

**El mutualismo judicial:  
Acción protectora de la  
Mutualidad General Judicial**

María del Carmen Núñez Fiaño

**Tesis Doctoral UDC**

**2019**

Director / Tutor: **Pedro Ricardo Ron Latas**

Programa de Doctorado: **Derecho Administrativo Iberoamericano**



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



D. Ricardo Pedro RON LATAS, profesor titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Facultad de Derecho de la Universidade da Coruña, director / tutor de la Tesis “El mutualismo judicial: Acción protectora de la Mutualidad General Judicial”, elaborada por la Lcda. María del Carmen NUÑEZ FIAÑO para la obtención del grado de Doctor, declara que la citada Tesis Doctoral constituye un exhaustivo trabajo de investigación elaborado con precisión metodológica, rigor y minuciosidad por Dña. María del Carmen NUÑEZ FIAÑO, y puede calificarse, sin duda alguna, de altamente satisfactorio y, en consecuencia, apto para su depósito y defensa.

Y para que conste a los efectos de su defensa y depósito, lo informo muy favorablemente y firmo la presente en A Coruña a 20 de mayo de 2019.

Vº. Bº.

El Director / Tutor de la Tesis

Fdo.: Ricardo Pedro RON LATAS



*“Vive como si fueras a morir mañana.  
Aprende como si fueras a vivir siempre”*  
(Mahatma Gandhi)

Sin duda alguna, para mi hija Carlota.



## **AGRADECIMIENTOS**





Jamás habría iniciado esta Tesis y, muchos menos, continuado o concluido sin el apoyo y esfuerzo de muchas personas a las que quiero manifestar mi sincero agradecimiento.

A mi director y tutor, el profesor titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Facultad de Derecho de la Universidade da Coruña, Ricardo Ron Latas, por brindarme la oportunidad de embarcarme en esta humilde incursión en el campo de la investigación, por las orientaciones, atención y apoyo permanente durante el curso de la investigación.

A mi familia, incluidos los que viven en mi recuerdo y, en particular, a Delio, y a mi madre que ha cubierto mis ausencias con mi hija durante no poco tiempo.

Y, por último, pero no por ello menos importante, quiero agradecer a mis compañeros y amigos, José María, Fernando y Dolores, su incondicional apoyo desde que comencé esta aventura y sus valiosas indicaciones en la investigación. A José María Gómez Díaz-Castroverde, porque una vez más ha confiado en mi capacidad para asumir este reto, preocupándose día a día por mi dedicación a esta tarea, venciendo incluso el desánimo de alguna época, facilitándome en todo lo posible su consecución. A Fernando Fernández Leiceaga, por su empuje también constante y por escuchar con interés mis monólogos sobre la materia, ofreciendo su objetiva y racional visión. Y, por supuesto, a Dolores Rivera Frade, cuya aportación en esta Tesis ha sido decisiva, transmitiéndome generosamente, como siempre, todos sus conocimientos sobre la materia, facilitándome notablemente la labor investigadora en el campo del Derecho comparado y, cómo no, por su afectuoso y permanente respaldo.

Gracias por todo.

A Coruña, mayo 2019.



**RESUMEN / RESUMO / ABSTRACT**

---

## RESUMEN

La subsistencia del mutualismo judicial como uno de los mecanismos de protección del RESSAJ en el marco de simplificación y homogeneización del sistema de Seguridad Social impone la necesidad de conocer la evolución histórica de su fundamento, el ámbito subjetivo y acción protectora y demás aspectos que lo conforman para alcanzar una perspectiva completa que permita conocer sus peculiaridades y problemática y, desde este entendimiento, proponer soluciones. Esta tarea se aborda en la presente Tesis, en la que partiendo de la visión que se obtiene tras conocer su evolución histórica, se examinan su ámbito subjetivo y, especialmente, el objetivo incluyendo un análisis de las instrucciones, circulares y órdenes que le afectan, así como el régimen tributario de las prestaciones con cargo a la MUGEJU. Con dicha labor se supera la dispersión normativa, la escasa o insuficiente doctrina sobre la materia y se aporta, al menos eso se pretende, un conocimiento global de este mecanismo de protección social, que incluye la relevante labor jurisprudencial tanto de la jurisdicción social como de la contencioso-administrativa. La presente investigación facilita una perspectiva global del Mutualismo Judicial, así como el conocimiento de su problemática y sus posibles soluciones.

## RESUMO

A subsistencia do mutualismo xudicial como un dos mecanismos de protección da RESSAX no marco da simplificación e homoxeneización do sistema da Seguridade Social impón a necesidade de coñecer a evolución histórica do seu alicerce, o alcance subxectivo e a acción protectora e outros aspectos que o conforman para alcanzar unha perspectiva completa que permita coñecer as súas peculiaridades e problemas e, a partir deste entendemento, propoñer solucións. Esta tarefa está tratada na presente Tese, na que a partir da visión que se obtén logo de coñecer a súa evolución histórica, analízase o seu alcance subxectivo e, especialmente, o obxectivo que inclúe unha análise das instrucións, circulares e ordes que o afectan, así como a réxime fiscal das prestacións da MUGEJU. Co devandita

---

labor supérase a dispersión normativa, a escasa ou insuficiente doutrina sobre a materia e achégase, polo menos iso preténdese, un coñecemento global deste mecanismo de protección social, que inclúe o relevante labor xurisprudencial tanto da xurisdición social como da contencioso-administrativa. A presente investigación facilita unha perspectiva global do mutualismo xudicial, así como o coñecemento da súa problemática e as súas posibles solución.

#### ABSTRAC

The subsistence of the judicial mutualism as one of the protection mechanisms of the special regime of social security of the personnel at the service of the administration of justice in the framework of simplification and homogenization of the Social Security system imposes the need to know the historical evolution of its foundation, the subjective scope and protective action and other aspects that make it up to reach a complete perspective that allows to know its peculiarities and problems and, from this understanding, propose solutions. This task is addressed in the present Thesis, in which starting from the vision that is obtained after knowing its historical evolution, its subjective scope is examined and, especially, the objective including an analysis of the instructions, circulars and orders that affect it, as well as the tax regime of the benefits charged to the MUGEJU. With this work the normative dispersion is overcome, the scarce or insufficient doctrine on the matter and it is provided, at least that is intended, a global knowledge of this social protection mechanism, which includes the relevant jurisprudential work of both the social jurisdiction and the administrative litigation. The present investigation facilitates a global perspective of Judicial Mutualism, as well as the knowledge of its problematic and its possible solutions.

<b>Introducción</b>	1
<b>Capítulo I. Una aproximación histórica al mutualismo judicial</b>	13
1. Antecedentes remotos: cofradías y montepíos	21
2. El mutualismo judicial en el siglo XX	35
2.1. Introducción	35
2.2. La Asociación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia	37
2.3. La Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal	41
2.4. La Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia	43
2.5. La Agrupación Mutuo-benéfica de los Funcionarios al servicio de la Administración de Justicia	45
2.6. Mantenimiento del régimen de mutualismo y creación de una Mutualidad de Funcionarios de la Administración de Justicia. Creación de la MUGEJU	50
<b>Capítulo II. Aspectos organizativos de la MUGEJU</b>	57
1. Estructura orgánica	59
1.1. Disposiciones comunes	66
2. Comisión Rectora	68
2.1. Competencias	68
2.2. Composición y funcionamiento	69
3. El Consejo Rector	71
3.1. Funciones	71
3.2. Composición y funcionamiento	72
4. La gerencia	74
5. Los delegados provinciales	77
<b>Capítulo III. Ámbito subjetivo del mutualismo judicial</b>	79
1. Delimitación del marco de aplicación del mutualismo judicial	81
2. Afiliación	90
2.1. Afiliación obligatoria	92
2.2. Afiliación voluntaria	101
3. Beneficiarios	102

3.1. Requisitos para el reconocimiento de la condición de beneficiario.....	103
3.2. Incompatibilidades.....	104
<b>Capítulo IV. Ámbito objetivo de la MUGEJU.....</b>	<b>105</b>
<b>1. Consideraciones previas.....</b>	<b>107</b>
<b>2. Contingencias.....</b>	<b>110</b>
2.1. Accidente en acto de servicio.....	112
2.2. Enfermedades profesionales.....	132
<b>Capítulo V. Acción protectora.....</b>	<b>139</b>
<b>1. Disposiciones comunes.....</b>	<b>141</b>
1.1. Caracteres de las prestaciones.....	141
1.2. Derecho a las prestaciones, reconocimiento, suspensión y sucesión.....	142
1.3. Prescripción y caducidad de derecho y obligaciones.....	143
1.4. Prestaciones indebidas, responsables del reintegro y procedimiento.....	144
<b>2. Prestaciones sanitarias.....</b>	<b>151</b>
2.1. Contenido de la asistencia sanitaria.....	154
2.1.1. Atención primaria.....	155
2.1.2. Atención especializada.....	162
2.1.3. Prestación farmacéutica.....	173
2.1.4. Prestaciones complementarias.....	189
2.1.4.1. El transporte sanitario.....	189
2.1.4.2. La oxigenoterapia a domicilio.....	195
2.1.4.3. Los tratamientos dietororápicos complejos y las dietas enterales.....	195
2.1.4.4. Las prestaciones ortoprotésicas.....	198
2.1.4.5. Otras prestaciones sanitarias.....	203
2.1.5. Cualquier otra prestación que se determine en el ámbito del RGSS.....	207
2.2. Beneficiarios de la asistencia sanitaria.....	207
2.3. Modalidades de asistencia sanitaria. Reintegro de gastos sanitarios.....	208
2.4. Asistencia sanitaria en el extranjero.....	226
<b>3. Prestaciones económicas.....</b>	<b>235</b>
3.1. Prestación económica por incapacidad temporal.....	236
3.2. Prestación por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural.....	248
3.3. Prestación por incapacidad permanente.....	262



3.4.	Prestación por gran invalidez.....	264
3.5.	Prestación por lesiones permanentes no invalidantes.....	270
<b>4.</b>	<b>Prestaciones para la protección de la familia.....</b>	<b>272</b>
4.1.	Prestación por hijo a cargo con discapacidad.....	273
4.2.	Prestación por nacimiento o adopción de hijo.....	275
4.2.1.	Prestación económica de pago único por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familia numerosa, monoparental y en los casos de madres discapacitadas.....	275
4.2.2.	Ayudas económicas en los casos de parto múltiple.....	277
4.2.2.1.	Subsidio especial por maternidad o paternidad en los supuestos de parto, adopción o acogimientos múltiples.....	277
4.2.2.2.	Prestación económica de pago único por parto o adopción múltiple.....	278
<b>5.</b>	<b>Prestaciones sociales.....</b>	<b>279</b>
5.1.	Ayudas por gastos de sepelio.....	280
5.2.	Asistencia a jubilados.....	281
5.3.	Programas sociosanitarios.....	282
5.3.1.	Programa de atención a personas mayores.....	283
5.3.2.	Programa de atención a personas con discapacidad.....	283
5.3.3.	Programa de atención a personas drogodependientes.....	286
5.4.	Fondo de Asistencia Social.....	287
<b>6.</b>	<b>Otras ventajas de los mutualistas de la MUGEJU.....</b>	<b>288</b>
<b>7.</b>	<b>Fondo Especial de MUGEJU.....</b>	<b>289</b>
7.1.	Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal.....	291
7.2.	Mutualidad de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia.....	293
7.3.	Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia.....	294
 <b>Capítulo VI. Régimen económico financiero de la MUGEJU.....</b>		<b>295</b>
<b>1.</b>	<b>Cotizaciones.....</b>	<b>298</b>
1.1.	Cotización individual del mutualista.....	299
1.2.	Aportaciones del Estado.....	301
<b>2.</b>	<b>Gestión recaudatoria.....</b>	<b>302</b>
<b>3.</b>	<b>Especial referencia a las cotizaciones del Fondo Especial de la MUGEJU.....</b>	<b>306</b>

<b>Capítulo VII. Tratamiento fiscal de las prestaciones económicas y sociales del mutualismo judicial. Especial referencia a las prestaciones por incapacidad permanente y las familiares</b>	<b>309</b>
1. Régimen tributario de las prestaciones económicas del mutualismo judicial	316
2. Régimen tributario de las prestaciones familiares	319
3. Tributación de las prestaciones sociales y las propias de la Mutualidades integradas en el Fondo Especial de la MUGEJU	327
<b>Capítulo VIII. Protección social de los Funcionarios de la Administración de Justicia en El Salvador y Chile</b>	<b>331</b>
1. Introducción. Una visión internacional de la protección social en los países de Iberoamérica	333
2. Protección social de los empleados públicos en El Salvador	337
2.1. Introducción. Visión Constitucional de la protección social	337
2.2. Antecedentes de la protección social en El Salvador	343
2.3. La Seguridad Social de los servicios Públicos. Prestaciones económicas y sociales de los Funcionarios de la Administración de Justicia	350
3. Protección social de los empleados públicos en Chile	359
3.1. Introducción. Visión Constitucional de la protección social	359
3.2. Antecedentes de la protección social en Chile	361
3.3. La Seguridad Social de los servidores públicos. Inexistencia de un régimen específico a favor de los Empleados de la Administración de Justicia	367
<b>Conclusiones</b>	<b>375</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>381</b>

AEAT: Agencia Estatal de la Administración Tributaria.  
AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.  
AEMPS: Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios.  
AFP: Administradoras de Fondos de Pensiones.  
Art. / Arts.: Artículo / Artículos.  
ATC: Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química.  
ASSS: Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.  
BOCG: Boletín Oficial de las Cortes Generales.  
BOE: Boletín Oficial del Estado.  
CAHC: Comité Asesor de la Hormona del Crecimiento.  
CAS: Concierto de Asistencia Sanitaria.  
CC: Código Civil.  
CC.AA.: Comunidad Autónoma.  
CE: Constitución Española.  
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
*Cfr.: Conferre.*  
CGPJ: Consejo General del Poder Judicial.  
Cit.: cita ya referenciada.  
CISS: Comité Interamericano de Iniciativas en Materia de Seguridad Social.  
CNP: Cuerpo Nacional de Policía.  
COMPIN: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.  
Coord. / Coords.: Coordinador / Coordinadores.  
CPS: Certificado Provisional Sustitutorio.  
CSCSNS: Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.  
CSIF: Central Sindical Independiente y de Funcionarios.  
CV: Consulta vinculante.  
DGT: Dirección General de Tributos.  
DGRAJ: Dirección General de Relaciones con la Administración Judicial.  
Dir. / Dirs.: Director / Directores.  
DNI: Documento Nacional de Identidad.  
EBEP: Estatuto Básico del Empleado Público  
Ed.: Edición.

Edit.: Editor.

EVI: Equipo de Valoración de Incapacidades.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

INPEP: Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

INTCF: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

IPREM: Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples.

IPS: Instituto de Previsión Social.

IPSFA: Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada.

IRPF: Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

LAADVLS: Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.

LC: Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal.

LCCSNS: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

LCVLF: Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar.

LGS: Ley 14/1986, General de Sanidad.

LGSS: 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.

LGT: Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.

LGURMPS: Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

LIRPF: Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.

LJCA: Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

LOIEMH: Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

LPA: Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

LPRL: Ley 31/1995, de 20 de junio, de Prevención de Riesgos Laborales.

LSSFCE: Ley 29/1975, de 27 de junio, de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

LTRHA: Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

MERCOSUR: Mercado Común del Sur.

MUFACE: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

MUGEJU: Mutualidad General Judicial.

N.: Número.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OISS: Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

OIT: Organización Internacional de Trabajo.

p. / pp.: página / páginas.

Párr.: Párrafo.

PGE: Presupuestos Generales del Estado.

PVP: Precio de Venta al Público.

RD: Real Decreto.

RD Leg.: Real Decreto Legislativo.

RD Ley: Real Decreto Ley.

Ref.: Referencia.

RESSAJ: Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia.

Rglo.: Reglamento.

RGR: Real Decreto 939/2005, de 29 de julio, por el que se aprueba el Reglamento General de Recaudación.

RGRSS: Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social.

RGSS: Régimen General de la Seguridad Social.

RHA: Reproducción Humana Asistida.

RMA: Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

RMJ: Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial.

SAFP: Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

SERGAS: Servicio Gallego de Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

ss.: siguientes.

T.: Tomo.

TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social.

TJCE: Tribunal de Justicia de la Unión Europea.

TRLGURMPS: 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.

TRRESSAJ: 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.

TSE: Tarjeta Sanitaria Europea.

UE: Unión Europea.

UHD: Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

*Vid.: Videre.*

Vol.: Volumen.

## **INTRODUCCIÓN**





La creación de nuestro actual sistema de Seguridad Social tenía como finalidad primordial operar el tránsito de un conjunto de Seguros Sociales disperso y confuso a un sistema de Seguridad Social. Así, no es de extrañar que la Ley de Bases de Seguridad Social contemplara como una de sus directrices la tendencia a la unidad de la estructura del sistema que ella misma creaba. Pese a todo, lo cierto es que su estructura no era en realidad unificadora, al decidirse por construir un sistema de protección social dividido en un RGSS y varios regímenes especiales. La realidad iniciática del sistema se transmutó posteriormente en un progresivo proceso de homogeneización, en especial, a través de la integración y supresión de algunos de los muchos (hasta 14) regímenes especiales que llegaron a coexistir.

La modificación de la que hablamos arranca fundamentalmente con las reformas legislativas de los años ochenta y noventa, dictadas en desarrollo y aplicación del conocido como Pacto de Toledo<sup>1</sup>, cuya recomendación sexta abogaba en su momento por la simplificación e integración de los regímenes especiales, con la aspiración de lograr la plena homogeneización del sistema público de pensiones, mediante la reducción gradual del número de los existentes, de manera que a medio o largo plazo todos los trabajadores y empleados quedasen encuadrados, o bien en el régimen de trabajadores por cuenta ajena o bien en el de trabajadores por cuenta propia. No es de extrañar, pues, que el legislador decidiese en su momento incorporar al colectivo propio de los tres regímenes especiales de funcionarios — siempre que hayan adquirido tal condición a partir del 1 de enero de 2011— en el RGSS. Se trató, sin embargo, de una integración parcial, por cuanto que la misma se

---

<sup>1</sup> Con tal nombre se conoce al pacto político sobre el sistema de la Seguridad Social y su evolución alcanzado casi por unanimidad de todas las fuerzas políticas el 6 de abril de 1995. El informe que fue publicado en el BOCG de 12 de abril de 1995, derivaba de un borrador de acuerdo al que se llegó el 3 de febrero de 1995 en la ciudad de Toledo, de ahí su nombre. La Mesa del Congreso de los Diputados creó una Comisión para la valoración de los resultados obtenidos por la aplicación del Pacto de Toledo y, en base a ello, estudiar su desarrollo de futuro, cuyos trabajos cristalizaron en 2003 en un nuevo informe que revisaba lo realizado en aplicación de las recomendaciones de 1995 e introducía otras nuevas, teniendo en cuenta las transformaciones producidas desde entonces. Seguimiento y Evaluación de los acuerdos del Pacto de Toledo. Asimismo, del día 25 de enero de 2011, se aprobó nuevo Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo, en el que tras recordar el contenido de las diversas recomendaciones realizadas en 1995, junto con los matices y novedades introducidos en la revisión de 2003, y hacer referencia a las orientaciones comunitarias y a las previsiones demográficas, vuelve a destacar el papel esencial que desempeña el sistema de Seguridad Social como instrumento vertebrador, de cohesión y de integración, así como la importancia del consenso político. Sobre el Pacto de Toledo y renovaciones.

limitó única y exclusivamente a las pensiones del Régimen de Clases Pasivas, manteniendo el mutualismo administrativo y judicial en su ámbito respectivo.

La protección social del personal al servicio de la Administración de Justicia comparte, por tanto, con la propia de otros funcionarios públicos la complejidad y problemática derivada de la diversidad de mecanismos de cobertura, que se complementan y, en ocasiones, hasta se solapan entre sí, dificultando de este modo la comprensión de su funcionamiento e, incluso, el conocimiento del contenido de la acción protectora. Esta particularidad se aprecia especialmente en el ámbito mutualista, cuya acción protectora se desarrolla a través de múltiples órdenes, instrucciones y circulares<sup>2</sup>. Además de esta diversidad y dispersión normativa, aquella cognición se complica al trascender a este ámbito reformas abordadas en otros, como en el relativo al estatuto jurídico de los funcionarios públicos. Importa destacar, por lo tanto, que ni la cobertura del mutualismo, ni la propia del Régimen de Clases Pasivas o RGSS alcanza a situaciones amparadas por licencias o permisos retribuidos que establece el régimen jurídico de cada uno de los colectivos funcionariales, por tanto, de modo independiente a aquellos mecanismos de protección social.

Esta situación que comparten los tres regímenes especiales gestionados respectivamente por la MUFACE, ISFAS y MUGEJU, se agrava en el marco del RESSAJ, por ser el más rezagado en sincronizarse con los demás, al existir reformas operadas en ámbitos que, aun siendo independientes del mutualismo judicial, por efecto de la conexión con situaciones objeto de protección social, inciden en los requisitos de las contingencias o prestaciones que le son propias; situación que se muestra más acuciante respecto de la acción protectora que depara la MUGEJU en la medida en que, por un lado, la mayoría de los estudios doctrinales sobre la materia o bien no descienden a las disposiciones que desarrollan su contenido o bien versan

---

<sup>2</sup> Sobre naturaleza y alcance de estas normas, MORENO REBATO, Mar, "Circulares, instrucciones y órdenes de servicio. Naturaleza y régimen jurídico", *Revista de Administración Pública*, n. 147, 1998, pp. 159 a 200. También COELLO MARTÍN, Carlos y GONZÁLEZ BOTIJA, Fernando, "Circulares, instrucciones y órdenes de servicio: ¿meros actos internos, actos administrativos o reglamentos?", Comentario a las Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de junio y 12 de diciembre de 2006", *Revista Vasca de Administración Pública*, n. 78, 2007, pp. 267 a 306, o BAENA DE ALCÁZAR, Mariano, "Instrucciones y circulares como fuente del derecho administrativo", *Revista de Administración Pública*, n. 48, 1965, pp. 107 a 126.

sobre parte del personal al servicio de la Administración de Justicia, y por otro, porque existe una menor judicialización de la problemática que se suscita en la práctica.

La presente Tesis tiene por objeto el estudio del mutualismo judicial. Con ella se pretende ofrecer una perspectiva global de este mecanismo de protección social, asentada en un previo conocimiento de sus orígenes, evolución y hasta supervivencia en el marco actual de la progresiva simplificación y homogeneización del sistema de Seguridad Social, que permite traslucir la problemática vigente que se aborda desde un examen de las disposiciones que le dotan de contenido, y de la labor jurisprudencial, fundamentalmente, del orden social y contencioso-administrativa, debido a la esencial confluencia de ambas ramas del Derecho en la materia.

La subsistencia del mutualismo judicial en pleno siglo XXI, transcurridos ya veinticuatro años desde la firma del Pacto de Toledo<sup>3</sup>, plantea diversos interrogantes y problemas. Su pervivencia en el marco de actuaciones de simplificación y homogeneización del sistema de Seguridad Social, aunque de modo atenuado, denota su configuración como régimen fronterizo al mismo<sup>4</sup>, o “*sui generis*”<sup>5</sup>. La incidencia en el ámbito propio del mutualismo judicial de normas extrañas a él obliga, en la consecución de aquella perspectiva global, a manejar diversas ramas del Derecho, así como jurisprudencia tanto del orden jurisdiccional social como contencioso-administrativo.

La materia objeto de esta Tesis se aborda de modo muy escueto en el TRRESSAJ e, insuficientemente, en el RMJ. El contenido y otros aspectos determinantes de las prestaciones no básicas se relegan a las instrucciones y circulares de la MUGEJU —u órdenes de los Ministerios de Justicia o Hacienda—, que han suscitado escaso interés doctrinal, aunque sí un importante número de

---

<sup>3</sup> Destaca MONEREO PÉREZ, José Luis, “La reforma negociada del Sistema de Seguridad Social”, *Revista de Relaciones Laborales*, n. 5, 2001, p. 166, que el acuerdo de pensiones de 2001 aunque señala al Pacto de Toledo como fuente de acuerdos sociales, afirma que este no tiene carácter estático o inamovible pues debido a la amplitud de sus Recomendaciones es perfectamente adaptable a los cambios que experimenta la sociedad.

<sup>4</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords), *La protección social de la carrera judicial*, AEBOE, Madrid, 2018, p. 196.

<sup>5</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007, p. 29.

controversias. El conocimiento de tal contenido y su problemática se revela esencial para entender y, en su caso, cuestionar o justificar la pervivencia de este mecanismo en el marco sociopolítico y económico actual.

A tal conocimiento sirve el presente estudio que analiza toda la normativa que actualmente regula tanto su aspecto organizativo, como su ámbito subjetivo y objetivo. Tarea, por cierto, nada sencilla no sólo por la dispersión y diversidad de normas anunciada, sino también por la distinta naturaleza de los órganos de que emanan y la fragmentación de algunas prestaciones que complican la delimitación del régimen vigente, provocando evidentes contradicciones que se solventan con una ardua labor jurisprudencial social y contencioso-administrativa, que también se examina. Y todo ello, sin olvidar que determinados aspectos de la acción protectora se encuentran sometidos a modificaciones constantes (contenido de los programas sociosanitarios, cuantía de prestaciones sanitarias complementarias y un largo etc.) que dificulta notablemente dicho cometido.

Para despejar aquellas dudas y plantear soluciones es necesario conocer el origen y evolución del mutualismo judicial en España, así como el colectivo afectado y prestaciones que le son propias, para de esta forma alcanzar un entendimiento de la reticencia del mentado colectivo a la supresión de esta modalidad de protección social que, en definitiva, provocó que el legislador en el 2010 optara por una integración limitada del colectivo en el RGSS.

Partiendo de la evolución histórica de la protección social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, se expone la variabilidad del fundamento del mutualismo administrativo con la finalidad de reflexionar acerca de si, en atención a la situación actual, se justifica su mantenimiento. Con esta finalidad, resulta de especial trascendencia conocer las peculiaridades que el régimen especial de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia presenta respecto del RGSS, para así poder formular posibles soluciones para la consecución de las recomendaciones de los diversos acuerdos sociales relativos al sistema de Seguridad Social sin merma de los derechos adquiridos.

En relación a la metodología de la presente investigación, se ha empleado la que ha sido ya ensayada en anteriores ocasiones por doctrina social y administrativa, con la particularidad de que la tesis contará con una perspectiva comparada entre el Derecho Español y el Iberoamericano. Se han seguido las pautas clásicas de investigación: Determinación del estado de la cuestión, detección de problemas y proposición de soluciones, habiendo sido utilizados en cada estadio de la investigación una pluralidad de métodos<sup>6</sup>.

Determinar el estado de la cuestión es una tarea indispensable en este ámbito, que exige no sólo conocer el estado actual de la ciencia, sino indagar en sus antecedentes, porque solo desde la comprensión histórica de la realidad vigente se alcanza el entendimiento de los problemas y surgen las soluciones adecuadas. Por eso, fue necesario hacer una provisión exhaustiva de materiales normativos precisos para la investigación, actuales y pasados<sup>7</sup>, para analizar desde su origen y evolución el presente del mutualismo judicial. Es en esta inicial fase en la que pesan el método histórico y exegético, para los que han sido especialmente útiles las bases de datos y fondos bibliográficos de la propia Universidade da Coruña. Se ha recurrido también a fuentes jurisprudenciales y doctrinales ajenas, con una adecuada gestión y sistematización de la información recabada en los años de investigación, actualizada de modo permanente, por lo que la labor de provisión fue constante.

La fase de detección de problemas, conflictos y carencias requiere cierta formación, conocimiento de la temática y madurez. Por eso, se abordó mediante la realización de actividades formativas previstas en el Programa de Doctorado correspondiente, que permitieron acercarse a los materiales recopilados con conocimiento de causa y espíritu crítico, empleando además de los métodos de la fase anterior, el sociológico y teleológico.

Para la búsqueda de soluciones resultaron de inestimable valor los foros de discusión, monografías sobre cuestiones detectadas en fases anteriores y reuniones

---

<sup>6</sup> ALLI ARANGUREN, Juan Cruz, *La construcción del concepto de Derecho Administrativo Español*, Civitas, Madrid, 2006, p. 75.

<sup>7</sup> En el sentido de que toda norma jurídica constituye el resultado de una evolución y un peldaño en la cadena que desembocará en la elaboración de otra, LARENZ, Karl, *Metodología de la Ciencia del Derecho*, Ariel, Barcelona, 1994, pp. 34 y ss.

científicas, tanto con el Director como con otros expertos en la materia, aportando el método comparado un enfoque distinto de la especial protección de ciertos colectivos como el sujeto al marco de aplicación del mutualismo judicial.

Concluidas estas tres fases de la investigación, se plasmaron los resultados de la investigación en el presente documento científico, que se ha estructurado sobre la base de ocho capítulos.

En el primer capítulo se hace un recorrido histórico del mutualismo administrativo y, en especial, del mutualismo judicial del siglo XX. Como ha dicho la doctrina más autorizada, “solo cuando se determinan y puntualizan los antecedentes históricos es posible comprender en toda su amplitud el problema que tenemos planteado, comprender sus condicionamientos y en definitiva encarar unas soluciones”<sup>8</sup>. Prescindiendo de los antecedentes más remotos, el mutualismo administrativo hunde sus raíces en los montepíos del siglo XIX. Curiosamente, salvando las distancias propias de lo que acontece en otra etapa histórica, la asunción por el Estado de los fondos de aquellos Montepíos no supuso en la práctica su inmediata desaparición, que se tornó más bien ficticia durante dicho siglo. La aparición del Régimen de Clases Pasivas y, la posterior normativa de Seguridad Social, si bien merma el marco protector del mutualismo, lo asienta como mecanismo de cobertura de los funcionarios públicos, asegurando a dicho colectivo el disfrute de una de las prestaciones esenciales para el colectivo afectado, esto es, la asistencia sanitaria. Aunque más adelante el Régimen de Clases Pasivas será incorporado al RGSS —lo que supondrá, de hecho, la extinción del Régimen de Clases Pasivas—, una vez más, el mutualismo sale indemne de tal integración, configurándolo el legislador como mecanismo de cobertura del RESSAJ.

El Capítulo II se dedica a la naturaleza, estructura y composición del ente gestor del mutualismo judicial. En él se realiza un análisis comparativo de las normas reguladoras de los aspectos organizativos del ente gestor de la MUGEJU, que se han visto notablemente afectados por el reciente RD 96/2019, de 1 de marzo, que introduce cambios muy criticados por los sindicatos que, con casi toda seguridad, lo impugnarán. Este reglamento de organización de la MUGEJU tiene un perfil

claramente continuista respecto de su más inmediato predecesor, en cuanto a que el peso tanto en el poder de dirección como representativo de la Mutualidad lo soporta la Gerencia, frente a la figura del Presidente, que queda casi vacía de contenido.

En cuanto al ámbito subjetivo del mutualismo judicial, el mismo se aborda en el Capítulo III, y su estudio tendrá por fuente primordial la jurisprudencia. La aparente simplicidad de este tema resulta de una copiosa labor de recopilación de resoluciones judiciales, que me han ayudado a solventar —aunque no siempre de manera definitiva— las contradicciones y conflictos interpretativos a los que aboca la escueta normativa legal y reglamentaria del mutualismo judicial. En esencia, el TRRESSAJ incluye en su ámbito de aplicación a todo el personal al servicio de la Administración de Justicia, siendo la Ley Orgánica del Poder Judicial la norma que delimita cuál es el personal a su servicio. Tras fijar el ámbito subjetivo se analizan los actos de incorporación a la MUGEJU, y en particular, la afiliación, que (como veremos) puede ser tanto obligatoria como voluntaria.

El Capítulo IV es el dedicado al ámbito objetivo de la MUGEJU, en el que se presta especial atención a los riesgos o contingencias protegidos. La primera labor que he llevado a cabo en él ha sido la de intentar establecer una precisión terminológica de la que adolece la normativa reguladora de la acción protectora de la MUGEJU. Así, se intentan clarificar conceptos básicos que la regulación mutualista entremezcla, sentando los criterios propios, los aplicables y los que la investigación apunta como los posibles informadores de esta importante materia en la actualidad. Para ello, se ha hecho un recorrido doctrinal y jurisprudencial acerca de los riesgos de lo que la MUGEJU protege a sus beneficiarios.

La acción protectora también integra el ámbito objetivo del mutualismo judicial, pero dado el peso que presenta en esta investigación a ella se le dedica en exclusiva el Capítulo V. En él se examina el contenido de la prestación estrella de la MUGEJU: La asistencia sanitaria. En particular, en este capítulo se estudian las diferencias respecto de la dispensada en el RGSS (sus ventajas e inconvenientes), así como las peculiaridades que la transforman en innegociable para el colectivo afectado. También se estudian las restantes prestaciones complementarias, las

---

<sup>8</sup> DÍEZ PICAZO, Luis, *Estudios sobre la jurisprudencia civil*, Vol. II, Tecnos, Madrid, 1969, p. 33.

económicas y sociales, así como las propias del Fondo Especial. Se exponen las deficiencias y discordancias apreciadas, así como las reformas que se estiman necesarias.

El Capítulo VI se centra en el régimen económico financiero de la MUGEJU, analizando los recursos de la Mutualidad, las cotizaciones del funcionario y del Estado, los procedimientos para la recaudación de cuotas y de reintegro, así como la problemática inherente a este sistema de financiación.

La cobertura parcial a cargo de la MUGEJU en determinadas situaciones protegidas, unida a la distinta incidencia que en este régimen especial tiene la calificación del grado de incapacidad permanente en los dos mecanismos de cobertura, así como la reciente jurisprudencia sobre la exención de determinadas prestaciones —que motivó una reforma tributaria de incidencia colateral en las prestaciones familiares del mutualismo judicial—, justifican el análisis evolutivo del tratamiento tributario de las prestaciones de la MUGEJU, problemas planteados y situación actual que se recogen en el capítulo VII.

En el capítulo VIII se trata el Derecho comparado, concretamente, los mecanismos de protección social de los funcionarios de justicia en dos países iberoamericanos de la OISS, uno perteneciente a Centroamérica (El Salvador, considerado como un país en vías de desarrollo), y otro perteneciente al subcontinente sudamericano (Chile, pionero en la aplicación del sistema en el que los fondos individuales y los planes de empresa han venido financiando la mayor parte de las pensiones). El análisis y estudio comparado ofrece otra perspectiva de la problemática esencial y amplía las vías para su tratamiento y solución.

En fin, esta tesis responde, pues, a una necesidad de conocimiento global del mutualismo judicial que evidencia discordancias y deficiencias en su regulación, pero también sus ventajas que, actualmente, se presentan como innegociables por el colectivo al que afecta. Precisamente, como fruto de la investigación la perspectiva inicial sobre el futuro del mutualismo judicial ha variado radicalmente. Quizás con cierta temeridad alimentada por los resultados propios de la fase inicial de este trabajo, en el plan de investigación, evocando el título de una popular novela de



Gabriel García Márquez, se auguraba el contenido del estudio como la crónica de una muerte anunciada, que ahora se muta en la previsible “larga vida” del mutualismo judicial, como se dirá en las conclusiones.



## **CAPÍTULO I**

### **UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL MUTUALISMO JUDICIAL**



Una breve referencia a los antecedentes históricos del mutualismo administrativo facilitará la comprensión de la situación actual del aseguramiento obligatorio del personal al servicio de la Administración de Justicia, caracterizada por la diversidad de mecanismos que lo conforman. Porque, a día de hoy, el mutualismo administrativo se configura como un mecanismo de cobertura o protección de los funcionarios públicos que ha venido conviviendo con otros, como el sistema de Clases Pasivas y el Régimen de Ayuda Familiar<sup>9</sup>.

La principal dificultad del estudio radica, precisamente, en la proverbial diferencia de la protección social dispensada a los funcionarios públicos por parte del Estado. Aunque en la actualidad los funcionarios públicos civiles se encuentran incorporados dentro del sistema de Seguridad Social<sup>10</sup>, lo cierto es que su situación ha pasado por distintos vaivenes legislativos, tal y como descubriremos *ad infra*.

La principal particularidad de la protección social que se viene dispensando a los funcionarios de la Administración de Justicia se concreta en la dualidad de la misma. Si algo caracteriza la Seguridad Social de los funcionarios públicos es la existencia de un sistema doble (o incluso triple) de protección social. Así, el mutualismo administrativo se configura como un mecanismo de cobertura o protección de los funcionarios públicos que ha venido conviviendo, insistimos, con otros, como el sistema de Clases Pasivas y el Régimen de Ayuda Familiar.

La génesis del actual sistema de protección social de Seguridad Social de los funcionarios civiles del Estado se contiene en el Decreto 315/1964, de 7 de febrero, por el que se aprueba la Ley Articulada de Funcionarios Civiles del Estado<sup>11</sup>. Poco después de la aprobación de la norma de creación de nuestro moderno sistema de Seguridad Social, el legislador decidió que la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado se regularía por una Ley Especial. Y es que, aunque la Ley de

---

<sup>9</sup> ALARCÓN CARACUEL, Manuel Ramón y GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago, *Compendio de Seguridad Social*, 4ª Ed., Editorial Tecnos, Madrid, 1991, p. 357. De igual opinión, MORENO VIDA, María Nieves, “Protección por muerte y supervivencia en los Regímenes Especiales de Seguridad Social”, *Comentario sistemático a la regulación de las pensiones*, Monereo Pérez y García Ninet (dirs.), Moreno Vida y Vicente Palacio (coords.), Comares, Granada, 2004, p. 782.

<sup>10</sup> *Cfr.* Arts. 9 y 10 de la LGSS.

<sup>11</sup> BOE de 15 de febrero de 1964.

Bases de la Seguridad Social de 1963<sup>12</sup> informaba claramente del principio de tendencia a la unidad en el Sistema, no dudó en admitir, con evidente realismo, la coexistencia junto al RGSS de diversos regímenes especiales. Dentro de tales regímenes —consecuencia todos ellos de la peculiar naturaleza y de las singularidades de determinadas actividades profesionales— se insertaba el de los funcionarios públicos.

Sin embargo, la tan ansiada norma tuvo que esperar más de una década para ver la luz. El legislador no tuvo ni siquiera en cuenta el advenimiento del nuevo sistema de Seguridad Social en 1967, debiendo esperarse casi diez años para que se dictase la Ley especial reguladora de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado: la Ley 29/1975, de 27 de junio<sup>13</sup>. La justificación que la propia exposición de motivos de la norma menciona para tal retraso hasta resulta convincente: “tal estado de cosas se justifica en gran medida por la existencia de ciertos mecanismos de previsión social dentro de la Función Pública”.

Con todo, la propia norma tampoco fue ajena a que el problema de la protección social de los funcionarios públicos “constituye un problema de incuestionable magnitud y trascendencia”. Y es que, en efecto, el sistema de protección social de los funcionarios civiles del Estado no sólo presentaba en aquel momento evidentes quiebras e imperfecciones, sino que se podían advertir en el mismo no pocas desigualdades<sup>14</sup>. Y ello, sobre todo por causa de la gran variedad de mutualidades y montepíos existentes y las diferentes ayudas y subvenciones estatales que los mismos perciben, lo que, en suma, vino a determinar la aparición de muy diversos sistemas de cobertura, que no sólo dieron lugar a la existencia de diferencias entre funcionarios, sino que incluso llegó a apreciarse la carencia, por parte de un amplio colectivo de funcionarios, de prestaciones tan fundamentales como la de asistencia sanitaria.

A la vista de todo ello, lo que hace la Ley es crear una mutualidad general única para todos los funcionarios de carrera de la Administración Civil del Estado.

---

<sup>12</sup> BOE de 30 de diciembre de 1963.

<sup>13</sup> BOE de 30 de junio de 1975.

<sup>14</sup> GONZALO GONZÁLEZ, Bernardo y NUÑO RUBIO, José Luis, *Tipología estructura y caracteres*

En efecto, la LSSFCE creó una mutualidad general única para todos los funcionarios de carrera de la Administración Civil del Estado, con el objetivo de garantizar la existencia de unas prestaciones homogéneas para todos ellos. Este Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado quedaría integrado por los tres mecanismos de cobertura antes señalados: el de Derechos Pasivos, el de Ayuda Familiar, y el de mutualismo administrativo.

La finalidad: garantizar la existencia de unas prestaciones homogéneas. Con todo, y habida cuenta las necesarias repercusiones económicas de la nueva Ley, se estableció una paulatina y progresiva implantación de las prestaciones reconocidas en ella. Así, mientras la asistencia sanitaria tuvo virtualidad práctica a la entrada en vigor de la Ley, el resto de las prestaciones se fueron aplicando de forma gradual y progresiva. En concreto, la norma creaba un mecanismo triple de cobertura, a saber: a) el de Derechos Pasivos, de acuerdo con sus normas específicas; b) el de Ayuda Familiar, igualmente de acuerdo con sus normas específicas; y c) el de mutualismo administrativo<sup>15</sup>.

Pese a todo, lo cierto es que los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia quedaron excluidos de este nuevo Régimen Especial, pues según previsión normativa expresa<sup>16</sup>, los mismos seguirían rigiéndose por sus normas específicas. La Disposición Adicional segunda de la LSSFCE estableció que la Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia se regularía en una Ley especial, adaptada a las directrices de la misma y en régimen de mutualismo, a través de una Mutualidad de Funcionarios de la Administración de Justicia<sup>17</sup>. Y es que, pese a la vocación unificadora e igualitaria que informó dicha Ley, los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia quedaron excluidos

---

*de la protección social de los funcionarios públicos en España*, Marcial Pons, Madrid, 1995, p. 35.

<sup>15</sup> Que, según el Artículo 2 de la Ley 29/1975, se regulaba en dicha ley.

<sup>16</sup> Artículo 3.Dos d) de la Ley 29/1975: Quedan excluidos de este Régimen Especial y seguirán rigiéndose por sus normas específicas: d) Los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia. Este colectivo quedó excluido del régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, junto con otros, como los funcionarios de la Administración Local, los funcionarios de Organismos autónomos, y los funcionarios de la Administración Militar.

<sup>17</sup> Esta previsión normativa dio lugar a la promulgación del RD Ley 16/1978, de 7 de junio, que reguló la seguridad social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia. Y posteriormente el RD 3283/1978, de 3 de noviembre, aprobó el Reglamento de la MUGEJU.

de este Régimen Especial<sup>18</sup>, debiendo continuar rigiéndose por sus normas específicas.

Esta previsión normativa dio lugar a la promulgación del RD Ley 16/1978, de 7 de junio<sup>19</sup>, que reguló la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, creando la MUGEJU, a través de la cual se gestionaría el RESSAJ, adoptándose como directrices fundamentales la tendencia a la unidad, la participación de los interesados en el gobierno de la mutualidad y la prestación por el Estado de la necesaria cobertura económica, de forma que la MUGEJU quedaba definitivamente consolidada dentro del sistema de la Seguridad Social española<sup>20</sup>. A esta norma le siguió el RD 3283/1978, de 3 de noviembre, que aprobó el Reglamento de la MUGEJU<sup>21</sup>.

La primera de dichas normas fue objeto de numerosas modificaciones posteriores. Entre las disposiciones con rango de ley que han incidido en ella pueden citarse, sin ánimo exhaustivo, la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial; el texto refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado, aprobado por el RD Leg. 676/1987, de 30 de abril; sucesivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado y de Medidas fiscales, administrativas y del orden social y la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de

---

<sup>18</sup> Artículo 3.Dos d) de la Ley 29/1975: “Quedan excluidos de este Régimen Especial y seguirán rigiéndose por sus normas específicas: d) Los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia. Este colectivo quedó excluido del régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, junto con otros, como los funcionarios de la Administración Local, los funcionarios de Organismos autónomos, y los funcionarios de la Administración Militar”.

<sup>19</sup> BOE de 9 de junio de 1978.

<sup>20</sup> Integración, la operada con la normativa de la década de los 70 del siglo XX, que algún autor considera meramente formal, conformando a su juicio un mecanismo de previsión yuxtapuesto. De tal opinión es RODRÍGUEZ CARDO, Iván Antonio, “La progresiva homogeneización de los regímenes de Seguridad Social de los funcionarios públicos: novedades en el primer semestre de 2009”, *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, n. 84, 2009, p. 185. GARCÍA NINET, José Ignacio y DOLZ LAGO, Manuel Jesús, “Regímenes Especiales de Funcionarios Públicos”, *Derecho de la Seguridad Social*, De la Villa Gil (dir.), 5ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, pp. 895-896, afirman que los funcionarios públicos, a pesar del mantenimiento de singulares mecanismos de protección propios de la previsión social administrativa, están incluidos en el Sistema de Seguridad Social a través de los regímenes especiales. Califican a los regímenes especiales de funcionarios como periféricos, BLASCO LAHOZ, José Francisco, LÓPEZ GANDÍA, Juan y MOMPALER CARRASCO, Manuel Antonio, *Regímenes Especiales de la Seguridad Social*, 12ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, p. 37. *Vid.* también, CANALES GIL, Álvaro, *El sistema español de clases pasivas del Estado*, Cedecs, Barcelona, 1996, p. 340.



enero. Por su parte, la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado —como dispone el artículo 62 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social— resultó de aplicación a la MUGEJU en lo relativo a los organismos autónomos, con determinadas especialidades que se establecían en su artículo. Asimismo, el citado artículo 62 de la Ley 50/1998, de 14 de abril, autorizó al Gobierno para que, en el plazo de un año a partir de la entrada en vigor de dicha Ley, procediese a la elaboración, entre otros, de un texto refundido que regularizase, aclarase y armonizase el RD Ley 16/1978, de 7 de junio. Finalmente, la disposición adicional segunda de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, prorrogó hasta el 30 de junio del año 2000 la autorización otorgada al Gobierno por el artículo 62 anteriormente mencionado.

Así, posteriormente, con idéntico espíritu y con la finalidad confesa de acabar con la dispersión normativa y adaptar el Régimen Especial a las sucesivas reformas en diversas materias como la de Clases Pasivas, se aprobó el RD Leg. 4/2000, de 23 de junio<sup>22</sup>, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, que derogó la extensa normativa precedente<sup>23</sup>, pero, al igual que sus antecedentes normativos más próximos, decidirá excluir de su ámbito de aplicación a los funcionarios de la Administración de Justicia, que deberán regirse por normas especiales<sup>24</sup>. Y así surgió el RD Leg. 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el TRRESSAJ<sup>25</sup>, y más de una década después el RD 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprobó el RMJ<sup>26</sup>.

En este contexto normativo de origen, diremos que la situación a partir de RD Ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo<sup>27</sup>, del sistema de

---

<sup>21</sup> BOE de 30 de enero de 1979.

<sup>22</sup> BOE de 28 de junio de 2000.

<sup>23</sup> Al respecto, véase su extensa disposición derogatoria única.

<sup>24</sup> Artículo 3.2.d) del RD Leg. 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

<sup>25</sup> BOE de 28 de junio de 2000.

<sup>26</sup> BOE de 4 de agosto de 2011.

<sup>27</sup> Artículo 20 del RD Ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y

cobertura del personal al servicio de la Administración del Estado y también del de la Administración de Justicia, se caracteriza por su integración en un doble mecanismo de cobertura: El de los funcionarios que adquirieran tal condición a partir del 1 de enero de 2011 (que se integran en el RGSS, que sustituye el marco protector del Régimen de Clases Pasivas<sup>28</sup>), y el de los funcionarios que ingresaron antes de aquella fecha, que continúan a efectos de pensiones bajo este último régimen. En ambos casos, los funcionarios conservan la tutela social dispensada a través del mutualismo administrativo. Por tanto, los mecanismos de cobertura lo componen, por una parte, el RGSS o el de Clases Pasivas del Estado, para unos y otros funcionarios respectivamente, y por otra, el mutualismo administrativo y judicial<sup>29</sup>.

La regulación del mutualismo administrativo llega a nuestros días de la mano del RD 375/2003, de 28 de marzo<sup>30</sup>, con su precedente más inmediato en el Reglamento General del mutualismo administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo<sup>31</sup>. Partiendo de esta realidad actual podemos comprobar que el estudio del régimen de aseguramiento de los funcionarios de la Administración de Justicia abarca el del mutualismo administrativo, régimen que en el ámbito de la Administración de Justicia gestiona la MUGEJU. Y es que, con el mutualismo administrativo nace un sistema de protección social de los funcionarios públicos, y entre ellos, del personal al servicio de la Administración de Justicia, siendo parte integrante de su estatuto jurídico. Como dijimos anteriormente, una breve referencia a los antecedentes históricos del mutualismo administrativo facilitará la comprensión de la situación actual del aseguramiento obligatorio del personal al servicio de la Administración de Justicia, caracterizada por la diversidad de mecanismos que lo conforman<sup>32</sup>.

---

liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo, fue derogado por la LGSS.

<sup>28</sup> La integración en el RGSS a los exclusivos efectos de Clases Pasivas alcanzó a todos los funcionarios públicos de nuevo ingreso a partir del 1 de enero de 2011, conforme a lo dispuesto en el artículo 20 del RD Ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo.

<sup>29</sup> ESTEVE SEGARRA, Amparo, “Regímenes especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos”, *Derecho de la Seguridad Social*, Roqueta Buj y García Ortega (dirs.), 7ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, p. 622.

<sup>30</sup> BOE de 11 de abril de 2003.

<sup>31</sup> BOE de 28 de abril de 1986.

<sup>32</sup> GONZALEZ BERNAL, Jerónimo, “Si no existieran las clases pasivas habría que inventarlas”, *Foro*

La creación y mantenimiento durante todos estos años del mutualismo administrativo radica en que el régimen de derechos pasivos al que estaban sometidos los funcionarios públicos no daba cobertura a todos los riesgos. Solo atendía a riesgos como la jubilación, la incapacidad, la muerte y la supervivencia. La protección social en otros ámbitos corrió a cargo del mutualismo administrativo, lo que permite afirmar que este mecanismo de cobertura ha representado una importante vía de protección social en nuestra Función Pública; algo que ya se evidenciaba en las figuras que conforman los antecedentes del sistema que ha venido complementando el régimen de protección social de los funcionarios públicos frente a los riesgos sociales.

### **1. Antecedentes remotos: cofradías y montepíos**

Ninguna controversia doctrinal se suscita en torno a la consideración de que el germen directo de la Seguridad Social radica en la mutualidades y montepíos<sup>33</sup>, cuyo origen más remoto y manifestación más primitiva se encuentra en las *hetairiai* de la Grecia clásica, los *collegia funeralitia* de la antigua Roma o las *gilda* de los germánicos<sup>34</sup>.

En España, el punto de partida de este viaje histórico ha de situarse en la cofradía medieval<sup>35</sup>, institución de naturaleza inicialmente religiosa que fue asumiendo funciones de previsión y asistencia en favor de sus miembros<sup>36</sup>; en un principio, limitadas a la prestación de enterramiento, ampliándose con posterioridad a auxilios monetarios por vejez o invalidez, los concedidos en favor de la viuda o huérfanos del cofrade o incluso a la asistencia médica.

En el siglo XVI junto con las cofradías y, normalmente relacionados con

---

*de Seguridad Social*, n. 20, 2008, pp. 170 y ss.

<sup>33</sup> ALONSO OLEA, Manuel, “Régimen Jurídico de la Seguridad Social”, *Revista de Administración Pública*, n. 19, 1956, p. 162.

<sup>34</sup> MORENO RUIZ, Rafael, “La génesis del mutualismo moderno en Europa”, *REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos*, n. 72, 2000, pp. 202 y ss.

<sup>35</sup> Cfr. MARTÍNEZ GIRÓN, Jesús, *Una introducción histórica al estudio de las fuentes del derecho español de la seguridad social*, Paredes, Santiago de Compostela, 1990, pp. 2 y ss.

<sup>36</sup> Vid. RUMEU DE ARMAS, Antonio, *Historia de la previsión social en España. Cofradías-Gremios-Hermandades-Montepíos*, Ediciones El Albir, Barcelona, 1981.

estas, alcanzaron un desarrollo espectacular los gremios que se organizan por oficios y dividen en maestros, oficiales y aprendices y que, salvo contadas excepciones, no se ocupaban de fines de previsión<sup>37</sup>.

Aquellas instituciones dieron paso a la hermandades o sociedades de socorros mutuos, que mantuvieron las funciones religiosas de las cofradías, amparando a sus miembros con un derecho pleno a la percepción de las prestaciones garantizadas de acontecer el riesgo cubierto; mientras que en el caso de las cofradías se supeditaba el derecho a la prestación o auxilio a una situación de indigencia o al criterio de los demás miembros, en las hermandades, por su parte, aparecen señalados los requisitos de admisión, expulsión, cuotas y derechos, órganos de gobierno y administración, prestaciones en las distintas contingencias cubiertas (generalmente, enfermedad, invalidez y muerte) que cada socio tiene derecho a recibir<sup>38</sup>.

Las sociedades de socorros mutuos se constituyeron por Real Orden Circular de 28 febrero 1839<sup>39</sup> tan sólo tres años después de la supresión legal de las cofradías y gremios<sup>40</sup>, y respondían “a la idea de aliviar la ... situación del obrero sin atacar la raíz de la misma” (41), al tratarse de “Corporaciones ... cuyo instituto ... (era) el auxiliarse mutuamente en sus desgracias, enfermedades, etc., o el de reunir en común el producto de sus economías con el fin de ocurrir á sus necesidades futuras”<sup>42</sup>. Pero estas concretas asociaciones, cuya constitución estaba condicionada al cumplimiento

---

<sup>37</sup> Las cofradías y gremios de trabajadores solían contemplar en sus ordenanzas apartados relativos a la protección de los trabajadores frente a los posibles infortunios que estos pudieran padecer y que “no se... (veían) suficientemente atendidos por el resto de instituciones asistenciales” (cfr. CARASA SOTO, Pedro, “Beneficencia y Control Social en la España Contemporánea”, *Historia Ideológica del Control Social (España-Argentina, siglos XIX y XX)*, Promociones y Publicaciones Universitarias, Barcelona, 1989, p. 212). Puede afirmarse, en efecto, que la “protección al trabajador ... constituía uno de sus objetivos, y esa protección no sólo se llevó a efecto mediante esa estructuración perfecta de la relación de trabajo, sino también en el amparo y protección del trabajador en su infortunio” (cfr. DEL PESO CALVO, C., “De la protección gremial al vigente sistema de seguridad social. Apuntes históricos comentados”, *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Madrid*, n. 25, 26 y 27, vol. X, 1967, p. 16). Sobre dicha protección, véase RUMEU DE ARMAS, Antonio, *Historia de la previsión social en España. Cofradías-Gremios-Hermandades-Montepíos*, cit., pp. 10 y ss., y, del mismo autor, “Los Gremios Españoles. Su origen y vicisitudes”, *Congreso de Estudios Sociales*, Ediciones de la Revista de Trabajo, Madrid, 1945, pp. 187 y ss.

<sup>38</sup> AVALOS MUÑOZ, Luis Miguel, “Antecedentes Históricos del Mutualismo”, *CIREC- ESPAÑA*, n. 12, 1991, pp. 42 y ss.

Colección Legislativa, t. 25, p. 141.

<sup>40</sup> Por la promulgación del Decreto de 6 diciembre 1836.

<sup>41</sup> Cfr. ALARCON CARACUEL, Manuel Ramón, *El derecho de asociación obrera en España (1839-1900)*, Ediciones de la Revista de Trabajo, Madrid, 1975, p. 79.

de ciertos requisitos<sup>43</sup>, no resolvieron los problemas de desprotección de los trabajadores, por causa “del recelo ... con que eran miradas por los poderes públicos”<sup>44</sup>, que presumían que “en ellas se encubría el incipiente sindicalismo”<sup>45</sup>.

Ya en pleno auge del movimiento ilustrado y fruto de la política regalista de Campomanes, por Orden de 27 de julio de 1767, se suprimen todas las cofradías y hermandades, que en la práctica se transformaron en montepíos y mutualidades de Previsión Social<sup>46</sup> cuya diferencia esencial respecto de aquellas era su vocación laica. Por lo que se refiere a los trabajadores que no ostentaban la condición de funcionarios, esas mutualidades y montepíos de previsión social eran entidades aseguradoras creadas por determinadas empresas o sectores laborales que, anticipándose a la existencia del “retiro obrero implantado con carácter obligatorio en el año 1921<sup>47</sup>, concedían a sus afiliados protección por vejez. Su régimen jurídico, excluida la aplicación de la normativa sobre seguros privados —esto es, el Código de Comercio<sup>48</sup> y la Ley Reguladora de las Sociedades de Seguros de 14 mayo 1908<sup>49</sup>,

<sup>42</sup> Cfr. la exposición de motivos de la Real Orden Circular en cuestión.

<sup>43</sup> Que eran los tres siguientes: “1ª Presentar a la Autoridad civil superior de la provincia los nuevos estatutos o reformas que convenga hacer en los actuales, para su conocimiento y corrección de lo que puedan tener contrario á las leyes. 2ª Dar conocimiento a la misma autoridad de las personas que dirigen la sociedad o que intervengan en sus caudales, siempre que sean nombradas o reemplazadas. 3ª Avisar al Jefe Político, o donde este no resida al Alcalde, cuando se celebren juntas generales, expresando el lugar y hora de la reunión, la cual podrá ser presidida sin voto por aquel, o en su caso por el Alcalde”.

<sup>44</sup> Cfr. MARTÍNEZ GIRÓN, Jesús, *Una introducción histórica al estudio de las fuentes del derecho español de la seguridad social*, cit., p. 21.

<sup>45</sup> Cfr. YVORRA, José Antonio, *Los orígenes del derecho de asociación laboral en España (1800-1869)*, Editorial Cátedra Fadrique Furio Ceriol-Facultad de Derecho de Valencia, Valencia, 1978, p. 130.

<sup>46</sup> El diccionario de la lengua española de la Real Academia Española define el montepío como “Depósito de dinero, formado ordinariamente de los descuentos hechos a los individuos de una corporación, o de otras contribuciones, para socorrer a sus viudas y huérfano”. La Enciclopedia Larousse como “Fondo o depósito de dinero formado con los descuentos hechos a los individuos de algún Cuerpo o Clase o de otras contribuciones que los mismos efectúan con el fin de obtener pensiones para viudas y huérfanos o recursos económicos en sus enfermedades y, en algún caso, también pensión de vejez e invalidez”.

<sup>47</sup> FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, Víctor, “Régimen especial de los ferroviarios”, *Diecisiete lecciones sobre regímenes especiales de seguridad social*, Universidad de Madrid-Facultad de Derecho, Madrid, 1972, p. 404.

<sup>48</sup> Cuyo art. 124 excluyó de sus disposiciones a los montepíos y mutualidades libres de previsión social, siempre que “no se dedicaren a actos de comercio extraños a la mutualidad o se convirtieren en sociedades a prima fija”.

<sup>49</sup> Gaceta de 16 mayo. Según su art. 3, se exceptuaban de los preceptos de la Ley “los Montepíos, Sociedades de socorros mutuos y, en general, las constituidas con fines benéficos, siempre que sus fondos se destinen únicamente a realizar dichos fines, salvo los gastos de administración”. Por cierto, que esta exclusión se mantuvo igualmente tras la Ley de Ordenación de Seguros Privados de 16

con su reglamento de 2 febrero 1912<sup>50</sup>—, venía constituido por la Ley de Asociaciones de 30 junio 1887<sup>51</sup>, donde se incluía dentro de su ámbito de aplicación a “los gremios, las sociedades de socorros mutuos, de previsión, de patronato y a las cooperativas de producción de crédito o de consumo”<sup>52</sup>.

En cambio, en el ámbito funcionarial, ese contexto normativo de mediados del siglo XVIII propició que vieran la luz por iniciativa oficial los montepíos de funcionarios<sup>53</sup>. Aparentemente, la primera manifestación de este sistema de protección social fue el Montepío Militar<sup>54</sup> que se creó por Real Cédula de 20 de abril de 1761. Le siguió el de Ministerios y Tribunales, creado por Real Cédula de 12 de enero de 1763, que nace a semejanza del militar y con el designio de complementar la moderada dotación que tenían los Ministros de Justicia y cubrir el desamparo en que con su muerte quedaban viuda e hijos, y que se desarrolla por el Reglamento para el gobierno el Montepío de viudas y pupilos del Ministerio de dentro y fuera de la Corte, aprobado por Real Cédula de 8 de Septiembre del mismo año<sup>55</sup>.

En los años siguientes se crean el Montepío de Oficinas de la Real Hacienda y su Ministerio, mediante Real Cédula de 27 de abril de 1764 y regulado por Real Cédula de 26 de junio de 1796; Montepío de Ministerios de Ultramar, por Real Orden de 20 de febrero de 1765 y regulado por el Reglamento de 7 de febrero de 1770; Montepío de Loterías, por Reglamento de 3 de septiembre de 1777; Montepío de Oficinas de Ultramar, por Real Orden de 22 de diciembre de 1784; Montepío de

---

diciembre 1954 (BOE de 19 diciembre).

<sup>50</sup> Gaceta de 16 febrero. Reglamento que “explicó los términos de la exclusión” (UCELAY RIPOLLÉS, Mariano, *Previsión y Seguros Sociales*, Gráficas González, Madrid, 1955, p. 89).

<sup>51</sup> Gaceta de 12 julio. Así lo confirma, por ejemplo, el art. 73 del Reglamento de la Ley de Sociedades de Seguros: “las entidades a que se refiere el ... art. 3º de la Ley, obedecerán, en cuanto a su constitución y funcionamiento, a lo que disponga la ley de Asociaciones”.

<sup>52</sup> Art. 1, párr. 2º.

<sup>53</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Nacimiento y evolución de la protección social de los *funcionarios* públicos: análisis evolutivo y comparativo con la Seguridad Social”, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007, pp. 52-53

<sup>54</sup> Vid. EVARISTO SANTOS, Ricardo, *Los Montepíos militares en la historia de España*, Sial Ediciones, Madrid, 2017. Sobre el Montepío Militar *vid.* también, GARCÍA DE LA RASILLA, María del Carmen, “El Montepío Militar. La Asistencia Social en el ejército de la segunda mitad del siglo XVIII”, *Revista de Historia Militar*, n. 63, 1987, pp. 123-160.

<sup>55</sup> Por Real Orden de 5 de febrero de 1886 se dispone que los Magistrados y Fiscales de las Audiencias de lo criminal tienen incorporación a Montepío de Ministerios.

Correos y Caminos, por Real Orden de 22 de diciembre de 1785; Montepío de corregidores y alcaldes Mayores, llamado después de Jueces, por Real Orden de 7 de noviembre de 1790; y Montepío de Cuerpo de Oficiales de Mar de la Real Armada, creado por Real Orden de 16 de octubre de 1794<sup>56</sup>.

Todos los montepíos se crearon por grupos o categorías de funcionarios y se financiaban con la aportación de éstos, proporcional a su capacidad económica, y arbitrios y subvenciones estatales. De todo esto ya se infieren dos consecuencias. De un lado, se impide la implantación de un sistema general de protección social de los funcionarios; y del otro, se provoca una evidente desigualdad, no sólo en el ámbito subjetivo de la protección (para algunos cuerpos o categorías de funcionarios nunca se llegó a crear su montepío), sino también en relación al grado de protección, ámbito objetivo e importe de las pensiones, sobre todo en las de viudedad y orfandad que dispensaban los distintos montepíos existentes.

Para hacer frente al enorme déficit y al asfixiante endeudamiento que padecía la Hacienda Real como consecuencia de la Guerra de la Convención y la iniciada en 1796 con Gran Bretaña que corta las comunicaciones con el Imperio español de América, de donde procedían los principales ingresos, se decreta en septiembre de 1798, durante el reinado de Carlos IV, la primera desamortización que afecta a los bienes pertenecientes a los Colegios Mayores: los de los jesuitas que no se hubieran vendido tras su expulsión treinta años antes y los de las instituciones benéficas de la Iglesia, sufriendo con ello el mutualismo un importante retroceso que se agrava con la invasión napoleónica y la posterior Guerra de la Independencia, que incrementan las necesidades financieras de la Hacienda Pública. No obstante, la mayoría de los montepíos oficiales nutridos con aportaciones de los empleados públicos afiliados y subvenciones del propio Estado subsisten sin problemas en los primeros años del siglo XIX, hasta que para paliar aquel déficit y en el marco de la política de desamortización se inicia el proceso de absorción de los montepíos por el Estado.

---

<sup>56</sup> El legislador consciente de que las primeras manifestaciones del mutualismo administrativo están en los montepíos creados en el último tercio del siglo XVIII, así lo refleja en su Exposición de motivos del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado., justificando el mantenimiento de los subsistentes.

