



MINISTERIO DE JUSTICIA



**PROPUESTAS DE MEDIDAS DE MEJORA DE LAS  
CONDICIONES DE LAS/LOS MUTUALISTAS Y SUS  
BENEFICIARIAS/OS, APROBADAS POR  
UNANIMIDAD DEL CONSEJO GENERAL DE LA  
MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL  
JUNIO DE 2021.**

**SUMARIO:**

Introducción.

A) CUESTIONES GENERALES.

I. CONTINGENCIAS PROTEGIDAS.

1. Concreción de determinadas enfermedades que merecen la consideración de profesionales para el personal al servicio de la Administración de Justicia, incluyendo las derivadas de los riesgos psicosociales.

2. Regulación del procedimiento de determinación de la contingencia por la Mutualidad General Judicial.

## II. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO AL RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES Y, CADUCIDAD DEL DERECHO AL RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES SUJETAS A CONVOCATORIA PÚBLICA.

1. El plazo de prescripción del derecho al reconocimiento de las prestaciones.
2. La caducidad del derecho al reconocimiento de las prestaciones sujetas a convocatoria pública.
3. Nueva redacción que se propone del artículo 52 del Reglamento del Mutualismo Judicial.

## B) LAS PRESTACIONES BÁSICAS.

### I. LA ASISTENCIA SANITARIA.

1. La asistencia sanitaria en su modalidad de atención primaria y atención especializada.

1.1 Prórroga del concierto.

1.2 Especial referencia a la finalización del concierto con CASER. La asistencia a través de las Unidades de Salud Mental o análogas del sistema público de Seguridad Social, que facilitaba CASER a sus asegurados.

1.3 Actualización de la cartera de servicios comunes de asistencia a los mutualistas y, adaptación a la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

1.4 Consultorios médicos de asistencia primaria.

1.5 Atención sanitaria en zonas rurales.

1.6 La asistencia sanitaria en el extranjero.

1.7 La asistencia sanitaria prestada por medios ajenos.

1.8 Nueva redacción que se propone del artículo 72.2 del Reglamento del Mutualismo Judicial.

2. La prestación farmacéutica.

2.1 El copago farmacéutico. Nueva redacción que se propone del artículo 79 del Reglamento del Mutualismo Judicial.

2.2 La receta electrónica.

2.2.1. Receta electrónica pública.

2.2.2 Receta electrónica en la asistencia médica concertada.

2.2.3 La Tarjeta Sanitaria Individual.

2.2.4 La incorporación de los mutualistas y beneficiarios a la base de datos BADAS del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

3. Las prestaciones complementarias, como las odontológicas, oftalmológicas y, otras análogas.

3.1 Prestaciones odontológicas.

3.2 Prestaciones oculares.

3.3 Otras prestaciones complementarias.

4. Incluir en la cobertura concertada con las entidades de asistencia sanitaria privada, cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que se aplique a los pacientes del Sistema Nacional de Salud a través de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

## II. PRESTACIONES POR INCAPACIDAD TEMPORAL.

1. La supresión de la necesidad de solicitud de la prestación de incapacidad temporal y, el establecimiento del reconocimiento automático con la presentación del parte de baja médica.

2. La determinación concreta de la duración del proceso de incapacidad temporal, eliminándose la discrepancia existente entre el Reglamento del Mutualismo Judicial y el Real Decreto legislativo 3/2000.

3. La configuración del Ministerio de Justicia o las Consejerías de Justicia de las Comunidades Autónomas, en su caso, como entidades pagadoras de la prestación y del subsidio de incapacidad temporal, en régimen de pago delegado.

## III. EL SUBSIDIO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL.

1. La licencia por riesgo durante el embarazo y la licencia por riesgo durante la lactancia natural son prestaciones encuadrables en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. La regulación independiente de estas licencias respecto de la licencia por enfermedad.

2. La prestación económica durante la licencia por riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural no garantiza el principio de no discriminación por razón de sexo.

## C) PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS.

### I. EL SUBSIDIO ESPECIAL DE INCAPACIDAD POR JUBILACIÓN.

### II. LA REMUNERACIÓN DEL PERSONAL ENCARGADO DE LA ASISTENCIA AL GRAN INVÁLIDO.

## **INTRODUCCIÓN.**

El pasado 27 de noviembre de 2020, se publicaron en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, XIV Legislatura, núm. 187, las Recomendaciones del Pacto de Toledo, aprobadas por mayoría, cuya Recomendación 4ª dispone lo siguiente: “Finalmente, pese a que el régimen de clases pasivas es un régimen especial a extinguir desde 2011, resulta necesario avanzar en su convergencia con las condiciones del Régimen General, evitando la existencia de discriminaciones, pero sin provocar repercusión alguna sobre los derechos adquiridos por los beneficiarios de dicho régimen”. Pues bien, de conformidad con el artículo 9 d) del Real Decreto 96/2019, de 1 de marzo, de reordenación y actualización de la estructura orgánica de la Mutualidad General Judicial, el Consejo General es competente para “proponer, en su caso, cuantas medidas, planes y programas sean convenientes para el desarrollo de los mecanismos de protección del régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia”. Y, en cumplimiento de esta facultad, el Consejo General de la Mutualidad General Judicial ha considerado conveniente informar de la actuación que ha llevado a cabo desde su constitución en abril de 2019. En diciembre de 2019, en la Sesión ordinaria, se sometió a consideración por la Presidenta, la aprobación de un paquete de medidas de mejora de las condiciones de mutualistas y beneficiarios. Fue aprobada por unanimidad y, presentada ante la Comisión Rectora, que tomó conocimiento de la misma. El cambio de Gobierno, unido a la crisis sanitaria derivada de la pandemia internacional por COVID 19, generó cambios importantes en la situación y, en las necesidades prioritarias de los mutualistas. Sobre la base del indicado paquete de medidas, se han introducido modificaciones, adaptándolo al momento actual.

Además, debe publicarse un nuevo Estatuto de la Mutualidad General Judicial. La disposición adicional cuarta del Real Decreto 96/2019, que regula la elaboración del Estatuto de la Mutualidad General Judicial, estipula que “en el plazo establecido en la disposición adicional cuarta de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, se presentará al Gobierno el

Anteproyecto de Estatuto que regulará la Mutualidad General Judicial en los términos establecidos en el artículo 91 de la citada ley”. El plazo estipulado en la disposición adicional cuarta de la ley 40/2015, es el de tres años desde su entrada en vigor, que tuvo lugar el 2 de octubre de 2016, por lo que el plazo de presentación del Anteproyecto se extendió hasta el 2 de octubre de 2018.

El presente paquete de medidas afecta a la protección prestada por la Mutualidad General Judicial, como entidad gestora del Mutualismo Judicial y, en la exposición del mismo, se sigue el orden establecido en el artículo 46 del Reglamento del Mutualismo Judicial, que regula las prestaciones a las que tienen derecho los mutualistas o sus beneficiarios, cuando se encuentren en los supuestos de hecho legalmente establecidos, examinando, en primer lugar, algunas cuestiones generales, como la determinación de las contingencias protegidas y la prescripción y la caducidad del reconocimiento del derecho a las prestaciones. En segundo lugar, se aborda el análisis de las reformas que se proponen y que afectan a las prestaciones básicas y, por último, las referidas a las prestaciones complementarias.

Dentro de las prestaciones básicas se encuentran la asistencia sanitaria, el subsidio por incapacidad temporal, el subsidio por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural. Y se encuadran en las prestaciones complementarias, por su carácter de mejoras, las prestaciones recuperadoras por incapacidad permanente, total, absoluta y gran invalidez, y para la retribución del personal encargado de la asistencia al gran inválido; las indemnizaciones por lesión, mutilación o deformidad, de carácter definitivo no invalidante, originada por enfermedad profesional o en acto de servicio o como consecuencia de él; las prestaciones sociales y de asistencia social; las prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad; y, el subsidio especial por maternidad o paternidad en los supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiples, prestación económica de pago único por parto o adopción múltiples y, prestación económica de pago único por nacimiento o adopción de hijo en supuestos de familias numerosas o monoparentales y, en los casos de madres discapacitadas.

## **A) CUESTIONES GENERALES.**

### **I. CONTINGENCIAS PROTEGIDAS.**

Las contingencias de las que pueden derivar las prestaciones son cuatro: accidente en acto de servicio o como consecuencia de él, enfermedad profesional, accidente común y enfermedad común. Se regulan en los artículos 57 a 60 del Reglamento del Mutualismo Judicial.

La Mutualidad General Judicial ostenta en la presente materia una importante competencia. De este modo, de conformidad con el artículo 59.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial “el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio o como consecuencia de él, a los efectos del Mutualismo Judicial, se realizará por la Mutualidad General Judicial”.

En el mismo sentido, el artículo 61.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, del 28 de marzo establece que el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio o como consecuencia de él, a los efectos del mutualismo administrativo, se llevará a cabo por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).

