



Las mutualidades de los funcionarios y la asistencia sanitaria internacional

CIVIL SERVANTS' MUTUAL FUNDS AND INTERNATIONAL HEALTH CARE

Mariana Vega Martinho

Cuerpo Superior de Técnicos de la Administración de la Seguridad Social

Instituto Nacional de la Seguridad Social

mariana.vega@seg-social.es  0009-0008-1561-1409

Recibido: 10.05.2025 | Aceptado: 17.06.2025

RESUMEN

El régimen de mutualidad administrativa constituye una singularidad dentro del sistema español de protección social, al ofrecer a los funcionarios una cobertura diferenciada respecto al régimen general. Este modelo, de carácter contributivo y obligatorio, permite a sus afiliados optar por la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud o mediante entidades aseguradoras privadas. La mutualidad garantiza, además, prestaciones farmacéuticas, económicas y sociales, con un marco normativo propio. No obstante, su pervivencia ha sido objeto de debate por parte de diversos sectores que cuestionan su sostenibilidad y equidad. La coexistencia de este régimen con el sistema público genera asimetrías en el acceso y en la financiación de las prestaciones sanitarias. Asimismo, la asistencia sanitaria internacional ofrecida por las mutualidades resulta más amplia que la del Régimen General. En este contexto, La AIReF plantea la necesidad de revisar su integración progresiva en el Sistema Público de Salud.

ABSTRACT

The civil servants' mutual funds is a unique feature of the Spanish social protection system, as it offers civil servants' coverage that is different from the general Social Security System. This model, which is contributory and compulsory, allows its members to opt for health care through the National Health System or through private insurance companies. The mutual society also guarantees pharmaceutical, economic and social benefits, with its own regulatory framework. However, its continued existence has been the subject of debate by various sectors that question its sustainability and fairness. The coexistence of this system with the public system generates asymmetries in access to and financing of health services. Moreover, the international health care offered by mutuals is more extensive than that of the general system. In this context, the AIReF brings the need to review their progressive integration into the National Health System.

PALABRAS CLAVE

Mutualidades administrativas
Sistema Público de Salud
Clases Pasivas
Normativa comunitaria de Seguridad Social
Asistencia sanitaria internacional

KEYWORDS

Civil servants' mutual funds
Public Health System
Civil servants' pensions
European Social Security legislation
International health care

SUMARIO

- I. INTRODUCCIÓN
 - II. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DERECHO DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS A LA COBERTURA SANITARIA: DESDE LOS MONTEPIÓS HASTA LAS MUTUALIDADES
 - III. LA VIGENTE ORDENACIÓN JURÍDICA DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS A TRAVÉS DE LAS MUTUALIDADES ADMINISTRATIVAS: LAS CONSECUENCIAS DE LA INTEGRACIÓN DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE LOS FUNCIONARIOS EN EL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
 - A. Titulares y beneficiarios de la prestación de asistencia sanitaria
 - B. Colectivos especiales dentro de las Clases Pasivas
 - IV. EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS MUTUALISTAS
 - A. La asistencia sanitaria internacional de los funcionarios pertenecientes a MUFACE
 1. *Permanencia en otro Estado por periodo superior a seis meses*
 2. *Permanencia en otro Estado por periodo inferior a seis meses*
 - B. La asistencia sanitaria internacional de los funcionarios pertenecientes a MUGEJU
 1. *Permanencia en otro Estado por periodo superior a 120 días*
 2. *Permanencia en otro Estado por periodo inferior a 120 días*
 - C. La asistencia sanitaria internacional de los funcionarios pertenecientes a ISFAS
 1. *Permanencia en otro Estado por destino o comisión de servicios en el extranjero*
 2. *Desplazamiento temporal en otro Estado por razones privadas*
 3. *Residencia en otro Estado por razones privadas*
 - V. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ACCIÓN PROTECTORA SANITARIA INTERNACIONAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO ENTRE LOS FUNCIONARIOS ADSCRITOS A MUTUALIDADES Y LOS DEMÁS ASEGURADOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD
 - A. Atención sanitaria comunitaria: la aplicación de los Reglamentos (CE) 883/2004 y (CE) 987/2009
 1. *Atención sanitaria urgente*
 2. *Tratamiento médico programado*
 3. *Residencia en otro Estado miembro*
 - B. La liberalización del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza: la Directiva 2011/24/UE
 - VI. ESTUDIO DEL INFORME DE LA AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y LAS CONSECUENCIAS EN LA ASISTENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LOS FUNCIONARIOS MUTUALISTAS
- Bibliografía

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos más característicos del régimen mutualista es la posibilidad de elección que se brinda a los funcionarios civiles del Estado entre la cobertura sanitaria del Sistema Público de Salud y la ofrecida por entidades aseguradoras concertadas. Esta facultad debe entenderse como una adaptación institucional a las particularidades del colectivo funcionario, que históricamente ha tenido condiciones de movilidad, destino y servicio específicas dentro y fuera del territorio nacional.

La existencia de un régimen mutualista no ha impedido que los mutualistas contribuyan al sostenimiento del sistema a través de una aportación económica específica, ni ha supuesto un desvío masivo de recursos públicos hacia intereses privados. Al

contrario, ha permitido garantizar la cobertura sanitaria de un colectivo estratégico, manteniendo un equilibrio funcional entre la libre elección del asegurador y el respeto a la cartera de servicios comunes definida por el Estado.

Desde diversos sectores académicos y profesionales se ha planteado la conveniencia de revisar y adaptar el modelo mutualista, pero no existe un consenso técnico ni político que justifique su eliminación progresiva. Las experiencias internacionales demuestran que los sistemas sanitarios de calidad pueden convivir con fórmulas diversas de aseguramiento, siempre que se respeten los principios de transparencia, control del gasto y protección del usuario. En este sentido, el modelo español representa una vía singular de colaboración público-privada que, lejos de tensionar el sistema, ha contribuido históricamente a su estabilidad.

En su informe publicado en marzo de 2025, la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (en adelante, AIReF) analiza los desafíos del modelo mutualista, poniendo de relieve la existencia de una aparente disociación entre el aseguramiento financiero (frecuentemente privado) y la utilización efectiva de servicios sanitarios públicos, especialmente en los casos de mayor complejidad asistencial. Sin embargo, el propio informe no entra a valorar el origen ni la naturaleza del gasto sanitario asumido por las mutualidades, ni considera en detalle el ahorro que el modelo mutualista representa en términos de externalización de riesgos y eficiencia administrativa, especialmente en entornos como la asistencia internacional o el aseguramiento de colectivos con alta movilidad geográfica.

La reciente firma de los nuevos conciertos sanitarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado para el período 2024-2025 debe interpretarse como una apuesta por la mejora continua de la atención sanitaria a los mutualistas, incorporando exigencias reforzadas de calidad asistencial, accesibilidad y control financiero. Esta renovación contractual no supone una regresión en términos de universalidad, sino una muestra de que el régimen mutualista puede evolucionar sin perder su identidad, adaptándose a las necesidades cambiantes del colectivo al que sirve.

II. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DERECHO DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS A LA COBERTURA SANITARIA: DESDE LOS MONTEPIÓS HASTA LAS MUTUALIDADES

Durante el siglo XIX, la protección social de la población civil se institucionalizó a través de la legislación y el control de los sistemas de beneficencia existentes. Paralelamente, los ciudadanos comenzaron a organizarse de manera voluntaria en Sociedades de Socorros Mutuos y Mutualidades, creando un sistema de ahorro que daría origen a los seguros sociales actuales.

Este modelo voluntario tuvo como antecedente el movimiento impulsado por los funcionarios públicos, tanto civiles como militares, a finales del siglo XVIII. Ante la precariedad económica en la que quedaban sus familias tras su fallecimiento, los propios funcionarios promovieron la creación de un sistema de protección colectiva: los

*Montepíos*¹. En este contexto, surgieron el Montepío Militar (1761), el de Tribunales (1763) y el de las Oficinas de la Real Hacienda y su Ministerio (1764)².

Los Montepíos ofrecían protección social tanto a los funcionarios civiles y militares como a sus familias, bajo un modelo asociativo laico y de carácter obligatorio. Estas entidades se financiaban a través de aportaciones directas descontadas de los salarios de los funcionarios, complementadas con financiación estatal. A diferencia de las Sociedades de Socorros Mutuos y Mutualidades, los Montepíos contaban con apoyo económico por parte del Estado, lo que implicaba también un control gubernamental sobre su funcionamiento. Al ser una “iniciativa oficial”, disponían de un respaldo financiero que aseguraba su continuidad, en contraste con la mayoría de las asociaciones privadas, que enfrentaron un progresivo declive.

El mantenimiento de los Montepíos se vio afectado a lo largo del siglo XIX debido a la precaria situación financiera del Estado español, que llevó a la adopción de medidas extremas para obtener liquidez. Entre ellas, la incautación de fondos impactó directamente a los Montepíos de iniciativa oficial, lo que provocó la suspensión de las aportaciones individuales de los funcionarios³. Como consecuencia, el Estado asumió directamente las cargas y obligaciones de estas instituciones, trasladando el pago de pensiones y demás prestaciones económicas al Tesoro Público, bajo la denominación de “Pasivas”.

