



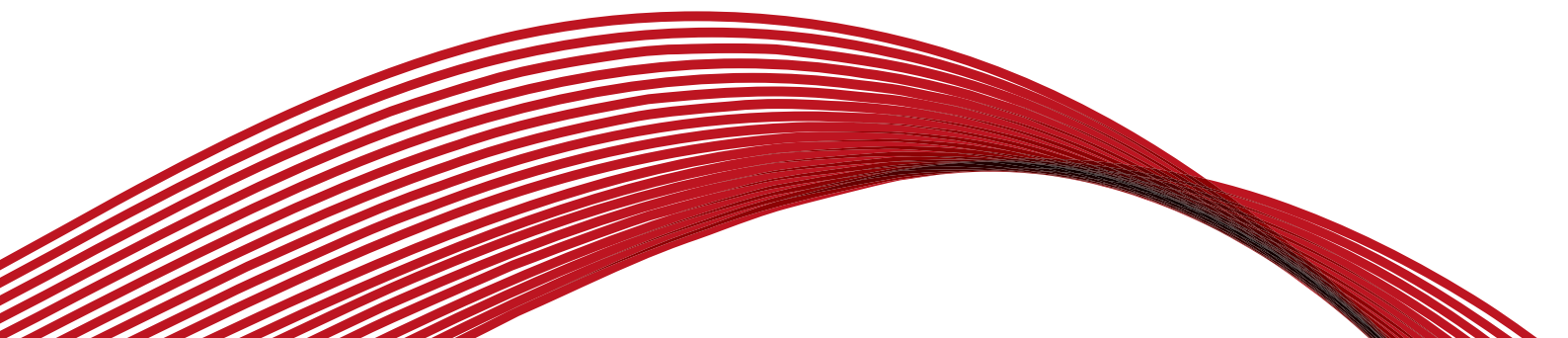
EVALUACIÓN DEL GASTO PÚBLICO

ESTUDIO. ANEXO 1

MUTUALISMO ADMINISTRATIVO ANEXO METODOLÓGICO



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal





Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, AAI (AIReF) nace con la misión de velar por el estricto cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera recogidos en el artículo 135 de la Constitución Española.

Contacto AIReF:

C/ José Abascal, 2-4, 2ª planta

28003 Madrid

+34 910 100 599

info@airef.es

www.airef.es

Esta documentación puede ser utilizada y reproducida en parte o en su integridad citando necesariamente que proviene de la AIReF.

Fecha de publicación: marzo de 2025.

Índice

1. Metodología de cálculo del gasto sanitario asistencial por persona protegida	4
1.1. Gasto sanitario asistencial	4
1.2. Gasto sanitario asistencial por persona protegida	6
2. Metodología de cálculo del impacto de la incorporación al sns de los mutualistas de opción privada	7
2.1. Impacto en listas de espera quirúrgica y de consultas de especialidades	7
2.2. Impacto en atención primaria	9

1.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO DEL GASTO SANITARIO ASISTENCIAL POR PERSONA PROTEGIDA

1.1. Gasto sanitario asistencial

El indicador de gasto sanitario asistencial comparable entre el SNS (comunidades autónomas más Ingesa) y el mutualismo de opción privada se ha elaborado a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Para ello se ha utilizado la última serie disponible de la EGSP (serie 2002-2022)¹ y tenido en cuenta la Metodología de dicha estadística².

Para lograr cifras comparables se han incluido/excluido ciertas partidas teniendo en cuenta la clasificación funcional y sectorial del gasto. Se ha construido un indicador de gasto asistencial comparable con el gasto que las mutualidades destinan a los conciertos con aseguradoras privadas.

A continuación, se muestran las rúbricas de la clasificación funcional de la EGSP incluidas y excluidas en el cálculo del gasto sanitario asistencial, tanto del SNS como del mutualismo de opción privada:

¹ Estadística de Gasto Sanitario Público. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Principio de devengo (2002-2022).

² Metodología Estadística de Gasto Sanitario Público 2022.

- **Partidas clasificación funcional incluidas:**

- Servicios primarios de salud
- Servicios especializados
- Servicios hospitalarios
- Traslado de enfermos

- **Partidas clasificación funcional NO incluidas:**

- Docencia M.I.R.
- Farmacia
- Prótesis y aparatos terapéuticos
- Servicios de salud pública
- Investigación y formación
- Gastos de administración general

A continuación, se muestran los agentes de la clasificación sectorial que han sido incluidos y excluidos en el cálculo del gasto sanitario asistencial del SNS:

- **Agentes clasificación sectorial incluidos en el cálculo del SNS:**

- Comunidades autónomas
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa). Únicamente en lo relativo a la gestión sanitaria en Ceuta y Melilla, no el resto de las competencias del Ingesa (dosimetría, compra centralizada SNS, etc.)