#### **1. Concreción de determinadas enfermedades que merecen la consideración de profesionales para el personal al servicio de la Administración de Justicia, incluyendo las derivadas de los riesgos psicosociales.**

En los artículos 57 a 60 del Reglamento del Mutualismo Judicial se contiene una referencia a la Ley General de la Seguridad Social para determinar la contingencia de la que derivan las prestaciones. Sin embargo, la concreta remisión a las normas reglamentarias del régimen general de la Seguridad Social u otras normas que se dicten al efecto, contenida en el artículo 58 del

Reglamento del Mutualismo Judicial, en el supuesto de la enfermedad profesional, no respeta los principios básicos de la prevención de riesgos laborales. Y ello, porque en nuestro ordenamiento, la determinación de la existencia de una enfermedad profesional, se rige por el sistema de lista de enfermedades para determinadas profesiones, contenida en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y, se establecen criterios para su notificación y registro. En el caso en que una determinada enfermedad no esté incluida en la lista y se aprecie un nexo causal entre la misma y el trabajo, cabe declarar que la contingencia de la que deriva la prestación correspondiente es la de accidente de trabajo y no la de enfermedad profesional. Ha de destacarse que los riesgos profesionales psicosociales, no están incluidos en la lista y, sin embargo, pueden afectar al personal al servicio de la Administración de Justicia, en numerosas ocasiones, lo que podría calificarse, -al no estar incluidos en la lista de enfermedades profesionales-, como accidente en acto de servicio o como consecuencia del mismo. Ahora bien, el problema radica en que la protección en relación con la prevención de riesgos laborales, no es la misma para el accidente de trabajo que para la enfermedad profesional, siendo más intensa en esta última. Ello supone un perjuicio para los mutualistas.

A estos efectos, el régimen contenido en el artículo 5.1.2º y 5.2 de la Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio, en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE, es análogo al de los artículos 57 y 58 del Reglamento del Mutualismo Judicial, aunque más concreto porque contempla expresamente lo que se extrae de la regulación de la Ley General de la Seguridad Social que, anteriormente, se ha indicado, sin remisión a la misma. No obstante, considero que ha de mejorarse la redacción del Reglamento del Mutualismo Judicial y, debe darse a la enfermedad profesional un tratamiento adecuado en el seno de la prevención de riesgos laborales.

**Propuesta:**

Sería deseable que se concretaran las enfermedades que merecen ser calificadas como profesionales, en el personal al servicio de la Administración de Justicia, incluyéndose expresamente las derivadas de los riesgos psicosociales.

## **2. Regulación del procedimiento de determinación de la contingencia por la Mutualidad General Judicial.**

El artículo 59 del Reglamento del Mutualismo Judicial regula el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio y, tras atribuir en su párrafo primero la competencia a la Mutualidad General Judicial, declara que el procedimiento para el reconocimiento de estos derechos se regirá por las normas que establezca una Orden del Ministerio de Justicia, al respecto. Sin embargo, no se ha regulado este procedimiento, a pesar de haber transcurrido casi diez años desde la entrada en vigor del Reglamento del Mutualismo Judicial.

La misma técnica legislativa se utiliza en el artículo 61.2 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, gestionado por MUFACE. Y, por la Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE. Es necesaria la regulación también de este procedimiento, para otorgar mayor seguridad jurídica a los mutualistas.

### **Propuesta:**

Regular el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por la Mutualidad General Judicial, dando cumplimiento a lo preceptuado en el artículo 59.2 del Reglamento del Mutualismo Judicial, dictándose al efecto la oportuna Orden Ministerial, pudiendo servir de base la Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, por la



que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio, en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

## **II. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO AL RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES Y, CADUCIDAD DEL DERECHO AL RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES SUJETAS A CONVOCATORIA PÚBLICA.**

El artículo 52.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial establece que “el derecho al reconocimiento de las prestaciones prescribirá a los cuatro años, contados a partir del día siguiente a aquel en que tenga lugar el hecho causante de la prestación de que se trate, sin perjuicio de las excepciones que se indican en el presente Reglamento, y de aquellos casos en los que se trate de prestaciones sujetas a convocatoria pública con plazos específicos de ejercicio que tengan su fundamento en limitaciones presupuestarias sujetas a plazos de caducidad”.

Del texto del precepto transcrito se extraen dos aspectos que merecen una reflexión, a saber, de un lado, el plazo de prescripción y, de otro, el tratamiento del reconocimiento a las prestaciones sujetas a convocatoria pública, que se analizará, a continuación.

### **1. El plazo de prescripción del derecho al reconocimiento de las prestaciones.**

El artículo 52.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial establece un plazo de prescripción de cuatro años para el reconocimiento de las prestaciones. Sin embargo, el artículo 57 del Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprobó el Reglamento de la Mutualidad General Judicial, -que fue derogado por el Real Decreto 1026/2011-, establecía el plazo de cinco años de prescripción para el reconocimiento del derecho a las prestaciones. Por su parte, el artículo 53 del 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,

también fija el plazo de prescripción en cinco años. Por lo tanto, el plazo se ha reducido a cuatro años.

Consideramos que constituye un beneficio para los mutualistas el plazo de prescripción para el reconocimiento de las prestaciones, más amplio de cinco años, sin que exista una justificación objetiva y razonable para que sea de cuatro años. De este modo, se evitarían supuestos tales como el resuelto por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 24 de noviembre de 2017, que apreció la excepción de prescripción del derecho del actor a percibir el subsidio especial de jubilación por incapacidad hasta que el beneficiario cumpliera la edad ordinaria de jubilación, por haberlo solicitado transcurridos más de cuatro años desde la fecha en que pudo ser solicitado. Habían transcurrido menos de cinco años.

Debe resaltarse, además, que el plazo de prescripción para el reconocimiento de prestaciones por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado es de cinco años, lo que evidencia que sólo se aplica el plazo de cuatro años a los mutualistas de la Mutualidad General Judicial, lo que nos sitúa en una posición menos ventajosa, sin causa.

Consiguientemente, se propone ampliar a cinco años el plazo de prescripción del derecho al reconocimiento de las prestaciones, previsto en el artículo 52.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial.

## **2. La caducidad del derecho al reconocimiento de las prestaciones sujetas a convocatoria pública.**

El artículo 52.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial contempla como una excepción al régimen previsto, con carácter general, de prescripción de cuatro años, el “de aquellos casos en los que se trate de prestaciones sujetas a convocatoria pública con plazos específicos de ejercicio que tengan su fundamento en limitaciones presupuestarias sujetas a plazos de caducidad”. Consideramos que la redacción del precepto es mejorable. Asimismo, en el título del precepto, ha de integrarse la laguna que se aprecia, al no referirse a

la caducidad del derecho al reconocimiento de las prestaciones sujetas a convocatoria pública.

**Reforma normativa del artículo 52 del Reglamento del Mutualismo Judicial:**

**Redacción actual**

*“Artículo 52. Prescripción del derecho al reconocimiento de las prestaciones*

*1. El derecho al reconocimiento de las prestaciones prescribirá a los cuatro años, contados a partir del día siguiente a aquel en que tenga lugar el hecho causante de la prestación de que se trate, sin perjuicio de las excepciones que se indican en el presente Reglamento, y de aquellos casos en los que se trate de prestaciones sujetas a convocatoria pública con plazos específicos de ejercicio que tengan su fundamento en limitaciones presupuestarias sujetas a plazos de caducidad.*

*2. La prescripción se interrumpirá, además de por la reclamación ante la Mutualidad General Judicial, por las causas ordinarias establecidas en el artículo 1973 del Código Civil”.*

**Redacción que se propone:**

*“Artículo 52: Prescripción y caducidad del derecho al reconocimiento de las prestaciones.*

*1. El derecho al reconocimiento de las prestaciones prescribirá a los cinco años, contados a partir del día siguiente a aquél en que tenga lugar el hecho causante de la prestación de que se trate, sin perjuicio de las excepciones que se contemplan en este reglamento. La prescripción se interrumpirá por la reclamación ante la Mutualidad General Judicial y, por las causas ordinarias establecidas en el artículo 1973 del Código Civil.*

*2. El derecho o, en su caso, la expectativa del derecho, al reconocimiento de las prestaciones sujetas a convocatoria pública, caducará por el transcurso de los plazos específicos establecidos en la misma”.*

## **B) LAS PRESTACIONES BÁSICAS.**

### **I. LA ASISTENCIA SANITARIA.**

En la asistencia sanitaria se encuadran las siguientes prestaciones concretas: la asistencia sanitaria en su modalidad de atención primaria y atención especializada; la prestación farmacéutica; las prestaciones complementarias, como las odontológicas, oftalmológicas, de material ortoprotésico; y, cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que se aplique a los pacientes del Sistema Nacional de Salud a través de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

#### **1. La asistencia sanitaria en su modalidad de atención primaria y atención especializada.**

##### **1.1 Prórroga del concierto.**

Es importante resaltar que, en el año 2021, se había de suscribir un nuevo concierto con las entidades médicas privadas, con vigencia para 2022 y 2023, con base en la Ley de Contratos del Sector Público. Pues bien, en lugar de suscribir nuevos conciertos, por la Resolución de 3 de noviembre de 2020, de la Mutualidad General Judicial, se publicó la prórroga para 2021, del concierto para la asistencia sanitaria de beneficiarios y la relación de entidades de seguros que han suscrito la misma. Esta Resolución fue publicada en el B.O.E. de 27 de noviembre de 2020. Las entidades de seguro con las que se ha suscrito la prórroga son las siguientes:

- Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.
- DKV, Seguros y Reaseguros, S.A. Española.
- Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
- Nueva Mutua Sanitaria del Sector Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija.
- Sanitas, S.A. de Seguros.
- Segurcaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros.

Por lo tanto, se ha prorrogado el concierto con todas las entidades con las que se tenía concertada la cobertura de la asistencia sanitaria en el año 2020, excepto con CASER.

**1.2 Especial referencia a la finalización del concierto con CASER. La asistencia a través de las Unidades de Salud Mental o análogas del sistema público de Seguridad Social, que facilitaba CASER a sus asegurados.**

La finalización del concierto con CASER ha generado una complicada situación en el tratamiento de beneficiarios de mutualistas, con autismo o trastornos específicos del desarrollo.