Este nuevo sistema de protección social no fue acompañado de una reforma jurídica adecuada, manteniendo los requisitos de acceso preexistentes en los reglamentos internos de cada Montepío⁴, variando según se diera la protección del funcionario. Como salvedad al inmovilismo normativo, se estableció una protección sanitaria diferenciada para el personal militar, lo que condujo a la creación de un cuerpo sanitario específico, la implementación de hospitales de atención exclusiva para las fuerzas armadas y el desarrollo de un sistema de oficinas de farmacia militar.

Aunque la normativa desarrollada permitía reconocer un estatus jurídico laboral privilegiado a los funcionarios, la protección social no era homogénea, ya que variaba según la clase y el cuerpo al que pertenecían. La insuficiencia de la cobertura legal desembocó en la creación de las Mutualidades como formas alternativas de protección. Ante el crecimiento de estas organizaciones, se reguló su constitución mediante la Ley General del Mutualismo de 6 de diciembre de 1942 y su Reglamento de 1943, estableciendo la afiliación obligatoria y la participación económica del Estado en su financiación.

Sin embargo, se mantenían las excepcionalidades de cada cuerpo funcional, persistiendo⁵ una desigualdad tanto en las aportaciones asignadas por el Estado como

1. Hernández Bejarano, Macarena: *La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos*, Bomarzo, Albacete, 2017, p. 23.

2. Podemos observar un listado en López Lorenzo, Ángeles: *La protección social de los funcionarios públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007, pp. 52-53.

3. López Lorenzo, Ángeles.: *La protección social de los funcionarios públicos*, ob. cit., pp. 52-57.

4. Hernández Bejarano, Macarena: *La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos*, ob. cit., p. 27.

5. López Lorenzo, Ángeles: *La protección social de los funcionarios públicos*, ob. cit., pp. 91-92.



en las prestaciones reconocidas a favor de los funcionarios. Las prestaciones reguladas se centraban sobre todo en las pensiones, siendo la asistencia sanitaria una prestación de carácter residual, otorgada por muy pocas Mutualidades en la época.

En ese mismo período, coincidiendo con la aprobación de la nueva normativa relativa al régimen mutualista, se promulgó la Ley de 14 de diciembre de 1942, mediante la cual se estableció el Seguro Obligatorio de Enfermedad (en adelante, SOE). Esta norma representó un cambio significativo en el ámbito de la protección social de los trabajadores, a la vez que acentuó la divergencia entre el régimen jurídico general y el aplicable a los funcionarios públicos. El artículo 9 de dicha ley excluía expresamente de su ámbito de aplicación a aquellos funcionarios que dispusieran de una “protección sanitaria igual o superior”. A pesar de que la mayoría de los funcionarios no tenía acceso efectivo a la asistencia sanitaria a través de sus respectivas mutualidades, se consolidó la percepción de que dicho colectivo gozaba de una cobertura más favorable⁶. Esta interpretación acabaría derivando en la exclusión generalizada de los funcionarios del ámbito de cobertura del SOE.

La diferenciación en materia de cobertura social entre los funcionarios públicos y el resto de los trabajadores culminó con la promulgación de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (en adelante LBSS) y su correspondiente texto articulado. Por primera vez, se introdujo de manera explícita el concepto de un sistema de Seguridad Social tal como lo entendemos en la actualidad, dotándolo de un régimen jurídico estructurado y sistematizado, tanto en lo relativo a los derechos como a las prestaciones que lo integran.

Pese al propósito unificador, el legislador adoptó una estructura dual para el nuevo sistema de protección social creado. Por un lado, se configuró el Régimen General, destinado a los trabajadores por cuenta ajena; y, por otro, se reconocieron diversos Regímenes Especiales, con el fin de atender a las especificidades propias de determinadas actividades profesionales. Entre estos últimos se estableció, de manera destacada, el Régimen Especial para los funcionarios públicos, tanto civiles⁷ como militares (Base III.10.a), previéndose su desarrollo normativo específico en textos legales distintos al propio Texto Articulado de la Ley de Seguridad Social, conforme a lo dispuesto en la Disposición Adicional Única.

Este proceso de desarrollo legislativo culminó con la aprobación de tres normas fundamentales: la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas; la Ley 29/1975, de 27 de junio, relativa a la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado; y el Real Decreto-ley 16/1978, de 7 de junio, por el que se regula la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia.

6. Hernández Bejarano, Macarena: *La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos*, ob. cit., p. 41.

7. Dentro de los funcionarios civiles del Estado, se diferencian entre los que trabajan para la Administración General del Estado y los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia [Base I.2.a) de la Ley 109/1963, de 20 de julio, de Bases de los funcionarios civiles del Estado].

Estas disposiciones representaron un hito en la normativa aplicable a los funcionarios públicos en materia de Seguridad Social, ya que establecían un marco jurídico unificado que regulaba de forma integral aspectos esenciales como las cotizaciones, las prestaciones y su gestión. Este nuevo enfoque se articuló a través del sistema mutualista, cuyo desarrollo encontró en estas normas su consolidación definitiva mediante la creación de tres grandes entidades gestoras: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (en adelante MUFACE), la Mutualidad General Judicial (en adelante MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (en adelante ISFAS).

III. LA VIGENTE ORDENACIÓN JURÍDICA DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS A TRAVÉS DE LAS MUTUALIDADES ADMINISTRATIVAS: LAS CONSECUENCIAS DE LA INTEGRACIÓN DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE LOS FUNCIONARIOS EN EL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Durante décadas, la pervivencia de un Régimen Especial de protección social para los funcionarios públicos ha sido objeto de debate doctrinal y político. En este contexto, el Pacto de Toledo ha formulado recomendaciones firmes en favor de una mayor homogeneización del sistema de Seguridad Social, con la finalidad de integrar progresivamente a los funcionarios públicos en el Régimen General de la Seguridad Social (en adelante RGSS), y proceder, por tanto, a la extinción del régimen mutualista para los nuevos ingresos.

A raíz de dichas propuestas, el artículo 20 del Real Decreto-ley 13/2010, de 3 de diciembre (posteriormente derogado por la Disposición Adicional 3ª de Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante LGSS), dispuso que los funcionarios que ingresaran en la función pública a partir del 1 de enero de 2011 quedarían adscritos al Régimen General de la Seguridad Social, sujetos a lo dispuesto en la LGSS.

Disposición Adicional 3ª punto 2, “La inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social del personal a que se refiere el apartado anterior respetará, en todo caso, las especificidades de cada uno de los colectivos relativas a la edad de jubilación forzosa, así como, en su caso, las referidas a los tribunales médicos competentes para la declaración de incapacidad o inutilidad del funcionario. En particular, la inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social del personal militar de carácter no permanente tendrá en cuenta las especificidades previstas respecto de las contingencias no contempladas por figuras equivalentes en la acción protectora de dicho Régimen. Además, la citada inclusión respetará para el personal de las Fuerzas Armadas y Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado, con las adaptaciones que sean precisas, el régimen de las pensiones extraordinarias previsto en la normativa de Clases Pasivas del Estado”.

No obstante, el legislador optó por mantener operativas las Mutualidades administrativas, si bien en una posición secundaria. Esta dualidad institucional comporta



dos efectos fundamentales: de una parte, la extinción paulatina del régimen de Clases Pasivas, en la medida en que los actuales beneficiarios vayan accediendo a la pensión en virtud de dicho régimen; de otra, el mantenimiento de la gestión de prestaciones sanitarias y subsidios a través de las Mutualidades.

Recomendación 4ª: "La Comisión considera necesario culminar el proceso de simplificación en orden a la existencia de dos grandes regímenes en los que queden encuadrados, por un lado, los trabajadores por cuenta ajena y, por otro lado, los trabajadores por cuenta propia.(...) En esta línea, la Comisión está a favor de que se avance en el proceso de convergencia y armonización entre el Régimen General y el Régimen de Clases Pasivas, que deberá hacerse de manera gradual y sin afectar a expectativas de derechos, ni a derechos legítimamente adquiridos".

En la actualidad, el derecho de los funcionarios públicos a la asistencia sanitaria mantiene rasgos diferenciadores desde los planos objetivo, subjetivo y de gestión, respecto al modelo general. A diferencia del RGSS, donde las competencias en materia de sanidad están transferidas a las Comunidades Autónomas, en el régimen de funcionarios la asistencia sanitaria es considerada una prestación estatutaria básica y, por ende, competencia del Estado conforme al artículo 149.1.18 de la Constitución Española⁸. En este sentido, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (en adelante LGSP), reconoce en su Disposición Adicional Sexta la legitimidad de las Mutualidades para gestionar la asistencia sanitaria de los funcionarios adscritos a las mismas, así como su responsabilidad directa en la prestación de los servicios médicos. La provisión de los servicios se realizará a través de conciertos con entidades públicas y privadas, dado que dichas Mutualidades carecen de infraestructura sanitaria propia, con la única excepción de ISFAS, que mantiene una red hospitalaria militar vinculada al Ministerio de Defensa.

En virtud de los conciertos firmados con el INSS y la TGSS, las Mutualidades delegan la prestación de la asistencia sanitaria en el antiguo INSALUD o en los servicios autonómicos correspondientes. Asimismo, mediante conciertos periódicos con aseguradoras privadas, se determina el catálogo de prestaciones sanitarias que se ofertan a los mutualistas. Estos pueden ejercer su derecho de opción anual, eligiendo entre sanidad pública o privada, lo que constituye el rasgo diferenciador más notable respecto al Régimen General. Las contingencias cubiertas por la prestación sanitaria en este régimen incluyen la enfermedad común y profesional, los accidentes (comunes y en acto de servicio), así como el embarazo, parto y puerperio, conforme a lo dispuesto en el artículo 66 del Reglamento General de Mutualismo Administrativo (en adelante RGMA).

