

## **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 EN TERRITORIO NACIONAL A LOS BENEFICIARIOS DE LA MISMA Y LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

### **REUNIDOS**

De una parte, doña Myriam Pallarés Cortón, Directora General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Organismo Autónomo (en adelante, MUFACE, O.A.), nombrada por Real Decreto 190/2020, de 29 de enero, en virtud de las facultades que le confiere el artículo 48.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y actuando en nombre y representación de MUFACE, en uso de las facultades que le confiere el artículo 11.2, k) del Real Decreto 577/1997, de 18 de abril, por el que se establece la estructura de los órganos de gobierno, administración y representación de MUFACE,

y de otra parte, D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Armesto González-Rosón, Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), nombrada por Real Decreto 131/2020, de 21 de enero, actuando en nombre y representación del Instituto, en virtud de las competencias que le atribuye el artículo 5 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Ambas partes, en la representación que ostentan, reconociéndose mutua capacidad para obligarse y convenir,

### **EXPONEN**

#### **Primero.**

El Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, establece como mecanismo de cobertura de dicho régimen el mutualismo administrativo, cuya gestión atribuye a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE, O.A.).

La acción protectora de la Mutualidad incluye la prestación de asistencia sanitaria derivada de enfermedad común o profesional y las lesiones ocasionadas por accidente común o en acto de servicio o como consecuencia de él, sea por accidente o riesgo específico del cargo, así como el embarazo, el parto y el puerperio, y, conforme al artículo 17 de la Ley, podrá ser facilitada a su colectivo protegido bien directamente o por conciertos con otras entidades o establecimientos públicos o privados, preferentemente con instituciones de la Seguridad Social.

Por su parte, el artículo 77.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo (RGMA), aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, en su último inciso establece que las personas 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.

De forma que, conforme a la legislación vigente, el colectivo mutualista puede optar por recibir la prestación de asistencia sanitaria bien por el sistema sanitario público (a través del Servicio de Salud de la Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia) o por cualquiera de las entidades de seguro que, en cada momento, hayan suscrito concierto con la Mutualidad.

Con independencia de la opción asistencial elegida, la prestación de asistencia sanitaria facilitada por MUFACE a su colectivo protegido se enmarca en la prestación de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud conforme a lo dispuesto en el apartado 1 de disposición adicional cuarta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, Ley de Cohesión y Calidad del SNS).

En cuanto al régimen de aportación a la prestación farmacéutica del colectivo encuadrado en MUFACE, con independencia de su opción asistencial, está regulado en el apartado 9 del artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, así como en el artículo 82 del RGMA, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo.

## **Segundo.**

La gestión del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, de conformidad con lo previsto en el artículo 3 bis 1 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, y en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, se realiza por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

A estos efectos, el INSS gestiona el fichero BADAS (base de datos de aseguramiento sanitario) que, conforme a lo dispuesto en la Orden ESS/1452/2012, de 29 de junio, por la que se crea un fichero de datos de carácter personal para la aplicación por el INSS de lo previsto en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se trata de un fichero de datos de carácter personal que tiene por objeto la verificación de la concurrencia de los requisitos necesarios para que los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria (que incluye, entre otras, la prestación farmacéutica) puedan hacerlo efectivo con cargo a fondos públicos, conforme a lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS.

## **Tercero.**

Por su parte, el apartado 2 del referido artículo 3 bis de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, establece que una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, este se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos y ciudadanas a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual. Por lo que en caso de opción asistencial del colectivo mutualista por el sistema sanitario público se le deberá emitir la tarjeta sanitaria individual por el Servicio de Salud correspondiente a su Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia.

Por su parte, el artículo 10.1 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS recoge que las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica.