Dada la limitación de cobertura en el cuadro de las compañías privadas en razón de la singularidad de la enfermedad/trastorno del paciente y, la ausencia de su encuadre adecuado en las especialidades previstas en los servicios médicos ofrecidos, CASER venía ofreciendo a los mutualistas que habían optado por la asistencia con esta compañía, la prestación de asistencia sanitaria, por parte del sistema público de la Seguridad Social, a través de las Unidades de Salud Mental Juvenil, dependiendo de las necesidades concretas del beneficiario del mutualista, con padecimientos tales como el autismo o trastornos específicos del desarrollo y, análogos.

Según los términos de la Resolución de la Mutualidad General Judicial de 3 de noviembre de 2020, se ha acordado la prórroga de los conciertos realizados con las entidades indicadas, excepto con CASER. Por lo tanto, los términos del concierto con estas entidades no se han visto modificados y, la finalización del concierto con CASER, puede suponer la limitación de la opción por la asistencia médica concertada, para este colectivo vulnerable de beneficiarios, que hará que el mutualista tenga que optar, en su caso, por la asistencia sanitaria pública, para poder seguir contando con la atención en las Unidades de Salud Mental Juveniles.

Por esta razón, consideramos conveniente que cuando se suscriba un nuevo concierto, se tenga en cuenta tal situación, para que alguna o varias de las entidades privadas con las que se suscriban, se comprometan a prestar esta concreta asistencia. Para ello, se podría exigir una autorización previa por parte de la compañía privada firmante del concierto, en la que se acreditara la situación médica preexistente (informe médico del organismo o servicio médico público) y, se justificara la necesidad en la continuidad del seguimiento, o control médico. A estos efectos, se ha de resaltar que el apartado 5.1.5 del Anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, contempla en la cartera de servicios comunes los trastornos de la personalidad y el retraso mental.

La Gerencia de la Mutualidad General Judicial está trabajando en la presente materia, a los efectos del nuevo concierto, lo que este Consejo General valora positivamente.

**1.3 Actualización de la cartera de servicios comunes de asistencia a los mutualistas y, adaptación a la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.**

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, regula en sus anexos el contenido de cada una de las carteras de servicios de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario, de acuerdo con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El artículo 7 del Real Decreto indicado prevé la actualización por Orden Ministerial, de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La Mutualidad General Judicial ha llevado a cabo una importante labor en relación con la detección del cáncer colorrectal, en virtud de la actualización de la cartera de servicios que impuso la Orden Ministerial de 31 de octubre de 2014. Y, valoramos muy positivamente, que como señala el apartado 3.4 del Plan de Acción de Mutualidad General Judicial 2021, se complete en el año 2021:

1. La cuarta y última fase del cribado del cáncer colorrectal entre mutualistas y beneficiarios comprendidos en la edad de 50 a 69 años.
2. La cuarta fase de implantación al 30 % del colectivo restante adscrito a cada entidad, según el cronograma determinado por Mutualidad General Judicial.

Ahora bien, es necesaria la actualización de la cartera de servicios a la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La disposición adicional cuarta de la misma establece el plazo de adaptación de las carteras de servicios y, dispone que “las Comunidades Autónomas, INGESA, MUFACE, ISFAS y MUGEJU dispondrán de un plazo de seis meses a contar desde la entrada en vigor de la Orden para adaptar sus respectivas carteras de servicios a lo dispuesto en esta Orden”. A tenor de la Disposición final única, la Orden entró en vigor el 1 de julio de 2019. Consiguientemente, el plazo de adaptación por Mutualidad General Judicial se extendió hasta el 1 de enero de 2020.

Por lo tanto, sería deseable que se adoptaran las siguientes medidas para dar cumplimiento a la norma referenciada:

1. La implantación del cribado poblacional de cáncer de cérvix.

La disposición adicional primera de la Orden de 26 de abril de 2019 prevé que la implantación del cribado poblacional de cáncer de cérvix se haga de forma progresiva, de manera que, en el plazo de cinco años a contar desde la

entrada en vigor de la presente Orden todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, en coordinación con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en adelante, INGESA), la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (en adelante, MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (en adelante, ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (en adelante, MUGEJU) deberán haber iniciado este programa y, en diez años, la cobertura entendida como invitación a participar, se aproximará al cien por ciento. El plazo de cinco años se extiende hasta el 1 de julio de 2024.

2. La implantación de la micropigmentación de la areola mamaria y del pezón para mujeres mastectomizadas.

La disposición adicional segunda de la Orden de 26 de abril de 2019 establece que, en el plazo de cinco años a contar desde la entrada en vigor de la Orden, todas las Comunidades Autónomas, INGESA, MUFACE, ISFAS y MUGEJU facilitarán la micropigmentación de la areola mamaria y del pezón como parte de la reconstrucción mamaria dentro de la cartera común de servicios. El plazo de cinco años se extiende hasta el 1 de julio de 2024.

3. La ampliación de la edad de financiación de los audífonos hasta los 26 años.

La disposición adicional tercera de la Orden de 26 de abril de 2019 estipula que la ampliación de la edad de financiación de los audífonos hasta los veintiséis años se hará de forma gradual, incluyendo inicialmente hasta los veinte años a la entrada en vigor de la presente Orden, e incorporando cada año, un nuevo tramo de edad, mínimo de dos años, hasta alcanzar los veintiséis años. La Mutualidad General Judicial puede, por tanto, abordar ya esta ampliación e ir gradualmente incrementando la edad que, el 1 de julio de 2021, deberá estar fijada en los 24 años, como mínimo.

#### **1.4 Consultorios médicos de asistencia primaria.**

Actualmente, 29 capitales de provincia cuentan con consultorios de Asistencia Sanitaria Primaria, existiendo cuatro en Madrid y, dos en Barcelona.



Reconocemos que no es una tarea fácil la creación y puesta en funcionamiento de estos Consultorios y, el consiguiente esfuerzo que está realizando la Mutualidad General Judicial. Pero aún son muchos los lugares, con más de 250 mutualistas prestando servicios, que no tienen consultorios.

**Propuesta:**

Que se siga trabajando en la línea seguida por la Mutualidad General Judicial, de creación de Consultorios de Asistencia Médica Primaria, en los lugares donde presten servicios más de 250 mutualistas.

**1.5 Atención sanitaria en zonas rurales.**

La asistencia sanitaria en las poblaciones de menos de 20.000 habitantes y, en zonas rurales donde no existen medios privados de asistencia primaria, merece un tratamiento especial. La Mutualidad General Judicial tiene suscritos convenios con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, para la prestación de la asistencia sanitaria primaria y de urgencia.

De este modo, los mutualistas y sus beneficiarios residentes en estas zonas pueden recibir la asistencia sanitaria primaria, de urgencia o ambas, en los centros de salud de carácter público.

A pesar de la existencia de numerosos convenios de asistencia en zonas rurales, concertados en las distintas Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Castilla y León, Castilla - La Mancha, Cataluña, Galicia, Illes Balears y Madrid), se observan determinados aspectos que sería deseable que fueran tenidos en cuenta. Entre ellos, caben destacar:

1. En algunas zonas, el concierto sólo cubre la asistencia primaria y, no la de urgencias y, en otras, como ocurre en la Comunidad Autónoma de Madrid, la cobertura se extiende sólo a la asistencia de urgencias y, no a la asistencia primaria.

2. Estos conciertos, en ningún caso, cubren la asistencia hospitalaria.

3. En las Comunidades Autónomas en las que no existe concierto, los mutualistas que residen en zonas rurales pueden acudir a los medios asistenciales disponibles, sean públicos o privados. En estos casos, si el servicio de salud requiere al mutualista el reintegro de los gastos por la asistencia prestada, será el propio mutualista el obligado a solicitar el pago ante la entidad médica responsable. Debería articularse un procedimiento mediante el cual, el propio centro de salud que atendió al mutualista reclamara directamente el cobro, para facilitar la gestión del mismo.

Según el apartado 3.5 del Plan de Actuación de Mutualidad General Judicial para 2021, en el año 2021, en coordinación con ISFAS y Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, se realizarán trabajos encaminados a suscribir nuevos convenios para la prestación en zonas rurales de servicios de atención primaria a beneficiarios adscritos a entidades de seguro de asistencia sanitaria, con Andalucía, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Madrid, Galicia, Illes Balears y el Principado de Asturias. Se valora positivamente esta iniciativa.

#### **Propuestas:**

1. Extender el ámbito objetivo concertado de la asistencia médica en las zonas rurales, tanto a la asistencia primaria, como de urgencias y, hospitalaria.
2. Implantar un procedimiento ágil y eficaz de cobro directo de los gastos médicos ocasionados por la asistencia prestada por los centros asistenciales en las zonas donde no exista concierto, exonerando a los mutualistas de la presentación de la solicitud para la gestión del pago.

#### **1.6 La asistencia sanitaria en el extranjero.**

La asistencia sanitaria prestada fuera del territorio nacional se encuentra regulada por la Resolución de la Mutualidad General Judicial de 18 de abril de 2016, publicada en el B.O.E. de 6 de mayo de 2016.

La Mutualidad General Judicial distingue, en la presente materia, según que el mutualista se haya desplazado al extranjero por un periodo igual o inferior a 120 días, o superior.

En el primer caso, la Mutualidad General Judicial ha suscrito una póliza de seguro colectivo con la compañía de seguros SOS.