Por Instrucción de 26 de diciembre de 1831 se incautan por el Gobierno todos los fondos de los Montepíos de las Oficinas de la Real Hacienda<sup>57</sup>. A partir de ese momento sus ingresos pasan al Tesoro Público, y en contrapartida el Estado asume la obligación de costear las necesidades de los empleados públicos jubilados y de las viudas y huérfanos de los mismos. De esta manera se suprime la Real Junta del Montepío de Oficinas, y la Instrucción de 26 de diciembre de 1831 pasa a regular la pensión a la viuda e hijos de funcionario de Oficinas de la Real Hacienda, a su fallecimiento en servicio activo o en situación de jubilado o cesante, señalando lo siguiente:

“1) Gozará de toda pensión la viuda sin hijos o con ellos, pero sobre la que pesaba la obligación de educarlos y sustentarlos; los hijos cuando fallece su padre sin dejar viuda. Y a la viuda e hijos (propios y políticos) por mitad.

2) Si la viuda muere o contrae nuevas nupcias la pensión pasa a los hijos y según estos vayan cesando en su goce (al cumplir os varones 20 años, entrar en sacerdocio, casarse u obtener destino con sueldo igual o superior al de la pensión percibida, salvo los huérfanos incapaces o imposibilitados, y las hijas cuando se casen o profesen la religión) irá recayendo de unos a otros.

3) Las viudas que contraen otras nupcias recuperan el derecho a la pensión salvo que al fallecimiento del último marido adquieran derecho a otra igual o mayor. También las huérfanas únicas al fallecimiento de su padre o en las que hubiese recaído los derechos de la viuda o hermanos recuperan la pensión en la que cesaran al casarse cuando por el fallecimiento de su marido no tengan derecho a percibir una de cuantía igual o superior a aquella”.

En contra de lo que pudiera parecer, la asunción por el Estado de los fondos de los montepíos y, en consecuencia, el pago por éste de las pensiones no conllevará la unificación del sistema de protección social funcionarial, pues se seguirán manteniendo las peculiaridades y el régimen jurídico propio de cada uno de los montepíos creados hasta ese momento, esto es, los sujetos protegidos y los requisitos

---

<sup>57</sup> El RD de 7 de febrero de 1827 contempla once clases de oficiales de la Real Hacienda con derecho a Montepío.



para tener derecho a las pensiones<sup>58</sup>. Esta desigualdad se mantendrá incluso cuando las pensiones de los montepíos se paguen con cargo exclusivamente a los PGE, sin aportación alguna del funcionario, debido a la inexistencia de una regulación de las Clases Pasivas.

Como apunta la doctrina más autorizada, el mantenimiento de la ficción de los montepíos una vez declarada su extinción y las pensiones que abonaba el Estado con cargo a los presupuestos según las distintas reglamentaciones de los montepíos suprimidos, sin aportación alguna de los funcionarios, supusieron una corrupción del sistema y unos niveles de injusticia evidentes<sup>59</sup>. Durante más de un siglo el Estado continuó abonando las pensiones de montepío, que se diferenciaban de otras reconocidas en virtud de distintas normas con cargo a los Presupuestos del Estado, generándose así un régimen de castas dentro de la Administración, pues los familiares de funcionarios pertenecientes a clases o categorías para las que no se hubiese constituido en su día el montepío correspondiente carecían de protección, la cual, sin embargo, se dispensaba por el contrario a quienes accedían a las clases o escalas que sí lo tenían, con posterioridad a la ficticia desaparición del montepío correspondiente, sin haber realizado aportación alguna.

Conviene indicar, no obstante, de manera previa, que esta pluralidad de mecanismos de protección y previsión social pervivirá hasta el siglo XX con la aprobación del Estatuto de Clases Pasivas<sup>60</sup>, creado por el RD de 22 de octubre de 1926, cuyo artículo primero disponía que “se regirán por los preceptos de la legislación anterior al presente Estatuto, salvo lo prevenido especialmente en las disposiciones transitorias, las pensiones de jubilación, retiro, viudedad y orfandad, y las correspondientes, en su caso, a los padres de todos los empleados públicos civiles y militares que hubieran ingresado en el servicio del Estado con anterioridad al 1 de enero de 1919 y no se hallen al servicio activo del mismo el día 1 de enero de 1927, ni vuelvan a dicho servicio con posterioridad al día últimamente citado”. De este

---

<sup>58</sup> HERRÁIZ DE MIOTA, César, “Los montepíos militares del siglo XVIII como origen del sistema de Clases Pasivas del Estado”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, n. 56, 2005, pp. 177-206.

<sup>59</sup> Cfr. LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Nacimiento y evolución de la protección social de los funcionarios públicos: análisis evolutivo y comparativo con la Seguridad Social”, cit., p. 56

<sup>60</sup> El Título Preliminar lleva por rúbrica “De las pensiones reguladas por este Estatuto”.

modo, los empleados públicos contarán desde ese momento, por un lado, con la protección derivada de la reglamentación de los extintos montepíos, que regulaba las ayudas a sus familiares con la desigualdad de coberturas que le caracterizaba; y de otro, con la dimanante de los derechos pasivos de nueva o reciente creación cuyos requisitos de concesión tampoco eran generales para toda las clases o escalas.

Esta dispersión de medios, requisitos y normas que estamos observando durante el siglo XIX se intentó clarificar con las Disposiciones Generales de la Ley de Presupuestos de 26 de mayo de 1835. De esta normativa podemos destacar las siguientes reglas: 1) La consideración de todas las pensiones como cargas de la Tesorería general<sup>61</sup>. 2) El carácter no transmisible de las pensiones<sup>62</sup>. 3) La limitación del ámbito territorial<sup>63</sup>. 4) La supresión de pensiones por motivos inmorales o como precio de haber servido de instrumento de persecución, y de otras desde que se cumplan determinados requisitos<sup>64</sup>. 5) Se recoge una relación de pensiones que se consideran vigentes<sup>65</sup>. 6) Se fijan límites cuantitativos, y se configura un sistema de pensión única<sup>66</sup>. 7) Se fijan reducciones de carácter

---

<sup>61</sup> 2.<sup>a</sup> No se consignará pensión alguna sobre Presupuestos, ni ramos separados, ni encomiendas. Serán todas consideradas como cargas de la Tesorería general e inscritas en su libro.

<sup>62</sup> 3.<sup>a</sup> Ninguna pensión será transmisible en lo sucesivo. Las que actualmente existen fenecerán con la vida del actual poseedor.

<sup>63</sup> 8.<sup>a</sup> No se concederán en adelante pensiones fuera del Reino sino con motivos muy graves.

<sup>64</sup> 4.<sup>a</sup> Cesarán las pensiones dadas por motivos inmorales o como precio de haber servido de instrumento de persecución.

5.<sup>a</sup> Cesarán desde luego de pagarse por el Tesoro público las concedidas a dependientes o criados de Palacio y Real Patrimonio por servicios hechos a la Casa Real.

6.<sup>a</sup> Las pensiones concedidas a los hijos, viudas o hijas solteras de los que hayan prestado servicios al Estado cesarán cuando los primeros cumplan veinticinco años y las segundas contraigan matrimonio o profesen en alguna Orden religiosa

7.<sup>a</sup> Las pensiones concedidas por el Gobierno a jóvenes que haya enviado a países extranjeros para adquirir conocimientos científicos o artísticos cesarán de hecho después de cumplidos los tres años de su concesión; pero el Gobierno podrá prorrogar este plazo en casos muy especiales. En lo sucesivo no se pensionará para este objeto sino a los que ganen esta gracia por medio de oposición en Ciencias y Bellas Artes.

<sup>65</sup> 9.<sup>a</sup> Se declaran vigentes las pensiones concedidas: 1.<sup>o</sup> Por título oneroso. 2.<sup>o</sup> A las viudas o hijos, padres o hermanas solteras de los que han muerto en servicio del Estado o han sufrido la pena capital por defender los derechos de la Nación. 3.<sup>o</sup> Las concedidas, aprobadas o modificadas por las Cortes en sus tres épocas, en cuanto no se opongan a las reglas generales que ahora se adopten. 4.<sup>o</sup> Las concedidas a las viudas o huérfanos de militares que se hallaban sin opción al Montepío Militar. 5.<sup>o</sup> Las concedidas a empleados que hayan quedado inutilizados en actos del servicio. 6.<sup>o</sup> Las concedidas a establecimientos de beneficencia e instrucción pública.

<sup>66</sup> 10.<sup>a</sup> En adelante ninguna pensión podrá exceder la suma de 24.000 reales de vellón, que se fijará como máximo. Nadie podrá disfrutar sino una sola pensión.

cuantitativo<sup>67</sup>. 8) Se fijan límites cuantitativos a las pensiones por jubilación y cese<sup>68</sup>. 9) Se fijan límites cualitativos a las pensiones de jubilación<sup>69</sup>. 10) Se determinan criterios de graduación de las pensiones de jubilación<sup>70</sup>, entre los que destacamos el que se refiere a los Jueces y Ministros de los Tribunales, según el cual a este personal se abonarían ocho años para completar los veinte que exige el primer grado de jubilación y sucesivos, atendidos los estudios y anticipaciones que exige esta carrera.

Así, casi coetáneas a aquella Instrucción de 26 de diciembre de 1831, se aprueban otras<sup>71</sup> que culminan la reforma abordada por el Ministro don Luis López Ballesteros y Varela, que pretendía sanear la Hacienda Pública a través de la implantación del sistema tributario propuesto años antes por don Martín de Garay y racionalizarla<sup>72</sup>. Para esto último se dictan una serie de normas<sup>73</sup>, tendentes a

<sup>67</sup> 11.<sup>a</sup> Las pensiones existentes sufrirán por ahora una reducción desde 3 a 25 por 100, como se practica con las del ramo de Guerra.

<sup>68</sup> 15.<sup>a</sup> El máximo de sueldos para jubilados y cesantes será de 4.000 reales vellón, cualquiera que sea su destino y clase, no pudiendo acumular dobles sueldos bajo pretexto alguno, según lo mandado por Real orden de 13 de junio de 1833.

16.<sup>a</sup> Los sueldos de jubilados y cesantes serán proporcionadas a los que disfrutaron como empleados efectivos y a los años de servicios, con sujeción a Reglamento, quedando desde luego abolidas las excepciones personales con la adopción de esta regla.

<sup>69</sup> 17.<sup>a</sup> No se concederán jubilaciones sino a los empleados que pasen de cincuenta años de edad o a los que por sus achaques se hallen en absoluta imposibilidad de servir, debiendo en ambos casos tener a lo menos veinte años de servicio.

<sup>70</sup> 26.<sup>a</sup> Para graduar el haber de los jubilados en las clases civiles, servirá de base el sueldo del mayor empleo que hayan desempeñado en propiedad con nombramiento Real o de las Cortes, según las reglas siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Los que hayan servido veinte años efectivos gozarán dos quintas partes del sueldo.
- 2.<sup>a</sup> Los que pasen de veinticinco años gozarán tres quintas partes.
- 3.<sup>a</sup> Los que hayan completado treinta y cinco años gozarán cuatro quintas partes.
- 4.<sup>a</sup> Ningún jubilado percibirá cuota mayor.
- 5.<sup>a</sup> El tiempo de servicio se contará desde que los empleados en propiedad hayan tomado posesión de sus destinos con nombramiento Real o de las Cortes, cumplida la edad de diez y seis años, antes de la cual no se abonará servicio alguno.
- 6.<sup>a</sup> A los Jueces y Ministros de los Tribunales se abonarán ocho años para completar los veinte que exige el primer grado de jubilación y sucesivos, atendidos los estudios y anticipaciones que exige esta carrera.
- 7.<sup>a</sup> A los Catedráticos se les dará el mismo abono que a los togados.
- 8.<sup>a</sup> A los militares que hubieren pasado o pasen a las carreras civiles se les hará en éstas el abono de campaña u otro cualquiera que debidamente justifiquen les correspondía en su anterior empleo o destino, con tal que cuenten veinticinco años de servicio efectivo, según está prevenido en el Reglamento militar, y fijando seis años por máximo de abono.
- 9.<sup>a</sup> Los militares que tengan retiro como inutilizados en campaña, y pasen a las carreras civiles, optarán entre éste y la jubilación que les corresponda, según les acomode.

<sup>71</sup> Sobre el proceso de construcción de la función pública en el siglo XIX *vid.* SÁNCHEZ MORÓN, Miguel, *Las Administraciones Españolas*, Tecnos, Madrid, 2018, pp. 53 y ss.

<sup>72</sup> VALLEJO POUSSADA, Rafael, “La Reforma de la Hacienda de López Ballesteros y el origen de la regulación del delito fiscal en la España contemporánea”, *Anuario de Historia del Derecho español*, n.

asegurar la eficacia y suficiencia recaudatoria, centralizar la gestión y limitar los efectos de la burocracia que se utilizó por el Gobierno a lo largo del siglo XIX según criterios de rentabilidad política, incorporando nuevos principios informadores de la función pública, así como reglas de acceso a la misma<sup>74</sup>. En lo que aquí interesa, el eje central de tal bloque normativo lo componen un Real Decreto de 7 de febrero de 1827 y una Real Orden de 3 de abril de 1828, que algunos autores han calificado como un verdadero estatuto de la función pública, aunque limitado al Ministerio de Hacienda<sup>75</sup>.

El primero introduce una clasificación del personal y respectivos sueldos, reglas en materia de ascensos, nombramientos y uniformes. Y la segunda, sobre el “Nuevo Arreglo de empleados”, pretende establecer con criterios ciertos y uniformes las retribuciones de todos los empleados públicos, contemplando todas las situaciones que define (destino, toma de posesión, enfermedad, asuntos propios, comisiones de servicio, cesantías, ...), determinando sus efectos económicos.

A la reforma que acabamos de ver, impulsada por el ministro de Fernando VII que pronto caerá en desuso, le seguirá el denominado Estatuto de Bravo Murillo de 1852<sup>76</sup>, que tampoco gozó de una plena aplicación práctica. No obstante, dicho Estatuto marcará un punto de inflexión en la estructura de la Administración del

---

67, 1997, pp. 1791-1812.

<sup>73</sup> Real Orden de 27 de enero de 1824, cuyo objetivo fue terminar con las cesantías en masa como consecuencia del cambio de turno en el poder; Circular de 3 de mayo de 1825 que introduce el requisito de idoneidad para el acceso a la función pública, creando la Junta de Jefes para valorar aptitudes de los funcionarios; criterios de idoneidad desarrollados en la Real Orden de 19 de agosto de 1825; RD de 7 de febrero de 1827 que introduce clasificación de personal con reglas específicas en materia de ascensos y Real Orden de 7 de febrero de 1827 reguladora de la retribuciones y situaciones administrativas.

<sup>74</sup> Tales principios conformaron la base del nuevo Estatuto de los Funcionarios Públicos, *vid.* RIVAS SANTIAGO, Natalio, *Luis López Ballesteros. Gran ministro de Fernando VII*, Editorial Mediterráneo, Madrid, 1945, o GONZALEZ MARIÑAS, Pablo, “Don Luis López Ballesteros e a Administración Española”, *III Simposio de Historia de la Administración Pública*, Santiago de Compostela, 1996, pp. 77-78.

<sup>75</sup> *Vid.* NIETO GARCÍA, Alejandro, *Estudios históricos sobre Administración y Derecho Administrativo*, INAP, Madrid, 1986.

<sup>76</sup> Sobre dicho Estatuto *vid.* PRO RUIZ, Juan, *Bravo Murillo: Política de orden en la España liberal*, Editorial Síntesis, Madrid, 2006. También JORDANA DE POZAS, Luis, “Bravo Murillo y los funcionarios públicos”, *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, n. 4, 1952, y MUÑOZ LLINÁS, Jaime Ignacio, “La carrera administrativa en los orígenes del constitucionalismo español: 1812-1918”, *Revista de Derecho UNED*, n. 12, 2013, pp. 603-605.

Estado<sup>77</sup>. En este periodo ven la luz la Ley de Presupuestos de 26 de mayo de 1835, la Ley de Presupuestos de 12 de mayo de 1837, la Instrucción de 10 de febrero de 1850, la Real Orden de 21 de mayo de 1851, el Decreto Ley de 22 de octubre de 1868, la Ley de Presupuestos de 6 de agosto de 1873, Reales Órdenes de 7 de agosto y 12 de noviembre de 1875, 19 de enero y 4 de junio de 1876 y 11 de junio de 1882, Instrucción de 25 de febrero de 1885, y la Real Orden de 13 de mayo de 1903.

Al Estatuto de Bravo Murillo le sigue el de O'Donnell<sup>78</sup>, denominado “Reglamento orgánico de las carreras civiles de la Administración Pública”<sup>79</sup>, que estuvo vigente solo cuatro meses. Tras él, los intentos de aprobar un estatuto funcional que asegurase la inamovilidad del empleado público, y que terminase con la arbitrariedad e inseguridad, se suceden en el último tercio del siglo XIX<sup>80</sup>.

A pesar de la dificultad que entraña para el éxito de cualquier reforma normativa con vocación de permanencia la alternancia en los primeros años del siglo XX de gobiernos conservadores y liberales —ya que para cada departamento ministerial se aprueba una ley que regule el ingreso, ascenso y separación de los funcionarios no pertenecientes a cuerpos especiales—, se publica una ley modelo: la Ley de 19 de julio de 1904 para los funcionarios del Ministerio de Hacienda. Esta labor legislativa culmina en la Ley de Bases de 22 de julio de 1918, que contiene un auténtico estatuto de la Función Pública (Estatuto Maura<sup>81</sup>), a partir del cual se puede hablar de la consolidación de los derechos pasivos<sup>82</sup> de los funcionarios públicos como parte integrante de su estatuto jurídico, y que tuvo su reflejo en la Ley de

<sup>77</sup> RASTROLLO SUÁREZ, Juan José, *Evolución del desempeño en la Administración: Hacia un cambio de paradigma en el sistema español de empleo público*, 1ª Ed., Tirant lo Blanch, Madrid, 2018, p. 100.

*Vid.*, JIMENEZ ASENSIO, Rafael, *Altos cargos y directivos públicos. Un estudio sobre las relaciones entre política y administración en España*, 2ª Ed., Instituto Vasco de Administración Pública, Oñate, 1998.

<sup>78</sup> *Vid.* GARCIA-TREVIJANO FOS, José Antonio, “Un desconocido precedente de la función pública española: el Estatuto de O'Donnell de 1866”, *Revista Internacional de Ciencias Administrativas*, n. 2-3, 1969, pp. 145 y ss.

<sup>79</sup> Reglamento de 3 de marzo de 1866.

<sup>80</sup> Las Leyes de Presupuestos de 1876, 1892 y 1895.

<sup>81</sup> *Vid.* MORELL OCAÑA, Luis, “Las reformas administrativas de Maura”, *Reformistas y reformas de la Administración española*, INAP, Madrid, 2005.

<sup>82</sup> En su Base Octava se establecía que: “La jubilación de los funcionarios de los Cuerpos Generales de la Administración Civil del Estado será forzosa por razón de edad o por imposibilidad física notoria y voluntaria por las mismas causas o por reunir determinado número de años de servicio”.

Clases Pasivas promulgada en el año 1926.

Nuestra primera Ley de Clases Pasivas tiene como espolita la Ley de bases de 22 de julio de 1918, acerca de la condición de los funcionarios de la administración civil del Estado<sup>83</sup>, que en su base novena se refiere a las clases pasivas. En ella se prevé que los funcionarios que hubiesen ingresado o pasaran a ingresar en el servicio del Estado a partir del 4 de marzo de 1917 no tendrían derecho, con cargo al Tesoro, a haber pasivo de ninguna clase para sí ni para sus familias. Para remediar esta situación la propia Ley preveía la constitución de pensiones de jubilación, retiro, viudedad y orfandad de dichos funcionarios y de los ingresados antes de aquella fecha que no tuviesen derechos pasivos, que se abonarían a cargo de una o varias mutualidades. Este es el momento en que bajo el régimen de Maura reaparecen las mutualidades, cuya creación, como se ha dicho, contempla la Ley de 22 de julio de 1918 en la Base novena de una forma expresa.

Estas mutualidades pasarían a ser administradas y gestionadas por el Instituto Nacional de Previsión, organismo de protección social creado bajo el mismo régimen por la Ley del 27 de febrero de 1908<sup>84</sup>. Para ello el Estado se comprometía a hacer entrega al Instituto Nacional de Previsión de las cantidades necesarias, procedentes de los descuentos efectuados en los haberes de los funcionarios, pudiendo llegar hasta la totalidad de tales descuentos si fuera preciso, y procurando que el Instituto Nacional de Previsión ofreciese distintas combinaciones para que cada funcionario pudiese escoger la que se adaptase a sus especiales condiciones. Además, los funcionarios mutualistas podían mejorar voluntariamente las condiciones de sus pensiones mediante entregas particulares<sup>85</sup>.

De esta manera a partir de la creación de estas mutualidades los funcionarios pasarían a cobrar las pensiones de jubilación, retiro, viudedad y orfandad, siempre a

---

<sup>83</sup> Gaceta de Madrid n. 205, de 24 de julio de 1918.

<sup>84</sup> La creación del Instituto Nacional de Previsión representó un impulso en la creación del sistema de seguridad social y de la asistencia sanitaria en España, creando seguros sociales obligatorios, aunque le ha precedido en esta importante labor otro organismo, el Instituto de Reformas Sociales, creado por Decreto de 23 de julio de 1903, que continuó a su vez la labor de la Comisión de Reformas Sociales, creada por RD de 5 de diciembre de 1883.

<sup>85</sup> En los proyectos de ley de clases pasivas de Bugallal (1915), y de Alba (1916) ya se preveía el concierto con el Instituto Nacional de Previsión para la formación de una o más Mutualidades de funcionarios.

su cargo, salvo en el caso de accidente que pudieran sufrir con motivo del servicio y por causas independientes de enfermedad, que los imposibilitase para continuar prestándolo, supuesto en el que el Estado se obligaba a completar la pensión que le correspondiese percibir de la Mutualidad<sup>86</sup>.

A partir de este momento, y con amparo en las previsiones de la citada norma, se crean mutualidades de funcionarios, tales como las siguientes: Mutualidad del Cuerpo de Porteros de los Ministerios Civiles, Mutualidad del Ministerio de Información y Turismo, Mutualidad Nacional de Enseñanza Primaria, de Catedráticos Numerarios de Enseñanza Media, de Auxilio y Previsión de la Dirección General de Enseñanza Técnica; Mutualidad de Previsión del Personal de Archivos, Bibliotecas y Museos Arqueológicos; de los Cuerpos Técnico, Administrativo y Auxiliar, todas ellas dependientes del Ministerio de Educación Nacional; Mutualidad General de Funcionarios y Empleados del Ministerio de Obras Públicas, Asociación Mutuo-Benéfica del Cuerpo de la Guardia Civil, Montepío del Cuerpo General de Policía, Asociación Mutuo-benéfica de la Dirección General de Seguridad, Mutualidad de Funcionarios de la Dirección General de Sanidad, Mutualidad de Carteros Urbanos y Asociación Benéfica de Empleados de Telégrafos, todas ellas dependientes del Ministerio de la Gobernación; Mutualidad General de Funcionarios del Ministerio de Agricultura, Mutualidad Benéfica de los Funcionarios de la Justicia Municipal y Mutualidad Benéfica de Funcionarios de Prisiones, dependientes del Ministerio de Justicia; Mutualidad de Funcionarios Administrativos del Ministerio de Comercio, Mutualidad de los Cuerpos de Ingenieros y Ayudantes Industriales al servicio del Ministerio de Industria y Mutualidad de Funcionarios de la Hacienda Pública.

Como se dejó escrito anteriormente, en el año 1975 el establecimiento de un Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado provocó la desaparición de las mutualidades de los diversos Departamentos ministeriales como mutualidades obligatorias. La LSSFCE implantó un sistema

---

<sup>86</sup> Con este proceder lo que se perseguía era que la pensión a percibir fuese equivalente a las que percibiría el funcionario si hubiera seguido perteneciendo a la mutualidad hasta su jubilación o retiro por razón de edad y hubiere abonado las cuotas correspondientes al mayor sueldo que hubiese percibido.

renovado de mutualismo administrativo, y creó una mutualidad general única para todos los funcionarios de carrera de la Administración. La Ley les dedicaba en su exposición de motivos dos apartados, que nos permiten conocer de antemano las dos modificaciones más importantes que afectaron al mutualismo administrativo y los problemas a los que se ha enfrentado el legislador al tratar de resolver el futuro de las diferentes mutualidades generales de los diferentes departamentos ministeriales. Así, el mutualismo administrativo se declara subsistente en esta Ley, pero se introducen dos modificaciones. La primera consistió en que las mutualidades y montepíos existentes a esa fecha solo podrían seguir actuando en el futuro con el carácter de voluntarias. La segunda modificación se encaminaba a reducir de forma progresiva las subvenciones estatales que las mutualidades venían percibiendo hasta ese momento.

En cuanto al problema planteado en relación con las mutualidades generales de los diferentes departamentos ministeriales, así como aquellas otras que tenían el carácter de obligatorias y que pasaron a tener el carácter de voluntarias, se arbitró la posibilidad de todas ellas de integrarse en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, garantizando esta última a los socios y beneficiarios existentes en el momento de la integración la percepción de las correspondientes prestaciones, siempre con el objeto de respetar posibles derechos adquiridos o en curso de adquisición. Pero esta solución obligó a constituir un “fondo especial”, que se formó con todos los bienes, derechos y acciones de las mutualidades que pasaron a integrarse en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, a lo que había que sumar las cuotas de los mutualistas afectados, los recursos públicos que les correspondiesen y las subvenciones estatales percibidas.

La integración prevista en la LSSFCE era desde luego voluntaria para las mutualidades existentes, concediéndoseles un plazo de seis meses<sup>87</sup> a partir de la publicación del Reglamento General del Mutualismo Administrativo<sup>88</sup> en el Boletín Oficial del Estado. Con el fin de posibilitar que la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado garantizase la efectividad de las prestaciones,

---

<sup>87</sup> Disposición transitoria primera.

<sup>88</sup> Decreto 843/1976, de 18 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo



incluidas las ya reconocidas en las mutualidades integradas, el Estado se comprometía a conceder la oportuna subvención en el caso de que la Mutualidad General no pudiera satisfacerlas con cargo al Fondo Especial. La propia norma incluso preveía la posibilidad de que los mutualistas de mutualidades que hubieran acordado no integrarse solicitasen su incorporación a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado<sup>89</sup>.

Posteriores Leyes de Presupuestos, como han sido la Ley 74/1980, de 29 de diciembre, de PGE para el ejercicio de 1981<sup>90</sup> y la Ley 50/1984, 30 de diciembre de PGE para el año 1985<sup>91</sup>, han recordado, e incluso reforzado, la garantía asumida por el Estado frente a los mutualistas y beneficiarios de las mutualidades generales y obligatorias de funcionarios a la que se refería la disposición transitoria primera de la Ley 29/1975, del derecho a percibir las prestaciones existentes en las respectivas Mutualidades al 31 de diciembre de 1973; incluyendo nuevas posibilidades de integración en el Fondo Especial. A este Fondo se refiere igualmente el RD Leg. 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado<sup>92</sup>, en términos semejantes a cómo lo venían haciendo las normas anteriores. Por su parte, la disposición final quinta de la Ley 50/1984 autorizó al Gobierno para que dictara un texto refundido regularizando, aclarando y armonizando la legislación en materia de Clases Pasivas del Estado, lo que dio lugar al todavía vigente RD Leg. 670/1987, de 30 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de Ley de Clases Pasivas del Estado.

## **2. El mutualismo judicial en el siglo XX**

### **2.1. Introducción**

Como se sabe, el TRRESSAJ aprobó el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el RESSPAJ. También sabemos que en él se regula un

---

Administrativo.

<sup>89</sup> Disposición transitoria primera, apartado seis.

<sup>90</sup> Disposición Adicional quinta.

<sup>91</sup> Disposición adicional vigésimoprimera.

<sup>92</sup> Disposición adicional sexta.

Régimen Especial de Seguridad Social de este personal, que encuentra sus antecedentes normativos más remotos en el RD Ley 16/1978, de 7 de junio, encargado de normativizar la seguridad social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia. Ese personal al servicio de la Administración de Justicia al que nos referimos se encuentra al día de hoy comprendido en la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, debiendo incluirse dentro del mismo a los funcionarios en prácticas al servicio de la Administración de Justicia<sup>93</sup>.

Por su parte, el art. 3 del TRRESSAJ al regular los mecanismos de cobertura, establecía lo siguiente: “Este Régimen especial queda integrado por los siguientes mecanismos de cobertura: a) El Régimen de Clases Pasivas del Estado, de acuerdo con sus normas específicas. b) El mutualismo judicial, que se regula en la presente Ley”. La situación actual —después de la entrada en vigor del RD Ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo— se presenta, sin embargo, diferente, pues la norma obliga a los funcionarios de nuevo ingreso a partir del 1 de enero de 2011 a que se integren en el RGSS a los efectos de Clases Pasivas. Pero lo cierto es que entre los mecanismos de cobertura que integran tanto este régimen como el de Clases Pasivas, en el cual se mantienen los funcionarios que ya lo eran con anterioridad a la indicada fecha, el mutualismo judicial sigue desempeñando un papel destacado.

Así las cosas, fue en desarrollo y ejecución de la disposición final segunda del TRRESSAJ, por el que se dictó el RD 1026/2011, de 15 de julio, que aprobó el vigente RMJ, cuya gestión corresponde a la MUGEJU. Los orígenes normativos más recientes del mutualismo judicial los podemos situar en la Ley 29/1975, de 27 de junio, que estableció el Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios civiles del Estado, y cuya disposición adicional segunda establecía que “la Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia se regulará en una Ley especial, adaptada a las directrices de la presente Ley y en Régimen de Mutualismo, a través de una Mutuality de Funcionarios de la Administración de Justicia”. Así, fruto de esta previsión normativa, se promulgó el RD Ley 16/1978, de

---

<sup>93</sup> Art. 2.b) TRRESSAJ.

7 de junio, que reguló la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia. Este texto normativo aprovechó para crear una mutualidad general (que llega hasta nuestros días como MUGEJU), encargada de gestionar el Régimen Especial de Seguridad Social —recién instaurado— de los Funcionarios de la Administración de Justicia.

A esta norma le siguió el RD 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la MUGEJU. Pero los antecedentes más remotos, al margen de las primeras manifestaciones del sistema de protección social de los funcionarios de la Administración de Justicia —que, como sabemos, se remontan a los montepíos— los encontramos en la Mutualidades que en la década de los años 60, coincidiendo con la promulgación de importantes Leyes en materia de función pública y de seguridad social, como lo fueron las Leyes de bases de la Seguridad social y de los funcionarios civiles del Estado<sup>94</sup>, pasaron a integrar la llamada “Agrupación mutua-benéfica de Funcionarios de la Administración General de Justicia”<sup>95</sup>.

Las Mutualidades que formaron la Agrupación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia, fueron: la Asociación Mutuo-Benéfica de los Funcionarios de la Administración de Justicia, la Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal, y la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia.

## 2.2. La Asociación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia

La Asociación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia se creó en el año 1922 con la denominación de “Asociación Mutuo-Benéfica de los funcionarios de las Carreras Judicial y Fiscal, Secretarios de los juzgados y tribunales que fueren letrados y personal técnico y administrativo de la Subsecretaría

---

<sup>94</sup> Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre bases de la Seguridad Social, Decreto 315/1964, por la que se aprueba la Ley articulada de Funcionarios Civiles del Estado, Ley 30/1965, de 4 de mayo, de derechos pasivos de los funcionarios de la Administración civil del Estado, y Ley 109/1966, de Bases de funcionarios civiles del Estado.

<sup>95</sup> Sus normas reguladoras se recogen en una Orden del Ministerio de Justicia de 11 de mayo de 1968. BOE n. 123, de 22 de mayo de 1968

del Ministerio de Gracia y Justicia y Direcciones Generales de los Registros y Prisiones”, y fue autorizada por RD del Ministerio de Justicia de 13 de noviembre de 1922, siendo Ministro de Gracia y Justicia, Mariano Ordóñez<sup>96</sup>. Con dicho RD se aprobó el reglamento provisional para constituir dicha Asociación, regulando a favor del personal beneficiario que la integraba unas medidas de protección de las que, tal como se justificaba en su exposición de motivos, “son acreedores todos los funcionarios del Estado, pero en mayor grado, si cabe, los de la Administración de Justicia, porque aparte de lo trascendental de la función que ejercen y de los abnegados sacrificios y sinsabores que de continuo su labor les impone, solo a ellos se les cierra el paso en absoluto para utilizar fuera de su carrera otras iniciativas, con las que los demás servidores del Estado acrecientan sus medios de vida”. La norma constaba de dieciséis capítulos, y a lo largo de ellos se regulan aspectos sustantivos y organizativos de la Asociación, de los que hemos de destacar el Capítulo I, que regula su naturaleza jurídica, los socios que la componen, el haber social, y sus fines.

La Asociación se constituyó en su momento como una asociación mutua-benéfica con personalidad jurídica propia<sup>97</sup>, integrada por dos tipos de asociados, los denominados protectores y los denominados activos<sup>98</sup>. Los socios protectores eran las personas jurídicas o naturales a quienes por la ayuda que facilitasen a la Asociación se declarasen patrocinadoras de ella en junta general de socios o por la comisión encargada de constituirlos. Por su parte, eran socios activos, si no manifestaban su expresa voluntad en contrario, el Presidente y el Fiscal del Tribunal Supremo que procediesen de las carreras judicial o fiscal y todos los demás funcionarios activos o que lo hubiesen sido de dichas carreras; los Secretarios de Gobierno y de la Sala del Tribunal Supremo y de las Audiencias territoriales y los Secretarios y Vicesecretarios de las Audiencias provinciales; el personal del cuerpo técnico de letrados de la Subsecretaría del Ministerio de Gracia y Justicia y de las Direcciones Generales de los Registros y Prisiones. Junto a estos socios, de incorporación obligatoria en la Asociación, estaban los socios activos por petición

---

<sup>96</sup> Publicada en la Gaceta de Madrid n. 320, de 16 de noviembre de 1922.

<sup>97</sup> Animada por sentimientos de acendrado compañerismo y patrocinada por el excelentísimo señor ministro de Gracia y justicia (artículo 1º).

<sup>98</sup> Artículo 2º.

propia, es decir, los que así lo solicitaban: los individuos del personal administrativo de la Administración Central del Ministerio de Gracia y Justicia que tuviesen la cualidad de letrados, y por excepción los que sin exigírsela o no tenerla sirviesen en ese momento cargo de plantilla, siempre con arreglo a la legislación vigente se necesitase en lo sucesivo el título de abogado para ingresar en dichos cargos; y los Secretarios de los Juzgados de primera instancia y de los Tribunales Municipales que tuviesen la expresada cualidad de letrados.

El haber social estaba constituido por una serie de recursos que se clasificaban, por una parte, en los que eran de percepción inmediata, y por otra, los que se pudiesen percibir de la Asociación cuando esta dispusiera de recursos suficientes que diesen lugar a su efectividad. Entre los primeros estaban las cuotas a pagar por los socios (un porcentaje de su sueldo líquido), y las cantidades recaudadas por el empleo de pólizas especiales expedidas por los Tribunales Municipales, los Juzgados de Primera Instancia, las Secretarías de los demás Tribunales y las oficinas de la Subsecretaría del Ministerio de Gracia y Justicia. Y entre los segundos se incluían los recursos provenientes de subvenciones y auxilios recibidos del Tesoro Público, donaciones, herencias o legados efectuados favor de la Asociación, y las rentas del capital<sup>99</sup>.

Los fines de la Asociación se agrupaban en fines de cumplimiento inmediato, y fines de realización no inmediata, esto es, a cumplir una vez se obtuviesen los recursos suficientes para atenderlos, después de cubrir los fines de cumplimiento inmediato, o cuando después atendidos estos, lo permitiesen los fondos, aún sin aquellos recursos. Los fines de cumplimiento inmediato eran el auxilio con una cantidad en metálico a parientes del socio activo que falleciese hallándose al corriente en el pago de sus cuotas, o la persona o personas que designase, por el orden que se expresaba en la norma de creación; la educación e instrucción en colegios, academias o institutos, prácticas y establecimientos fabriles, comerciales, etc. de los huérfanos y familiares de los socios fallecidos; anticipos en metálico sin interés a socios activos al corriente en el pago de las cuotas mensuales, que lo solicitasen para cubrir gastos de traslado en residencia de una a otra población por

cambio de destino forzoso, o en casos de enfermedad extraordinaria del socio o de quienes tenga bajo su potestad, o por otros apremios o necesidades que así lo justificase. Y entre los fines de realización no inmediata, nos encontramos con pensiones de por inutilización física para el ejercicio de la carrera, premios para los asociados que en el desempeño de sus cargos contasen con méritos extraordinarios, adquisición de libros y revistas de cultura profesional, etc.

Un par de años después, y ya cumplidos ciertos requisitos que exigía el RD de 13 de noviembre de 1922 para la válida constitución de la Asociación, por Decreto de 7 febrero de 1924<sup>100</sup> se aprueba su Reglamento definitivo. En él se cambia el nombre de la Asociación por el más breve de “Asociación Mutuo-benéfica de funcionarios de la Administración de justicia”, al tiempo que establece garantías para que las cantidades que se satisfagan a los asociados en el cumplimiento de los fines del Asociación no puedan tener en ningún caso aplicación distinta de los fines benéficos que estaba llamada a cumplir<sup>101</sup>, estableciendo que en caso de contravención este precepto el socio perdería su derecho a percibir dichas cantidades, que quedarían en favor de la asociación.

Los acontecimientos políticos que atravesó España en el mes de julio de 1936 dieron lugar a que esta Asociación Mutuo-benéfica dejase de funcionar en el territorio liberado, por la paralización de la actividad de su Consejo de Administración. Con el objeto de evitar que esta situación se prolongase en el tiempo, el Presidente de la Comisión de Justicia de la Presidencia de la Junta Técnica del Estado dictó, en Burgos, una Orden el 14 de diciembre de 1936, disponiendo que todos los fondos que se recaudasen a partir de ese momento por la Asociación se ingresarían en una cuenta corriente a abrir en la sucursal del Banco de España en Burgos. En ella se ingresarían además, en el plazo de cinco días, las cantidades que los Delegados de la Asociación hubiesen recaudado desde el 1 de julio hasta el 31 de noviembre de ese año.

---

<sup>99</sup> Artículo tercero.

<sup>100</sup> Gaceta de Madrid n. 41, de 10 de febrero de 1924, siendo presidente del Directorio militar Miguel Primo de Rivera y Orbaneja. Corrección de errores publicada en la Gaceta de Madrid, n. 49, de 15 de febrero de 1824.

<sup>101</sup> Así se prohíbe en su art. 5º.

### 2.3. La Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal

Tras la Guerra Civil, a principios de los años cuarenta el Gobierno Franquista manifestará una especial preocupación por las retribuciones que venían percibiendo los funcionarios en general, y en particular por los funcionarios pertenecientes a los distintos cuerpos de la Administración de Justicia, provocadas por la situación económica del Estado en esas fechas. Porque, las dificultades y precariedad económica de los funcionarios eran más intensa en los funcionarios de la Administración de Justicia que tenían a su cargo la Justicia Municipal. Si los demás funcionarios habían experimentado alguna mejora retributiva, estas mejoras no se habían extendido a los funcionarios de la Justicia Municipal, considerada como el último engranaje de la Administración de Justicia, cuyos salarios se nutrían principalmente por aranceles. El Gobierno se vio entonces en la necesidad de elevar los aranceles vigentes, para, de esta manera, mejorar las retribuciones de estos funcionarios, lo cual tuvo lugar por Decreto de 26 de julio de 1943<sup>102</sup>. En consecuencia, el Gobierno autorizó a los Jueces, Fiscales y Secretarios de los Juzgados así como a los Alguaciles, a aumentar los aranceles que devengasen<sup>103</sup>. Ese mismo Decreto establecía además que los aumentos autorizados se ingresarían en una caja especial, que se constituiría en el Ministerio de Justicia, cuya principal función consistiría en distribuirlos equitativamente, y en proporción a las necesidades de los citados funcionarios. Nace así un mecanismo de protección, con fines benéficos sociales, en favor de los funcionarios de la Justicia Municipal.

Posteriormente, la Ley de Bases de la Justicia Municipal de 19 de julio de 1944 ampliará considerablemente el número de beneficiarios de la Caja Especial de Justicia Municipal, como consecuencia del nombramiento e incorporación de los funcionarios que pasaron a integrar los Cuerpos establecidos en la citada Ley. El necesario aumento del número de beneficiarios de la Caja Especial provocará que por Orden de 10 de enero de 1948 el Ministerio de Justicia apruebe una reglamentación definitiva de la Caja Especial de Justicia Municipal, como institución

---

<sup>102</sup> Publicado en el boletín oficial del Estado el n. 216, de 4 de agosto de 1843.

<sup>103</sup> Con un porcentaje superior a los alguaciles (50%), que a los otros funcionarios (un 20%), en cuanto los primeros desempeñaban una función más modesta, y por tanto necesitaban una mayor protección económica.

encargada del cumplimiento de fines benéficos en favor de los funcionarios de la Justicia Municipal, fijando al mismo tiempo su alcance, y regulando las circunstancias y requisitos necesarios para su obtención y disfrute. Es así como por la Orden del Ministerio de Justicia de 10 de enero de 1948 se aprueba el Reglamento de la Caja Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal, que conforme a su artículo primero —y siempre bajo la dependencia del Ministerio de Justicia— actuaría con personalidad propia y capacidad jurídica para adquirir y poseer bienes de todas clases, así como para disponer de ellos y administrarlos para los fines previstos en el citado reglamento.

El personal beneficiario de esta Caja eran los funcionarios pertenecientes a cualquiera de los cuerpos siguientes: Jueces Municipales y Jueces Comarcales, Fiscales Municipales y Fiscales Comarcales, Secretarios de la Justicia Municipal, y Oficiales Habilitados, Auxiliares y Agentes del mismo grado de la Administración de Justicia<sup>104</sup>. Los beneficios previstos en el Reglamento eran los siguientes: pensiones de jubilación, viudedad y orfandad, auxilios económicos a los padres necesitados de los funcionarios fallecidos de la Justicia Municipal, socorros en metálico por fallecimiento y asistencia médica.

Junto a estos fines inmediatos y de carácter principal, se regulaban unos fines de carácter secundario, cuyo cumplimiento podría acordar la Junta de Gobierno cuando la situación económica de la Caja así lo aconsejase: ayuda económica por anticipos reintegrables en casos de justificada necesidad, mejora de la pensión de jubilación, becas escolares de los funcionarios en forma de pensiones de estudios o de plazas gratuitas en internados o colegios, y pluses por cargas familiares o cualquier otro beneficio económico de naturaleza análoga que pudiera establecerse.

En cuanto a los recursos económicos con los que se nutría la Caja, esta institución estaba dotada de los siguientes recursos: el capital existente hasta ese momento, el importe de las recaudaciones que se obtuviesen de los ingresos autorizados, los intereses del capital, los donativos, herencias, legados y aportaciones de las corporaciones o particulares, las subvenciones, y otra clase de ingresos o

---

<sup>104</sup> Artículo 3°.



aportaciones que pudiera acordarse en el futuro.

El siguiente avance en la regulación de la Caja Especial de Funcionarios de la Justicia Municipal tuvo lugar en el año 1951, cuando los PGE asignaron a los funcionarios de la Justicia Municipal mayores retribuciones económicas. Este incremento dio lugar a la desaparición de la principal función con la que se había creado la Caja Especial, cuál era la distribuir equitativamente entre los funcionarios de esta rama de la Administración de Justicia los aumentos autorizados por el Decreto de 26 de julio de 1943. De esta manera la función de la Caja Mutuo-Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal quedaba limitada a la concesión de beneficios que por regla general venían atribuidos a las asociaciones benéficas, y que, en el caso de los funcionarios de la Justicia Municipal, estaban regulados en el Reglamento aprobado por la Orden ministerial de 10 de enero de 1948. Es así como por Decreto 19 de octubre de 1951<sup>105</sup> la Caja Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal se transformó en Mutualidad de estos funcionarios. El artículo primero del Decreto disponía que la Caja constituiría en lo sucesivo una institución de carácter benéfico social bajo la denominación de Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal, con personalidad jurídica independiente y plena capacidad para adquirir, poseer y administrar toda clase de bienes y disponer de ellos en la forma y para los fines que se determinasen<sup>106</sup>.

#### 2.4. La Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia

Paralelamente a la creación de la Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal, se creó por Decreto de 23 de febrero de 1951<sup>107</sup> la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia. La creación de esta

---

<sup>105</sup> BOE n. 304, de 31 de octubre de 1951

<sup>106</sup> El Reglamento de la Mutualidad Benéfica de funcionarios de la justicia municipal fue aprobado por Orden de 27 de diciembre de 1951(BOE de 4 de enero de 1952). Por Orden del Ministerio de Justicia de 27 de mayo de 1960 (BOE de 16 de junio de 1960) se dio nueva redacción a su artículo segundo en cuanto a la exigencia de un mínimo de servicios efectivos para poder gozar de la condición de socios mutualistas que pasasen a la situación de excedencia voluntaria o de supernumerario. La última norma que reguló la Mutualidad Benéfica de funcionarios de la Justicia Municipal, como mutua con personalidad jurídica propia, es la Orden de Ministerio de justicia de 6 de mayo de 1969 (BOE de 24 de junio de 1969), que aprobó un nuevo Reglamento por el que se regiría. La elaboración de este Reglamento vino justificada por las modificaciones que tuvieron lugar en el régimen de asistencia y Seguridad Social de los funcionarios al servicio de administración de justicia por el artículo 25 de la Ley 18 de marzo de 1966, y disposiciones complementarias.

Mutualidad respondió en su momento, tal y como se hace constar en la exposición de motivos de la norma de creación, al hecho de que muchos Auxiliares de la Administración de Justicia no pudieron ser incluidos en la Asociación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia creada por RD de 13 de noviembre de 1922, pues la mayor parte de ellos no eran funcionarios del Estado y percibían su retribución de organismos locales o de Secretarios de los Tribunales y de los Juzgados en los que prestaban sus servicios. Con posterioridad, dos Leyes de 17 de julio y 8 de junio de 1947 les otorgó el carácter de funcionarios públicos, al igual que a los médicos forenses y al personal subalterno de la Administración de Justicia, por lo que se hizo necesario integrar a todo este personal en una Mutualidad que cumpliera la finalidad de protección social, teniendo en cuenta sobre todo que se trataba de un colectivo numeroso de funcionarios, y que desde el punto de vista económico era el colectivo más modesto de los que prestaba servicios en los órganos jurisdiccionales. Se crea así, en el año 1951, la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia.

De esta Mutualidad pasaron a formar parte todos funcionarios activos excedentes pertenecientes a los siguientes cuerpos de funcionarios: Médicos Forenses, Oficiales y Auxiliares del cuerpo administrativo de los Tribunales, Agentes Judiciales, personal técnico del Instituto de Toxicología y profesores de la escuela de medicina legal, y personal administrativo y subalterno que presta sus servicios en Tribunales y Juzgados y organismos dependientes de los mismos, siempre que no tuviesen derecho pertenecer a la Mutualidad Judicial.

La Mutualidad tenía como fines prestar a los mutualistas ayudas como, auxilio por defunción, pensiones complementarias de jubilación, y pensiones complementarias a las familias de los mutualistas fallecidos, auxilio a los mutualistas que se jubilasen sin derecho a pensión, y a sus familiares, servicio sanitario para asistencia los mutualistas y sus familiares, o cualquier otro servicio que se pudiera establecer.

Los recursos con los que contaba la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la

---

<sup>107</sup> BOE n. 66, de 7 de marzo de 1851.

Administración de Justicia para el cumplimiento de sus fines los constituían principalmente las cuotas obligatorias de los mutualistas y las de los pensionistas, además de las subvenciones o auxilios, donativos, legados, herencias y rentas del capital de asociación, o cualquier otro recurso que pudiera administrarse<sup>108</sup>.

## 2.5 La Agrupación Mutuo-benéfica de los Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia

La Agrupación Mutuo-benéfica de los Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia fue creada por la Ley 11/1966, de 18 de marzo, de Reforma Orgánica y Adaptación de los Cuerpos de la Administración de Justicia a la Ley de funcionarios civiles del Estado. En ella se agruparon las Mutualidades Benéficas de los referidos funcionarios existentes a la fecha de la promulgación de la Ley 11/1966, a saber: A) La Asociación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia. B) La Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal. C) La Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia.

La Ley 11/1966 se promulgó por mandato de la Ley de Bases de Funcionarios Civiles del Estado, cuya disposición transitoria tercera estableció que el Gobierno, a propuesta del Ministro de Justicia, remitiría a las Cortes proyecto de Ley de funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, acomodando sus preceptos a las Bases de aquella Ley en cuanto resultase compatible con el ejercicio de la función judicial. Con ella se cumplía el objetivo de armonizar las peculiaridades de la organización judicial con la ordenación general de los funcionarios civiles del Estado, teniendo en cuenta, como se dice exposición de motivos de la Ley, que “en quienes administran justicia pesa más el aspecto

---

<sup>108</sup> El Reglamento de la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia se aprobó por Orden del Ministerio de Justicia de 30 de junio de 1951 (BOE de 5 de julio de 1951). Esta Orden fue complementada por otra posterior de 23 de enero de 1952 (BOE de 31 de enero de 1952). Y sus artículos 13, 24 y 30 fueron modificados por una Orden de 3 de julio de 1958 (BOE de 8 de julio de 1958). La última norma que reguló la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia fue la Orden de 7 de abril de 1970 por la que se aprobó el Reglamento por el que había de regirse esta Mutualidad, pues al igual de lo que había sucedido un año antes con la Mutualidad Benéfica de los funcionarios de la Justicia Municipal, la elaboración de un nuevo Reglamento vino justificada por las modificaciones que tuvieron lugar en el régimen de asistencia y Seguridad Social de los funcionarios al servicio de Administración de justicia por la Ley 11/1966.

funcional que el funcionarial”. Sin embargo, la regulación del régimen de este personal, de la función judicial, y la ordenación de los principios esenciales del régimen jurídico de sus servidores, quedaba reservada a la Ley Orgánica de la Justicia, esto es, a la Ley Orgánica del Poder Judicial. Sin embargo, la Ley 11/1966 se promulgó sin necesidad de esperar a una nueva Ley Orgánica del Poder Judicial en la que se completase la ordenación orgánica de la función jurisdiccional, pues con la Ley 11/1966 se quisieron aprovechar los avances que significó la ley de bases de los funcionarios civiles de la Administración del Estado en la regulación del personal funcionarial.

Siendo así no es de extrañar que la Ley 11/1966, respetando la legislación orgánica especial, regulase aspectos tales como la consideración de funcionarios al servicio la Administración de Justicia, y el personal judicial, el Ministerio Fiscal, la adquisición y pérdida de la cualidad de funcionario, las situaciones administrativas, las plantillas y provisión de destinos, vacaciones, permisos y licencias, deberes e incompatibilidades y régimen disciplinario. De este modo, el régimen de derechos pasivos al que quedarían sometidos los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia se asimiló al de los funcionarios de la Administración Civil del Estado, desde el momento en que la Ley 11/1966 estableció que el régimen de los primeros sería el de los segundos regulado en la Ley 30/1965, de 4 de mayo, de derechos pasivos de los funcionarios de la Administración civil del Estado, y que lo sería en las condiciones y con los requisitos previstos en esta norma. Pero al mismo tiempo la Ley 11/1966 introdujo un título (el VII), destinado a la asistencia y Seguridad Social, obligando al Estado a facilitar a los funcionarios del servicio de la Administración de Justicia la adecuada asistencia y Seguridad Social a través de una Agrupación Mutuo-Benéfica de la que formarían parte las Mutualidades Benéficas existentes en ese momento.

Los recursos de que se nutría esta Agrupación eran los siguientes: 1) Las cuotas de los asociados. 2) Los ingresos procedentes de las pólizas expedidas por las Mutualidades. 3) Las cantidades que pudieran consignarse en los PGE. 4) Donaciones, herencias y legados que se instituyesen a favor de la misma, así como los demás ingresos y bienes patrimoniales que tuviese reconocidos o que se le

podiesen asignar.

La Ley que establecía esta concreta Agrupación fue desarrollada por una Orden del Ministerio de Justicia de 11 de mayo de 1968, por la que se aprobaron las normas por las que habría de regirse la Agrupación Mutuo-benéfica de los Funcionarios de la Administración de Justicia. En ella se recogían las normas sobre el funcionamiento de la Agrupación, órganos rectores, fines a cumplir y medios de los que disponía para realizar la misión que se era encomendada. De esta manera, la Agrupación quedaba formada “sin perjuicio de su respectiva autonomía económica”, por la Asociación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de justicia, de la Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal, y la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia<sup>109</sup>. Consecuentemente, la Agrupación, a través de las Mutualidades que la formaban, extendió su actividad a todos los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, comprendidos en la Ley 11/1966, cualquiera que fuera el lugar de destino y el cuerpo de pertenencia. En cambio, lo que no podía hacer este personal era pertenecer simultáneamente a más de una de las Mutualidades que formaban la Agrupación, por lo que el que perteneciese a dos o más cuerpos integrados en Mutualidades distintas, tendría que optar por una u otra, y a falta de opción, se entendería que pertenecía exclusivamente a la que figurase adscrito el cuerpo en el que se encontrase en activo.

La Agrupación se creaba para el cumplimiento de los siguientes fines: auxilios por defunción, pensión de jubilación, pensión de viudedad, pensión de orfandad, becas por estudios, anticipos reintegrables, asistencia médico-quirúrgica y sanatorial, asistencia farmacéutica, ayuda para la adquisición o construcción de viviendas, instituciones educativas, sociales, cooperativas y cuanto contribuyese a la mejora del nivel de vida y formación profesional y social, y cualquier otro que suponga protección y ayuda a los mutualistas y familiares de estos por circunstancias previsibles y fortuitas.

---

<sup>109</sup> Conviene indicar que, pese a todo, las Mutualidades benéficas que integraron la Agrupación Mutuo-benéfica no desaparecieron, sino que conservaron su autonomía económica hasta el punto de que con posterioridad a la promulgación de la norma reguladora de la Agrupación, se aprobaron los nuevos reglamentos por los que se regiría cada una de ellas, adaptándolas a las modificaciones operadas en el régimen de asistencia y Seguridad Social de los funcionarios al servicio la Administración de Justicia operada por el artículo 25 de la Ley 11/1966.

Conforme a lo dispuesto en la Orden de 11 de mayo de 1968, los recursos económicos de las Mutualidades estarían constituidos por las cuotas de sus respectivos asociados, que no podrían exceder del 5% del sueldo regulador; las donaciones, herencias y legados que se instituyesen a favor de las mismas, así como los demás ingresos y bienes patrimoniales que tuviesen reconocidos o que les fuesen asignados legalmente en el futuro; y las cantidades que Consejo de Administración asignase a cada Mutualidad al distribuir entre ellas los ingresos procedentes de pólizas y consignaciones figuradas en los PGE a favor de la agrupación<sup>110</sup>.

Un último apunte sobre la Agrupación Mutuo-benéfica de los Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia —que (recordemos) se extiende a las Mutualidades benéficas que la integraron—, se refiere a su naturaleza jurídica, cuestión que merece un tratamiento particularizado, no tanto por la indiscutible consideración de instituciones con personalidad jurídica propia y plena capacidad para adquirir, administrar y disponer de clase de bienes, sino por el carácter público o privado que puedan merecer estas instituciones, con las importantes repercusiones que ello conlleva.

Una Orden de 11 de mayo de 1968 (en su artículo primero) la configura de forma clara y expresa como una corporación de derecho público con personalidad jurídica propia constituida, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25 de la

---

<sup>110</sup> Ahora bien, a propósito de los ingresos procedentes de las pólizas judiciales, con posterioridad a la Ley 11/1966, y antes de que se elaborase la Orden de 11 de mayo de 1968, el Ministerio de Justicia publicó la Orden de 25 de junio de 1966 sobre pólizas judiciales, en donde se fijaba el importe de las pólizas aplicadas en los órganos judiciales y Registro Civil, y su distribución entre las Mutualidades. Esta distribución no siempre se ha sido conforme con los intereses de las Mutualidades agrupadas, y prueba de ello es que la Orden del Ministro de Justicia de 2 de marzo de 1976, que modificó la anterior de 25 de junio de 1966 fue impugnada judicialmente por la Mutualidad benéfica de funcionarios de la justicia municipal, mostrándose disconforme con el nuevo reparto o distribución del importe de las pólizas judiciales entre ella y la Mutualidad de previsión de funcionarios de la Administración de justicia (denominación que también recibía la Asociación mutuo-benéfica de los funcionarios de justicia). Esta impugnación fue resuelta por el Tribunal Supremo en la sentencia de 14 de mayo de 1981 (recurso n. 407.541), que desestimó el recurso presentado. El principal motivo de impugnación se basaba en el porcentaje del importe de las pólizas judiciales asignado a la Mutualidad benéfica de los funcionarios de la justicia municipal era desproporcionado respecto del asignado a las otras dos Mutualidades que integraban la Agrupación Mutuo-Benéfica, en atención a lo que la Mutualidad recurrente calificaba de notoria diferencia de la cuantía de las prestaciones que habían de sufragar a los mutualistas. El Tribunal Supremo declaró la conformidad a derecho de la Orden Ministerial recurrida, rechazando los motivos de impugnación esgrimidos por la Mutualidad actora, y entre ellos el relativo a la competencia de la Administración General del Estado no solo para el aumento o disminución del precio de las pólizas, sino también a la hora de establecer una nueva

Ley 11/1966, para atender a la adecuada asistencia y Seguridad Social de los funcionarios comprendidos en ella. Por su parte, una Orden de 7 de abril de 1970, por la que se aprobó el Reglamento por el que había de regirse la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia —así como una Orden posterior de 24 de abril de 1974—, al determinar la naturaleza de esta mutualidad, la califica de institución con personalidad jurídica propia<sup>111</sup>. Así lo acredita, por ejemplo, el RD 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprobó el Reglamento de la MUGEJU, que no dudo en calificar en su momento a la Mutualidad que el mismo creaba como una institución de carácter público, desde el momento en que su artículo segundo establecía que la gestión de la Seguridad Social se realizaría por la MUGEJU, adscrita orgánicamente (aunque con personalidad jurídica pública), al Ministerio de Justicia, a quien correspondería la vigilancia y tutela de la misma. Y es que, con la misma claridad normativa la Orden de 11 de mayo de 1968, por la que se aprobaron las normas por las que había de regirse la Agrupación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de justicia, se refería a la Agrupación como una corporación de derecho público con personalidad jurídica propia.

El término público, sin embargo, estuvo ausente en toda la regulación anterior de las Mutualidades que finalmente integraron dicha Agrupación. Y no solo estuvo ausente en la regulación anterior a la Orden de 11 de mayo de 1968, sino que incluso en los Reglamentos de fecha posterior que pasaron a regir las Mutualidades agrupadas, y que se aprobaron para adaptarse a las previsiones de la Ley 11/1976 (Ordenes de 6 de mayo de 1969, de 7 de abril de 1970 y de 24 de abril de 1974), no aclararon en su momento el carácter público o privado de estas instituciones, sino que siguieron manteniendo su calificación como institución con personalidad propia, o institución mutuo-benéfica.

---

distribución en la participación de lo recaudado.

<sup>111</sup> Al igual que el artículo primero de la Orden del 6 de mayo de 1969, para la Mutualidad Benéfica de los funcionarios de la Justicia Municipal. Algo nada novedoso, ya que La normativa anterior por la que se constituyeron y rigieron esas Mutualidades, ya les confería el carácter de institución de carácter mutuo benéfico, que actuaría con personalidad propia y capacidad jurídica para adquirir y poseer bienes de toda clase, así como para disponer de ellos y administrarlos; o institución de carácter benéfico social con personalidad jurídica y plena capacidad para adquirir, poseer y administrar toda clase de bienes y disponer de ellos con arreglo a sus fines sociales; o como entidad con personalidad pública propia para fines exclusivamente benéficos.

Lógicamente, esa falta de precisión reglamentaria no estuvo exenta de conflictividad, pues a pesar de que la calificación que de forma expresa se recogía en la Orden de 11 de mayo de 1968, calificando la Agrupación en la que se agruparon las Mutualidades judiciales anteriores como corporación de derecho público —lo cual ya ponía de manifiesto el carácter público no solo de la Agrupación sino también de las Mutualidades agrupadas—, en determinadas situaciones la Administración le negó ese carácter. Así sucedió por ejemplo en el caso resuelto por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 18 de julio de 2002<sup>112</sup>, en el que se estimó la pretensión ejercitada por personal que había prestado servicios en la mutualidad benéfica de justicia en periodos comprendidos entre los años 1952 y 1973, de reconocimiento de servicios prestados que encajaban en lo dispuesto en el artículo primero de la ley 70/78, de 26 de diciembre, sobre reconocimiento de servicios previos en la Administración Pública, y artículo primero del RD 1461/1982, de 25 de junio<sup>113</sup>.

## 2.6. Mantenimiento del régimen de mutualismo, y creación de una Mutualidad de Funcionarios de la Administración de Justicia. Creación de la MUGEJU

La Ley 29/1975, de 27 de junio, que reguló la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, sometiéndolos a un Régimen Especial, pero manteniendo el régimen del mutualismo administrativo, se hizo esperar (como sabemos) más de un decenio, desde que tanto la Ley de Bases de Funcionarios Civiles del Estado, de 20 de julio de 1963, como su texto articulado de 7 de febrero de 1964, establecieran que la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado se regularía por una Ley especial. Con todo, el artículo tercero de la norma excluía de este Régimen Especial, para regirse por sus normas específicas, a los funcionarios de

---

<sup>112</sup> Recurso n. 902/1998.

<sup>113</sup> De esta manera los tribunales se inclinan en reconocer que los servicios prestados por el personal de las Mutualidades han de computarse como servicios previos a los efectos de la indicada ley, pues del bloque normativo regulador de la mutualidad, del Decreto de creación y posibles disposiciones reglamentarias reguladoras de aquella institución, se desprende su carácter público, en cuanto dirigido al cumplimiento de los fines de protección social que persiguen y en relación con los funcionarios públicos que formaban parte de ellas, estando entre dichos bienes y con carácter preferente e inmediato, las pensiones de jubilación, viudedad, orfandad, así como la asistencia sanitaria, siendo estas prestaciones, necesarias, constituyendo el núcleo esencial de su actividad.



la Administración Local, a los funcionarios de organismos autónomos, a los funcionarios de la Administración Militar, y a los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia.

La disposición adicional segunda establecía que la Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia se regularía en una Ley especial, adaptada a las directrices de la presente Ley y en Régimen de Mutualismo, a través de una Mutualidad de Funcionarios de la Administración de Justicia. Y así, en el mismo BOE en el que se publicó la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, estableciendo que el Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas se regiría por lo dispuesto en ella y sus normas de aplicación y desarrollo, la Seguridad Social de los Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia se reguló por primera vez en el RD Ley 16/1978, de 7 de junio.

Con el RD Ley 16/1978, de 7 de junio, la Administración de Justicia quedaba insertada en el esquema general de la Seguridad Social. En su exposición de motivos se justificaba la necesidad de una norma de esta naturaleza en las imperfecciones del sistema de protección social que hasta ese momento amparaba a los funcionarios al servicio de la Justicia, imperfecciones que eran más acusadas en las prestaciones sanitarias. El RD Ley que creó este régimen especial de Seguridad Social no se aprobó hasta tres años después de la promulgación de la Ley 29/1975, a pesar de que en su exposición de motivos el legislador mostraba su preocupación por las deficiencias existentes en el sistema de protección social del personal al servicio de la Administración de Justicia, y reconocía su voluntad de corregirlas “siquiera sea para que la asistencia sanitaria, urgente e inaplazable, sea prestada de modo eficaz y unitario a tan importante colectivo de funcionarios”.

