles de euros)

AÑO	APORTACIÓN (1)
2009	1.143.860 / -1,47%
2010	1.123.720 / -1,76%
2011	1.101.750 / -1,95%
2012	1.082.507 / -1,74%
2013	898.572 / -16,9%
2014	1.058.572 / +17,81%
2015	1.201.430 / +11,89%
2016	1.253.090 / +4,3%

Utilización del remanente de tesorería (en miles de euros)

AÑO	APORTACIÓN
2009	141.700
2010	201.540
2011	203.680
2012	206.710
2013	227.144
2014	71.622
2015	0
2016	0

Aportación total de Hacienda sumando aportación más remanente de tesorería

2009	1.285.560
2010	1.325.260
2011	1.305.430
2012	1.289.217
2013	1.125.716
2014	1.130.194
2015	1.201.430
2016	1.253.090

Como decimos, el primer problema, ya endémico, del mutualismo que nunca se ha resuelto de manera satisfactoria, es la financiación. CSI-F ha denunciado el déficit de financiación que padece MUFACE desde siempre, pero que se ha agudizado desde el estallido de la crisis económica

- Desde el 2009 hasta el 2013 se fue reduciendo las aportaciones de Hacienda porque hacían uso del remanente de tesorería hasta que este se acabó en 2013. Más de mil millones que había en el remanente se han utilizado un tanto a la ligera estos años para que la mutualidad no quebrara. Una situación lamentable para nosotros y que comparamos con lo sucedido con la *hucha de*

las pensiones de la Seguridad Social, naturalmente teniendo en cuenta con todas las diferencias existentes entre una situación y otra.

- La máxima financiación pública corresponde a 2010 con 1325 mill/€ y la mínima en 2013 con 1125 mill/€.A partir de este año se incrementan las aportaciones de Hacienda al no poder hacer uso del remanente de tesorería, pero de forma tímida ya que en el cómputo global (aportación + remanente), todavía estamos 72 millones/€ por debajo de la cifra de 2010, causa principal por la que todavía se mantienen los recortes comentados.
- Si a esto añadimos que las cuotas de los afiliados han bajado por la reducción de los mutualistas, en 2010 se recaudaron 363 millones/€ en cotizaciones sociales, mientras que cinco años después solo se recogieron 294 millones, comprenderemos los problemas de la financiación que padece.
- El resultado de todo este cúmulo de circunstancias no es otro que los recortes en prestaciones sociales que desde hace tres años, y por primera vez en la historia de MUFACE, se han llevado a cabo y que todavía persisten.

Esta infrafinanciación se ve reflejada en la dedicación a la asistencia sanitaria que ha evolucionado de la siguiente forma:

Gasto dedicado a asistencia sanitaria presupuestado

Año	presupuesto	Diferencia	%
2010	976,32		
2011	969,07	-7,25	-0,74%
2012	1002,93	+33,86	+3,49%
2013	1008,12	+6,81	+0,67%
2014	1002,96	-5,16	+0,51%
2015	1.015,96	+13	+1,3%
2016	1041,37	+25,41	+2,5%

La variación en los siete años de 2010 a 2016 es 65 millones de euros, que representa un 6,7%, un dato que ha permitido afrontar el Concierto de 2016 y 2017 con garantías de estabilidad. Aunque el aumento, con inflación baja, puede parecer importante, hay que tener en cuenta otros factores para comprender que, no solo era necesario, sino que el problema estructural del envejecimiento de la población protegida y las nuevas pautas de tratamientos novedosos, aporta nuevas dudas. Este problema estructural se pudo observar en los dos gráficos que presentamos a continuación

Evolución de los titulares desde el 2007

Año	Titulares	Incremento	%
2007	893.838	+33.601	+3,91%
2008	925.366	+31.528	+3,53%
2009	953.741	+28.375	+3,07%.
2010	971.540	+17.749	+1,87%
2011	972.114	+574	+0,06%
2012	967.894	-4.220	-0,43%
2013	963.709	-4.185	-0,43%
2014	958.470	-5.239	-0,54%
2015	956.401	-2.069	-0,21%
2016	961.027	+4.626	+0,48%

La evolución de los titulares ha ido claramente a la baja desde que se congelaron las ofertas de empleo público. En el último año, y con la revitalización de estas ofertas vemos que está empezando a remontar, lo que es una buena noticia, aunque, como vemos, todavía estamos claramente por debajo de la cifra de 2010.