Y, en el segundo supuesto, la Mutualidad ha venido suscribiendo una adenda al contrato concertado al efecto por el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, con DKV. En octubre de 2021, vence este contrato y, la Mutualidad General Judicial deberá decidir si suscribe una adenda al contrato que concierte este Ministerio, o decide acogerse a un nuevo marco de cobertura de esta prestación. Para ser beneficiario de este tipo de asistencia, es necesario que el mutualista solicite previamente en la Mutualidad General Judicial, su alta en esta modalidad.

### **1.7 La asistencia sanitaria prestada por medios ajenos.**

El artículo 72.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial declara que “el beneficiario que, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios sanitarios distintos de los que le correspondan, abonará, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, sin perjuicio de lo previsto en los apartados siguientes”. Y, en el párrafo segundo, el reseñado precepto dispone que “cuando la Mutualidad General Judicial facilite directamente la asistencia sanitaria y el beneficiario utilice servicios sanitarios distintos de los que tenga asignados por causa de denegación injustificada de asistencia sanitaria o por asistencia urgente de carácter vital, competirá a aquélla dictar resolución con el fin de proceder, en su caso, al reintegro de gastos, siempre que, en el segundo caso, se notifique a la Mutualidad el comienzo de dicha asistencia”.

La exigencia de notificación a la Mutualidad General Judicial del inicio de la asistencia urgente de carácter vital, es ambigua e incompleta. Por ello,

consideramos que, -dado que estamos en presencia de algo tan importante para el mutualista o sus beneficiarios, como el reintegro de los gastos médicos ocasionados en caso de urgencia vital-, sería preciso otorgar al afectado un plazo para llevar a cabo esta notificación, como se contempla en el artículo 78 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo. A estos efectos, ha de resaltarse que el artículo 78.1 a) de la norma citada, aplicable a los mutualistas y beneficiarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, establece que, en estos supuestos, “se notifique a la mutualidad el comienzo de dicha asistencia en el plazo de 15 días”.

### **Propuesta de reforma del artículo 72.2 del Reglamento del Mutualismo Judicial.**

#### **Nueva redacción:**

*“2. Cuando la Mutualidad General Judicial facilite directamente la asistencia sanitaria y el beneficiario utilice servicios sanitarios distintos de los que tenga asignados por causa de denegación injustificada de asistencia sanitaria o por asistencia urgente de carácter vital, competirá a aquélla dictar resolución con el fin de proceder, en su caso, al reintegro de gastos, siempre que en el segundo caso, se notifique a la Mutualidad el comienzo de dicha asistencia, en el plazo de 15 días”.*

## **2. La prestación farmacéutica.**

### **2.1 El copago farmacéutico.**

Con carácter general, en relación con el copago farmacéutico, el artículo 16.2 párrafo primero del Real Decreto legislativo 3/2000, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de la Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, dispone que “los beneficiarios de la prestación farmacéutica participarán mediante el pago de una cantidad porcentual en los términos que se establezcan reglamentariamente”.

El copago farmacéutico de los mutualistas y sus beneficiarios se encuentra regulado en el artículo 79 del Reglamento del Mutualismo Judicial.

Debe tenerse en cuenta que, de conformidad con el artículo 79.1 del texto citado, la dispensación de medicamentos será gratuita en los siguientes supuestos:

1. Los prescritos para los tratamientos que se realicen en los establecimientos sanitarios.
2. Los medicamentos que deban ser suministrados por los servicios de farmacia hospitalaria.
3. Los prescritos para los tratamientos que tengan su origen en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional. En estos casos, si se hubiese abonado algún importe, procederá su reintegro.

A tenor del artículo 79.2 del Reglamento del Mutualismo Judicial, “en los demás casos, los beneficiarios participarán en el pago de los medicamentos y demás productos sanitarios abonando un 30 por ciento de su precio de venta al público, sin perjuicio de aquellos supuestos en que la normativa sanitaria vigente establezca otra cantidad porcentual o un tope máximo de participación en la dispensación”.

A estos efectos, ha de tenerse en cuenta el artículo 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que regula la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. Y, el párrafo noveno de este precepto dispone que “el nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8”. El artículo 102.6 a) establece una aportación del 10

% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros. Los grupos ATC se refieren al órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Hay 14 grupos anatómicos identificados por una letra del alfabeto. Y el párrafo octavo, excluye del copago farmacéutico a las personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional, lo que equivale en el personal al servicio de la Administración de Justicia, al accidente en acto de servicio o como consecuencia de él y, a la enfermedad profesional.

Por lo tanto, con excepción de estos supuestos, con carácter general, la aportación del personal al servicio de la Administración de Justicia a los gastos farmacéuticos, será del 30 %, tanto para el personal en activo como para los pensionistas y su beneficiarios. En relación con el personal en activo y sus beneficiarios, debe resaltarse que el régimen del copago es más ventajoso que el que se contiene en el artículo 102.5 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Sin embargo, se observa un trato desfavorable con el personal al servicio de la Administración de Justicia, cuando adquiere la condición de pensionista y, con sus beneficiarios, respecto de los restantes pensionistas y sus beneficiarios.

El régimen jurídico del copago farmacéutico actual de los pensionistas y sus beneficiarios, según el artículo 102, en sus párrafos quinto, sexto y noveno de la de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios es el siguiente:

1. El personal al servicio de la Administración de Justicia, amparado por el Mutualismo Judicial, pensionista y sus beneficiarios, estará obligado al copago farmacéutico del 30 %.
2. Los restantes pensionistas y beneficiarios abonarán un copago farmacéutico del 10 %. Y, si tuvieran prescrito un tratamiento crónico, se les aplicará además, un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros, a los que tuvieran una renta inferior a 18.000 euros; de 18,52 euros, a los que tuvieran

una renta igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros; y, de 61,75 euros, a los que tuvieran una renta superior a 100.000 euros. La renta computable, a estos efectos, será la consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

El copago farmacéutico al que deben hacer frente los mutualistas pensionistas y sus beneficiarios es excesivo y, discriminatorio, ya que no existe justificación objetiva y razonable para un trato desigual con los restantes pensionistas y sus beneficiarios, de la Seguridad Social. Este tratamiento perjudicial afecta a todos los mutualistas pensionistas y a sus beneficiarios, es decir, no sólo a los jubilados sino también a los restantes pensionistas, como los afectos de incapacidad permanente o, de gran invalidez, en los que puede ser muy relevante el gasto farmacéutico.

El Gobierno Vasco presentó un recurso de inconstitucionalidad frente al artículo 102 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que fue admitido a trámite por el Pleno del Tribunal Constitucional, por providencia de 3 de noviembre 2015, con el número 5679/2015. En este recurso no se invocaba el trato discriminatorio de los mutualistas, ya que el recurso se fundaba en la distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Fue desestimado por la Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional 80/2017, de 22 de junio de 2017.

El artículo 79.3 del Reglamento del Mutualismo Judicial dispone que “estos porcentajes y cuantías podrán ser revisados por el Gobierno, a propuesta del Ministro de Justicia, previo informe de los Ministerios de Economía y Hacienda, de Trabajo e Inmigración, y de Sanidad y Política Social e Igualdad”. Y, por ello, proponemos que, haciendo uso de esta facultad, se minore el porcentaje del copago farmacéutico de los mutualistas pensionistas y de sus beneficiarios, con aplicación de los topes legales mensuales del copago en los supuestos de tratamientos crónicos. El régimen del copago es igual que el de la Mutualidad General Judicial, para la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del

Estado e ISFAS, por lo que consideramos que es interesante una negociación conjunta.

**Reforma normativa del artículo 79 del Reglamento del Mutualismo Judicial:**

**Redacción actual**

*“Artículo 79. Tipo de aportación económica.*

*1. La dispensación de medicamentos será gratuita en los siguientes supuestos:*

*a) Tratamientos que se realicen en los establecimientos sanitarios y demás medios previstos en el párrafo a) del apartado 1 del artículo anterior.*

*b) Medicamentos que deban ser suministrados por los servicios de farmacia hospitalaria.*

*c) Tratamientos que tengan su origen en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional. En este último caso, si se hubiese abonado algún importe, procederá su reintegro.*

*2. En los demás casos, los beneficiarios participarán en el pago de los medicamentos y demás productos sanitarios abonando un 30 por ciento de su precio de venta al público, sin perjuicio de aquellos supuestos en que la normativa sanitaria vigente establezca otra cantidad porcentual o un tope máximo de participación en la dispensación.*

*3. Estos porcentajes y cuantías podrán ser revisados por el Gobierno, a propuesta del Ministro de Justicia, previo informe de los Ministerios de Economía y Hacienda, de Trabajo e Inmigración, y de Sanidad y Política Social e Igualdad”.*

**Redacción que se propone:**

*“Artículo 79. Tipo de aportación económica.*

*1. La dispensación de medicamentos será gratuita en los siguientes supuestos:*



a) *Tratamientos que se realicen en los establecimientos sanitarios y demás medios previstos en el párrafo a) del apartado 1 del artículo anterior.*

b) *Medicamentos que deban ser suministrados por los servicios de farmacia hospitalaria.*

c) *Tratamientos que tengan su origen en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional. En este último caso, si se hubiese abonado algún importe, procederá su reintegro.*

2. *En los demás casos, los beneficiarios participarán en el pago de los medicamentos y demás productos sanitarios abonando un 30 por ciento de su precio de venta al público, sin perjuicio de aquellos supuestos en que la normativa sanitaria vigente establezca otra cantidad porcentual o un tope máximo de participación en la dispensación y, de lo previsto en el párrafo siguiente.*

3. *Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y, asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:*

a) *Un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros.*

b) *Para los mutualistas pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, cuya renta sea inferior a 18.000 euros, consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o d), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.*

c) *Para los mutualistas pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros, consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la*

*declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18,52 euros.*

*d) Para los mutualistas pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros, consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros.*

*4. Estos porcentajes y cuantías podrán ser revisados por el Gobierno, a propuesta del Ministro de Justicia, previo informe de los Ministerios de Economía y Hacienda, de Trabajo e Inmigración, y de Sanidad y Política Social e Igualdad”.*

## **2.2 La receta electrónica.**

El artículo 16.2 párrafo segundo del Real Decreto legislativo 3/2000 establece que “el modelo de receta oficial será el establecido por la Mutualidad, con sujeción a lo previsto en la normativa vigente, y podrá emitirse en soporte papel y en soporte electrónico”.