Respecto a la prestación farmacéutica, el régimen mutualista establece una aportación fija del 30 % del precio de venta al público de los medicamentos, tanto para funcionarios en activo como para pensionistas, en contraste con el sistema general, en el que el copago varía en función de la renta y la condición del asegurado.

8. Hernández Bejarano, Macarena: *op. cit.*, p. 119.



A. Titulares y beneficiarios de la prestación de asistencia sanitaria

Los colectivos a los que se reconocen como sujetos del derecho a la prestación por asistencia sanitaria en el RGSS quedan adscritos a los conceptos de “asegurado” y “beneficiario”. Esta nomenclatura se recoge por primera vez 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 (en adelante RDL 16/2012) ya que, hasta entonces, la normativa hacía referencia de forma amplia a “beneficiarios del derecho” o a “titulares del derecho” (art. 1.2 Ley de 14/1986, de 15 de abril, General de Sanidad).

La intención del legislador era ordenar los usuarios del Servicio Público de Salud en categorías que permitieran una sistematización de la acción protectora, de tal forma que facilitara el reconocimiento de la prestación farmacéutica, así como la exportación del derecho a nivel internacional. De esta misma forma se lograba restringir el acceso a los servicios públicos, ya que era necesario un reconocimiento previo que determinara la inclusión del sujeto en alguna de las dos categorías.

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (en adelante RDL 7/2018), reforma el RDL 16/2012 y opta por un modelo más cercano a las políticas de universalización de la asistencia sanitaria, utilizando el concepto de “titular”. No obstante, la utilización de los conceptos “asegurado” y “beneficiario” sigue en vigor. La necesidad de categorizar a los interesados a efectos de asistencia sanitaria internacional y acción protectora obliga al legislador a seguir respetando su uso (disposición adicional única del RDL 7/2018, de 27 de julio).

El acceso a la asistencia sanitaria en el régimen mutualista repite la categorización del RGSS, pero con algunas diferencias en cuanto a la nomenclatura. Por un lado, tenemos al funcionario titular o *mutualista* (asegurado), por otro lado, están determinados familiares y personas asimiladas a las que se les denomina beneficiarios (MUFACE e ISFAS) o personas protegidas (MUGEJU). La extensión de la cobertura sanitaria a los familiares o personas asimiladas está sujeta al cumplimiento de ciertos requisitos, entre los cuales destacan: la convivencia con el mutualista y la dependencia económica, la ausencia de ingresos superiores al doble del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), y la no cobertura por otro régimen de protección sanitaria con prestaciones equivalentes.

Los beneficiarios incluyen al cónyuge o pareja de hecho (acreditada conforme a los criterios del RGSS), descendientes, hijos adoptivos y hermanos del mutualista, incluso si la relación matrimonial ha sido disuelta, nulificada o existe separación de hecho. La protección también se extiende a los descendientes del cónyuge o pareja, así como a los ascendientes (incluso adoptivos) tanto del mutualista como de su cónyuge. MUFACE, con carácter excepcional y previo acuerdo, puede reconocer como beneficiarios a menores acogidos de hecho.

En lo relativo a los recién nacidos, MUFACE concede cobertura automática durante los primeros quince días tras el parto, mientras que ISFAS y MUGEJU extienden dicho plazo a treinta días. Cabe señalar que, a diferencia del Régimen General, el



mutualismo no impone un límite de edad para los descendientes siempre que se mantenga la dependencia económica y convivencia con el titular. Asimismo, se contempla la posibilidad de inclusión de otros familiares conforme a lo dispuesto en el RGSS, siendo destacable que la consideración de *beneficiario* a los hermanos no exige un grado mínimo de discapacidad ni una edad determinada. Finalmente, en caso de fallecimiento del mutualista en alta –lo que incluye tanto la situación de servicio activo como la de jubilación o reserva–, conservan el derecho a la asistencia sanitaria únicamente los viudos (incluyendo parejas de hecho y excónyuges) y huérfanos.

Las diferencias entre el régimen mutualista y el Régimen General de la Seguridad Social no se circunscribe únicamente a la posibilidad de optar entre la asistencia sanitaria pública o privada, sino que, además, se proyecta sobre la amplitud del ámbito subjetivo de cobertura. En este sentido, resulta especialmente relevante destacar la inclusión de los ascendientes como beneficiarios en el régimen mutualista, frente a la ausencia de protección que caracteriza al RGSS⁹.

B. Colectivos especiales dentro de las Clases Pasivas

En el análisis de la asistencia sanitaria de los mutualistas, es relevante estudiar dos colectivos provenientes de sistemas de previsión social sustitutorios que han tenido un tratamiento legislativo particular: los Montepíos Forales de Navarra y la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (en adelante, MUNPAL).

Los funcionarios al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra han contado durante décadas con un sistema de previsión social propio y específico, el cual se ha estructurado en una pluralidad de Montepíos forales¹⁰. A través de estos sistemas, los funcionarios forales contaban con un sistema propio de derechos pasivos y una particular protección de asistencia sanitaria¹¹. La prestación de asistencia sanitaria de estos funcionarios se articulaba mediante dos modalidades de protección, una de uso normal, que incluía una cobertura básica y de carácter obligatorio y no contributiva y, la modalidad de uso especial y voluntaria, la cual se caracterizaba por una prestación sanitaria de mayor extensión a cambio de una cotización periódica complementaria¹².

A partir del Reglamento del Servicio de Asistencia Sanitaria de 24 de agosto de 1973 se extingue la modalidad de uso normal, manteniéndose la de uso especial bajo

9. Cabe recordar que la protección dispensada a los ascendientes en el RGSS fue transitoria y de alcance limitado, restringida al breve período de vigencia del SOE, conforme al artículo octavo del mismo, sin haber sido posteriormente recogida en las sucesivas reformas normativas relativas al derecho a la asistencia sanitaria.

10. Según el Acuerdo del Consejo Foral Administrativo de 31 de mayo de 1947 y la Ley Foral 13/1983, de 30 de marzo, reguladora del Estatuto del Personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra; nos encontramos con el Montepío de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, el Montepío General de Funcionarios Municipales de Navarra (en los que se encuadran los funcionarios de las Administraciones Locales), y el Montepío Foral de Pamplona, Tafalla y Tudela.

11. Hernández Bejarano, Macarena: “El conflicto en la determinación de la condición de acceso al Sistema Nacional de Salud de los funcionarios adscritos a los Montepíos de las Administraciones Públicas de Navarra: STSJ Navarra 29 octubre 2014 (AS 2015, 283)”. *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 177, 2015, p. 319.

12. Disposición segunda de los Acuerdos de la Diputación Foral de 28 de julio de 1972 y del Consejo Foral Administrativo de 27 de diciembre de 1972, de bases para la reorganización del servicio de asistencia sanitaria.

un tipo único de cotización hasta las reformas introducidas por la Ley Foral 9/1992, de 23 de junio, de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio 1992 y la Ley Foral 13/1993, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1994. Ambas leyes determinaron que los funcionarios de nuevo ingreso en la Administración Foral debían ser afiliados y dados de alta en el RGSS (art. 16.1 de la Ley Foral 9/1992 y art. 14.1 de la Ley Foral de 13/1993).

Hasta la completa incorporación de todos los funcionarios forales al RGSS, se ha permitido a los funcionarios ya encuadrados dentro del sistema especial de Montepíos forales elegir entre continuar en el sistema de derechos pasivos existente, o integrarse en un nuevo sistema transitorio regulado por la Ley Foral 10/2003 de 5 de marzo, sobre régimen transitorio de los derechos pasivos del personal funcionario de los Montepíos de las Administraciones Públicas de Navarra.

Durante la integración de los Montepíos a la acción protectora de la Seguridad Social, se exceptuó el acceso a la asistencia sanitaria pública en la extensión reconocida a los trabajadores del RGSS. La protección sanitaria de los funcionarios navarros se mantuvo en exclusiva en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra disponiendo a tal efecto de la correspondiente tarjeta individual sanitaria, permitiendo el acceso a todos los centros sanitarios de la Comunidad Foral de Navarra para la cobertura tanto de la atención primaria como de la especializada. No obstante, se excluyó la cobertura fuera de la Comunidad Foral de Navarra así como la cobertura internacional, de tal manera que cualquier gasto sanitario ocasionado fuera del territorio foral debería ser afrontado por el interesado, siendo luego reintegrado conforme el procedimiento establecido por el Decreto Foral 186/2002, de 19 de agosto.

Para paliar este desequilibrio el legislador reconoció de forma expresa el derecho a la prestación por asistencia sanitaria a los funcionarios de los Montepíos de Navarra a través de la Disposición adicional décima del Real Decreto 1192/2012 (introducida a través de la Disposición Final cuarta del Real Decreto-ley 4/2015, de 22 de marzo). De esta forma, tanto los funcionarios en activo como los pensionistas y sus beneficiarios tendrían acceso al Sistema Nacional de Salud en todo el territorio español, así como la posibilidad de exportar su derecho a nivel internacional.

Los funcionarios locales también tuvieron la oportunidad de disponer de un sistema legislativo a través la Ley 11/1960, de 12 de mayo, la cual creó la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (en adelante, MUNPAL). Hasta entonces, existían “copiosas normas reguladores de los derechos y deberes de los funcionarios locales”¹³, lo que ocasionaba una serie de desigualdades entre el colectivo. Con el ánimo de llevar a cabo esta cohesión, se crea la MUNPAL como organismo gestor del sistema de seguridad social de estos funcionarios. De forma específica, en el caso de la asistencia sanitaria, la Mutualidad asume su gestión, obteniendo por ello, desgravaciones en los presupuestos locales.