El RD Ley 16/1978 aprovechó igualmente para crear una Mutualidad general (que llega hasta nuestros días como MUGEJU), encargada de gestionar el Régimen Especial de Seguridad Social recién instaurado, de los Funcionarios de la Administración de Justicia. La MUGEJU pasó a amparar de modo inmediato todas las contingencias derivadas de la alteración de la salud, la incapacidad laboral y las

cargas familiares. Pero no eliminó, sino que dejó subsistentes, las Mutualidades que integraban la Agrupación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia con sus regímenes y fuentes de financiación, con el objeto de que quedasen garantizados los derechos adquiridos por los mutualistas. En cambio, lo que sí preveía la norma era la posibilidad de que estas Mutualidades se integrasen en la MUGEJU, lo cual se haría de manera que se garantizase la percepción futura de las correspondientes prestaciones.

A esta norma, le siguió el RD 3283/1978, de 3 de noviembre, que aprobó el Reglamento de la MUGEJU. En él se establecía la compatibilidad de los mecanismos de cobertura regulados en esta norma legal con los de las citadas mutualidades, que eran las que hasta ese momento prestaban con carácter obligatorio asistencia social a sus asociados. La salvedad estaba en las contingencias y prestaciones relacionadas en los artículos 9 y 10 del RD Ley 16/1978, que dejarían de ser cubiertas por la Agrupación Mutuo-benéfica desde la entrada en vigor del régimen especial establecido en aquella norma, aunque alguna de ellas pasarían a ser dispensadas por la MUGEJU.

En cuanto a la posibilidad de que las Mutualidades se integrasen en la MUGEJU, las disposiciones adicionales del RD Ley 16/1978 regularon el proceso de integración, en el que la Agrupación Mutuo-benéfica de Funcionarios de la Administración de Justicia sería quien determinase las condiciones en que se realizaría. Pero en este proceso prevalecía la voluntad de cada una de las Mutualidades, pues la integración solo operaría previo acuerdo adoptado por ellas de conformidad con las normas reglamentarias que las regulaban. Mutualidades y Agrupación no eran las únicas instituciones que intervenían en el proceso de integración. Se exigía igualmente la intervención de Ministerio de Justicia, de la Sala de Gobierno del Tribunal Supremo, y de los Ministerios de Hacienda y Sanidad y Seguridad Social. El primero tenía que aprobarla, y los demás órganos estaban obligados a emitir un informe previo a la aprobación. Fue la disposición adicional 21ª de la Ley 50/1984, de 30 de diciembre, de PGE para el año 1985, la que autorizó a las Mutualidades de funcionarios de la Administración de Justicia a solicitar su integración en el correspondiente fondo especial de la MUGEJU, en las condiciones

que la propia disposición adicional establecía.

El proceso de integración de las Mutualidades en este Fondo Especial se desarrolló durante los años 1987 al 1992, y no ha estado libre de dificultades, dando lugar en el caso de la integración de la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia a varios recursos contencioso-administrativos interpuestos por mutualistas (Auxiliares y Oficiales de la Administración de Justicia) impugnando el acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de marzo de 1992, en virtud del cual se produjo la integración de la citada Mutualidad. Todos estos recursos se resolvieron por el Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo) en sentencias dictadas durante los años 1995 a 1998<sup>114</sup>, siendo desestimatorias de las impugnaciones presentadas.

En todos estos procedimientos los mutualistas reclamaban el derecho percibir las prestaciones mutualistas en la cuantía correspondiente a 31 de diciembre de 1991 —que serían reducidas proporcionalmente hasta las vigentes al 31 de diciembre de 1973—, y alternativamente que se condenase a la Administración a devolver las cantidades cotizadas en exceso desde el 1 de julio de 1985 hasta la fecha del acuerdo impugnado.

Los recursos fueron desestimados en base a idénticos argumentos. Entre las cuestiones planteadas destacan las siguientes: El alcance de las decisiones de integración en los derechos de los mutualistas, la vinculación de los mutualistas por acuerdos adoptados por la Mutualidad encaminados a solicitar la integración, existencia de fórmulas indemnizatorias para compensar los perjuicios que dicha integración podía causar en los mutualistas, y existencia de responsabilidad del Estado, por la vía de la responsabilidad del Estado legislador.

Estas cuestiones fueron resueltas en el sentido de que la reducción de las prestaciones mutualistas no implicaba una privación de un derecho patrimonial, invocando a su favor la garantía expropiatoria consagrada en el artículo 33.3 de la

---

<sup>114</sup> Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 2, 8, 13, 20 y 30 de abril de 1998 (recursos n. 193/94, 231/94, 272/94, 243/94 y 334/94), de 20 de enero y 7 y 14 de marzo de 1997 (recursos n. 225/94, 245/94, 226/94, 286/94.), de 5 de julio y 21 de octubre de 1996 (recursos n. 246 y 268) y 21 de noviembre de 1995 (recurso n. 197/1994).

Constitución, argumentando el Tribunal Supremo que este precepto no es aplicable, porque la resolución de integración no privó coactivamente a los mutualistas de derecho alguno, ya que los órganos de la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia pidieron libre y voluntariamente su integración en el Fondo Especial de la MUGEJU, sin que los acuerdos de solicitud de la integración fueran impugnados en su momento, por lo que dichos actos vinculan a los mutualistas, que hubieron de aceptar la integración en las condiciones fijadas legalmente.

En estos casos —afirmaba el Tribunal Supremo— no se producen perjuicios derivados de la aplicación de una Ley, sino condiciones legalmente establecidas para la integración de la Mutualidad en un Fondo Especial, libremente solicitadas y aceptadas por la Mutualidad, añadiendo que la garantía de la responsabilidad de los poderes públicos que establece el artículo 9.3 de la Constitución no determina la directa exigencia de una responsabilidad del Estado legislador, que ha venido a ser regulada por el artículo 139.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que no estaba vigente en el momento en que se adoptó la resolución del Consejo de Ministros de 27 de marzo de 1992, pero que exige unos requisitos para conceder indemnización a los particulares por la aplicación de actos legislativos de naturaleza no expropiatoria de derechos que, de estar vigente, excluiría desde luego la indemnización pretendida.

En este recorrido normativo llegamos al RD 1206/2006, de 20 de octubre, por el que se regulan la composición y funciones de los órganos de gobierno, administración y representación de la Mutualidad General Judicial, que derogó (disposición derogatoria única) el capítulo I del Reglamento de la Mutualidad General Judicial aprobado por el RD 3283/1978, de 3 de noviembre, el RD 2703/1981, de 19 de octubre, por el que se estructura orgánicamente la Mutualidad General Judicial, y el artículo 2 del RD 1810/1994, de 5 de agosto, por el que se adecúan los procedimientos de mutualismo judicial y Fondo Especial General Judicial a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Dicha norma ha sido recientemente derogada por el RD 96/2019, de 1 de marzo, de reordenación y actualización de la estructura orgánica de la MUGEJU, que, entre otras finalidades, acomoda la organización de la Mutualidad a las exigencias de la LOIEMH y a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.



## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA MUGEJU**





## 1. Estructura orgánica

En el apartado anterior se aludió al régimen jurídico actual de la MUGEJU, que lo conforman, especialmente, el texto refundido de disposiciones legales vigentes sobre el RESSAJ, aprobado por RD Leg. 3/2000, de 23 de junio<sup>115</sup>, y el RD 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprueba el RMJ<sup>116</sup>, así como el RD 96/2019, de 1 de marzo, de reordenación y actualización de la estructura orgánica de la MUGEJU<sup>117</sup>.

Esta última norma deroga el RD 1206/2006, de 20 de octubre, por el que se regulan la composición y funciones de los órganos de gobierno, administración y representación de la MUGEJU<sup>118</sup>, que vio la luz en su momento por motivos de técnica normativa y de oportunidad. Así, en su preámbulo se justificaba su aprobación, en primer lugar, por la situación normativa de transitoriedad que generó la entrada en vigor del TRRESSAJ, y la derogación posterior de sus artículos 6 y 8 por la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social<sup>119</sup>. Y es que, con la aprobación del nuevo TRRESSAJ del año 2000, quedó derogado expresamente el RD Ley 16/1978, y cualquier otra norma en cuanto se opusiera al mismo. El capítulo II de la norma se dedicó a la MUGEJU y, en particular, a su gobierno y administración (en el artículo 6) y al funcionamiento de sus órganos (en el artículo 8). En ambos preceptos<sup>120</sup>, al igual que sucedía con el RD 2703/1981, de 19 de octubre<sup>121</sup>, se dotaba a la MUGEJU —para el ejercicio de sus funciones en el ámbito nacional— de una Asamblea General, una Junta de Gobierno, un Presidente y un Gerente, remitiéndose a la regulación reglamentaria en lo que al funcionamiento, régimen y atribuciones de los órganos centrales y provinciales se

---

<sup>115</sup> BOE n. 154, de 28 de junio de 2000.

<sup>116</sup> BOE n. 186, de 4 de agosto 2011.

<sup>117</sup> BOE n. 61, de 12 de marzo de 2019.

<sup>118</sup> BOE n. 264, de 4 de noviembre de 2006.

<sup>119</sup> BOE n. 313, de 31 de diciembre de 2002.

<sup>120</sup> En una regulación adaptada a los cambios normativas posteriores al RD 3283/1978, que se mantendría en vigor por juego de las disposiciones transitorias y derogatorias en todo lo compatible con la nuevo régimen especial, y en tanto no se hiciera uso de la habilitación reglamentaria contemplada en la disposición final segunda, conforme a la cual “se faculta al Ministro de Justicia, previo informe, en su caso, del Ministro de Hacienda y del de Trabajo y Asuntos Sociales en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar o proponer al Gobierno, según proceda, las normas de aplicación y desarrollo del presente texto refundido”.

<sup>121</sup> BOE n. 278, de 20 de noviembre de 1981.

refiere. Pero tales preceptos se derogaron por la Ley 53/2002, cuya disposición transitoria quinta cubría la ausencia reglamentaria, hasta la entrada en vigor del RD 1206/2006<sup>122</sup>, manteniendo los antiguos órganos, con su composición y funciones.

En segundo lugar, el Reglamento de 2006 se aprobó por razones de oportunidad. En concreto, la necesidad de adaptación de la organización de la MUGEJU a los cambios impuestos por la modernización de la Administración de Justicia<sup>123</sup>, la necesidad de aproximar el mutualismo judicial a las reformas operadas en otros regímenes especiales de la Seguridad Social —eso sí, sin obviar las singularidades del mutualismo judicial—, y para ajustar la organización de la mutualidad a la de los órganos colegiados de las ya derogadas Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado<sup>124</sup>. Por último, la norma pretendía igualmente agilizar la gestión del servicio que se presta a los mutualistas.

Precisamente estas últimas razones de oportunidad justifican, por sí solas, la aprobación del nuevo reglamento orgánico, en atención a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que derogan, respectivamente, la Ley 30/1992, de 26 de

---

<sup>122</sup> Disposición derogatoria única Derogación normativa del RD 1206/2006 establece en su apartado 1: “Quedan derogadas las siguientes disposiciones:

a) El capítulo I del Reglamento de la MUGEJU aprobado por el RD 3283/1978, de 3 de noviembre.  
b) El RD 2703/1981, de 19 de octubre, por el que se estructura orgánicamente la MUGEJU.  
c) El artículo 2 del RD 1810/1994, de 5 de agosto, por el que se adecuan los procedimientos de Mutualismo Judicial y Fondo Especial General Judicial a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común”.

<sup>123</sup> Preámbulo de RD 3/2006, párrafo quinto: “... se han dictado un conjunto de medidas legislativas y reglamentarias que persiguen, en última instancia, modernizar y hacer más eficaz la Administración de Justicia, acercándola al ciudadano, lo que hace imprescindible que la organización de la mutualidad deba acomodarse a esa nueva realidad. Así, debe citarse como de singular relevancia la modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, operada a través de la Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, que introduce importantes cambios en la organización de la Oficina Judicial y, en general, en los Cuerpos al servicio de la Administración de Justicia”.

<sup>124</sup> La disposición derogatoria única de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, deroga la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en su disposición derogatoria única, deroga la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

noviembre, y la Ley 6/1997, de 14 de abril. Obviamente, con esta reforma legal se adapta la organización y funcionamiento de la Mutualidad a lo dispuesto en estos novedosos textos legales, en especial, en la consecución de una mayor transparencia en la actuación de sus órganos, funcionamiento ágil y simplificación de la estructura.

Tal adaptación se lleva a cabo mediante el mentado RD 96/2019, de 1 de marzo, en cuya exposición de motivos se justifica la derogación del anterior en la necesidad, en primer lugar, de terminar con las importantes disfunciones que se han puesto de manifiesto en los últimos años, en relación con los órganos de vigilancia y control de la MUGEJU, derivadas fundamentalmente del sistema elegido para la formación de la Asamblea General, que afecta a su vez a la Comisión Permanente que, provocaba una distribución desequilibrada, en términos de representación, de los miembros que componen ambos órganos.

En segundo lugar, se alude a la conveniencia de acabar con la situación de interinidad que había suscitado la anulación por sentencia del Tribunal Supremo de 31 de marzo de 2008<sup>125</sup> del párrafo primero del apartado 3 del artículo 3 del Real Decreto 1206/2006, de 20 de octubre, relativo al Presidente de la Asamblea, por ser contrario al principio constitucional de igualdad. Dicho precepto establecía como requisito para ser elegido Presidente la pertenencia del candidato a la carrera judicial con categoría de Magistrado o Fiscal en activo. La Federación Sindical de Administraciones Públicas de Comisiones Obreras (FSAP-CCOO) interpuso recurso contencioso administrativo contra el RD 1206/2006 para interesar la anulación del artículo 3.3 y la del proceso de elección de miembro de la Comisión Permanente por contradicción de los artículos 10.1 y 3.2.

Esta última pretensión fue inadmitida por razón de la falta de impugnación de los preceptos que se dicen contradictorios, pues en la demanda sólo se instaba la anulación del artículo 3.3. Siendo ello así, el Alto Tribunal argumenta que cualquier acto dictado en el seno del proceso electivo debe ser recurrido en vía administrativa, pudiendo reaccionar los interesados contra el acuerdo desestimatorio de aquella petición de nulidad, una vez que sea firme en dicha vía, mediante la interposición del

---

<sup>125</sup> Recurso n. 31/2006.

recurso contencioso. En la demanda judicial se puede fundar la nulidad del acto recurrido en la ilegalidad de los preceptos que se reputan contradictorios, impugnándolos así indirectamente.

En cuanto al artículo 3.3, la pretensión anulatoria se sustenta en que el requisito de ostentar la condición de miembro de la Carrera Judicial o Fiscal para poder acceder al cargo de Presidente de la Mutualidad quebranta el principio de igualdad, proclamado en el artículo 14 de la CE; la exclusión de cualquier otro mutualista para el cargo de Presidente no se funda en motivos objetivos y razonables, como tampoco que la designación se realice entre los propuestos en terna por el Consejo General del Poder Judicial, órgano este que ni representa a los mutualistas ni a la Asamblea.

La Sección 6ª de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, en la mentada sentencia, tras exponer el marco funcional con el que la normativa anterior dotaba a la presidencia, resalta que el RD 1206/2006 vacía el cargo de Presidente de funciones directivas y representativas que asumen la Asamblea General o a la Comisión Permanente en cada caso. Si el Presidente no resulta ser titular del órgano no procede la aplicación del artículo 46 Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado —actualmente artículo 100.2 Ley del Régimen Jurídico del Sector Público— que remitía a la normativa aplicable a la Administración General del Estado para el nombramiento de los titulares de los organismos autónomos. Entonces, cualquier mutualista, con el nivel de titulación exigido, con independencia del cuerpo al que pertenezca de los integrados en la MUGEJU, podría ser elegido presidente.

En el fundamento de derecho cuarto se rebaten cada uno de los argumentos que sustentaban aquella redacción. En cuanto a que la pertenencia a la carrera judicial o fiscal en activo conformaba un requisito tradicional que contemplaban los precedentes normativos, el Alto Tribunal destaca la evidente ruptura que supone el RD 1206/2006 en la organización y estructura de la MUGEJU respecto de la regulación precedente. Un claro ejemplo de ello lo constituye la desposesión de toda función directiva o de representación a la Presidencia, salvo las que le delegue la

Gerencia que ahora asume aquellas. No existe, pues, un continuismo con la regulación anterior.

Otra de las razones alegadas fue que la formación y experiencia profesional difieren en los distintos cuerpos y carreras. En contra de esto se dice en la sentencia que si bien el desempeño de una presidencia de órganos colegiados puede requerir determinado nivel académico y de experiencia —lo cual debería en todo caso motivarse suficientemente y de modo razonable—, esta exigencia la puede cubrir cualquier mutualista con independencia del cuerpo integrado en la mutualidad al que pertenezca, por lo que no se comparte ni entiende por qué ha de limitarse a magistrados o fiscales en activo, máxime cuando la representación de la Mutualidad recaerá en el Gerente y éste puede pertenecer a cualquier cuerpo o escala para la que se exija el título de doctor, licenciado, ingeniero arquitecto o equivalente. En suma, carece de sustento razonable alguno mantener que quien ostenta por delegación la representación del organismo deba ser un Magistrado o Fiscal porque así lo exige la alta representación de la Mutualidad cuando el representante legal, es decir, el Gerente, puede ser cualquier funcionario con idoneidad profesional para ser Subdirector General.

Por último, el Alto Tribunal califica de inadecuada la justificación para la norma controvertida referente a la vinculación de la MUGEJU al Poder Judicial, toda vez que el vigente RD atribuye al Gerente la representación, dirección y gobierno de la Mutualidad, que no tiene por qué pertenecer a la Carrera Judicial, de modo que la labor del Presidente de la Asamblea y de la Comisión permanente se limita, en lo que ahora interesa, a la presidencia de tales órganos de los que forman parte miembros de la Carrera Judicial, pero también otros pertenecientes a diversos cuerpos. Es decir, como el Presidente de la Asamblea y de la Comisión Permanente no fija por sí solo sino con todos los demás miembros que forman los órganos que preside, la línea de actuación que les compete, de modo que no es necesario que se elija entre Magistrados para preservar la independencia judicial.

Por todo ello, la sentencia concluye que el artículo 3.3 del RD 1206/2006 vulnera el principio constitucional de igualdad, pues no se justifica razonablemente

la limitación que establece y lo anula, sin perjuicio de la facultad de la Administración para establecer con una base racional y razonada requisitos para el desempeño del cargo de presidente. Dicho de otro modo, la anulación de ese precepto no supone el reconocimiento al mutualista de un derecho absoluto a poder ser Presidente de la Asamblea y de la Comisión permanente.

El propio RD 96/2019 justifica la derogación del anterior, como he dicho, en primer lugar, en la necesidad de establecer una nueva ordenación del Presidente del Consejo General, consecuente con su actual estructura y funciones, ajustada a los cánones judicialmente fijados para asegurar su acomodo a las exigencias constitucionales; y, en segundo lugar, para dotar a la MUGEJU de un nuevo modelo de estructura orgánica más moderna, operativa y racional, informada por criterios de eficacia y eficiencia, que asegure la presencia homogénea y equilibrada de los diferentes cuerpos al servicio de la Administración de Justicia. A tal finalidad sirve la sustitución de la Asamblea General y la Comisión Permanente por el Comisión Rectora y Consejo General cuya configuración tiende a garantizar la participación de los distintos colectivos integrados en la Mutualidad, y su debida representación. Se considera que la fórmula elegida, no prescinde de su vocación representativa, sino que modifica las pautas con que aquella se asegura, y contribuye a aligerar el coste económico derivado de los procesos de elección a compromisarios de la Asamblea General. Su conformación numérica asegura la presencia igualitaria de todos los colectivos a los que dirige su actividad la MUGEJU. Por otro lado, la Comisión Rectora, presidida por el Secretario de Estado de Justicia, está conformada por miembros al más alto nivel de los diversos órganos de la Administración en que se integran orgánicamente los mutualistas, y por integrantes del Consejo General, de manera que sus funciones se lleven a cabo con criterios de racionalidad, eficiencia y proximidad a las aspiraciones del colectivo.

Esta reforma ha provocado críticas de los sindicatos, que consideran que a través de la misma el Gobierno se asegura “el control de la mutualidad de los funcionarios de Justicia, para eliminar el control sobre las cuentas y la asistencia

sanitaria por parte de los funcionarios que se benefician de este sistema”<sup>126</sup>.

El RD 96/2019, en su artículo 1.1, en consonancia con las normas que le preceden, reconoce al organismo autónomo de la MUGEJU personalidad jurídica pública, patrimonio y tesorería propias, delimitando su autonomía de gestión de la forma en que prevé para los organismos autónomos la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público. Aunque en la anterior norma se adscribía genéricamente la Mutuality al Ministerio de Justicia, en aplicación del artículo de 2.2 del RD 1044/2018, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Justicia y se modifica el RD 595/2018, de 22 de junio, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales<sup>127</sup>, la misma se articulaba a través de la Secretaría de Estado de Justicia, lo que actualmente recoge de forma expresa la vigente norma organizativa, en el apartado 3 del mentado artículo.

Para el cumplimiento de sus fines la MUGEJU dispone de órganos de dirección y gestión (la Gerencia y los Delegados Provinciales) y de control y vigilancia de tal gestión (la Comisión Rectora y el Consejo General)<sup>128</sup>. Procede, pues, examinar las competencias, composición y funcionamiento de cada uno de estos órganos, analizando previamente disposiciones de aplicación general.

---

<sup>126</sup> Noticia publicada en *Expansión* del 20 de marzo de 2019, en el que también se consigna según declaraciones a la agencia EFE de los representantes sindicales de CC.OO. y CSIF que: “Con la nueva regulación del Real Decreto aprobado por el Consejo de Ministros, la Asamblea es sustituida por el llamado Consejo General, que supone que más de la mitad de «representantes» serán de colectivos que no tienen ni un cuarto de mutualistas, mientras que la inmensa mayoría del colectivo estará mínimamente representado. Y se fulmina el sistema democrático de elección por sufragio universal. Así, tras la modificación, se designarán dos miembros de la carrera judicial, designados por el Consejo General del Poder Judicial (11,1% de cotizaciones del cuerpo sobre el total); dos miembros de la carrera fiscal, designados por el Fiscal General del Estado (4,3%); dos miembros del Cuerpo de Letrados de la Administración de Justicia (6,9%); dos miembros de los Cuerpos de Médicos Forenses y de Facultativos del Instituto Nacional de Toxicología (INT) (1,5%); dos miembros de los Cuerpos de Gestión Procesal y Administrativa y de Técnicos Especialistas del INT (25,4%); dos miembros del Cuerpo de Tramitación Procesal y Administrativa (36,2%) y dos miembros del Cuerpo de Auxilio Procesal y de Auxiliares de Laboratorio del INT (15,1%). En los dos últimos casos, todos los miembros serán designados por la ministra de Justicia”.

<sup>127</sup> BOE n. 206, de 25 de agosto de 2018.

<sup>128</sup> *Cfr.* Su art. 2. a este respecto, *vid.* BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La gestión de los regímenes especiales de la Seguridad Social de los funcionarios públicos”, *La gestión de la Seguridad Social*, 1ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2016, pp. 287-304.

### 1.1. Disposiciones comunes

De las previsiones de aplicación general que contempla el RD 96/2019, merecen especial mención el régimen de recursos y el general de los órganos colegiados. Respecto del primero, su disposición adicional primera concede contra los actos y resoluciones de la Gerencia de la Mutualidad, así como los de los Delegados Provinciales dictados por delegación de aquella, recurso de alzada ante la Ministra de Justicia, medio de impugnación previsto también contra las resoluciones de la Comisión Rectora y Consejo General.

Ciertamente, la norma vigente aclara y simplifica el régimen de recursos respecto de la anterior que preveía, carácter general, el recurso de alzada ante el Ministerio de Justicia frente a cualquier acto de los órganos de la Mutualidad en materia de mutualismo, salvo los que resuelven este recurso de alzada o el medio de impugnación previsto en sustitución del mismo, así como los emanados de la Gerencia en materia de personal, que eran susceptibles de recurso potestativo de reposición ante el órgano que los dictó y/o recurso contencioso-administrativo.

En el orden jurisdiccional contencioso-administrativo se planteó alguna que otra controversia competencial en atención al carácter del órgano emisor del acto, así como de la materia. Por ejemplo, en sentencia del Tribunal Supremo de 16 de junio de 2011, dictada en cuestión de competencia negativa 114/2010, que se suscita entre el Juzgado Central Contencioso-Administrativo n. 8, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria y la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, el Alto Tribunal resuelve la competencia en favor del Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo n. 8.

El acto que se recurrió ante el Juzgado Central fue el acuerdo dictado por el Gerente de la Mutualidad que estimó el recurso de alzada promovido contra otro de la Mesa electoral del proceso de elección de compromisarios de la Asamblea de la MUGEJU de Cantabria. Este órgano judicial se declaró incompetente en el entendimiento de que el acto inicialmente impugnado que anula el proceso electoral de compromisarios de la Asamblea de Cantabria dimana de un órgano periférico



(Mesa Electoral), por los que la competencia correspondería a los Tribunales de Justicia de Madrid o de Cantabria, según los artículos 10.1.i) y 14.1 LJCA, ya que se trata de una revocación por órgano no central sino periférico de un acto dictado por otro órgano inferior jerárquico no central. El Tribunal Superior de Justicia de Cantabria considera que como no se dirime una cuestión de personal la competencia vendrá determinada por el carácter central del órgano superior que resuelve el recurso de alzada que, por cierto, lo estima, declarando válida la proclamación de candidatos que figuran en el acta de la reunión de la mesa electoral de la votación y escrutinio correspondiente; y, siendo la Gerencia un órgano de la Administración Central del Estado, la competencia corresponde al Tribunal Superior de Justicia de Madrid, conforme a los artículos 10.1.K) y 14.1 LJCA. Por su parte, este último Tribunal atiende para reputar competente al Juzgado Central, ex artículo 9.c) LJCA, a que el acto que se impugna ante el órgano judicial emana de un órgano superior de la Administración Central del Estado, el Gerente, que revoca el del inferior periférico.

El Tribunal Supremo afirma que la cuestión controvertida no es en puridad de personal, sino que afecta al derecho de participación de un determinado colectivo de funcionarios en el proceso de elección de los órganos de representación de la MUGEJU, y este organismo público está adscrito al Ministerio de Justicia a través de la Secretaria de Estado de Justicia, teniendo competencia la Gerencia en todo el territorio nacional, por lo que rectificando el acuerdo del Gerente el inicial de la Mesa electoral, el conocimiento y resolución del recurso corresponde al Juzgado Central Contencioso-Administrativo n. 8.

En segundo lugar, la disposición final tercera declara la supletoriedad de la Ley 40/2015, en cuanto a la actuación y funcionamiento de los órganos colegiados, así como el régimen normativo previsto para los organismos autónomos, en cuyo Capítulo II, Sección 3, ajusta la regulación de los órganos colegiados a ámbito competencial del Estado en dos subsecciones; en la primera, sobre el funcionamiento de dichos órganos, de aplicación a todas las Administraciones Públicas sin perjuicio de las peculiaridades organizativas de las Administraciones Públicas en que se integran, y la segunda, sobre el régimen jurídico, clasificación, composición,

creación, modificación y supresión de los órganos colegiados de la Administración General del Estado y de las Entidades de Derecho Público vinculadas o dependientes de ella<sup>129</sup>. Se supera con la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, el vacío normativo en la materia derivado de la anulación por el TC 50/1999, 6 abril, que declaró contrarios al orden constitucional de competencias los artículos 23.1 y 2, el art. 24.1, 2 y 3, el art. 25.2 y 3, y el art. 27.2, 3 y 5 de la antigua Ley 30/1992, por no tener carácter básico, a la que se remitía en derogado RD 1206/2006.

## **2. Comisión Rectora**

### **2.1. Competencias**

La Comisión Rectora que se encuentra regulada en los artículos 3 a 5 del RD 96/2019 ejerce, al igual que lo hacía la Asamblea General en el marco del anterior reglamento de organización, una actividad de control y fiscalización de la actividad de otros órganos de la Mutuality, aunque también le corresponde la designación de los delegados provinciales de la Gerencia y suplentes de entre la terna de candidatos propuestos.

En el marco de la primera actuación, aunque es la Gerencia la que prepara y ejecuta el plan de actuación anual, redacta la memoria que presenta dentro de los seis primeros meses de cada año al Consejo Rector, o elabora el anteproyecto de presupuesto anual, balance o cuentas anuales, a la Comisión Rectora le compete su aprobación, en sentido propio, o en el último caso, a través de una actividad informadora vinculante. También puede proponer cuantas medidas estime necesarias para el mejor cumplimiento de los fines de la Mutuality. Aunque se suprime la referencia expresa de la facultad de postular cambios en el ámbito de las prestaciones o los que fueren necesarios para el desarrollo de los mecanismos de protección ya existentes, entiendo que deben entenderse incluidas dentro de aquella, máxime

---

<sup>129</sup> Sobre régimen jurídico y funcionamiento de órganos colegiados de la Administración Pública y novedades de la Ley 40/2015, *vid.* SANTIAGO IGLESIAS, Diana, *Comentarios a la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público*, Campos Acuña (dir.), Wolters Kluwer, Madrid, 2017.

cuando en la letra g) del artículo 5 se le atribuyen la funciones de adoptar los criterios necesarios para el otorgamiento de prestaciones no regladas y otras ayudas discrecionales y ser informada por la Gerencia de las que se concedan.

El vigente RD 96/2019 le asigna dos funciones que no le encomendaba la norma derogada a la Asamblea General: informar los proyectos de disposiciones de carácter general que establezcan o modifiquen prestaciones y los referentes a la estructura, organización y funciones de la MUGEJU. Sin embargo, se suprime la relativa al deber de ser informada de los planes de inversión y la facultad de elevar al Ministerio de Justicia las consideraciones que estime convenientes sobre la situación actual y perspectiva futura del marco prestacional de la mutualidad, limitándose a la Gerencia, el órgano de la MUGEJU que puede someter a su consideración cualquier otro asunto<sup>130</sup>. Por último, se cierra el elenco de funciones con una genérica previsión: “Las demás funciones que se le asignen legal o reglamentariamente”.

## 2.2. Composición y funcionamiento

La Comisión Rectora está integrada por el Secretario de Estado de Justicia que ostenta la Presidencia, un vocal del CGPJ, un miembro de la Carrera Fiscal, nombrado por el Fiscal General del Estado, oído el Consejo fiscal, el Secretario General de la Administración de Justicia, el Secretario General Técnico del Ministerio de Justicia, el Presidente del Consejo General de la Mutualidad, dos miembros del Consejo General de la Mutualidad, elegidos de entre los integrantes de los cuerpos contemplados en el artículo 7 letras c) a g), el Gerente y el Secretario General de la MUGEJU, ambos asistirán con voz pero sin voto, ejerciendo el último de Secretario de la Comisión Rectora.

Esta polémica<sup>131</sup> composición y la elección de sus miembros dista bastante de la derogada Asamblea General, integrada por el Presidente, Vicepresidente, Secretario y Compromisarios, en la que el Secretario General de la Mutualidad

---

<sup>130</sup> El artículo 6 del derogado RD 1206/2006 le atribuía a la Asamblea General el conocimiento de todo asunto que se le sometiera a consideración por cualquier otro órgano de la Mutualidad y las demás funciones que se le asignen legal o reglamentariamente.

<sup>131</sup> El CSIF ha anunciado que recurrirá el RD 96/2019 en “<https://www.redaccionmedica.com/bisturi/crisis>”, consulta 20/3/2019.

también actuaba como secretario de la Asamblea General, con voz pero sin voto<sup>132</sup>, eligiéndose los compromisarios por sufragio directo, personal y secreto, o por correo, entre mutualistas pertenecientes a uno de los siguientes grupos: 1) De las carreras judicial y fiscal, de los cuerpos de Secretarios Judiciales, de Médicos Forenses, de Facultativos del INTCF. 2) De los cuerpos de tramitación procesal y administrativa, de Técnicos Especialista del INTCF. Cada uno de los dos grupos aportaba el 50% de los compromisarios, designándose a los hubieran obtenido mayor número de votos en sistema de listas abiertas con única papeleta. En caso de igualdad, el desempate se resolvía por sorteo que se celebraría en la mesa electoral territorial<sup>133</sup>. Su mandato tenía una duración de cuatro años y se renovaban por mitad cada dos años. Cada demarcación que constituía una circunscripción de un Tribunal Superior de Justicia tenía dos compromisarios, salvo por Madrid que serán cinco y por la de las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía y Castilla León, que le correspondían cuatro<sup>134</sup>.

Es evidente que en la composición de la Comisión Rectora juega un papel relevante el titular del Ministerio de Justicia como responsable de la designación directa de tres de sus miembros, e indirecta de dos. Por otro lado, se latera la representatividad de los cuerpos con mayor número de mutualistas<sup>135</sup>.

El Presidente convoca y preside tanto la Comisión Rectora, dirigiendo sus deliberaciones, y remite los acuerdos o peticiones en ellas alcanzados a las

---

<sup>132</sup> Artículo 3.3 RD 1206/2006.

<sup>133</sup> Artículo 4.3 RD 1206/2006.

<sup>134</sup> Artículo 3 RD 1206/2006: “4. A los solos efectos de elección de compromisarios, la circunscripción correspondiente al ámbito territorial del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía se dividirá en dos distritos electorales, uno constituido por las provincias de Almería, Málaga, Jaén y Granada, y otro por las de Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla. La elección de los dos compromisarios, uno por cada grupo, correspondientes a cada distrito electoral, se llevará a cabo en las capitales de provincia de cada distrito.

5. A los efectos previstos en el apartado anterior, la circunscripción de Castilla y León se dividirá en dos distritos electorales, uno constituido por las provincias de León, Palencia, Salamanca, Zamora y Valladolid, y otro por las de Soria, Segovia, Ávila y Burgos. La elección de los dos compromisarios, uno por cada grupo, correspondientes a cada distrito electoral se llevará a cabo en las capitales de provincia de cada distrito”.

<sup>135</sup> La Asamblea de la MUGEJU tenía hasta ahora una representación proporcional de todos los colectivos de mutualistas que la integran: la mitad de compromisarios/as pertenecen los cuerpos de jueces, fiscales, letrados, médicos forenses y facultativos del INTCF, gestión o técnicos de laboratorio del INTCF y la otra mitad a tramitación, auxilio y auxiliares de laboratorio del INTCF, eligiéndose

autoridades y organismos correspondientes. El actual reglamento de reordenación y estructura de la Mutualidad suprime las competencias que, conforme a la norma derogada, asumía el Presidente por delegación del Gerente representando al organismo en actos y contratos en lo que interviniera. Además, le corresponden todas las funciones que le confieran las normas legales o reglamentarias, según prevé el artículo 6.c) del RD 96/2019.

En caso de vacante, ausencia o enfermedad le sustituirá el Secretario General de Justicia (antes la asumía el Gerente de la Mutualidad que ostentaba la vicepresidencia<sup>136</sup>), conforme al artículo 3.4 RD vigente.

La Comisión Rectora se celebra en sesiones ordinarias, al menos una cada semestre, o extraordinarias que convoca el Presidente. Los miembros de la Comisión pueden incluir puntos en el orden del día con quince días de antelación, al menos a su celebración. No existe límite respecto de las sesiones extraordinarias, realizándose cuantas convoque el Presidente por iniciativa propia, o a petición de la Gerencia a la cuarta parte de sus miembros.

### **3. El Consejo Rector**

#### **3.1. Funciones**

Al Consejo Rector<sup>137</sup> dedica el RD 96/2019 los artículos 7 a 11, definiéndolo el primero de ellos (en su apartado primero) como el órgano de supervisión general de la actividad de la Mutualidad. Se observa que respecto de la anterior regulación un intercambio de funciones con la desaparecida Asamblea General (por ejemplo, informar de los asuntos que le somete la Gerencia y de los que debía conocer la Asamblea General, así como los proyectos de disposiciones de carácter general que establezcan o modifiquen prestaciones o información sobre el otorgamiento de prestaciones no regladas o no sometidas a baremo u otras ayudas discrecionales y del fondo de asistencia social). Las atribuciones que ostenta este órgano son básicamente

---

democráticamente entre y por todos y todas las mutualistas cada cuatro años en las distintas comunidades autónomas.

<sup>136</sup> En concreto, los artículos 3.3 y 13.3 RD 1206/2006.

de conocimiento de la memoria anual del organismo elaborada por la Gerencia, el anteproyecto anual de presupuesto, balance y cuentas anuales, planes de inversión y de actuación y de cuantos asuntos le sean sometidos por los otros órganos, además de aquellas funciones que las normas legales o reglamentarias le encomienden y la proposición de cuantas medidas, planes y programas sean convenientes para el desarrollo de los mecanismos de protección del RESSAJ.

### 3.2. Composición y funcionamiento

El Consejo Rector estará formada por dieciséis miembros, dos de la Carrera Judicial designados por el CGPJ, dos de la Carrera Fiscal, designados por el Fiscal General del Estado, dos del Cuerpo de Letrados de la Administración de Justicia, dos del Cuerpo de Médicos Forenses y de Facultativos del INTCF, dos de los Cuerpos de Gestión Procesal y Administrativa y de Técnicos Especialistas del INTCF, dos del Cuerpo de Tramitación Procesal y Administrativa y, dos del Cuerpo de Auxilio Procesal y de Auxiliares de Laboratorio del INTCF. A excepción de los cuatro primeros, los restantes se designan por la Ministra de Justicia oídas las asociaciones profesionales, sustituyendo el anterior sistema de elección<sup>138</sup> como ya se dijo.

---

<sup>137</sup> Sustituye a la Comisión Permanente del RD 1206/2006 que la regulaba en sus artículos 9 a 12.

<sup>138</sup> La Asamblea General elige entre los compromisarios pertenecientes a cada uno de los seis grupos que contempla el artículo 10 del RD 1206/2006 a los consejeros. De entre los compromisarios de cada uno de los grupos siguientes saldrán los seis consejeros, uno por cada grupo. Es decir, uno de entre los pertenecientes a la Carrera Judicial, que conforman el grupo primero; otro entre los de la Carrera Fiscal (grupo segundo), y así respecto de cada uno de los restantes grupos; el tercero, integrado por el cuerpo de Secretarios Judiciales, el de Médicos Forenses, de Facultativos del INTCF; el cuarto, por el Cuerpo de Gestión Procesal y Administrativa; el quinto por el Cuerpo de Tramitación Procesal y Administrativa, el de Técnicos Especialistas del INTCF y de Ayudantes de Laboratorio del INTCF; y por último, el sexto, al que pertenece el Cuerpo de Auxilio Judicial. Estos grupos engloban a todos los funcionarios, por ello, el apartado 2 del artículo 10 del RD 1206/2006, establece un criterio residual para aquello que no estén incluidos en ninguno de ellos, cual es el de la equiparación con el del nivel de titulación exigido para el ingreso en el cuerpo o escala correspondiente.

Los Consejeros serán elegidos por la Asamblea General por mayoría de votos. Los Consejeros de los grupos primero, segundo y tercero serán designados por los compromisarios que pertenezcan a los cuerpos relacionados en dichos grupos. Los Consejeros de los grupos cuarto, quinto y sexto serán designados por los compromisarios que pertenezcan a los cuerpos relacionados en dichos grupos. Cada miembro de la Asamblea General dará su voto personal, directo y secreto a uno sólo de los candidatos por cada grupo. La duración del mandato será de cuatro años, renovándose por mitad cada dos años, de modo que se mantenga la proporcionalidad entre los grupos primero, segundo y tercero por una parte y los grupos cuarto, quinto y sexto por la otra. Podrán presentar listas de candidatos: 1) Las asociaciones de Jueces, Fiscales, Secretarios Judiciales y demás personal al servicio de la Administración de Justicia y sindicatos con representación de ámbito nacional en la Administración de Justicia. 2) Los mutualistas de cada grupo, en número no inferior a veinte. 3) Los compromisarios de la Asamblea General en número no inferior a cinco (artículo 11 RD 1206/2006).

Por mayoría se elegirá entre sus miembros al Presidente y Vicepresidente, que ejercerán su cargo hasta la expiración de su mandato de cuatro años, si bien no cesarán hasta que en el plazo máximo de un año se celebre la sesión del Consejo General que nombre a los que les sustituyan.

El RD 96/2019 se remite al artículo 19 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, para delimitar el marco competencial del presidente del Consejo General, que será desempeñadas por el Vicepresidente en caso de vacante, ausencia, enfermedad u otra causa legal del primero. Actuará como Secretario del Consejo General, con voz pero sin voto, el Secretario General de la Mutualidad.

El órgano que en su caso nombre a cada uno de los miembros del Consejo General, designará también su suplente en caso de vacante, enfermedad u otra causa legal, perdiendo los miembros del Consejo General su condición por acuerdo de aquel, siendo incompatible la condición de consejero con la de delegado provincial, así como con la prestación de servicios en la MUGEJU como funcionario o empleado estatutario o laboral.

Al igual que en la Comisión Rectora, el RD 96/2019 prevé que en la composición del Consejo General se procure en la designación la presencia equilibrada de mujeres y hombres.

El Consejo General celebrará sesión ordinaria una vez al año y cuantas extraordinarias convoque el Presidente, oído el Consejo Rector, o lo solicite una cuarta parte, al menos, de sus miembros, que podrán efectuarse mediante el empleo de medios telemáticos, a iniciativa de la Gerencia de la Mutualidad, oído el Presidente. Este convocará a las sesiones con una antelación mínima de quince días hábiles en el caso de las sesiones ordinarias y de siete días hábiles en el supuesto de las sesiones extraordinarias, salvo en los casos de urgencia, de conformidad con la Ley, adjuntando el orden del día en el que se incluirán los puntos que la cuarta parte de los consejeros soliciten con una antelación de treinta días, y la documentación complementaria necesaria. La concurrencia a las sesiones es obligatoria para todos los miembros salvo causa debidamente justificada, podrá efectuarse de modo

presencial o por medios telemáticos o electrónicos

De cada sesión se levantará acta por el Secretario, que será remitida a todos los miembros del Consejo General, y sometida a su aprobación en la siguiente sesión ordinaria. Para la válida constitución del órgano, a efectos de la celebración de las sesiones se requerirá la presencia del Presidente y Secretario o, en su caso, de quienes les sustituyan, y la mitad más uno de sus miembros. En segunda convocatoria no se exigirá quórum especial. A los efectos determinar el quórum de asistencia, se computarán aquellos miembros que asistan a las sesiones mediante medios telemáticos. El régimen de los acuerdos se ajustará al principio de mayoría de asistentes, teniendo el Presidente voto de calidad en caso de empate.

#### **4. La gerencia**

El artículo 12 del RD 96/2019, dedicado a la Gerencia, continúa la tendencia iniciada por el ya derogado artículo 14 del RD 1206/2006 que abordó una clara y evidente reforma en la organización funcional de la MUGEJU, rompiendo con el modelo precedente. En ese nuevo reparto competencial la Gerencia resultaba reforzada, fundamentalmente, a costa de restarle competencias a la presidencia que prácticamente queda vacía de funciones ejecutivas y de representación de la Mutuality.

Así el artículo 12 se define la Gerencia como el órgano directivo de gestión y dirección de la MUGEJU, que ostenta la representación del organismo, y todas las funciones de dirección, gestión e inspección de las actividades del mismo que ejercerá en el marco de la legislación vigente. Como representante de la Mutuality actúa en su nombre en todos los actos y contratos, así como ante las autoridades, juzgados, tribunales, organismos, entidades y personas naturales y jurídicas; suscribe además contratos, convenio de colaboración con entidades públicas y privadas cuya actividad sea precisa para el mejor cumplimiento de los fines de la Mutuality y enajena elementos del patrimonio que hayan dejado de servir al cumplimiento de los fines, en este caso, previa audiencia de la Comisión Permanente que emitirá informe sobre ambos extremos vinculante.



Entre las funciones de dirección se puede citar la de los servicios técnicos, siendo de su incumbencia la aprobación de las normas sobre funcionamiento y régimen interior de la MUGEJU. También le corresponde elaborar las normas internas del régimen especial de la Seguridad Social en lo relativo al régimen de prestaciones que le incumbe, así como la implantación efectiva de éstas, además de cualquier competencia de dirección o gestión que se le atribuyan normativamente o no esté expresamente asignada a otros órganos. Le corresponde proponer a la Comisión Rectora la terna para el nombramiento de Delegados Provinciales, reconocer la condición de mutualista o beneficiario y prestaciones y ayudas, elaborar el anteproyecto de presupuesto anual de ingresos y gastos, memoria anual, balance de cuentas y resultados, disponer de gastos y ordenar los pagos de la mutualidad, cuyos recursos financieros, bienes y derechos patrimoniales gestiona<sup>139</sup>.

El Gerente de la MUGEJU tendrá rango de subdirector general y será nombrado y separado de su cargo de conformidad con el artículo 67 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público. Por tanto, será nombrado respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad, y cesados por el Ministro, Secretario de Estado o Subsecretario del que dependan. El Secretario General y los titulares de los departamentos que se establezcan en la correspondiente relación de puestos de trabajo, sucesivamente, asumirán la suplencia del gerente en caso de vacante, ausencia y enfermedad<sup>140</sup>. La Gerencia de la MUGEJU contará con una Secretaría General y con el resto de las unidades que se estimen necesarias, con el nivel orgánico que se determine en la correspondiente relación de puestos de trabajo.

Con la finalidad de gestionar la Mutualidad de un modo más ágil y fluido, la Gerencia dictó resolución con fecha 10 de febrero de 2009<sup>141</sup>, posteriormente sustituida por otra de 1 de marzo de 2011<sup>142</sup>, sobre delegación de competencias. La derogación de la Ley 30/1992 y de la Ley 6/1997, imponía una modificación en la materia para adaptarla a las leyes vigentes. Con tal propósito, y con el fin de

---

<sup>139</sup> Artículo 12 RD 96/2019, cita algunas de las competencias.

<sup>140</sup> Artículo 13 RD 96/2019.

<sup>141</sup> BOE n. 41, de 17 de febrero de 2009.

<sup>142</sup> BOE n. 62, de 14 de marzo de 2011.

contribuir a agilizar y obtener la máxima eficacia en el funcionamiento de las unidades internas de la MUGEJU y en la relación del organismo con los proveedores externos, según afirma su preámbulo, se dicta la hoy vigente Resolución de 18 de abril de 2018<sup>143</sup>, sobre delegación de competencias, que serían las siguientes:

1) En la Secretaría General se delegan el reconocimiento de las obligaciones y la ordenación de los pagos (a excepción de las nóminas), los pagos referidos a los conciertos o contratos suscritos con entidades públicas o privadas para la prestación de la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica y los de asistencia protocolarias y de representación, sin perjuicio del ejercicio de las facultades de contratación que el ordenamiento jurídico atribuye al Gerente como órgano de contratación respecto de los contratos menores a los que se refiere el artículo 131.3 en relación con el artículo 118, de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, salvo los acuerdos de inicio y adjudicación de los correspondientes expedientes y las autorizaciones del gasto y la ordenación del pago, la aprobación de las cuentas justificativas de las obligaciones satisfechas con cargo a los anticipos de caja fija y libramientos ordinarios a justificar, excepto las que se refieran a asistencias protocolarias y de representación, la concesión de permisos y licencias salvo los de los titulares de Departamento, Consejeros Técnicos y Asesores Médicos.

2) En el Jefe de Área al cargo de la Administración Financiera y Contabilidad, la gestión y resolución de los procedimientos de reintegro por percepción de prestaciones indebidas y actuaciones vinculadas a la gestión económica que no estén expresamente delegadas en otros órganos de la MUGEJU.

3) En el Consejero Técnico al cargo de la afiliación, cotización y recaudación, reconocimiento de la condición de mutualistas y beneficiarios, altas, bajas y variaciones de su condición y de los derechos derivados de la misma incluido el de la asistencia sanitaria, la resolución de los expedientes de recaudación, impago y reclamación de cuotas y la devolución de cuotas.

4) En el Jefe de Área al cargo de las prestaciones económicas, la resolución de los expedientes y la autorización y disposición del gasto de las prestaciones

---

<sup>143</sup> BOE n. 108, de 4 de mayo de 2018.

económicas y sociales, así como la resolución de los expedientes y la autorización y disposición del gasto de las prestaciones y otros procedimientos de las Mutualidades integradas en el Fondo Especial.

5) En el Jefe de Área al cargo de las prestaciones de farmacia y asistencia sanitaria, reintegro de gastos de farmacia a mutualistas, pagos de medicamentos a hospitales, la autorización y disposición del gasto referido a los conciertos o contratos suscritos con entidades públicas o privadas para la prestación de la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica y la resolución de los procedimientos relativos a asistencia sanitaria y de aquellos expedientes en que haya intervenido la Comisión Mixta Nacional, prevista en los conciertos con las entidades de seguro.

## **5. Los delegados provinciales**

El artículo 14 del RD 96/2019 contempla al delegado provincial como un órgano de enlace con los servicios centrales, que actúa por delegación del Gerente dentro de los límites y de la manera prevista en las normas internas de la Mutualidad<sup>144</sup>.

Para cada Delegación Provincial será nombrado por la Comisión Rectora un delegado de entre los tres propuestos por la Gerencia. Los candidatos serán mutualistas en activo con destino en la capital de la provincia correspondiente.

Actualmente existen 51 delegaciones provinciales, que son Alicante, Castellón, Jaén, Salamanca, Albacete, Ceuta, León, Santa Cruz Tenerife, Almería, Ciudad Real, Lleida, Segovia, Álava, Córdoba, Lugo, Sevilla, Asturias, A Coruña, Málaga, Soria, Ávila, Cuenca, Melilla, Tarragona, Badajoz, Guipuzkoa, Murcia, Teruel, Barcelona, Girona, Navarra, Toledo, Bizkaia, Granada, Ourense, Valencia, Burgos, Guadalajara, Palencia, Valladolid, Cáceres, Huelva, Las Palmas, Zamora,

---

<sup>144</sup> El derogado artículo 16 del RD 1206/2006 contemplaba igualmente al delegado provincial como un órgano de enlace con los servicios centrales, que actúa por delegación del Gerente a través de misiones ejecutivas dentro de los límites y de la manera prevista en las normas internas de la Mutualidad. Pero eran propuestos por los compromisarios de la circunscripción territorial a la que pertenezca la provincia respectiva de entre mutualistas que no fueran compromisarios de la Asamblea General o Consejero de la Comisión Permanente, y nombrados por el Gerente.

Cádiz, Huesca, Pontevedra, Zaragoza, Cantabria, Illes Balears y La Rioja.

## **CAPÍTULO III**

### **ÁMBITO SUBJETIVO DEL MUTUALISMO JUDICIAL**



## 1. Delimitación del marco de aplicación del mutualismo judicial

El ámbito subjetivo de la MUGEJU queda delimitado a través de tres normas. De estas, las más relevantes son dos que ya conocemos. Por un lado, tenemos el TRRESSAJ, donde de manera genérica se establece el campo de aplicación del RESSAJ<sup>145</sup>. Y por otro lado nos encontramos con una norma más específica aun, como es el RD 1026/2011, que aprobó el RMJ. En último lugar, cabe mencionar la Circular 95, de 20 de junio de 2018, de la Gerencia de la MUGEJU, sobre el régimen de afiliación de la MUGEJU<sup>146</sup>.

Con carácter previo, conviene destacar que la Federación de Servicios a la Ciudadanía del Sindicato de Comisiones Obreras interpuso recurso contencioso-administrativo n. 589/11 frente al RMJ, que fue resuelto por el Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo) en sentencia de 23 de enero de 2013. Se instó por la parte demandante la nulidad radical de la norma por prescindir total y absolutamente el legislador de trámites esenciales, a saber: ausencia de informe preceptivo de la Comisión Permanente de la MUGEJU y omisión del trámite de audiencia a dicho sindicato respecto de las modificaciones incorporadas al texto reglamentario desde que se evacuó dicha audiencia al Sector Federal de la Administración de Justicia de Comisiones Obreras. Además de estos motivos formales, con carácter subsidiario, se solicitó la nulidad del apartado 3 del artículo 93, por infringir el artículo 58 de la LOIEMH<sup>147</sup>.

Rechazada la causa de inadmisibilidad planteada por el Abogado del Estado<sup>148</sup>, el Alto Tribunal relata el ítem del procedimiento de elaboración del RMJ

---

<sup>145</sup> Se trata de su art. 2 conforme el cual: “Quedan obligatoriamente incluidos en este Régimen especial:

a) El personal al servicio de la Administración de Justicia comprendido en la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

b) Los funcionarios en prácticas al servicio de la Administración de Justicia, con la extensión y en los términos que se fijen reglamentariamente”.

<sup>146</sup> La Circular 95 derogó las Circulares 87, 88 y 89.

<sup>147</sup> BOE n. 71, de 23 de marzo de 2007.

<sup>148</sup> El Abogado del Estado alegó la falta de legitimación del Sindicato recurrente por no haber justificado que la norma cuestionada afectase a los intereses que representa. El Tribunal Supremo rechaza esta causa de inadmisibilidad en la consideración de que los motivos de impugnación invocados porque de concurrir, no sólo determinaría, el primero, una irregularidad formal en la elaboración del Reglamento sino que también afectaría a la defensa material de los intereses de los mutualistas desde la perspectiva del propio organismo en el que se integran y del Sindicato y, al

relevante para resolver sobre la importancia de los defectos denunciados en la demanda. Así, se destaca que el 1 de abril de 2004 se emite informe de la Secretaría Técnica del Ministerio de Justicia sobre el proyecto de RD, en cuyo apartado II se consigna que es la propia MUGEJU, como organismo autónomo adscrito al Ministerio de Justicia a través de la Secretaría de Estado de Justicia, la que elabora inicialmente el proyecto de Reglamento. De este proyecto se dio audiencia a las asociaciones profesionales y sindicatos del sector justicia, entre otros, al demandante. Con posterioridad fue informado por Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales y de Economía y Hacienda y ciertos organismos públicos. Posteriormente emitieron más informes esos y otros Ministerios, como el de Justicia a través de la Secretaría General Técnica. El proyecto, en su versión de 17 de febrero de 2010 se somete a dictamen del Consejo de Estado. Igualmente se resalta el contenido de un informe de la Gerente de la Mutuality que revela que la Comisión Permanente, a través de dos de sus miembros natos, el Secretario General Técnico del Ministerio de Justicia y el Director General de Relaciones con la Administración de Justicia, fue informada del estado de la tramitación del RD en diversas ocasiones en 2007 y 2011, así como los expedidos por la Secretaría General de la Mutuality sobre diversas reuniones con la Asamblea General con tal finalidad.

Para el Sindicato recurrente el conocimiento del proyecto de reglamento por parte de miembros de la Comisión Permanente no subsana el vicio denunciado, dada su personalidad independiente respecto de la de esta, por lo que la audiencia de las sucesivas modificaciones era obligatoria. El Tribunal Supremo, partiendo de que los trámites preceptivos del procedimiento para el ejercicio de la potestad reglamentaria (artículos 24 y 25 de la Ley 50/1997, del Gobierno<sup>149</sup>) la limitan formalmente y permiten, además, el control judicial de su ejercicio, en aplicación de la jurisprudencia reiterada que se recoge, entre otras muchas, por la Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010<sup>150</sup>, sobre que no toda omisión de un trámite

---

segundo, un recorte de la extensión de la prestación por maternidad de las funcionarias que gozan de una licencia por embarazo de riesgo o lactancia, por lo que no puede negarse la legitimación del recurrente que, desde luego la ostenta, en el ejercicio de la función genérica de representación y defensa de los trabajadores.

<sup>149</sup> BOE n. 285, de 28 de noviembre de 1997.

<sup>150</sup> Recurso n. 446/2008.



esencial del procedimiento genera la nulidad del acto, rechaza que la allí denunciada gozase de eficacia anulatoria. Sólo la omisión procedimental manifiesta, absoluta y total tiene tal relevancia, y la ausencia del informe de la Comisión Permanente carece de ella. Y ello, porque entiende que del artículo 12 del RD 1206/2006 no se deduce la obligatoriedad del informe en los términos del artículo 24 de la Ley 50/1997 y, en todo caso, porque si la finalidad de los informes preceptivos es favorecer el acierto del reglamento, ponderando todos los intereses afectados, el de la Mutualidad ha estado representado en todo momento, desde la elaboración del primer proyecto, como a través de la información facilitada a la Asamblea General y miembros de la Comisión Permanente antes citados. Sin olvidar que el Ministerio al que está adscrito la MUGEJU es el responsable del proyecto y de su aprobación.

Tampoco acogió el Tribunal Supremo la trascendencia anulatoria que pretendía la parte demandante porque no se le había dado audiencia de las posteriores modificaciones introducidas al proyecto inicial. El motivo se rechaza en atención a que las modificaciones operadas en el proyecto inicial, algunas por razón de los informes y alegaciones de las asociaciones y sindicatos, entre estos, el demandante, no son sustanciales de manera significativa para los intereses que representa.

En cuanto a la petición subsidiaria, si bien las motivaciones contenidas en el fundamento jurídico octavo de la sentencia serán analizadas a propósito del examen del subsidio por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, adelantaré en este momento que también fue desestimada, declarando la legalidad del artículo 93.3 RMJ que establece la prestación económica equivalente por incapacidad temporal por disfrute de licencia por riesgo durante el embarazo o lactancia natural. En suma, entiende el Tribunal Supremo que si bien el artículo 93.3 RMJ no incluye en la cuantía de la prestación que reconoce, conceptos retributivos cuyo origen no se encuentre en una norma jurídica de aplicación general a todos los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, esto no conlleva su nulidad, toda vez que el artículo 58 de la LOIEMH y el impugnado, no contemplan supuestos de hecho idénticos. Mientras que en aquel las condiciones del puesto de trabajo son las determinantes de la licencia por riesgo, en el segundo se regula cualquier situación de riesgo durante el embarazo o lactancia con independencia de las circunstancias

que la determinan.

Tal y como se avanzaba al inicio de este capítulo, existe una multiplicidad reguladora del ámbito subjetivo del mutualismo judicial, que bien podría haber provocado cierto caos a la hora de determinar aquellos sujetos incluidos en el campo de aplicación de la MUGEJU. Esta sensación se exagera si atendemos a un hecho de especial trascendencia: la norma reguladora de la MUGEJU contempla de manera específica en su articulado una referencia concreta al personal que debe integrarse en el campo de aplicación de la Mutuality. Sin embargo, un cotejo exhaustivo de las normas que hemos mencionado anteriormente nos revela que todas ellas coinciden esencialmente a la hora de especificar el marco subjetivo del mutualismo judicial.

Ahora bien, no concurre una coincidencia absoluta del campo de aplicación de las normas principales que hemos mencionado anteriormente. La razón de tal afirmación viene dada por el distinto carácter que ostentan; y es que, mientras que el TRRESSAJ se ocupa de todo el personal incluido en el RESSAJ y de los distintos mecanismos de cobertura que dispensa, el RMJ por su parte se limita, como le es propio, a regular exclusivamente todo lo relativo al mutualismo judicial.

El TRRESSAJ presenta, lógicamente, una vocación generalista, queriendo incluir en el campo de aplicación del RESSAJ a todo el personal al servicio de la Administración de Justicia y a sus funcionarios en prácticas. A tal efecto, su artículo 2 incluye obligatoriamente en su campo de aplicación al personal al servicio de la Administración de Justicia comprendido en la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial<sup>151</sup> y funcionarios en prácticas con la extensión que se fije reglamentariamente.

Sin embargo, dicha vocación generalista se revela finalmente de carácter parcial, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 3 de esa misma norma. Así, bajo la rúbrica “mecanismos de cobertura” el legislador muestra su intención de formalizar un régimen de protección que incluya a todo el personal al servicio de la Administración de Justicia sin renunciar a la tendencia unificadora del sistema. Ello lo evidencia el hecho de que mientras todos los funcionarios al servicio de tal

---

<sup>151</sup> BOE n. 157, de 2 de julio de 1985.

Administración, con independencia de la fecha de ingreso, tienen la condición de mutualistas, la cobertura a través del Régimen de Clases Pasivas únicamente se mantiene para los que ostentaran tal condición de funcionario de carrera a 31 de diciembre de 2010.

Nos encontramos así con dos modalidades de protección de los funcionarios. Tendríamos, por un lado, la de aquellos que ingresen en la Administración Pública a partir del 1 de enero de 2011, que se integrarán a efectos de pensiones en el RGSS, respetando las peculiaridades 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. Y de otro, la protección propia de aquellos funcionarios que tuvieran tal condición antes de esa fecha, que seguirán en el Régimen de Clases Pasivas. Lo llamativo del caso es que, tanto en uno como en otro caso, nos encontramos con que el legislador ha decidido mantener la cobertura del mutualismo judicial<sup>152</sup>.

De todos modos, cabría preguntarse si esta excepción que contempla el apartado 2, del artículo 2 del TRRESSAJ, supone una escisión de uno de los mecanismos de cobertura, pero siempre dentro del marco del mismo Régimen Especial, o si respondiendo a la voluntad integradora de todos regímenes de Seguridad Social y consolidación del sistema, fruto de la sexta recomendación del Título IX del Pacto de Toledo (“simplificación e integración de regímenes especiales”<sup>153</sup>), se articula el encuadramiento también del personal funcionario al servicio de la Administración de Justicia que ingrese a partir del 1 de enero de 2011 en el RGSS, si bien con la especialidad de mantener la protección del mutualismo judicial, dando lugar así a un cuasi sistema especial o sistema especial encubierto.

---

<sup>152</sup> Cfr. MAGALLÓN ORTÍN, Moisés y PÉREZ ALONSO, María Antonia, *Vademécum de Derecho de la Seguridad Social*, 2ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2013, p. 30.

<sup>153</sup> En el Pacto de Toledo, aprobado por el pleno del Congreso de los Diputados en sesión del 6 de abril de 1995, se establecieron una serie de recomendaciones para afrontar los problemas estructurales del sistema de seguridad social, apuntando las principales reformas necesarias del mismo. Tales recomendaciones que se recogen el Título IX del documento afectan a las siguientes materias: Separación y clarificación de las fuentes de financiación, constitución de reservas, mejoras de las bases, financiación de los regímenes especiales, mejora de los mecanismos de recaudación, simplificación e integración de regímenes especiales, integración de la gestión, evolución de las cotizaciones, equidad del sistema, edad de jubilación, mantenimiento del poder adquisitivo de las

A favor de la primera de las opciones se presenta el hecho de que dicha excepción no la introduce la norma cuando regula el ámbito subjetivo de aplicación del RESSAJ, sino en el precepto relativo a los mecanismos de cobertura propios del Régimen Especial. En pro de la segunda cabe destacar las consecuencias prácticas: se aplicarán las normas reguladoras del RGSS con las peculiaridades ya señaladas y, por ende, será el INSS el reconozca las pensiones de jubilación por edad o incapacidad permanente, muerte y supervivencia<sup>154</sup>. Veamos a fin de esclarecer la cuestión los antecedentes normativos.

En las Leyes presupuestarias anuales, a partir de la de 1984, comienza el intento del legislador de aproximar el Régimen de Clases Pasivas a los regímenes propios de Seguridad Social. Tras sucesivas reformas destaca la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social<sup>155</sup>, que en su Disposición Final 4ª autorizó al Gobierno para que, en el plazo de un año a partir de su entrada en vigor, procediera a la elaboración de un nuevo texto refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado para regularizar, aclarar y armonizar la Ley de Clases Pasivas y sus modificaciones posteriores, con las disposiciones que hayan incidido en el Régimen de Clases Pasivas del Estado contenidas en normas con rango de Ley. La disposición final décima de la Ley 62/2003, 30 diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social<sup>156</sup>, prorrogará durante 2004 dicha autorización.

Ya con la Ley de PGE para 2009<sup>157</sup>, aquella autorización quedó relegada a una mera proposición por el Gobierno en el plazo de seis meses, previa negociación con las Organizaciones Sindicales en la Mesa del Diálogo Social existente para el seguimiento y desarrollo del Pacto de Toledo, de las medidas legales necesarias en orden a continuar el proceso de armonización del Régimen de Clases Pasivas del Estado con el RGSS.

---

pensiones, reforzamiento del principio de solidaridad, mejora de la gestión, sistema complementario, análisis y seguimiento de la evolución del sistema.

<sup>154</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, cit., p. 195. En el sentido de que se genera una situación de protección social para el colectivo de Jueces y Magistrados, dividida a través de dos Regímenes.

<sup>155</sup> BOE de 31 de diciembre de 2002.

<sup>156</sup> BOE de 31 de diciembre de 2003.