#### **Cuarto.**

La disposición adicional séptima del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en su apartado 2 establece que el reconocimiento y control de la condición de mutualista o beneficiario en los regímenes especiales de funcionarios corresponde a cada mutualidad administrativa, conforme a su normativa específica; y en su apartado 3 dispone que «las mutualidades y el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, establecerán los mecanismos de colaboración y coordinación necesarios para evitar la duplicidad de derechos propios o derivados cuando éstos sean incompatibles, así como para asegurar el acceso al sistema sanitario público al colectivo mutualista que haya optado por esa modalidad de asistencia sanitaria».

Dicho precepto impone la obligación de dotarse de diversos mecanismos o herramientas de colaboración con dos finalidades: de un lado, asegurar el acceso a la asistencia en los centros sanitarios de los servicios públicos de salud y del INGESA a las personas mutualistas y beneficiarias que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público y, de otro, controlar y evitar la duplicidad de derechos incompatibles.

En virtud de la citada disposición adicional séptima, se suscribió, el 26 de enero de 2018, 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 en territorio nacional a los beneficiarios de la misma y la integración de la información (BOE de 23 de marzo), prorrogado mediante adenda de prórroga y modificación de 16 de febrero de 2022 (BOE de 3 de marzo) y modificado mediante adenda de modificación de 28 de febrero de 2025 (BOE de 8 de marzo), cuya vigencia finaliza el 23 de marzo de 2026, encontrándose actualmente culminada la fase de integración en BADAS tanto del colectivo de mutualistas que han optado por recibir asistencia sanitaria a través de los servicios públicos de salud, como del colectivo de mutualistas con cobertura privada

Por lo expuesto, ambas partes acuerdan suscribir el presente Convenio, que se registrará por las siguientes

## **CLÁUSULAS**

### **Primera. Ámbito subjetivo**

El ámbito subjetivo de aplicación del presente Convenio afecta a todo el colectivo de mutualistas, incluidos sus beneficiarios, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ya hubieran optado por recibir la prestación de la asistencia sanitaria por el sistema sanitario público,

ya hubieran optado por recibirla por cualquiera de las entidades de seguro que, en cada momento, hayan suscrito concierto con la Mutualidad.

### **Segunda. Objeto del Convenio.**

El presente Convenio tiene por objeto:

- a) Establecer el procedimiento de comunicación de la información básica de todo el colectivo de mutualistas y beneficiarios protegidos por el Régimen del Mutualismo Administrativo gestionado por MUFACE, O.A, al módulo correspondiente de la base de datos de aseguramiento sanitario «BADAS», gestionada por el INSS.
- b) Establecer el procedimiento de adscripción del colectivo mutualista que opte por el sistema sanitario público.

### **Tercera. Procedimiento de comunicación de los datos.**

1. La información básica del colectivo protegido por la Mutualidad e integrado en un módulo específico de "BADAS" se actualizará mediante la comunicación diaria al INSS por parte de MUFACE, de las altas, bajas y variaciones en los datos de los titulares y beneficiarios de la asistencia sanitaria del Régimen del Mutualismo Administrativo, a través de ficheros y de los accesos y transacciones necesarios proporcionados por el INSS, que permitan a esta mutualidad gestionar directamente en "BADAS" las altas, bajas y variaciones de datos, incluida la modalidad asistencial elegida y le faciliten el seguimiento y control de su derecho.
2. Una vez actualizada por MUFACE la información en la base de datos de aseguramiento sanitario "BADAS", desde el INSS se procederá a su traslado a la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) del Ministerio de Sanidad, que procederá a la asignación del Código del Sistema Nacional de Salud ("Código SNS") a los beneficiarios y beneficiarias de la asistencia sanitaria que carecieran del mismo con anterioridad. Código que se incorporará a la base de datos de colectivo de MUFACE.
3. Adicionalmente, el INSS comunicará diariamente a MUFACE, a través de ficheros, las altas en otro régimen de Seguridad Social de las personas que deban causar baja en MUFACE, para evitar la duplicidad de derechos incompatibles.