El 23 de noviembre de 1960, se publica la Orden de 12 de agosto de 1960, por la que se aprueban los Estatutos de la MUNPAL. El art. 58.1 establece que la Mutualidad

13. Exposición de Motivos de la Ley 11/1960, de 12 de mayo.

debe garantizar determinados servicios sanitarios como el servicio de medicina general, de especialidades y quirúrgicas, servicios auxiliares y complementarios; y servicios superiores y especiales. Coexistían pues, funcionarios cuyo derecho a la asistencia sanitaria se hacía efectivo a través del Sistema Nacional de Salud con otros que accedían a la asistencia sanitaria con Entidades privadas. Esto generaba carencias importantes¹⁴, ya que la extensión de los servicios sanitarios asegurados no era la misma.

El Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios de la Administración Local se integra al RGSS a través del Real Decreto 480/1993, de 2 de abril. Con su promulgación, desaparece la MUNPAL y las Corporaciones Locales, se subrogan en la posición jurídica de ésta.

La disposición transitoria quinta del Real Decreto 480/1993, recoge tres posibilidades de prestación de servicios sanitarios: a través del Sistema Público de Salud; de convenios con entidades privadas o a través de medios propios. En los dos últimos supuestos, es necesario que el servicio se realice dentro de los estándares de intensidad y extensión previstos en el RGSS. En el ámbito de la asistencia sanitaria en el extranjero se estará a la modalidad a la que se haya acogido la Corporación. Si se diera el caso de que no estuviera prevista la cobertura de la asistencia sanitaria internacional, se puede solicitar al INSS el correspondiente documento acreditativo del derecho, según los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales existentes.

IV. EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS MUTUALISTAS

98

El derecho a la asistencia sanitaria de los españoles en el extranjero se limita al ámbito territorial de los Reglamentos de la Unión Europea (es decir, Unión Europea, Suiza y Espacio Económico Europeo) y a los pocos Convenios Bilaterales que aun mantiene España con determinados países.

Los funcionarios públicos españoles cuentan con una protección sanitaria internacional diferente a los demás asegurados y beneficiarios del sistema de Seguridad Social dependiendo, además, de la protección que tenga reconocida para su Mutualidad.

A. La asistencia sanitaria internacional de los funcionarios pertenecientes a MUFACE

La asistencia sanitaria en el ámbito internacional para los funcionarios adscritos a MUFACE se encuentra regulada en la Resolución de 26 de junio de 2014. Esta disposición normativa establece un régimen de protección sanitaria diferenciado en función de la duración de la estancia del funcionario en el extranjero. No se establece ninguna limitación respecto al país de destino, aunque en los traslados a países de la UE se

14. Exposición de Motivos del Real Decreto 3241/1983, de 14 de diciembre.

aplicará el Reglamento (CE) n.º 883/2004 para urgencias médicas de forma supletoria como se detalla a continuación.

1. *Permanencia en otro Estado por periodo superior a seis meses*

Los mutualistas que se trasladen por motivos profesionales a otro país para una estancia superior a seis meses tienen derecho a la asistencia sanitaria internacional¹⁵. El contenido de la prestación sanitaria es el mismo que se facilita por el Sistema Nacional de Salud en España más las prestaciones complementarias propias del concierto de asistencia sanitaria internacional que tenga adscrito MUFACE en el exterior¹⁶.

El funcionario, así como sus familiares, pueden acceder a estas prestaciones siempre que soliciten a MUFACE su adscripción al concierto. El derecho se exporta a través de una tarjeta individual específica, reconociendo el acceso a los servicios sanitarios concertados en el país de forma gratuita, sea mediante el pago directo a los centros sanitarios o con un sistema de reembolso.

15. El elenco de funcionarios protegidos de acuerdo con la normativa de Función Pública es muy amplio:

- Mutualistas en situación de servicio activo o de servicio en otras Administraciones Públicas destinados fuera del territorio nacional.
- Mutualistas en situación de servicio activo o de servicio en otras Administraciones Públicas que presten servicios en el extranjero, manteniendo el puesto de trabajo en territorio nacional.
- Mutualistas en situación de servicios especiales.
- Mutualistas que hayan sido autorizados para realizar una misión por período determinado superior a seis meses en organismos internacionales, Gobiernos o entidades públicas extranjeras o en programas de cooperación internacional.
- Mutualistas que encontrándose destinados en un país extranjero causen baja en el servicio activo por jubilación o declaración de incapacidad permanente y permanezcan sin interrupción formal residiendo fuera de España.
- Mutualistas jubilados o perceptores de pensión de incapacidad permanente y aquellos beneficiarios que perciban alguna pensión derivada del mutualista que generó su condición de beneficiario, que fijen su domicilio en algún país de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o Suiza.
- Mutualistas que se encuentren en excedencia por cuidado de familiares o por razón de violencia de género.
- Mutualistas que acompañen a su cónyuge, o persona con la que conviva en análoga relación de afectividad y con carácter estable, y sea mutualista.
- Los beneficiarios de los anteriores. En caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista, sus beneficiarios mantendrán esta modalidad de cobertura siempre que continúen residiendo en el extranjero.

16. Habitualmente los convenios obedecen los siguientes extremos:

El coste total de la asistencia médica, hospitalizaciones quirúrgicas y no quirúrgicas, incluidas las prótesis quirúrgicas fijas y los medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en régimen hospitalario, así como cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en centro sanitario con un contenido equivalente al que se prestaría en España.

El coste de los medicamentos y demás productos farmacéuticos dispensados en régimen ambulatorio con el mismo régimen de aportación aplicable en el territorio nacional.

El coste total o la ayuda económica que corresponda en los casos de prestaciones complementarias, según la Orden APU/2245/2005, de 30 de junio.

2. Permanencia en otro Estado por periodo inferior a seis meses

Los mutualistas que se trasladen a un Estado extranjero por un periodo inferior a seis meses tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en función del motivo de su desplazamiento. En los casos en que dicho traslado responda a razones de índole profesional, el funcionario podrá beneficiarse de un conjunto de prestaciones asistenciales equivalentes a las previstas por el Sistema Nacional de Salud, así como de servicios complementarios incluidos en los convenios suscritos por MUFACE con entidades colaboradoras en el extranjero. Para acceder a esta cobertura, el funcionario deberá comunicar previamente su desplazamiento a MUFACE, a fin de formalizar su adscripción al concierto correspondiente y garantizar así, el derecho a la asistencia sanitaria internacional.

Cuando el desplazamiento se realiza con carácter personal (incluidos desplazamientos motivados por la realización de estudios), tanto el funcionario como sus beneficiarios únicamente tendrán derecho a recibir asistencia sanitaria en situaciones de urgencia, y siempre que la estancia no supere los dos meses de duración. Esta limitación temporal resulta más restrictiva en comparación con el régimen general de la Seguridad Social, particularmente en relación con los desplazamientos dentro del territorio de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, donde la cobertura sanitaria se extiende hasta noventa días dentro de un mismo año natural.

Con el fin de mitigar esta diferencia, en aquellos casos en los que el traslado tenga una duración superior a los dos meses, tanto el funcionario como sus familiares pueden acogerse a la protección sanitaria mediante la Tarjeta Sanitaria Europea (en adelante, TSE) o, en su defecto, el Certificado Provisional Sustitutorio (en adelante, CPS), independientemente de que el funcionario no se encuentre adscrito al Sistema Nacional de Salud y disponga de una cobertura sanitaria a través de una entidad privada concertada. En tales casos, MUFACE asumirá el reembolso de los posibles copagos en los que incurra el mutualista o sus beneficiarios por los servicios sanitarios recibidos en el extranjero.

B. La asistencia sanitaria internacional de los funcionarios pertenecientes a MUGEJU

La asistencia sanitaria internacional a los mutualistas de MUGEJU se reconoce en la Resolución de 18 de abril de 2016 por la que se regula la asistencia fuera del territorio nacional. En la misma línea que MUFACE, la MUGEJU dispensa una protección sanitaria según el periodo de tiempo durante el cual el funcionario se traslada al extranjero.



1. Permanencia en otro Estado por periodo superior a 120 días

Los mutualistas que se trasladen solos, o acompañados de sus familiares, a otro territorio por un periodo superior a 120 días, tienen derecho a la asistencia sanitaria¹⁷. La Resolución de 18 de abril de 2016 establece como condición que el interesado no se halle acogido a “un régimen de previsión de las Instituciones de la Unión Europea, o de cualquier otra Institución u Organización Internacional, o nacional del Estado extranjero en el que vaya a prestar servicios”. En consecuencia, los Magistrados o funcionarios destinados a tribunales u organismos internacionales no podrán beneficiarse de la cobertura sanitaria financiada por su Mutualidad, dado que están sujetos al régimen asegurador privado de la entidad supranacional correspondiente.

En este contexto, el funcionario público deberá tramitar ante MUGEJU su inscripción en la póliza de seguros contratada por la propia Mutualidad en el extranjero, extendiéndose esta posibilidad, en su caso, a los familiares beneficiarios. Las prestaciones sanitarias reconocidas en virtud de esta cobertura son equiparables a las ofrecidas en territorio nacional, sin que exista restricción alguna respecto a centros sanitarios o profesionales médicos concretos.