Al amparo de esa tendencia armonizadora, se redacta el artículo 20 del RD Ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo. Así se proclama en el último párrafo del apartado I de su preámbulo, al reseñar que, mediante la integración de los funcionarios de nuevo ingreso en el RGSS, a los efectos de Clases Pasivas, se da un paso más en la integración de los regímenes de Seguridad Social y consolidación a medio plazo del sistema de Seguridad Social, además de los inmediatos efectos resultantes de incremento en la confianza y solvencia del sistema. También en el apartado IX de su parte introductoria la norma justifica la integración de los funcionarios de nuevo ingreso en el RGSS a los efectos de Clases Pasivas en la necesidad de aumentar los ingresos de Tesorería mediante estos cotizantes y alcanzar un único sistema contributivo y de reparto de pensiones propiciando así su estabilidad, si bien con pleno respecto al marco objetivo de cobertura de las mutualidades de funcionarios.

Ciertamente, la inclusión del personal que adquiriera la condición de funcionario a partir del 1 de enero de 2011 en el RGSS, en cuanto genera la obligación de la Administración correspondiente a darle de alta en dicho régimen a los efectos reseñados y a cotizar por él, además del practicar el descuento en las retribuciones por la cuota a la Seguridad Social a costa del funcionario, sin perjuicio de la cuota de la Mutualidad respectiva que también abonaran, provoca de inmediato un efecto económico, incrementando los ingresos de la TGSS. Más cuestionable resulta la simplificación y armonización pretendida, pues con dicha medida la protección social de los funcionarios se articula a través de tres vías: 1) El Régimen de Clases Pasivas con mutualismo. 2) El RGSS. 3) El RGSS con mutualismo<sup>158</sup>. En cualquier caso, de lo que no cabe duda es que provocará la extinción del Régimen de Clases Pasivas.<sup>159</sup>

La Disposición Transitoria Cuarta garantizaba los derechos pasivos causados

---

<sup>157</sup> Ley 2/2008, de 23 de diciembre.

<sup>158</sup> MADRID YAGÜE, Pilar y ZATARAÍN DEL VALLE, Reyes, “El Régimen de Clases Pasivas”, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n. 154, 2012.

<sup>159</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, cit., p. 174.

y futuros de los funcionarios que tuvieran tal condición antes del 1 de enero de 2011, siéndoles de aplicación lo dispuesto en la Ley de Clases Pasivas. Esta norma de Derecho transitorio no resulta baladí, pues en el pasado la integración de regímenes o de mutualidades en otros supuso la pérdida de derechos no reconocidos en la nueva regulación<sup>160</sup>.

El contenido del mentado artículo 20 de la Ley 13/2010 actualmente lo plasman los artículos 2.2 RMJ y 3.2 TRRESSAJ<sup>161</sup>. Y aunque fue derogado por la LGSS, la disposición adicional tercera de esta Ley lo reproduce, proclamando expresamente en su articulado la tendencia homogeneizadora del Sistema de Seguridad Social y a la unidad a que, en definitiva, responde aquella medida. Así, se establece en el artículo 10 de este texto legal<sup>162</sup>, para los regímenes especiales de trabajadores del mar y funcionarios públicos regulados por leyes específicas, que éstas deben estar informadas por las normas generales del sistema y tender hacia el RGSS. Como muestra de la vocación de unidad del sistema, en el apartado 5 de este último precepto se autoriza la integración de los regímenes especiales no regulados por ley específica en el general, siempre que las peculiaridades del colectivo afectado y el grado de homogeneidad con la regulación del RGSS lo permitan, o incluso la de un régimen especial en otro si se alcanza mayor homogeneidad con el RGSS.

Al hilo de esta tendencia unificadora se ha de apuntar que dicha integración en el RGSS no sólo afecta al personal al servicio de la Administración de Justicia como es obvio, sino a todo el incluido en el ámbito de cobertura del Régimen de

---

<sup>160</sup> Sentencia Tribunal Superior de Justicia Madrid de 5 de junio de 1999 (recurso n. 1340/96) confirma el acuerdo denegatorio de la ayuda por hijos minusválido en tanto que si bien se contemplaba para los mutualistas de la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia al integrarse ésta en el Fondo Especial de la Mutualidad General se suprimió. Sobre pérdida de derechos adquiridos por mutualistas de la antigua Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia por la integración en el Fondo Especial de la Mutualidad General Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de abril de 1998 (recurso n. 334/1994); de 20 de abril de 1998 (recurso n. 243/1994).

<sup>161</sup> La Disposición Final 5.1 de la Ley 3/2017, de 27 de junio, de PGE para 2018, introdujo el apartado 2, al artículo 3 del TRRESSAJ (BOE de 28 de julio de 2017).

<sup>162</sup> Artículo 10 LGSS, que remite la regulación de los regímenes especiales correspondientes trabajadores del mar y funcionarios públicos, civiles y militares a las leyes específicas orientadas a la homogeneidad con el Régimen General, ateniéndose a las normas del Título I en la medida en que lo permitan las peculiaridades del grupo afectado y disponibilidades financieras del sistema.

Clases Pasivas<sup>163</sup>, a excepción de los ex Presidentes, Vicepresidentes y Ministros del Gobierno y otros cargos referidos en el artículo 51 de la Ley de Clases Pasivas<sup>164</sup>.

En resumen, esta forma de articular la protección social de los funcionarios supone un avance en la consecución del objetivo de consolidación del sistema de Seguridad Social, a través de la mayor confianza y solvencia que le genera la simplificación estructural del mismo aunque, paradójicamente, entraña una complejidad en la gestión de tal protección social<sup>165</sup>, además de ciertas diferencias en la extensión de esta. En efecto, mientras que los funcionarios sujetos al Régimen de Clases Pasivas seguirán cobrando el superior importe de la pensión de jubilación por incapacidad permanente parcial o tendrán derecho a la pensión extraordinaria en casos de incapacidad permanente o por muerte o supervivencia dimanantes de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio, los incorporados al RGSS, salvo personal de las Fuerzas Armadas y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, ya no percibirán tales prestaciones. No supone una pérdida de derechos desde la perspectiva individual, pues los funcionarios de nuevo ingreso nunca los habían adquirido, pero no puede ignorarse que se presente, a mi juicio, como la opción menos favorable. Quizás por ello, el colectivo funcional afectado se opone a la pérdida del otro mecanismo de cobertura, el mutualismo. Mientras no se contemple o

<sup>163</sup> La Ley de Clases Pasivas determina el ámbito personal de cobertura en su artículo 2 incluyendo a: Los funcionarios de carrera de carácter civil de la Administración del Estado; el personal militar de carrera, y el de las Escalas de complemento y reserva naval y el de tropa y marinería profesional que tuviera adquirido el derecho a permanecer en las Fuerzas Armadas hasta la edad de retiro; los funcionarios de carrera de la Administración de Justicia; Los funcionarios de carrera de las Cortes Generales; los funcionarios de carrera de otros órganos constitucionales o estatales, siempre que su legislación reguladora así lo prevea; el personal interino a que se refiere el artículo 1.º del Decreto-Ley 10/1965, de 23 de septiembre; el personal mencionado en las precedentes letras que preste servicio en las diferentes Comunidades Autónomas como consecuencia de haber sido transferido al servicio de las mismas; los funcionarios en prácticas pendientes de incorporación definitiva a los distintos Cuerpos, Escalas y Plazas, así como los alumnos de Academias y Escuelas Militares a partir de su promoción a Caballero Alférez-Cadete, Alférez alumno, Sargento-alumno o Guardiamarina; el personal que cumpla el servicio militar en cualquiera de sus formas, los Caballeros Cadetes, Alumnos y Aspirantes de las Escuelas y Academias Militares y el personal civil que desempeñe una prestación social sustitutoria del servicio militar obligatorio; el personal militar de empleo, y el de las Escalas de complemento y reserva naval y el de tropa y marinería profesional que no tenga adquirido el derecho a permanecer en las Fuerzas Armadas hasta la edad de retiro.

<sup>164</sup> Artículo 51 de la Ley de Clases Pasivas del Estado cita a los ex Presidentes del Congreso de los Diputados y del Senado, del Tribunal de Cuentas y del Consejo de Estado, ex Presidentes del TC y los ex Defensores del Pueblo y Fiscales Generales del Estado, ex Presidente del Tribunal Supremo y del CGPJ.

<sup>165</sup> *Cfr.* nota 97.

se suplan en el RGSS las peculiaridades de los mecanismos propios de protección del RESSAJ, se vislumbra bastante complicada una integración en el RGSS de dicho personal menos restrictiva que la actual.

En suma, tras lo expresado puede afirmarse que al día de hoy coexiste, pues, junto con el Régimen de Clases Pasivas aplicable a los que tuvieron la condición de funcionarios de carrera antes del 31 de diciembre de 2011, el RGSS para los de ingreso posterior y a los solos efectos de pensiones, si bien con ciertas peculiaridades como respeto a la edad de jubilación o mantenimiento de los tribunales calificadoros de incapacidades.

## **2. Afiliación**

Frente a la naturaleza constitutiva que tiene la afiliación como acto de encuadramiento en el régimen general (y especiales) regulado en la LGSS, en los especiales de los funcionarios públicos presenta carácter declarativo y, exclusivamente, en lo que a las Mutualidades se refiere.

En efecto, en el marco de la LGSS la relación jurídica de Seguridad Social se constituye mediante la afiliación. Este acto es obligatorio desde el inicio de la relación laboral, incumbiendo al empresario la obligación de instar la afiliación y el alta del trabajador. Si no lo hace, puede el empleado suplir su inactividad solicitándola él directamente. En caso de incumplimiento del empresario de tal obligación o, en su defecto, en ausencia de solicitud del afectado, la relación jurídica de Seguridad Social no se constituye, impidiendo con ello la normal protección del trabajador, sin perjuicio de la responsabilidad del empleador<sup>166</sup> en el pago de las

---

<sup>166</sup> El artículo 167 LGSS dispone: “2. El incumplimiento de las obligaciones en materia de afiliación, altas y bajas y de cotización determinará la exigencia de responsabilidad, en cuanto al pago de las prestaciones, previa la fijación de los supuestos de imputación y de su alcance y la regulación del procedimiento para hacerla efectiva.

3. No obstante lo establecido en el apartado anterior, las entidades gestoras, mutuas colaboradoras con la Seguridad Social o, en su caso, los servicios comunes procederán, de acuerdo con sus respectivas competencias, al pago de las prestaciones a los beneficiarios en aquellos casos, incluidos en dicho apartado, en los que así se determine reglamentariamente, con la consiguiente subrogación en los derechos y acciones de tales beneficiarios. El indicado pago procederá aun cuando se trate de empresas desaparecidas o de aquellas que por su especial naturaleza no puedan ser objeto de procedimiento de apremio. Igualmente, las mencionadas entidades, mutuas y servicios asumirán el



prestaciones por dicha infracción y de la posible anticipación en el abono de la misma por la entidad gestora en los supuestos previstos en las normas, con subrogación en los derechos y acciones del trabajador. Todo ello, claro está, en relación a las prestaciones de nivel contributivo.

Sin embargo, en los regímenes especiales de los funcionarios la afiliación tiene distinto alcance en cada uno de los mecanismos de cobertura y también respecto de los regulados en LGSS. Así, la incorporación al Régimen de Clases Pasivas se produce de modo automático desde la toma de posesión del funcionario y por imperativo legal. No se precisa acto alguno de encuadramiento, pues no media Entidad Gestora alguna entre el Estado y el sujeto protegido. Se establece una única relación jurídica con el nombramiento y toma de posesión del funcionario, de la que derivan todos los derechos económicos y pasivos de este.

Ahora bien, en el marco del otro mecanismo de cobertura de los funcionarios, el mutualismo, sí existen Entidades Gestoras, por lo que son precisos tales actos de encuadramiento, al objeto de que aquellas conozcan el colectivo funcional a su cargo. Sin embargo, en la medida en que la afiliación debe tramitarse de oficio desde la incorporación obligatoria a la Mutualidad correspondiente desde la toma de

---

pago de las prestaciones, en la medida en que se atenúe el alcance de la responsabilidad de los empresarios respecto a dicho pago. El anticipo de las prestaciones, en ningún caso, podrá exceder de la cantidad equivalente a dos veces y media el importe del indicador público de renta de efectos múltiples vigente en el momento del hecho causante o, en su caso, del importe del capital coste necesario para el pago anticipado, con el límite indicado por las entidades gestoras, mutuas o servicios. En todo caso, el cálculo del importe de las prestaciones o del capital coste para el pago de las mismas por las mutuas o empresas declaradas responsables de aquellas incluirá el interés de capitalización y el recargo por falta de aseguramiento establecido, pero con exclusión del recargo por falta de medidas de seguridad y salud en el trabajo a que se refiere el artículo 164.

Los derechos y acciones que, por subrogación en los derechos y acciones de los beneficiarios, correspondan a aquellas entidades, mutuas o servicios frente al empresario declarado responsable de prestaciones por resolución administrativa o judicial o frente a las entidades de la Seguridad Social en funciones de garantía, únicamente podrán ejercitarse contra el responsable subsidiario tras la previa declaración administrativa o judicial de insolvencia, provisional o definitiva, de dicho empresario. Cuando, en virtud de lo dispuesto en este apartado, las entidades gestoras, las mutuas y, en su caso, los servicios comunes se subrogasen en los derechos y acciones de los beneficiarios, aquellos podrán utilizar frente al empresario responsable la misma vía administrativa o judicial que se hubiera seguido para la efectividad del derecho y de la acción objeto de subrogación.

4. Corresponderá a la entidad gestora competente la declaración, en vía administrativa, de la responsabilidad en orden a las prestaciones cualquiera que sea la prestación de que se trate, así como de la entidad que, en su caso, deba anticipar aquella o constituir el correspondiente capital coste”.

posesión, su naturaleza es meramente declarativa<sup>167</sup>. No obstante, como también se contempla la posibilidad de mantener la condición de mutualista aun cuando se pierda la de funcionario —o incluso en situaciones de excedencia voluntaria, salvo por cuidado de hijos o de familiares— cabe distinguir entre la afiliación obligatoria y la voluntaria.

### 2.1. Afiliación obligatoria

Concretamente, para el mutualismo judicial el RMJ prevé en su artículo 6 el carácter obligatorio de la incorporación de oficio a la MUGEJU, que se realizará en el plazo de un mes desde la recepción de la comunicación de los órganos competentes en materia de personal que formalicen la toma de posesión del personal de carrera o nombramiento de funcionarios en prácticas incluidos en su ámbito de aplicación, así como del cambio de situación administrativa, jubilación o cualquier otro acto que altere o modifique los relativos a la incorporación a la Mutuality. En defecto de actuación de oficio puede solicitar la afiliación el interesado, pero, dada la naturaleza declarativa de tal acto, los derechos y obligaciones respecto de la MUGEJU se entienden, en todo caso, referidos a la fecha de la toma de posesión, nombramiento y demás actos que el apartado 1 del mentado precepto cita. Lógicamente, esto sólo se aplica a la afiliación obligatoria, pues la voluntaria sólo puede tramitarse a instancia del interesado que requiera la incorporación o continuidad en la Mutuality<sup>168</sup>.

La determinación del personal que debe incorporarse obligatoriamente a la MUGEJU en la condición de mutualista titular exige atender, en primer lugar, a lo dispuesto en el artículo 9 del RMJ, que reconoce la condición de mutualista por derecho propio al personal que cita su artículo 3<sup>169</sup> (incluso cuando se jubilen),

---

<sup>167</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Configuración General del Mutualismo Administrativo”, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007, pp. 293 y 295.

<sup>168</sup> Artículo 7.2 RMJ. La afiliación se acreditará mediante un documento que expide la Mutuality en el que consta el número de afiliación el titular mutualista y, en su caso, la identificación del beneficiario del RESS o del mutualista por derecho derivado.

<sup>169</sup> Esto es: 1) Los miembros de las Carreras Judicial y Fiscal, los funcionarios de carrera del Cuerpo de Secretarios Judiciales, de Médicos Forenses, de Gestión Procesal y Administrativa, de Tramitación Procesal y Administrativa y de Auxilio Judicial, así como de los restantes Cuerpos y Escalas al servicio de la Administración de Justicia, cualquiera que fuese su lugar de destino y la Administración

siempre y cuando provengan de una situación obligatoria de alta a la que se refiere el art. 10 RMJ.

El artículo 10 RMJ establece el alta obligatoria en la MUGEJU del personal que cita su artículo 3, siempre que se encuentre en situación de servicio activo o pasen a ejercer funciones de suplente, sustituto o interino, excedencia forzosa o para el cuidado de hijos, servicio especiales (salvo el de la Administración Europea) o alguna organización internacional de la que España forme parte durante el tiempo de inclusión obligatoria en el régimen de previsión social de éstas (o que ejerciten el derecho de transferencia previsto en el Estatuto de Funcionarios de la UE), suspensión de funciones o jubilados que provengan de una situación de inclusión obligatoria en el ámbito de aplicación del RESSPAJ, excepto si están incorporados en otro Régimen y renuncien expresamente al regulado en el TRRESSAJ<sup>170</sup>.

Por su parte, el artículo 3 RMJ identifica dicho personal en atención a lo que establece el artículo 2 TRRESSAJ, que, a su vez, se remite al comprendido en la Ley Orgánica 1/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. Por tanto, además de Magistrados, Jueces, Fiscales de carrera y Letrados de la Administración de Justicia, se incluye obligatoriamente en el campo de aplicación del mutualismo judicial al cuerpo de funcionarios al servicio de esta Administración y otro personal incluido en la Ley Orgánica del Poder Judicial. Concretamente, el artículo 475 de la Ley Orgánica del Poder Judicial clasifica los cuerpos en generales (de Gestión Procesal y Administrativa, de Tramitación Procesal y Administrativa, de Auxilio Judicial) y especiales (de Médicos Forenses, de Facultativos del INTCF, de Técnicos Especialistas de este Instituto, de Ayudantes de Laboratorio del INTCF). De estos, el RMJ cita expresamente al personal de carrera judicial y fiscal, del cuerpo de Letrados de la Administración de Justicia y de los cuerpos generales y del cuerpo

---

Pública que, en su caso, tenga asumida su gestión. 2) Los funcionarios en prácticas, aspirantes al ingreso en las Carreras y Cuerpos a que se refiere el apartado anterior, en la forma que se determine en el presente Reglamento. 3) Los Letrados de carrera que integran el Cuerpo de Letrados del Tribunal Constitucional. 4) Los miembros de los Cuerpos profesionales extinguidos o integrados que conserven el derecho a pertenecer a esta MUGEJU.

<sup>170</sup> Además de las citadas, la Circular 95, de 20 de junio de 2018, en su epígrafe 1.1.1, apartado 3, contempla como situaciones determinantes de la conservación de la condición de mutualista en alta obligatoria, con idénticos derechos y obligaciones que, en servicio activo, la de excedencia por razón de violencia de género y la licencia por asuntos propios.

especial de Médicos Forenses y sus funcionarios en prácticas<sup>171</sup>, así como los que de estos pasen a desempeñar destino o ejercer funciones de suplente, sustituto o interino en dichas carreras o cuerpos<sup>172</sup>, a los letrados de carrera que integran el cuerpo de letrados del Tribunal Constitucional y a los miembros de los cuerpos profesionales extinguidos o integrados que conserven el derecho a pertenecer a la Mutualidad que se encuentre en alguna de las situaciones anteriormente descritas. Asimismo, engloba de modo genérico a los de los restantes cuerpos y escalas al servicio de la Administración de Justicia con independencia del destino y Administración Pública de destino.

A mi entender, en esta última referencia bien se podría encuadrar el personal perteneciente a los cuerpos especiales respecto de los cuales tanto el RMJ como la Circular 95, de 20 de junio de 2018, de la Gerencia de la MUGEJU sobre el Régimen de Afiliación a la MUGEJU, omiten cita expresa, en particular los siguientes: los cuerpos de Facultativos, de Técnicos Especialistas y de Ayudantes de Laboratorio del INTCF.

Llegados a este punto debe hacerse especial mención a la situación del personal interino y Jueces y Fiscales sustitutos o Magistrados suplentes que no provengan de ninguno de los cuerpos anteriormente citados, que quedarían excluidos del RESSAJ, integrándose actualmente en el RGSS.

El primer reglamento de la Mutualidad de Justicia aprobado por RD 3283/1978, de 3 de noviembre, preveía la inclusión del personal interino en el RESSAJ siempre que no estuviese acogido a otro régimen de Seguridad Social. A tal efecto, la MUGEJU acabó asumiendo la acción protectora de este colectivo tan específico, aunque con limitaciones, ya que se dispuso que la protección dispensada por la misma sólo abarcaría determinadas prestaciones: asistencia sanitaria, prestaciones por incapacidad temporal, las recuperadoras de la capacidad y para retribución del personal encargado de la asistencia del gran inválido y las indemnizatorias por lesiones o secuelas derivadas de enfermedad profesional o acto

---

<sup>171</sup> El artículo 2 TRRESSAJ incluye obligatoriamente en el RESSAJ al personal de la Administración de Justicia comprendido en la Ley Orgánica 1/1985, de 1 de julio del Poder Judicial y funcionarios en prácticas esta Administración.

de servicio<sup>173</sup>. Posteriormente, el RD 2363/1985, de 18 de diciembre, extendió la protección por desempleo al personal de empleo interino al servicio de la Administración de Justicia en los términos previstos en la Ley 31/1984, de 2 de agosto, y las normas reglamentarias que la desarrollan, siendo obligada la cotización por tal contingencia por la Administración.

Esta situación, sin embargo, confrontaba —en clara desigualdad para los de la Administración del Estado— con la cobertura dispensada a los interinos en el ámbito de la Administración local que era equiparable a la de los funcionarios de carrera. La solución a esta dispar protección llegará con el RD 960/1990, de 13 de julio, que establecerá un único mecanismo de cobertura del personal interino con su integración en el RGSS<sup>174</sup>, siendo su art. 1.2 el que definirá al personal interino al servicio de la Administración de Justicia, considerando como tal —asimilados a trabajadores por cuenta ajena— a los Jueces, Fiscales y Secretarios en régimen de provisión temporal; los Jueces y Fiscales sustitutos que desempeñen ininterrumpidamente la función durante más de un mes; y los Médicos Forenses, Oficiales, Auxiliares y Agentes interinos.

Unos años después, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo por sentencias de 2 de julio de 2001 y 21 de octubre de 2003 anulará el mentado artículo, a fin de incluir dentro del personal interino a los Jueces sustitutos que no desempeñan ininterrumpidamente sus funciones por más de un mes y Magistrados suplentes<sup>175</sup>. En la primera de ellas, se parte de que el RD 960/1990 se promulga al amparo de la disposición final sexta de la Ley 33/1.987, de 23 de diciembre, de PGE para 1.988, que no faculta al Gobierno para excluir a nadie que prestase su trabajo como personal interino al servicio de la Administración de Justicia de la integración en la Seguridad Social. Es por ello que el Alto Tribunal,

---

<sup>172</sup> Artículo 3 RMJ.

<sup>173</sup> Las contempladas en el artículo 10.Uno, a), b) c) y d) RD 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.

<sup>174</sup> Tal norma se dicta en el marco de la autorización conferida al Gobierno por la disposición final sexta de la Ley 33/1987, de 23 de diciembre, de PGE para 1988, para regular mediante RD la integración en el RGSS del personal interino al servicio de la Administración de Justicia.

<sup>175</sup> Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de julio de 2001, cuestión de ilegalidad n. 486/00 (Roj: STS 5694/2001 - ECLI:ES:TS:2001:5694). STS de 21 de octubre de 2003, cuestión de ilegalidad n. 7/02 (ROJ: STS 6486/2003 - ECLI:ES:TS:2003:6486).

tras considerar que el Magistrado suplente ostenta tal condición de personal interino con carácter temporal mediante una remuneración, entendió que el mismo ejerce las funciones propias del personal de carrera que presta sus servicios en la Administración de Justicia, aunque sin formar parte de dicho personal de carrera. En consecuencia, el Tribunal Supremo acogerá la cuestión de ilegalidad planteada en el recurso, declarando la nulidad de aquel precepto a los efectos de incluir en el mismo a los Magistrados suplentes. La segunda sentencia, con idénticos razonamientos, llega a la misma conclusión en relación a los Jueces sustitutos que desempeñan ininterrumpidamente sus funciones durante menos de un mes.

Más adelante el RD 4/2006, de 13 de enero, modificará entre otros el artículo 1 del RD 960/1990, de 13 de julio, para adaptarlo a las citadas sentencias del Tribunal Supremo, incluyendo dentro del personal interino al servicio de la Administración de Justicia a los Magistrados suplentes, excluidos los eméritos, Jueces, Fiscales y Secretarios Judiciales sustitutos y funcionarios interinos al servicio de la Administración de Justicia, nombrados de conformidad con el art. 472.2 de la Ley Orgánica del Poder Judicial<sup>176</sup>.

Los problemas legales no se acaban aquí, por cuanto que debido a los vaivenes legislativos cabría preguntarse qué sucedió con las cotizaciones de aquellos que, al amparo del RD Ley 16/1978, cotizaron a la MUGEJU. La respuesta, en principio, la ofrecía la disposición transitoria del RD 96/1990 (desarrollada por Orden de 18 de junio de 1992) que establecía que el personal interino de la Administración de Justicia que acreditase períodos de cotización a la MUGEJU entre la entrada en vigor del RD Ley 16/1978, de 7 de junio, y la norma de 1990, podría efectuar las cotizaciones necesarias para que dichos periodos pudieran computarse como cotizados al RGSS, a los efectos del reconocimiento en el RGSS de pensiones de jubilación, invalidez, muerte y supervivencia; o lo que es igual, comprar sus pensiones.

Como es lógico, esta concreta previsión legal generó multitud de reclamaciones, que desembocaron en la vía judicial ante la negativa por parte de la

Administración de la Seguridad Social al reconocimiento de los periodos de ejercicio de funciones como interino comprendidas entre aquellas fechas, a los efectos de la pensión de jubilación o, simplemente, de alta en el RGSS; o lo que es igual, sustituir la compra de la pensión por el cómputo recíproco de cotizaciones<sup>177</sup>, sin ningún coste para el interesado. El problema que se planteó, sin embargo, era que la disposición transitoria fue desarrollada por una Orden de 18 de junio de 1992 (por la que se dictan normas de aplicación y desarrollo de lo dispuesto en la disposición transitoria del RD 960/1990, de 13 de julio, por el que se integra en el RGSS al personal interino al servicio de la Administración de Justicia<sup>178</sup>), donde se exigía a los interesados en la compra de pensiones que en el plazo de dos meses desde la entrada en vigor de la norma —esto es, el 26 de junio de 1992— solicitaran que los períodos cotizados a la MUGEJU le fueran acreditados como cotizados al RGSS, previo abono de las correspondientes cotizaciones. Ello provocó, lógicamente, que las posteriores solicitudes, tanto de compra de pensiones como de cómputo recíproco de cotizaciones, fueran rechazadas por no haberse abonado las cotizaciones en el exiguo plazo legal concedido para ello.

A mero título de ejemplo se pueden citar una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla) de fecha 14 de febrero de 2008<sup>179</sup>. El supuesto allí enjuiciado versaba sobre reconocimiento a efectos de causar pensión de jubilación en el RGSS de los periodos trabajados por una Fiscal sustituta, anteriores a la entrada en vigor del RD 960/1990, por los que se había cotizado a MUGEJU para contingencias limitadas (enfermedad y desempleo). La sentencia desestima la pretensión partiendo de que el derecho que reconocía la norma de derecho transitorio se condicionaba a unos requisitos determinados, desarrollados en la Orden de 1992: debía solicitarse el reconocimiento en el plazo de dos meses desde la entrada en vigor de la Orden y abonar por el procedimiento en ella establecido la

---

<sup>176</sup> En el artículo 2 del RD 960/1990 se delimita la acción protectora, que será la dispensada por el RGSS, situación que se mantiene en el presente.

<sup>177</sup> Sobre el cómputo recíproco de cotizaciones, puede verse BLASCO LAHOZ, José Francisco, “El cómputo recíproco de cotizaciones entre regímenes de Seguridad Social”, *Tribunal Social*, n. 27, 1993, pp. 26 y ss.; y BALLESTER PASTOR, María Amparo, *El cómputo recíproco de cotizaciones en el sistema español de seguridad social*, La Ley, Madrid, 2007, *passim*.

<sup>178</sup> BOE de 25 de junio de 1992.

<sup>179</sup> Recurso n. 2504/2007.

cuota empresarial (se obligaba al Ministerio de Justicia a hacerlo) y del trabajador correspondiente a dicho Régimen. Y sin el cumplimiento de estos requisitos no se pueden rehabilitar dichos periodos en el momento de acceder a la jubilación; y ello, concluye la sentencia, no entraña ninguna discriminación respecto de los funcionarios de carrera o personal interino afiliados al RGSS, toda vez que conforme a reiterada jurisprudencia constitucional la diferencia de trato es viable si se sustenta en la distinta naturaleza del vínculo administrativo o laboral y porque no puede ser objeto de comparación regímenes de Seguridad Social distintos.

También la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha resolvió en idéntico sentido en su sentencia de 26 de junio de 2002<sup>180</sup>, rechazando efectuar pronunciamiento alguno sobre la conformidad a Derecho del plazo de dos meses señalado en el mentada Orden de 1992, para no incidir en el marco competencial propio de otro poder del Estado<sup>181</sup>. De igual manera conviene prestar atención de entre las más recientes a una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 28 de junio de 2018<sup>182</sup>, que merece se destacada porque no sólo reitera —para el caso allí enjuiciado de un Juez sustituto que insta el reconocimiento de periodos anteriores a la entrada en vigor del RD 960/1990— que la normativa aplicable preveía específicamente el procedimiento y plazo para articular tal pretensión —de modo que estimar la pretensión ejercitada al margen de aquella previsión supondría una infracción de la norma—, sino que además refuerza tal argumento a propósito de la inaplicación de la doctrina sentada en una sentencia de fecha 3 de junio de 2015 del Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo n. 7 de Madrid (en el que no fue parte la TGSS) que anuló una desestimación presunta realizada por la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia, Administración a la que se obligó a solicitar las altas y bajas del recurrente en los periodos cuestionados ante la TGSS, pero en la que no se impone obligación alguna a ésta con nuevas motivaciones.

---

<sup>180</sup> Recurso n. 584/2001.

<sup>181</sup> En la misma línea, sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 10 de marzo de 2015, recurso n. 152/2015, de 19 de enero de 2011, recurso n. 7558/2009, o de 3 de febrero de 2015, recurso n. 6694/2014, entre otras muchas.

<sup>182</sup> Recurso n. 989/2017.



En efecto, en estos casos considera el Tribunal que la sentencia del Juzgado no produce efectos de cosa juzgada al no haber sido parte la TGSS, que no queda obligada así a cursar el alta en dichos periodos, pues aquella resolución judicial simplemente condenó a la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia a solicitar las altas y bajas del recurrente en los periodos cuestionados. Continúa diciendo la sentencia que la TGSS no podría actuar de modo distinto aunque se atendiera a las consideraciones que la sentencia realiza acerca de que por aplicación del principio de igualdad los Jueces sustitutos ya debían de quedar encuadrados en el RGSS con anterioridad a la entrada en vigor del RD 960/1990, y que ello lo era con independencia incluso de que dieran cumplimiento a lo dispuesto en la disposición transitoria del RD 960/1990 y la OM de 18 de junio de 1992, ya que no podría ser cursada su alta en el RGSS con efectos retroactivos por impedirlo lo dispuesto en el Reglamento General sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores de la seguridad social, aprobado por el RD 84/1996, de 26 de enero, por cuanto que sus artículos 32.3 y 35 establecen que las altas realizadas fuera de plazo no tiene carácter retroactivo, salvo que se haya producido el ingreso de las cuotas en plazo reglamentario. Y así, no habiéndose ingresado cuota alguna en el caso enjuiciado no cabe la retroacción de los efectos del alta, sin perjuicio de las altas de pleno derecho, que surtirán los efectos que la Ley les atribuye sin necesidad de reconocimiento del derecho a las mismas.

Tal criterio, aparentemente, se matiza en otras sentencias que resuelven sobre el derecho a figurar afiliado y de alta en el RGSS por periodos trabajados, como Fiscales o Jueces sustitutos, entre la fecha de entrada en vigor del RD Ley 16/1978 y la del RD 960/1990, en atención a que la expulsión del personal interino de la Administración de Justicia del sistema de la Seguridad Social vulnera el derecho de igualdad y no discriminación en relación con el resto de personal interino al que sí se le reconoce, estimando los recursos por vulneración del artículo 14 de la CE e imprescriptibilidad del derecho ejercitado.

Sin embargo, esta afirmación aparentemente contradice la doctrina anteriormente expuesta, pues la deja a salvo ante la inexistencia de pronunciamiento alguno sobre reconocimiento de tales periodos a efectos de pensiones o prescripción

del derecho a reclamar cotizaciones, cuestiones estas que se dejan imprejuizadas. Así se hace en las sentencias de la Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de fecha 3 de mayo de 2018<sup>183</sup>, 15 de diciembre de 2017<sup>184</sup>, y 13 de junio de 2017<sup>185</sup>. Expresamente se declara en una sentencia de 12 de abril de 2018 por la Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo), que la obligación de cotizar que nace con la iniciación de la actividad laboral está sujeta a un plazo de prescripción, mientras que el derecho al alta en la Seguridad Social se declara imprescriptible e irrenunciable al derivar del establecimiento de la relación funcional, interina o no y desde la fecha de tal establecimiento. O en una sentencia de 19 de noviembre de 2015<sup>186</sup>, de esa misma Sala, que se sustenta en la reiterada doctrina de la Audiencia Nacional sobre el derecho de los Magistrados suplentes y Jueces sustitutos a la protección del RGSS, con independencia del número de días trabajados y la afiliación obligatoria a la Seguridad Social, en aplicación del artículo 7.1.e) de la LGSS y en relación con la Ley 29/1975, de 27 de junio, que regula la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, que en su artículo 3.1 dispone que quedan obligatoriamente incluidos en el campo de aplicación del RGSS, entre otros, los funcionarios interinos a que se refiere el artículo 1 del Decreto Ley 10/1995, de 23 de septiembre, siendo ese derecho de afiliación irrenunciable. Ciertamente es que hasta la publicación del RD 960/1990, de 13 de julio, no se produjo la integración definitiva en el sistema de la Seguridad Social del personal interino de la Administración de Justicia, que hasta esa fecha solamente tenían derecho a prestación por asistencia sanitaria, siendo la disposición final 6ª de la Ley 33/1987, de 23 de diciembre, la que autorizó que mediante RD se procediera de forma definitiva a la integración en el RGSS. De este modo, la exclusión de un interino en el sistema de la Seguridad Social vulnera el derecho de igualdad, por lo que en estos casos debe reconocerse el derecho a la afiliación y al alta con carácter retroactivo en el RGSS desde el inicio de la actividad en Tribunales.

A pesar de la aparente compatibilidad de ambos criterios judiciales, no cabe

---

<sup>183</sup> Recurso n. 6/2018.

<sup>184</sup> Recurso n. 14/2017.

<sup>185</sup> Recurso n. 4/2017.

<sup>186</sup> Recurso n. 25/2015.

reprimir la evidente pregunta que los mismos suscitan: ¿En qué posición se coloca al personal interino a quien se le reconoce el derecho a figurar de alta en el RGSS durante esos periodos en los que el Ministerio de Justicia no cotizó porque no estaba obligado a ello con anterioridad a la entrada en vigor del RD 960/1990, cuando acceda a cualesquiera de las pensiones fuera del ámbito de cobertura de aquel momento?

Pues bien, parece evidente que si se quiere dotar de contenido al derecho de afiliación y figurar de alta en el régimen correspondiente y de eficacia a la no exclusión del sistema de Seguridad Social del personal interino a que aluden estas últimas sentencias, la solución debería ser la misma que la adoptada para supuestos de incumplimiento de la obligación de cotizar por periodos posteriores a la entrada en vigor del mentado RD de 1990, sin desconocer que con esta norma es con la que se produjo de forma expresa la integración definitiva en el sistema de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia<sup>187</sup>.

## 1.2. Afiliación voluntaria

El art. 11.2 del RMJ reconoce la posibilidad de acceder a la condición de mutualista voluntario a todos aquellos miembros de las carreras, cuerpos y escalas: 1) Que pasen a la situación de excedencia voluntaria, en cualquiera de sus modalidades, con excepción de las concedidas para cuidado de hijos y de familiares. 2) Que pierdan la condición que da acceso a ser mutualista, cualquiera que sea la causa. 3) Que ejerciten el derecho de transferencia establecido en el artículo 11.2 del anexo VIII del Estatuto de los Funcionarios de la Comunidades Europeas, aprobado por el Reglamento 259/1968, del Consejo, de 29 de febrero.

El mutualista voluntario, según la norma, puede mantener la situación de alta con igualdad de derechos, siempre que abone la cotización que le corresponda, así

---

<sup>187</sup> Sobre el alcance de la integración de los jueces sustitutos y magistrados suplentes en el RGSS como asimilados a trabajadores por cuenta ajena, destaca DE CASTRO MEJUTO, Luis Fernando, “Régimen de la Seguridad Social de los Magistrados Suplentes y Jueces Sustitutos”, *Tribuna social: Revista de seguridad social y laboral*, n. 240, 2010, pp. 61-66, que lejos de acercar la figura a los titulares los aleja, aunque la asimilación haya sido total. Sobre integración de este colectivo en el RGSS *vid.* MOLINER TAMBORERO, Gonzalo, SALA FRANCO, Tomás y URESTE GARCÍA, Concepción Rosario, *Régimen jurídico del personal al servicio de la Administración de Justicia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, p. 314.

como la aportación del Estado. Eso sí, el derecho de opción deberá ser “ejercitado por el propio interesado ante la Mutualidad, en el plazo de un mes, a partir de la fecha en la que se efectúe la notificación del acuerdo o de la declaración de excedencia voluntaria, de la pérdida de la condición de miembro de las Carreras, Cuerpos y Escalas de la Administración de Justicia, o del ejercicio del derecho de transferencia establecido en el artículo 11.2 del Anexo VIII del Estatuto de los Funcionarios de las Comunidades Europeas, aprobado por el Reglamento, del Consejo, de 29 de febrero, causando baja, en caso de no ejercitarlo, con efectos desde la fecha del hecho causante”<sup>188</sup>. En el supuesto de no ejercitar dicha opción en el plazo de un mes, o de generar un descubierto de cuotas, no podrá instarse o recuperar la condición de mutualista con carácter voluntario<sup>189</sup>.

### **3. Beneficiarios**

Además de los mutualistas obligatorios y voluntarios, la normativa de aplicación incluye dentro del ámbito del mutualismo judicial la figura del beneficiario. La Circular n. 95 que ya conocemos define a los mutualistas como titulares por derecho propio, al estar incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación, o que habiéndolo estado causan baja instando el alta voluntario con el abono de cuotas a su cargo, mientras que los segundos son conceptuados como aquellas personas que tienen derecho a estar incluidas en la Mutualidad por su relación actual con un mutualista en alta, o ya fallecido, si se mantienen los requisitos determinantes de la subsistencia de su derecho<sup>190</sup>. No obstante, para acceder a la condición de beneficiario se exige que la persona en cuestión no se encuentre acogida por otro régimen de protección.

En principio, la norma reserva la condición de beneficiario a los familiares o asimilados a cargo del mutualista en situación de alta que cumplan determinados requisitos. En concreto, la norma permite ostentar la condición de beneficiario al cónyuge del mutualista (o persona que con él conviva en análoga relación de

---

<sup>188</sup> Art. 11.3 RMJ.

<sup>189</sup> Artículo 11.4 RMJ y 9 TRRESSAJ.

<sup>190</sup> Epígrafes 1.1.1, 2.1.1 y 3.1 de la Circular n. 95, de 20 de junio de 2018.

afectividad), a los descendientes naturales o por adopción del mutualista y/o su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes de éstos y cónyuges por ulteriores nupcias de tales ascendientes, hermanos o acogidos de hecho del mutualista y cualquier otra persona que se determine en el RGSS<sup>191</sup>. También en caso de separación, divorcio o nulidad de matrimonio del mutualista o por violencia de género, podrán conservar la condición de beneficiario y beneficiaria del mutualismo judicial, si cumple los requisitos, el cónyuge que viva separado del mutualista en alta o cuyo matrimonio haya sido declarado nulo o disuelto por divorcio, y los hijos que convivan con aquél. Si ambos cónyuges son mutualistas titulares como regla general los hijos o descendientes comunes menores o incapacitados se integrarán en el de aquél que tenga atribuida la guarda o custodia. Y en caso de violencia de género se estará a lo dispuesto en la orden de protección<sup>192</sup>.

En fin, tendrán la condición de mutualistas por derecho derivado, en caso de fallecimiento del mutualista en alta, sus viudos y viudas, los que hubieran sido convivientes o perciban pensión de viudedad de Clases Pasivas, sus huérfanos y huérfanas, el hijo o la hija menor de edad o mayor incapacitado que haya sido abandonado por padre o madre mutualista, activos y jubilados, siempre que cumplan los requisitos establecidos.

### 3.1. Requisitos para el reconocimiento de la condición de beneficiario

Podría pensarse que el RMJ establece concretos requisitos para el acceso a la condición de beneficiario, pero la realidad es que el mismo se limita a efectuar una simple remisión a “los requisitos establecidos en el RGSS”<sup>193</sup>. De esta manera, han de cumplirse los siguientes requisitos para la determinación de la condición de beneficiario a cargo de un mutualista de MUGEJU según lo dispuesto en el RGSS:

1. Vivir con el titular del derecho y a sus expensas. No se apreciará falta de convivencia en los casos de separación transitoria y ocasional por razón de trabajo, imposibilidad de encontrar vivienda en el nuevo punto de destino y demás circunstancias similares.

---

<sup>191</sup> Artículo 14 RMJ y epígrafe 3.1.1 Circular n. 95, de 20 de junio de 2018.

<sup>192</sup> Artículo 15 RMJ y epígrafes 3.1.4 Circular n. 95, de 20 de junio de 2018.

<sup>193</sup> Artículo 14 RMJ.

2. En el caso de descendientes o asimilados, no percibir ingresos por rendimientos derivados del trabajo, del capital mobiliario, del capital inmobiliario o de pensión, superiores al doble del IPREM.

3. No estar protegido, por título distinto, a través de cualquiera de los regímenes que integran el sistema español de Seguridad Social con una extensión y contenidos análogos a los establecidos en el RGSS.

### 3.2. Incompatibilidades

La condición de beneficiario en el ámbito del mutualismo judicial resulta incompatible, según el art. 18 RMJ, para la persona que la posea con:

1. Tener la condición de beneficiario con otro titular mutualista con el que también se tenga derecho a estar incluido. En este caso, el beneficiario debe optar por su inclusión con un solo titular del derecho.

2. La condición de mutualista obligatorio.

3. La pertenencia a otro régimen del sistema de la Seguridad Social, ya sea como titular o beneficiario.

## **CAPÍTULO IV**

### **ÁMBITO OBJETIVO DE LA MUGEJU**





## 1. Consideraciones previas

Ya sabemos que en el sistema de Seguridad Social vigente la acción protectora se materializa de acuerdo con lo proclamado en el artículo 41 de la CE<sup>194</sup> en dos modalidades, la asistencial y la contributiva. También sabemos que la propia LGSS distingue, dentro de su ámbito de protección, entre distintos regímenes (general y especiales), contribuyendo los especiales a la heterogeneidad del marco objetivo de la acción protectora de la Seguridad Social, al articular su ámbito de protección a través de diversos mecanismos.

No obstante, mientras que en el modelo contributivo resulta fundamental, en orden a delimitar el alcance de la mayoría de las prestaciones, el concepto de riesgo —aunque, cierto es, la LGSS evita emplearlo en su acepción tradicional cuando aborda la acción protectora del Sistema—, en el asistencial la cobertura no se articula en torno al mismo, sino con independencia de él, y ello porque el elemento determinante es la situación o estado de “necesidad”.

Tradicionalmente, se distinguía por la doctrina una progresión configuradora del objeto de la relación jurídica de Seguridad Social; se partía del riesgo, cuya actualización provoca el estado de necesidad determinante de la prestación si el primero era objeto de protección. Pronto se sustituirá el término riesgo por la palabra contingencia, extendiendo el concepto de esta a situaciones de necesidad ajenas a la acepción clásica de aquel.

Así, la doctrina define la contingencia bien desde la perspectiva de sus efectos, como el evento cuya actualización determina una situación de necesidad susceptible de protección según la Ley<sup>195</sup>, ya desde la óptica de su origen, como el daño que deriva de la actualización concreta del estado potencial del riesgo social<sup>196</sup>. Desde esta última perspectiva se explica la calificación de las contingencias, al igual

---

<sup>194</sup> Dispone el artículo 41 CE que “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

<sup>195</sup> *Vid.*, en su acepción más clásica, DE LA VILLA GIL, Luis Enrique y DESDENTADO BONETE, Aurelio, *Manual de Seguridad Social*, Aranzadi, Pamplona, 1977, p. 78.

<sup>196</sup> *Cfr.* ALARCÓN CARACUEL, Manuel Ramón y GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago, *Compendio de Seguridad Social*, cit., p. 134.

que el término tradicional riesgo, en profesionales o comunes.

El diccionario de la lengua española de la Real Academia Española define el riesgo como contingencia, y viceversa, la contingencia como riesgo. Por tanto, en una primera aproximación al concepto de riesgo adjetivado como social, este se podría equiparar con la posibilidad de sufrir algún daño en el marco del sistema de organización social vigente que, aunque afecte a los individuos de la sociedad, la cobertura del mismo resulta asumida por el Estado, al dejar de considerarlos individualmente, convirtiéndose así en riesgo del colectivo social de un país. De este modo, en esta definición tendrían cabida situaciones actualmente protegidas y que el legislador denomina contingencias, ajenas al concepto tradicional de riesgo social<sup>197</sup>.

En la actualidad, el término riesgo suele sustituirse por el de situación o contingencia, palabras que se usan como sinónimos. Ello, no obstante, el concepto de riesgo no ha desaparecido del marco normativo. De un lado, en el supuesto de los regímenes especiales de los funcionarios públicos, la acción protectora se dispensa a través del Régimen de Clases Pasivas o del RGSS, según la fecha de adquisición de la condición de funcionario, y el mutualismo respectivo; y sucede que la Ley de Clases Pasivas<sup>198</sup> delimita las situaciones objeto de cobertura por dicho Régimen refiriéndose a los riesgos de vejez, incapacidad y muerte y supervivencia. Por otro lado, aunque el término riesgo no agota todas las situaciones protegidas —que, no obstante, tienden a asimilarse a alguno de ellos (profesional o común)—, sigue condicionando la extensión de la cobertura de alguna de las situaciones de necesidad tuteladas. Por eso, actualmente se podría definir el riesgo o contingencia como la causa de la que dimana la situación objeto de cobertura, que puede ser profesional o común, diferenciándose a su vez entre el accidente y enfermedad<sup>199</sup>, así como la propia situación que se protege.

Este concepto parece seguirse en algunas normas como el TRRESSAJ o el

---

<sup>197</sup> Un ejemplo de ello lo proporciona el artículo 11 del TRRESSAJ, que incluye como riesgo protegido las cargas familiares.

<sup>198</sup> Aprobada por RD Leg. 670/1987, de 30 de abril, publicado en el BOE n. 126, de 27 de mayo de 1987.

<sup>199</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Acción protectora del mutualismo administrativo”, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007, nota 263, p. 332.

propio RMJ, que en sus artículos 11 y 45, respectivamente, recogen como contingencias protegidas, las cargas familiares —aunque en la sección 2ª del Capítulo IV, que lleva por rubrica “conceptos de contingencias”, únicamente define el acto de servicio—, la enfermedad profesional y el accidente y la enfermedad común. También la LGSS tras referirse a las contingencias o riesgos indistintamente en sus artículos 156 a 158 —en los que define el accidente de trabajo, la enfermedad profesional y el accidente no laboral y enfermedad común—, alude a las restantes contingencias protegidas relacionando su concepto con las condiciones exigidas para reconocer el derecho a la respectiva prestación que determine<sup>200</sup>.

Desde tal perspectiva, se supera la falta de correspondencia plena entre los conceptos de riesgo y contingencia. Así, un mismo tipo de riesgo puede producir distintas situaciones de necesidad. Por ejemplo, el accidente —de trabajo o no— puede dar lugar a una incapacidad de corta duración o de carácter permanente, o incluso a la muerte del trabajador<sup>201</sup>. De esta manera, la contingencia o el riesgo protegidos generan una minoración de ingresos, un exceso de gastos, o ambos efectos, cuya reparación o prevención se realiza a través de diversas medidas técnicas o económicas que conforman las prestaciones. La forma de organización de los mecanismos de cobertura de las necesidades objeto de tutela del régimen público de Seguridad Social determina su acción protectora.

Partiendo de unos mínimos que todo régimen de protección ha de asegurar, son notables las diferencias que se aprecian entre los diversos regímenes existentes. Interesa analizar las peculiaridades de aquel que protege al personal de la Administración de Justicia, que, si bien no guarda muchas similitudes con los de trabajadores “ordinarios”, sí que lo hace con los otros dos regímenes especiales de funcionarios civiles y militares.

El elenco de prestaciones propio del personal al servicio de la Administración de Justicia se reparte y comparte para ciertas contingencias entre, por un lado, el Régimen de Clases Pasivas y el RGSS, y el mutualismo judicial por el otro. Así, los

---

<sup>200</sup> En concreto, en su art. 159.

<sup>201</sup> En algunas situaciones, sin embargo, no se aprecia la correspondencia entre riesgo y contingencia, por ejemplo, en los supuestos de desempleo o la jubilación.

funcionarios que hayan ingresado antes del 1 de enero de 2011 gozarán de las pensiones de jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia de Clases Pasivas, mientras que los que adquieran tal condición a partir de esa fecha verán cubiertas tales contingencias por el RGSS (aunque con ciertas peculiaridades), si bien, en ambos casos pervive la protección mutualista judicial, que no sólo comprende prestaciones básicas sino también complementarias.

Antes de analizar las contingencias y prestaciones del mutualismo judicial, conviene advertir que pese a la incorporación de personal de nuevo ingreso al RGSS, el funcionario de carrera seguirá sin tener derecho a la prestación por desempleo (y cualesquiera otras que no se otorguen en Clases Pasivas y sí en el RGSS) por razón de su derecho individual a la inamovilidad que reconoce el artículo 14.a) del EBEP, de la que sí goza, en cambio, el personal interino incluido en el RGSS. Por otro lado, aunque en el Régimen de Clases Pasivas, y en la normativa reguladora del mutualismo judicial se contemplan contingencias acaecidas o derivadas de acto de servicio, dichas normas no prevén el recargo de prestaciones ante incumplimientos de las obligaciones relativas a seguridad en el trabajo o prevención de riesgos que, sin embargo, sí se aplicaría para el personal sujeto al RGSS<sup>202</sup>.

## **2. Contingencias**

El TRRESSAJ dedica sus Capítulos IV y V a las contingencias y prestaciones que cubre la MUGEJU. Por su parte, el RMJ contiene en su Capítulo IV normas generales de la acción protectora y en el Capítulo V la regulación específica de las distintas prestaciones del mutualismo judicial. La primera de esas normas generales delimita en su artículo 44 el marco normativo que regula los requisitos, condiciones para causar derecho a las prestaciones y demás elementos de la acción protectora.

El mutualismo judicial protege a sus mutualistas y beneficiarios, conforme a los artículos 11 del TRRESSAJ y 45 del RMJ, de las siguientes contingencias:

---

<sup>202</sup> Al respecto de la prevención de riesgos es las Administraciones Públicas, puede verse GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago y CARRERO DOMÍNGUEZ, Carmen, *Manual de prevención de riesgos laborales en las administraciones públicas*, INAP, Madrid, 2012, *passim*.

alteración de la salud, incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente común o acto de servicio o consecuencia de él, el riesgo durante el embarazo o lactancia natural, e incapacidad permanente por enfermedad o accidente común o acto de servicio o consecuencia de él y cargas familiares.

Se advierte en dicha regulación, al delimitar la contingencia de incapacidad temporal y permanente, la clasificación tradicional de los riesgos y contingencias, aunque utilizando distinta terminología. Así, la incapacidad temporal como la permanente puede originarse o derivar de “enfermedad, cualquiera que fuese la causa”, “accidente común” y accidente “en acto de servicio”. Dentro del concepto de enfermedad deberíamos incluir la profesional (“cualquiera que fuese la causa”)<sup>203</sup>, y a su vez el accidente en acto de servicio resulta asimilable al accidente de trabajo, tal y como acredita el art. 57 RMJ, cuyo apartado 1 entiende el “accidente en acto de servicio [como] aquel que se produzca con ocasión o como consecuencia de las actividades propias de la prestación del servicio a la Administración”, para concluir en su apartado 2 que “para la determinación de los supuestos de accidentes en acto de servicio se estará a lo dispuesto en la regulación que, en materia de accidentes de trabajo, contempla el Régimen General de la Seguridad Social, sin perjuicio de las peculiaridades propias que resulten aplicables derivadas de la prestación del servicio público”.

Hay que tener en cuenta, en cualquier caso, que, aunque el propio RMJ define el accidente en acto de servicio y la enfermedad profesional en sus artículos 57 y 58, lo cierto es que articula ambos conceptos en torno a que se produzcan con ocasión o sean consecuencia de las actividades propias de la prestación del servicio a la Administración de Justicia, aunque la definición se cierre con una remisión a las normas del RGSS. Así, el primero de los preceptos citados establece que se estará a la regulación que en materia de accidentes de trabajo contempla el RGSS para la determinación de los supuestos de accidentes en acto de servicio, sin perjuicio de las peculiaridades propias que resulten aplicables derivadas de la prestación del servicio

---

<sup>203</sup> Según el art. 58 RMJ, “se entenderá por enfermedad profesional la contraída por el mutualista a consecuencia de la prestación de sus servicios a la Administración, en las actividades que se especifican en las normas reglamentarias del RGSS u otras normas que se dicten al efecto y siempre que esté provocada por la acción de elementos o sustancias”.

público que, desde luego, son varias. Y, el segundo, perfila el concepto de enfermedad profesional acotándola a las actividades que se especifican en las normas reglamentarias del RGSS o demás que se dicten al efecto, y conectándola a la acción de elementos o sustancias determinadas en dichas normas para cada enfermedad profesional. De este modo, la remisión a las normas del RGSS abren un abanico de interrogantes sobre su aplicabilidad a determinado personal al servicio de la Administración de Justicia, pero también zanja el devenir jurisprudencial en cuanto a la calificación de ciertos hechos como accidente o enfermedad y su carácter o no laboral, como luego se dirá.

### 2.1. Accidente en acto de servicio

Como ya se adelantó, el artículo 57 del RMJ<sup>204</sup> define el accidente en acto de servicio como aquel que se produce “con ocasión o como consecuencia de las actividades propias de la prestación del servicio a la Administración”, remitiéndose a la normativa del RGSS para la determinación de los supuestos cubiertos, sin perjuicio de las peculiaridades propias que resulten aplicables por razón de la prestación del servicio público. El accidente común lo define el artículo 60 RMJ por exclusión, pues considera como tal toda lesión o alteración de la salud que no pueda calificarse de accidente en acto de servicio.

Por efecto de la remisión a la normativa del RGSS para la determinación de los supuestos de accidentes en acto de servicio, cobra especial relevancia la presunción de que es laboral todo accidente sufrido por el mutualista en el lugar y durante el tiempo de trabajo del artículo 156.3 LGSS<sup>205</sup>. Y ello, porque provoca una inversión de la carga de la prueba: salvo que se acredite de forma inequívoca la ruptura de la relación de causalidad entre el trabajo y el accidente se califica de laboral si ocurre en el lugar y tiempo de trabajo.

La jurisprudencia social es unívoca en la aplicación del artículo 156.3 LGSS, en cuya virtud se presume que se trata de accidente de trabajo cuando se trata de una

---

<sup>204</sup> El artículo 14 TRRESSAJ cita entre las contingencias cubiertas por el mutualismo judicial, las lesiones por accidente cualquiera que fuere su causa, pero no define el accidente en acto de servicio

<sup>205</sup> Véase, sobre la configuración doctrinal, SÁNCHEZ PÉREZ, José, *La configuración jurídica del accidente de trabajo*, Tesis Doctoral, Granada, 2013, <http://digibug.ugr.es>.

lesión súbita que aparece en tiempo y lugar de trabajo. Entre otras muchas sentencias cabe citar una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 21 de junio de 2018<sup>206</sup>, que resulta plenamente aplicable al personal funcionario dada la naturaleza del trabajo realizado por la demandante. En dicho recurso se dilucida la cuestión consistente en si la incapacidad temporal de la actora, que presta sus servicios como administrativa para la Intervención Delegada de la Seguridad Social, debe ser considerada como derivada de contingencia profesional o común. La trabajadora sufrió un desprendimiento de retina en tiempo y lugar de trabajo y, más en concreto, cuando se encontraba trabajando ante la pantalla de un ordenador. La Sala 4ª anula la sentencia recurrida, rechazando la tesis del tribunal a quo que había desestimado el recurso sobre la base de no haberse acreditado que la actora sufriera un traumatismo causante del desprendimiento de retina, así como en la inexistencia de datos de los que deducirse una relación de causalidad entre la lesión y el trabajo, en atención a que la literatura médica no considera el trabajo frente a pantallas de ordenador como causa de desprendimiento de retina. Los argumentos del Tribunal Supremo son especialmente relevantes, por cuanto que, tras analizar el alcance del art 156.3 LGSS y de la presunción de laboralidad contenida en el mismo, concluye que en casos como el analizado se aplica la referida presunción, pesando sobre quien pretende destruirla la carga de aportar elementos que la desvirtúen, lo que exigiría la prueba de una radical incompatibilidad entre el trabajo y la lesión que se produjo, debiendo destacar que la presunción se refiere al tiempo y lugar de trabajo y no a los instrumentos<sup>207</sup>.

La necesaria ruptura del nexo causal para enervar la presunción de que la enfermedad se produce en acto de servicio cuando acaece en el lugar y tiempo de trabajo no cabe apreciarla por la circunstancia de que en su producción final coadyuvaran eventualmente antecedentes previos hasta entonces no diagnosticados ni advertidos, y que se desconocían, o que existieran factores de riesgo.

Así lo ha considerado la doctrina judicial contencioso-administrativa<sup>208</sup> que,

<sup>206</sup> Recurso n. 3144/2016.

<sup>207</sup> Sobre los vaivenes judiciales, véase VALDÉS ALONSO, Alberto, “A vueltas con la presunción de existencia de accidente de trabajo”, *Documentación Laboral*, n. 94, 2012, pp. 132 y ss.

<sup>208</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 21 de octubre de 2016 (recurso n.

por ejemplo, ya para el personal funcionario, reputa que la patología diagnosticada como “accidente cerebro-vascular agudo isquémico en territorio carotideo izquierdo”, se produjo en acto de servicio o con ocasión del mismo. El criterio en esta ocasión se articula en torno a la definición de acto de servicio de la normativa administrativa aplicable, como lesión corporal que el mutualista sufre con ocasión o por consecuencia de la prestación de sus servicios a la Administración. Y si bien es exigible una relación de causalidad, próxima e inmediata, debidamente acreditada entre el accidente o lesión y el trabajo o servicio que presta el funcionario, por efecto de la presunción legal de laboralidad, cuando aquella acaece en el lugar y tiempo de trabajo la relación se presume salvo prueba en contrario. Y como dicha presunción legal de laboralidad se aplica no sólo a los accidentes de trabajo, sino también a las enfermedades que se manifiesten durante el trabajo, como las lesiones diagnosticadas habían tenido su origen inmediato en un incidente: desvanecimiento, acaecido mientras se desempeñaba el servicio, es decir, no sólo fueron consecuencia directa de unos hechos que acaecieron en el tiempo de prestación de funciones públicas, sino, también, en lugar de realización de las mismas y formando parte de su ejercicio, dicha enfermedad se considera producida en acto de servicio, a pesar del tabaquismo del actor susceptible de coadyuvar a un accidente isquémico que no rompe aquel nexo causal que ha de presumirse<sup>209</sup>.

También goza de especial trascendencia en cuanto a la remisión que realiza el RMJ a la normativa del RGSS, la equiparación al accidente en acto de servicio a los sucedidos en otro lugar y marco temporal, pero que así se califican por virtud del artículo 156.2 LGSS, en concreto, en la letra a) del precepto, en el que, tras definir el accidente de trabajo en términos similares al RMJ, considera como tal los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. Por lo tanto, el accidente *in itinere* en el caso del personal al servicio de la Administración de Justicia acaecerá al ir o volver del lugar donde se desarrolla la función o se presta el servicio.

---

510/2015).

<sup>209</sup> En Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 14 de diciembre de 2017 (recurso n. 24/2017), se califica como accidente en acto de servicio una cardiopatía isquémica, unida a depresión, que se puso de manifiesto durante su jornada de trabajo y en el lugar en que el mismo se desarrollaba.



En el marco del mutualismo judicial entiendo que dicha calificación tiene una plena aplicación, por más que en el ámbito del Régimen de Clases Pasivas la doctrina judicial mayoritaria siga exigiendo la prueba de la relación de causalidad entre el accidente y la prestación del servicio, descartando así que los accidentes *in itinere* puedan considerarse ocasionados, salvo prueba en contrario, en acto de servicio, en el entendimiento de que la Ley de Clases Pasivas, en su artículo 47.4, únicamente establece una presunción *iuris tantum* de acto de servicio, cuando la incapacidad permanente o el fallecimiento del funcionario hayan acaecido en el lugar y tiempo de trabajo.

En efecto, entre otros Tribunales Contencioso-Administrativos<sup>210</sup>, la Audiencia Nacional, en sentencia de fecha 26 de septiembre de 2018<sup>211</sup>, recuerda la doctrina sentada en otras anteriores<sup>212</sup>, diferenciando la evolución del concepto de accidente de trabajo en las normas de la Seguridad Social que incluyen los configurados por derivación o por presunción, como el accidente *in itinere*, de la propia del Régimen de Clases Pasivas que mantiene en esencia la definición del accidente acaecido en acto de servicio: aquél que se produce con ocasión o como consecuencia del ejercicio de las actividades propias de la prestación del servicio, sin incorporar las presunciones acuñadas en el ámbito laboral, primero, por vía jurisprudencial, y luego, normativa, salvo la presunción que incorpora la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social<sup>213</sup>.

Esta Ley, que en su artículo 40.4 añade un apartado 4 al artículo 47 de la Ley de Clases Pasivas, establece la presunción *iuris tantum* del acto de servicio en relación exclusivamente a los supuestos en que la incapacidad permanente o el fallecimiento del funcionario hayan acaecido en el lugar y tiempo de trabajo. Por ello, la Audiencia Nacional partiendo de que la Ley de Clases Pasivas no prevé una

---

<sup>210</sup> Tribunal Superior de Justicia de Madrid, sentencia de 3 de marzo de 2017, recurso n. 193/2016.

<sup>211</sup> Recurso n. 45/2018.

<sup>212</sup> Sentencias de la Audiencia Nacional de 23 de julio de 2018, de 28 de mayo de 2018, de 19 de marzo de 2018, 8 de marzo de 2017 (recurso de apelación n. 142/2017), 30 de octubre de 2013 y de 4 de marzo de 2015 o de la Sección Séptima de 29 de junio de 2015, de 18, 25 de enero y 15 de febrero de 2016, de 13 de abril de 2016 (recurso n. 15/2016), de 23 de mayo de 2016, de 29 de junio de 2016, de 11 de julio de 2016, de 30 de octubre de 2013 y de 4 de marzo de 2015, de 29 de junio de 2015.

presunción en igual sentido para el accidente *in itinere*, mantiene un concepto restrictivo del “acto de servicio” generador el derecho a causar las pensiones extraordinarias, salvando el reproche discriminatorio que se le hacía a tal interpretación, en atención a que la jurisprudencia en la que se apoya el concepto normativo plasmado en el LGSS del accidente laboral *in itinere* proviene de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, por tanto, resuelve casos distintos incardinados en órdenes jurisdiccionales diferentes y a los que resulta aplicable una legislación diversa.

En su sentencia de 13 de abril de 2016<sup>214</sup>, la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional declara que aun admitiendo que el recurrente (Guardia Civil) sufriera las lesiones determinantes de la inutilidad permanente para el servicio en accidente de tráfico *in itinere*, dado que tuvo lugar después de la jornada laboral y cuando no estaba desempeñando sus funciones, nunca podría considerarse que tuviera lugar en acto de servicio, ante la ausencia de una relación directa causa-efecto entre el accidente sufrido y la prestación de servicio. Esta relación, a falta de una presunción para el accidente *in itinere* como la establecida en el apartado 4 del artículo 47 de la Ley de Clases Pasivas para el que acaece en tiempo y lugar de trabajo, debe acreditarla el interesado, careciendo de base jurídica la consideración de accidente en acto de servicio el ocurrido en el trayecto de ida o de vuelta al trabajo.