### **Cuarta. Procedimiento de adscripción del colectivo mutualista que opte por el sistema sanitario público.**

1. Respecto de las personas mutualistas, así como el resto de titulares de derecho, y sus beneficiarios y beneficiarias, que opten por recibir la prestación de asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público, se procederá a su adscripción sanitaria al Servicio de Salud de su Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia, a través del procedimiento de actuación definido en la presente cláusula.
2. La adscripción se producirá en el momento de la afiliación o alta inicial en MUFACE, o en un momento posterior en los siguientes supuestos, previa solicitud de la persona titular del derecho:

- a) Cuando se produzca un traslado de domicilio de la persona mutualista o titular del derecho que suponga variación de la provincia o isla de residencia.
- b) Durante el periodo de cambio ordinario. A tal efecto, a lo largo de cada año de vigencia del convenio se abrirán dos periodos de cambio ordinario, correspondiéndose con los meses de enero y junio. Únicamente podrá formularse una solicitud por cada periodo ordinario de cambio.
- c) Cuando así se resuelva por la Dirección General de MUFACE, con carácter extraordinario y por razones de tal índole, cuya concreción se efectúa en el anexo del presente Convenio, que podrá ser objeto de actualización mediante su modificación conforme con la cláusula novena. En este caso, la persona mutualista o titular deberá permanecer adscrita al sistema sanitario público un mínimo de dos años.
- d) Durante el periodo especial de cambio cuya apertura pueda acordarse mediante Resolución de la Dirección General de MUFACE, por concurrir circunstancias objetivas y excepcionales debidamente acreditadas que afecten al ejercicio del derecho de opción del colectivo mutualista establecido en el artículo 77. 1, último inciso del RGMA aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo.

Únicamente podrá formularse una solicitud durante el periodo especial de cambio.

3. La adscripción se realizará por MUFACE en BADAS, conforme se establece en el apartado 1 de la cláusula tercera.
4. Por parte del INSS, a través del Ministerio de Sanidad, se comunicarán diariamente las altas, bajas y variaciones de datos a los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o al INGESA, en función de la Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia de los titulares que hubieran optado por recibir la prestación de la asistencia sanitaria por el sistema sanitario público y sus beneficiarios.
5. La efectividad del derecho a la asistencia sanitaria derivada de las altas y bajas de titulares y beneficiarios que hayan optado por recibir la prestación de asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público, se producirá desde la fecha de efectos del derecho reconocido por MUFACE y registrada en BADAS.

#### **Quinta. Protección de datos.**

Resulta de aplicación la normativa nacional y europea de obligado cumplimiento en materia de protección de datos de carácter personal, y en particular, el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679 del Consejo y del Parlamento Europeo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Cada una de las partes actuará como responsable del tratamiento respecto de los datos personales que trate en el ámbito de sus respectivas competencias, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 6.1.c) del citado Reglamento (UE) 2016/679.

### **Sexta. Naturaleza jurídica**

El presente Convenio tiene naturaleza administrativa, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VI del Título Preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, (LRJSP), rigiéndose en su desarrollo y para su interpretación, por el ordenamiento jurídico administrativo, con expresa sumisión de las partes firmantes a la jurisdicción contencioso-administrativa en los casos de conflictos que no puedan ser resueltos en la forma indicada en la cláusula octava.

### **Séptima. Régimen económico.**

El presente Convenio no genera obligaciones económicas para ninguna de las partes firmantes del mismo.

### **Octava. Comisión paritaria y resolución de controversias.**

Con el fin de coordinar las actividades necesarias para la ejecución del presente Convenio, así como para llevar a cabo su supervisión, seguimiento y para, en su caso, la resolución de las dudas y controversias que pudieran surgir en la aplicación e interpretación del mismo, a excepción de las incidencias que puedan derivarse de lo previsto en los apartados 1 y 2 de la cláusula cuarta y Anexo del presente Convenio cuya resolución compete a MUFACE, se establece una Comisión Paritaria, de acuerdo con el artículo 49.f) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, que estará integrada por cuatro miembros, dos de los cuales serán nombrados por la persona titular de la Dirección General del INSS y otros dos por la persona titular de la Dirección General de la MUFACE, determinándose por la propia Comisión quiénes desempeñarán las funciones de presidencia y secretaria.