Según el apartado 6.3 de la Memoria de la Mutualidad General Judicial del año 2020, se ha impulsado considerablemente la implantación del modelo de receta electrónica, tanto en el ámbito de los mutualistas y beneficiarios adscritos al sistema público de salud, como de los que han optado por la asistencia sanitaria privada.

En el año 2017, la Mutualidad General Judicial firmó un concierto con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, iniciando con ello el camino hacia la implantación de la receta electrónica. Durante los meses de marzo y abril de 2020, la Mutualidad General Judicial y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia han estado trabajando en la elaboración de una adenda al Concierto indicado, que describe los procedimientos y requerimientos que se necesitan en la prescripción, dispensación y facturación

de medicamentos y productos sanitarios, tanto para la receta electrónica pública como la receta electrónica concertada.

### **2.2.1. Receta electrónica pública.**

Debe destacarse que la grave situación generada por la pandemia internacional ha generado que la Mutualidad General Judicial haya ido incorporando paulatinamente, el sistema de receta electrónica a los mutualistas adscritos a los servicios públicos de salud. Se han firmado Acuerdos con las siguientes Comunidades Autónomas: Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Madrid, Murcia, País Vasco y Valencia. Se sigue trabajando para alcanzar Acuerdos con las restantes Comunidades Autónomas. Actualmente, el 18 % de los mutualistas optan por la asistencia en la Seguridad Social pública y, se ha producido un avance muy importante en la presente materia.

Junto a la implantación de la receta electrónica, han de articularse medidas de interoperabilidad de la receta electrónica pública, que permite que un mutualista pueda obtener sus medicamentos por receta electrónica, en otra Comunidad Autónoma a la que se haya desplazado.

Desde diciembre de 2020, se encuentran dentro del sistema de interoperabilidad de receta electrónica Andalucía, Aragón, Madrid y, el País Vasco. Una vez que se firman los Acuerdos, el Ministerio de Sanidad arbitra el proceso de interoperabilidad de las mismas.

### **2.2.2 Receta electrónica en la asistencia médica concertada.**

Se ha creado un grupo de trabajo integrado por MUFACE, ISFAS y MUGEJU, las Entidades Médicas concertadas, la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) y, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia (CGCOF). Debe resaltarse que la implantación de la receta electrónica concertada presenta mayores dificultades que la pública, derivadas de la implicación de distintos proveedores sanitarios privados y, de diferentes

sistemas de prescripción, en los centros sanitarios concertados. El Consejo General valora positivamente el esfuerzo realizado por la Mutualidad General Judicial.

La implantación de la receta electrónica será posible sólo si se consigue que los mutualistas y sus beneficiarios sean titulares de la Tarjeta Sanitaria Individual y, también, si son incorporados al sistema BADAS, los que hayan optado por la asistencia sanitaria concertada.

### **2.2.3 La Tarjeta Sanitaria Individual.**

Es el documento de identificación único e intransferible para el acceso y la utilización del Sistema Nacional de Salud y, puede serlo también en el ámbito sanitario privado, constituyendo el instrumento básico para llevar a cabo el intercambio de información clínica entre los operadores de estos sistemas. De este modo, es requisito imprescindible, previo a la implantación de la receta electrónica, que todos los mutualistas y sus beneficiarios tengan su correspondiente Tarjeta Sanitaria Individual.

### **2.2.4 La incorporación de los mutualistas y beneficiarios a la base de datos BADAS del Instituto Nacional de la Seguridad Social.**

El proceso de incorporación se inició con la Resolución de 4 de abril de 2018, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre la Mutualidad General Judicial 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.

Este Convenio tiene por objeto, según su cláusula segunda, “establecer el procedimiento de incorporación de la información básica de todo el colectivo de mutualistas y beneficiarios protegidos por el Régimen del Mutualismo Judicial al módulo correspondiente de la base de datos de aseguramiento sanitario ya existente –BADAS-, gestionada por el INSS, o la que en el futuro la pudiera sustituir”.

La incorporación de los mutualistas y los beneficiarios acogidos al sistema público de salud, se llevó a cabo en una primera fase. Y, en una segunda fase, la incorporación de los mutualistas de opción privada a BADAS, se contemplaba en el apartado 5.1.6 del Proyecto 6 del Plan de actuación de la Mutualidad General Judicial de 2019. En el apartado 4.1 del Plan de Actuación de la Mutualidad General Judicial para 2021 se prevé la culminación del proceso de integración en BADAS, lo que se valora positivamente.

**Propuesta.**

Transmitimos nuestro reconocimiento al Gerente y a todo el equipo ejecutivo de dirección y gestión, por la labor realizada para la implantación de la receta electrónica y, proponemos que se continúen los trabajos en la misma dirección.

**3. Las prestaciones complementarias, como las odontológicas, oftalmológicas y, otras análogas.**

Debido a la grave situación de crisis económica que sufrió nuestro país, con la imposición de la limitación del gasto público por el Real Decreto ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, por la Resolución de 19 de diciembre de 2012, de la Mutualidad General Judicial, se suprimieron determinadas ayudas socio-sanitarias y complementarias y, se modificaron sus requisitos y cuantías. Esta Resolución, fue derogada por la Resolución de 4 de diciembre de 2019, de la Mutualidad General Judicial, por la que se actualizó la regulación de las prestaciones complementarias y se generalizó su tramitación en formato electrónico a través de la sede electrónica de la Mutualidad General Judicial, publicada en el B.O.E. de 18 de diciembre de 2019 que, mantuvo las supresiones y modificaciones de la Resolución de 19 de diciembre de 2012.

Una vez que ha desaparecido esta situación excepcional de crisis económica, consideramos conveniente examinar la posibilidad de recuperar la cobertura que teníamos antes de la misma, de forma tal que se reconozcan, de nuevo,

las prestaciones suprimidas y, se incrementen las cuantías de las que fueron minoradas. No es óbice a lo anterior, la situación de crisis sanitaria que atravesamos, teniéndose en cuenta el largo periodo de tiempo transcurrido con la vigencia de las medidas implantadas por la Resolución de 19 de diciembre de 2012.

Algunas de las prestaciones que fueron suprimidas, con efectos de 1 de enero de 2013, han quedado vacías de contenido, como la campaña de vacunación contra el virus del papiloma, que se ha incluido en el calendario oficial de vacunación.

Sin embargo, otras prestaciones suprimidas, consideramos que podrían ser reconocidas de nuevo. Son las siguientes:

1. La ayuda al transporte y estancia del acompañante del enfermo.
2. La ayuda de órtesis del pie, no siendo causa que justifique su supresión, que no esté cubierta por otras Mutualidades.
3. La ayuda económica por cirugía refractiva. Debe reconocerse un importe del 50 % de la factura, con un máximo de 600 euros por cada ojo, una vez en la vida.
4. Las ayudas prismáticas por alteraciones severas de la motilidad ocular. Debe reconocerse una prestación del 100 % de la factura, con una carencia de un año.
5. La ayuda por férula dental de descarga, aunque no sea objeto de cobertura por otras Mutualidades, ya que ello no justifica su supresión, como se indicó anteriormente.

La Resolución de 19 de diciembre de 2012, de la Mutualidad General Judicial, también acordó la reducción de determinadas prestaciones, respecto de las contempladas en la Resolución de 27 de diciembre de 2007, de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, por la que se modifica parcialmente la Circular

n.º 73, en relación con las ayudas económicas para prestaciones dentarias, oftalmológicas y otras prestaciones sanitarias complementarias. Y, una vez que ha finalizado la causa que justificó esta reducción, consideramos que debe analizarse la conveniencia de que los mutualistas y los beneficiarios, recuperen, al menos, el importe de las mismas que tenían reconocido y, en su caso, incrementado éste en el IPC.

A continuación, se recogen las prestaciones afectadas por la reducción, reseñando el importe y la carencia que se reconoce actualmente y, la cuantía que se reconocía antes del 1 de enero de 2013, que sería el mínimo al que se deberían incrementar, caso de no admitirse, como se propone, la actualización correspondiente al IPC. En el análisis siguiente, se examinarán las prestaciones teniendo en cuenta la Resolución de 4 de diciembre de 2019, de la Mutualidad General Judicial, por la que se actualizó la regulación de las prestaciones complementarias y se generalizó su tramitación en formato electrónico a través de la sede electrónica de la MUGEJU. Debe destacarse que esta Resolución mantiene en los mismos términos las prestaciones odontológicas, -salvo dos exclusiones a las que se hará referencia-, las oftalmológicas y, las restantes prestaciones complementarias.