Pues bien, aun cuando se compartieran las premisas en que la doctrina judicial expuesta se asienta, lo que no se puede desconocer es la conclusión a la que se lleva, que lejos de acercar en la práctica la situación de los funcionarios sujetos a Clases Pasivas a los del RGSS, acentúa las diferencias haciendo inexcusable la actuación del legislador para concordar aquella normativa.

Resulta palmaria la discordancia normativa en lo que a la relación causa-efecto entre trabajo y lesión se refiere; mientras la Ley de Clases Pasivas no acoge más presunción de acto de servicio que aquel que acontece en el lugar y tiempo de trabajo, el RMJ se remite a la LGSS, por lo que sí contempla el accidente *in itinere*

---

<sup>213</sup> BOE n. 313, de 30 de diciembre de 2000.

como acto de servicio. Por otro lado, tal solución se revela menos justa materialmente si atendemos a la plena aplicabilidad de las presunciones establecidas en la LGSS a todos los funcionarios de carrera que ingresaron a partir del 1 de enero de 2011.

Mientras no se unifique la regulación de esta materia, considero que por vía jurisprudencial podrían evitarse situaciones claramente contradictorias para un mismo colectivo. Pensemos en la distinta calificación que tendría a efectos de pensiones el fallecimiento de dos funcionarios por idéntico siniestro, por ejemplo, accidente de tráfico sufrido en el trayecto de ida a su lugar de trabajo. Para el que ingresó después del enero de 2011, se consideraría fallecimiento en acto de servicio, mientras que para el que hubiera adquirido tal condición con anterioridad, no tendría la consideración de accidente de trabajo. Creo que los Jueces y Magistrados del orden contencioso-administrativo al amparo de una interpretación hermenéutica (artículo 3 CC) de lo que ha de entenderse por accidente sufrido con ocasión o como consecuencia del ejercicio de las actividades propias o del accidente en acto de servicio o con ocasión del mismo<sup>215</sup>, como en su día hicieron los de la jurisdicción social, pueden trasladar los cambios operados ya en la regulación del mutualismo judicial, al ámbito del Régimen de Clases Pasivas, ampliando dicho concepto y unificándolo para idénticas contingencias y prestaciones. Esto último lo digo consciente de que bien se podría rebatir esta propuesta en la consideración de que el concepto de acto de servicio del Régimen de Clases Pasivas se aplica exclusivamente a las prestaciones propias del mismo que no contempla la Seguridad Social, al menos en su extensión.

Esa labor de aproximación se plasma en algunas sentencias, como la de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de fecha 16 de diciembre de 2016<sup>216</sup>, que se promovió contra una resolución de la Subsecretaría de Defensa por la que se acuerda declarar la insuficiencia de

---

<sup>214</sup> Recurso n. 15/2016.

<sup>215</sup> VICENTE PALACIO, Arántzazu, “Cambios Sociales y Jurídicos. Un Nuevo Ejemplo: El Accidente *In Itinere* vs El Accidente en Misión”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, n. 1, 2014.

<sup>216</sup> Recurso n. 262/2015.

condiciones psicofísicas del actor determinantes de la inutilidad permanente, ajena al acto de servicio. El Tribunal aplica el concepto de acto de servicio al accidente *in itinere*, si bien desestima el recurso porque la inutilidad permanente para el servicio se declara por insuficiencia de las condiciones no sólo físicas del recurrente —que la Sala estima causadas en acto de servicio al derivar del accidente *in itinere* sufrido por el funcionario—, sino también psíquicas<sup>217</sup>.

Y respecto de estas últimas, el Tribunal tras examinar la prueba pericial considera que el trastorno psíquico que padeció el funcionario recurrente en 2009 no dimana del accidente de tráfico sufrido en el año 2006. Se dice en la sentencia que en el recurso se dilucida si la insuficiencia de condiciones psicofísicas apreciada al demandante debe ser considerada acaecida en acto de servicio o no. Para ello, parte del concepto de acto de servicio del artículo 47 de la Ley de Clases Pasivas y la presunción de su apartado 4, que relaciona con el más amplio del RMA<sup>218</sup> que, al igual que el RMJ, remite para la determinación del mismo, así como para las presunciones aplicables al respecto, a lo dispuesto en RGSS acerca del concepto de accidente de trabajo, sin perjuicio de las peculiaridades propias que resulten aplicables derivadas de la prestación del servicio público.

Por tanto, la controversia se centraba en aquel supuesto en si cabría aplicar a los empleados públicos el concepto de accidente *in itinere* que recogía el artículo 115.2.a) de la Ley General de Seguridad Social de 1994 (actual artículo 156.2.a) LGSS). Y tras examinar la jurisprudencia social sobre los requisitos del accidente *in itinere*, analiza uno a uno su concurrencia en el caso y reputa acreditado que las lesiones físicas que sufre el recurrente tuvieron su origen en el accidente de tráfico sufrido cuando se dirigía desde el domicilio a su destino de trabajo, por lo que ninguna dificultad se aprecia por el Tribunal para integrar el supuesto en el concepto de accidente *in itinere* y, en consecuencia, para considerarlo como producido en acto de servicio.

---

<sup>217</sup> Al respecto, puede verse SÁNCHEZ QUIÑONES, Luis. “La presunción del artículo 115.3 LGSS y el examen judicial de los riesgos psicosociales ¿Relación causa-efecto o efecto sin causa?”, *Diario La Ley*, n. 8809, 2016, pp. 3 y ss.

<sup>218</sup> Afirma el artículo 59.1 RMA que “se entenderá por accidente en acto de servicio aquél que se produzca con ocasión o como consecuencia de las actividades propias de la prestación del servicio a la Administración”.

En tal sentencia se cita y asumen los argumentos de otra anterior de la misma Sala y Sección gallega de 17 de abril de 2013<sup>219</sup> sobre el accidente *in itinere*, aunque en esta se aplicaba para una incapacidad temporal, situación para la que regía el RMJ que ya contemplaba tal concepto. De esta última sentencia resulta especialmente relevante en cuanto se asume para la resolución del primero de los recursos citados sobre inutilidad permanente para el servicio (amparada por el Régimen de Clases Pasivas), los concretos argumentos por los que el Tribunal considera inaceptable la tesis de la “Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A.”. Se oponía la sociedad demandada a la calificación del accidente *in itinere* como laboral, en el entendimiento de que como este no se presume ya que han de acreditarse todos los elementos que lo integran, a falta de prueba, solo cabe concluir que la contingencia rectora de la baja del funcionario de la “Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A.” es accidente no laboral. El Tribunal recuerda que dicho concepto, de creación jurisprudencial, se constituye a partir de los términos lugar de trabajo y domicilio del trabajador y de su conexión mediante el trayecto, que el Tribunal Supremo configura de forma amplia, aunque siempre que concurren unos criterios de normalidad e interrelación en la apreciación del binomio trayecto-trabajo, pues rechaza la calificación en aquellos supuestos en que se rompe este nexo normal. Concretamente, cita la sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Social) de fecha 18 de enero de 2011<sup>220</sup>, que recopila la doctrina unificada sobre que no cabe presumir la existencia de un nexo causal entre el fallecimiento por enfermedad del trabajador y el trabajo, ya que esa presunción juega sólo con relación a los acaecidos en el tiempo y en el lugar del trabajo, procediendo la calificación como laboral de los accidentes *in itinere* respecto a los accidentes en sentido estricto, pero no con relación a los procesos morbosos de distinta etiología y manifestación. También alude a otras del Alto Tribunal, en cuanto a que lo esencial para la calificación del accidente laboral *in itinere* es ir al lugar del trabajo o volver del mismo.

Y, descendiendo al caso concreto, se declara que las patologías físicas sufridas por el demandante, consecuencia del accidente sufrido son producidas en acto de servicio, ya que acreditado que el funcionario recurrente sufrió el accidente

---

<sup>219</sup> Recurso n. 416/2011.

cuando se encontraba realizando el trayecto con la finalidad de ir al trabajo, “opera un desplazamiento de la carga de la prueba en sentido contrario a la sociedad estatal, siendo deducible (y no objeto de presunción pues, de ser así, pugnaría con lo dispuesto en el artículo 115.3 del TR 1/1994), la verosimilitud del relato factico que sustenta el actor ... En definitiva, a falta de indicios suficientes en contrario resulta de aplicación el artículo 115.2, letra a) de aquel texto legal, en los términos en que es interpretado por la jurisprudencia referida”.

También la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en sentencia de 29 de abril de 2010<sup>221</sup>, reconoce una pensión extraordinaria de viudedad al calificar el fallecimiento de un funcionario en acto de servicio, por haber acaecido en accidente de tráfico sufrido en el trayecto a su puesto de trabajo. Se argumenta en la sentencia que de la prueba practicada resulta acreditado que el cónyuge fallecido, funcionario causante de la pensión que se reclama, tuvo un accidente de circulación cuando iba a realizar su servicio en la Central Operativa de Servicios de la Comandancia de Tarragona en turno de 14:00 a 22:00 horas. Dada la hora en que aconteció y la distancia con el domicilio del funcionario, el accidente había ocurrido al desplazarse para acudir a su centro o dependencia de trabajo. El Tribunal concluye como en otras ocasiones que el accidente *in itinere* ha de ser considerado como un accidente que es consecuencia del acto de servicio por lo que reconoce el derecho a la pensión extraordinaria solicitado.

Al margen de las posiciones expuestas, parece claro que si la justificación del concepto restrictivo que sigue la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional radica en la literalidad de las normas que lo regulan, nada ampara su aplicación con carácter general. Dicho de otro modo, si la doctrina judicial expuesta concluye en base a la definición del artículo 47 de la Ley de Clases Pasivas en el contexto de pensiones extraordinarias por jubilación o retiro por incapacidad permanente o fallecimiento, que los accidentes *in itinere* tienen la consideración de ajenos a acto de servicio con carácter general, ningún inconveniente existe para aplicar el concepto discutido en las bajas médicas por accidente *in itinere*, o

---

<sup>220</sup> Recurso n. 3558/2009.

<sup>221</sup> Recurso n. 856/2006.

cualesquiera otras prestaciones del mutualismo.

Ya en cuanto a la aplicación del concepto estrictamente en relación a los mutualistas, existe una reiterada doctrina judicial sobre el accidente *in itinere*, si bien la mayoría de las sentencias que la conforman se dictan en relación a los afiliados a la MUFACE o ISFAS, pero dado que el RMA contiene idéntica remisión a las normas del RGSS para integrar los conceptos de acto de servicio y enfermedad profesional, tal doctrina puede extrapolarse sin problema alguna al ámbito que nos ocupa.

A mero título de ejemplo, pueden citarse una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Granada) de 12 de julio de 2018<sup>222</sup>, que califica de acto de servicio el accidente de tráfico sufrido en el trayecto de ida al trabajo de un funcionario del Ministerio Defensa. O una sentencia de 31 de enero de 2018<sup>223</sup>, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que estima la pretensión de una funcionaria del Cuerpo Nacional de Policía, al considerar que la lesiones determinantes de la incapacidad temporal cuyo origen se cuestionaba se sufrieron en acto de servicio, ya que el accidente se produjo al ir la actora desde su domicilio a su puesto de trabajo y en espacio horario en el que razonablemente se tardaría en recorrer el trayecto, sin que se hubiera acreditado la realización en ese lapso espacio-tiempo de actividades que no fueran cotidianas y usuales. Recuerda el Tribunal que se cumplen en el caso los elemento teleológico, geológico, cronológico y mecánico para que el siniestro se considere accidente en acto de servicio *in itinere*, a saber: debe utilizarse el trayecto ordinario adecuado de ida o vuelta al o del lugar de trabajo, el siniestro ha de tener lugar en el espacio horario en el que razonablemente se tarda en ir o volver del lugar del servicio, es decir, que se dé una inmediatez temporal con el comienzo o finalización del servicio.

Debe precisarse que el Tribunal Supremo en el ámbito laboral ha venido reiterando que lo esencial en tanto no se rompa el nexo causal indispensable no es el

---

<sup>222</sup> Recurso n. 383/2014.

<sup>223</sup> Recurso n. 614/2016.

salir del domicilio o volver a él<sup>224</sup>, aunque esto sea lo más corriente, lo esencial es ir al lugar de trabajo o volver de trabajar, concluyendo que cuando la conducta del trabajador en su desplazamiento para ir o volver al trabajo responde a lo que pudiéramos llamar patrones usuales de convivencia o comportamiento del común de las gentes, debe estimarse que no hay ruptura del nexo causal, sin que tampoco haya de excluirse la cualidad de accidente de trabajo por la posibilidad de alguna gestión intermedia razonable, debiendo admitirse la razonabilidad de ampliaciones en la protección atendiendo a criterios de normalidad dentro de los que se produce una conexión también normal entre el desplazamiento y el trabajo.

En su sentencia de 17 de abril de 2018<sup>225</sup>, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo concluye que “la idea básica que subyace en la construcción jurisprudencial del accidente *in itinere* es que solo puede calificarse como tal aquel que se produce porque el desplazamiento viene impuesto por la obligación de acudir al trabajo”. Por tal razón, “la noción de accidente *in itinere* se construye a partir de dos términos, el lugar de trabajo y el domicilio del trabajador, y de la conexión entre ellos a través del trayecto”. Por ello, “se ha dicho que no es suficiente que el accidente se produzca al ir o venir del trabajo, sino que se precisa —además— esa conexión causal entre domicilio y trabajo; o, dicho en otros términos, entre el punto de partida y el de llegada, que si bien no es exigida expresamente por el legislador, es lógica, «en atención a que la consideración legal, como accidente de trabajo, del ocurrido *in itinere*, y, por lo tanto, fuera del centro de trabajo ... debe tener como causa el trabajo asegurado, de modo que todo siniestro que no obedezca a esta causa podrá ser calificado de accidente de tráfico ... o de otra naturaleza, pero no de accidente de trabajo»”.

De todos modos, esa “conexión del lugar de trabajo y domicilio del trabajador ha sido configurada en forma amplia por la doctrina de esta Sala, aunque exigiendo unos criterios de normalidad en la apreciación del binomio trayecto-trabajo, rechazando la calificación de accidente en aquellos supuestos en que se rompía este nexo normal”. Más en concreto, “para calificar un accidente como laboral *in itinere*

---

<sup>224</sup> Aquí hay que acudir al ya clásico estudio de SÁNCHEZ-RODAS NAVARRO, Cristina, *El accidente in itinere*, Comares, Granada, 1998, *passim*.



henos venido exigiendo la simultánea concurrencia de las siguientes circunstancias: 1º) que la finalidad principal y directa del viaje este determinada por el trabajo (elemento teleológico); 2º) que se produzca en el trayecto habitual y normal que debe recorrerse desde el domicilio al lugar de trabajo o viceversa (elemento geográfico); 3º) que el accidente se produzca dentro del tiempo prudencial que normalmente se invierte en el trayecto (elemento cronológico); o lo que es igual, que el recorrido no se vea alterado por desviaciones o alteraciones temporales que no sean normales y obedezcan a motivos de interés particular de tal índole que rompan el nexo causal con la ida o la vuelta del trabajo; 4º) que el trayecto se realice con medio normal de transporte (elemento de idoneidad del medio)”.

Desde su sentencia de 26 de diciembre de 2013<sup>226</sup>, la Sala de lo Social del Alto Tribunal da prevalencia al elemento teleológico sobre el geográfico o temporal. En esta sentencia dictada por el Pleno se aborda el caso de un trabajador accidentado al regresar (21:15 horas) desde su domicilio de fin de semana, al habitual durante los días laborales, antes de reincorporarse a su trabajo al día siguiente (a las 8:00 horas). La calificación del supuesto como accidente *in itinere* se funda en que la interpretación de las normas debe adaptarse a la realidad social, como impone el art. 3 del Código Civil, y ésta a la vista de la evolución de las nuevas formas de organización del trabajo y de la propia distribución de éste en el hogar familiar está imponiendo unas exigencias de movilidad territorial que obligan a los trabajadores a ajustes continuos en el lugar del trabajo. Para respetar la voluntad del legislador habrá que reconocer hoy en día que en supuestos como el analizado en la sentencia a efectos del punto de partida o retorno del lugar de trabajo puede jugar, según las circunstancias del caso, tanto el domicilio del trabajador en sentido estricto, como la residencia habitual a efectos de trabajo.

El Tribunal Supremo apreció en el caso la concurrencia del elemento teleológico, porque la finalidad principal del viaje sigue estando determinada por el trabajo, puesto que éste fija el punto de regreso y se parte del domicilio del trabajador en los términos ya precisados; también se aprecia el cronológico aunque el

<sup>225</sup> Recurso n. 1777/2016.

<sup>226</sup> Recurso n. 2315/2012.

accidente tiene lugar a las 21:15 horas del domingo cuando el trabajo comenzaba a las 8:00 horas del lunes, toda vez que se viajaba desde un punto que ha sido definido como el domicilio del trabajador hasta el lugar de residencia habitual y el hacerlo a aquella hora, para después de un descanso, poder incorporarse al día siguiente al trabajo ha de considerarse como una opción adecuada. Se dice en la sentencia que, aunque el accidente se produce en un itinerario cuyo destino no es el lugar del trabajo, ese dirigirse a la residencia laboral, no rompe la relación entre trayecto y trabajo, pues se va al lugar de residencia laboral para desde éste ir al trabajo en unas condiciones más convenientes para la seguridad y para el propio rendimiento laboral<sup>227</sup>.

Continuando con los supuestos que la LGSS considera accidente de trabajo, el artículo 156.2.b) contempla, como es sabido, “los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos”. Este supuesto, sin embargo, resulta incompatible con las características propias de determinado personal al servicio de la Administración de Justicia, concretamente, los miembros de la carrera judicial, quienes tienen prohibida la afiliación política y sindical, si bien cabría aplicarla con ocasión del desempeño de un cargo en el seno de una asociación profesional, o de aquellos otros que se desarrollen en beneficio del colectivo judicial o en el ejercicio de funciones de gobierno, no estrictamente jurisdiccionales<sup>228</sup>.

En las letras c) y d), el mentado precepto reputa accidentes de trabajo “los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del

---

<sup>227</sup> Sin embargo, el acaecido en el porche de la casa que conforma el domicilio no es accidente *in itinere*, según dictamina el Tribunal Supremo en su sentencia de 22 de febrero de 2018 (Recurso n. 1647/2016), dictada por su Sala de lo Social. Tampoco el sufrido al concluir la jornada laboral al dirigirse a la cafetería del centro médico de trabajo para consumir algo, según sentencia de 19 de junio, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Recurso n. 194/2012). Igualmente, algún otro Tribunal Laboral estima la ruptura del nexo causal en el supuesto de accidente sufrido al concluir la jornada laboral por encaramarse el lesionado con ambas manos a una marquesina (sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 19 de mayo de 2017 [Recurso n. 484/2017]).

<sup>228</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, cit., p. 179.

empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa” y “los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo”. También considera accidente de trabajo las enfermedades no tipificadas como profesionales que resume en tres grupos, consignados respectivamente en sus letras e), f) y g); de ellas, las más importantes, las enfermedades de trabajo en sentido estricto, las conceptúa el apartado e) como aquellas “no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”.

La jurisprudencia contenciosa al respecto es ciertamente escasa. No obstante, en ella puede rastrearse algún que otro supuesto mencionable, como por ejemplo el resuelto por el Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Las Palmas), en su sentencia de 27 de diciembre de 2017<sup>229</sup>. En ella se consideró que la enfermedad diagnosticada (trastorno mixto ansioso-depresivo) a una funcionaria del Cuerpo General Administrativo de la Administración General del Estado, con destino en la AEAT de Santa María de Guía, con ocasión de una crisis de ansiedad sufrida en horario y lugar de trabajo, guardaba una relación directa y causal con las circunstancias en las que presta sus servicios, por lo que se consideró la incapacidad temporal como accidente en acto de servicio. Se reseña en la sentencia que no enerva tal conclusión el hecho de que la demandante hubiese participado voluntariamente en campañas de la renta durante los años anteriores que suponen el desempeño de funciones adicionales, pues lo relevante es la relación entre lesión y trabajo, y para ello se valora no solo la carga de trabajo sino también las demás circunstancias concurrentes, muchas de las cuales son, probablemente, de percepción subjetiva pero no excluyen la calificación de la contingencia como acaecida en el trabajo. Se considera decisivo, a la vista de sus particulares circunstancias, que las tareas encomendadas y las tensiones de ello derivadas, llevaron paulatinamente a una situación de ansiedad que culminó en una incapacidad temporal que debe calificarse como derivada de accidente de trabajo.

En este concepto bien se podría incluir el supuesto analizado en una sentencia

de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, de 15 de marzo de 2019<sup>230</sup>, en la que se debatía si la enfermedad que había provocado la baja de la demandante tenía o no su causa en un “accidente laboral”. En este caso, la funcionaria demandante (auxiliar administrativa), venía padeciendo en dicho puesto desde 2015 —primero de manera intermitente y progresivamente agravadas—, importantes molestias (alergias *ab initio*, y luego disnea, tos, dolor estomacal, mareos, vómitos, cefaleas, etc.) que consideraba imputables en origen a la mala ventilación (por aire acondicionado) y a la existencia de agentes químicos en el aire (una vez como consecuencia de la pintura reciente de paredes y techo, otra por insecticidas y generalmente por los productos de limpieza de la oficina). Las peores crisis se produjeron en el año 2017, con una reacción alérgica general que dio causa a sus últimas bajas, calificadas por su médico como de origen “laboral”, por “probable relación con agente externo en su centro de trabajo”. Por ello, se le diagnostica “síndrome de sensibilidad química”, generador de fatiga crónica y astenia, y considera que su origen radica en las malas condiciones del aire respirable en su centro de trabajo y añade que al menos otras dos trabajadoras de las mismas dependencias han obtenido ya baja por causa laboral por inhalación de tóxicos.

Así las cosas, la Sala gallega considera probado que la baja por enfermedad de la actora tiene su causa en un “accidente laboral”, al haberse originado el síndrome de sensibilidad química por las condiciones de su lugar de trabajo, destacando que dos edificios de oficinas herméticos, cuya ventilación es siempre artificial (mediante sistemas de aire acondicionado) tienden a la larga, con el paso de los años, a terminar padeciendo el “síndrome del edificio enfermo” (*Sick Building Syndrome*), reconocido ya por la Organización Mundial de la Salud; síndrome que genera a los trabajadores de esas oficinas unas síntomas o molestias muy similares a las que comenzó a sufrir la aquí demandante desde el año 2015.

Decíamos antes que las enfermedades más importantes a las que se refiere el art. 156.2 LGSS son las enfermedades de trabajo en sentido estricto (que lo son), pero tampoco cabe desdeñar aquellas a las que se refiere la letra f) del precepto, esto

---

<sup>229</sup> Recurso n. 155/2016.

<sup>230</sup> Recurso n. 450/2018.

es, “las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente”, sobre las que la jurisprudencia ha tenido algo que decir.

Así, por ejemplo, en sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 14 de abril de 2016<sup>231</sup>, se aplica el artículo 385.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sobre presunciones legales<sup>232</sup>, del que resulta que no le incumbe a quien reclama la calificación de acto de servicio sino a quien la niega cuando la enfermedad se manifiesta en el horario y lugar de trabajo. Declara la resolución que la prueba en contrario ha de evidenciar de forma inequívoca la ruptura de la relación de causalidad entre el trabajo y el accidente o la enfermedad, para lo cual es preciso que se trate de enfermedades que no sean susceptibles de una etiología laboral o que esa etiología pueda ser excluida mediante prueba en contrario. Determina, por ello, que las patologías diagnosticadas a raíz de una caída pueden producirse en acto de servicio. Así, se dice en la sentencia que los razonamientos sobre la existencia de patologías preexistentes no se puede acoger porque los hechos muestran, en cualquier caso, que si las presentaba (lo que no está probado), se agravaron a raíz del accidente, como también que no consta que se hubiesen diagnosticado con anterioridad, ni que hubiesen provocado bajas laborales, de lo que hay que concluir que el proceso estaba silente y que fue el accidente el que las agravó y provocó que sus efectos incapacitantes saliesen a la luz. Todo ello sin olvidar, como hemos ya hemos notado, que para excluir la presunción de laboralidad es preciso que se trate de enfermedades que no sean susceptibles de una etiología laboral. El Tribunal considera inasumible y contrario a la lógica que el importante impacto sufrido por el accidentado al caer por las escaleras en su lugar de trabajo no goce de incidencia alguna en las dolencias que previamente pudiera tener el afectado<sup>233</sup>.

---

<sup>231</sup> Recurso n. 956/2014.

<sup>232</sup> “Las presunciones establecidas por la ley admitirán la prueba en contrario, salvo en los casos en que aquélla expresamente lo prohíba”.

<sup>233</sup> En este mismo sentido, una Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid) de 1 de febrero de 2018 (Recurso n. 1678/2017), declara que derivan de accidente de trabajo los procesos de incapacidad temporal por una bajada del caballo de una monitora, al ser una agravación de la enfermedad previa de columna que se padecía.

Una vez sentados los supuestos que han de reputarse accidente de trabajo, en los que, en atención a las circunstancias de tiempo y lugar en que acaece o se manifiesta el suceso lesivo, está presente o se presume, ya exclusiva, bien concurrente o condicionante del resultado, la relación de causalidad entre la prestación de servicios y el daño sufrido, el legislador excepciona (en los últimos apartados del art. 156 LGSS), aun en los casos mencionados, los accidentes que a continuación se expondrán, al considerar (por lo que aquí interesa) que se rompe el nexo causal, a saber:

1) Los accidentes debidos a fuerza mayor extraña al trabajo.

Es decir, aquella de tal naturaleza que no guarde relación alguna con el trabajo que se realiza en el momento de sobrevenir el accidente. En ningún caso, tendrán la consideración de supuestos de fuerza mayor extraña al trabajo y, por tanto, no rompen el nexo causal exigido, fenómenos como la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

La fuerza mayor se ha definido por la doctrina<sup>234</sup>, como suceso imprevisible e inevitable al quedar fuera del espacio de control de las personas, y excluye la consideración de accidente de trabajo si deriva de un factor ajeno al mismo, pues no existe en dicho suceso vinculación con el trabajo y es, por tanto, producto de un algo ajeno al trabajo. La salvedad que marca el precepto para factores no vinculados con el trabajo pero que, no obstante, permiten calificar al accidente como laboral son la insolación, el rayo y fenómenos de análoga naturaleza, susceptibles en muchos casos de previsión y prevención.

2) Los accidentes debidos a imprudencia temeraria del trabajador.

Generalmente se conceptúa la imprudencia temeraria como la falta de las más rudimentarias normas de criterio individual, precaución, prudencia o cautela, con asunción de un riesgo innecesario, manifiesto y grave. Normalmente se considera debido a imprudencia temeraria el accidente cuando el siniestrado desobedece

---

<sup>234</sup> MERCADER UGUINA, Jesús Rafael, GOERLICH PESET, José María, ARADILLA MARQUÉS, María José, MORENO SOLANA, Amanda y DÍAZ DE ATAURI, Pablo Gimeno, "Prestaciones de Seguridad Social. Acción Protectora", *Practicum Social*, Editorial Aranzadi, Pamplona, 2017.

normas, instrucciones u órdenes dadas por el empresario de forma reiterada y notoria en materia de Seguridad e Higiene. Fuera de estos casos, habrá de calificarse de imprudencia simple, a la que expresamente alude el legislador para establecer que no impide la calificación del accidente como de trabajo cuando la imprudencia profesional sea consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo o profesión y se derive de la confianza que este inspira.

Como ejemplo de sentencias que analizan imprudencias del trabajador o funcionario que no rompen el nexo causal caben citar, entre otras muchas, en primer lugar, una sentencia 26 de abril de 2018<sup>235</sup>, d la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Granada). El supuesto de hecho aquí era el de un funcionario del CNP que en el horario en que tenía asignado servicio de seguridad, sufre una caída al transitar por las dependencias de la jefatura cuando pisa unas baldosas, causándose diversas lesiones, por las que causa baja ajena a acto de servicio. Aun cuando el funcionario hubiera incumplido las órdenes de su superior relativas a la prohibición de acceso a la Jefatura Superior por la puerta lateral izquierda, y se parta de que el lesionado tenía conocimiento de que en esa zona existían baldosas sueltas, cuya ruptura al caminar sobre ellas entrañaría un peligro para su integridad física, la sentencia concluye que no existe ruptura del nexo causal al calificar tal conocimiento e inobservancia de la orden recibida de imprudencia leve.

En sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2017<sup>236</sup>, el recurso lo promovía un funcionario del CNP en declaración de reconocimiento de unas lesiones como acaecidas en acto de servicio o con ocasión del mismo. En la sentencia se analiza el requisito de la relación de causalidad debidamente acreditada entre el accidente o lesión y el trabajo o servicio que presta el funcionario. Se destaca que la lesión debe haberse producido con motivo o consecuencia del accidente precisándose, además, que relación de causalidad a apreciar entre ambos sea próxima e inmediata. Sin embargo, se advierte que la simple imprudencia no impide la calificación de un

---

<sup>235</sup> Recurso n. 788/2013.

<sup>236</sup> Recurso n. 513/2016.

accidente como de trabajo, lo que quiere decir que sólo dejan de ser accidentes de trabajo los debidos a imprudencia temeraria del trabajador accidentado. Partiendo de tales presupuestos, en lo que se refiere a la calificación de un accidente *in itinere*, se señala que no hay identificación absoluta entre imprudencia infractora de las normas de tráfico e imprudencia temeraria, con cita de la jurisprudencia al respecto, para concluir que la inobservancia de una norma reglamentaria de circulación pueda calificarse de imprudencia temeraria pero ello exige la concurrencia de una conducta que, con claro menosprecio de la propia vida, acepte voluntaria y deliberadamente correr un riesgo innecesario que la ponga en peligro grave, faltando a elementales normas de prudencia.

Por último, en una sentencia de 23 de enero de 2017<sup>237</sup>, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Málaga) se anula la resolución denegatoria de la calificación de las lesiones como acaecidas en acto de servicio en un accidente de circulación *in itinere* por falta de idoneidad del vehículo para circular por tener vencida la Inspección Técnica de Vehículos. Se argumenta en la sentencia que siendo aconsejable la revisión en el marco temporal fijado según la antigüedad del vehículo, para mayor seguridad de todos, su incumplimiento no significa que el vehículo no sea apto para la circulación, sino exclusivamente la sustracción a la Administración de comprobar tal circunstancia. De aquí que por el solo hecho de que estuviera vencida al tiempo del accidente no cabe extraer la conclusión de que el medio de locomoción utilizado por el recurrente no era idóneo para circular. Se considera que el incumplimiento de un deber, normativamente establecido, limita sus consecuencias al ámbito sancionador, pero no cabe extrapolarlo a otro distinto y, por esta única circunstancia, suponer que el vehículo no era apto para la circulación, sin ninguna prueba sobre tal extremo. Por lo que tratándose de un accidente *in itinere* y siendo indiscutido que las lesiones determinantes de la incapacidad se produjeron en tal siniestro, el Tribunal las considera como acaecidas en acto de servicio<sup>238</sup>.

---

<sup>237</sup> Recurso n. 214/2016.

<sup>238</sup> En este mismo sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Burgos), en sentencia de 31 de mayo de 2017 (recurso n. 305/2016), califica las lesiones sufridas por el funcionario en un accidente de circulación *in itinere* como causadas en acto de servicio, pese a que en el atestado se



3) Los accidentes debidos a dolo del trabajador accidentado.

Se considera que existe dolo cuando el trabajador consciente, voluntaria y maliciosamente provoca un accidente para obtener prestaciones que se derivan de la contingencia. Precisamente, como para la exclusión de la calificación del accidente como de trabajo es necesario que el dolo concorra en el trabajador o profesional, el artículo 156.5.b) LGSS establece que no rompen el nexo causal los accidentes derivados de la actuación de otros, es decir, los que son consecuencia de culpa civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero, siempre y cuando guarden alguna relación con el trabajo. Pensemos en las bromas o juegos que pueden originar un accidente ocurridos durante el trabajo o los sufridos al separar una riña que se suscita en el lugar y horario de trabajo, tendría que calificarse de accidente de trabajo<sup>239</sup>. No obstante, en el caso de que la agresión obedezca exclusivamente a motivos personales y concretos entre agresor y agredido, completamente ajenos al trabajo, algún sector de la doctrina estima que procede excluir la calificación de accidente de trabajo<sup>240</sup>.

El Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Social de 14 de octubre de 2014<sup>241</sup>, delimita el alcance de la expresión final del artículo 156.5.b) LGSS: “no guarde relación alguna con el trabajo”. Afirma que la interpretación de este último inciso del precepto, a sensu contrario, llevaría a la conclusión de cuando la agresión externa no guarda relación con el trabajo su resultado no puede calificarse de accidente laboral; conclusión que considera extensiva de un mandato legal que, por su naturaleza de excepción a la regla, ha de ser objeto de una interpretación estricta y acorde con la naturaleza de la institución. Y aunque declara que no existe una doctrina que resuelva con carácter general los supuestos que puedan plantearse, tras la casuística expuesta en la sentencia, el Alto Tribunal concluye que la conclusión

---

imputaba al lesionado falta de diligencia exigible como causa concurrente en el siniestro que se produce al intentar evitar el atropello de peatón, pues se considera que solo la imprudencia grave puede evitar tal catalogación al romper el nexo causal, sin que en el caso se aprecie en la conducta del demandante en el siniestro.

<sup>239</sup> Vid. MERCADER UGUINA, Jesús Rafael, GOERLICH PESET, José María, ARADILLA MARQUÉS, María José, MORENO SOLANA, Amanda y DÍAZ DE ATAURI, Pablo Gimeno, “Prestaciones de Seguridad Social. Acción Protectora”, cit.

<sup>240</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, cit., p. 180.

única que se obtiene es que cuando la agresión que sufre el trabajador por parte de un tercero —sea en el lugar de trabajo o *in itinere*— obedece a razones estrictamente personales entre agresor y agredido, cobra fuerza la excepción legal y el resultado lesivo de la agresión no puede calificarse como accidente de trabajo.

Así, por ejemplo, la falta de relación directa del atentado con el funcionario y su prestación de servicios excluyó la calificación de la contingencia como acto de servicio en sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla), de 6 de septiembre de 2018<sup>242</sup>. Se deniega la pensión extraordinaria por incapacidad permanente por insuficiencia de condiciones psíquicas toda vez que el actor no fue víctima directa del atentado, al tratarse de una bomba colocada en el coche de su padre que afortunadamente no llegó a explotar, siendo así que los trastornos de carácter psicológico que padece y que nada duda de que sean consecuencia de tales actos, no dejan de ser una consecuencia indirecta del acto terrorista que no fue dirigido contra su persona.

## 2.2. Enfermedades profesionales

Ya se dijo anteriormente que el artículo 58 RMJ configura las enfermedades profesionales como las contraídas por el mutualista a consecuencia de la prestación de sus servicios a la Administración de Justicia, en las actividades que se especifican en las normas reglamentarias del RGSS u otras que se dicten al efecto, y siempre que esté provocada por la acción de elementos o sustancias determinados en dichas normas para cada enfermedad profesional. Siguiendo una reiterada jurisprudencia sobre el concepto plasmado en el artículo 157 LGSS<sup>243</sup> —trasladable, como sabemos, al RMJ—, la enfermedad profesional se caracteriza por tratarse de una dolencia contraída a consecuencia del trabajo realizado, que se trate de alguna de las actividades que reglamentariamente se determinan, y que esté provocada por la acción de elementos y sustancias que se determinen para cada enfermedad<sup>244</sup>. Por su

---

<sup>241</sup> Recurso n. 1786/2013.

<sup>242</sup> Recurso n. 2456/2017.

<sup>243</sup> Por todas, sentencia del Tribunal Supremo de 13 de noviembre de 2006 (recurso n. 2539/2005).

<sup>244</sup> MUÑOZ RUIZ, Ana Belén, “Artículo 116 del TRLGSS de 1994”, *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, García-Perrote Escartín y Mercader Uguina (dirs.), Editorial Aranzadi, Pamplona, 2015, p. 609, señala que “la propia morfología de la enfermedad representa una diferencia notable con respecto al accidente de trabajo. Así la enfermedad se va gestando de forma continua,

parte, el artículo 157 LGSS fija dichas actividades remitiéndose a las que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, exigiendo también que la enfermedad esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada una.

En la actualidad, estas normas son, fundamentalmente, el RD 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<sup>245</sup>, así como la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, que establece el modelo de parte de enfermedad profesional, contiene las normas sobre su elaboración y transmisión y creación de ficho de datos personales.<sup>246</sup>

La previsión legal de un cuadro reglamentario de enfermedades profesionales descarta la implantación de un sistema abierto, lo que provoca una vis atractiva del concepto de accidente en acto de servicio respecto de aquellas enfermedades causadas por el trabajo que no se hallen incluidas en aquel cuadro, a las cuales engloba. Ahora bien, ello no implica una rigidez absoluta; y es que el vigente RD 1299/2006 no implanta una lista cerrada desde una doble perspectiva. Por un lado, el cuadro de enfermedades profesionales presenta un carácter evolutivo limitado, en el sentido de que cabe la actualización de la lista de enfermedades profesionales si bien, en general, a través de un concreto procedimiento que contemplan las disposiciones citadas o para concordar la lista actual a la europea.

En efecto, la actualización del cuadro catalogando otras dolencias como nuevas enfermedades profesionales puede llevarse a cabo a través de dos vías: 1) La que los autores denominan tradicional<sup>247</sup>, que realizará el Ministerio correspondiente previo informe preceptivo del Ministerio de Sanidad y de la Comisión Nacional de

---

lenta y larvada frente a la inmediatez del accidente”.

<sup>245</sup> BOE n. 302, 19 diciembre 2006. Sobre el mismo, véase RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, *Las enfermedades profesionales*, González Ortega y Barcelón Cobedo (dirs.), Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, pp. 97 y ss.

<sup>246</sup> BOE n. 4, de 4 de enero de 2007.

<sup>247</sup> *Vid.* RODRÍGUEZ INIESTA, Guillermo, “Evolución y concreción legal de la noción de enfermedad profesional”, *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid, 2007, pp. 71 a 116. Y también a LANTARÓN BARQUÍN, David, “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, *Revista Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, n. 1, 2008, pp. 413-451.

Seguridad y Salud en el Trabajo<sup>248</sup>. 2) Otra más ágil, en cuanto se limita a concordar la lista española de enfermedades profesionales con la europea que, únicamente, requiere previo informe del Ministerio de Sanidad para la inclusión por el Ministerio de Trabajo en el cuadro de enfermedades profesionales.

Una de las novedades que se presenta en el RD 1299/2006 es que además de recoger las enfermedades profesionales con reconocimiento científico contrastado en el Anexo 1, incorpora en el Anexo 2, siguiendo la Recomendación 2003/670/CE, de 19 de septiembre, las listas complementarias de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro. Por su parte, el Anexo 1 de esa norma clasifica en seis grupos las enfermedades profesionales en atención a la naturaleza del agente que las produce<sup>249</sup>.

Como sabemos, las enfermedades que tienen su causa en el trabajo, pero no están catalogadas en este Anexo 1, el legislador las califica de accidentes de trabajo, aunque, propiamente, no conforman un daño derivado de acción súbita e imprevista de agente exterior, sino de previas patologías de lenta evolución, que se contraen durante el trabajo, aunque en actividad o por efecto de sustancias no recogidas en el mentado cuadro. La diferencia fundamental entre la enfermedad adquirida en el trabajo que se configura como accidente en acto de servicio y la profesional, radica en que la primera exige la prueba de la relación de causalidad entre la trabajo y lesión, mientras que en el supuesto de la segunda, como se contraen en actividad y por exposición a elemento o sustancia catalogada, presente en el desarrollo de la concreta actividad o prestación del servicio, no se requiere prueba del origen laboral pues se presume que se trata de una enfermedad profesional.

---

<sup>248</sup> El informe científico elaborado por una comisión técnica conjunta de ambos Ministerios es, fundamentalmente, el que sustenta la modificación (artículo 2.1 RD 1299/2006).

<sup>249</sup> Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Pero ¿qué sucede con las enfermedades sospechosas incluidas en el Anexo 2? Desde luego, su incorporación al cuadro, aún con tal calificación, ha de dotarles de un tratamiento diferenciado pese a que no nos hallemos ante una enfermedad profesional (sólo las incluidas en el Anexo 1 así se califican) y deban encuadrarse en el concepto de accidente de trabajo. Pues bien, al margen del carácter indemnizable, la obligación de comunicación y demás previsiones de la Recomendación, gran parte de la doctrina<sup>250</sup> considera que su incorporación al Anexo 2 le dota de un valor adicional que debería proyectarse en el marco probatorio, constituyendo no un mero indicio sino una presunción *iuris tantum* de su carácter laboral y, por ende, de su consideración como accidente de trabajo.

Ahora que, sobre la utilidad de que una enfermedad determinada se encuentre contenida en el Anexo 2, la doctrina científica ha formulado varias opciones interpretativas. Desde “la lectura más conservadora, que parte de la consideración de esta inclusión como un mecanismo exclusivamente para introducir en el debate social y médico enfermedades con apariencia de profesionales, pero con criterios no definitivamente comprobados, con el fin de incentivar su investigación”<sup>251</sup>; pasando por “la opción que entiende que dicha incorporación funciona como prueba indiciaria a los efectos de favorecer la calificación de la enfermedad vinculada con el trabajo como accidente laboral, conforme a lo establecido en el art. 156.1.e) de la LGSS”<sup>252</sup>; hasta la “interpretación que otorgaría un tratamiento especial a las enfermedades de la lista complementaria, considerando su inclusión como presunción *iuris tantum* a favor de su calificación como accidente de trabajo ... sin descartar la interpretación más ambiciosa, en el sentido de presumir que estas patologías son enfermedades profesionales cuando se pruebe la relación causal directa entre el trabajo y el agente descrito”<sup>253</sup>.

La “primera interpretación encuentra su apoyo en la previsión de la

<sup>250</sup> *Ibidem* nota 157. En igual sentido, LÓPEZ GANDÍA, Juan y AGUDO DÍAZ, Javier, *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007, pp. 32 y 33; también LANTARÓN BARQUÍN, David, “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, cit., pp. 430 y ss.

<sup>251</sup> RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, cit., p. 112.

<sup>252</sup> RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, cit., p. 112.

<sup>253</sup> RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, cit., p. 112.

Recomendación comunitaria de referencia que insta además a los Estados miembros para que las enfermedades relacionadas en sus «listas nacionales» sean objeto de seguimiento, estudio y recogida de datos epidemiológicos, de modo que su inclusión en el Anexo II constituiría una simple indicación u orientación para que los estudios que se realicen coadyuven a que exista una revisión futura de la lista de enfermedades profesionales por los organismos competentes. Ello, unido a la obligación establecida en el art. 5 del RD, significaría favorecer la comunicación de estas enfermedades para intentar llevar a término los estudios científicos que permitan incluirlas de manera definitiva en la lista básica”<sup>254</sup>.

La segunda lectura “se justificaría por la propia literalidad del art. 156.1.e) de la LGSS, que no ampara con el juego de la presunción la calificación de las enfermedades de trabajo como accidente de trabajo si sus manifestaciones o episodios tienen lugar fuera del tiempo y lugar de trabajo, exigiendo en todo caso la prueba de la relación causal entre las secuelas y su origen ... Por su parte, la tercera opción se apoyaría en la obligación impuesta en el art. 5 del RD que obliga a los facultativos del Sistema Nacional de Salud o del Servicio de Prevención a comunicar a la entidad gestora o colaboradora estas enfermedades cuyo origen profesional se sospecha a los efectos de su calificación. Aunque no resulta tampoco pacífica esta versión, pues dicha presunción constituiría en realidad una presunción *iuris et de iure* como tal enfermedad de trabajo, trascendiendo la mera «sospecha», contrariando así el propio tenor del art. 156.1.e) de la LGSS”<sup>255</sup>.

Por último, “la cuarta interpretación, que supondría que la prueba del nexo causal constituiría la confirmación de la sospecha de que la enfermedad es profesional, dando un paso más en su protección que su simple encuadramiento como accidente de trabajo, introduciría sin duda una vía de flexibilidad amplia que supondría una verdadera evolución hacia el sistema mixto de calificación de enfermedades profesionales. Sin embargo, cuenta con la oposición del propio tenor del art. 157.2 de la LGSS, que exige en todo caso el respaldo de un informe previo

---

<sup>254</sup> RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, cit., p. 113.

<sup>255</sup> RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, cit., p. 113.

del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”<sup>256</sup>.

Merece la pena llamar la atención en relación a la existencia de ciertas enfermedades psíquicas propias del desarrollo de algunas actividades que, al quedar fuera del cuadro reglamentario de enfermedades profesionales, por más que su origen laboral resulta irrefutable, deben tratarse bajo la ficción de accidente de trabajo. Aunque el artículo 7, apartado 7 de la Recomendación 2003/670/CE se refiere a los trastornos psicosociales en el trabajo, el RD de 2006 no incluye en ninguno de las listas de sus anexos estas dolencias, lo que se traduce, además de la obligación del afectado de acreditar la relación de causa efecto entre el trabajo y aquellas, en una menor prevención.

La doctrina diversifica estas enfermedades entre las derivadas de la carga psíquica del trabajo (estrés, distrés, distimia), de la deficiente o desestructurada organización del trabajo, esto es, síndrome de *burn-out* o de estar quemado (trastorno funcional que deriva de la sobrecarga física y mental con un plus añadido dimanante de las relaciones con terceros); o el *karoshi*, el *mobbing*, o las propias de determinados trabajos como el realizado a turnos o el teletrabajo, entre otras<sup>257</sup>.

En atención a las características de la función o actividad que desarrolla mayoritariamente el personal al servicio de la Administración de Justicia, fundamentalmente de naturaleza administrativa, de las enfermedades profesionales tendrán relevancia, casi en exclusiva, las ocasionadas por la exposición a agentes físicos y, en particular, los riesgos ergonómicos. Precisamente, su consideración de enfermedad profesional favoreció la adaptación del puesto de trabajo a los criterios de la ergonomía como medida preventiva. En efecto, en los últimos años se han introducido importantes reformas en los lugares de trabajo de las distintas oficinas administrativas en pro de la adecuación a criterios ergonómicos del puesto de trabajo que pretende la adecuación a las características físicas y psíquicas del trabajador de la ejecución (medios, condiciones, etc.) de las operaciones propias de su trabajo. No sólo el sistema de trabajo ha de ajustarse a los límites de horario, descansos, carga mental... sino que debe realizarse un estudio postural inherente al puesto de trabajo

---

<sup>256</sup> RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, cit., p. 114.

para informar al usuario del mismo y adaptarlo al uso, evitando posturas que derivan en lesiones; también se impone la adaptación del ambiente (luz, ruido, temperatura, ...), para evitar riesgos como la fatiga visual, etc.<sup>258</sup>

No obstante, en la práctica no proliferan las sentencias (de ningún orden jurisdiccional) reconociendo el carácter de enfermedad profesional a dolencias derivadas de vicios posturales repetitivos. Pese a que la utilización del ratón durante más de seis horas diarias así como el teclado puede ocasionar, conforme a abundante literatura médica, el síndrome del túnel carpiano, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia<sup>259</sup> rechazó tal calificación instada por una funcionaria del Cuerpo de Tramitación Procesal y Administrativa en atención a que ejercía una profesión burocrática que no tiene como componente sustancial y primario la actividad manual y digital, lo que no supone que no la desarrolle sino que resulta meramente instrumental de su cometido burocrático y, por tanto, no compadece con las exigencias de las Directrices para la Decisión Clínica en Enfermedades Profesionales (DDC-TME-07) en relación con dicho síndrome. Destacaba el Tribunal que el grapado, el trabajo en ordenador prolongado o movimientos de mano y muñeca podrá predicarse de un puesto de trabajo concreto y singularizado en el ámbito de la Administración de Justicia, pero no puede alcanzar a predicarse de un cuerpo que tiene unas funciones típicamente burocráticas asociadas y donde pese a la voluminosa cifra de pertenecientes al mismo, no se ha acreditado por la parte recurrente una implantación mínimamente significativa de tal dolencia en tan amplio colectivo, que pudiere llevar a la calificación expresa de enfermedad profesional por alzarse en riesgo típico.

---

<sup>257</sup> *Ibidem* nota 157.

<sup>258</sup> LANTARÓN BARQUÍN, David, “Los riesgos laborales en las Administraciones Públicas: distintos espacios normativos”, *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, n. 49, 2008, pp. 42-49.

<sup>259</sup> Sentencia de 11 de febrero de 2015 (recurso n. 85/2014).



**CAPÍTULO V**  
**ACCIÓN PROTECTORA**



El TRRESSAJ, tras exponer en su artículo 11 las contingencias protegidas, delimita el contenido de la acción protectora especificando las prestaciones que cubre la MUGEJU. Con casi idéntico contenido el RMJ, en su artículo 46, recoge las prestaciones a que tienen derecho los mutualistas o sus beneficiarios, cuando se encuentre en los supuestos de hecho legalmente establecidos. Concretamente, dichas normas reconocen las siguientes prestaciones: 1) Asistencia sanitaria. 2) Subsidio por incapacidad temporal, por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural. 3) Prestaciones recuperadoras por incapacidad permanente, total, absoluta y gran invalidez, y para la retribución del personal encargado de la asistencia al gran inválido. 4) 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. 5) Prestaciones sociales y asistencia social. 6) Prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad. 7) Subsidio especial por maternidad o paternidad en los supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiple, 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<sup>260</sup>.

## **1. Disposiciones comunes**

### **1.1. Caracteres de las prestaciones**

Las prestaciones del mutualismo judicial, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 47 RMJ, son bienes embargables conforme a lo establecido en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil, y están sujetas a tributación del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) en los términos que prevé la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades,

---

<sup>260</sup> Conviene indicar que fuera ya del ámbito de protección de la Seguridad Social, la MUGEJU suscribe convenios con distintas entidades y sociedades para ofertar la prestación de servicios a sus mutualistas en condiciones ventajosas (residencias para mayores, estancias en paradores, seguros, etc.).

sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio (LIRPF)<sup>261</sup>, según se expondrá cuando se analicen los aspectos fiscales. No obstante, no serán objeto de retención, ni de cesión total o parcial, compensación o descuento, salvo para el cumplimiento de pensiones compensatorias y obligaciones de alimentos a favor de cónyuge o hijos, o de las contraídas por el beneficiario dentro del mutualismo judicial<sup>262</sup>.

## 1.2. Derecho a las prestaciones, reconocimiento, suspensión y sucesión

Además de los requisitos propios que exige el derecho a causar cada concreta prestación, en general, el mutualista ha de estar en alta en la MUGEJU, ya sea obligatoria o voluntaria, o en situación asimilada a la de alta, al sobrevenir la contingencia o situación protegida<sup>263</sup>. Pero la concurrencia de tales circunstancias no determina per se el disfrute del derecho correspondiente, sino que es preciso un reconocimiento por el Gerente de la Mutualidad o en quién éste delegue<sup>264</sup>, previo procedimiento que se tramitará a instancia de interesado o de oficio<sup>265</sup>. Cuando se inicia a instancia de parte puede actuar el mutualista por sí o por medio de mandatario designado en forma, o a través de representante legal, acompañando a la instancia los documentos e informaciones exigidos por las normas aplicables al procedimiento de que trate y demás elementos de prueba en que fundamente su derecho<sup>266</sup>. El procedimiento iniciado de oficio, generalmente, responde a una convocatoria aprobada por el Gerente de la MUGEJU con expresión de los requisitos y condiciones para la concesión de la prestación de que se trate, o excepcionalmente de forma singular<sup>267</sup>.

Los derechos en curso de reconocimiento se transmiten a los herederos si antes de concluir fallece el interesado. Pero para ello es preciso que la parte legitimada para ello inste su continuación en el plazo de cinco años tras el fallecimiento del interesado, salvo en los casos que contempla el apartado 2 del

---

<sup>261</sup> BOE n. 285, de 29 de noviembre de 2006.

<sup>262</sup> Por su parte, las informaciones o certificaciones que haya de expedir la MUGEJU en relación a las prestaciones y beneficios del marco protector del mutualismo no pueden ser objeto de tasa o derecho alguno.

<sup>263</sup> *Cfr.* Artículo 48 RMJ.

<sup>264</sup> *Cfr.* Artículo 49.1 RMJ.

<sup>265</sup> *Cfr.* Artículo 49, apartados 2 y 3 RMJ.

<sup>266</sup> *Cfr.* Artículo 49.2 RMJ.

<sup>267</sup> *Cfr.* Artículo 49.3 RMJ.

artículo 51 del RMJ, a saber: 1) Cuando se trate del reconocimiento del derecho al reintegro, total o parcial, de los gastos efectivamente realizados por el causante. 2) Cuando, iniciada la situación de incapacidad temporal, la de riesgo durante el embarazo, o de riesgo durante la lactancia natural, el causante hubiera fallecido antes de solicitar el reconocimiento del subsidio correspondiente a cada mensualidad, siempre que el no haber solicitado a tiempo el reconocimiento no se deba a causa imputable al causante.

### 1.3. Prescripción y caducidad de derechos y obligaciones

La prescripción del derecho al reconocimiento de prestaciones prescribe, según el artículo 52 RMJ a los cuatro años. El plazo comenzará a correr, con carácter general, a partir del día siguiente a aquel en que tenga lugar el hecho causante de la prestación correspondiente. Existen excepciones que contempla el propio Reglamento, además de 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. El plazo de prescripción se interrumpe por las causas ordinarias contempladas en el artículo 1973 CC (ante los Tribunales, por reclamación extrajudicial del acreedor y por cualquier acto de reconocimiento de la deuda por el deudor) y por reclamación ante la Mutuality<sup>268</sup>.

Además del plazo de prescripción del derecho a las prestaciones, el RMJ prevé otro de caducidad. El RMJ supedita el derecho a cobrar la prestación reconocida, a la reclamación de su pago dentro de un año. El transcurso de dicho plazo determina la pérdida del derecho a exigir el pago de la prestación ya reconocida, si no se ejercita dentro del año siguiente al de la fecha de notificación del reconocimiento de la prestación. Si se trata de prestaciones periódicas, el año se computará desde su respectivo vencimiento salvo para mensualidades anteriores al reconocimiento que se computará desde la notificación de este<sup>269</sup>.

La obligación de reintegro de prestaciones indebidamente percibidas presenta

---

<sup>268</sup> Artículo 52 RMJ.

<sup>269</sup> Artículo 53 RMJ.

un plazo de prescripción de cuatro años, que se computará a partir de la fecha de su cobro o desde que fue posible ejercitar la acción para exigir su devolución, con independencia de la causa que originó la percepción indebida, incluidos los supuestos de revisión de las prestaciones por error imputable a la MUGEJU<sup>270</sup>. Este plazo, aunque el RMJ no lo dice expresamente, también se interrumpe por las causas ordinarias.

#### 1.4. Prestaciones indebidas, responsables del reintegro y procedimiento

La disposición adicional quinta del TRRESSAJ y el artículo 54 del RMJ se ocupan del “reintegro de prestaciones indebidas” —aunque lo correcto hubiera sido referirse a “prestaciones indebidamente percibidas”—, y establecen la obligación de los mutualistas y demás personas que hayan percibido indebidamente prestaciones de la Mutualidad de reintegrar su importe. En esta obligación se subrogan los herederos del mutualista o beneficiario. El Reglamento, por su parte, amplía la previsión normativa, y extiende la responsabilidad en el cumplimiento de tal obligación de reintegro, aunque con el carácter de subsidiaria, a quienes, por acción u omisión, hayan contribuido a posibilitar la percepción indebida de una prestación o en mayor cuantía o contenido al debido, salvo los supuestos de buena fe acreditada<sup>271</sup>.

Supuesto que se le haya notificado al obligado a ello la necesidad de reintegrar, y supuesto además que no lo haga voluntariamente, se iniciará el procedimiento de apremio<sup>272</sup>, que se tramitará conforme a lo previsto en el RD 939/2005, de 29 de julio, por el que se aprueba el RGR, así como por las disposiciones complementarias, aunque las certificaciones de deudas las expedirán el Gerente de la Mutualidad<sup>273</sup>. La falta de ingreso total o parcial de lo reclamado en el plazo concedido para su pago en recaudación voluntaria determina la apertura de la vía ejecutiva forzosa mediante la providencia de apremio. El procedimiento de apremio no concluye sino con la satisfacción total del principal adeudado más intereses de demora, recargo de apremio y costas devengadas, pero si el importe obtenido fuera insuficiente para cubrir estas deudas, se aplicará a costas y lo restante

---

<sup>270</sup> Artículos 54 y 55 RMJ.

<sup>271</sup> *Cfr.* Artículo 54.2 RMJ.

<sup>272</sup> *Cfr.* Artículo 54.3 RMJ.

a la deuda. Por el importe de la deuda no satisfecha se actuará según lo dispuesto para los créditos incobrables en los artículos 61 a 63 del RGR<sup>274</sup>.

¿Se agotan con esas normas la legislación aplicable en estos casos? Porque, a mi entender en estas ocasiones cabe plantarse la posible aplicación de la Orden PRE/1064/2016, de 29 de junio, por la que se desarrolla parcialmente el RGR, en lo relativo al procedimiento de recaudación de recursos no tributarios ni aduaneros de titularidad de la Administración General del Estado a través de entidades colaboradoras<sup>275</sup>. La parte introductoria de esta norma parece resolver el interrogante, pues destaca que una de la finalidades que persigue es regular con mayor detalle el ámbito de aplicación del procedimiento de recaudación a través de entidades colaboradoras que pasa a tener carácter ordinario, previendo su aplicación salvo que exista procedimiento especial o se haya habilitado al órgano gestor para utilizar una cuenta restringida de recaudación, puntualizando que se elimina la mención anterior a la aplicabilidad del procedimiento en función del órgano que genera el derecho de cobro y se sustituye por la referencia a la titularidad del derecho. Como consecuencia de este cambio, el procedimiento será de aplicación cuando el recurso sea de titularidad de la Administración General del Estado, independientemente de cuál sea el órgano cuya actividad genere el derecho, pudiendo tratarse de una entidad distinta de la Administración General del Estado.

Ahora bien, la vía articulada para proceder al reintegro en periodo voluntario o en apremio no resuelve la problemática que se suscita en torno al procedimiento que ha de seguirse para la modificación del acto o acuerdo que reconoció prestaciones indebidas. El artículo 54.3 RMJ obliga con carácter previo al reintegro de lo indebidamente percibido a la revisión o reforma del acto o acuerdo que hubiera dado origen al pago de tales cantidades, sin embargo, no prevé qué procedimiento ha de seguirse para anular o modificar la concreta actuación.

De este modo, la redacción de dicho precepto genera dudas interpretativas y

---

<sup>273</sup> *Cfr.* Artículo 54.3 RMJ en relación con el 37 RMJ.

<sup>274</sup> También se aplican las previsiones del RGR en lo relativo a aplazamiento y fraccionamiento de deudas del mutualismo, correspondiendo al Gerente la tramitación y resolución de las solicitudes formuladas en periodo voluntario, sin perjuicio de la delegación que este pueda otorgar.

<sup>275</sup> BOE n. 159, de 2 de julio de 2016. La última reforma se abordó en Orden PCI/1187/2018, de 7 de

de otra índole. En primer lugar, al emplear el artículo los términos revisión y reforma del acto, cabría preguntarse si ambos se utilizan como sinónimos de modificación, o si sólo este último concepto se equipara a la reforma, mientras que la revisión se relaciona con la necesaria nulidad o anulación del acto. En segundo lugar, si tales términos no son sinónimos, cuál sería el procedimiento para materializar la revisión o la reforma del acto. Y, en tercer lugar, si la previa revisión o reforma del acto se contempla como presupuesto de la exigibilidad de reintegro en todo caso, se prohíbe toda rectificación por el órgano que lo dictó de errores materiales, aritméticos o de hecho, a través de las vías previstas en la normativa que resulte aplicable, sobre cuya determinación también se suscita alguna que otra controversia.

En cuanto a lo primero, el contenido del apartado 5 del artículo 54 RMJ, induce a pensar que el término reforma se limita a los supuestos de actos sujetos a revisión periódica o al cumplimiento de determinada condición o requisitos acordados con carácter provisional, cuando se constata que no han reunido los elementos o se han incumplido las condiciones de su plena eficacia. En estos casos, y dando respuesta a la segunda pregunta, la MUGEJU puede en cualquier tiempo reformar el acto mediante acuerdo motivado y previa audiencia del interesado.

Ahora bien, si la vía de reforma se reserva a los supuestos del 54.5 RMJ, la de revisión ha de entenderse prevista para los actos nulos de pleno derecho o anulables. Pero, entonces, ¿qué procedimiento ha de seguir la MUGEJU? ¿El de revisión de actos nulos de pleno derecho? ¿La declaración de lesividad de actos anulables previa su impugnación en la vía judicial? O, al tratarse de una entidad gestora del RESSAJ, ¿podría incluso la MUGEJU anular el acto, obviando dichos procedimientos? En este último caso, sí, si el mismo se sustenta en datos declarados por el interesado erróneos o que no se ajustan a la realidad, eso sí, garantizando el trámite de audiencia, conforme a lo previsto en el artículo 3 del RD 148/1996 de 5 de febrero, por el que se regula el procedimiento especial para el reintegro de las prestaciones de la Seguridad Social indebidamente percibidas<sup>276</sup>, cuyo artículo 1.2 prevé dicha vía para exigir el reintegro en todos aquellos supuestos en que las entidades gestoras puedan modificar

---

noviembre, Ref. BOE-A-2018-1561.

<sup>276</sup> BOE de 20 de febrero de 1996.



directamente el acto de reconocimiento de la prestación en los supuestos en que la revisión se funde en omisiones o inexactitudes de las declaraciones del interesado<sup>277</sup>.

El examen de esta cuestión debe abordarse comenzando, necesariamente, por recordar lo previsto en el artículo 77 de la Ley General Presupuestaria de 2003 que distingue dos procedimientos para el reintegro de pagos indebidos totales o parciales, en atención a la causa de la que dimana la obligación. De un lado prevé, para los pagos indebidos realizados por error material, aritmético o de hecho, en favor de persona en quien no concurra derecho alguno de cobro frente a la Administración o lo tiene pero en cuantía inferior a la consignada en el acto o documento que reconoció su derecho, que el órgano que cometió el error disponga de inmediato y de oficio, la restitución de las cantidades indebidamente percibidas, siguiendo el procedimiento reglamentario establecido y, en su defecto, el que dispone el Ministerio de Hacienda o el de Seguridad Social en el ámbito de la Seguridad Social. Y de otro, en los supuestos de revisión de los actos de los que derivan reintegros que no tienen su justificación en errores materiales, aritméticos o, de hecho, de pagos indebidos, se seguirán los procedimientos de revisión de oficio de actos nulos o anulables previstos en la vigente Ley 39/2015 o los procedimientos específicos de reintegro establecidos en las normas reguladoras de los distintos ingresos, según la causa que determine su invalidez.

Pues bien, dejando al margen los errores materiales, aritméticos o, de hecho, considero que la revisión de un acto declarativo de derechos como lo es el que reconoce una prestación, ha de efectuarse por alguno de los procedimientos previstos en LPA para la revisión de los actos nulos o anulables. Es cierto que la MUGEJU es una entidad gestora de un régimen especial de Seguridad Social, pero las prestaciones que concede son propias del mutualismo administrativo, por lo que entiendo no cabe extender el ámbito de aplicación de una norma como el Real Decreto 359/2009, de 20 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 148/1996,

---

<sup>277</sup> El artículo 1.2 del RD 148/1996 prevé el empleo del procedimiento regulado por la norma en los supuestos en que la entidad gestora conforme al artículo 145.2 del RD Leg. 2/1995, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, pueda revisar directamente un acto de reconocimiento de prestación por estar motivada la revisión por la constatación de omisiones o inexactitudes en las declaraciones de los beneficiarios, o cuando proceda la rectificación de errores materiales o de hecho y los aritméticos.

de 5 de febrero, por el que se regula el procedimiento especial para el reintegro de las prestaciones de la Seguridad Social indebidamente percibidas, que rige para prestaciones de Seguridad Social<sup>278</sup>, salvo una remisión expresa que no existe en el RMJ.