- **Agentes clasificación sectorial NO incluidos en el cálculo del SNS:**

- Administración Central
 - Ministerio de Sanidad y organismos (AEMPS, ONT, etc.)
 - Ministerio de Consumo (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición)
 - Ministerio de Ciencia e Innovación: formación e investigación (Instituto Salud Carlos III, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas)
 - Ministerio de Defensa (Sanidad militar)
 - Ministerio del Interior (Sanidad penitenciaria)

- Ministerio de Política Territorial (Sanidad exterior en delegaciones y subdelegaciones del Gobierno)
- Sistema de Seguridad Social
 - Instituto Social de la Marina
 - Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social
- Mutualidades de funcionarios
- Corporaciones locales

En el caso del gasto sanitario asistencial de las mutualidades el cálculo se restringe al agente "mutualidades" de la clasificación sectorial.

1.2. Gasto sanitario asistencial por persona protegida

Para el cálculo del indicador del gasto por habitante del SNS se ha dividido el gasto sanitario asistencial del SNS entre la población asignada en el SNS a 31 de diciembre de cada año. Para el gasto por mutualista se ha dividido el gasto sanitario asistencial de las mutualidades entre el número de mutualistas de opción privada para cada mutualidad a 31 de diciembre de cada año. La población asignada en el SNS se define como la población asignada a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, por lo tanto, incorpora tanto a la población general como a los mutualistas de opción pública y se obtiene del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)³. Los mutualistas de opción privada han sido recopilados de las memorias anuales de cada una de las mutualidades⁴.

³ Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Portal Estadístico (Ministerio de Sanidad).

⁴ Para los años en los que AIReF disponía de microdatos de las mutualidades (2016-2022) se ha contrastado que las cifras totales de mutualistas de opción privada coincidían con las publicadas en las memorias anuales de las mutualidades.

2.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO DEL IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN AL SNS DE LOS MUTUALISTAS DE OPCIÓN PRIVADA

2.1. Impacto en listas de espera quirúrgica y de consultas de especialidades

Para el desarrollo de esta simulación se han seguido los siguientes **pasos** en el caso de la **lista de espera quirúrgica**:

1. **Estimación del número de nuevas intervenciones quirúrgicas** que generaría la incorporación de los mutualistas:
 - a. Cálculo del número de **mutualistas de opción privada**⁵ a 31 de diciembre de 2023 en cada comunidad autónoma a partir de los microdatos suministrados por las mutualidades: MutPriv_i (i: comunidad autónoma).

⁵ En estas simulaciones no se han descontado a los mutualistas de opción privada afectados por los convenios de asistencia en el medio rural que ya son usuarios de la atención primaria pública.

- b. Estimación del **número de nuevas intervenciones** (NI_{ij}) en cada comunidad autónoma (i) y para cada especialidad quirúrgica (j)⁶. Para ello al número de mutualistas de opción privada de cada comunidad autónoma ($MutPriv_i$) se le aplica **la tasa de frecuentación de operaciones programadas (F_{ij}) de 2022** (último año disponible en la base de datos SIAE) **del colectivo de la sanidad pública (tasa por 1.000 habitantes)** para cada tipo de intervención quirúrgica (j) en cada comunidad autónoma (i)⁷: $NI_{ij} = MutPriv_i \times F_{ij} / 1.000$.
 - c. Obtención del **número total de nuevas intervenciones quirúrgicas** en cada comunidad autónoma: $TNI_i = \sum_j NI_{ij}$
 2. Estimación de la **nueva lista de espera quirúrgica para cada comunidad autónoma (LE_i) tras la incorporación**, calculada como tasa de pacientes en espera por cada 1000 habitantes. Hay que tener en cuenta que cambiaría el numerador (por las nuevas intervenciones al incorporarse los mutualistas), pero también el denominador (ya que aumenta la población protegida al incorporarse todos los mutualistas de opción privada al SNS): $LE_i = [Pacientes en espera estructural antes de la incorporación + Nuevas intervenciones al incorporarse mutualistas (TNI_i)] / [Población protegida SNS antes de la incorporación + Mutualistas de opción privada que se incorporan al SNS (MutPriv_i)]$.⁸
 3. Cálculo de la **variación de la lista de espera derivada de la incorporación de los mutualistas**, medida en número de pacientes en espera por cada mil y en tasa de variación porcentual.

La metodología de cálculo del impacto sobre la **lista de espera de consultas de atención especializada** es equivalente, pero cambiando la tasa de frecuentación de operaciones programadas por la tasa de frecuentación de primeras consultas por comunidad autónoma y especialidad.⁹

⁶ Las especialidades quirúrgicas son las 14 recogidas en el Real Decreto 605/2003 para el cálculo de las listas de espera quirúrgicas.

⁷ La tasa de frecuentación de operaciones programadas por comunidad autónoma y especialidad quirúrgica se obtiene de los microdatos del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

⁸ El número de pacientes en espera estructural y la población protegida por comunidad autónoma se obtienen del Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS).

⁹ La fuente de datos de esta tasa de frecuentación también es el SIAE y las 10 especialidades analizadas son las consideradas en el R.D. 605/2003 para el cálculo de listas de espera de atención especializada.