En caso de no solventarse las discrepancias en el seno de la Comisión Paritaria, se elevarán a la persona titular de la Secretaría de Estado para la Seguridad Social y a la de la Secretaría de Estado de Función Pública, respectivamente, a efectos de que por acuerdo de los mismos se determine la actuación a seguir.

De no alcanzarse solución o acuerdo a través de esta vía, la resolución de la cuestión o cuestiones litigiosas surgidas se someterán a la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

El funcionamiento de la Comisión se regirá por lo dispuesto en el presente convenio y, con carácter supletorio, por lo establecido en la Sección Tercera, del Capítulo Segundo del Título Preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

### **Novena. Eficacia, vigencia y modificación**

El presente Convenio se perfecciona por la prestación del consentimiento de las partes, y adquirirá eficacia a partir del 24 de marzo de 2026, previa inscripción en el Registro Electrónico Estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación dentro del plazo de 5 días hábiles desde su formalización. Asimismo, será publicado en el plazo de diez días hábiles desde su formalización en el “Boletín Oficial del Estado”.

El plazo de vigencia será de cuatro años, pudiendo prorrogarse por acuerdo unánime de las partes antes de la finalización del plazo de vigencia por un periodo de cuatro años adicionales,

de conformidad con lo establecido en el artículo 49.h) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

El presente Convenio podrá modificarse por acuerdo unánime de las partes que se formalizará mediante la suscripción de una adenda al presente Convenio.

#### **Décima. Extinción y resolución.**

Este Convenio se extinguirá por el cumplimiento de las actuaciones que constituyan su objeto o por incurrir en causa de resolución.

Son causas de resolución:

- a) El transcurso del plazo de vigencia sin haberse acordado su prórroga.
- b) El incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por parte de alguno de los firmantes en los términos establecidos en el artículo 51.2.c) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.
- c) La imposibilidad justificada de realizar el objeto del Convenio.
- d) El mutuo acuerdo de las partes.
- e) El desistimiento expreso de una de las partes, comunicado al menos, con dos meses de antelación a la finalización del periodo inicial de vigencia o de su prórroga.
- f) Decisión judicial declaratoria de la nulidad del Convenio.
- g) Cualquier otra causa prevista en la legislación vigente.

En caso de resolución del Convenio se estará a lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

#### **Undécima. Resolución de solicitudes de cambio extraordinario por razones médico hospitalarias**

A partir de la fecha de eficacia del presente Convenio, todas las solicitudes de Cambio Extraordinario al Sistema Sanitario Público por razones médico-hospitalarias serán resueltas conforme a lo dispuesto en la cláusula cuarta apartado 2. c) y en el Anexo del presente Convenio, con independencia de la fecha en que se haya formalizado la solicitud.

Y, en prueba de conformidad con el contenido del presente Convenio, las partes lo firman electrónicamente, en el lugar donde se encuentran sus respectivas sedes, entendiéndose que el día de su firma es aquel en que el mismo sea suscrito por el último de los firmantes.

**LA DIRECTORA GENERAL  
DE LA MUTUALIDAD GENERAL DE  
FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO,**

**LA DIRECTORA GENERAL  
DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL,**

Myriam Pallarés Cortón

María del Carmen Armesto González-Rosón

## ANEXO

### CRITERIOS Y DISPOSICIONES RELATIVAS AL PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE LAS SOLICITUDES DE CAMBIO EXTRAORDINARIO POR RAZONES MÉDICO HOSPITALARIAS

En la cláusula cuarta, apartado 2 c) se establece la posibilidad de cambio al Sistema Sanitario Público cuando así se resuelva por la Dirección General de MUFACE, con carácter extraordinario y por razones de tal índole, cuya concreción se efectúa en este Anexo.