No se ignora que este criterio cuenta con detractores, tanto en el ámbito administrativo como en el judicial. Un claro ejemplo de ello lo proporciona una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia de 30 de junio de 2017<sup>279</sup>. En el caso enjuiciado la Gerencia de la Mutualidad Judicial inicia un procedimiento de reintegro de las prestaciones percibidas por una funcionaria de la Administración de Justicia, mutualista de la MUGEJU, por el concepto de ayudas para los ejercicios 2011 a 2014 previstas en uno de los programas del Plan de Atención Socio-Sanitaria, concretamente, el de ayuda a personas con discapacidad. La mutualista solicitó dichas ayudas por razón de los gastos soportados para la atención uno de sus hijos, al que se le había diagnosticado una enfermedad neurológica. Hasta el 28 de abril de 2010 era beneficiario de la MUGEJU, pero en esa fecha causó baja para incluirse en el RGSS como beneficiario de su padre, motivo por el que la Gerencia sustenta el carácter indebido de las prestaciones al no tener el hijo de la demandante la condición de beneficiario de la mutualidad. Las ayudas fueron lógicamente concedidas por distintas resoluciones que la Gerencia anula en el mismo acto por el que se le concede el plazo de quince días a la mutualista para reintegrar las cantidades que se declaran indebidamente percibidas. En el seno de dicho procedimiento se dio audiencia de la propuesta de resolución.

La Administración demandada ampara su acto en que, resultando de la documentación aportada con la demandante que su hijo no tenía la condición ni de mutualista ni de beneficiario, la concesión de la ayuda a la actora constituye un claro error material, que legitima a Gerencia para revisar el acto, dejándolo sin efecto, previa audiencia de la interesada. En suma, se reputa que el reconocimiento de la ayuda resulta de un claro error material en la condición de beneficiario y, dado que

---

<sup>278</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia de 30 de junio de 2017, recurso n. 468/2015.

<sup>279</sup> Recurso n. 468/2015. Esta sentencia contiene un voto particular en el que se disiente del fallo

estamos ante materia de Seguridad Social resulta de aplicación el procedimiento previsto en el artículo 3 del RD 148/1996.

Sin embargo, el parecer mayoritario<sup>280</sup> del Tribunal descarta la aplicación de dicha norma en el entendimiento de que el pago indebido no deriva de una prestación de Seguridad Social sino del mutualismo administrativo y porque el propio RMJ establece la revisión o reforma previa a la exigencia del reintegro. Como acto declarativo de derechos sólo podría dejarse sin efecto mediante los procedimientos de los artículos 102 y 103 Ley 30/1992 y, en particular, acudiendo a la declaración de lesividad. No descarta el Tribunal la rectificación de errores materiales, aritméticos o de hecho en actos de tal naturaleza sin necesidad de acudir a dichos procedimientos, pero considera que, en el caso de autos, siendo concedora la MUGEJU, en virtud de toda la documentación aportada por la mutualista, que era su hijo (que ya no gozaba de la condición de beneficiario) quien padecía la enfermedad neurológica, no cabe mantener que el reconocimiento de la prestación deriva de un error material sin controversia jurídica. Si así fuera, considera el Tribunal —creo que con acierto—, que debería haberse concedido plazo para subsanación conforme al artículo 71 de la mentada Ley 30/1992, lo que no se hizo precisamente en el entendimiento de que se incumplía un requisito esencial. Por ello, al tratarse de un acto favorable a la interesada la Administración estaba obligada a impugnarlo en la vía judicial, por infringir el ordenamiento jurídico, previa declaración de lesividad.

Esta solución parece la más conforme al artículo 106 CE y compatible con lo resuelto en la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 26 de abril de 2018 (caso *CAKAREVIC vs. CROACIA*), que establece que, dado el estado de necesidad económico y físico del perceptor de prestación por desempleo, no hay obligación de devolución de las cantidades indebidamente percibidas por error de la

---

estimatorio, al considerar aplicable el procedimiento previsto en el RD 148/1996.

<sup>280</sup> Frente al criterio mayoritario del Tribunal sentenciador, en el voto particular se afirma con rotundidad que no existe duda alguna sobre el carácter indebido del pago pues no existía derecho a la prestación al no ser el hijo de la mutualista ya beneficiaria. La magistrada que formula el voto particular considera que la Administración, ante la falta de procedimiento específico, acudió al establecido para la Seguridad Social, al ser la Mutualidad gestora del Régimen Especial de Seguridad Social, dejando sin efecto un acto mediante la rectificación de un error, previa audiencia de la interesada, por lo ninguna indefensión se le generó. En cualquier caso, estima correcto el procedimiento al amparo del artículo 146 de la Ley 36/2011.

Administración. Se considera infringido el art. 1 del Protocolo n.1 del Convenio para la protección de los derechos fundamentales y libertades públicas, por cuanto la obligación de devolver las prestaciones de desempleo —abonadas por error de la Administración— constituye una carga excesiva para la desempleada —dada su falta de ingresos y su mala salud— vulnerando su derecho de propiedad establecido en dicho artículo. Para el Tribunal, si la prestacionista no hace nada para engañar a la autoridad administrativa —en este caso una desempleada a la pertinente oficina de empleo—, al ser la propia Administración quien abona cantidades superiores a las que procederían de forma errónea —durante aproximadamente tres años—, en vista del mal estado de salud de la prestacionista y su falta de ingresos, la solicitud de devolución de cantidades viola sus derechos al incurrir en una “carga individual excesiva”.

Una vez fijadas las vías impugnatorias, resulta de aplicación la jurisprudencia relativa a las causas de nulidad de pleno derecho y anulabilidad para discernir qué procedimiento ha de seguirse en cada caso. Ya se anticipa que, generalmente, la revisión se sustentará en una causa de anulabilidad, esto es, cuando el acto impugnado incurre en cualquier infracción del ordenamiento jurídico. Y ello porque la causa prevista en la letra f) del artículo 47 LPA, se reserva a los supuestos en los que se haya reconocido la prestación careciendo de alguno de los requisitos esenciales para su adquisición, que la jurisprudencia interpreta muy restrictivamente. Así, por ejemplo, no se considera causa de nulidad radical la obtención de una subvención regulada por una orden que luego fue anulada<sup>281</sup>.

En cuanto al tercer interrogante, como ya se advierte de lo expuesto en el párrafo precedente, los errores materiales, aritméticos o de hecho se pueden rectificar sin necesidad de acudir a las vías de los artículos 106 y 107 de la LPA, pues así lo prevé el artículo 109, por lo que cualquiera que fuere la normativa de aplicación, la respuesta ha de ser positiva. No obstante, debe advertirse que no en pocas ocasiones la controversia se suscita en torno a si la causa del pago indebido se debe a un error material o no.

---

<sup>281</sup> Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de abril de 2018, de 9 de marzo de 2018, de 26 de junio de 2018.

## 2. Prestaciones sanitarias

La prestación esencial del mutualismo administrativo, también del mutualismo judicial, es la asistencia sanitaria. Sin duda, uno de los motivos que garantizan la supervivencia de la MUGEJU es, precisamente, la gestión de esta prestación, que depara indiscutibles ventajas para los mutualistas, que por ello mismo se resisten a perder tal modalidad protectora.

Como ya se ha expuesto anteriormente, la integración en el RGSS de los funcionarios que accedan a tal condición a partir del 1 de enero de 2011 respeta el ámbito material del mutualismo, cuyas prestaciones siguen gestionando las Mutualidades correspondientes. Esta gestión, por falta o insuficiencia de medios, se realiza por la MUGEJU de forma indirecta, lo que reporta para el colectivo incluido en su ámbito de aplicación, el derecho a elegir anualmente, la entidad médica o, en su caso, el Servicio de Salud correspondiente, que le prestará la asistencia sanitaria. La posibilidad de optar entre el Servicio de Salud de las CC.AA. o del INGESA, en Ceuta o Melilla o alguna de las entidades médicas con las que MUGEJU tenga concierto<sup>282</sup>, no agota las ventajas que proporciona el mutualismo, ya que también prevé prestaciones complementarias.

Aunque se regule dentro del Capítulo III, del Título I de la CE, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, el derecho a la protección de la salud y de la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43 CE), su reconocimiento constitucional condiciona el desarrollo legislativo de tal derecho que ha de partir de un mínimo, determinado por su universalidad aunque limitada, al menos hasta hace muy poco, al acceso, en abstracto, al derecho a la salud<sup>283</sup>, toda vez que las condiciones para el ejercicio dependerán del modelo establecido por el legislador.

---

<sup>282</sup> De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 71.1 RMJ, “la asistencia sanitaria se facilitará por la MUGEJU directamente o por concertos con otras entidades o establecimientos públicos o privados, preferentemente con instituciones de la Seguridad Social. Cuando la asistencia se facilite mediante concierto, los mutualistas podrán elegir, bien en el momento de la afiliación o alta, bien dentro del periodo que se señale al efecto, la entidad o establecimiento público o privado a través del cual hayan de recibir la prestación de dicha asistencia”.

<sup>283</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Acción protectora del mutualismo administrativo”, cit., p. 413.

Aunque la normativa de Seguridad Social sigue regulando, a propósito de la acción protectora, la asistencia sanitaria, esta goza de independencia dentro del sistema<sup>284</sup>. Buena muestra de ello son las referencias constitucionales a ambas en artículos diferentes (artículo 41 para el régimen público de Seguridad Social y el artículo 43 sobre derecho a la protección de la salud) o sus distintos títulos competenciales (artículo 149.1.17 y 149.1.16 CE, respectivamente).

El modelo actual deriva de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad<sup>285</sup>, emanada del Estado en virtud del artículo 149.1.16 de la Constitución. Esta LGS establece los principios y criterios substantivos que permiten conferir al sistema sanitario unas características generales y comunes, que conformarán el fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado. En la Exposición de Motivos de dicha Ley ya se explicaba que la reforma del sistema tendría que ser paulatina y adecuarse a las disponibilidades presupuestarias en lo que concierne al otorgamiento de las prestaciones del sistema a todos los ciudadanos. Esto justifica y da sentido a la disposición transitoria quinta de la LGS, que dispone que la asistencia sanitaria pública se efectuaría de forma progresiva, como así ha sido<sup>286</sup>, y no sin ciertos retrocesos.

Cabe destacar en esa trayectoria el ya derogado RD 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes<sup>287</sup>, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>288</sup>, el RD 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<sup>289</sup>, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de la Salud Pública<sup>290</sup>, el RD Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y

---

<sup>284</sup> LANTARÓN BARQUÍN, David, “Reembolso de gasto farmacéutico generado por prescripción de tratamiento farmacéutico con hormona del crecimiento”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 17, 2011, pp. 51-69.

<sup>285</sup> BOE n. 102, de 29 de abril de 1986

<sup>286</sup> CANTERO MARTÍNEZ, Josefá, “Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas”, *Derecho y Salud*, Vol. 24, n. Extra 1, 2014, pp. 108-132.

<sup>287</sup> BOE n. 216, de 9 de septiembre de 1989.

<sup>288</sup> BOE n. 128, de 29 de mayo de 2003.

<sup>289</sup> BOE n. 222, de 16 de septiembre de 2006.

mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones<sup>291</sup> —desarrollado por el RD 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS<sup>292</sup>—, o, ya más recientemente<sup>293</sup>, el RD Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que supone un cambio radical, al menos en lo que se refiere al acceso al derecho a la asistencia sanitaria, prestada a través del SNS<sup>294</sup>.

De algunos de estos ítems deriva una extensión mínima de la prestación sanitaria que se identifica con la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud<sup>295</sup>. Esta última comprende las correspondientes a salud pública<sup>296</sup>, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, prestaciones farmacéuticas, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. La MUGEJU como entidad gestora se integra en el sistema nacional de salud, y ha de asumir dicho contenido, aunque en materia de salud pública, sin perjuicio de la obligada colaboración con las actuaciones emprendidas, su labor queda reducida a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias<sup>297</sup>.

---

<sup>290</sup> BOE n. 240, de 5 de octubre de 2011.

<sup>291</sup> BOE n. 98, de 24 de abril de 2012.

<sup>292</sup> BOE n. 186, de 4 de agosto de 2012.

<sup>293</sup> Así lo establece la Disposición Adicional 4ª de la LCCSNS que la obliga a garantizar el contenido de la cartera de servicios del SNS, y observar todas las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo.

<sup>294</sup> BOE n. 183, de 30 de julio de 2018.

<sup>295</sup> El contenido de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud viene establecido por el RD 1030/2006, actualizado por la Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, la Orden SPI/573/2011, de 11 marzo, la Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio, la Orden SSI/1329/2014, de 22 de julio, la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, la Orden SSI/1356/2015, 2 de julio, la Orden SSI/366/2018, de 5 de abril, la Orden SCB/1242/2018, de 19 de noviembre y la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero.

<sup>296</sup> La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. La cartera de servicios comunes de la salud pública se compone de: Información y vigilancia epidemiológica, protección de la salud, diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria, promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias, protección y promoción de la sanidad ambiental, promoción de la seguridad alimentaria, vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la administración sanitaria competente, protección y promoción de la salud laboral.

<sup>297</sup> *Cfr.* BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La protección por incapacidad temporal en el régimen

Las prestaciones que conforman la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud constituyen, pues, un mínimo que, necesariamente, ha de asumir la MUGEJU al gestionar dicha prestación. Así lo plasman los artículos 13 y 16 del TRRESSAJ y 61.3 y 68 del RMJ, que expresamente asumen el contenido de la asistencia sanitaria del RGSS, al que se remiten<sup>298</sup>, lo que supone la inclusión en el mutualismo judicial de cualquier ampliación del contenido de esta prestación en el RGSS. Es por ello que, los sucesivos conciertos suscritos por la MUGEJU y las entidades de seguro privadas que asumen la prestación de la asistencia sanitaria en el marco del mutualismo judicial prevén que las prestaciones incluidas serán como mínimo las de la CSCSNS<sup>299</sup>.

En suma, la MUGEJU puede aprobar su propia cartera de servicios comunes, pero ha de respetar, cuando menos, la CSCSNS<sup>300</sup>, de modo que, más allá de esta, puede y de hecho otorga ayudas adicionales, por ejemplo, ayudas económicas para prestaciones dentarias, oftalmológicas, prestaciones ortoprotésicas, para gastos por desplazamiento para recibir asistencia sanitaria, para gastos de internamiento de enfermos psiquiátricos, etc.

## 2.1. Contenido de la asistencia sanitaria

Conforme a lo dispuesto en los artículos 61 RMJ y 13 TRRESSAJ, en el mutualismo judicial la asistencia sanitaria comprende la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos, conducentes a conservar, recuperar o restablecer la salud de las personas protegidas por el RESSAJ y, en su caso, su aptitud para el trabajo, con el contenido previsto en los artículos 68, 69 y 70

---

especial de la Seguridad Social del personal al Servicio de la Administración de Justicia”, *Revista de Información Laboral*, n. 3, 2014.

<sup>298</sup> El artículo 16.1 TRRESSAJ prevé que “la asistencia sanitaria se prestará la titular y a los beneficiarios a su cargo con la extensión, duración y condiciones que reglamentariamente se determinen para las distintas contingencias constitutivas del hecho causante, con la extensión y alcance determinado o que se determine en el RGSS”. También el artículo 68. e) RMJ cuando delimita el contenido de la asistencia sanitaria, tras enumerar varias prestaciones o atenciones, se remite a cualquier otra que se determine en el ámbito del RGSS.

<sup>299</sup> Por Resolución de 25 de octubre de 2018 de la MUGEJU se publica la prórroga del concierto para la asistencia sanitaria de beneficiarios y relación de entidades de seguro que han suscrito la misma, publicado por resolución de 13 de diciembre de 2017, en cuyo apartado 1.1.3 del Capítulo I, así lo establece.

<sup>300</sup> *Cfr.* HERNÁNDEZ BEJARANO, Macarena, “Reflexiones críticas sobre el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud”, *Revista Andaluza de*



RMJ. Este contenido se concreta en: a) atención primaria; b) atención especializada; c) prestación farmacéutica; y d) prestaciones complementarias<sup>301</sup>.

Si el mutualista opta por la asistencia sanitaria a través de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o del INGESA, en Ceuta y Melilla, se prestará con la cobertura que en cada momento se establezca para la Red Sanitaria Pública. Si elige la concertada con entidades de seguro privadas, con el mínimo antes mencionado, la prestación de la asistencia sanitaria por estas se realizará conforme al concierto vigente, complementados con los firmados por la MUGEJU con las CC.AA., por cuenta de tales entidades para la prestación en el ámbito rural<sup>302</sup>.

#### 2.1.1. Atención primaria

La normativa de aplicación no profundiza en el concepto de atención primaria. No obstante, los servicios propios de este nivel básico de atención sí se detallan en la CSCSNS y en la propia de la MUGEJU, que recoge el actual concierto para la asistencia sanitaria de beneficiarios (CAS) publicado por resolución de 13 de diciembre de 2017<sup>303</sup>, prorrogado para 2019 por Resolución de 25 de octubre de 2018<sup>304</sup>.

Esta última Resolución dedica su apartado 2.3 del capítulo II a la Cartera de

---

*Trabajo y Bienestar Social*, n. 88, 2017, pp. 53-84.

<sup>301</sup> Si la asistencia sanitaria se presta por razón de un accidente en acto de servicio o enfermedad profesional también se extiende a la cirugía estética que guarde relación con la contingencia, así como toda clase de prótesis y órtesis y demás prestaciones complementarias necesarias en relación con ese proceso patológico.

<sup>302</sup> “Asistencia sanitaria en poblaciones de menos de 20.000 habitantes en casos de mutualistas adscritos a entidades médicas privadas” en [www.mugeju.es](http://www.mugeju.es). En municipios de los anexos 1 de los conciertos respectivos los mutualistas residentes podrán recibir asistencia sanitaria primaria y de urgencias a través de los servicios asistenciales de AP, en los municipios relacionados en los anexos 2 sólo de urgencias. Si no existe convenio de asistencia en el medio rural y las entidades no disponen de medios los mutualistas pueden acudir a los medios asistenciales disponibles, públicos o privados. Si el servicio público de salud emite una factura al mutualista por la asistencia prestada, este deberá presentarla a la entidad médica, la cual gestionará su pago. Se han suscrito convenios de asistencia en el medio rural vigentes en el 2018 con: Andalucía, resolución de 21 de febrero de 2018 (BOE n. 54, de 2 de marzo de 2018); Asturias, resolución de 23 de febrero de 2018 (BOE n. 54, de 2 de marzo de 2018); Castilla y León, Resolución de 14 de marzo de 2018 (BOE n. 71, de 22 de marzo de 2018); Castilla-La Mancha, Resolución de 27 de febrero de 2018 (BOE n. 57, de 6 de marzo de 2018); Cataluña, Resolución de 17 de abril de 2018 (BOE n. 102, de 27 de abril de 2018); Galicia, Resolución de 2 de abril de 2018 (BOE n. 87, de 10 de abril de 2018); Illes Balear, Resolución de 7 de marzo de 2018 (BOE n. 64, de 14 de marzo de 2018); Madrid, Resolución de 7 de marzo de 2018 (BOE n. 64, de 14 de marzo de 2018).

<sup>303</sup> BOE n. 308, de 20 de diciembre de 2017.

Servicios de atención primaria, que define como el nivel básico e inicial de la atención que será facilitado por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especiales en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales<sup>305</sup>, que comprende:

1) La asistencia sanitaria a demanda, programada, y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. Conforme al RD 1030/2006, de 15 de septiembre, abarca todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos<sup>306</sup> o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria. Los procesos agudos y crónicos más prevalentes se han de atender de forma protocolizada. La actividad asistencial se presta, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, e incluye las siguientes modalidades: A) Consulta a demanda, por iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa. B) Consulta programada, realizada por iniciativa de un profesional sanitario. C) Consulta urgente, por motivos no demorables.

2) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Aunque en el vigente CAS no se detallan qué concretos procedimientos de este tipo se configuran como de nivel básico e inicial, deben entenderse como tales, al menos los incluidos en la CSCSNS. Y en esa Cartera del SNS, conforme a la mentada norma que la establece, se citan como procedimientos de diagnóstico accesibles en atención primaria, sin excluir otros, la anamnesis y exploración física, espirometría, medición del flujo espiratorio máximo

---

<sup>304</sup> BOE n. 273, de 12 de noviembre de 2018.

<sup>305</sup> El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, en el anexo II ofrece una noción más genérica de la atención primaria como aquella de nivel básico e inicial, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

<sup>306</sup> La atención a los procesos agudos incluye el abordaje de problemas cardiovasculares, respiratorios, del aparato digestivo, infecciosos, metabólicos y endocrinológicos, neurológicos, hematológicos, de la piel, del aparato urinario, del aparato genital, músculo-esqueléticos, otorrinolaringológicos, oftalmológicos, de la conducta y de la relación, conductas de riesgo, traumatismos, accidentes e

y pulsioximetría, electrocardiografía, oscilometría y/o *doppler*, otoscopia, laringoscopia indirecta y acimetría cualitativa, edición de la agudeza visual y fondo de ojo, determinaciones analíticas mediante técnica seca, incluyendo la reflectometría, obtención de muestras biológicas, test psicoactivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida<sup>307</sup>. Igualmente, en la atención primaria se comprenden los procedimientos terapéuticos consistentes en indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos adaptados a los condicionantes físicos y fisiológicos del paciente<sup>308</sup>, administración de tratamientos parenterales, curas, suturas y tratamiento de úlceras cutáneas, inmovilizaciones, infiltraciones, aplicación de aerosoles, taponamiento nasal, extracción de tapones auditivos, extracción de cuerpos extraños, cuidados de estomas digestivos, urinarios y traqueales, aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos, resucitación cardiopulmonar, terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado, cirugía menor<sup>309</sup>.

3) Atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia. Conforme al CSCSNS comprende, además de lo ya indicado con carácter general, las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se realizan en el nivel de atención primaria, en aplicación de los protocolos y programas de atención específicos de los distintos grupos de edad y sexo. Los servicios especiales de atención a la infancia se concretan, actualmente, en la valoración del estado nutricional, del desarrollo pondo-

---

intoxicaciones.

<sup>307</sup> La CSCSNS califica de accesibles desde atención primaria, conforme a los protocolos establecidos y cuando la organización propia de cada servicio de salud lo haga posible: Pruebas de laboratorio, anatomía patológica, diagnóstico por imagen, entre otros, radiología general simple y de contraste, ecografía, mamografía y tomografía axial computarizada, endoscopia digestiva.

<sup>308</sup> Se incluyen los materiales para la aplicación de tratamientos con insulina y el seguimiento de los tratamientos con anticoagulantes orales en coordinación con atención especializada, conforme a la priorización y los protocolos de cada servicio de salud.

<sup>309</sup> La cirugía menor según el RD 1030/2006 consiste en la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso, conforme a los protocolos establecidos y la organización propia de cada servicio de salud.

estatural y del desarrollo psicomotor, prevención de la muerte súbita infantil, consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables, educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles, orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres, detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada, a través de las actividades encaminadas a la detección precoz de metabopatías<sup>310</sup>, detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas, detección y seguimiento del niño con patologías crónicas. Los servicios de atención a la adolescencia que se encuadran en este epígrafe son anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes, valoración y consejo en relación a la conducta alimentaria y a la imagen corporal, promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Por último, los servicios de atención a la mujer consisten en la detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud<sup>311</sup>, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo, prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio, atención al embarazo y puerperio<sup>312</sup>. Especial mención debe hacerse a la asistencia sanitaria durante el

---

<sup>310</sup> En el caso del cribado neonatal poblacional de enfermedades endocrino-metabólicas se realizará de acuerdo con lo recogido en el apartado 3.3.1 del anexo I

<sup>311</sup> En el caso del cribado de cáncer de mama y de cérvix se tendrán en cuenta los criterios que se recogen en los apartados 3.3.2.1 y 3.3.2.3 del anexo I.

<sup>312</sup> BLASCO LAHOZ, José Francisco y LÓPEZ GANDÍA, Juan, *Curso de Seguridad Social*, 10ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, p. 370: “La Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo (art. 7), ha establecido la obligación de los servicios públicos de garantizar la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico posible; el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de

embarazo que comprende, conforme al artículo 69 RMJ, además de la atención en régimen ambulatorio, hospitalario y de urgencia del embarazo, parto y puerperio y de cualquier patología obstétrica que pueda producirse en dichas situaciones, la preparación al parto. Aunque la normativa de aplicación no las cita expresamente, esta prestación abarca, necesariamente, por la asunción de la CSCSNS, la educación maternal, el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria, así como la visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido.

4) Atención a los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. Comprende en general la valoración del estado de salud y de factores de riesgo, los consejos sobre estilos de vida saludable, la detección de los problemas de salud, la valoración de su estado clínico, la atención y seguimiento de personas polimedizadas y con pluripatologías, la información y consejo sanitario sobre su enfermedad, los cuidados precisos al paciente y cuidador/a en su caso<sup>313</sup>.

---

Salud; la provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio, teniéndose en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad; y la atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable”.

<sup>313</sup> Según la CSCSNS comprende, en particular:

- 1) Atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes:
  - a) Diabetes mellitus, incluyendo el suministro al paciente diabético del material necesario para el control de su enfermedad.
  - b) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial.
  - c) Hipercolesterolemia.
  - d) Hipertensión arterial.
  - e) Insuficiencia cardíaca crónica.
  - f) Cardiopatía isquémica.
  - g) Obesidad.
  - h) Problemas osteoarticulares crónicos o dolor crónico musculoesquelético.
- 2) Atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.
- 3) Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, que incluye la valoración integral de las necesidades del paciente, incluyendo las causas de su inmovilización, establecimiento de un plan de cuidados, médicos y de enfermería, que incluya medidas preventivas, instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales, así como la coordinación con los servicios sociales, acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente, información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.
- 4) Atención a personas con conductas de riesgo (fumadores, alcohólicos y/o que presentan otras conductas adictivas), mediante la valoración particularizada de la adicción, información de riegos, consejos de limitación o abandono de la conducta adictiva, apoyo y asistencia sanitaria en el abandono de ser necesario.
- 5) Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de

5) Atención paliativa a enfermos terminales. El CAS vigente en el apartado 2.6 del Capítulo II define los cuidados paliativos como la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, con el objetivo principal de aliviar el sufrimiento, así como el de las personas a ellas vinculadas. Esta atención, especialmente humanizada y personalizada, se prestará en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial. El lugar más adecuado para proporcionar los cuidados paliativos es el domicilio, pero en cada momento estará determinado por el nivel de complejidad del enfermo, la disponibilidad de apoyos familiares adecuados y la elección del paciente y su familia, entre otras variables. 2.6.2. Las Entidades médicas contarán con un plan de cuidados paliativos teniendo en cuenta la Estrategia Nacional del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, que contendrá los medios con que cuenta la Entidad desagregados por Comunidades.

Dentro de la atención primaria la CSCSNS incluye la rehabilitación básica, atención a la salud mental en coordinación con la especializada y salud bucodental limitada, actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. Sin embargo, estos servicios no se encuentran expresamente enumerados en el CAS vigente como propios de la atención primaria,

---

riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.

6) Detección precoz de cáncer colorrectal de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según los criterios que se recogen en el apartado 3.3.2.2 del anexo I.

5) Atención a las personas mayores. Incluye actividades de promoción y prevención en relación a una alimentación saludable y ejercicio físico, identificación de conductas de riesgo, prevención de caídas y otros accidentes, detección precoz del deterioro cognitivo y funcional, detección precoz del deterioro físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria, consejo y seguimiento del paciente polimedcado y con pluripatología. También la detección y seguimiento del anciano de riesgo, según sus características de edad, salud y situación sociofamiliar, así como la atención especial del anciano de riesgos con una valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Esta valoración conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada. Abarca una atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, incluyendo información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal y actuaciones tendentes a la detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.

lo cual no significa que no deban prestarlos las entidades médicas que suscribieron el concierto pues, o bien los contempla el CAS en otros apartados, lo que supone su realización o, de no ser así, la entidad médica respectiva tendrá que asumir los gastos soportados por el beneficiario en la obtención de un servicio o atención prevista en la CSCSNS y no realizada por aquella, y ello, porque la cláusula 1.1.3 del Capítulo I del CAS establece que la asistencia sanitaria se prestará conforma a lo previsto en el propio Concierto que incluirá, cuando menos, la CSCSNS.

Así, la rehabilitación y fisioterapia y atención a la salud mental se contemplan dentro de la atención especializada, mientras que los programas preventivos son objeto de tratamiento independiente. Por tanto, sí se asumen tales prestaciones por las entidades médicas que suscriben el CAS, aunque no se consideren propias de la atención primaria, lo que simplemente genera, y no en todos los servicios, ciertas diferencias en cuanto al modo de acceso a la atención en particular.

La atención primaria puede prestarse a través de una asistencia en consulta, en domicilio o urgente. Para la asistencia en consulta basta con el beneficiario acredite que se encuentra adscrito como tal a la Entidad, para ser atendido por el profesional del cuadro médico de atención primaria de su elección, sin embargo, los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia deben ser prescritos por el facultativo correspondiente y previamente autorizados por la Entidad, aunque el médico rehabilitador o fisioterapeuta sea elegido por el beneficiario de entre los que figuran en el cuadro médico correspondiente.

La prestación de rehabilitación y fisioterapia se dirige a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente para reintegrarlo en su medio habitual, a través de procedimientos de diagnóstico, evolución y tratamiento.

Especial mención precisa la cobertura del mutualismo judicial relativa a la salud bucodental a la que el CAS dedica el apartado 2.7 del capítulo II, pues, aunque las entidades han de asumir, obligatoriamente, todas las actuaciones del plan nacional de salud bucodental para el conjunto del SNS, las contempladas en los sucesivos conciertos de la MUGEJU con las entidades médicas siempre han sido mayores.

Al igual que la CSCSNS, la atención a la salud bucodental<sup>314</sup> comprende el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, seguimiento preventivo de la cavidad oral de las beneficiarias embarazadas con aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada, así como un programa específico para niños menores de quince años consistente en aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras y dentición permanente, y en casos de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización. Además de estas actuaciones, cubre la tartrectomía (si supera un año, precisa un previo informe justificativo de facultativo especialista); en los niños abarca también las obturaciones, reconstrucciones, o endodoncias en dientes permanentes, tratamientos en incisivos y caninos en caso de malformaciones o traumatismos; en discapacitados, todos los gastos que conlleven las prestaciones y tratamientos odontológicos objeto de cobertura. Expresamente se excluyen, salvo los supuestos de menores de quince años o que la actuación derive de una contingencia profesional (accidente en acto de servicio o enfermedad profesional), las obturaciones, endodoncias, prótesis dentarias, implantes osteoingrados y ortodoncia. No obstante, los implantes se incluyen en pacientes oncológicos o con enfermedades congénitas que cursen con anodoncia.

#### 2.1.2. Atención especializada

La atención especializada se integra por actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación, prevención y cuidados, cuya naturaleza requiera la intervención de facultativos especialistas. Además de las ya analizadas de rehabilitación y fisioterapia y atención a la salud bucodental, el RMJ considera de tal carácter, en primer lugar, la asistencia especializada en régimen ambulatorio y hospitalario, incluyendo el hospital de día y la hospitalización a domicilio, así como la atención de urgencia tanto hospitalaria como extrahospitalaria. La asistencia

---

<sup>314</sup> Cláusula 2.7 CAS.



especializada en consultas<sup>315</sup> comprende las actividades preventivas, asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación propias del ámbito de la atención especializada que se prestan en régimen ambulatorio, que se realizan para facilitar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados. Con carácter general, el beneficiario se puede dirigir directamente a la consulta de atención especializada acreditando su condición. No obstante, existen atenciones o servicios que exigen además previa prescripción médica y/o autorización previa<sup>316</sup> de la Entidad. Requisito adiciones, este último que pretende facilitar el servicio y evitar demoras, sin que bajo esta finalidad pueda ampararse en modo alguno una restricción efectiva al acceso a las prestaciones reconocidas<sup>317</sup> en la cartera de servicios. La de hospital de día<sup>318</sup> abarca las actividades asistenciales,

<sup>315</sup> La asistencia especializada en consultas incluye según la CSCSNS: Valoración inicial del paciente, indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos, indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente, indicación y, en su caso, administración de medicación, nutrición parenteral o enteral, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos, indicación de ortoprótesis y su oportuna renovación, de acuerdo con la extensión de la prestación ortoprotésica, información al alta conteniendo información diagnóstica y de los procedimientos realizados para facilitar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad de la atención y de los cuidados.

<sup>316</sup> Según el Anexo II del CAS los servicios que necesitan previa autorización de la Entidad son: Hospitalización de día. 3. Hospitalización domiciliaria. 4. Cuidados paliativos a domicilio por equipos de soporte. 5. Cirugía ambulatoria. 6. Odontología: Tartrectomía. Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos previstos en la cláusula 2.10.2.1. 7. Rehabilitación, Fisioterapia y Logopedia. 8. Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia a domicilio. 9. Tratamiento de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. 10. Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal. 11. Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, PET-TC, Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea. 12. Estudios neurofisiológicos. 13. Test y estudios neuropsicológicos para el diagnóstico de patologías con deterioro cognitivo. 14. Estudio y tratamiento endoscópico. 15. Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos. 16. Obstetricia: Amniocentesis. 17. Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser, Tomografía Óptica de Coherencia, Tomografía Óptica con Láser Confocal (HTR - Heidelberg Retina Tomograph), Polarimetría Láser GDX, y Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por Terapia Fotodinámica o Inyección intravítrea de antiangiogénicos. 18. Tratamiento en Unidad del Dolor. 19. Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño. 20. Litotricia renal extracorpórea. 21. Psicoterapia. 22. Asistencia a médicos consultores. 23. Podología. 24. Los servicios correspondientes al Nivel IV y los Servicios de Referencia (excepto consultas ambulatorias).

<sup>317</sup> Así lo establece el apartado c) de la cláusula 3.3.3 del CAS.

<sup>318</sup> En particular, incluye: Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos, indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos o de rehabilitación que necesite el paciente, incluida la cirugía ambulatoria y los tratamientos quimioterápicos a pacientes oncológicos, cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente, implantes y otras ortoprótesis y su oportuna renovación, medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos, reanimación postquirúrgica y si procede, tras procedimientos diagnósticos invasivos, nutrición parenteral o enteral, si procede, alimentación, según la dieta prescrita, información al alta con instrucciones para el

diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, que no precisan que el paciente pernocte en el hospital. Precisa de indicación del facultativo y autorización previa.<sup>319</sup>

La hospitalización en régimen de internamiento<sup>320</sup> se extiende a la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento. Precisa siempre de prescripción de un médico de la Entidad con indicación del Centro y autorización previa de la Entidad. En los casos en los que se efectúe el ingreso por los servicios de urgencia o de hospitalización por maternidad, el propio centro se encarga de realizar los trámites necesarios con la Entidad.

La hospitalización puede realizarse en domicilio cuando el paciente se encuentre en una situación clínica que requiera de atención continuada y no presente una inestabilidad que pudiera suponer un riesgo en su evolución<sup>321</sup>. La Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) realiza las actividades propias de este régimen de forma coordinada.

En segundo lugar, la atención especializada comprende igualmente la asistencia psiquiátrica en régimen ambulatorio, incluyendo la psicoterapia individual,

---

correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados. La indicación para la utilización de este recurso corresponde al facultativo especialista responsable de la asistencia al paciente.

<sup>319</sup> La hemodiálisis y quimioterapia oncológica ambulatorios se efectúan en dicho régimen de hospital de día.

<sup>320</sup> La hospitalización en régimen de internamiento comprende: Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos, incluido el examen neonatal, indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos o intervenciones quirúrgicas que necesite el paciente, independientemente de que su necesidad venga o no causada por el motivo de su internamiento, medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos, cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente, implantes y otras ortoprótesis y su oportuna renovación, cuidados intensivos o de reanimación, según proceda, tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el proceso asistencial, tratamientos de rehabilitación, cuando proceda, nutrición parenteral o enteral, alimentación, según la dieta prescrita, servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización, información al alta con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

<sup>321</sup> El régimen hospitalario a domicilio se delimita en la cláusula 2.4.5 del CAS.

de grupo o familiar y la hospitalización en procesos agudos y crónicos. El CAS<sup>322</sup> engloba en esta asistencia la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización<sup>323</sup> y en régimen de consultas externas u hospital de día, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial. También incluye la psicoterapia individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad, realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas<sup>324</sup>. Expresamente se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis y la narcolepsia ambulatoria, así como el internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

La cirugía estética, en tercer lugar, forma parte igualmente de la cartera de servicios como atención especializada, siempre que la misma guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. En los supuestos de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, se practicará en toda su amplitud,

<sup>322</sup> En la cartera de servicios comunes de salud mental del SNS se incluyen:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

<sup>323</sup> Previsto en casos de procesos agudos o crónicos que así lo precisen o en la evolución hasta alcanzar un grado de estabilización y/o recuperación que permita su integración en el ámbito familiar y/o social (cláusula 2.4.4.7 del CAS).

<sup>324</sup> La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.

incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

En cuarto lugar, nos encontramos con los programas preventivos de atención especializada y con cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que se realice con cargo a las Administraciones Sanitarias Públicas, en alguno de los centros propios o concertados del Sistema Nacional de Salud.

El SNS cubre las técnicas y procedimientos precisos para el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de las siguientes patologías clasificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades:

– Enfermedades infecciosas y parasitarias: Enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis, enfermedades bacterianas zoonóticas, otras enfermedades bacterianas, infección del virus de la inmunodeficiencia humana, poliomiелitis y otras enfermedades virales del sistema nervioso central no transmitidas por artrópodos, enfermedades virales acompañadas de exantema, enfermedades virales portadas por artrópodos, otras enfermedades debidas a virus y *chlamydiae*, *rickettsiosis* y otras enfermedades portadas por artrópodos, sífilis y otras enfermedades venéreas, otras enfermedades espiroquetales, micosis, helmintiasis, otras enfermedades infecciosas y parasitarias y efectos tardíos de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

– Neoplasias: Neoplasia maligna de labio, cavidad oral y faringe, neoplasias malignas de los órganos digestivos y del peritoneo, neoplasia maligna de los órganos respiratorios e intratorácicos, neoplasia maligna de hueso, tejido conectivo, piel y mama, neoplasia maligna de órganos genitourinarios, neoplasia maligna de otras localizaciones y de localizaciones no especificadas, neoplasia maligna de tejidos linfáticos y hematopoyéticos, neoplasias benignas, carcinoma *in situ*, neoplasias de evolución incierta y neoplasias de naturaleza no especificada.

– Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad: Trastornos de la glándula tiroidea, enfermedades de otras glándulas endocrinas, deficiencias nutritivas, otros trastornos metabólicos y de inmunidad

(incluyendo los tratamientos de la obesidad mórbida y las bombas portátiles de infusión subcutánea continua de insulina reguladas en el apartado 3 y el anexo de la Orden SCO/710/2004, de 12 de marzo).

– Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos: Anemias, defectos de coagulación, púrpura y otras condiciones hemorrágicas, enfermedades de glóbulos blancos y otras enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos.

– Trastornos mentales, cuya atención se contempla en el apartado de atención a la salud mental, incluyendo psicosis orgánicas, otras psicosis, trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos y retraso mental.

– Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos: Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central, enfermedades hereditarias y degenerativas del sistema nervioso central, otros trastornos del sistema nervioso central, trastornos del sistema nervioso periférico, trastornos del ojo y de los anexos (incluida la terapia fotodinámica para prevenir la pérdida visual en pacientes con neovascularización coroidea subfoveal predominantemente clásica secundaria a degeneración macular asociada a la edad o a miopía patológica, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud y excluida la corrección de los defectos de refracción por medios optométricos y quirúrgicos) y enfermedades del oído y proceso mastoideo.

– Enfermedades del sistema circulatorio: Fiebre reumática aguda, enfermedad cardíaca reumática crónica, enfermedad hipertensiva, cardiopatía isquémica, enfermedades de la circulación pulmonar, otras formas de enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares y enfermedades de venas y linfáticos y otras enfermedades del aparato circulatorio.

– Enfermedades del aparato respiratorio: Infecciones respiratorias agudas, otras enfermedades del tracto respiratorio superior (excluida la cirugía del ronquido salvo que se confirme síndrome de apnea obstructiva del sueño asociado a deformidades anatómicas en vías aéreas superiores o con alteraciones maxilofaciales), neumonía y gripe, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y

enfermedades asociadas, neumoconiosis y otras enfermedades pulmonares ocasionadas por agentes externos y otras enfermedades del aparato respiratorio.

– Enfermedades del aparato digestivo: Enfermedades de la cavidad oral, glándulas salivares y maxilares en las que se requieran medios propios de la atención especializada, enfermedades del esófago, estómago y duodeno, apendicitis, hernia de la cavidad abdominal, enteritis y colitis no infecciosa, otras enfermedades del intestino y del peritoneo y otras enfermedades del aparato digestivo.

– Enfermedades del aparato genitourinario: Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis, otras enfermedades del aparato urinario, enfermedades de los órganos genitales masculinos, trastornos de mama, enfermedad inflamatoria de los órganos pélvicos femeninos y otros trastornos del tracto genital femenino.

– Complicaciones del embarazo, parto y puerperio: Embarazo ectópico y molar, otro embarazo con resultado abortivo (incluida la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos previstos en la legislación vigente), complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo, parto normal (incluida la anestesia epidural, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud) y otras indicaciones para cuidados durante el embarazo, trabajo de parto y parto, complicaciones que se presentan principalmente durante el curso del parto y complicaciones del puerperio.

– Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo, otros estados inflamatorios de la piel y de los tejidos subcutáneos y otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.

– Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo: Artropatías y trastornos relacionados, dorsopatías, reumatismo, osteopatías, condropatías y deformidades musculoesqueléticas adquiridas.

– Anomalías congénitas: Anencefalia y anomalías similares, espina bífida, otras anomalías congénitas del sistema nervioso, anomalías congénitas del ojo, anomalías congénitas de oído, cara y cuello, anomalías del bulbo arterioso y del cierre septal cardíaco, otras anomalías congénitas cardíacas y del aparato circulatorio, anomalías congénitas del aparato respiratorio, fisura del paladar y labio

leporino, otras anomalías congénitas del aparato digestivo, anomalías congénitas de órganos genitales, anomalías congénitas del aparato urinario, deformidades musculoesqueléticas congénitas, otras anomalías congénitas de miembro, anomalías congénitas del tegumento, anomalías cromosómicas y otras anomalías congénitas.

– Enfermedades con origen en el periodo perinatal: Causas maternas de morbilidad y mortalidad perinatales y otras enfermedades con origen en el periodo perinatal.

– Lesiones y envenenamientos: Fracturas, luxaciones, esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes, lesión intracraneal, lesión interna de tórax, abdomen y pelvis, heridas abiertas, lesión de vasos sanguíneos, efectos tardíos de lesiones, envenenamientos, efectos tóxicos y otras causas externas, lesión superficial, contusión con superficie cutánea intacta, lesión por aplastamiento, efectos de cuerpo extraño que entra a través de orificio, quemaduras, lesión de nervios y médula espinal, otras complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas, envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas, efectos tóxicos de sustancias primordialmente no medicamentosas con respecto a su origen, otros efectos y efectos no especificados de causas externas y complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otro concepto.

Entre estos procedimientos están los de diagnóstico prenatal en grupo de riesgo, el diagnóstico por imagen que comprende la radiología<sup>325</sup>, la convencional con contraste, tomografía computarizada, ultrasonidos<sup>326</sup>, resonancia magnética, radiología intervencionista diagnóstica y terapéutica, hemodinamia diagnóstica y terapéutica, medicina nuclear diagnóstica y terapéutica<sup>327</sup>, neurofisiología, endoscopias<sup>328</sup>, pruebas funcionales y de laboratorio<sup>329</sup>, biopsias y punciones,

<sup>325</sup> La radiología de tórax, abdomen, radiología ósea, densitometría, mamografía

<sup>326</sup> Ecografía y ultrasonidos *doppler*.

<sup>327</sup> Incluida la tomografía por emisión de positrones (PET) —y combinada con el TC (PET-TC) — en indicaciones oncológicas de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica autorizada del correspondiente radiofármaco.

<sup>328</sup> La cápsuloendoscopia se incluye sólo en la hemorragia digestiva de origen oscuro que persiste o recurre después de un estudio inicial de endoscopia negativo (colonoscopia y/o endoscopia alta) y previsiblemente localizada en el intestino delgado.

<sup>329</sup> Anatomía patológica, bioquímica, genética, hematología, inmunología, microbiología y parasitología.

radioterapia, radiocirugía, litotricia renal, diálisis, técnicas de terapia respiratoria<sup>330</sup>, trasplantes de órganos<sup>331</sup>, tejidos y células de origen humano<sup>332</sup>, además de otros servicios como la hemoterapia, cuidados intensivos, rehabilitación, anestesia, reanimación, planificación familiar<sup>333</sup>, seguimiento del embarazo<sup>334</sup>, reproducción asistida en los términos concretados en la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del RD 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<sup>335</sup>, rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, nutrición y dietética<sup>336</sup>.

---

<sup>330</sup> En estas técnicas de terapia respiratoria se incluyen las prestadas a domicilio, reguladas por la Orden de 3 de marzo de 1999.

<sup>331</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 14 de marzo de 2018, recurso n. 15230/2017, declara que el proceso de trasplante renal de donante vivo incluye no sólo la intervención en el receptor sino también la extracción del órgano del donante, además de todas las pruebas previas. Así se recoge en la legislación vigente. Por ejemplo, el Protocolo adicional al Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina sobre el trasplante de órganos y de tejidos de origen humano, hecho en Estrasburgo el 24 de enero de 2002, ratificado por España, define el trasplante en el su artículo 2.4 como el conjunto del procedimiento que comprende la extracción de un órgano o de tejido de una persona y la implantación de ese órgano o de ese tejido en otra persona, incluido todo el proceso de preparación, preservación y conservación; entendiéndose por «extracción» la realizada con fines de implantación. Tal concepción se plasma en la legislación vigente (las citadas y la Ley de trasplantes 30/1979 y el RD 426/1980) explícita o implícitamente, al eximir de todo coste en el proceso al donante.

<sup>332</sup> En el caso concreto del trasplante de vivo, tanto si es de órganos sólidos como alotrasplante de progenitores hematopoyéticos (emparentado y no emparentado), el trasplante llevará asociada la atención relacionada con el proceso de la donación, así como sus posibles complicaciones. (Orden SPI/573/2011, de 11 de marzo).

De órganos: riñón, corazón, pulmón, hígado, páncreas, intestino, riñón-páncreas, corazón-pulmón y cualquier otra combinación de dos o más de estos órganos para la que exista una indicación clínica establecida.

De tejidos y células: células progenitoras hematopoyéticas procedentes de médula ósea, sangre periférica y sangre de cordón umbilical, en aquellos procesos en los que exista una indicación clínica establecida; tejidos del globo ocular (córnea, esclera y limbo corneal); membrana amniótica; homoinjertos valvulares; homoinjertos vasculares; tejidos musculoesqueléticos y piel; trasplante autólogo de condrocitos como tratamiento de segunda elección cuando haya fracasado una opción terapéutica previa en lesiones condrales de la articulación de la rodilla y en osteocondritis disecante; cultivos de queratinocitos y cultivos celulares para los que exista una indicación clínica establecida, de acuerdo al procedimiento contemplado para la actualización de la cartera de servicios comunes.

<sup>333</sup> Planificación familiar, que incluye: consejo genético en grupos de riesgo, información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos, realización de ligaduras de trompas y de vasectomías, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud, excluida la reversión de ambas.

<sup>334</sup> La prestación sanitaria durante el embarazo comprende según el artículo 69 RMJ la preparación al parto, la atención en régimen ambulatorio, hospitalario y de urgencia del embarazo, parto y puerperio, así como de la patología obstétrica que pueda producirse en dichas situaciones, así como las prestaciones farmacéuticas y complementarias derivadas de dicha contingencia.

<sup>335</sup> BOE n. 269, de 6 de noviembre de 2014.

<sup>336</sup> Incluyendo los tratamientos con dietoterápicos complejos y la nutrición enteral domiciliaria,



Además, de las anteriores, como ya se expuso, el CAS incluye dentro de la atención especializada la rehabilitación y fisioterapia, trasplantes y reproducción humana asistida. En efecto, queda incluida la cobertura de los trasplantes de todo tipo: de órganos, de tejidos y de células de origen humano, así como los injertos óseos. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la Entidad asumir todos los gastos de obtención y trasplante del órgano o tejido, incluyendo los estudios de compatibilidad<sup>337</sup>.

Igualmente, la MUGEJU cubre con idénticas técnicas que las incluidas en la CSCSNS, con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, la reproducción humana asistida (LTRHA). La Cláusula 2.4.7 del CAS coincide esencialmente con el apartado 5.3.8 del RD 1030/2006<sup>338</sup> del Anexo III en la regulación del concepto, finalidad del tratamiento, criterios generales y específicos de acceso y demás requisitos. Los tratamientos de reproducción humana asistida (RHA) se realizarán con fin terapéutico, preventivo y en determinadas situaciones especiales, y comprende todas las pruebas incluidas en la CSCSNS al otro miembro de la pareja en el curso del tratamiento.

La RHA terapéutica tiene la finalidad de ayudar a lograr la gestación en personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles a tratamientos únicamente farmacológicos o cuando estos han fracasado. Por tanto, para acceder la beneficiaria esta modalidad de tratamiento de RHA debe existir un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras el fracaso de este, así como ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses intentándolo de forma natural.

El tratamiento de RHA con fin preventivo persigue evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia. Como parámetro para fijar la

---

incluidos en la Cartera de servicios de prestación con productos dietéticos.

<sup>337</sup> Cláusula 2.4.9.B) CAS.

<sup>338</sup> El apartado 5.3.8 del Anexo II del RD 1030/2006, se modificó por Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento

gravedad que faculta el acceso a estas técnicas de RHA se emplea la no susceptibilidad de tratamiento curativo posnatal, conforme a los conocimientos científicos actuales. También estos tratamientos pueden realizarse con fines especiales como la selección embrionaria, con destino a tratamiento de terceros, o la preservación de gametos o preembrión para uso autólogo diferido por indicación médica para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos patológicos especiales. Estos tratamientos de RHA se aplicarán a personas que cumplan ciertos criterios generales, además de los específicos de cada técnica, a saber<sup>339</sup>: 1) La edad de las mujeres ha de estar comprendida entre los 18 y 40 años y la de los hombres entre los 18 a 55 años, en el momento del inicio del estudio de esterilidad. 2) Debe tratarse de personas sin ningún hijo, previo y sano, y en caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano. 3) La mujer no debe presentar ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

Aun cumpliendo tales presupuestos quedará excluidos de los tratamientos de RHA las personas que presenten: 1) Esterilización voluntaria previa. 2) Existencia de contraindicación médica documentada para el tratamiento de la esterilidad. 3) Existencia de contraindicación médica documentada para la gestación. 4) Existencia de situación médica documentada que interfiera de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia. 5) Imposibilidad para cumplir el tratamiento por motivos relacionados con la salud u otros motivos familiares o relacionados con el entorno social. 6) Existencia de situación documentada referida a cualquier otra circunstancia que pueda interferir de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia sometida a consideración de un comité de ética asistencial u órgano similar.

Además, en los casos en que se empleen gametos o preembriones donados, el donante deberá estar inscrito en el Registro nacional de donantes, debiendo consignarse la información correspondiente a que se refiere el artículo 21 de la LTRHA. Las técnicas incluidas en la Cartera de Servicios son la inseminación artificial, fecundación in vitro, criopreservación de preembriones y su transferencia,

---

para su actualización (BOE n. 269, de 6 de noviembre de 2014).

<sup>339</sup> Vid. apartado 5.3.8.3 del Anexo III del RD 1030/2006 y cláusula 2.4.7.4 del CAS sobre criterios

criopreservación de gametos o de preembriones para uso propio diferido, técnicas de lavado seminal, diagnóstico genético preimplantacional.

### 2.1.3. Prestación farmacéutica

De acuerdo con los artículos 68.c) y 76 a 81 del RMJ, la prestación farmacéutica a favor de los beneficiarios comprende la prescripción por facultativos que tengan a su cargo la asistencia sanitaria, de las especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, efectos y accesorios farmacéuticos y otros productos sanitarios<sup>340</sup> en la extensión determinada en el RGSS y condiciones del Reglamento<sup>341</sup>.

Quedan excluidos en todo caso de la prestación farmacéutica<sup>342</sup> los cosméticos o productos de utilización cosmética, dietéticos y productos de régimen, aguas minerales, elixires bucodentales, dentífricos, artículos de confitería medicamentosa, jabones medicinales, especialidades farmacéuticas publicitarias y demás productos similares, así como todos aquellos que, según la normativa sanitaria vigente en cada <sup>343</sup>momento, estén o sean excluidos de la financiación con cargo a fondos públicos.

La prescripción se efectuará en el modelo de receta oficial<sup>344</sup>, que

---

específicos de acceso a cada una de las técnicas de RHA.

<sup>340</sup> Sobre conceptos ver RD Leg. 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, BOE n. 177 de 25 de julio de 2015.

<sup>341</sup> Prestación farmacéutica en [www.mugeju.es](http://www.mugeju.es) se prescriben con receta oficial de MUGEJU los medicamentos financiados por el SNS incluidos en el Nomenclátor Oficial, productos sanitarios con cupón precinto, medias elásticas terapéuticas de compresión fuerte y las de compresión normal que presenten el símbolo marcado “CE” de conformidad en el cartón o envoltorio, fórmulas magistrales y preparados oficiales contenidos en el Formulario Nacional, vacunas antialérgicas y bacterianas individualizadas elaboradas por laboratorios registrados y autorizados, productos dietéticos: dietoterápicos y fórmulas enterales o los “pañales absorbentes de incontinencia de orina”. GARCÍA MARCO, Carlos, “La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿buena, bonita y barata?”, *Revista Administrativa Sanitaria S XXI*, Vol. 5. n. 1, Enero 2007, pp. 17-34.

<sup>342</sup> Prestación farmacéutica en [www.mugeju.es](http://www.mugeju.es) no pueden ser prescritos en receta oficial de la MUGEJU: Las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), las especiales farmacéuticas, efectos accesorios fórmulas magistrales excluidas de financiación del SNS y los medicamentos homeopáticos.

<sup>343</sup> Las recetas de la hormona del crecimiento necesitan visado previo dictamen favorable del comité asesor para la hormona del crecimiento.

<sup>344</sup> La prescripción de medicamentos se sujeta al RD 1718/2010, de 17 de diciembre de receta médica y órdenes de dispensación, sus modificaciones posteriores y demás normas de desarrollo. El artículo 1.a) define la receta médica como el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, legalmente facultados para ello, y en el

necesariamente debe contener además de los datos del producto prescrito e identificativos del beneficiario, el nombre y apellidos, número de colegiado y provincia donde ejerza y firma del facultativo que lo prescribe<sup>345</sup>. Los talonarios de recetas oficiales de MUGEJU se entregan personalmente a los mutualistas titulares en las delegaciones provinciales y en la oficina central de Madrid y también pueden solicitarse por correo ordinario, correo electrónico, por teléfono, vía fax y en la web de la MUGEJU. En tales delegaciones u oficina central también se visarán las recetas de medicamentos para autorizar para un paciente concreto la utilización de medicamentos y productos sanitarios que poseyendo cupón precinto ASSS, requieren un control sanitario especial, y también de aquellos que, careciendo de cupón precinto sean considerados dispensables, en determinados casos con cargo a MUGEJU. Para la obtención del visado, el mutualista deberá presentar informe médico del facultativo que prescriba el medicamento o el producto, en el que se justifique la prescripción. El informe, a estos efectos, tendrá una validez máxima de un año y la receta tiene un periodo de validez de diez días contados a partir del día siguiente al de la prescripción. Los mutualistas están obligados a la custodia, conservación y buen uso del talonario, debiendo comunicar inmediatamente a la mutualidad la pérdida o sustracción del mismo (en este último caso, con presentación de denuncia). No obstante, en el CAS vigente está prevista la implementación progresiva de la de la receta electrónica. El Consejo Interterritorial del SNS ya en el 2017 equiparaba a los mutualistas de MUFACE, de la MUGEJU y del ISFAS, con el resto de beneficiarios de la sanidad pública en cada comunidad, integrándolos en el sistema público de receta electrónica entre 2019 y 2020 que supondrá la eliminación de los talonarios de papel, la mejora de la calidad asistencial y la agilización del tiempo en consulta, reduciendo también de forma significativa los desplazamientos al

---

ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos

<sup>345</sup> El número de envases que el médico prescribe en la receta es de 1 envase/receta. Excepcionalmente, se podrán prescribir en una receta hasta 4 envases de los medicamentos autorizados. La receta tiene un periodo de validez de diez días contados a partir del día siguiente al de la prescripción

centro de salud, especialmente en los casos de tratamientos crónicos.

La prestación se efectuará con cargo a la MUGEJU y mediante la aportación que en cada caso corresponda, del propio beneficiario. Son a cargo de la Entidad médica y suministrados por sus medios a los beneficiarios atendiendo a criterios de diligencia, proporcionalidad y máxima atención a la situación del paciente, los siguientes productos sanitarios: 1) Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía, laringuectomía y sondas vesicales especiales que no sean dispensables mediante receta de MUGEJU, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad. 2) Los dispositivos intrauterinos (DIU) de cualquier índole. 3) Las bombas de infusión local para la administración parenteral de insulina y otros fármacos. 4) Las jeringuillas para la administración de insulina u otros fármacos antidiabéticos incluidas las agujas correspondientes u otros sistemas no precargados de administración, así como el material fungible de las bombas de insulina y las agujas para el suministro de los sistemas precargados de insulina u otros fármacos antidiabéticos que carezcan de ellos. 5) Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas de glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias para la medición, en los pacientes diabéticos. En todo caso, la Entidad deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando a juicio del facultativo prescriptor se adapten mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales.

También la dispensación de los medicamentos será a cargo de la entidad médica a la que se encuentre adscrito el mutualista, tales como: 1) Los medicamentos comercializados como de uso hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de Farmacia Hospitalaria, conforme a lo establecido en el RD Leg. 1/2015 de 24 de julio Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cualesquiera que sean sus indicaciones y/o condiciones de utilización. 2) Los medicamentos no autorizados en España, pero comercializados en otros países, cuya dispensación, conforme a la normativa aplicable, deba realizarse a través de Servicios de Farmacia Hospitalaria, al quedar restringida su utilización al medio hospitalario. 3) Los medicamentos y productos

farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud que tengan o no cupón precinto, y que requieran para su administración la intervención expresa de facultativos especialistas, según lo establecido en su ficha técnica. 4) Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos u otros<sup>346</sup>.

Con carácter general, esta última será del 30% del precio de venta al público del producto prescrito tanto para los mutualistas en activo como para jubilados, si bien se rebaja al 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros por envase. Ahora bien, la dispensación será gratuita para los pacientes sometidos a tratamiento farmacéutico derivado de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, en los supuestos de tratamientos que se realicen en los establecimientos sanitarios a los que corresponda la prestación de la asistencia sanitaria u otros medios de las entidades o establecimientos públicos o privados responsables de dicha asistencia o los que deban ser suministrados por los servicios de farmacia hospitalaria, así lo prevén los artículos 102.9 de RD Leg. 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 (TRLGURMPS) y el artículo 79 RMJ<sup>347</sup>.

Se advierten ya diferencias notables con el sistema de copago propio del SNS en cuanto al porcentaje de aportación del beneficiario, así como en la aplicación de descuentos comerciales e industriales a las recetas del SNS que no rigen para la Mutuality. Así, para el SNS frente al copago del gasto farmacéutico del mutualista

---

<sup>346</sup> Cláusula 2.8 CAS.

<sup>347</sup> Cláusula 2.8.4 CAS establece: “Por los servicios de farmacia de centros hospitalarios concertados se dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios a cargo de la MUGEJU, en los siguientes supuestos: a) Los medicamentos que, sin tener la calificación de uso hospitalario, tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales, por lo que no están dotados de cupón precinto, y que para su administración no requieren la intervención expresa de facultativos especialistas, se dispensarán al beneficiario por los servicios de farmacia hospitalaria. Estos medicamentos se facturarán para su abono directo por la MUGEJU al precio de financiación para el Sistema Nacional de Salud, más impuestos. b) Los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación se solicite expresamente por la MUGEJU para el tratamiento de un determinado paciente, ante la existencia de dificultades para su dispensación en oficinas de farmacia por problemas de desabastecimiento u otros, se dispensarán al beneficiario por los servicios de farmacia hospitalarios. Estos medicamentos se facturarán para su abono directo por la MUGEJU, al precio de venta al público (PVP), de financiación para el Sistema Nacional de Salud”.

general del 30%, el artículo 102 del TRLGURMPS establece que la aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario y será proporcional a su nivel de renta actualizable anualmente.

En general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema: 1) Un 60% del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o 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. 2) Un 50% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo 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. 3) Un 40% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores. 4) Un 10% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el apartado a). 5) Un 40% del PVP para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

También en el marco del SNS, 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, además del citado en medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, para las personas que ostenten la condición de asegurado como 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. Si la renta es superior a 100.000 euros, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros y si es inferior a 18.000 euros, hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.

Asimismo, se eximen de pago del gasto farmacéutico además del derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional a los afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, personas perceptoras de rentas de integración social, personas perceptoras de pensiones no contributivas y a los parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

A modo de resumen, se puede destacar que el mutualista financia el gasto farmacéutico ambulatorio con carácter general en un 30% (incluidos jubilados) y 10% para medicamentos ATC de aportación reducida, frente a los porcentajes correlativos al nivel de rentas del SNS que van 10% (pensionistas con tope máximo) al 60%. El grupo de exentos de gasto farmacéutico es superior en el marco del SNS que en el mutualismo judicial. Estas diferencias, menos notorias que en tiempo pasado, en el que los pensionistas estaban totalmente exentos en el SNS, mantienen la defensa del sistema de copago del mutualismo que, no obstante, goza con detractores en la doctrina<sup>348</sup>.

No se puede concluir el examen de esta prestación sin hacer referencia a la Resolución de 18 de marzo de 2014, de la MUGEJU, por la que se regula el procedimiento de reintegro de gastos de farmacia en supuestos excepcionales. Tales supuestos son: 1) En los casos en que el producto no exista en el mercado nacional y sea autorizado y adquirido a través de los organismos sanitarios competentes, según los procedimientos establecidos. 2) Cuando el mutualista se haya visto obligado a acudir a facultativo ajeno a la entidad médica a la que está adscrito por causa imputable a la misma o por razones de urgencia, no habiéndose podido efectuar por ello la prescripción en la receta oficial de MUGEJU. 3) Cuando, por razones excepcionales debidamente justificadas, el mutualista no haya podido presentar en el acto médico el talonario de recetas de MUGEJU y el facultativo haya efectuado la prescripción en un modelo de receta diferente. 4) En tratamientos ambulatorios en el marco de una asistencia transfronteriza en un país miembro de la UE<sup>349</sup>, siempre que

---

<sup>348</sup> NAVARRO GARCÍA, Albert, *Los Riesgos del Copago y su Polémica Expansión: Análisis Jurídico*, Tirant lo Blanch, Madrid, 2017.

<sup>349</sup> Era necesario regular el supuesto de reintegro de aquellos medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos prescritos en tratamientos ambulatorios en el marco de una asistencia



se trate de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. 5) Los relacionados con determinadas patologías, como, por ejemplo, calcitonina para la enfermedad de Paget, medicamentos para el tratamiento del VIH, medicamentos para el tratamiento de la fibrosis quística, especialidades farmacéuticas que contengan estatinas, para pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota. 6) En supuestos para los que la legislación vigente determine porcentajes de participación de los mutualistas en el pago de los medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos, diferentes al 30%. 7) En el caso de prescripciones en tratamientos directamente relacionados con accidente en acto de servicio o enfermedad profesional si los hubiere soportado el paciente.

El interesado iniciará el procedimiento de reintegro mediante presentación de la solicitud en impreso oficial en los servicios centrales o en la Delegación Provincial de MUGEJU, o electrónicamente desde el Registro Electrónico de la MUGEJU, que se encuentra accesible a través de la página web de MUGEJU ([www.mugeju.es](http://www.mugeju.es)), a la que acompañará el informe médico justificativo en el que conste el diagnóstico y el tratamiento prescrito, factura original abonada que contenga únicamente medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos financiados por el SNS y, en su caso, acreditación del accidente en acto de servicio o de la enfermedad profesional.