### **3.1 Prestaciones odontológicas:**

Ha de resaltarse que la carencia no se modificó en ninguna de estas prestaciones.

1. Rehabilitación mediante prótesis completa: 500 euros, con carencia de 3 años naturales. Debe incrementarse el importe de la prestación a 721 euros, que era lo que se reconocía antes del 1 de enero de 2013.

2. Rehabilitación mediante prótesis superior o inferior (14 piezas): 250 euros, con carencia de 3 años naturales. Debe incrementarse a 361 euros, sin el límite de 14 piezas.

3. Rehabilitación mediante piezas dentarias, fundas o coronas (máximo de 14): 35 euros cada una, con carencia de 3 años naturales. Debe incrementarse a 60 euros cada una, con un máximo de 15 piezas.

4. Obturación (empaste) o reconstrucción, en dientes permanentes (máximo de 14), excluidos los menores de 15 años adscritos a entidades médicas privadas: 20 euros cada uno, con carencia de 3 años. Debe incrementarse a 30 euros cada uno, sin limitación máxima de 14 piezas.

5. Endodoncia 1/pieza: 50,00 € c/u, una vez en la vida. La Resolución de la Mutualidad General Judicial de 4 de diciembre de 2019 mantiene lo anterior, pero excluyendo a los menores de 15 años adscritos a entidades médicas concertadas, cuando tal exclusión no estaba prevista en la Resolución de 19 de diciembre de 2012, de la Mutualidad General Judicial. Consideramos que ha de incrementarse a 54 euros y, suprimir la exclusión de los menores de 15 años.

6. Implante osteointegrado (máximo de 14): 150,00 €, con carencia de 3 años. Deben incrementarse el número de piezas, a 15.

7. Ortodoncia (solo las iniciadas antes de los 18 años): 500,00 €, una vez en la vida. Debe reconocerse la prestación en el 100 % del importe de la factura, con un máximo de 600 euros y, para todos los mutualistas y beneficiarios, sin límite de edad.

8. Tartrectomía (limpieza de boca): 18,00 €, una vez al año natural. La Resolución de la Mutualidad General Judicial de 4 de diciembre de 2019 mantiene lo anterior, pero excluyendo a los adscritos a entidades médicas concertadas, cuando tal exclusión no estaba prevista en la Resolución de 19 de diciembre de 2012, de la Mutualidad General Judicial. Por lo tanto, consideramos que ha de suprimirse la exclusión.

9. Periodoncia (solo adscritos al INSS): 600 €, con una carencia de 2 años naturales. Debe reconocerse una prestación del 100 % del importe de la factura, con un máximo de 600 euros.



### **3.2 Prestaciones oftalmológicas:**

1. Gafas (de lejos o cerca): 40,00 €, con carencia de 2 años naturales. Debe reconocerse un importe de 42 euros, con una carencia de un año.
  
2. Gafas bifocales o progresivas (de lejos y de cerca): 70,00 €, con carencia de 2 años naturales. Debe reconocerse un importe de 84 euros, con una carencia de un año.
  
3. Cristal (lejos o cerca): 15,00 € c/u, con carencia de 2 años naturales. Debe reconocerse una carencia de un año, plazo que se reducirá a seis meses por variación en la graduación igual o superior a 1 dioptría.
  
4. Cristal progresivo: 30 € c/u, con carencia de 2 años naturales. Debe reconocerse tanto para el cristal bifocal como multifocal, un importe de 36 euros, con una carencia de un año, plazo que se reducirá a seis meses por variación en la graduación igual o superior a 1 dioptría.
  
5. Lentillas (dos unidades/año natural): 33 €/unidad, con carencia de 1 año natural. Debe reconocerse una carencia de un año, pero que se verá reducido a seis meses por variación en la graduación igual o superior a 1 dioptría.
  
6. Lentillas desechables (ayuda anual): 66 €/ año, con carencia de 1 año natural. La ayuda anual debe extenderse a cuatro al año y, por tanto, por un importe de 132 euros. Debe reconocerse una carencia de un año, pero que se verá reducido a seis meses por variación en la graduación igual o superior a 1 dioptría.
  
7. Lente terapéutica: 62,00 € c/u, sin periodo de carencia.
  
8. Ayudas técnicas baja visión (gafas telelupa, lupas, microscopios, filtros, prismas y otros): 180 €, con carencia de 1 año natural. Esta prestación no se

modificó a partir del 1 de enero de 2013 y se ha mantenido igual en la Resolución de la Mutualidad General Judicial de 4 de diciembre de 2019.

### **3.3 Otras prestaciones complementarias:**

1. Audífono: 425 € /u, con carencia de 2 años naturales. Debe suprimirse el periodo de carencia.

2. Reparación de audífono: 210 €/u, con carencia de 2 años naturales. Debe suprimirse el periodo de carencia.

3. Colchón antiescaras: 125 €, con carencia de 2 años naturales. Debe reconocerse el 100 % del importe de la factura, sin periodo de carencia. Y, cuando el gasto supere los 240 euros, será necesaria la presentación de dos presupuestos.

4. Laringófono: 100 %. No se modificó.

5. Bomba de insulina: 100 %. No se modificó.

6. La Resolución de la Mutualidad General Judicial de 4 de diciembre de 2019 mantiene lo anterior y, reconoce además, las siguientes prestaciones complementarias, que no se contemplaban anteriormente:

6.1 Medias de compresión normal individuales, pierna derecha: 70 €, con el máximo de 3, por año natural.

6.2 Medias de compresión normal individuales, pierna izquierda: 70 €, con el máximo de 3, por año natural.

6.3 Panty de compresión normal: 100 €, con el máximo de 3 por año natural.

### **Propuesta:**

Recuperar las prestaciones que fueron suprimidas como consecuencia de la crisis económica que sufrió nuestro país, así como el importe de las que fueron reducidas -odontológicas, oftalmológicas y otras prestaciones-, desde el 1 de

enero de 2013, con la correspondiente actualización de la cuantías al IPC, conforme al detalle contenido en el presente epígrafe, ya que la Resolución de la Mutualidad General Judicial de 4 de diciembre de 2019 mantiene lo previsto desde el 1 de enero de 2013, excluyendo además, -lo que es menos ventajoso-, de la ayuda por endodoncia, a los menores de 15 años adscritos a entidades médicas concertadas y, por tartrectomía (limpieza de boca), a los adscritos a entidades médicas concertadas, sin determinación de edad, es decir, con carácter general. Y debe indicarse que tales exclusiones no estaban previstas en la Resolución de 19 de diciembre de 2012, de la Mutualidad General Judicial, que minoró las prestaciones odontológicas, oftalmológicas y las otras prestaciones complementarias. Junto a ello, se valora positivamente la inclusión de las nuevas prestaciones complementarias consistentes en las ayudas a medias y panty de compresión.

**4. Incluir en la cobertura concertada con las entidades de asistencia sanitaria privada, cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que se aplique a los pacientes del Sistema Nacional de Salud, a través de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.**

Por ejemplo, la crioterapia capilar para los tratamientos de quimioterapia y los tratamientos de inmunoterapia en enfermos de cáncer. Los tratamientos de inmunoterapia se están prestando por el Sistema Nacional Público de Salud. Convendría tener en cuenta lo anterior a los efectos de suscribir conciertos al respecto, para garantizar esta asistencia a los mutualistas y sus beneficiarios, que optaran por la asistencia médica concertada.

**Propuesta:**

Aunque somos conscientes de las dificultades que entraña la negociación de los conciertos con las entidades de asistencia sanitaria privada, se propone, asimismo, que en la medida de lo posible, se incluya la cobertura de nuevas técnicas de diagnóstico o tratamientos, que se apliquen a los pacientes del Sistema Nacional de Salud a través de los Servicios de Salud de las

Comunidades Autónomas, tales como inmunoterapia, en los tratamientos contra el cáncer o, la crioterapia capilar, en los tratamientos de quimioterapia.

## **II. PRESTACIONES POR INCAPACIDAD TEMPORAL.**

Los artículos 82 a 92 del Reglamento del Mutualismo Judicial regulan la prestación de incapacidad temporal, con cargo a la Seguridad Social y, el subsidio de incapacidad temporal, con cargo a la Mutualidad General Judicial. Del análisis de los mismos, se puede colegir que existen determinados aspectos que, a nuestro juicio, podrían reformarse, para mejorar las condiciones de los mutualistas. Entre otros, los más relevantes son los siguientes:

### **1. La supresión de la necesidad de solicitud de la prestación de incapacidad temporal y, el establecimiento del reconocimiento automático con la presentación del parte de baja médica.**

De conformidad con el artículo 83 del Reglamento del Mutualismo Judicial las licencias por enfermedad o situación de incapacidad temporal están sometidas a un procedimiento de reconocimiento por Autoridades que no tienen que tener conocimientos médicos, a saber, el Ministerio de Justicia o la Comunidad Autónoma que tenga transferidas las competencias de justicia, en relación con los medios personales y materiales, el Presidente del Tribunal Superior de Justicia y, la Autoridad u Órgano al que refiere la normativa específica del Tribunal Constitucional. No se establece un procedimiento concreto para la concesión de la licencia por enfermedad, al modo en el que se contiene en el artículo 90 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, para los mutualistas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

Ha de resaltarse que el artículo 83.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial atribuye a estas Autoridades la competencia tanto para la concesión de las licencias como para el control. Por supuesto la facultad de control debe continuar regulada como hasta ahora. Pero consideramos innecesario someter

al mutualista, -al que los servicios médicos le han dado un parte de baja médica- a la concesión de la licencia por enfermedad por la Autoridad competente, para que inicie el proceso de incapacidad temporal. Este trámite perjudica al mutualista, que se encuentra de baja médica y, no acudirá a prestar servicios. Se le coloca en una situación complicada, pues, de un lado, tras el parte de baja médica, está en situación de baja, pero no ha iniciado el proceso de incapacidad temporal. Los efectos de la licencia por enfermedad o prestación de incapacidad temporal se retrotraerán a la fecha de la baja médica. Pero carece de sustento el sometimiento a un procedimiento de reconocimiento, cuando cabe la denegación por fraude, conforme al artículo 90.1 a) del Reglamento del Mutualismo Judicial y, el control por la Autoridad correspondiente a posteriori. Debería de implantarse el reconocimiento automático de la incapacidad temporal con la presentación por el mutualista del parte de baja médica, al igual que ocurre en los restantes Regímenes de la Seguridad Social. Este sistema de reconocimiento automático se extrae del artículo 169 del 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.