En el ámbito de MUGEJU, la compañía aseguradora se hace cargo de los gastos derivados de la asistencia sanitaria hasta el límite estipulado en el correspondiente convenio. La libre elección del profesional médico en el extranjero constituye un aspecto relevante, particularmente en aquellos países donde los recursos asistenciales pueden resultar limitados. En aquellos supuestos en los que los costes excedan el límite establecido por la aseguradora, será la Mutualidad la encargada de asumir la diferencia, a través del procedimiento de reintegro de gastos.

101

2. Permanencia en otro Estado por periodo inferior a 120 días

En los supuestos de desplazamientos cuya duración sea inferior a 120 días, las condiciones de acceso a la asistencia sanitaria por parte del funcionario dependerán del

17. La Resolución incluye a otros sujetos protegidos por causas tasadas:

- Mutualistas que, encontrándose destinados en un país extranjero, causen baja en el servicio activo por jubilación o incapacidad permanente, permanezcan sin interrupción formal en el país en el que se ha producido la jubilación y acrediten que no tienen derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo.
- Mutualistas que fijen su domicilio en algún país de la Unión Europea, del EEE (Islandia, Liechtenstein, Noruega), y Suiza, y acrediten no tener derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo.
- Mutualistas que acompañen a su cónyuge o persona en análoga relación de afectividad y con carácter estable, cuando el cónyuge esté destinado por razones laborales en otro Estado.
- Beneficiarios de los mutualistas incluidos en los párrafos anteriores, que se trasladen con ellos. En el caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista, sus beneficiarios mantendrán esta modalidad de cobertura siempre que continúen residiendo en el extranjero, y conserven las condiciones para ser beneficiarios de la asistencia sanitaria.
- Mutualistas que se encuentren en excedencia por cuidado de familiares o por razón de violencia de género, siempre que la residencia en el extranjero se vaya a prolongar más de 120 días y sea consecuencia de la circunstancia que origina la excedencia.



motivo que origine el traslado. Si la estancia en el extranjero obedece a razones de carácter profesional, el mutualista tendrá derecho a una cobertura sanitaria equiparable a la prevista para los desplazamientos de duración superior a dicho periodo. A diferencia de lo dispuesto por MUFACE, la Mutualidad General Judicial asimila a los desplazamientos por motivos profesionales aquellos realizados con fines de formación o estudios, sin establecer limitaciones temporales al respecto. Esta distinción otorga un trato más favorable al colectivo de la administración de justicia al reconocerles un derecho pleno a la asistencia sanitaria, en contraste con la atención exclusivamente urgente que se reconoce a los funcionarios civiles del Estado en situaciones similares.

En caso de que el traslado responda a motivos personales, la cobertura sanitaria queda restringida, al igual que en MUFACE, a prestaciones derivadas de situaciones de urgencia médica. Para acceder a esta cobertura, el mutualista deberá solicitar su inclusión en la póliza colectiva de asistencia sanitaria que MUGEJU mantiene para estancias en el extranjero¹⁸. A diferencia de MUFACE, MUGEJU ofrece una asistencia sanitaria internacional superior a la reconocida por el derecho comunitario. No obstante, en los territorios donde se aplican los Reglamentos comunitarios el mutualista y sus familiares podrán solicitar la TSE (o en su defecto el CPS) siendo además posible solicitar el reintegro de los copagos parciales a la Mutualidad, siempre que se trate de prestaciones incluidas en su cartera de servicios.

C. La asistencia sanitaria internacional de los funcionarios pertenecientes a ISFAS

102

Frente a las anteriores, la Resolución 4B0/38026/2014, de 19 de febrero por la que se regula la asistencia sanitaria internacional de los miembros de las Fuerzas Armadas, recoge la acción protectora más compleja. La prestación gestionada por ISFAS depende del destino y del motivo de traslado del militar (estancia o residencia habitual). Se excluyen de la cobertura sanitaria a “los contingentes militares españoles destacados en misiones internacionales, formando parte de fuerzas expedicionarias o participando en ejercicios tácticos, así como cualquier otra atención que se desarrolle en el ámbito logístico-operativo, que corresponde a la Sanidad Militar”.

1. Permanencia en otro Estado por destino o comisión de servicios en el extranjero

Los funcionarios militares que sean destinados a otro Estado en el ejercicio de sus funciones profesionales tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria internacional. Sin embargo, dicha protección presenta particularidades en función del país de destino.

En el caso de desplazamientos dentro del ámbito comunitario, tanto los titulares como sus beneficiarios tienen derecho a acceder a las mismas prestaciones sanitarias

18. Dicha cobertura incluye la hospitalización, el reembolso del 70 % del coste de los medicamentos dispensados en régimen ambulatorio, así como los gastos de transporte sanitario necesario para la prestación de la asistencia.

que les corresponderían en territorio nacional. No se establece un límite mínimo ni máximo de tiempo para dicha cobertura, por lo que el acceso a los servicios sanitarios puede prolongarse de forma indefinida. La asistencia es prestada por la entidad aseguradora privada con ISFAS tiene suscrito un convenio de asistencia sanitaria, siendo esta compañía la responsable del reembolso de los gastos médicos ocasionados durante el desplazamiento.

Cabe destacar que, a diferencia de lo previsto para los mutualistas de MUFACE y MUGEJU, ISFAS no articula un sistema de aseguramiento privado específico para los desplazamientos profesionales. En el caso de MUFACE y MUGEJU, los mutualistas que se trasladan fuera del territorio nacional deben notificar previamente su situación a la Mutualidad correspondiente, a fin de ser incluidos en la póliza colectiva aplicable durante su estancia en el extranjero.

En el ámbito de las Fuerzas Armadas, cuando el desplazamiento profesional se produce hacia un país perteneciente al territorio comunitario ISFAS establece la obligación para sus mutualistas de optar entre dos modalidades de cobertura: la asistencia sanitaria pública o la privada. Aquellos mutualistas que opten por la asistencia pública pueden solicitar la emisión de la TSE o, en su defecto, del CPS, teniendo derecho al reembolso de los gastos derivados de copagos efectuados en la utilización de los servicios sanitarios.

Este régimen presenta una particularidad frente a las disposiciones aplicables a otras Mutualidades, como MUFACE o MUGEJU, en la medida en que permite el uso de la TSE no únicamente para situaciones de urgencia médica, sino también para coberturas sanitarias en el contexto de desplazamientos profesionales. Ello supone una desviación del uso tradicional y previsto de la TSE, que se configura como un instrumento para el acceso a prestaciones sanitarias durante estancias temporales y no para coberturas sistemáticas derivadas de actividades laborales en el extranjero.

Cuando el destino del funcionario militar se sitúa fuera del ámbito comunitario, ISFAS garantiza el acceso a la asistencia sanitaria mediante la suscripción de una póliza privada, cuya cobertura se extiende por un periodo máximo de cinco años. Finalizado dicho periodo, el funcionario deberá contratar por cuenta propia un seguro médico, siendo la Mutualidad responsable únicamente del abono de las primas correspondientes a dicha póliza, sin asumir responsabilidades adicionales.

En caso de que el titular no formalice dicho seguro, ISFAS proporcionará cobertura sanitaria en los términos establecidos en el apartado 2.1 de la Resolución 4B0/38026/2014, con un límite económico máximo de 5.520 euros anuales por persona beneficiaria. Esta cobertura se circunscribe exclusivamente a las prestaciones recogidas en la citada resolución, implicando una protección sanitaria limitada en comparación con el régimen general.

2. *Desplazamiento temporal en otro Estado por razones privadas*

Durante los desplazamientos temporales al extranjero, tanto los funcionarios como sus beneficiarios tienen derecho a la asistencia sanitaria privada, con una duración máxima de seis meses. No obstante, en los casos en que el traslado responda a motivos académicos, dicho periodo de cobertura podrá prorrogarse hasta la finalización efectiva de los estudios.

La modalidad del aseguramiento sanitario internacional estará condicionada por el país de destino. En particular, para los traslados a Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o Suiza, los interesados podrán acceder a la asistencia sanitaria mediante su inclusión en el convenio suscrito por la Mutualidad correspondiente con una entidad aseguradora privada. El alcance de la cobertura sanitaria incluye la atención médica necesaria para evitar el regreso anticipado del funcionario o de sus beneficiarios antes de la fecha inicialmente prevista para la finalización del desplazamiento¹⁹. Se permite la elección de los servicios médicos prestados, siendo reembolsables por la Mutualidad tras su retorno a su Estado de residencia.

Si el desplazamiento fuera superior a seis meses, ya no mantendrá su derecho a un aseguramiento privado por parte de la Mutualidad. No obstante, podrá disfrutar de un aseguramiento sanitario público a través de la emisión de una TSE o CPS, siendo reembolsable de los copagos realizados, sin posibilidad de reembolso por parte de la Mutualidad.

Si el destino del desplazamiento temporal es un país fuera del ámbito de la UE, ISFAS reembolsará los gastos privados ocasionados por un valor máximo de 30.000 euros por beneficiario. Si el coste fuera superior, se estará a las instrucciones recogidas en el Anexo 3 de la Resolución 4B0/38026/2014.

104

3. *Residencia en otro Estado por razones privadas*

ISFAS reconoce el derecho a la asistencia sanitaria privada cuando sus asegurados fijan su residencia habitual en el extranjero por motivos particulares. El titular y sus beneficiarios deben comunicar esta nueva situación a la Mutualidad que les modificará su situación a “sin adscripción”.