La Gerencia de MUGEJU resolverá el procedimiento en el plazo de tres meses a partir de la fecha de recepción de la solicitud, la cual se notificará al interesado con expresión de los recursos procedentes, de acuerdo con lo establecido en la LPA. El reintegro en los supuestos anteriores será de la diferencia entre el importe de la factura y el de la correspondiente aportación a cargo del mutualista, establecida en cada momento en la regulación específica de esta prestación y en el del último apartado del total abonado por el mutualista.

---

transfronteriza en un país miembro de la UE desde la óptica de marco de la Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y al RD 81/2014, de 7 de febrero, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, en la redacción del RD 954/2015, de 23 de octubre.

Aunque la regulación de la acción de reintegro de gastos farmacéuticos no parece que permita debate alguno sobre los supuestos para los que se prevé o respecto de cualesquiera otros elementos que la condicionan, lo cierto es que, como en casi todas las materias, la realidad práctica difiere de la aparente simplicidad de lo meramente teórico. Sucede que, a través de esta vía, los mutualistas articulan peticiones relativas a supuestos de hecho próximos a algunos de los contemplados en la normativa de aplicación, pero no regulados y que, sin embargo, la doctrina judicial o jurisprudencia les ha dado cabida. Igualmente, es la jurisprudencia la que acaba de perfilar los límites conceptuales de los supuestos regulados: ¿Qué ha de entenderse por “razones de urgencia”?

Así, no son pocas las sentencias recaídas en recursos promovidos contra resoluciones de la MUGEJU, también de la MUFACE e ISFAS y de los órganos competentes en el ámbito del SNS, sobre denegación de los gastos soportados por el mutualista con ocasión de diversos tratamientos, algunos sometidos a requisitos especiales (autorización, visado u homologación de recetas), como el de la hormona del crecimiento, Sativex u otros, y no siempre en idéntico sentido.

Por ejemplo, respecto del tratamiento de la hormona del crecimiento sorprende la inexistencia de una doctrina judicial unívoca en torno al carácter de los presupuestos para su financiación por la Mutualidad, los mismos que se exigen para su financiación con fondos públicos. Para centrar el debate sobre este tratamiento, conviene destacar que estamos ante un medicamento, según la clasificación que contempla la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), de uso hospitalario, cuya financiación con fondos públicos y por la MUGEJU presenta ciertas peculiaridades.

En el año 1989<sup>350</sup> se creó el Comité asesor de la hormona del crecimiento (CAHC), competencia del INSALUD, hasta que en el año 2002 se transfieren competencias sanitarias a las CC.AA. Salvo en aquellas CC.AA. que firmaron un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

---

<sup>350</sup> Se crea por Resolución de 29 de marzo de 1989 (BOE de 20 de mayo de 1989) de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria. Posteriormente fue modificada su composición por Resolución de 28 de mayo de 1991 de la Secretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo, en las que se establece su

Igualdad (hoy Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), al que se encuentra adscrito, conforme al RD 485/2017 de 12 de mayo, por el que se desarrollaba la estructura orgánica básica dicho Ministerio<sup>351</sup>, en el ámbito de las respectivas Administraciones Autonómicas se crearon los correspondientes comités encargados de autorizar dicho tratamiento<sup>352</sup>.

Actualmente, el CAHC informa las solicitudes de este tratamiento en Asturias, Extremadura y Castilla-La Mancha, así como para todas las Mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) a nivel nacional y las relativas al INGESA (Ceuta y Melilla), según los convenios firmados por dichas entidades y que se van renovando anualmente de forma tácita, de modo que si el mutualista opta por una entidad médica privada para la prestación de la asistencia sanitaria siempre será competente para proponer la autorización o denegación del tratamiento con cargo a fondos de la MUGEJU dicho comité, pero si opta por los servicios de salud de la CC.AA. donde reside, salvo las mentadas que suscribieron el respectivo convenio, será el comité autonómico el que deba informar.

En cualquier caso, si los respectivos comités deben realizar sus funciones siguiendo las indicaciones terapéuticas oficialmente aprobadas por la AEMPS, que conforman criterios objetivos que permiten el control judicial de la discrecionalidad técnica de la Administración, la solución debería ser idéntica en supuestos análogos con independencia de cuál fuere el comité competente. Sin embargo, una revisión de la doctrina judicial sobre la materia evidencia situaciones que mal se compaginan con el principio de igualdad, derivadas de diferencias conceptuales o interpretativas de los derechos en pugna.

Se ha visto ya que el RMJ reproduce y, en ocasiones, se remite en cuanto a la extensión de la prestación farmacéutica, prescripción, dispensación y requisitos de

---

composición y funciones.

<sup>351</sup> BOE de 13 de mayo de 2017.

<sup>352</sup> En Andalucía se crea por Resolución de 16 de julio de 1992, Aragón por Orden de 11 de diciembre de 2002, en Canarias por Decreto 61/1997, en Castilla y León por Orden SAN/2008/2007, de 14 de diciembre, Galicia por Orden de 10 de octubre de 1991, en Madrid por Orden 1130/2003, de 21 de noviembre, en Valencia por Resolución de 16 de mayo de 1989, en La Rioja se celebró concierto entre el SERIS y el Comité Asesor de Aragón. Al respecto, véase LANTARÓN BARQUÍN, David, "Reembolso de gasto farmacéutico generado por prescripción de tratamiento farmacéutico con hormona del crecimiento", cit., pp. 51-69.

financiación a la CSC y la LGURMPS, derogada por el vigente TRLGURMPS. Ello permite, como no podría ser de otro modo, aplicar los principios proclamados en el marco del SNS, a la prestación a cargo de la MUGEJU, como el de igualdad territorial<sup>353</sup>, libre prescripción farmacéutica de los facultativos respecto de los medicamentos no excluidos de la financiación pública (por ello, también la de la Mutualidad) que se ejercerá de la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes a la vez que compatible con la sostenibilidad del sistema.

En todo caso, la aplicación de la normativa básica estatal que rige en todo el territorio español debería, a priori, garantizar esa igualdad que, expresamente, proclama la LGS, “el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”, “la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”<sup>354</sup>. Normativa que reconoce a todos, respecto de las distintas administraciones públicas sanitarias, el derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado<sup>355</sup>.

Lo que sucede es que las CC.AA. pueden establecer una cartera complementaria que tensiona el principio de igualdad territorial, sin olvidar que como el derecho de acceso se encuentra limitado por la normativa sobre condiciones de dispensación, registro y autorización de los medicamentos —contenida fundamentalmente en el RD 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente<sup>356</sup>—, la interpretación por

---

<sup>353</sup> El artículo 91 del RD la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios prevé que tal inclusión se realiza mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

<sup>354</sup> Artículo 3 LGS.

<sup>355</sup> Artículo 10.14 LGS.

<sup>356</sup> BOE de 7 de noviembre de 2007. Se trata de una norma que regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, y en particular: a) Los requisitos de la solicitud para la autorización de comercialización. b) Los procedimientos de autorización, suspensión y revocación de la autorización, así como de las modificaciones de las condiciones de autorización. c) La ficha técnica, el etiquetado y prospecto. d) Las condiciones particulares para determinadas clases de medicamentos. e) Las obligaciones del titular. f) Los procedimientos comunitarios. g) La inscripción en el registro de

los Tribunales de estos límites genera, ante la falta de unidad de doctrina, una indeseable desigualdad.

Volviendo a la realidad práctica, a mero título de ejemplo, se puede citar el caso resuelto en una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 17 de octubre de 2012<sup>357</sup>, que confirmó la denegación de pago del tratamiento con hormona del crecimiento en atención a que el Comité gallego dictaminó en sentido negativo, y que tal informe sustentó la resolución recurrida sin que la Administración estuviera vinculada al informe favorable del CAHC dependiente del Ministerio de Sanidad, pues una vez que el mutualista opta por el SERGAS el competente es el gallego.

Llama especialmente la atención las discrepancias suscitadas en torno a las consecuencias de la omisión del informe del CAHC competente o las del dictamen desfavorable. Frente al criterio de que el mutualista, en igual situación que la de cualquier usuario del sistema sanitario público, gozará de la financiación de su tratamiento si se dispensa previo cumplimiento de los requisitos previstos en las citadas normas, como la previa autorización del CAHC, convive otro según el cual el informe del Comité respectivo no puede prevalecer frente al criterio del médico prescriptor especialista del servicio de salud pública o entidad médica a la que se encuentre adscrito el mutualista de la MUGEJU. Incluso, dentro de esta última doctrina se advierte una posición favorable a la financiación pública o de la entidad médica elegida por el mutualista, siempre y cuando fuere prescrita por médico especialista, aunque no del servicio de salud pública o de su entidad médica, y ello en la atención a que la prescripción de dicho tratamiento responde a una situación urgente<sup>358</sup>. Sea como fuere, es clara la tendencia en la jurisdicción social a asumir el segundo criterio<sup>359</sup>, frente a la de los tribunales del orden contencioso-administrativo, proclives al primero, aunque con notables excepciones.

---

medicamentos, incluidos los medicamentos especiales regulados en el capítulo IV.

<sup>357</sup> Recurso n. 962/2010.

<sup>358</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 28 de diciembre de 2012 (recurso n. 3550/2010).

<sup>359</sup> FERRANDO GARCÍA, Francisca María y RODRÍGUEZ EGIO, María Monserrat, “El contenido de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud: Una aproximación desde el punto de vista de la bioética”, *Cuestiones actuales sobre la prestación farmacéutica y medicamentos*,

Como se adelantaba, los que condicionan la financiación al cumplimiento de todos los requisitos relativos a prescripción por facultativo especialista, dictamen previo favorable del CAHC<sup>360</sup>, se apoyan en la literalidad de los puntos 5.1 y, especialmente, el 9, de la Resolución 29 de marzo de 1989, de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, por la que se crea el Comité Asesor de la hormona de crecimiento y sustancias relacionadas<sup>361</sup>, o de los respectivos de igual contenido de las Instrucciones, Órdenes o Resoluciones dictadas por las Administraciones autonómicas reguladoras de los Comités autonómicos. En tales normas se prevé que entre otras funciones el Comité debe informar y asesorar sobre la prescripción correcta de la hormona de crecimiento y sustancias relacionadas, para lo cual dispondrá de todos los datos clínicos analíticos y diagnósticos necesarios, así como que no se financiarán con fondos públicos —debe ampliarse en cuanto asume la prestación farmacéutica de sus mutualistas, a los de la MUGEJU— aquellos nuevos tratamientos que no hayan sido autorizados previamente por el comité asesor desde el momento de su constitución ni de aquellos que, a juicio del comité, deban ser suspendidos. Por ello, conforme a esta doctrina judicial, aun tratándose de un medicamento de uso hospitalario que el vigente TRLGURMPS, al igual que la derogada LGURMPS, no excluye de su financiación por el sistema de salud, es preciso que para que prospere el reintegro del pago asumido por el mutualista por la MUGEJU, que la indicación del tratamiento realizada por un médico de la entidad o del servicio público de salud en caso de que hubiere optado por este para la prestación de la asistencia sanitaria, esté refrendada por el Comité, a través de su dictamen previo con el que se persigue racionalizar el uso terapéutico de la hormona del crecimiento a fin de optimizar el aprovechamiento de los recursos económicos puestos a disposición de la salud pública.

Ello, no obstante, dentro del control judicial de la discrecionalidad técnica se

---

Dykinson, Madrid, 2017, pp. 86-87.

<sup>360</sup> Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Sala de lo Contencioso-administrativo de 17 de octubre de 2012 (recurso n. 962/2010), de 9 de octubre de 2013 (recurso n. 657/2010), de 23 de septiembre de 2011 (recurso n. 1252/2008), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 11 de febrero de 2013 (recurso n. 621/2013), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 15 de marzo de 2018 (recurso n. 346/2017), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 10 de febrero de 2018 (recurso n. 357/2017).

<sup>361</sup> BOE n. 120, de 20 de mayo de 1989.

abre la posibilidad al mutualista de acreditar el error patente o notorio en la aplicación por el comité asesor de los criterios previamente elaborados para la utilización racional de la hormona del crecimiento<sup>362</sup>, tarea nada fácil habida cuenta de que algún Tribunal parte de una cuasi presunción de certeza del dictamen del Comité en atención al grado de especialización y objetividad que le es propia<sup>363</sup>.

El segundo de los criterios lo asume mayoritariamente<sup>364</sup> el orden jurisdiccional social<sup>365</sup>. Se parte de que la hormona de crecimiento es un medicamento incluido dentro de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS), concretamente, en la cartera de servicios comunes del SNS relativos a la prestación farmacéutica del anexo V de RD 1030/2006 de 15 de septiembre —por tanto, también en la cartera de la MUGEJU—, pudiendo ser prescrito por los facultativos encargados de los servicios sanitarios, sin que la prescripción médica con receta se someta a reserva singular. La previsión de que el tratamiento se autorice por los respectivos Comités Asesores para la Hormona del Crecimiento se establece en Instrucciones, Órdenes y otras normas de rango inferior a la normativa legal y reglamentaria citada en la que no se establece como presupuesto de la financiación. Por ello, la prescripción por especialista ha de prevalecer sobre el sentido del informe del Comité, incluso ha de ser financiado cuando se demuestre que debió ser dispensado y prescrito por los facultativos del servicio de salud o entidad médica a la que el mutualista esté adscrito y no lo fue por causa imputable a tal servicio o entidad, conformando así la necesidad de tratamiento farmacéutico un

---

<sup>362</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Sección 1ª de la Sala de lo contencioso-administrativo, de 17 de octubre de 2012 (recurso n. 962/2010), de 23 de noviembre de 2011 (recurso n. 1252/2008), de 9 de octubre de 2013 (recurso n. 657/2010), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Social, de 11 de junio de 2016 (recurso n. 1836/2015).

<sup>363</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 15 de marzo de 2018 (recurso n. 346/2017) FJ Tercero *in fine*.

<sup>364</sup> No lo asumen el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 12 de febrero de 2018, el Tribunal Superior de Justicia de Castilla La-Mancha en sentencia de 15 de marzo de 2018, Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León sentencias de 11 de febrero de 2013 y de 11 de febrero de 2016.

<sup>365</sup> De este orden jurisdiccional asumen tal criterio el Tribunal Superior de Justicia de Galicia (sentencias de 17 de junio de 2015 y de 28 de diciembre de 2012), Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de 17 de octubre de 2018 (recurso n. 186/2018), de 29 de julio de 2011 (recurso n. 316/2011); de 4 de abril de 2012 (recurso n. 104/2012); y de 19 de enero de 2017 (recurso n. 263/2016), Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León sentencias de 28 de abril de 2014, de 22 de junio de 2010, de 5 de noviembre de 2008, de 12 de junio de 2006), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 29 de junio de 2007, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 15 de diciembre

supuesto de urgencia “vital” en su dispensación<sup>366</sup>, aunque esta consideración no es la regla general entre la doctrina sentada en suplicación<sup>367</sup>.

Otra de las cuestiones que se plantea es si la MUGEJU ha de pagar un tratamiento iniciado sin autorización que se concede posteriormente. Extremando la posición formalista la solución sería negativa, pero, a mi juicio, contraria al derecho de acceso a la prestación farmacéutica en la amplitud que contempla la regulación legal y reglamentaria anteriormente citada, sobre la que no pueden solaparse normas de rango inferior que incorporen requisitos restrictivos de tal derecho. En fin, la propia naturaleza del informe del comité dirigido a la Administración sanitaria respectiva y no a las personas que reciben que comienzan el tratamiento por prescripción del médico especialista facultado para ello, abogan por la financiación desde el inicio del mismo. Así lo resuelve la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 23 de junio de 2016<sup>368</sup>.

La hormona de crecimiento no resulta ser el único tratamiento que se ha judicializado en el ámbito de las Mutualidades de la Administración. Con apoyo en la apreciación de “urgencia vital” se han estimado por la doctrina judicial las peticiones de reintegros de gastos de farmacia de antivirales, denegada en atención a que los medicamentos solicitados no se incluían en el documento aprobado por la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la estrategia terapéutica de priorización para el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C (VHC) en el

---

de 2016 (recurso n. 1577/2016) entre otras.

<sup>366</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de 17 de octubre de 2018 considera la prescripción y dispensación del tratamiento de la hormona del crecimiento como de urgencia vital en atención a la edad de la menor y la utilidad terapéutica demostrada con la efectiva mejora del crecimiento. En igual sentido, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 18 abril de 2018 o Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 15 de diciembre de 2016 (recurso n. 1577/2016).

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 28 de diciembre de 2012 estima que concurre una urgencia vital cuando la ausencia o demora de tratamiento provoca problemas psiquiátricos y sociales con daños para el desarrollo de la personalidad, entrañando un riesgo para su integridad física y psíquica la imposibilidad de resolverlo con la urgencia que se impone por los servicios que a tal fin tiene establecido la entidad gestora.

<sup>367</sup> LANTARÓN BARQUÍN, David, “Reembolso de gasto farmacéutico generado por prescripción de tratamiento farmacéutico con hormona del crecimiento”, cit., pp. 51-69.

<sup>368</sup> Recurso n. 838/2014.



ámbito del SNS<sup>369</sup>. Rechazando el carácter vinculante de las dosis recomendadas en la Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida, aprobada por la Mutualidad, una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (Santa Cruz de Tenerife), de 4 de febrero de 2010<sup>370</sup>, condena a la entidad (MUFACE) al reintegro de los gastos generados por el segundo envase de medicamento indicado para casos de fecundación in vitro, prescrito por el facultativo correspondiente<sup>371</sup>.

Por otra parte, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo en recurso de casación para unificación de doctrina estimó en su momento la pretensión de reintegro de gastos médicos farmacéuticos consistentes en la adquisición de producto sustitutivo de leche prescrito médicamente por alergia congénita a proteínas de leche de vaca en paciente menor de edad, pero mayor de dos años<sup>372</sup>.

---

<sup>369</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de octubre de 2018 (recurso n. 1045/16), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 23 de octubre de 2017 (recurso n. 808/2016) o de 22 de noviembre de 2016 (recurso n. 1152/2015), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 20 de julio de 2017 (recurso n. 202/2016).

<sup>370</sup> Recurso n. 206/2009.

<sup>371</sup> Señala el Tribunal que La citada guía, sin embargo, únicamente contiene indicaciones en relación con las dosis óptimas para la administración de gonadotropinas (FRS y LHr). El tratamiento a base de Synarel es complementario del tratamiento con hormonas. En la guía no se hace alusión a que el coste de estos tratamientos complementarios no deba ser asumido por la Mutualidad, de hecho, se aceptó costear uno de los envases prescrito por la facultativa. Por lo tanto, si el médico que dirigía el tratamiento prescribió dos envases, en atención a las circunstancias del caso, no tiene justificación que se deniegue uno de ellos con el argumento de que la guía rechaza la dosis prescrita.

<sup>372</sup> Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de febrero de 2014 (recurso n. 895/2013): “Lo que realmente reclama el beneficiario es la prestación de la tratamiento dietoterápico al que tienen derecho «las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos» (Anexo VII.1) y que consisten en tratamientos que «se llevan a cabo con alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales para los usuarios del Sistema Nacional de Salud que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos» (Anexo VII.2.1), para los que no consta limitación por razón de edad, pudiendo incluirse el trastorno metabólico congénito que padece la menor —como se deduce la sentencia de contraste, como igualmente destaca el Ministerio Fiscal en su informe y no se cuestiona expresamente por el organismo demandado en la impugnación al recurso— entre los supuestos de «trastornos del metabolismo de los aminoácidos» (Anexo VII.6.1.b), constituyendo los aminoácidos «según la literatura especializada, los principales constituyentes de las proteínas y bien es sabido que la leche es un producto rico en ellas» como destaca la sentencia de contraste; pudiendo incluirse tal patología entre los «trastornos del metabolismo de los aminoácidos esenciales» (Anexo VII.7.B.1), y, en su caso, entre otros en los «los trastornos en el metabolismo de los aminoácidos ramificados» (Anexo VII.7.B.1.3), siendo los aminoácidos esenciales —entre los que se encuentran la isoleucina, la leucina y la valina— aquellos que deben ser captados como parte de los alimentos y cuya carencia en la dieta limita el desarrollo del organismo, dando lugar la unión de varios aminoácidos a cadenas llamadas péptidos o polipéptidos, que se denominan proteínas cuando la cadena polipeptídica alcanza determinadas condiciones, siendo la leche uno de los alimentos que contiene una gran cantidad de leucina natural”.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en sentencia de 3 de febrero de 2015<sup>373</sup>, acogió el reintegro de gastos farmacéuticos en tratamiento de la enfermedad de Parkinson con medicamento original que se había sustituido por otro genérico que provoca un empeoramiento de la situación motora, en la consideración de que el principio que debe imperar es el de que la prescripción se haga en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes, al tiempo que ha de buscarse la protección de la sostenibilidad del sistema, y por ello, aunque en los supuestos de procesos crónicos en los que sea precisa una prescripción que se corresponda con la continuidad de tratamiento, pueda realizarse por denominación comercial siempre y cuando la misma esté incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea, esa directriz marcada para la prescripción por denominación comercial de medicamentos podrá ser obviada en el caso de los medicamentos considerados como no sustituibles.

Como se ve, en estos casos subyace la prevalencia, en caso de fricción con la normativa que fija criterios que delimitan la realización del ámbito objetivo de la prestación farmacéutica, de los principios y derechos estrechamente vinculados al derecho a la salud en la vertiente del derecho a la prestación ahora analizada, como lo son, los derechos a la vida e integridad física que se estiman vulnerados cuando se genera un riesgo o daño en la salud (en este caso por falta de prescripción o dispensación financiada) que genere un peligro grave y cierto para la misma<sup>374</sup>.

En suma, entiendo que la tensión que se genera con la aplicación de los criterios informados por la sostenibilidad del sistema y el derecho de acceso a la salud ha de resolverse en favor de este último en supuestos en los que la solución contraria generaría un riesgo o daño a dicho bien jurídico, en el sentido que se deja expuesto. Y ello, porque si las restricciones impuestas tienen aquella finalidad, su excepción en tales casos difícilmente tendrá entidad bastante como para frustrarla.

---

<sup>373</sup> Recurso n. 2621/2014.

<sup>374</sup> FERRANDO GARCÍA, Francisca María y RODRÍGUEZ EGIO, María Monserrat, “El contenido de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud: Una aproximación desde el punto de vista de la bioética”, cit., pp. 83-84.

#### 2.1.4. Prestaciones complementarias

Las prestaciones complementarias, necesarias para la consecución de una asistencia sanitaria completa y adecuada, se recogen por el RMJ en la letra d) de su artículo 68.

##### 2.1.4.1. El transporte sanitario

El transporte sanitario aparece recogido como prestación complementaria en el art. 68.d).1 RMJ, y debe resaltarse que su contenido resulta de los respectivos conciertos con las entidades aseguradoras privadas y el INSS o Servicios sanitarios de las CC.AA. Pese a la amplitud con que se contempla en el CAS este tipo de transporte, ciertamente, el calificativo de sanitario responde a la necesidad de desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida realizarlo por medios ordinarios de transporte<sup>375</sup>. Esta concepción restrictiva se recoge en el Anexo VIII de la CSCSNS, que distingue entre transporte sanitario aéreo, marítimo o terrestre y asistido y no asistido. Desde esta acepción estricta, el Tribunal Supremo (Sala de lo Social) en sentencia de 1 de enero de 2001<sup>376</sup>, rechaza que la Entidad Gestora haya de sufragar los gastos de taxi de los beneficiarios a quienes se les ha prescrito tal medio de locomoción para acudir al centro sanitario a recibir asistencia sanitaria. La Sala considera que la cobertura del transporte sanitario se contrae a los desplazamientos de enfermos realizados en los medios propios del transporte especial sanitario, al centro de salud o al domicilio tras recibir asistencia sanitaria, o por razones de urgencia, que por imposibilidad física u otra causa médica del desplazado no puedan efectuarse por medio ordinarios. En suma, los desplazamientos realizados en un taxi, por más que se hubiera recomendado por el facultativo, no son objeto de cobertura por cuanto no constituye un medio de locomoción extraordinario ni sanitario, sino ordinario.

El CAS vigente, ampliando la tipología de la CSCSNS, distingue tres

---

En tal sentido Sentencias Tribunal Constitucional 62/07, 160/2007, 220/2005, 5/2002, 119/2001, 35/96 o la STEDH asunto VO contra Francia de 8 de julio de 2004.

<sup>375</sup> Cfr. MARÍN CORREA, José María, “La Asistencia Sanitaria”, *Seguridad Social. Manual de formación*, n. 20, 2002, pp. 700-701. También YUSTE MORENO, José Manuel, “Prestaciones sanitarias, farmacéuticas y ortopédicas”, *Prontuario de prestaciones de la Seguridad Social, Manuales de Formación continuada*, Vol. 19, 2002, p. 639.

modalidades de transporte sanitario: el urgente, el no urgente y el realizado en medios ordinarios. Igualmente, diferencia entre el transporte sanitario, asistido y no asistido, pudiendo efectuarse el urgente por vía terrestre, aérea o marítima.

La cláusula 2.9.1 del CAS integra el transporte sanitario urgente en la cartera de servicios de la atención sanitaria de urgencia, definiéndolo por razón de la causa que lo motivó, como el desplazamiento de enfermos o accidentados en situación de urgencia o emergencia. A su vez, este transporte sanitario urgente se clasifica en atención al medio empleado, en aéreo, marítimo o terrestre, y en asistido y no asistido, aunque la elección de la concreta modalidad que deba emplearse no es libre, toda vez que se utilizará el preciso para el adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencias. En suma, el medio de transporte sanitario empleado será el que imponga la clínica del paciente que motiva su traslado, desde donde se haya producido la situación de emergencia hasta el primer centro dispositivo sanitario con capacidad para atenderlo. Este transporte urgente, con carácter general, debe ser prescrito por facultativo o por el Centro Coordinador de Urgencia de la Entidad a la que se encuentre adscrito el paciente. No obstante, en caso de urgencia en que no se haya podido comunicar con los Servicios de Urgencias y/o ambulancias de la entidad, podrá solicitarse directamente al Servicio de Ambulancias existente en la localidad y acudir al centro más cercano, con la obligación de la Entidad de asumir o reintegrar los gastos soportados por el mutualista, como se verá más adelante en otro apartado.

El transporte sanitario no urgente está previsto para pacientes que no se encuentren en situación de tal naturaleza pero que estén clínicamente impedidos para desplazarse, puntual o periódicamente, por medios ordinarios de transporte desde su domicilio a un centro de salud, concertado o específicamente autorizado, para recibir asistencia sanitaria o viceversa. Puede prestarse con asistencia técnico-sanitaria en ruta o no, según imponga la situación clínica del enfermo o accidentado. Para la prescripción de esta modalidad de transporte deberá concurrir, además de la situación clínica expuesta, una limitación para el desplazamiento autónomo que impone la asistencia para el mismo de terceras personas. El facultativo prescriptor podrá indicar

---

<sup>376</sup> Recurso n. 707/2001.

acompañante por la edad del paciente (menor de 15 años en la península, o en Ceuta y Melilla y provincias insulares, menor de 18 años) o su situación clínica, como discapacidad cognitiva, sensorial o psíquica que merme la comprensión y comunicación con el medio durante el traslado, o grave deterioro físico o psíquico debido a la evolución de la enfermedad, siempre que los beneficiarios acrediten un grado de discapacidad superior al 65%<sup>377</sup>. La necesidad de los transportes no urgentes periódicos (para hemodiálisis, radioterapia, etc.) podrá ser objeto de reevaluación y suspensión.

Además de estas dos modalidades de transporte, la entidad privada aseguradora ha de asumir los gastos de transporte en medios ordinarios, por desplazamientos de los beneficiarios para la utilización de los servicios asignados en el municipio más próximo al de su residencia habitual, en el que la Entidad disponga de tales medios.

Los apartados 3.3 y 3.4 del capítulo III del CAS, regulan los principios generales que informan la utilización y disponibilidad de medios de la Entidad, distinguiendo tres niveles asistenciales según dos criterios, el territorial y el poblacional. En primer lugar, el nivel asistencial de atención primaria de salud que tiene como marco geográfico y poblacional, el municipio. Este nivel comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del médico general o de familia, graduado o diplomado en enfermería para municipios de menos de 10.000 habitantes, y pediatra, si tienen más de 5.000 habitantes. En los municipios de más de 10.000 habitantes dispondrán, además de acceso al servicio de odontología y fisioterapia y, en los que superen los 20.000 habitantes contarán con un podólogo y una matrona. Las Entidades están obligadas en los municipios de más de 100.000 habitantes de disponer de servicios de Atención Primaria en todos los distritos postales o, en su defecto, en un distrito limítrofe.

En segundo lugar, el apartado 3.4 del capítulo III del CAS, distingue el nivel

---

<sup>377</sup> La Resolución de 19 de diciembre de 2012 derogó la anterior de 31 de marzo de 2009 que regulaba una serie de ayudas económicas cuando los mutualistas o beneficiarios hubieran tenido derecho a transporte para asistencia sanitaria a través de las entidades médicas o de los servicios públicos de salud, para gastos de hospedaje y manutención del enfermo, gastos del acompañante (por transporte ordinario del acompañante, de hospedaje y manutención).

de atención especializada, en municipios a partir de 20.000 habitantes, diferenciando, a su vez, dentro de este nivel una especie de cuatro subniveles por razón de criterios de población general, distancia y tiempo de desplazamiento a núcleos urbanos con mayor disponibilidad de recurso sanitarios privados, a los que asigna unos determinados medios de atención y especialidades. El Anexo III del CAS contiene cuatro tablas, una para cada nivel de atención especializada, comprensivas de los municipios y agrupaciones de municipios que se corresponden con el marco territorial de cada uno de esos niveles. Además de las tablas relativas al marco territorial, el mentado Anexo, en su apartado 4, incluye otras cinco relativas a especialidades en consulta externa o centros ambulatorios (Tabla I), en hospital (Tabla II), en urgencias hospitalarias (Tabla III), unidades/equipos multidisciplinarios, Consejo Genético y tratamientos complejos del cáncer (Tabla IV) y especificaciones según especialidad (Tabla V). En cada una de estas Tablas se diferencia las especialidades que incluyen los diferentes niveles de atención especializada<sup>378</sup>.

---

<sup>378</sup> De la conjugación de dichos criterios y tablas resulta que el marco territorial del nivel I de Atención Especializada se corresponde con los municipios y agrupaciones reflejados en la tabla del apartado 3.1.1 del Anexo 3 del CAS, que deben disponer de asistencia sanitaria en régimen de consulta externas o ambulatorias de las siguientes especialidades: análisis clínicos, cirugía ortopédica y traumatología, ginecología y obstetricia, oftalmología, otorrinolaringología, ecografía ginecológica, fisioterapia general.

El nivel II de Atención especializada comprende municipios y agrupaciones de la tabla incluida en el apartado 3.2.1 del Anexo 3 del CAS en los que la Entidad dispondrá de las siguientes especialidades en asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias siguientes: análisis clínicos, aparato digestivo, cardiología, cirugía general y aparato digestivo, ginecología y obstetricia, medicina física y rehabilitación, medicina interna, oftalmología, otorrinolaringología, psiquiatría, radiodiagnóstico (convencional, ecografía, mamografía y TC), reumatología, anestesia y reanimación, pediatría, ecografía ginecológica, fisioterapia general y logopedia. Algunos de esos municipios y agrupaciones, que se señalan en la tabla con una cruz, además dispondrán de urgencias hospitalarias que asumirán las especialidades referidas. Si la entidad no dispone de centro hospitalario concertado en algún municipio o agrupación de este Nivel II en el que exista uno privado, está obligada a proporcionar en este la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas y de hospitalización a los beneficiarios residentes en ese municipio o agrupación, así como la asistencia en régimen de urgencias hospitalarias a cualquier beneficiario del CAS. Para las especialidades de la Tabla 3, propias del Nivel II de atención especializada, la Entidad ha de disponer en los centros privados concertados para las urgencias hospitalarias, de un médico de presencia física. No obstante, si la guardia fuere localizada, debe garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sea requeridos por el médico de urgencias en el plazo más breve posible que nunca puede superar los 30 minutos.

El nivel III de Atención Especializada tiene como marco territorial propio la provincia, por eso, comprende a todas las capitales de provincia, pero, además, a los municipios o agrupaciones contenidos en la tabla del apartado 3.31 del Anexo 3 del CAS. En nivel asistencial comprende atención sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización de urgencia hospitalaria, con todas las especialidades excepto: en consulta externa o centros hospitalarios, cirugía cardiovascular, maxilofacial, pediátrica, plástica y reparadora, torácica, reproducción asistida, medicina nuclear, neurocirugía, oncología radioterápica; en hospital, todas excepto cirugía

Por último, el CAS distingue el nivel asistencial correspondiente a servicios de referencia cuyo marco geográfico y poblacional es el conjunto del territorio del Estado. El apartado 5 del Anexo 3 del CAS relaciona los servicios de referencia con la asistencia de enfermedades raras y de enfermedades que requieren técnicas, tecnologías y procedimientos, de elevado nivel de especialización, para los que es esencial la experiencia en su utilización, que sólo es posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad. Precisamente, por ello, se produce una concentración de los casos en determinados centros, servicios o unidades de referencia. La Entidad ha de facilitar el acceso a los servicios y unidades de referencia designados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, aunque el seguimiento posterior del paciente se lleve a cabo por los servicios incluidos en el Catálogo de proveedores de la Entidad, conforme a las directrices del correspondiente servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud.

Sentado lo anterior, ya se puede determinar en qué supuestos la Entidad

---

cardiovascular, maxilofacial, pediátrica, plástica y reparadora, torácica, medicina nuclear, neurocirugía, oncología radioterápica; y, en urgencias hospitalarias, salvo, angiología y cirugía vascular, aparato digestivo, cirugía cardiovascular, maxilofacial, pediátrica, nefrología, neurocirugía, neurología. También contará con equipos de soporte de cuidados paliativos y unidad de dolor, así como las especificaciones de la tabla 5 de especialidades que figura en el Anexo 3 del CAS, excepto en análisis clínicos, genética/citogenética e inmunología; del aparato digestivo, cápsula endoscópica; de cardiología, desfibrilador implantable, ablación/cardioversión, hemodinámica; en ginecología y obstetricia, obstetricia de alto riesgo; en medicina nuclear, PET-TC; en neurofisiología clínica, potenciales evocadores; en otorrinolaringología, rehabilitación vestibular; de radiodiagnóstico, radiología intervencionista; y, de urología, láser verde. En las urgencias hospitalarias se aplicará la obligación de presencia física de médico en los mismos términos que para el Nivel II. En caso de hospitalización, la Entidad puede ofertar válidamente un hospital situado en otro municipio, siempre que esté a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano, o más lejano en el caso de las agrupaciones de municipios.

El nivel IV de atención especializada tiene como marco territorial la Comunidad Autónoma, por lo que al menos un municipio de cada CC.AA. contará con los medios establecidos para este Nivel que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización, de urgencias hospitalarias y unidades multidisciplinarias, con las especificaciones señaladas en la Tabla 5, que contempla el hospital de día y hospitalización a domicilio con exclusión del quirúrgico. Estos municipios son los incluidos en la tabla que figura en el apartado 3.4 del Anexo 3 del CAS y contarán con todas las especialidades recogidas en las diversas tablas que contiene el apartado 4 del mentado Anexo. Con carácter excepcional, en caso de no disponer de medios propios o concertados de algunas de las especialidades en los municipios relacionados, la MUGEJU podrá considerar una oferta válida, a estos efectos, si dichos medios están disponibles en otra localidad de la Comunidad Autónoma a que pertenezca el municipio afectado. En el caso de las Comunidades Autónomas uniprovinciales, la oferta será válida en otra provincia limítrofe si en dicha Comunidad Autónoma no existieran medios privados adecuados. Se aplican a este Nivel IV idénticas exigencias que en el anterior para urgencias hospitalarias y hospitalización.

médica ha de atender los gastos de transporte en medios ordinarios del paciente. La cláusula 2.9.3 del CAS obliga a la Entidad a sufragar los gastos de desplazamiento del paciente cuando se realicen al municipio más próximo al de la residencia habitual o temporal en el que esta tenga concertados los medios que se demandan, cuando tales desplazamientos vengan motivados:

1) Por indisponibilidad de los medios exigidos en el correspondiente municipio, según el nivel asistencial en que se encuadre y especialidades que a este correspondan, según las tablas del Anexo 3 del CAS.

2) Para acceder a servicios del Nivel IV de atención especializada y servicios de referencia ubicados en provincia distinta a la de residencia habitual del beneficiario, o en municipio de la misma provincia pero que diste más de 25 kilómetros del lugar de residencia. Lógicamente, la provincia o municipio de residencia no ha de disponer de estos servicios. Todos los municipios incluidos en la Tabla que fija el marco territorial propio del Nivel IV de atención especializada dispondrán de todas las especialidades en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización, de urgencias hospitalarias, así como equipos de soporte y unidades de cuidados paliativos, unidades del dolor, de ictus, de trastorno alimentación, de atención temprana, de infecciosos, Consejo Genético, de lesionados medulares, de daño cerebral, de grandes quemados, de cirugía radioguiada, de cirugía curativa del cáncer de esófago, pancreático, metástasis hepáticas, de cirugía combinada de órganos pélvicos, de trasplante de órganos, tejidos y células, cirugía robotizada y radiocirugía de SNC y extracraneal. También incorporará todas las especificaciones que según las especialidades se recogen en la Tabla 5 del apartado 4 del Anexo 3 del CAS.

3) Desplazamientos a un municipio distinto al de residencia para recibir la asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional. Tanto el CAS (cláusula 2.94) como el Anexo VIII de la CSCSNS, aplicable a quienes opten por la asistencia sanitaria en servicio público de salud, contemplan el desplazamiento del acompañante cuando la edad o situación clínica del paciente lo requiere. Cuando existe un tercero obligado al pago, la



correspondiente administración sanitaria ha de proceder a reclamar el importe de los servicios realizados.

La CSCSNS contempla, expresamente, en el Anexo dedicado a esta materia que los vehículos de transporte sanitario por carretera deben cumplir los requisitos señalados en el RD 619/1998, de 17 de abril, por el que se establecen sus características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal, así como los de la normativa de la correspondiente comunidad autónoma en la que tengan su base de actuación. Previsión esta que entiendo aplicable a los de las Entidades médicas privadas, aunque no se plasme en el CAS, dado que la CSCSNS conforma un mínimo que ha de asumir la cartera de servicios de la MUGEJU.

#### 2.1.4.2. La oxigenoterapia a domicilio

Recogida en el art. 68.d.2 RMJ, la oxigenoterapia a domicilio incluye dentro de las terapias respiratorias todas las técnicas a domicilio atendidas por el SNS, siempre que las circunstancias del paciente lo requieran<sup>379</sup>, como los son el uso de las mochilas de oxígeno líquido, concentradores portátiles de oxígeno, pulsioximetría, aerosolterapia y suministro de aspiraciones de secreciones<sup>380</sup>. Esta concreta prestación precisa prescripción escrita de especialista y autorización previa de la misma<sup>381</sup>.

#### 2.1.4.3. Los tratamientos dietoterápicos complejos y las dietas enterales

Ante la mera referencia a esta prestación en el RMJ —en concreto, en su artículo 68.d).3—, así como la simple mención en el CAS, ha de atenderse a la CSCSNS, concretamente al Anexo VII, para delimitar su contenido<sup>382</sup>. La prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible

---

<sup>379</sup> Cláusula 2.10.3 del CAS.

<sup>380</sup> Vid. SALCEDO BELTRÁN, Carmen y BLASCO LAHOZ, Francisco José, *Introducción a la protección social*, 3ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, p. 147.

<sup>381</sup> Vid. BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Las prestaciones del sistema nacional de salud. Su aplicación legal y judicial*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, p. 153, en relación a la oxigenoterapia a domicilio.

<sup>382</sup> Sobre concepto de estos tratamientos vid. BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Las prestaciones del*

cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario, aplicados generalmente mediante sonda nasointestinal o de ostomía<sup>383</sup>. Además de estos alimentos dietéticos, existen fórmulas enterales o nutricionalmente completas destinadas a uso médico especial constituidas por mezclas definidas de macro y micronutrientes en supuestos de requerimientos especiales de nutrientes y/o energía.

Esta prestación, salvo una mejora de la Mutuality o de las distintas CC.AA., serán financiadas conforme al artículo 2.2 de la Orden SPI/2958/2010, de 16 de noviembre, por la que se establece el procedimiento para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la oferta de productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para la aplicación de los importes máximos de financiación<sup>384</sup>, siempre que el producto dietético en cuestión se halle inscrito en el Registro General Sanitario de Alimentos como alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales e incluidos en la oferta, quedando excluidos los productos que efectúen publicidad dirigida al público en general, siempre y cuando se cumplan una serie de requisitos, concretamente: 1) Los alimentos de consumo ordinario no puede satisfacer las necesidades nutricionales del paciente. 2) Su administración ha de mejorar la calidad de vida o tender a su recuperación en un proceso con riesgo vital. Los beneficios han de superar los riesgos. 3) Su indicación ha de basarse en criterios sanitarios y no sociales, revisándose periódicamente. 4) Ha de estar prescrito por facultativo especialista competente, adscrito a la unidad o servicio correspondiente de los servicios de salud de las CC.AA. o Entidad médica privada elegida por el mutualista.

El Reglamento de la UE 609/2013, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de junio de 2013<sup>385</sup>, relativo a los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad, ha modificado sustancialmente el marco legal de los productos alimenticios para usos médicos especiales y los sustitutos de la dieta completa para

---

*sistema nacional de salud. Su aplicación legal y judicial*, cit., pp. 145-146.

<sup>383</sup> Artículo 18 de la Ley 16/2003 y anexo VII del RD 1030/2006.

<sup>384</sup> BOE n. 280, de 19 de noviembre de 2010.

<sup>385</sup> Dicho RUE deroga la Directiva 92/52/CEE del Consejo, las Directivas 96/8/CE, 1999/21/CE, 2006/125/CE y 2006/141/CE de la Comisión, la Directiva 2009/39/CE del Parlamento Europeo y del Consejo y los Reglamentos (CE) n. 41/2009 y (CE) n. 953/2009 de la Comisión.

el control de peso. Define los grupos de población que requieren una alimentación bajo requisitos específicos de composición, establece los presupuestos generales de composición e información para tales grupos y autoriza a la Comisión para especificar los relativos a la notificación para la comercialización de dichos alimentos. Este Reglamento se complementa con dos Reglamentos Delegados: a) el 2016/128, de 25 de septiembre de 2015, sobre requisitos específicos de composición e información aplicables a los alimentos para usos médicos especiales; y b) el 2017/1798, de 2 de junio de 2017, relativo a los requisitos específicos de composición e información aplicables a los sustitutivos de la dieta completa para el control de peso.

El nuevo marco normativo comunitario que, en definitiva, procura mecanismos que facilitan un control eficaz de esos alimentos, provocó la derogación del RD 2685/1976, de 16 de octubre, mediante RD 1412/2018, de 3 de diciembre, por el que se regula el procedimiento de comunicación de puesta en el mercado de los alimentos para grupos específicos de población<sup>386</sup>. Se suprime con esta norma el concepto de producto alimenticio destinado a una alimentación especial, alimento dietético o alimento de régimen, y al mismo tiempo se actualiza el procedimiento para la comunicación de puesta en el mercado de los alimentos para grupos específicos de población, consolidando así la comunicación de puesta en el mercado como herramienta eficaz para el control oficial de los productos a los que les resulte exigible tal obligación de acuerdo con lo establecido en la normativa europea.

El Reglamento comunitario aporta el concepto de alimento de usos médicos especiales. En su artículo 2.g) los define como aquellos alimentos especialmente elaborados o formulados y destinados al manejo dietético de pacientes, incluidos los lactantes, bajo supervisión médica, es decir destinados a satisfacer total o parcialmente las necesidades alimenticias de los pacientes cuya capacidad para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos sea limitada, o deficiente, o esté alterada, o bien que necesiten otros nutrientes determinados clínicamente, cuyo manejo dietético no pueda efectuarse únicamente modificando la dieta normal.

#### 2.1.4.4. Las prestaciones ortoprotésicas

La prestación ortoprotésica del artículo 68.d).4 RMJ consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función, comprendiendo los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y la autonomía del usuario. Comprende implantes quirúrgicos, prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y ortoprotésis especial. Esta prestación se facilitará por los servicios públicos de salud o entidad médica privada por la que haya optado el mutualista o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes o la MUGEJU. En todo caso, el acceso a la misma se hará, garantizando las necesidades sanitarias de los pacientes, en la forma que establezca al efecto, debiendo ser llevada a cabo su prescripción por un médico de atención especializada, especialista en la materia correspondiente a la clínica que justifique la prescripción perteneciente al servicio público del SNS o Entidad Médica que cubra la asistencia sanitaria del mutualista<sup>387</sup>.

Para los mutualistas adscritos a los correspondientes servicios de salud de las CC.AA. o el INGESA esta prestación se facilitará por estas en las mismas condiciones que los usuarios de la correspondiente comunidad o INGESA, excepto en lo relativo a la aportación que será la prevista en el artículo 9.5 del RD 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del SNS y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica, a saber: sobre el precio de oferta del producto un 30% con carácter general, 10% en los de aportación reducida y 0% en caso de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional<sup>388</sup>.

Para los mutualistas adscritos a Entidades Médicas Aseguradoras del Concierto Sanitario, además de lo dispuesto en este, habrá que estar a las condiciones

---

<sup>386</sup> BOE n. 312, de 27 de diciembre de 2018.

<sup>387</sup> YUSTE MORENO, José Manuel, "Prestaciones sanitarias, farmacéuticas y ortopédicas", cit., p. 662.

<sup>388</sup> DA Segunda del RD 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el

y límites fijados en la Resolución de 6 de mayo de 2008 de la MUGEJU por la que se regula la prestación ortoprotésica y se aprueba el Catálogo de material ortoprotésico, que comprende las prótesis externas, las sillas de ruedas, las órtesis y las ortoprotésis especiales, así como renovaciones, reparaciones de dichos artículos ortoprotésicos y el alquiler de algunos de ellos<sup>389</sup>. Esta es la cartera común suplementaria de la prestación ortoprotésica, y de ella quedan excluidos los artículos ortopédicos destinados a uso deportivo, con finalidad meramente estética y los productos publicitarios.

Las CC.AA. determinarán los requisitos que han de reunir los establecimientos dispensadores de ortopedia para ser suministradores de la cartera suplementaria de prestación ortoprotésica y los grupos y/o subgrupos de productos que pueden proporcionar cada uno de ellos a los usuarios del SNS<sup>390</sup>; y las comunidades autónomas y las Mutualidades de funcionarios podrán incluir en sus catálogos de prestación ortoprotésica productos o tipos de productos no contemplados en el catálogo común, siempre que establezcan para ello los recursos adicionales necesarios, tengan la garantía previa de suficiencia financiera en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria, y la correspondiente comunidad autónoma informe, de forma motivada y con anterioridad a su incorporación, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud<sup>391</sup>.

Se advierte, pues, la existencia de una cartera común básica de la prestación ortoprotésica, que incluye los implantes quirúrgicos, así como ortoprotésis externas de uso en pacientes ingresados que serán a cargo de la Entidad médica concertada o servicio de salud público del SNS, en su caso, y otra suplementaria, que se presta a través de ayudas económicas por la MUGEJU o las CC.AA. o INGESA. La prestación ortoprotésica cuando se realiza mediante financiación, esta abarcará el importe que se asigne al concreto material en el catálogo ortoprotésico, si bien cuando la cantidad abonada, según la factura, fuera inferior, solo alcanzará a este

---

establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

<sup>389</sup> Vid. SALCEDO BELTRÁN, Carmen y BLASCO LAHOZ, Francisco José, *Introducción a la protección social*, cit., pp. 140 a 144.

<sup>390</sup> Artículo 3.4 RD 1506/2012.

<sup>391</sup> Artículo 3.5 RD 1506/2012.

último. Además del límite cuantitativo también se somete a otro temporal, tanto para la solicitud como para poder renovarla, si ello fuera posible.

La solicitud<sup>392</sup> y documentación anexa (facturas originales conteniendo todos los requisitos legales para su validez, y en la que conste el código, incluyendo subgrupo y artículo del material ortoprotésico e informes médicos justificativos de los requisitos exigidos) se presentará directamente en las Delegaciones Provinciales de MUGEJU, en sus servicios centrales, en cualquiera de los registros previstos en la normativa de procedimiento administrativo o electrónicamente desde el Registro Electrónico de la MUGEJU, que se encuentra accesible a través de la página web de MUGEJU<sup>393</sup>.

Las normas anteriormente citadas aportan las definiciones de cada una de las prestaciones ortoprotésicas. Y así, definen:

A) El implante quirúrgico como el producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí después de dicha intervención. Ha de tener finalidad terapéutica, cuando sustituye total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica que presenta algún defecto o anomalía, o finalidad diagnóstica. Los productos destinados a permanecer en el cuerpo humano menos de 30 días no se consideran incluidos en el apartado de implantes quirúrgicos, sin perjuicio de que se faciliten por el centro sanitario a los usuarios aquellos que, siendo seguros y eficaces, precisen para su adecuada atención, utilizando para ello la vía que consideren más adecuada para garantizar la máxima eficiencia.

Aunque la Resolución de 6 de mayo de 2008 de la Gerencia de la MUGEJU, define los implantes quirúrgicos no los clasifica, remitiéndose el CAS vigente a los que estén comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos de los centros y servicios del SNS. Por tanto, en atención Anexo VI.6 del RD 1030/2006, en redacción dada por la Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, y la Orden SSI/1356/2015 —pues la Orden SCB/2019, de 22 de enero, no recoge los apartados 6

---

<sup>392</sup> Impreso de solicitud que puede obtenerse en la propia Mutualidad (Servicio Centrales y Delegaciones Provinciales) y descargarse de la web de MUGEJU ([www.mugeju.es](http://www.mugeju.es)).

<sup>393</sup> [www.mugeju.es](http://www.mugeju.es).

y 7 del referido Anexo—, los implantes quirúrgicos engloban las siguientes tipologías: cardíacos; vasculares; digestivos; neurológicos; oftalmológicos; osteoarticulares; otorrino-laringológicos y del aparato respiratorio; reparadores; genitourinarios; y dispositivos implantables para la administración de fármacos y holters implantables.

En la cobertura del CAS se incluyen aquellos implantes sometidos a estudios de monitorización autorizados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Igualmente, son de cargo de la Entidad médico-privada la renovación de los implantes y la de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos, así como los materiales usados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, sin perjuicio de las ayudas económicas que se prevean por la Mutuality, quedan excluidos de la prestación ortoprotésica incluida en el CAS, salvo para los pacientes con malformaciones congénitas que cursen con anodoncias, en procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral e impliquen la pérdida de dientes por la patología o el tratamiento, con lesiones derivadas de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

B) Las prótesis externas como el producto sanitario que requiere una elaboración y/o adaptación individualizada y que, dirigido a sustituir total o parcialmente un órgano o una estructura corporal o su función, no precisa de implantación diagnóstica o quirúrgica en el paciente.

El catálogo de material ortoprotésico incluye la financiación de las siguientes prótesis: 1) De miembro superior (parciales de mano, incluida la de dedos, las pasivas de desarticulación de muñeca con encaje de antebrazo y mano, de antebrazo por debajo del codo, para desarticulación de codo, de brazo por encima del codo, para, desarticulación de hombro, para amputados en el cuarto superior, de mano, pinzas y útiles funcionales, articulaciones de muñeca, codo y hombro, así como las estéticas y no funcionales), sistemas de suspensión, de accionamiento y control de la prótesis. 2) De miembro inferior (parciales en pie, incluida la de dedos, de desarticulación de tobillo, transtibial, desarticulación de la rodilla, transfemoral,

desarticulación de cadera, para hemipelvectomía, pies, articulaciones de rodilla y cadera, encajes tibiales, de desarticulación de rodilla, femorales, temporales para movilización precoz de los amputados). 3) Ortoprótisis para agnesias. No se consideran prótesis externas las estructuras y articulaciones elaboradas en titanio y/o fibra de carbono y/o con control por microprocesador<sup>394</sup>.

C) Las sillas de ruedas se conceptúa a todo vehículo individual para favorecer el traslado de personas que han perdido, de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad de deambulación y que sea adecuado a su grado de discapacidad<sup>395</sup>. Se incluyen en esta prestación no sólo las sillas de ruedas recogidas en el catálogo<sup>396</sup> sino también sus accesorios.

Del examen del catálogo vigente resulta la exclusión de las sillas de ruedas manuales con ruedas grandes delanteras maniobradas por los dos brazos, así como las propulsadas por motor salvo las de motor eléctrico y dirección eléctrica<sup>397</sup> para pacientes con limitaciones funcionales graves del aparato locomotor por enfermedad, malformación o accidente que cumplan todos y cada uno de los requisitos siguientes: 1) Incapacidad permanente para la marcha independiente. 2) Incapacidad funcional permanente para la propulsión de sillas de ruedas manuales con las extremidades superiores. 3) Suficiente capacidad visual, mental y de control que les permita el manejo de sillas de ruedas eléctricas y ello no suponga un riesgo añadido para su integridad y la de otras personas.

D) La órtesis se define como el producto sanitario de uso externo, no implantable, que, adaptado individualmente al paciente, se destina a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto. En el catálogo ortoprotésico<sup>398</sup> se incluyen los subgrupos de columna vertebral, con

---

<sup>394</sup> Anexo VI.7 del RD 1030/2006.

<sup>395</sup> Así ha definido el Tribunal Supremo las sillas de ruedas en sentencias de 26 de enero de 2000 o de 31 de marzo de 2000.

<sup>396</sup> Debe tenerse en cuenta que se ha reformado el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria determinando los tipos de productos de sillas de ruedas a fin de retirar las referencias obsoletas e incluir algún producto nuevo por Orden SCB/45/2019, de 22 de enero.

<sup>397</sup> *Vid.* RODRÍGUEZ HIDALGO, José Gustavo, “La silla de ruedas eléctrica como prestación complementaria ortoprotésica, de obligada facilitación o reintegro por parte de la Seguridad Social”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 4, 2003.

<sup>398</sup> La Resolución de 6 de mayo de 2008 de la MUGEJU, regula la prestación ortoprotésica y aprueba



excepción de las fajas preventivas, de miembro superior, de miembro inferior, salvo las órtesis de pie y las rodilleras en tejido elástico sin flejes y calzados ortopédicos.

E) las ortoprótesis especiales. Son productos sanitarios no implantables que sustituyen una estructura corporal o su función o facilita la deambulación sin que pueda considerarse como cualquiera de los productos anteriores. En particular se califican de ortoprótesis especiales: La ayudas para caminar manejadas por un brazo (muleta, bastón, ...) o por los dos (andador, ...), prótesis especiales en tratamientos de afecciones circulatorias, prendas de compresión y sus complementos para brazos, piernas y otras partes del cuerpo para quemados, linfedemas y grandes queloides, ayudas para la prevención de las úlceras por presión (ayudas antidecúbitos) y equipamiento para el entrenamiento del movimiento, la fuerza y el equilibrio para pacientes lesionados medulares, parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos, mielomenigocele, distrofias musculares progresivas y enfermedades neurodegenerativas. También se incluyen en estas prestaciones ortoprotésicas la ayudas para la audición para pacientes hipoacúsicos, de 0 a 16 años, afectados de hipoacusia bilateral neurosensorial, transmisiva o mixta permanente, no susceptible de otros tratamientos, con una pérdida de audición superior a 40 dB en el mejor de los oídos.

#### 2.1.4.5. Otras prestaciones sanitarias

El RMJ no enumera más prestaciones complementarias que las hasta aquí analizadas, sin embargo, tanto en la carta de servicios como en la guía de prestaciones de la MUGEJU que se incorporan a la página web de la mutualidad<sup>399</sup>, dentro de estas se enumeran determinadas prestaciones en la modalidad de ayuda económica como las dentarias, oftalmológicas, medias de compresión, de modo que en este apartado se abordará el examen de todas ellas y de alguna otra más, que no

---

el catálogo de material ortoprotésico. Se complementó por Resolución de la Gerencia de la MUGEJU de 7 de julio de 2008 (BOE de 21 de julio de 2008) para incluir en la órtesis de pie el subgrupo 03. Sin embargo, esta última ayuda se suprime con la Resolución de 19 de diciembre de 2012, a partir de 1 de enero de 2013.

No obstante, hay que tener presente que la cartera común del SNS se ha visto modificada por Orden SCB/45/2019, de 22 de enero, debiendo ajustarse el catálogo de la mutualidad a los nuevos subgrupos y categorías.

<sup>399</sup> <https://www.mugeju.es/prestaciones/prestaciones-sanitarias/prestaciones-complementarias>.

reflejan dichos cuadros informativos<sup>400</sup>.

Estas ayudas se articulan como un reintegro de gastos que ha de acreditarse mediante factura, si bien hasta el límite establecido para cada una de ellas que nunca será superior al importe satisfecho. Lógicamente, la prestación en sí no puede estar incluida en el concierto vigente con las entidades públicas o privadas. Se solicitarán mediante la presentación del impreso —disponible en la web de la Mutuality— propio de ayudas para prestaciones complementarias, que se presentará junto con la factura original, cuya fecha se tendrá en cuenta para el cómputo de prestaciones, e informes médicos justificativos de los requisitos exigidos para cada modalidad de ayuda.

Las prestaciones odontológicas complementarias consisten en ayudas económicas para rehabilitación mediante prótesis completa, prótesis superior o inferior (14 piezas), piezas dentarias, fundas o coronas (máximo de 14), empaste, obturación o reconstrucción, en dientes permanentes (máximo de 14, excluyéndose menores de 15 años adscritos a Entidades Médicas, endodoncia de cada diente o muela tratada, en dientes permanentes excluidos menores de 15 años adscritos a entidades médicas, implante osteointegrado (máximo de 14), ortodoncia (solo las iniciadas antes de los 18 años y una vez en la vida) y tartrectomía, salvo para los adscritos a entidades médicas. Excepto las dos últimas, para percibir la cuantía prevista para la respectiva prestación dentaria se exige un periodo de carencia de 3 años naturales<sup>401</sup>.

Las prestaciones oculares<sup>402</sup> consisten en ayudas de diferentes cuantías, cuyo derecho precisa de un periodo de carencia de 2 años naturales (gafas, gafas bifocales, cristales y cristales bifocales), de un año natural (lentillas dos unidades y si son desechables una vez al año, y ayudas técnicas baja visión), y sin periodo de carencia,

---

<sup>400</sup> La Resolución de 19 de diciembre de 2012 (BOE n. 313, de 29 de diciembre de 2012), suprime determinadas ayudas sociosanitarias y complementarias y modifica los requisitos y cuantías de las otras de igual naturaleza.

<sup>401</sup> Por Resolución de 19 de diciembre de 2012, aprobada en el marco impuesto por el RD Ley 20/2012 de limitación presupuestaria y racionalización del gasto público, se suprimieron las ayudas por férula dental de descarga, que sí preveía la Resolución de 6 de mayo de 2008.

<sup>402</sup> La ayuda por cirugía refractiva se suprime por Resolución de 19 de diciembre de 2012.

la lente terapéutica<sup>403</sup>. Se contemplan también ayudas económicas para audífono y reparación, colchón anti escaras, con periodo de carencia de dos años naturales. El 100% del laringófono o bomba de insulina, esta última para los mutualistas adscritos al SNS<sup>404</sup>. Por Resolución de 29 de enero de 2018<sup>405</sup>, de la MUGEJU, se crea la ayuda para adquisición de medias de compresión normal y se modifica consecuentemente la Resolución de 19 de diciembre de 2012, por la que se suprimían determinadas ayudas sociosanitarias y complementarias y se modificaban sus requisitos y cuantías.

Podríamos incluir entre otras prestaciones sanitarias el servicio de podología para pacientes diabéticos insulino dependientes o diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta de la diabetes (6 sesiones anuales). Precisa prescripción médica y autorización previa. También se incluyen dentro de las prestaciones sanitarias en la carta de servicios y en la guía de prestaciones de la MUGEJU, las ayudas por tratamiento de psicoterapia y logopedia y para gastos de hospitalización psiquiátrica<sup>406</sup>, aunque es evidente su carácter sociosanitario.

Las prestaciones complementarias anteriores, aunque también se articular como ayudas económicas, a diferencia de estas, se conceden con independencia del nivel de ingresos de la unidad familiar a la que pertenece el mutualista. Sin embargo, y de ahí que participen de naturaleza social, las ayudas a los tratamientos de psicoterapia y logopedia y para gastos de hospitalización psiquiátrica, se condicionan a que la base imponible general de la renta de la unidad familiar<sup>407</sup> del ejercicio

---

<sup>403</sup> La cuantía de las ayudas es: Para gafas (de lejos o cerca), 40 €; gafas bifocales (de lejos y de cerca), 70 €; cristal (lejos o cerca), 15 € c/u.; cristal bifocal, 30 € c/u.; lentillas, 33 €/unidad y para desechables 66 €/año; lente terapéutica 62 € c/u, y ayudas técnicas baja visión (gafas telelupa, lupas, microscopios, filtros)180 €.

<sup>404</sup> La financiación del 100% de las bombas de insulina para los mutualistas adscritos a los servicios públicos de salud de las CC.AA. o al INGESA se establece en la Resolución de 22 de enero 2014 de la MUGEJU, BOE n. 27 de 31 de enero de 2014.

La cuantía de la ayuda por audífono es de 425 €/u. y para reparación, 210€/u.

<sup>405</sup> BOE n. 32, de 5 de febrero de 2018, las establece en la cuantía de 70 €/u. para media individual con el límite de tres anuales por miembro inferior y en 100 € para panty con idéntico límite cuantitativo y temporal.

<sup>406</sup> Estas ayudas se encuentran reguladas en la Resolución de 19 de diciembre de 2012 (BOE n. 313 de 29 de diciembre de 2012), que fue modificada parcialmente por la Resolución de 15 de diciembre de 2015 (BOE n. 304 de 21 de diciembre de 2015), y por la Resolución de 23 de febrero de 2017 (BOE n. 51 de 1 de marzo de 2017).

<sup>407</sup> Se entiende por renta de la unidad familiar el conjunto de recursos económicos computables para

económico precedente al de la fecha en que solicita la ayuda, no supere determinados límites previstos en un baremo que contempla la Resolución de 19 de diciembre de 2012<sup>408</sup>, que atiende a las cargas familiares.

La ayuda para gastos de hospitalización psiquiátrica, únicamente se prevé para mutualistas adscritos a los servicios públicos de salud de las CC.AA. Esta prestación tiene por objeto el abono de una ayuda económica para contribuir a los gastos de hospitalización psiquiátrica en régimen de internamiento o de hospital de día de mutualistas y beneficiarios de la MUGEJU, excluidos los adscritos a entidades médicas. El importe de la ayuda es del 50% de la factura, operando como techo cuantitativo de la misma el importe de 800 euros por mes de hospitalización.

La solicitud de la prestación se hará cumplimentando el impreso oficial establecido por la MUGEJU, acompañada de la documentación acreditativa del nivel de ingresos<sup>409</sup> y gastos asumido<sup>410</sup>, así como la médica correspondiente<sup>411</sup>.

Las ayudas para tratamientos de psicoterapia o logopédico consisten en el abono de una cuantía máxima al año de 350 euros, por ambas. Se presta para la continuación del tratamiento cuando se agotan las sesiones previstas en el CAS o de los servicios públicos de salud de las CC.AA. o en procesos sin cobertura a través de

---

determinar la capacidad económica de los solicitantes.

<sup>408</sup> Peticionario soltero, separado o viudo sin cargas familiares: 40.890 €.

Peticionario con cónyuge o pareja de hecho, sin hijos: 47.395 €.

Peticionario con cónyuge o pareja de hecho, con un hijo menor de 26 años: 56.688 €.

Peticionario con cónyuge o pareja de hecho, con dos o más hijos menores de 26 años o mayor discapacitado o incapacitado para trabajar: 60.406 €.

Peticionario soltero, separado o viudo con un hijo menor de 26 años: 50.182 €.

Peticionario soltero o viudo, con dos hijos menores de 26 años o mayor discapacitado o incapacitado para trabajar: 59.474 €.

Peticionario soltero o viudo, con tres o más hijos menores de 26 años o mayor discapacitado o incapacitado para trabajar: 60.406 €.