Pero donde se aprecia claramente el envejecimiento del colectivo es en la relación de activos/jubilados, un dato que ha pasado de una correlación 80/20 a otra representada por la relación 68/32. Todos sabemos las razones de esta ruptura de la proporcionalidad clásica. Con una población más envejecida, las necesidades de asistencia sanitaria y copago farmacéutico se incrementan proporcionalmente. El problema para todos los responsables públicos del área, es que esta proporcionalidad amenaza con aumentar, mientras que la financiación no lo hace al mismo ritmo que las necesidades.

Distribución de los titulares obligatorios entre activos y jubilados

AÑO	ACTIVOS	%	JUBILADOS	% TOTAL	Proporcionalidad Jubil/ activos
2008	701.745	75,83	176.318	19,05	20,08
2009	717.914	75,27	189.120	19,83	20,86
2010	722.508	74,37	203.016	20,90	21,94
2011	706.085	72,63	220.644	22,70	23,81
2012	686.489	74,39	236.372	25,61	25,61
2013	651.017	70,93	268.263	27,84	29,19
2014	634.350	66,18	279.836	29,20	30,61

2015	616.029	64,27	296.763	30,96	32,51
-------------	----------------	--------------	----------------	--------------	--------------

A pesar de esta situación, la distribución del colectivo entre aseguradoras e INSS se ha mantenido bastante estable, con cierta tendencia al aumento de los incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social, situándose a final de 2016 en torno al 20%.

Distribución del colectivo entre Aseguradoras y Seguridad Social

Año	Aseguradoras %	INSS %
2007	84,95	14,59
2008	84,09	15,45
2009	83,83	16,13
2010	82,81	17,16
2011	82,23	17,76
2012	81,92	18,08
2013	81,89	18,11
2014	81,91	18,19
2015	80,93	19,05
2016	79,88	19,61

CSI.F sigue apostando por el mantenimiento y fortalecimiento del mutualismo administrativo

CSI.F siempre se ha destacado por la defensa del modelo mutualista, como lo demuestra las campañas que estos años ha llevado a cabo, pero es esta una vieja historia que no tendría que salir a la palestra cada vez que alguien se le ocurre mentar la igualdad para denunciar la situación del mutualismo administrativo. Esto no es una historia derivada del Artículo 14 de la Constitución, como algunos pretenden. Se trata de otra cosa que hay que conocer. Desgraciadamente algunos de nuestros representantes políticos desconocen la intrahistoria del mutualismo administrativo, por eso pensamos que tenemos que rearmar el discurso de todos los que estamos en este órgano para el mantenimiento del modelo, y ahí van nuestras razones para su mantenimiento:

1. Porque hay que respetar los derechos adquiridos de los funcionarios acogidos al mutualismo administrativo. Hay que recordar que cuando se creó MUFACE se hizo para corregir una discriminación que sufrían los funcionarios que ni tenían ni Seguridad Social, ni copago farmacéutico teniéndose que costear de

forma privada un seguro de atención sanitaria a través de las compañías privadas y pagarse el 100% de las medicinas. En 1975, y no hace mil años, se corrigió esta discriminación con la creación de MUFACE y las otras mutualidades, cuyos recursos iniciales fueron los aportados por las mutualidades y asociaciones de los funcionarios conseguidos gracias a las cuotas de los propios funcionarios.