Cuando el titular o sus beneficiarios retornen temporalmente a España, tendrán derecho a la asistencia sanitaria en el territorio nacional a través del Servicio Público de Salud de las Comunidades Autónomas. Se otorga un documento por parte de la delegación de ISFAS del lugar de estancia para que puedan acreditar su derecho a la cobertura a cargo de la Mutualidad ante las instituciones sanitarias nacionales.

19. Asimismo, se contemplan el transporte sanitario no urgente, la totalidad de los costes derivados de la dispensación de medicamentos en régimen de hospitalización, y el 70 % del importe correspondiente a la prestación farmacéutica en régimen ambulatorio. Igualmente, se prevén ayudas económicas destinadas a sufragar el coste de determinadas prestaciones ortoprotésicas, conforme a las condiciones establecidas por la Mutualidad.

El titular y sus beneficiarios pueden acceder a determinados servicios sanitarios cubiertos por ISFAS durante su residencia fuera de España, según su destino. Si la residencia es en países de la UE, EEE o Suiza, se tiene derecho a la asistencia sanitaria a través de un convenio privado, siendo reembolsable los gastos por parte de la Mutualidad. En el caso de que el país esté fuera del ámbito de la UE, los asegurados tendrán derecho a una ayuda económica para atender a la cobertura de las prestaciones de asistencia sanitaria que precisen mediante suscripción de una póliza de seguro sanitario.

V. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ACCIÓN PROTECTORA SANITARIA INTERNACIONAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO ENTRE LOS FUNCIONARIOS ADSCRITOS A MUTUALIDADES Y LOS DEMÁS ASEGURADOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

A. Atención sanitaria comunitaria: la aplicación de los Reglamentos (CE) 883/2004 y (CE) 987/2009

En la normativa comunitaria, el Reglamento (CE) 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la coordinación de los sistemas de seguridad social, establece en su artículo 3.2 que en su ámbito de aplicación personal se incluyen a “los regímenes de seguridad social generales y especiales, contributivos y no contributivos, así como a los regímenes relativos a las obligaciones del empleador o del armador”. En consecuencia, las disposiciones de este Reglamento serían plenamente aplicables a los funcionarios públicos españoles adscritos a su correspondiente Régimen Especial.

No obstante, en el caso específico de las prestaciones en especie por enfermedad (la asistencia sanitaria) los funcionarios mutualistas cuentan con una serie de privilegios que deben ser tenidos en cuenta, en la medida en que tales diferencias pueden generar obstáculos en la aplicación uniforme del derecho comunitario. En este aspecto, el Reglamento (CE) 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, corrige en su Anexo 2 al Reglamento (CE) 883/2004, limitando el derecho de los funcionarios a la asistencia sanitaria en las atenciones médicas urgentes.

1. Atención sanitaria urgente

En el artículo 19 del Reglamento (CE) 883/2004 se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria durante la estancia en otro Estado miembro de la UE. El art. 19 dispone que el asegurado y los miembros de su familia, tienen acceso a las prestaciones sanitarias en especie, siempre y cuando las mismas fuesen necesarias desde un punto de vista médico, evitando así el regreso anticipado a su país de residencia (art. 25.3 del Reglamento (CE) 987/2009). El apartado 2º recoge la excepción a la regla general: los

enfermos crónicos o con enfermedades preexistentes o en relación con el alumbramiento²⁰. En estos casos, el interesado necesita un acuerdo previo con la Institución competente del país al que se traslada para que se le facilite la prestación sanitaria durante la estancia. Los tratamientos catalogados como crónicos deben ser autorizados antes del traslado del paciente.

En cuanto a los interesados que se trasladen para la realización de estudios oficiales en otro Estado miembro, no existe una protección específica que acompañe al estudiante durante su estancia. De la misma forma que los demás asegurados y beneficiarios del Sistema Público de Salud de cada Estado miembro, los estudiantes tendrán acceso a cualquier tratamiento sanitario urgente para no verse obligado a regresar a su país de origen.

El documento utilizado para exportar el derecho a la asistencia sanitaria en territorio comunitario se realiza a través de la emisión de la TSE o el CPS (Decisión 191 de 18 de junio de 2003)²¹. La emisión de la TSE se realiza en España para los trabajadores por cuenta ajena o propia y los pensionistas contributivos, así como para sus beneficiarios, por un plazo de validez de dos años (renovables) desde su emisión para el caso de los trabajadores, y cinco años para los pensionistas contributivos (se incluyen a las pensiones por actos terroristas)²².

Cuando el titular de la TSE o del CPS requiera asistencia sanitaria durante su estancia temporal en otro Estado miembro, deberá presentar dicho documento para acceder a las prestaciones en especie que se consideren necesarias conforme a la legislación nacional del Estado de estancia. Respecto a los gastos derivados de prestaciones sanitarias abonados directamente por el asegurado, y la posibilidad de su reembolso, el artículo 25.4 del Reglamento (CE) 987/2009 dispone que la persona asegurada deberá presentar su solicitud ante la Institución competente del lugar de estancia. En tal caso, serán reembolsables únicamente aquellos gastos previstos por la normativa nacional del Estado en cuestión, quedando excluidos aquellos de participación obligatoria del beneficiario (copago). En los supuestos en que el interesado no haya solicitado el reembolso en el Estado de estancia, el Reglamento (CE) 987/2009 permite presentar la solicitud ante la institución competente del Estado de residencia, que en el caso de España corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS).

En el marco del régimen mutualista vigente, los desplazamientos a Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y a Suiza cuentan con cobertura sanitaria por parte de las tres principales mutualidades administrativas. Tanto los mutualistas como sus beneficiarios tienen acceso a los servicios sanitarios en dichos Estados, con la particularidad de que, en los supuestos en los que se aplica

20. En la Decisión S3 de 12 de junio de 2009 se amplían los tratamientos de la Decisión 196: diálisis renal, oxigenoterapia, tratamiento especial para el asma, ecocardiografía en caso de enfermedades crónicas autoinmunes y quimioterapia.

21. La finalidad de su uso (exclusivo para estancias temporales por motivos distintos a los médicos), así como su formato, han sido recogidos en las Decisiones S1 de 12 de junio de 2009 y S2 de 12 de junio de 2009.

22. La validez de la TSE se determina por parte de su Estado emisor (Decisión S1).

un sistema de participación económica del paciente (copago), las mutualidades asumen íntegramente el reembolso de dichos gastos. Esta situación contrasta con el RGSS, en el que los asegurados y beneficiarios deben afrontar el copago en igualdad de condiciones que los ciudadanos del Estado donde se presta la asistencia sanitaria, sin posibilidad de reembolso por dicho concepto.

En el caso particular de los estudiantes, la mutualidad MUFACE reconoce una acción protectora en materia sanitaria equivalente a la prevista en el Reglamento (CE) 883/2004. En este sentido, no se establece una excepción para desplazamientos motivados por razones de estudio, aplicándose el mismo límite temporal de 60 días, con una posible extensión de 30 días adicionales a través de la utilización de la TSE. En oposición, tanto MUGEJU como ISFAS contemplan una cobertura diferenciada, reconociendo el derecho a la asistencia sanitaria durante todo el periodo necesario para la finalización de los estudios en el extranjero. Una transición a la normativa comunitaria implicaría la misma acción protectora para los mutualistas de MUFACE, pero no en el caso de MUGEJU e ISFAS.

2. Tratamiento médico programado

El artículo 20 del Reglamento (CE) 883/2004 recoge la posibilidad de desplazarse a otro Estado miembro con la finalidad de obtener un tratamiento médico específico. para poder percibir las prestaciones sanitarias en otro Estado miembro el interesado debe contar con la autorización previa de la institución competente, que en el caso español es el Servicio Público de Salud de cada Comunidad Autónoma. El facultativo de la red sanitaria pública emite un informe detallado en el que se motiva la necesidad de recibir asistencia médica fuera del territorio español.

Una vez obtenido el informe, éste se analiza por parte de la Dirección Provincial del Servicio Público de Salud, siendo autorizado el traslado por parte de la Inspección médica del Área de Salud competente.

La autorización del Servicio Público de Salud debe presentarse ante el INSS que emitirá el Formulario S2, el cual permite al interesado percibir el tratamiento sanitario solicitado. En la solicitud del formulario, el interesado o el Servicio Público de Salud, deben informar de la fecha de ingreso prevista y la duración aproximada del tratamiento, así como el centro sanitario donde se prestará la asistencia sanitaria.

Con anterioridad al traslado, el Servicio Público de Salud debe efectuar la reserva de plaza en el establecimiento hospitalario del estado extranjero que realizará el tratamiento. Ante su pasividad, debe ser el propio interesado el que compruebe y realice la reserva. El interesado debe igualmente cerciorarse que el tratamiento que recibirá pertenece o está vinculado a la Seguridad Social. Esto incluye los honorarios del facultativo que preste sus servicios, ya que éste debe actuar dentro de la red pública sanitaria del Estado de estancia. Si los honorarios son privados, serán asumidos por el propio interesado, no siendo posible su reintegro por el INSS. Una vez verificado

estos requisitos, el interesado debe presentar el Formulario S2 para que este sea recepcionado por la institución competente y así iniciar su tratamiento.

En las mutualidades los tratamientos médicos programados deben pasar previamente por una autorización. Cualquier traslado que se realice con motivo de un tratamiento médico sin la autorización debida será imputable al mutualista.