### **Propuesta.**

Debería de implantarse el reconocimiento automático de la incapacidad temporal, con la presentación por el mutualista del parte de baja médica, sin someterlo a la concesión por la Autoridad competente en cada caso.

### **2. La determinación concreta de la duración del proceso de incapacidad temporal, eliminándose la discrepancia existente entre el Reglamento del Mutualismo Judicial y el Real Decreto legislativo 3/2000.**

El artículo 20.2 in fine del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia establece lo siguiente: “El derecho al subsidio económico por incapacidad temporal, cualquiera que sea la situación que haya dado lugar al mismo, se entenderá, en todo caso, extinguido por el transcurso

del plazo máximo de veintisiete meses desde el inicio de la situación de incapacidad temporal”.

El artículo 84.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial es una norma de reenvío a la Ley General de la Seguridad Social, respecto de la duración máxima de la situación de incapacidad temporal. Ha de acudirse, por lo tanto, al artículo 170 de la Ley General de la Seguridad Social que establece un plazo máximo para la incapacidad temporal de 365 días, con una prórroga de 180 días. Por su parte, el artículo 174 de la Ley General de la Seguridad Social establece un plazo máximo de 545 días de incapacidad temporal desde la baja médica, que según su párrafo segundo, podrá prorrogarse hasta un máximo de 730 días. Este plazo máximo de 730 días se contempla también en el artículo 85.3 del Reglamento del Mutualismo Judicial.

La Mutualidad General Judicial considera extinguida la situación de incapacidad temporal por el transcurso del plazo máximo de 730 días, lo que ha sido considerado ajustado a derecho por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de julio de 2013. Sin embargo, veintisiete meses que contempla el artículo 20.2 in fine del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, equivalen a 810 días.

### **Propuesta.**

Conviene determinar concretamente la duración máxima del proceso de incapacidad temporal, eliminándose la discrepancia existente entre el artículo 85.3 del Reglamento del Mutualismo Judicial Reglamento y el artículo 20.2 in fine del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia.

### **3. La configuración del Ministerio de Justicia o las Consejerías de Justicia de las Comunidades Autónomas, en su caso, como entidades pagadoras**

**de la prestación y del subsidio de incapacidad temporal, en régimen de pago delegado.**

El mutualista que causa baja médica y, permanece en situación de licencia por enfermedad, tiene derecho a percibir con cargo a la Seguridad Social, la prestación de incapacidad temporal durante los 180 primeros días naturales posteriores a la baja médica y, a partir de este momento, tendrá derecho a percibir las retribuciones básicas y, en su caso, la prestación por hijo a cargo y, un subsidio por incapacidad temporal con cargo a la Mutualidad General Judicial.

A tenor del artículo 91.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial, “la cuantía del subsidio por incapacidad temporal será fija e invariable mientras dure dicha situación y consistirá en la mayor de las dos cantidades siguientes:

- a) El 80 por 100 de las retribuciones básicas (sueldo y trienios), incrementados en la sexta parte de una paga extraordinaria, correspondientes al primer mes de licencia.
- b) El 75 por 100 de las retribuciones complementarias devengadas en el primer mes de licencia”.

A partir del día 181 de la licencia por enfermedad, se minorará el importe de la prestación de incapacidad temporal de la Seguridad Social y, comienza el abono por la Mutualidad General Judicial del denominado subsidio de incapacidad temporal. En ocasiones, el inicio del pago del subsidio de incapacidad temporal por la Mutualidad General Judicial, puede demorarse uno o dos meses, con el grave perjuicio que ello supone para el mutualista, ya que la prestación económica de la Seguridad Social, es de importe inferior, a partir del día 181 de la licencia.

Una forma de solventar esta situación sería articular que el pago desde el inicio de la incapacidad temporal o licencia por enfermedad, se llevara a cabo por la entidad pagadora que actúa como empleador, a saber, el Ministerio de Justicia y las Consejerías de Justicia de las Comunidades Autónomas.

Ha de resaltarse que este mecanismo está contemplado en el artículo 102 de la Ley General de la Seguridad Social, que prevé la figura del pago delegado por las empresas, en su condición de colaboradoras con la Seguridad Social.

Consideramos que sería una fórmula de solución del problema, que evitaría el retraso en el pago del subsidio de la incapacidad temporal con cargo a la Mutualidad General Judicial, a partir del día 181 desde la baja médica.

**Propuesta.**

El Ministerio de Justicia o las Consejerías de Justicia de las Comunidades Autónomas, en su caso, deberían considerarse las entidades pagadoras de las prestaciones de incapacidad temporal con cargo a la Seguridad Social y, del subsidio de incapacidad temporal, con cargo a la Mutualidad General Judicial, para evitar que transcurridos los primeros 180 días desde la baja, el mutualista pase uno o dos meses sin percibir el subsidio con cargo a la Mutualidad General Judicial.

El pago de la prestación de incapacidad temporal y del subsidio de incapacidad temporal lo haría el Ministerio de Justicia o las Consejerías de Justicia de las Comunidades Autónomas, en su caso, en régimen de pago delegado, como entidades colaboradoras, en su condición de empleadoras, al igual que las empresas según el artículo 102 de la Ley General de la Seguridad Social.

**III. EL SUBSIDIO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL.**

Consideramos que, en la presente materia, deben abordarse dos reformas importantes para mejorar las condiciones de las mutualistas.

**1. La licencia por riesgo durante el embarazo y la licencia por riesgo durante la lactancia natural son prestaciones encuadrables en el ámbito**



**de la prevención de riesgos laborales. La regulación independiente de estas licencias respecto de la licencia por enfermedad.**

El artículo 82.3 del Reglamento del Mutualismo Judicial establece expresamente que “tendrá la misma consideración y efectos que la incapacidad temporal la situación de la funcionaria que haya obtenido licencia por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses”. En esta línea, el artículo 93 del citado texto normativo contempla el régimen jurídico de ambas prestaciones desde esta perspectiva.

Pues bien, estas dos prestaciones han de encuadrarse en el ámbito de la prevención de riesgos laborales y, por ende, merecen un tratamiento diferenciado de la incapacidad temporal, con la que, en modo alguno, están equiparadas desde un punto de vista técnico jurídico. En este sentido, la vigente Ley General de la Seguridad Social dedica el capítulo V del título II a la incapacidad temporal y, el capítulo VIII al “riesgo durante el embarazo” y, el capítulo IX al “riesgo durante la lactancia natural”. La situación protegida en ambas prestaciones es la suspensión de la relación cuando no sea posible el cambio de puesto de trabajo de la madre, precisamente, conforme al artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Por esta razón, consideramos que las situaciones de riesgo por embarazo y de riesgo durante lactancia natural, no deben equipararse a la incapacidad temporal, ya que no se exige la enfermedad de la madre, ni del hijo o hija, para tener derecho a estas licencias. No concurre, por tanto, en las mismas, el supuesto de hecho que genera la licencia por enfermedad.

**Propuesta.**

La licencia por riesgo durante el embarazo y la licencia por riesgo durante la lactancia natural deben regularse de manera diferenciada y distinta de la licencia por enfermedad o incapacidad temporal, ya que son prestaciones encuadrables en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, no exigen la

enfermedad de la madre mutualista y, por ende, en modo alguno, son equiparables a la licencia por enfermedad.

**2. La prestación económica durante la licencia por riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural no garantiza el principio de no discriminación por razón de sexo.**

Las beneficiarias de las licencias por riesgo durante el embarazo y, por riesgo durante la lactancia natural, son mutualistas que merecen una protección especial por su condición de mujeres.

El artículo 93.3 del Reglamento del Mutualismo Judicial establece que “no obstante, en el caso de las funcionarias que se consideren incapacitadas temporalmente por haber obtenido licencia por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural de un hijo menor de nueve meses, la prestación económica equivalente al subsidio por incapacidad temporal consistirá en un subsidio a cargo de la Mutualidad General Judicial en cuantía igual, durante todo el tiempo que dure dicha situación, al 100 por ciento de las retribuciones complementarias devengadas en el primer mes de la licencia”.

De la norma transcrita se extrae que la mutualista en situación de riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural del menor de nueve meses, se encontrará incapacitada temporalmente. A efectos de prestaciones, por tanto, ha de entenderse que percibirá una prestación con cargo a la Seguridad Social equivalente a la incapacidad temporal por licencia por enfermedad, durante todo el periodo de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural. Y, a partir del día 181, además, la Mutualidad General Judicial le abonará el subsidio por importe del 100 % de las retribuciones complementarias devengadas en el primer mes de la licencia.