Las solicitudes deben indicar expresamente el criterio o criterios en los que se basan, así como aportar la correspondiente documentación acreditativa. A tal efecto MUFACE pondrá a disposición de las personas titulares un modelo normalizado de solicitud que, asimismo, incluirá la declaración de que de estimarse el cambio la adscripción al sistema sanitario público debe mantenerse un mínimo de dos años.

El plazo máximo para resolver y notificar las resoluciones sobre las solicitudes de cambio extraordinario al sistema sanitario público por razones médico hospitalarias, será de tres meses contados a partir del día siguiente al de la fecha en que hayan tenido entrada en el registro del órgano competente para tramitarlas, siendo los efectos de la falta de resolución en plazo estimatorios.

Con carácter general, las circunstancias que motivan estas solicitudes de cambio extraordinario deben de ser sobrevenidas en el tiempo, surgiendo por tanto con posterioridad al anterior periodo de cambio ordinario.

A continuación, se recogen los criterios para el cambio extraordinario por razones médico hospitalarias:

1. Cuando el cambio se solicite para que el paciente sea tratado en una unidad concreta constituida en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público que sea de carácter multidisciplinar, siempre que la Entidad concertada no tenga la obligación de disponer, por aplicación del correspondiente Concierto, de una unidad análoga en el mismo ámbito territorial de ubicación del centro público. En cualquier caso, se excluyen aquellas unidades que hayan sido designadas por el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS y que son publicadas mediante resolución del Ministerio de Sanidad.

Para valorar la concurrencia de este criterio es necesario que la unidad tenga entidad propia dentro de la estructura organizativa del centro, y no tenga dependencia funcional de un servicio de atención especializada.

2. Cuando se solicite el cambio al modelo asistencial público basado en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Pacientes con patología psiquiátrica.
- b) Personas mayores o con discapacidad o en situación de dependencia que se encuentren en Centros Residenciales públicos o que ocupen una plaza concertada por los servicios sociales en centros privados.

- c) Víctimas de violencia de género.
- d) Pacientes que precisen atención en cuidados paliativos en el ámbito domiciliario.

3. Cuando el cambio se solicite para la atención en centros sanitarios públicos, de menores que hayan sido diagnosticados de patologías graves, así como gestantes cuyo embarazo quede acreditado en el expediente que es de alto riesgo y que la Entidad de seguro concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Concierto.

4. Pacientes incluidos o susceptibles de ser incluidos en un determinado ensayo clínico, o sometidos a una técnica o procedimiento en fase experimental, que se realice en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público. Dicho extremo deberá ser acreditado mediante informe médico del centro hospitalario del Sistema Sanitario Público en el que haya sido incluido o se proponga la inclusión del paciente en el citado ensayo clínico o técnica o procedimiento en fase experimental.

5. Pacientes que tengan diagnosticada una enfermedad rara, entendiéndose esta como una de las que figuran en las clasificaciones oficiales de enfermedades raras, que suelen afectar a un número limitado de población.

6. Pacientes con una patología grave y que, por haberse dado una situación de doble afiliación, por causas no imputables a ellos, deban causar baja en un Régimen por el cual venía recibiendo la asistencia sanitaria a través de los medios de la Red Sanitaria Pública, y soliciten en base a ello el cambio al INSS.

7. En aquellos casos de patologías graves, cuando un/una facultativo/a de la Red Sanitaria Pública indique la conveniencia del cambio motivado por la relación de confianza médico-paciente, siempre que sea el responsable del tratamiento en la Red Sanitaria Pública. Para valorar la concurrencia de este criterio es necesario informe de el/la facultativo/a que en primera persona justifique la relación de confianza con el/la paciente e indique los motivos para el cambio.