3. *Residencia en otro Estado miembro*

El artículo 12 del Reglamento (CE) 883/2004 permite a los empleadores el desplazamiento de trabajadores por cuenta ajena a cualquier Estado miembro para el desempeño temporal de una actividad laboral. Durante el periodo de desplazamiento, el trabajador permanece sujeto a la legislación de seguridad social del Estado de origen, manteniendo su afiliación en dicho sistema. No obstante, la residencia en un Estado distinto al competente permite el reconocimiento de prestaciones sanitarias con cargo a este último.

En relación con los servicios sanitarios a los que se tiene derecho, se observan diferencias sustanciales según se trate de una estancia temporal o de una residencia efectiva. Mientras que en el caso de una estancia de corta duración solo se garantiza el acceso a las prestaciones sanitarias necesarias desde un punto de vista médico para evitar un regreso anticipado al país de origen, la residencia en otro Estado miembro confiere el derecho al acceso pleno a las prestaciones sanitarias contempladas en la legislación nacional del Estado de residencia. De este modo, los beneficiarios, así como sus familiares, recibirán la asistencia en igualdad de condiciones con respecto a los asegurados del Estado en el que residen. El coste de tales prestaciones correrá a cargo del Estado competente, es decir, aquél en el que el trabajador mantiene su afiliación.

En el contexto español, corresponde a las empresas y empleadores la obligación de comunicar a la Tesorería General de la Seguridad Social (en adelante, TGSS) el desplazamiento temporal de un trabajador a través del Formulario A1, en el cual se especifica el Estado miembro de destino, así como la duración prevista de dicho desplazamiento. A tal efecto, el interesado debe dirigirse a la institución competente (en el caso de España, el INSS) para solicitar la expedición del Formulario S1, documento que acredita el derecho a la asistencia sanitaria y que debe ser presentado ante la institución del Estado de residencia para su debida inscripción.

En aplicación del artículo 17 del Reglamento (CE) n.º 883/2004, el artículo 24 del Reglamento (CE) 987/2009 establece la obligación de que los interesados formalicen su inscripción ante la institución del lugar de residencia. En el caso de España, esta inscripción se realiza a través del sistema de Seguridad Social mediante el INSS. Tal inscripción resulta imprescindible para la efectividad del reembolso de los gastos correspondientes a las prestaciones en especie²³.

23. Conforme a lo previsto en la Decisión S6 de 22 de diciembre de 2009.

En el caso de los pensionistas, el Reglamento (CE) 883/2004 reconoce el derecho a la exportación de las prestaciones de asistencia sanitaria cuando estos trasladen su residencia a un Estado miembro distinto de aquel responsable del pago de su pensión. Este derecho se encuentra condicionado a que el pensionista no disponga de cobertura sanitaria en el Estado de residencia en virtud de una actividad profesional, ya sea por cuenta ajena o propia, conforme a lo establecido en el artículo 31 del citado Reglamento. Asimismo, los beneficiarios del pensionista también se encuentran amparados por la protección sanitaria, tanto si comparten la residencia con el titular como si residen en otro Estado miembro de la Unión Europea, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26 del mismo texto normativo.

Para el reconocimiento efectivo de este derecho, el interesado debe solicitar la expedición del Formulario S1 ante la institución competente del Estado que abona la pensión. Este formulario debe ser presentado ante la institución del Estado de residencia, la cual se encargará de la correspondiente inscripción en su sistema nacional de salud. El certificado emitido mediante el Formulario S1 tiene carácter indefinido, si bien su validez puede ser revocada en caso de que el pensionista o sus beneficiarios modifiquen su lugar de residencia.

En el ámbito del régimen mutualista, los desplazamientos al extranjero motivados por razones laborales se encuentran amparados por una cobertura sanitaria específica. No obstante, en el caso de MUGEJU, se contemplan determinadas exclusiones, especialmente respecto de aquellos mutualistas que desempeñen funciones en instituciones u órganos jurisdiccionales internacionales que dispongan de un régimen propio de previsión social de carácter privado.

Asimismo, las tres principales mutualidades (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) reconocen el derecho a la protección sanitaria durante estancias fuera del territorio español realizadas por motivos personales, permitiendo, en estos casos, el reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria recibida en el extranjero, conforme a los términos y condiciones establecidos en sus respectivas normativas internas.

B. La liberalización del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza: la Directiva 2011/24/UE

El 9 de marzo de 2011 fue aprobada la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza. El propósito fundamental de dicha normativa consiste en garantizar a los ciudadanos de la Unión Europea el acceso a servicios sanitarios fuera del Estado miembro en el que estén afiliados. En este sentido, la Directiva establece un régimen complementario al ya previsto por los Reglamentos comunitarios vigentes, con el fin de consagrar la aplicación directa del principio de



libre prestación de servicios, así como la libre circulación transfronteriza tanto de productos sanitarios como de pacientes²⁴.

Frente al régimen establecido por los Reglamentos comunitarios, el cual garantiza el acceso gratuito a la asistencia sanitaria pública en otros Estados miembros de la Unión Europea en condiciones de igualdad con los nacionales del Estado de acogida, el modelo introducido por la Directiva 2011/24/UE se articula en torno al principio de libre elección del prestador de servicios sanitarios, sean estos públicos o privados, por parte del paciente, así como al posterior reembolso de los costes por parte del Estado miembro competente. Mientras que, en el marco de la coordinación de los sistemas de Seguridad Social a nivel comunitario, se reconoce a los asegurados el derecho a recibir asistencia sanitaria durante sus estancias o residencias temporales en otros Estados miembros, la Directiva amplía dicho alcance al facilitar el acceso a la asistencia sanitaria programada en otro Estado miembro, reconociendo expresamente el derecho del interesado a obtener el reembolso de los gastos médicos asumidos fuera del Estado competente²⁵.

La Directiva 2011/24/UE incorpora en su articulado la doctrina jurisprudencial consolidada del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) en relación con los requisitos exigibles para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria programada en otro Estado miembro, así como respecto a los obstáculos que suponía el régimen de autorización previa para la libre circulación de pacientes dentro del territorio de la Unión. Los primeros pronunciamientos que abordaron esta problemática fueron los asuntos *Kohll*²⁶ y *Decker*²⁷, en los que, por primera vez, se admitió la posibilidad de que determinados tratamientos ambulatorios quedaran exentos del requisito de autorización previa.

Ambos casos surgieron a raíz de cuestiones prejudiciales planteadas ante la negativa de las autoridades luxemburguesas a reembolsar los gastos incurridos por ciudadanos que habían recibido atención sanitaria fuera de su territorio sin la correspondiente autorización administrativa. En el caso *Decker*, el litigio versaba sobre el reembolso del coste de unas gafas con lentes correctoras adquiridas en Bélgica, mientras que en *Kohll*, se trataba de un tratamiento de ortodoncia efectuado en Alemania. Cabe destacar que ambos procedimientos hubieran sido reembolsados en caso de haberse realizado dentro del sistema sanitario luxemburgués. En ambas resoluciones, el TJUE concluyó reconociendo el derecho al reembolso de los gastos asumidos, al considerar que el requisito de autorización previa constituía una restricción no justificada a la libre prestación de servicios.

24. Cantero Martínez, Josefa (dir.): *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa: Retos y desafíos para el Sistema Nacional de Salud*, Aranzadi - Thomson Reuters, Pamplona, 2017, p. 17.

25. García Murcia, Joaquín y Rodríguez Cardo, Iván Antonio: Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social de los trabajadores migrantes a una regulación específica, *Foro Nueva Época*, vol. 17, núm. 1/2014, pp. 312-313.

26. STJCE de 28 de abril de 1998. *Kohll* contra Union des Caisses de Maladie (Asunto C-158/96).

27. STJCE de 28 de abril de 1998. *Decker* vs. Caisse de Maladie des Employés Privés (Asunto C-120/95).



Con el tiempo, la jurisprudencia del TJUE amplió el ámbito de protección de los pacientes, reconociendo el derecho al reembolso incluso en supuestos en los que no se hubiera obtenido autorización previa o esta hubiera sido denegada de manera injustificada. Ejemplo de ello son los casos *Peerboms*²⁸ y *Watts*²⁹, en los que el Tribunal admitió que circunstancias como las listas de espera prolongadas y la imposibilidad de acceder a un tratamiento oportuno en el Estado de afiliación constituían razones suficientes para justificar la obtención de asistencia sanitaria transfronteriza, con el correspondiente reembolso de los gastos generados. En ambos pronunciamientos, se concluyó que la negativa inicial de las autoridades competentes a autorizar el tratamiento en otro Estado miembro carecía de una justificación adecuada y, por tanto, no podía considerarse conforme al Derecho de la Unión.

La Directiva 2011/24/UE reconoce expresamente la posibilidad de que los ciudadanos de la Unión accedan a servicios de asistencia sanitaria tanto en el ámbito público como en el privado en otros Estados miembros. En este sentido, el modelo que propone no se distancia en exceso del régimen aplicable a los funcionarios mutualistas, en el que ya existe una práctica de reembolso de gastos sanitarios generados fuera del territorio nacional y con servicio privado. En ambos supuestos, el Estado asume el coste de la asistencia sanitaria prestada en el extranjero, incluso en ausencia de una autorización previa, lo que refleja una flexibilización del tradicional principio de control administrativo ex ante, en favor del reconocimiento del derecho a la libre circulación de pacientes y la libre elección del prestador sanitario.