Es interesante resaltar que el artículo 58 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que regula la licencia por riesgo durante el embarazo y lactancia, dispone lo siguiente: “Cuando las condiciones del puesto de trabajo de una funcionaria incluida en el ámbito de

aplicación del mutualismo administrativo pudieran influir negativamente en la salud de la mujer, del hijo e hija, podrá concederse licencia por riesgo durante el embarazo, en los mismos términos y condiciones previstos en la normativa aplicable. En estos casos, se garantizará la plenitud de los derechos económicos de la funcionaria durante toda la duración de la licencia, de acuerdo con lo establecido en la legislación específica. Lo dispuesto en el párrafo anterior será también de aplicación durante el período de lactancia natural”.

Por su parte, el artículo 187.3 de la Ley General de la Seguridad Social establece, en relación con la licencia de riesgo durante el embarazo, que “la prestación económica consistirá en un subsidio equivalente al cien por cien de la base reguladora correspondiente. A tales efectos, la base reguladora será equivalente a la que esté establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales”. De este modo, se garantiza la percepción de la totalidad de las retribuciones a la madre, ya que se computa para el cálculo, la base reguladora por contingencias profesionales. El artículo 189 de la Ley General de la Seguridad Social es una norma de reenvío al artículo 187 y, contempla la prestación económica de la licencia por riesgo durante la lactancia natural.

Sin embargo, el artículo 93.3 del Reglamento del Mutualismo Judicial no garantiza a la madre mutualista la percepción de la totalidad de las retribuciones. La mutualista en situación de riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural del menor de nueve meses, percibirá una prestación equivalente a la de incapacidad temporal o licencia por enfermedad, que será del 100 % durante los 180 primeros días, por lo que se da cumplimiento a la normativa expuesta. Pero, a partir del día 181, percibirá los siguiente:

1. Una prestación con cargo a la Seguridad Social, que comprenderá las retribuciones básicas y, en su caso, la prestación por hijo a cargo.
2. El subsidio con cargo a la Mutualidad General Judicial del 100 % de las retribuciones complementarias.

Por lo tanto, puede que no perciba la totalidad de sus retribuciones, como exige el artículo 58 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, ya que no están incluidas, ni en la prestación ni en el subsidio, las retribuciones especiales (guardias, sustituciones,,), ni la retribución variable por objetivos.

La Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo de 23 de enero de 2013, Recurso 589/2011, desestimó el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la Federación de Servicios a la Ciudadanía de Comisiones Obreras contra el Real Decreto 1026/2011, por el que se aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial, declarando que el artículo 93.3 del mismo era conforme a Derecho. Argumenta el Alto Tribunal la falta de coincidencia exacta de los supuestos contemplados, ya que, en el artículo 58 de la Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, son las condiciones del puesto de trabajo, las determinantes de la licencia por riesgo y, el artículo 93.3 del Reglamento del Mutualismo Judicial se refiere a cualesquiera que sean las circunstancias que hayan podido influir en esa situación y, por lo tanto, pueden ser completamente ajenas a las condiciones del puesto de trabajo.

Por el contrario, la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 24 de enero de 2017 (Rcud 1902/2015) declaró discriminatoria la minoración salarial de una MIR, debido a la adaptación de su puesto de trabajo por razón del riesgo durante el embarazo, al no computarse para el cálculo de la prestación por riesgo durante el embarazo, lo percibido en concepto de guardias.

Consideramos que, en la presente materia, sería deseable que de lege ferenda se abordara una reforma, incluyendo una cláusula de salvaguarda que garantice que la mutualista, en estas situaciones, perciba, de la suma de la prestación económica y del subsidio, por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural, el 100 % de la totalidad de las retribuciones.

Esta medida es acorde con la actual protección de estas situaciones, tanto en la Unión Europea como en nuestro país, puesta de manifiesto, entre otras, en la Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, y por la que se deroga la Directiva 2010/18/UE del Consejo, que debe trasponerse al ordenamiento español antes del 2 de agosto de 2022 y, del Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

**Propuesta.**

Incluir una cláusula de salvaguarda que garantice que la mutualista perciba el 100 % de la totalidad de sus retribuciones, -sumadas la prestación de Seguridad Social y el subsidio con cargo a la Mutualidad General Judicial-, en las situaciones de riesgo durante el embarazo y de riesgo durante la lactancia natural del menor de nueve meses.

**C) PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS.**

**I. EL SUBSIDIO ESPECIAL DE INCAPACIDAD POR JUBILACIÓN.**

De conformidad con el artículo 94.1 del Reglamento del Mutualismo Judicial, que regula la incapacidad permanente, “el mutualista en activo incluido en el Régimen de Clases Pasivas del Estado que, por disminución psicofísica o funcional, quedase incapacitado para el desempeño de la función y pasare a la situación de jubilado, tendrá derecho, hasta que cumpla la edad en que hubiera procedido su jubilación forzosa, a una prestación mensual equivalente al veinte por ciento de las retribuciones básicas ordinarias percibidas el último mes en activo, que se actualizará en igual porcentaje que el que, sucesivamente, se apruebe para las pensiones de Clases Pasivas del Estado. Se abonarán, anualmente, dos pagas extraordinarias del mismo importe que la prestación mensual que se reconozca, en los meses que se disponga para el personal en activo”.

Por su parte, el artículo 196.2 de la Ley General de la Seguridad Social establece que los declarados afectos de incapacidad permanente total percibirán la pensión prevista, que equivale al 55 % de la base reguladora, incrementada en el porcentaje que reglamentariamente se determine, cuando por su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presuma la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual anterior. El artículo 6º del Decreto 1646/1972, de 23 de junio, declara que el incremento “consistirá en un 20% de la base reguladora que se tome para determinar la cuantía de la pensión”. Téngase en cuenta que el importe de la pensión de incapacidad permanente total es del 55 % de la base reguladora. Por lo tanto, cuando concurren las circunstancias reseñadas, el beneficiario percibirá una pensión equivalente al 75 % de la base reguladora.

Del tenor de la normativa expuesta, se puede colegir que el objetivo que se persigue con el abono por la Mutualidad General Judicial del subsidio de la jubilación por incapacidad es paliar la reducción de ingresos del mutualista que, antes de cumplir la edad de jubilación, debido a su estado patológico, se encuentra incapacitado para el desempeño de su profesión. Se trata de una aportación análoga a la del beneficiario de la incapacidad permanente total en el Régimen General de la Seguridad Social, cuando por su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presuma la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual anterior. Sin embargo, las cuantías de los complementos no son equiparables. En el supuesto de la incapacidad permanente total cualificada, el beneficiario percibirá el 20 de la base reguladora de la prestación de incapacidad permanente total. Esta cuantía sería equiparable al 20 % del haber regulador de la pensión de jubilación por incapacidad que percibiera el mutualista, importe superior al 20 % de las retribuciones básicas (sueldo y antigüedad), que constituye el subsidio abonado por la Mutualidad General Judicial. Al existir identidad de razón, consideramos que debería de incrementarse el subsidio de jubilación por incapacidad, al 20 % del haber regulador de la pensión del mutualista.

**Propuesta.**

El importe del subsidio especial de jubilación por incapacidad debería ascender al 20 % del haber regulador de la pensión del mutualista, para cumplir con la función de paliar la minoración de ingresos que le suponen sus deficiencias funcionales, que le impiden desarrollar su profesión, antes del cumplimiento de la edad forzosa de jubilación.

**II. LA REMUNERACIÓN DEL PERSONAL ENCARGADO DE LA ASISTENCIA AL GRAN INVÁLIDO.**

El artículo 98 del Reglamento del Mutualismo Judicial, que regula la prestación económica por gran invalidez, dispone que “el mutualista jubilado incluido en el Régimen de Clases Pasivas del Estado que sea declarado gran inválido tendrá derecho a una prestación vitalicia, destinada a remunerar a la persona encargada de su asistencia, constituida por la prestación establecida en el artículo 94 de este Reglamento, adicionada con una cantidad mensual equivalente al cuarenta por ciento de las retribuciones básicas ordinarias percibidas el último mes en activo, que se actualizará anualmente con los porcentajes aprobados para las pensiones de Clases Pasivas y se percibirá en doce mensualidades ordinarias y dos extraordinarias en los meses que se disponga para el personal en activo”.

A estos efectos, el artículo 196.4 de la Ley General de la Seguridad Social establece que “si el trabajador fuese calificado como gran inválido, tendrá derecho a una pensión vitalicia según lo establecido en los apartados anteriores, incrementándose su cuantía con un complemento, destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atiende. El importe de dicho complemento será equivalente al resultado de sumar el 45 por ciento de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30 por ciento de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la situación de incapacidad permanente. En

ningún caso el complemento señalado podrá tener un importe inferior al 45 por ciento de la pensión percibida, sin el complemento, por el trabajador”.

Consideramos que debería incluirse en el complemento para la remuneración de la persona que asista al mutualista declarado gran inválido, una cláusula de garantía de mínimos, al igual que en el Régimen General de la Seguridad Social.

**Propuesta.**

Sería deseable que se contemplara que la prestación vitalicia, destinada a remunerar a la persona encargada de la asistencia del mutualista jubilado incluido en el Régimen de Clases Pasivas del Estado, que sea declarado gran inválido, no podrá tener un importe inferior al 45 por ciento de la pensión percibida por el mismo, sin computar el complemento.

*Ana María Orellana Cano  
Presidenta del Consejo General de la Mutualidad General Judicial.*