Supuestos de estas simulaciones:

- La incorporación de todos los mutualistas de opción privada al SNS se realiza en una misma fecha.
- Tanto las nuevas demandas quirúrgicas como de primeras consultas de atención especializada se producen y registran el mismo día de la incorporación al SNS a la tasa de frecuentación de la sanidad pública.
- Se ha asumido que los mutualistas de opción privada eran atendidos anteriormente exclusivamente por medios privados antes de la incorporación, sin considerar posibles derivaciones a la sanidad pública por parte de las aseguradoras.

2.2. Impacto en atención primaria

Para el desarrollo de esta simulación se han seguido los siguientes **pasos** en el caso de los servicios ordinarios de **medicina de familia** en atención primaria:

1. **Estimación del número de nuevas consultas** que generaría la incorporación de los mutualistas:
 - a. Cálculo del número de **mutualistas de opción privada por comunidad autónoma (i), grupo de edad¹⁰ (j) y sexo (k)** a 31 de diciembre de 2023 a partir de los microdatos suministrados por las mutualidades: $MutPriv_{ijk}$.
 - a. Estimación del **número de nuevas consultas** (NC_{ijk}) para cada comunidad autónoma (i), grupo de edad (j) y sexo (k). Para ello, al número de mutualistas de opción privada en cada grupo de edad, sexo y comunidad autónoma ($MutPriv_{ijk}$) se le aplica la **tasa de frecuentación (F_{ijk})¹¹** de 2023 correspondiente al mismo grupo en medicina de familia **de la sanidad pública** (tasa por individuo de población asignada): $NC_{ijk} = MutPriv_{ijk} \times F_{ijk}$. Este resultado se ajusta por niveles de renta a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) que incluye tasas de frecuentación por niveles de renta.
 - b. Obtención del **número total de nuevas consultas totales (NCT_i)** en cada comunidad autónoma (i): $NCT_i = \sum_{j=1}^J \sum_{k=1}^K NC_{i,j,k}$.para $i=1, 2, \dots, I$.

¹⁰ Grupos similares a los "grandes grupos de edad" utilizados por SIAP y BDCAP: (1) 0-14 años, (2) 15-34 años, (3) 35-64 años y (4) mayor o igual a 65 años.

¹¹ La tasa de frecuentación de consultas por grupo de edad, sexo y comunidad autónoma se obtiene del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAP).

2. Estimación del incremento de la **ratio de consultas / día / profesional (ΔRC_i)** para cada comunidad autónoma (i)
 - a. Obtención del **número de consultas ordinarias totales de medicina de familia (CT_i)** por comunidad autónoma (i) en 2023. Se obtiene directamente de SIAP, excluyendo del total a Ceuta y Melilla.
 - b. Obtención del **número de profesionales de medicina de familia (P_i)** en cada comunidad autónoma (i). Se obtiene directamente de SIAP, excluyendo del total a Ceuta y Melilla.
 - c. Estimación de la **ratio de consultas / día / profesional (RC_i)** para cada comunidad autónoma (i) **antes de la incorporación**. La fórmula empleada para obtener la ratio es¹²: $RC_i = CT_i / 247 / P_i$.
 - d. Estimación de la **nueva ratio de consultas / día / profesional (NRC_i)** para cada comunidad autónoma (i) **tras la incorporación**. La fórmula empleada para calcular la nueva ratio es: $NRC_i = \frac{\left(\frac{CT_i + NCT_i}{247}\right)}{P_i}$. En este punto la simulación asume que las comunidades autónomas no realizan esfuerzos adicionales, al mantener el mismo número de profesionales.
 - e. Estimación del **incremento de la nueva ratio de consultas (ΔRC_i)** para cada comunidad autónoma (i), calculado como la diferencia entre las consultas diarias por profesional antes y después de la hipotética incorporación de los mutualistas: $\Delta RC_i = NRC_i - RC_i$

Supuestos de esta simulación:

- Los mutualistas de opción privada trasladados tendrían la misma frecuentación en medicina de familia ordinaria que la población del Sistema Nacional de Salud ajustada por comunidad autónoma, grupo de edad, sexo y renta.
- Las comunidades autónomas no realizarían esfuerzos adicionales ante el hipotético traslado de mutualistas de opción privada.
- La incorporación al Sistema Nacional de Salud (SNS) de todos los pacientes con mutualidades privadas se realizará en una única fecha, considerando la misma frecuencia de uso que tienen los actuales usuarios del sistema público. Es importante señalar que estos nuevos pacientes podrían necesitar

¹² La fórmula empleada es la utilizada por el SIAP en [Actividad en Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud SIAP-SNS. Definiciones](#).

una primera consulta inicial, situación no incluida en esta simulación. Esto podría aumentar temporalmente el número de consultas por profesional sanitario por encima de lo estimado.



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal

José Abascal, 2-4, 2.ª planta

28003 Madrid

+34 910 100 599

info@airef.es

www.airef.es

 [Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal \(AIReF\)](#)

 [@AIReF_es](#)