La transposición de la Directiva 2011/24/UE al ordenamiento jurídico español se materializó mediante el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas destinadas a garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza. En virtud de esta disposición, los asegurados del Sistema Nacional de Salud disponen de dos vías alternativas para recibir atención sanitaria en otro Estado miembro de la Unión Europea:

- a) El acceso a los servicios sanitarios públicos amparados por los Reglamentos de coordinación de los sistemas de Seguridad Social de la Unión;
- b) El acceso a servicios sanitarios, públicos o privados, incluidos en el ámbito del Real Decreto 81/2014.

El artículo 2 de dicho Real Decreto excluye expresamente de su ámbito de aplicación:

- i. Los servicios de cuidados de larga duración destinados a quienes precisan ayuda para las actividades rutinarias y diarias;
- ii. La asignación de órganos y el acceso a estos con fines de trasplante, y

28. STJCE de 12 de julio de 2001. B.S.M. Smits, esposa de Geraets, contra Stichting Ziekenfonds VGZ y H.T.M. Peerbooms contra Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (Asunto C-157/99).

29. STJCE (Gran Sala) de 16 mayo 2006. Watts y otros contra Bedford Primary Care Trust y otros (Asunto C-372/04).

- iii. Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas cuyo objeto exclusivo sea la protección de la salud de la población en territorio español.

El Real Decreto 81/2014 reconoce a los asegurados españoles el derecho al reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria recibida en otro Estado miembro sin necesidad de autorización previa. A tal efecto, el artículo 5.1 dispone que, cuando el beneficiario opte por este régimen, no resultarán de aplicación los Reglamentos comunitarios, pues la utilización del Real Decreto conlleva su exclusión. No obstante, si concurren simultáneamente los presupuestos para aplicar ambos sistemas, tendrá preferencia el régimen de los Reglamentos comunitarios, salvo que el interesado solicite de forma expresa la aplicación del Real Decreto 81/2014. En todos los casos, los gastos reembolsables se limitarán a las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, en la cartera complementaria de la comunidad autónoma obligada al pago³⁰.

En el caso específico de los funcionarios mutualistas, el gasto sanitario ocasionado en otro Estado miembro de la Unión Europea será reembolsado con cargo a la mutualidad correspondiente –ya sea MUFACE, MUGEJU o ISFAS– de la que dependa el interesado. Esta previsión se enmarca en el régimen especial de cobertura sanitaria que rige para dichos colectivos, el cual contempla el reembolso de los gastos asistenciales generados fuera del territorio nacional, en consonancia con la lógica del modelo establecido por la Directiva 2011/24/UE y su transposición mediante el Real Decreto 81/2014. En consecuencia, la mutualidad actúa como entidad competente para asumir el coste de la asistencia, aplicando los límites y condiciones establecidos en su normativa reguladora.

VI. ESTUDIO DEL INFORME DE LA AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y LAS CONSECUENCIAS EN LA ASISTENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LOS FUNCIONARIOS MUTUALISTAS

Las conclusiones del informe de la AIReF sobre la integración plena de las mutualidades administrativas en el Sistema Público de Salud representan una reforma estructural de gran envergadura, que debe ser valorada con cautela y atendiendo no solo a criterios de equidad y sostenibilidad, sino también al respeto de los derechos consolidados de los empleados públicos, entre ellos, el acceso a la asistencia sanitaria internacional. Si bien se reconoce que el régimen mutualista constituye una singularidad dentro del modelo sanitario español, su pervivencia responde a la necesidad de ofrecer un marco específico que atienda las particularidades del colectivo funcionario

30. Alonso-Olea García, Belén: *Derecho de la protección social: derecho a la Seguridad Social, derecho a la asistencia sanitaria y derecho a los servicios sociales*. 3ª ed., Thomson Reuters - Aranzadi, Pamplona, 2016, p. 367.



y garantice una cobertura sanitaria que, en muchos casos, ha demostrado ser más ágil, flexible y eficiente, especialmente en contextos internacionales.

A diferencia de otros países con sistemas sanitarios de inspiración *beveridgiana*, como el Reino Unido, Italia o Suecia, el modelo español ha permitido una convivencia entre la cobertura pública y una opción de aseguramiento privado que ha sido elegida mayoritariamente por los mutualistas. Esta dualidad ha facilitado una cobertura más amplia, especialmente en desplazamientos al extranjero, estancias prolongadas fuera del país y misiones oficiales, donde las mutualidades han mantenido históricamente un compromiso efectivo con la asistencia internacional, muchas veces superior al que ofrece el sistema público para el conjunto de la población.

Conviene recordar que la financiación del Sistema Nacional de Salud en España se realiza a través de impuestos generales, sin un vínculo directo entre cotizaciones y prestaciones. Sin embargo, en el caso de los mutualistas, existe una aportación específica —complementaria y obligatoria— que contribuye al sostenimiento del sistema, permitiendo a su vez el acceso a una cobertura más diversificada, incluida la asistencia sanitaria internacional. Este esquema comparte similitudes con modelos como el alemán o el francés, donde los empleados públicos mantienen opciones diferenciadas de aseguramiento, sin que ello implique una merma en la eficiencia del sistema general.

Desde una perspectiva financiera, se ha sostenido que la integración de las mutualidades administrativas en el Sistema Público de Salud podría implicar un aumento del gasto público, al asumir el Estado coberturas que hasta ahora eran gestionadas por entidades privadas. Sin embargo, este planteamiento simplifica en exceso una realidad compleja, omitiendo una cuestión clave: el origen y la causa del gasto sanitario actualmente soportado por el sistema público en relación con los mutualistas.

El informe más reciente de la AIReF (marzo de 2025) indica que una parte significativa de los ingresos hospitalarios y tratamientos de elevada complejidad prestados a mutualistas se realizan en centros públicos, pese a que la mayoría de estos funcionarios optan por aseguradoras privadas concertadas. Esta observación ha sido utilizada para señalar una presunta disociación entre financiación y prestación, en perjuicio del modelo mutualista. No obstante, el análisis carece de una atribución rigurosa del origen del gasto, es decir, no discrimina si el tratamiento fue realizado por derivación médica, urgencia, decisión del paciente o por insuficiencia de medios privados.

En muchos de estos casos, el sistema público asume la atención de alta complejidad por razones clínicas —como es lógico en cualquier sistema moderno y solidario—, y esta situación no es exclusiva del régimen mutualista. La coexistencia entre provisión pública y aseguramiento concertado exige una mayor coordinación financiera y técnica, pero no invalida el valor ni la funcionalidad del modelo.

Un aspecto especialmente relevante que se ha pasado por alto en el debate es el derecho a la asistencia sanitaria internacional, que forma parte integral de la cobertura ofrecida por las mutualidades. Este derecho no solo responde a las necesidades específicas del colectivo funcionario, caracterizado por su movilidad internacional —en misiones oficiales, destinos diplomáticos, cooperación, formación o trabajo en

instituciones europeas–, sino que también tiene respaldo en el marco jurídico europeo, concretamente en la Directiva 2011/24/UE sobre la asistencia sanitaria transfronteriza y su transposición a través del Real Decreto 81/2014.

En este contexto, el régimen especial de las mutualidades administrativas (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) no constituye una anomalía, sino una expresión plenamente compatible con los principios consagrados por el derecho comunitario. Las mutualidades ya prevén el reembolso de los gastos sanitarios generados en el extranjero, incluso en centros privados, siempre que se respeten las condiciones establecidas.

Aunque es cierto que el sistema público asume algunos costes vinculados a patologías graves de mutualistas atendidos en hospitales públicos, esto no justifica la desaparición del modelo mutualista, sino que resalta la necesidad de formalizar esta realidad con mecanismos de compensación financiera y planificación conjunta, sin por ello renunciar a los elementos diferenciales del régimen.

Bibliografía

- Alonso-Olea García, Belén: *Derecho de la protección social: derecho a la Seguridad Social, derecho a la asistencia sanitaria y derecho a los servicios sociales*, 3ª ed., Thomson Reuters - Aranzadi, Pamplona, 2016.
- Blasco Lahoz, José Francisco: *Los regímenes especiales de funcionarios públicos: una protección mutualista*, Bomarzo, Albacete, 2006.
- Cantero Martínez, Josefa (dir.): *La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa: Retos y desafíos para el Sistema Nacional de Salud*, Aranzadi - Thomson Reuters, Pamplona, 2017.
- Dolz Lago, Manuel: *El régimen especial de seguridad social de los funcionarios de la administración civil del Estado*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2004.
- García Murcia, Joaquín y Rodríguez Cardo, Iván Antonio: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social de los trabajadores migrantes a una regulación específica", *Foro Nueva Época*, vol. 17, núm. 1/2014.
- Garrido y Comas, Juan José, *Ensayo para una Teoría de la Mutualidad*, Bosch, Barcelona, 1960.
- Hernández-Bejarano, Macarena: "El conflicto en la determinación de la condición de acceso al Sistema Nacional de Salud de los funcionarios adscritos a los Montepíos de las Administraciones Públicas de Navarra: STSJ Navarra 29 octubre 2014". *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 177, 2015.
- Hernández-Bejarano, Macarena: *La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos*, Bomarzo, Albacete, 2017.
- Hierro Hierro, Francisco Javier: *Problemas de coordinación de la asistencia sanitaria en el Derecho europeo*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2009.
- Sánchez-Rodas Navarro, Cristina (dir): *La coordinación de los sistemas de Seguridad Social: los reglamentos 883/2004 y 987/2009*, Laborum, Murcia, 2010.