2. Porque el 80% de los funcionarios sigue optando año a año por el modelo de asistencia sanitaria de las entidades médicas, lo que supone un plebiscito anual.
3. Porque no se trata de medicina privada, ya que la asistencia médica que prestan las entidades médicas no se hace según el modelo de asistencia privada, sino que se hace bajo las condiciones que establece la Administración Pública en el Concierto que tienen que cumplir obligatoriamente. Estas condiciones no son las mismas que cuando la misma entidad ofrece el seguro privado.
4. Porque no se entendería que se acabe con el modelo MUFACE y se concierte con las mismas entidades médicas actuaciones médicas a precios superiores a los que realizan para MUFACE en sus prestaciones sanitarias por mutualista y año.
5. Este incremento que se produciría en los gastos de la Seguridad Social en asistencia sanitaria por la aportación de todo el colectivo, sería mucho mayor ya que los pensionistas de MUFACE dejarían de pagar el 30% de los medicamentos en la situación de jubilado y pasarían al sistema de copago de la seguridad social.
6. Porque sería un gravísimo problema para la sanidad pública incluir más de dos millones de personas en la atención sanitaria pública que podría colapsar el sistema. Para hablar con más propiedad, no habría que hablar de colapso, sino de incremento importante de las listas de espera, dado que es impensable pensar en una adecuación de las infraestructuras sanitarias a las nuevas necesidades.
7. Porque pondría en riesgo la existencia de la estructura actual de la atención sanitaria en nuestro país, que se vertebra en torno a una mayoritaria presencia del Sistema Nacional de Salud completada por la oferta sanitaria de la iniciativa privada, que en la mayoría de las provincias se mantiene gracias al colectivo

mutualista. Si éste desapareciese, sería imposible mantener clínicas, centros médicos privados, consultas privadas en ciudades como Cuenca, Jaén, Segovia, Teruel, etc. Solamente ciudades como Madrid, Barcelona, Sevilla, Zaragoza, Valencia o Bilbao podrían mantener una mínima estructura sanitaria privada. Esto supondría la pérdida de alrededor de cuarenta mil puestos de trabajo en la Sanidad más los indirectos que resultaran afectados.

Propuestas de mejora para el buen funcionamiento del modelo y asegurar su futuro

En CSI.F estamos convencidos de la viabilidad y necesidad de mantenimiento del mutualismo administrativo en el futuro, pero eso no nos debe quedarnos parados ante los retos a los que se enfrentan las mutualidades. Por eso creemos que el futuro de MUFACE pasa por:

- ❖ Mejorar la financiación, recuperando en el próximo presupuesto la que teníamos en 2010 para empezar a eliminar los recortes introducidos, y partiendo de esta base hacer frente a las necesidades reales. Todavía estamos 72 millones/€ por debajo de la financiación de ese año
- ❖ Proporcionar a las mutualidades la misma autonomía que tienen las Comunidades Autónomas para incorporar tratamientos novedosos, algo que no ocurre actualmente. A nosotros nos obligan a ofrecer únicamente la cartera de servicios básicos, pero las CCAA tienen el campo libre para introducirlos. Un ejemplo, el tratamiento denominado ONCOTYOPE, que algunas CCAA lo han incorporado para las beneficiarias de la Seguridad Social, pero no para las mutualistas y beneficiarias del mutualismo administrativo, produciendo una discriminación intolerable ya que son tan ciudadanas como las demás.
- ❖ Conseguir un número corto de asistencia sanitaria para las urgencias para acabar con las situaciones que se están produciendo actualmente al derivar a todos los que necesitan una urgencia a los hospitales del régimen general. En caso de que esto no sea viable, llegar a un acuerdo para que los servicios de urgencia puedan derivar a los que lo necesitan al hospital de referencia que les indiquen.

- ❖ Acelerar la implantación de la receta electrónica, ya en fase de experimentación, pero el proceso es demasiado lento y está desesperando a los mutualistas
- ❖ Unificar los precios que las Administraciones Públicas cobran a las compañías por los servicios que prestan en casos de urgencia u otras situaciones.
- ❖ Resolver el problema de la asistencia rural a los funcionarios. En este momento no hay convenio con Canarias, Murcia, Navarra, País Vasco, Valencia y La Rioja porque no quieren o porque piden precios excesivos. En Madrid y Aragón solo se prestan exclusivamente las urgencias. En esta última comunidad han surgido problemas, que momentáneamente se han resuelto, pero hay que alcanzar un acuerdo definitivo.
- ❖ Llegar a un acuerdo con las compañías sanitarias del Concierto para que pongan a disposición de los mutualistas toda su oferta sanitaria.
- ❖ Finalmente, tratar de reducir y facilitar los aspectos burocráticos que tienen que hacer los mutualistas, tanto ante la Administración como ante las compañías del Concierto, cuando necesitan de sus servicios. A este respecto el buen funcionamiento de la oficina electrónica está ayudando sin ninguna duda.