<sup>409</sup> Esta documentación consiste en Última declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, o en su caso comunicación emitida o liquidación girada a efectos de devolución por la administración tributaria. Si no existe obligación de declarar, certificación de la administración tributaria acreditativa de no haber presentado la declaración y de las imputaciones íntegras de ingresos que consten en la administración tributaria, o declaración responsable de las pensiones o prestaciones percibidas que estén exentas o que no estén sujetas a tributación por el Impuesto de la Renta de las Personas Físicas.

<sup>410</sup> Factura original del centro hospitalario, en la que conste el número de días de hospitalización.

<sup>411</sup> En el supuesto de primera hospitalización o una nueva hospitalización tras alta hospitalaria será necesario informe del psiquiatra en el que conste la patología del paciente, las causas que provocaron la hospitalización y la duración prevista de la misma.

En el supuesto de continuidad de la hospitalización habrá que aportar con la solicitud el informe anual

estos o de las entidades médicas privadas. Se solicitará la ayuda en el impreso normalizado al que se acompañará la documentación acreditativa de los ingresos de la unidad familiar<sup>412</sup>, la factura del tratamiento correspondiente y la médica. En el caso del tratamiento de psicoterapia, se precisa su prescripción por un psiquiatra de la entidad médica o del servicio público de salud, con descripción de la patología susceptible de tratamiento psicológico, así como, informe del psicólogo en el que conste la patología y tratamiento realizado. El tratamiento de logopedia se prescribirá por el pediatra, otorrinolaringólogo o neurólogo de la entidad médica o del servicio público de salud, con descripción de la patología que presenta y codificación según la CIE-9, acompañando además de tal prescripción el informe del logopeda en el que conste la patología y tratamiento realizado.

#### 2.1.5. Cualquier otra prestación que se determine en el ámbito del RGSS

Asimismo, el art. 18 de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece que los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus competencias, deberán aplicar las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos legalmente previstos, quedando incluida dicha prestación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud<sup>413</sup> y debiendo ser prestada en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma<sup>414</sup>.

#### 2.2. Beneficiarios de la asistencia sanitaria

Aunque en el ámbito subjetivo de la MUGEJU ya se abordó el concepto de beneficiario, en orden a las prestaciones sanitarias los artículos 15 TRRESSAJ y 63 RMJ consideran como tales a los mutualistas (en activo o jubilados) de la MUGEJU y beneficiarios de estos a sus viudos y huérfanos. Así, todos ellos tienen derecho a la prestación sanitaria que se dispensa con independencia de que la alteración de la salud derive de enfermedad común o profesional, o accidente en acto de servicio o

---

del psiquiatra sobre el curso de la enfermedad.

<sup>412</sup> *Vid.* nota 394.

<sup>413</sup> Artículo 18.

<sup>414</sup> *Cfr.* BLASCO LAHOZ, José Francisco y LÓPEZ GANDÍA, Juan, *Curso de Seguridad Social*, cit.,

fuera de él y durante el embarazo, parto y puerperio.

El derecho a la asistencia sanitaria nace desde el día de la afiliación o alta, aunque para los familiares o asimilados que se incluyen con posterioridad al alta del mutualista la efectividad del derecho se genera desde la fecha de la solicitud de reconocimiento de su condición, si bien el recién nacido, adoptado o acogido en preadopción o con carácter permanente, tendrá derecho a la asistencia sanitaria durante el primer mes desde la fecha de nacimiento, si la madre es mutualista o beneficiaria de la MUGEJU, o en los casos de adopción o acogimiento, desde de la resolución administrativa o judicial de acogimiento o la judicial de adopción<sup>415</sup>. El artículo 15 TRRESSAJ<sup>416</sup> rebaja el periodo de un mes a quince días, pero aquel plazo se mantiene en el RMJ. A partir de ese inicial periodo, el derecho de asistencia sanitaria del recién nacido queda supeditado a la formalización de la condición de beneficiario de un mutualista.

La identificación del mutualista o beneficiario se realizará mediante la exhibición en la entidad médica o en los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA. a los que se halle adscrito, con el documento de afiliación y la tarjeta sanitaria<sup>417</sup> o documento de asistencia sanitaria expedido por la Entidad privada.

### 2.3. Modalidades de asistencia sanitaria. Reintegro de gastos sanitarios

La realidad nos demuestra que los funcionarios mutualistas son reacios a la

---

p. 364.

<sup>415</sup> Cfr. Artículo 67 RMJ. Los apartados 2 y 3 del artículo 15 del TRRESSAJ, se modificaron por disposición final 11 de la Ley 6/2018, de 3 de julio, de PGE para 2018 (BOE n. 161, de 4 de julio de 2018) incluyendo la cobertura sanitaria durante un mes y quince días del recién nacido y del adoptado o acogido, respectivamente.

<sup>416</sup> La disposición final 11 de la Ley 6/2018, de 3 de julio, modifica los apartados 2 y 3, del artículo 15 del TRRESSAJ.

<sup>417</sup> El 26 de febrero de 2018 se firmó entre MUGEJU e INSS el Convenio para el intercambio e integración de la información entre ambos organismos a fin de integrar la totalidad del colectivo de mutualistas y beneficiarios de MUGEJU en las bases de datos gestionadas por el INSS, y, en concreto, en la base de datos de aseguramiento sanitario BADAS. Fundamentalmente se pretende, para el colectivo protegido por parte de ambos organismos, evitar situaciones de duplicidad e incompatibilidad, mejorar y simplificar los trámites relativos al alta y baja tanto de titulares y beneficiarios en los distintos regímenes de protección y con independencia de que hayan optado por recibir la asistencia sanitaria a través de los servicios públicos de salud o a través de las entidades de seguro médico privado. Los mutualistas que hayan optado por la sanidad pública serán dados de alta como asegurados del sistema público con derecho a tarjeta sanitaria de los servicios públicos de salud de la Comunidad Autónoma de residencia o INGESA para las ciudades de Ceuta y Melilla. Este Convenio se publicó por Resolución de 4 de abril de 2018 (BOE n. 87, de 10 de abril de 2018).

integración plena en el RGSS. Uno de los principales motivos de este rechazo radica en la posibilidad que les ofrece el mutualismo judicial de optar en el momento de la afiliación, y luego, durante el mes de enero de cada año, entre recibir la asistencia sanitaria a través de una entidad médica privada o de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del INGESA, en Ceuta y Melilla; y ello, debido a que la MUGEJU presta la asistencia sanitaria a través de los conciertos suscritos con entidades de seguro privadas y el Sistema Sanitario Público, como ya sabemos. Además de aquel cambio ordinario, también el mutualista puede variar su opción a lo largo de todo el año, siempre y cuando se deba a un cambio de destino (si está en activo), o de residencia (si es jubilado), siempre que implique cambio de provincia, cuando lo autoricen las entidades de seguro privadas afectadas o por medio de resolución de la Gerencia de la MUGEJU si concurren circunstancias excepcionales.

Esta opción introduce en este régimen especial una diferencia con cualquier otro régimen de Seguridad Social, donde procede la adscripción obligatoria de los afiliados a los servicios públicos de salud, siendo la elección mayoritaria de los mutualistas de la MUGEJU la de las entidades médicas privadas por la libre elección de facultativo, con carácter general, así como la considerable rebaja del tiempo de espera, especialmente, en la realización de pruebas diagnósticas y atención especializada.

Los mutualistas que opten por recibir la asistencia sanitaria de los servicios públicos de salud de las CC.AA. o del INGESA, en Ceuta y Melilla, gozarán de idéntica extensión y medios que los beneficiarios del RGSS. Debe recordarse que el mutualismo judicial contempla prestaciones sanitarias complementarias que se conceden por ostentar la condición de mutualista, al margen de que la asistencia sanitaria se asuma por una entidad privada o servicio público de salud<sup>418</sup>

Los que elijan la otra opción, deberán a su vez seleccionar de entre las

---

<sup>418</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4/10/2001 en aplicación de la normativa anterior a la vigente declaró que las prestaciones dentarias, oftalmológicas, y demás complementarias o sociales, sin equivalencia en el RGSS han de reconocerse a los mutualistas adscritos a los servicios públicos de salud de las CC.AA. Las resoluciones de la MUGEJU que regulan la materia reconocen expresamente tal derecho, en ocasiones, con carácter exclusivo a estos mutualistas, por razón de que el CAS obliga a las entidades privadas a asumir dicha cobertura (por ejemplo, el caso de la financiación de la bomba de insulina).

entidades médicas privadas con las que MUGEJU firmó conciertos. Actualmente rige el concierto para 2018, publicado por Resolución de 13 de diciembre de 2017<sup>419</sup>, que se prorrogó a 2019 por Resolución de 25 de octubre de 2018, de la MUGEJU. Las entidades de seguro firmantes de los conciertos son:

- ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.).
- CASER (Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.).
- DKV Seguros y Reaseguros, S.A.
- Mapfre Familiar, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
- MUSA (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.

La asistencia sanitaria que prestan estas entidades médicas privadas se sujeta al convenio citado, que se complementa con los suscritos<sup>420</sup> entre la MUGEJU y las CC.AA., para la cobertura por cuenta de dichas entidades de la asistencia sanitaria y/o de urgencia por los servicios públicos de salud de las CC.AA. en el ámbito rural, en poblaciones de menos de 20.000 habitantes.

En cualquier caso, constituye obligación de los mutualistas conocer los

---

<sup>419</sup> BOE n. 308, de 20 de diciembre de 2017.

<sup>420</sup> Se han suscrito convenios de asistencia en el medio rural con los servicios públicos de salud de las CC.AA. siguientes:

Andalucía, Resolución de 21 de febrero de 2018 (BOE n. 54, de 2 de marzo de 2018).

Asturias, Resolución de 23 de febrero de 2018 (BOE n. 54, de 2 de marzo de 2018).

Castilla-La Mancha, Resolución de 27 de febrero de 2018 (BOE n. 57, de 6 de marzo de 2018).

Castilla y León, Resolución de 14 de marzo de 2018 (BOE n. 71, de 22 de marzo de 2018).

Cataluña, Resolución de 17 de abril de 2018 (BOE n. 102, de 27 de abril de 2018).

Galicia, Resolución de 2 de abril de 2018 (BOE n. 87, de 10 de abril de 2018).

Illes Balears, Resolución de 7 de marzo de 2018 (BOE n. 54, de 14 de marzo de 2018).

Madrid, Resolución de 7 de marzo de 2018 (BOE n. 64, de 14 de marzo de 2018).

En el año 2019 con:

Asturias: Resolución de 4 de marzo de 2019 (BOE n. 63, de 14 de marzo de 2019).

Castilla y León: Resolución de 26 de marzo de 2019 (BOE n. 85, de 9 de abril de 2019).

Castilla-La Mancha: Resolución de 4 de marzo de 2019 (BOE n. 64, de 15 de marzo de 2019).



medios que la entidad a la que voluntariamente están adscritos pone a su disposición, sin que la ignorancia de los mismos pueda amparar perjuicio alguno para la entidad aseguradora, siempre que disponga de los medios adecuados para un determinado tratamiento, salvo en los casos tasados y excepcionales previstos en el propio convenio<sup>421</sup>.

Como regla general, el beneficiario que utilice servicios de atención sanitaria distintos de los que le correspondan abonará sin derecho a reintegro los gastos que puedan ocasionarse. Ahora bien, esta regla cuenta con dos excepciones que dan derecho al reintegro del coste de la asistencia sanitaria para el beneficiario, a saber:

- 1) El supuesto en que la asistencia sanitaria se presta en situación de urgencia vital.
- 2) Cuando se acude a medios ajenos a entidad por denegación injustificada de asistencia sanitaria de los concertados<sup>422</sup>.

A pesar de la aparente simplicidad de las mentadas excepciones, lo cierto es que en la práctica se suscitan muchas controversias en torno a qué debe entenderse por urgencia vital o sobre qué situaciones han de integrar el supuesto de denegación injustificada de la asistencia sanitaria. Incluso ambas situaciones, conceptualmente diferentes, participan en ocasiones de características comunes que se entremezclan, perdiendo en la práctica su pureza conceptual<sup>423</sup>, lo que dificulta su análisis y encaje en la concreta norma.

Consciente la MUGEJU de esta problemática, incorpora en el CAS los conceptos y requisitos de ambas situaciones, e incluso dicta una resolución meramente interpretativa de la cláusula 4.3.1 del vigente concierto relativa al reintegro de gastos, a fin de facilitar la solución a determinados supuestos prácticos que per se gozan de la naturaleza de urgencia vital y en los que debe sobreentenderse la concurrencia de todos los requisitos y, en definitiva, evitar la judicialización de la controversia que pudiera derivarse de su interpretación. Esto último, como se verá al analizar la doctrina judicial y jurisprudencia, se ha logrado solo en parte.

---

Galicia: Resolución de 4 de abril de 2019 (BOE n. 96, de 22 de abril de 2019).

<sup>421</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 31 de enero de 2018, recurso n. 1201/2012.

<sup>422</sup> Artículo 72 RMJ.

En efecto, el CAS dedica el Capítulo IV a la utilización de medios no concertados. Parte del criterio general anteriormente expuesto: el beneficiario que, por decisión propia o de sus familiares, utiliza medios no concertados con la Entidad a la que se encuentre adscrito, debe soportar los gastos que se ocasionen. No obstante, se reconoce el derecho a su reintegro por denegación injustificada de asistencia o en caso de urgencia vital.

A tal fin, el CAS enumera una serie de supuestos que suponen la denegación injustificada de asistencia: A) Cuando se deniega al beneficiario el libre acceso al Catálogo de proveedores de la Entidad. B) Cuando el beneficiario solicite por escrito a la Entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria prescrita por un médico concertado por la Entidad y ésta no le ofrezca, en contestación por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma y antes del quinto día hábil siguiente a la comunicación, la solución asistencial válida en el nivel que corresponda. C) Cuando la Entidad no cumpla con las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto; en este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros privados que existan en el nivel correspondiente, o de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos, de conformidad con lo estipulado en la cláusula 3.3.1. D) cuando el beneficiario solicite autorización a la Entidad para acudir a un facultativo o centro no concertado (previa prescripción por escrito de un facultativo de la Entidad con exposición de las causas médicas justificativas de la necesidad de remisión al medio no concertado) y la Entidad no lo autorice ni ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación de la solicitud de autorización; si la Entidad ofrece medios propios o concertados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a prestar la asistencia y que puede llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita. E) Si la Entidad autoriza la remisión a un facultativo o centro no concertado, debe asumir los gastos ocasionados por el proceso asistencial, sin exclusiones; no obstante, transcurridos seis meses desde el inicio de la asistencia, el beneficiario deberá solicitar a la Entidad la renovación de la prestación o la continuidad de la

---

<sup>423</sup> AZAGRA SOLANO, Miguel, “El reintegro de gastos sanitarios: cómo, cuándo y por qué”, *Revista*

asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la fecha de solicitud, la Entidad autorice la renovación. F) Cuando en un medio de la Entidad al que un beneficiario haya acudido para recibir asistencia o en el que esté ingresado, no existan o no estén disponibles los recursos adecuados, según criterio del facultativo de la Entidad o del centro que tenga a su cargo la asistencia, y ello se manifieste implícitamente en la remisión del beneficiario a centro no concertado.

En estos supuestos, la entidad médica a la que se halle adscrito el beneficiario ha de abonar los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria en 10 días hábiles siguientes al de presentación de la reclamación del beneficiario (la factura se gira a la entidad) o, en caso de reintegro del gasto asumido, desde la presentación por el paciente de la factura abonada.

Por su parte, la cláusula 4.3.1 del CAS considera situación de urgencia vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato. Además, es preciso que el medio ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

En el propio CAS se consideran de urgencia vital la asistencia prestada por equipos de emergencias ajenos a la entidad en accidente en acto de servicio, así como la que deriva de acto cometido por persona integrada en banda o grupo organizado y armado. Asimismo, como ya se adelantaba, la MUGEJU en Resolución de 18 de octubre de 2018 determina que siempre reúnen la condición de urgencia de carácter vital y que la asistencia recibida en medios ajenos cumple todos los requisitos exigibles para reintegrar la beneficiario su coste, cuando el beneficiario se encuentre en vía o lugar público y los equipos de emergencia sanitarios públicos sean activados por persona distinta a aquel o familiares que lo acompañen, cuando se requieran por los cuerpos de seguridad del Estado o servicios de emergencia no sanitaria y cuando

se activen por personal de centro de mayores asistido o centro para crónicos, en donde resida el beneficiario, o por los servicios de tele asistencia pública si reside en su domicilio, siempre que conozcan la adscripción a entidad privada a efectos de asistencia médica. Ha de comunicarse a la Entidad tal asistencia en medios ajenos en las 48 horas siguientes a su inicio<sup>424</sup> salvo circunstancias excepcionales debidamente justificadas, aportando informe médico de urgencia y la Entidad ha de responder de modo que deje constancia de ello, en las 48 horas siguientes a la recepción de aquella comunicación.

De igual modo, en el marco de los servicios públicos de salud de las CC.AA., se prevé el reembolso de los gastos por asistencia sanitaria en centros privados de urgencia vital e inmediata, siempre que no se pudieran utilizar los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción, según dispone en apartado 3, del artículo 4 del RD 1030/2006<sup>425</sup>.

Existe una copiosa doctrina judicial, mayoritariamente referida a la MUFACE e ISFAS, pero que resulta de aplicación a la MUGEJU, que perfila los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital. Conforman un presupuesto básico para poder apreciar la situación de denegación injustificada de asistencia sanitaria, según la doctrina judicial reiterada, que la solicitada por el beneficiario se encuentre en la cartera de servicios comunes<sup>426</sup> del concierto suscrito con la entidad a la que voluntariamente se hubiera adscrito o en la CSCSNS y no pudiera ser atendida

---

<sup>424</sup> Sobre el incumplimiento de los plazos de comunicación el Tribunal Supremo en sentencia de 11 de noviembre de 1991, declara: “De la misma manera que no está capacitado el enfermo o su familia para determinar si existe objetivamente una situación de urgencia vital, tampoco puede exigirse la observancia rígida de unos plazos en situaciones que por la gravedad, la lógica preocupación personal, la falta de allegados o cualesquiera otros motivos fundados pudieran justificar un retraso razonable en el deber contractual de comunicación” ... “los plazos previstos en el Concierto ... no han de ser en todo caso rigurosos, ya que habrán de interpretarse en atención a las circunstancias personales, familiares y de gravedad si se produce una urgencia ..., dicha interpretación no es posible aplicarla cuando desde el ingreso por razón de urgencia hasta que se efectúa la notificación transcurre más de tres meses”.

<sup>425</sup> DESDENTADO BONETE, Aurelio y DESDENTADO DAROCA, Eva, “El reintegro de los gastos de la asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, n. 44, 2003, p. 41, o ARETA MARTÍNEZ, María, “Sobre el carácter excepcional del reintegro de gastos sanitarios por el sistema nacional de salud y la inclusión o no de la asistencia sanitaria pública en el Sistema de Seguridad Social”, *Revista Aranzadi Social*, n. 20, 2007.

<sup>426</sup> AZAGRA SOLANO, Miguel, “La jurisdicción social ante el reintegro de gastos sanitarios: cuestiones actuales”, *Derecho y Salud*, Vol. 21, n. Extra 1, 2011, pp. 97-112.

en centros concertados por la entidad o por sus facultativos<sup>427</sup>.

En este sentido, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, en sentencia de 20 de marzo de 2004<sup>428</sup> ha declarado que “la asistencia sanitaria debida por la Seguridad Social tiene unos límites, sin que pueda constituir el contenido de la acción protectora del sistema, caracterizado por una limitación de medios y su proyección hacia una cobertura de vocaciones universal, la aplicación de aquellos medios no accesibles ni disponibles en la Sanidad Española, a cuanto lo solicite”. Se trata de un límite que, desde luego, ha de aplicarse a la prestación asumida por entidades médicas privadas, con referencia al contenido de los diversos conciertos suscritos con la MUGEJU, siempre y cuando, claro está, superen el de la CSCSNS<sup>429</sup>.

A partir de esa premisa, los Tribunales consideran que existe una denegación injustificada de asistencia sanitaria cuando los facultativos que pudieran realizarla declinan tal posibilidad sin que por la entidad o servicio público de salud se ofrezca

---

<sup>427</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 48/2019, de 6 de febrero, rechaza que en el caso se concurra denegación injustificada de asistencia sanitaria a la recurrente porque no consta requerimiento o petición de autorización alguna a la Entidad, ni solicitud de información sobre Unidad integral de mama, por lo que difícilmente puede entenderse denegada la prestación (intervención quirúrgica por facultativo ajeno a la Entidad y en centro no concertado) si no consta solicitada, máxime cuando la entidad disponía en su Catálogo de Servicios de cirujanos y Centros Hospitalarios suficientes y hubiera podido ofrecerle alternativas a la intervención que le iba a ser realizada.

El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía en sentencia de 15 de febrero de 2018, recurso n. 2247/2011, rechaza la existencia de denegación injustificada de asistencia en el caso enjuiciado en atención a que, si bien, cuando a la recurrente se le diagnostica adenocarcinoma de ovario en 2004 y se le interviene por laparoscopia en junio de 2006 en la Clínica de Pamplona, esta constituía un centro concertado de la entidad, en el año 2010 esta clínica ya no figuraba en el cuadro de la aseguradora, ofreciendo para el tratamiento de la recidiva asistencia sanitaria para su compleja situación dentro del marco prestacional de la entidad, pese a lo cual optó, voluntariamente, por obtener la asistencia sanitaria en un centro privado con el que no existía concierto.

También en sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 18 de julio de 2014, recurso n. 198/2010 se considera que no existe la pretendida denegación de la asistencia sanitaria debida al no concurrir alguno de los supuestos de la citada cláusula 4.2.1. En el caso analizado el paciente fue asistido inicialmente por varios facultativos del cuadro médico que practicaron diversas pruebas diagnósticas, determinando la existencia de tumor sin metástasis. El paciente voluntariamente no asistió a la cita programada para ampliación de pruebas, optando por la obtención de un diagnóstico en centro médico privado fuera de esta comunidad. Por facultativo de la entidad se remitió al paciente a un centro no concertado perteneciente al servicio público de salud de Aragón, de referencia en la Comunidad Autónoma para el diagnóstico y tratamiento del osteosarcoma, y que aplica al respecto el correspondiente protocolo OS-SEOP 2001 de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica. Dicho protocolo que no contempla la administración de quimioterapia intraarterial que, si se lo aplicaron en Clínica Universitaria de Navarra, pero en la medida en que no se prevé en el protocolo aplicable no cabe reintegrar los gastos de dicho tratamiento por la Entidad.

<sup>428</sup> Recurso n. 1737/2003.

<sup>429</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de 7 de marzo de 2007 deniega el reintegro de los gastos sanitarios asumidos por tratamiento experimental fuera de la CSC.

otro medio distinto previsto en el concierto. Es el caso analizado en una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Granada) de 31 de enero de 2018<sup>430</sup>, en el que los especialistas de la entidad declinan la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica en el seno de un centro concertado por la entidad médica privada, sin que esta ofreciera otra alternativa en el marco del concierto, lo que entiende el Tribunal que encaja en los supuestos b) o c) del art. 4.2.1 de denegación injustificada de asistencia sanitaria.

También la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid), en sentencia de 28 de enero de 2019<sup>431</sup>, califica el supuesto enjuiciado de denegación injustificada de asistencia y condena a la entidad a asumir los gastos del trasplante de médula ósea, no autorizado pero consecuencia del tratamiento iniciado por el recurrente en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca, al que remitieron los facultativos de la entidad médica, y donde le realizaron las pruebas diagnósticas precisas para recibir la primera línea de tratamiento de quimioterapia prescrito, que resultó ineficaz, siendo precisos otros tres ciclos de rescate ESHAP, antes del trasplante autólogo de medula ósea. El Tribunal estima que, aun siendo posible que los ciclos ESHAP y el trasplante de medula ósea se realicen en centros médicos distintos, no es conveniente para el paciente, por lo que el proceso asistencial al que fue sometido en el HUS, debe considerarse un proceso único iniciado con la primera línea de tratamiento de quimioterapia, seguido, ante su fracaso, por la segunda línea de tratamiento ESHAP y que concluye con el trasplante de médula.

Sin embargo, en una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Burgos), de 6 de mayo de 2013<sup>432</sup>, se deniega el derecho al reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria en un Hospital no concertado, distinto a aquel que fue autorizado por la entidad. El paciente ingresó de urgencias en un centro concertado por la entidad médica a la que se encuentra adscrito, sito en su lugar de residencia. Por los facultativos de este centro fue derivado a Hospital no concertado por la entidad, que

---

<sup>430</sup> Recurso n. 1201/2012.

<sup>431</sup> Recurso n. 624/2017.

ha de entenderse autorizado. Transcurridos dos días se traslada a otro Hospital donde trabaja el hijo del paciente, ubicado en distinta localidad, donde la entidad ya dispone de centros concertados. El Tribunal deniega el reintegro de gastos en atención a que la autorización solo ampara el traslado al primer centro no concertado y no a cualquier otro del territorio nacional que el beneficiario, o su familia estime más conveniente para su situación personal y familiar. La remisión del facultativo del centro concertado al Hospital público exime al beneficiario, en aplicación de la letra d) (para la MUGEJU sería el supuesto contemplado en la letra e)), la acreditación de la insuficiencia de medios, pero ello no se extiende al traslado por decisión del paciente o familia de este centro a otro no concertado de su interés, pues en este caso sí ha de probar la concurrencia de razones médicas o insuficiencia de medios del centro al que inicialmente fue trasladado.

En una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Burgos), de 27 de febrero de 2014<sup>433</sup>, se reputa denegación injustificada de asistencia cuando la intervención quirúrgica prescrita por facultativo de la entidad se propone realizar por esta, en centro concertado carente de experiencia alguna en dicha práctica<sup>434</sup>, ante la evidencia de que la garantía o las probabilidades de éxito eran menores en los centros propuestos frente a un centro hospitalario en el que ya venían practicando el tipo de intervención requerida según facultativo de la entidad. Entonces, la alternativa asistencial ofertada entraña una carencia o desventaja frente al centro no concertado.

Igualmente, en la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia se considera un supuesto de denegación injustificada de asistencia por incumplimiento de medios previstos en el Concierto y falta de solución asistencial válida a la previa petición del beneficiario, (para la MUGEJU contemplados en las letras c] y b], respectivamente), el caso en que la entidad no proporcionara una solución asistencial factible en el nivel correspondiente,

---

<sup>432</sup> Recurso n. 222/2013.

<sup>433</sup> Recurso n. 1987/2010.

<sup>434</sup> En el supuesto enjuiciado en la sentencia, a la fecha de la intervención de paciente de tres años, los centros propuestos por la entidad no habían efectuado intervención laparoscópica alguna para corregir y curar la patología de la clase que aquel menor padecía, por lo que la propuesta de la Entidad ha de considerarse inadecuada

concretamente, porque de los dos neurocirujanos integrados en el cuadro médico de la entidad en A Coruña, uno se encontraba de baja y otro jubilado, figurando los dos de Vigo como consultores, de modo que siendo la petición formulada de intervención quirúrgica, no de consulta, conforma un claro supuesto de denegación injustificada de asistencia, que también podría ampararse en la ausencia de disponibilidad de los medios ofertados en el nivel correspondiente, pues en Vigo la especialidad de neurocirugía no contaba con dos especialistas no consultores. En este caso, el Tribunal Superior de Justicia de Galicia condena a la Mutualidad respectiva al abono de la totalidad de los gastos ocasionados por la intervención quirúrgica de hernia discal en hospital concertado por la entidad, realizada por cirujano ajeno al cuadro médico, más intereses desde la fecha de la reclamación en vía administrativa<sup>435</sup>.

Precisamente, en atención a la idoneidad de los medios ofrecidos por la entidad, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, en sentencia de 28 de enero de 2011<sup>436</sup>, rechaza que la entidad incurriera en la denegación injustificada de asistencia, que justificaría el reintegro de gastos pretendido por el actor, pues no solo contaba con medios adecuados para la práctica de la intervención necesaria para tratar la dolencia que padecía (Divertículo de Zenker), sino que estos le fueron ofrecidos, sin que se rechazaran expresamente, ni se comunicara a la entidad médica las reticencias que pudieran justificar la utilización de medios no concertados. El demandante sustenta que la intervención debía ser realizada por un Otorrinolaringólogo y no —como le ofrecía dicha entidad— por un Especialista en Cirugía General o un Especialista en Aparato Digestivo, y que el facultativo que iba a practicar la intervención ofrecida era Especialista en Cirugía General y no había realizado nunca dicha intervención, pero la prueba practicada acredita que la intervención del divertículo de Zenker la realizan en todos los casos especialistas en cirugía general y de aparato digestivo, y que el cirujano del cuadro médico de la entidad tenía amplia experiencia en la realización de dicha intervención y la Unidad de Cirugía de la Clínica ofertada donde las practicaba, gozaba de la capacidad y medios óptimos para ello.

---

<sup>435</sup> Véase al respecto una Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 28 de enero de 2011 (recurso n. 487/2010).

<sup>436</sup> Recurso n. 2626/2008.



Tampoco se admite dicho supuesto en la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 20 de junio de 2007<sup>437</sup>. El Tribunal confirma la denegación de la solicitud de reintegro de gastos sanitarios formulada al amparo del supuesto consistente en la ausencia de indicación expresa de facultativo especialista por la Entidad (en el marco de la MUGEJU sería el de la letra d]), en atención a que el facultativo del cuadro médico de la Entidad aconsejaba dadas la complejidad de las patologías que presentaba el paciente, la intervención por retinólogo capacitado, sin aclarar que hubiera de ser no concertado, ofreciendo medios propios para la asistencia con al concretar los centros en que la intervención podía llevarse a cabo, sin que ello se altere por el hecho de que el actor hubiese requerido aquella especificación de facultativo, que no resulta exigible una vez concretados el centro o centros.

Ya para concluir, merece especial mención, la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias 26 de abril de 2013<sup>438</sup>, que declaró el derecho de la demandante a que le sea facilitado el acceso a las técnicas de reproducción asistida en los términos y límites usuales en la CSC, ya que la Constitución ampara el principio de igualdad de trato y no disminución por razón de sexo y entiende que en los casos de esterilidad no puede excluir la que en términos médicos se denomina como primaria (ausencia de factor masculino), ya que, de lo contrario, se estaría obligando a una persona de orientación homosexual a tener relaciones heterosexuales para alcanzar la procreación. La doctrina encaja estos casos en la denegación injustificada de asistencia sanitaria que ampara el reintegro de los gastos sanitarios por no haberle sido prestado el servicio de reproducción asistida por la sanidad pública o centro concertado, en la medida en que, únicamente, se sustenta en la orientación sexual de la demandante, sin que exista, motivo objetivamente justificado<sup>439</sup>.

La asistencia sanitaria en medios no concertados por razón de urgencia vital,

---

<sup>437</sup> Recurso n. 719/2005.

<sup>438</sup> Recurso n. 554/2013.

<sup>439</sup> *Cf.*: GUTIÉRREZ PÉREZ, Miguel, “El derecho a la reproducción asistida de las homosexuales y el derecho al reintegro de gastos sanitarios”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, Vol. 6, n. 7, 2013, pp. 275-280.

por su parte, genera igualmente el derecho al reintegro de sus gastos, pero para ello se requiere que la asistencia sanitaria sea urgente, inmediata y de carácter vital. Con todo, tales características no acaban de perfilar el concepto de la situación de urgencia vital que, por ello, participa de la naturaleza de los jurídicos indeterminados<sup>440</sup>. Son la jurisprudencia y doctrina judicial, las que acotan, aun casuísticamente, el concepto de tal supuesto<sup>441</sup>, sin que quepa ignorar que por razón de la diversidad de situaciones que se someten a la vía judicial para decidir sobre la concurrencia o no en el caso concreto de las características requeridas para apreciar este supuesto, no siempre existe unidad de criterio, sin que resulte fácil la unificación de la doctrina judicial por vía recurso de casación, precisamente, por la dificultad de encontrar supuestos de hecho iguales<sup>442</sup>.

Además de esas notas, a la urgencia vital ha de unirse la razonabilidad del medio ajeno utilizado<sup>443</sup>, en atención a las circunstancias de lugar y tiempo en que se manifiesta la patología y capacidad de decisión del enfermo o quienes le auxilian en primer término. Esta circunstancia, tal y como advierte la doctrina, provoca un alto grado de inseguridad jurídica difícilmente conciliable con la primordial finalidad de proteger la vida y la integridad<sup>444</sup> y viene a enturbiar la labor clarificadora de los tribunales. En cualquier caso, parece irrelevante a estos efectos las causas de la imposibilidad de la atención (sobrecarga de los servicios, excesiva demora, aglomeración, lejanía del centro o carencia de instalaciones o medios adecuados, ...).

---

<sup>440</sup> ROMÁN VACA, Eduardo, *Asistencia sanitaria y reintegro de gastos médicos*, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1998, p. 105, en el mismo sentido, advierte de lo impreciso del término “urgencia vital”.

<sup>441</sup> APARICIO TOVAR, Joaquín, *La Seguridad Social y la protección de la salud*, Civitas, Madrid, 1989, p. 240.

<sup>442</sup> TARABINI-CASTELLANI AZNAR, Margarita, “Reintegro de gastos médicos en los casos de urgencia vital”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 34, 2002.

<sup>443</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Comunidad Valenciana 536/2017, de 28 de noviembre, aun reconociendo en el caso la circunstancia de urgencia vital, deniega el reintegro de gastos en atención a que el medio ajeno a la entidad no fue razonablemente elegido. Dicen el Tribunal: “... Tal razonabilidad no concurre en el caso que nos atañe, ni ante las circunstancias loco-temporales, pues incluso el Hospital en que el paciente es ingresado ... se justifica como concertado con la propia compañía Aseguradora codemandada ... sin que, en fin haya razón para dudar, ni de la capacidad de decisión del actor ni de quien lo acompañaba, en orden a instar el ingreso, incluso con mediación del servicio de urgencias hospitalario, con el fin de que la intervención quirúrgica de referencia fuere realizada por profesionales integrados en el cuadro médico de la aseguradora codemandada”.

<sup>444</sup> *Vid.* POLO SÁNCHEZ, M<sup>a</sup>. Cristina, *Reintegro de gastos médicos y estado de bienestar*, 1<sup>a</sup> Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2001, capítulo 4.

Siguiendo el concepto jurisprudencial de “urgencia vital”, su apreciación requiere de la existencia objetiva y contrastada de una situación de riesgo inesperado e imprevisible<sup>445</sup>, en la que existe perentoriedad o premura en la actuación y en la que está en peligro la vida del afectado, de suerte que se perjudica su supervivencia o se le puede infligir un daño irreparable o de difícil subsanación a su integridad física si el afectado está obligado a acudir a los servicios médicos asignados. Supone, en suma, la aparición súbita de un cuadro clínico que requiere una inmediata atención que imposibilita acudir al cuadro médico estipulado<sup>446</sup>.

De acuerdo con la jurisprudencia, la urgencia vital exige una situación, objetiva y contrastada, de riesgo inesperado e imprevisible, que ha de ser, a su vez, de relevancia vital, aunque sin necesidad de que se concrete en la vida misma<sup>447</sup>; el concepto vital no ha de asociarse, exclusivamente, con la existencia de un riesgo cierto e inminente de la propia vida del paciente, basta con que pueda representarse la probabilidad cierta de que un retraso en recibir la asistencia pueda producir daños graves para la salud en forma de secuelas o incluso de la prolongación en el tiempo de sufrimientos intolerables, incluidos los que atañen a la integridad moral<sup>448</sup>.

El Tribunal Supremo (Sala de lo Social) en sentencia de 31 de enero de 2012<sup>449</sup>, reproduce el concepto sentado en anteriores sentencias del término vital. Recuerda las dos acepciones que tiene en el Diccionario de la Real Academia Española: “perteneciente o relativo a la vida” y “de suma importancia o trascendencia”, para concluir que si en la norma se hubiera querido restringir los supuestos a los riesgos de pérdida de la vida, así lo hubiera expresado en términos tales como “peligro inminente de muerte”, pero no al de “urgencia vital” que, por tanto, se ha de interpretar conforme a la segunda de las acepciones del término, referida a la suma importancia o trascendencia, teniendo cabida pues riesgos de pérdida de funcionalidad de órganos relevantes en el desenvolvimiento de la persona.

---

<sup>445</sup> Sentencias de Tribunal Supremo de 11 de mayo de 1986, de 15 de enero de 1987, de 09 de junio de 1988, de 25 de octubre de 1999.

<sup>446</sup> En este sentido, véase una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla), de 31 de enero de 2018 (recurso n. 1201/2012).

<sup>447</sup> Sentencia de Tribunal Supremo de 17 de diciembre de 2003.

<sup>448</sup> RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, Victoria, “La urgencia vital en el reintegro de gastos médicos. Régimen jurídico y requisitos”, *Temas Laborales*, n. 121, 2013, pp. 201-212.

La asistencia sanitaria que se precisa por razón de tal riesgo vital debe presentar, asimismo, las notas de urgencia e inmediatez<sup>450</sup>, de modo que la demora en el tratamiento suponga una intensificación del riesgo del enfermo. La jurisprudencia entiende que concurre en los supuestos de tratamiento inaplazable<sup>451</sup>. No basta que el tratamiento alternativo sea simplemente beneficioso para la salud del paciente o mejoren sus expectativas de vida, del mismo modo que no se englobarían los supuestos en que la intervención no sea apremiante ni imprescindible. En suma, la situación de riesgo debe imponer premura en la actuación, de suerte que la espera o tardanza que supone acudir a los medios concertados perjudique la supervivencia del enfermo o le puede infligir un daño irreparable o de difícil subsanación a su integridad física<sup>452</sup>.

Se aprecia la urgencia en supuestos de desprendimiento de retina, ya que si todavía no ha afectado a la mácula requiere atención sanitaria dentro de las 24 posteriores a los primeros síntomas, al objeto de evitar el deterioro o pérdida irreversible de la visión, en tanto que si la mácula ya se ha desprendido el grado de urgencia resulta menor, admitiendo que la intervención quirúrgica se demore de una semana a diez días<sup>453</sup>. También en los supuestos de diagnósticos de carcinomas cuyo tratamiento no inmediato haría peligrar la vida o reducir las posibilidades de

---

<sup>449</sup> Recurso n. 45/2011.

<sup>450</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 3 de mayo de 2012, procedimiento 423/2010 señala que el concepto “urgencia vital” se identifica con relación a una situación objetiva de riesgo, que se traduce en una imposibilidad de utilizar los servicios sanitarios de una Entidad Aseguradora (bien por no disponer ésta de tales imprescindibles servicios, bien por la demora o tardanza que tal utilización generaría), y que ponga en peligro la vida o curación del enfermo, sin que pueda limitarse el concepto de necesidad urgente o de carácter vital a las situaciones en que se halla en peligro la propia existencia, debiendo también incluirse aquellos casos en que la premura influya en daño considerable a la integridad física y siempre que exista imposibilidad razonable de resolverlo, con la misma urgencia, por los servicios que tiene establecidos la Entidad concertada.

<sup>451</sup> Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de octubre de 1999, de 14 de diciembre de 1988, de 15 de enero de 1987.

<sup>452</sup> Sentencias del Tribunal Supremo de 1 de julio de 1991 y 1 de agosto de 1991 dictadas para unificación de doctrina.

<sup>453</sup> *Cfr.* Sentencia del Tribunal Supremo, de 4 de julio de 2007 (recurso n. 3043/2002). Declara el Tribunal Supremo en la mentada sentencia que no constando que el desprendimiento sufrido por el actor hubiese afectado a la mácula, resulta evidente la perentoriedad de la solución quirúrgica, y en todo caso se presentaba ostensiblemente desaconsejable —peligrosa para la salud visual del paciente— la demora de más de cuatro meses en lista de espera. Por ello, aunque la prescripción de los facultativos de que el beneficiario acudiese al IOBA no resultase en propiedad habilitante, esto unido a la existencia de listas de espera en el Servicio de Oftalmología, comportan un panorama de buena fe que lleva a concluir que no se produjo un voluntario apartamiento de los medios sanitarios concertados.

curación<sup>454</sup>, en los que la inclusión en una lista de espera resulta incompatible con necesidad de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital<sup>455</sup>. También se aprecia urgencia vital en una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2001<sup>456</sup>, en un caso de descompensación psicótica<sup>457</sup>.

En relación con los ingresos hospitalarios de pacientes psiquiátricos, creo que debe llamarse la atención sobre el contenido de la cláusula 2.4.4.7, último párrafo, del CAS, que prevé el reintegro de gastos hospitalarios cuando el paciente se ingresara en centro no concertado por causas clínicas justificadas, sin autorización previa, de la entidad, si bien con un límite de 87 euros diarios hasta el alta hospitalaria. Cabe preguntarse por qué opera un límite cuantitativo, ¿las situaciones que conforman “causas clínicas justificadas” difieren de las de urgencia vital o denegación injustificada de asistencia sanitaria? La respuesta, a mi juicio, ha de ser afirmativa, pues en otro caso la limitación cuantitativa del gasto asumido por el paciente por la utilización de medios ajenos en casos de urgencia vital o denegación injustificada de asistencia sanitaria carecería de justificación y vulneraría el derecho del paciente a la asistencia sanitaria.

Retomando la casuística judicial, goza de especial relevancia —porque entiendo que abre la vía a la aplicación analógica de los supuestos expresamente contemplados por la Resolución de 18 de octubre de 2018, que eximen de toda prueba sobre la concurrencia de la urgencia vital que legitima el reintegro de los gastos sanitarios asumidos en la asistencia sanitaria recibida en centro no concertado por razón de dicha situación— el criterio sentado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su sentencia de 24 de

---

<sup>454</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 31 de enero de 2018, recurso n. 1201/2012.

<sup>455</sup> NÚÑEZ ÁLVAREZ, Amaya, “Supuesto extraordinario de reintegro de gastos sanitarios por asistencia médica fuera del Sistema Público. Las listas de espera”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 79, 2010.

<sup>456</sup> Recurso n. 3423/2000.

<sup>457</sup> Dispone la cláusula 2.4.4.7, último párrafo, del CAS sobre el ingreso de los pacientes psiquiátricos que: “El ingreso deberá realizarse en centros concertados por la Entidad. No obstante, si el ingreso se hubiera producido en un centro no concertado por causas clínicas justificadas, sin autorización previa de la Entidad, la misma abonará al interesado los gastos de hospitalización, con el límite de 87 euros por día hasta el alta hospitalaria. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha en que se presenten los justificantes de dichos gastos ante la Entidad. 2.4.5. Hospitalización”.

enero de 2019<sup>458</sup>, en el que se aprecia la situación de urgencia vital asimilando el supuesto enjuiciado al previsto expresamente en el concierto de tal carácter, en el caso de la MUGEJU en la Resolución de 18 de octubre de 2018, “cuando el beneficiario resida en un centro de mayores asistido o en un centro para crónicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por el personal del centro, o cuando aquél resida en domicilio particular, y estos equipos sean activados por un Servicio de tele asistencia de financiación pública, en ambos casos siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro o servicio su adscripción a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria”. Concretamente, el beneficiario se encontraba accidentalmente en un centro no concertado, acompañando a un familiar al que estaban atendiendo, cuando sufre desvanecimiento que activa a los servicios de tal centro. El Tribunal entiende que si la asistencia en medio no asignado al actor no fue buscada de propósito, sino por el hecho de encontrarse accidentalmente el actor de visita en el propio centro hospitalario, y si la decisión primero de ingreso y luego de no traslado a otro centro obedeció a criterios médicos de los facultativos que lo atendían, debe entenderse que en este caso el empleo de medio ajeno fue razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se produjo, así como la capacidad de decisión del enfermo. Se aprecia la similitud con el supuesto expresamente previsto por la Mutualidad, e en el hecho de que es el personal del centro el que activó la asistencia de emergencia, algo a lo que seguramente no fue ajena la edad del demandante.

En otras ocasiones, en cambio, se rechaza la concurrencia de “urgencia vital” y, por consiguiente, se deniega el reintegro de gastos solicitado si se trata de una intervención quirúrgica de cambio de sexo<sup>459</sup>; o cuando se solicita el reintegro de los gastos asumidos por la realización de un diagnóstico genético en la sanidad privada, a fin de que, a la vista del mismo, se realizara a la beneficiaria el tratamiento de reproducción asistida en el centro sanitario que le daba cobertura de asistencia sanitaria<sup>460</sup>.

---

<sup>458</sup> Recurso n. 182/2017.

<sup>459</sup> Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de mayo de 2007 (recurso n. 4407/2005).

<sup>460</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Burgos), de 11 de julio de 2013 (recurso n. 4426/2008).

Resumiendo, aunque no es posible ofrecer un concepto que agote todas las situaciones de urgencia vital que puedan presentarse, dado que cada caso presenta sus peculiares circunstancias (edad del enfermo, padecimiento sufrido, distancia del centro elegido, etc.) que habrá que ponderar para decidir sobre si existe o no urgencia vital, lo que entraña una valoración de la sintomatología que presente el paciente en el momento de precisar atención sanitaria, que es lo que determina la exigencia de una reacción inmediata y la urgencia de la misma, al margen del diagnóstico final, en líneas generales siempre ha de concurrir una enfermedad o el padecimiento sufrido que objetivamente se revele con efectos altamente negativos para la supervivencia del enfermo o para su integridad física y que tal evento perentorio justifique la utilización de servicios o centros no concertados por los efectos perniciosos que la demora en acudir a los mismos podrían generarse para la vida o integridad del enfermo.

Ya para concluir este apartado, cabe preguntarse a quién debe dirigirse el SPS que hubiera atendido a un mutualista adscrito a entidades privadas. Conforme al Anexo IX, apartado 1, del RD 1030/2006<sup>461</sup>, los gastos ocasionados por dicha asistencia sanitaria en ningún caso han de asumirse por los servicios públicos de salud que la prestaron toda vez que los artículos 83 de la LGS y 2.7 del mentado RD, prohíben su financiación con ingresos de la Seguridad Social, obligando a la CC.AA. a reclamarlos a los terceros obligados al pago. Llegados a este punto, tratándose de funcionarios afiliados a la MUGEJU, *a priori*, parece incuestionable la condición de la Mutualidad de tercera obligada al pago, en la medida en que ella asume la prestación de la asistencia sanitaria. Ahora bien, lo que parece tan evidente deja de serlo cuando entra en juego la modalidad de gestión de dicha prestación y, con ello, el concierto respectivo que fija las obligaciones de todas las partes.

---

<sup>461</sup> Establece el Anexo IX del RD 1030/2006: “Conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por el RD Leg. 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 2.7 del presente RD y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, ... en los siguientes supuestos: 1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, MUGEJU o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud”.

La MUGEJU no facilita directamente la asistencia sanitaria sino mediante conciertos con entidades o establecimientos privados o públicos. Entonces, en lo que ahora interesa, ¿sería la entidad privada a la que se encuentre adscrito el mutualista la tercera obligada al pago? Y ello, ¿en todo caso? Me parece incuestionable su condición de tercera obligada al pago (tanto de la Entidad como de la propia MUGEJU) en casos en que los gastos sanitarios causados por el mutualista en SPS derivan de situación de urgencia vital o denegación injustificada de asistencia. Pero, como en la práctica casi nada se presenta con perfiles absolutamente definidos, ¿qué sucede si aquellas cuestionan la situación excepcional que ampara la asistencia en los SPS? ¿Estos únicamente podrán reclamar al mutualista? ¿O cabe entender que dicha controversia no muta la condición de terceras obligadas al pago, que deriva de la afiliación del paciente a la Mutuality y su adscripción a la Entidad elegida?

Esta última solución opino que releva a las CC.AA. en tales casos de cualquier tarea depurativa del supuesto invocado por el paciente, al tiempo que garantiza el abono de los gastos dada la solvencia de las entidades, sin perjuicio de que efectuado el pago al SPS correspondiente, la MUGEJU o la entidad médica privada en cuestión, pudieran depurar tales extremos y repetir, en su caso, contra su afiliado, siempre que en resolución administrativa o judicial firme se descartara la concurrencia de los presupuestos excepcionales que le habilitaban para utilizar un centro no concertado. Pese a lo expuesto, hay que destacar que los Tribunales, en aplicación de los límites de la cobertura de la asistencia sanitaria concertada y obligaciones asumidas por los mutualistas, obligan a los servicios públicos de salud que asumieron la asistencia sanitaria a reclamar al mutualista directamente, partiendo claro está de la inexistencia de circunstancias excepcionales que justificarían el reintegro de los gastos<sup>462</sup>.

#### 2.4. Asistencia sanitaria en el extranjero

El mutualismo judicial siempre ha garantizado, aunque con distinto alcance, la asistencia sanitaria de sus afiliados y beneficiarios en el extranjero, al contrario de lo que sucedía con el sistema público de salud. Y es que, fue el 1 de enero de 2004

---

<sup>462</sup> Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Islas Canarias de 30 de noviembre de 2015, de 26



cuando se implanta la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), documento individual acreditativo del derecho de su titular a recibir prestaciones sanitarias necesarias desde la perspectiva médica en los Estados miembros de la UE (UE) —así como en el resto de los países del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y en Suiza<sup>463</sup>—, en igualdad de condiciones con los ciudadanos del país de la estancia. No obstante, dicha asistencia puede no ser gratuita, siempre que el viaje no tenga por objeto recibir tratamiento para una enfermedad o lesión que se padezca con anterioridad al mismo. Para asistencias sanitarias en países no comunitarios habrá que estar a los convenios bilaterales si existieran.

Sin embargo, la MUGEJU da cobertura a la prestación sanitaria en el extranjero en los supuestos y contenido previsto en una Resolución de 18 de abril de 2016<sup>464</sup>, según las distintas modalidades contempladas, a través de distintos contratos de seguro con entidades aseguradoras privadas, sin perjuicio de la posibilidad de utilizar la tarjeta sanitaria europea en los desplazamientos temporales en países de la UE, del Espacio Económico Común o de Suiza. La citada Resolución de 18 de abril de 2016 de la MUGEJU contempla tres modalidades diferentes de asistencia sanitaria en el extranjero, cada una de las cuales engloba distintos supuestos y tiene su propio contenido y requisitos para su reconocimiento.

En la Modalidad 1 se encuadran los mutualistas: 1) Destinados o que presten sus servicios fuera del territorio nacional por un período superior a 120 días, siempre que no estén acogidos al régimen de previsión de Institución Internacional o nacional del Estado extranjero en la que vayan a prestar servicios. 2) Aquellos 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. 3) Los que fijen su domicilio en algún país de la UE, Espacio Económico Europeo (Islandia,

---

de junio de 2018.

<sup>463</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Configuración General del Mutualismo Administrativo”, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007, p. 435.

<sup>464</sup> BOE n. 110, de 6 de mayo.

Liechtenstein, Noruega), y Suiza, y acrediten que no tener derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo. 4) Que acompañen a su cónyuge o persona en análoga relación de afectividad y con carácter estable, cuando el cónyuge está encuadrado en el supuesto primero anterior. 5) Los beneficiarios de los mutualistas incluidos en los párrafos anteriores, que se trasladen con ellos. 6) Los 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.

Para que MUGEJU pague o reintegre los gastos ocasionados por esta asistencia se requiere la adscripción previa del mutualista o beneficiario a tal modalidad que se solicitará en impreso normalizado al que se acompañará la siguiente documentación: 1) En el supuesto de destino o prestación de servicios en el extranjero durante más de 120 días al año, copia del nombramiento con indicación de la duración y certificado de la institución de destino de no prestar cobertura sanitaria. 2) En los restantes supuestos, declaración suscita por el solicitante, justificativa del caso en el que se halla, certificación negativa del organismo competente del país de residencia de que no dispone de cobertura sanitaria en el mismo y del consulado o similar de disponer de domicilio en el país de residencia.

El contenido de la prestación sanitaria en el extranjero será análogo al facilitado en territorio nacional, según la cartera de servicios de asistencia sanitaria de MUGEJU, de la que seguirá disfrutando el mutualista o beneficiario en sus estancias en España, a través de una entidad médica concertada o del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma según la opción en su día ejercitada. MUGEJU articula la cobertura en esta modalidad mediante contrato de seguro suscrito con DKV Internacional, según el contenido de la póliza a disposición de los interesados en la web de la Mutuality<sup>465</sup>. Los gastos sanitarios que excedan de la cobertura del mencionado contrato podrán ser reintegrados por MUGEJU hasta el límite de la cartera de servicios, previa presentación del impreso de solicitud de reintegro y de la documentación justificativa.

La modalidad 2 de asistencia sanitaria fuera del territorio nacional afecta a los mutualistas destinados o que presten sus servicios fuera del territorio nacional por un período inferior o igual a 120 días, y beneficiarios que se trasladen con él. Al igual que en la modalidad anterior, la prestación sanitaria tiene un contenido análogo al que se facilita en territorio nacional, de acuerdo con la cartera de servicios de asistencia sanitaria de MUGEJU. La asistencia de carácter urgente y no demorable se prestará en la forma y condiciones establecidas en el contrato que a tal efecto suscriba el MUGEJU con la correspondiente compañía de seguros.

Esta póliza colectiva, contratada actualmente con CASER, está sometida a un límite cuantitativo, por eso la Mutualidad reintegrará los gastos sanitarios que excedan del mismo, si se han originado dentro del periodo de destino en el extranjero y siempre que no se realicen con la voluntad de eludir el uso de los servicios sanitarios concertados con la MUGEJU en territorio nacional, y de usar medios ajenos a éstos.

Para acceder a esta prestación el mutualista debe dirigirse telefónicamente a la compañía concesionaria del servicio o bien solicitar el reintegro de los gastos originados por la asistencia. En la web de la Mutualidad<sup>465</sup> o, presencialmente, en las Delegaciones Provinciales o la oficina central se puede obtener el número de póliza colectivo y el número de teléfono de la compañía al que debe dirigirse en caso de necesitar asistencia médica, así como un certificado individual del contenido de dicha póliza.

Por último, la modalidad 3 abarca los supuestos de mutualistas y sus beneficiarios desplazados temporalmente (por periodo igual o inferior a 120 días) por razones no laborales. El contenido de la prestación y requisitos son exactamente iguales a los de la modalidad anterior, si bien el transcurso del periodo de 120 días impide el reintegro de gastos, sin perjuicio de que en los desplazamientos temporales por estudios pueda autorizarse un periodo de cobertura superior.

---

<sup>465</sup> En [https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/prestaciones/Extracto\\_Poliza\\_DKV.pdf](https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/prestaciones/Extracto_Poliza_DKV.pdf)

<sup>466</sup> En [https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/asistencia\\_sanitaria/RESUMENCASER2019.pdf](https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/asistencia_sanitaria/RESUMENCASER2019.pdf) y [https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/asistencia\\_sanitaria/CERTIFICADO%20CASER%202019.pdf](https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/asistencia_sanitaria/CERTIFICADO%20CASER%202019.pdf).

Además de las modalidades expuestas, la Resolución de 18 de abril de 2016, regula la asistencia sanitaria en el territorio de otro Estado miembro de la UE, Espacio Económico Europeo o Suiza, a través de la TSE<sup>467</sup>, salvo que el desplazamiento tenga por objeto precisamente recibir un tratamiento médico. Los mutualistas y sus beneficiarios pueden obtener la TSE o, en supuestos de viajes inminentes en los que no es posible esperar a su emisión, el Certificado Provisional Sustitutorio (CPS) que, como su nombre indica, la sustituye provisionalmente, para la cobertura de la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales en la UE, en los países del espacio económico europeo<sup>468</sup> o Suiza.

LA TSE o el CPS<sup>469</sup> son documentos personales e intransferibles, por ello la MUGEJU expide uno para cada miembro de la unidad familiar tendrá el suyo, que acreditan el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias necesarias durante su desplazamiento, salvo que este se realice con el propósito de recibir tratamiento médico para lesión o enfermedad que el paciente tenía antes de viajar, en las mismas condiciones que los residentes del país de destino reciben de su Sistema Nacional de Salud (Sistema Sanitario Público, Sistema de Seguridad Social). En ningún caso da derecho a recibir asistencia sanitaria en servicios sanitarios privados.

La TSE y CPS han de utilizarse durante el periodo de validez, dos años y 90 días, respectivamente, y mientras su titular continúe estando de alta en la MUGEJU. Con la exhibición en el centro donde se demandan la asistencia sanitaria de la TSE o CPS<sup>470</sup> y DNI, pasaporte o documento identificativo de la identidad del titular, debe proporcionarse al beneficiario la prestación demandada, permitiéndole proseguir su

---

<sup>467</sup> FILLON, Jean Claude, “Cross-border healthcare: towards coordination of two patient mobility routes”, *50 years of Social Security Coordination*, European Comisión, Luxemburgo, 2010, p. 231.

<sup>468</sup> La TSE tiene validez en los países integrantes de la UE (Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Suecia), países del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein, Noruega) y en Suiza.

<sup>469</sup> La solicitud de la TSE o CPS en impreso normalizado puede presentarse en las Delegaciones Provinciales de la MUGEJU, en sus servicios centrales, o en cualquiera de los Registros previstos en la normativa de procedimiento administrativo o electrónicamente desde el Registro Electrónico de la MUGEJU que se encuentra accesible a través de la página web de MUGEJU ([www.mugeju.es](http://www.mugeju.es)).

<sup>470</sup> El apartado 6.5 de la Resolución de 18 de abril de 2016 prevé en caso de que el mutualista o beneficiario de la MUGEJU no dispusiera en el momento de demandar la asistencia sanitaria en alguno de los países de la UE, EEE o Suiza de la TSE o CPS, que la Institución del lugar de estancia, siempre a petición del interesado, se dirija a la MUGEJU para obtenerlo.

estancia en condiciones médicas seguras. La normativa comunitaria de coordinación<sup>471</sup> —esto es, los Reglamentos 883/2004 y 987/2009 del Parlamento europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009— reconoce el derecho a ser atendido médicamente en el Estado de estancia, como si se fuera beneficiario de ese sistema, siempre que se constate una necesidad médica que no ha de ser ni urgente o vital y ni tan siquiera imprevisible, pues se admite que pueda deberse a dolencias crónicas. Por eso, si el sistema de sanidad pública del país de estancia en el que se recibe la asistencia sanitaria impone algún pago parcial al usuario, este podrá reclamar su reintegro en la forma y condiciones establecidas en el contrato de seguros con la compañía que preste la asistencia sanitaria urgente y no demorable a los desplazados temporales no laborales por periodo inferior a 120 días.

Preferentemente el reintegro de gastos debiera realizarse entre instituciones: el Estado de estancia que presta la cobertura emite una factura según sus tarifas que debe ser abonada por el competente, emisor de la TSE. Si el abono lo hace el beneficiario de la asistencia sanitaria, se dirigirá directamente al Estado emisor de la TSE o, si lo prevé la legislación del Estado de estancia, contra este. Surge la duda de si en asistencias no programadas resultaría exigible el complemento Vanbraekel<sup>472</sup>. El TJCE en sentencia de 15 de junio de 2010 (asunto C-211/2008), resolvió en sentido negativo tal interrogante<sup>473</sup>: confirma que un sistema nacional de salud como

<sup>471</sup> MOLINA NAVARRETE, Cristóbal, “Los «sistemas nacionales» de «dependencia» y «asistencia sanitaria» en el marco del nuevo Reglamento comunitario de «Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social»”, *Protección social en las relaciones laborales extraterritoriales*, Correa Carrasco (coord.), Universidad Carlos III de Madrid-BOE, Madrid, 2008.

<sup>472</sup> Denominado así al haberse implantado por el propio TJCE al resolver una cuestión prejudicial sobre tal asunto (Sentencia del Tribunal de Justicia de CE de 12 de julio de 2001 [TJCE 2001, 199], Asunto Vanbraekel C-368/98). El TJCE al resolver este partió del derecho al reembolso de gastos sanitarios que poseía una beneficiaria belga, que se trasladó a Francia para recibir una asistencia sanitaria y que no fue autorizada de forma infundada por la Seguridad Social belga. En primer lugar, porque al amparo de la norma de coordinación comunitaria, existe un derecho directo de reembolso de los gastos exclusivamente sanitarios frente a la institución belga, como si hubiera estado autorizada, por un importe equivalente a aquel que habría facturado la institución francesa conforme a las normas previstas en su legislación y que, por tanto, no alcanzan al copago. En segundo lugar, y esta vez al amparo de la libre prestación de servicios, existe un derecho al pago de un reembolso complementario cuando se compruebe que el reembolso de los gastos realizados por servicios hospitalarios prestados en el Estado de destino (en este caso Francia), conforme a su legislación, es inferior al que habría resultado de aplicar la normativa del Estado competente (en este caso la belga) para el abono de los gastos de hospitalización francesa.

<sup>473</sup> CARRASCOSA BERMEJO, Dolores, “Libre prestación de servicios y reembolso de gastos de hospitalización no programada durante estancia temporal en otro Estado miembro: ¿procede abonar el «complemento diferencial Vanbraekel»? A propósito de la Sentencia del Tribunal de Justicia (Gran

el español, en un supuesto de la asistencia sanitaria no programada —en el que el prestatario y el destinatario del servicio están establecidos en Estados miembros distintos—, está comprendida en el ámbito de aplicación de la libre prestación de servicios, no obstante, tras exponer las diferencias sustanciales que existen entre la asistencia hospitalaria programada y la no programada, concluye que no se puede extrapolar el complemento Vanbraekel a esta última. Por tanto, tal complemento según la jurisprudencia del TJCE y la normativa comunitaria citada, solo se aplica en el marco de la asistencia sanitaria programada que la Resolución de 18 de abril de 2016 regula bajo la rúbrica de asistencia sanitaria transfronteriza<sup>474</sup>, y que se puede definir como aquella que se recibe el mutualista o beneficiario de la MUGEJU cuando decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado miembro de la UE.

La Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, tiene como objetivos garantizar la movilidad de estos, facilitar su acceso a una asistencia sanitaria segura y de alta calidad en la UE, y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros, respetando plenamente las responsabilidades de éstos en la organización y prestación de dicha asistencia<sup>475</sup>. Para su aplicación en España se ha publicado el RD 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, cuyo objeto es establecer las normas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de alta calidad, así como promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre España y los demás Estados miembros de la UE<sup>476</sup>. Su ámbito de aplicación se concreta en los artículos 2 y 3 a la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza prestada o recetada en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación, con independencia de

---

Sala) 15-6-2010 Asunto Comisión Europea contra el Reino de España C-211/08, TJCE 2010/175)”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 39, 2010.

<sup>474</sup> GARCÍA DE CORTAZAR, Carlos, “Movilidad de pacientes en la UE y atención sanitaria transfronteriza”, *La gestión del sistema de Seguridad Social*, Laborum, Murcia, 2009, pp. 275 y ss.

<sup>475</sup> Sobre antecedentes jurisprudenciales de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011 *vid.* DÍEZ RODRÍGUEZ, José Ramón, *El derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 143-150.

<sup>476</sup> *Cfr.* su artículo 1.

cómo se organice, se preste y se financie ésta. Si los mutualistas están adscritos a los Servicios de Salud de la Comunidades Autónomas o al INGESA, serán éstas las Administraciones competentes en el procedimiento de asistencia sanitaria transfronteriza, si optaron por una Entidad Médica, será competente la MUGEJU.

Quedan excluidas de la asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la entidad médica: 1) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias. 2) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante. 3) Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de los relativos a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la UE. 4) La asistencia sanitaria prestada en supuestos de estancias temporales de los beneficiarios, cuya cobertura, con carácter general, corresponde a MUGEJU directamente o a través de los mecanismos de coordinación con las instituciones del resto de Estados Miembros de la UE. 5) Los gastos por la dispensación ambulatoria de medicamentos, productos dietéticos, y otros productos sanitarios objeto de la prestación farmacéutica de MUGEJU que se puedan generar en un proceso de asistencia sanitaria transfronteriza y cuyo reintegro puede ser a cargo de MUGEJU en los términos previstos en su normativa específica. 6) La prestación ortoprotésica que se pueda generar en un proceso de asistencia sanitaria transfronteriza, no cubierta por las entidades médicas, según lo previsto en el concierto sanitario para la asistencia sanitaria de mutualistas de MUGEJU con entidades de seguro y cuyo reintegro puede ser a cargo de MUGEJU en los términos previstos en su normativa específica. 7) La asistencia sanitaria prestada en territorio nacional por medios distintos a los asignados por MUGEJU al beneficiario a través del concierto sanitario.

La entidad médica deberá garantizar al beneficiario que reciba asistencia sanitaria en otro estado miembro de la UE la disponibilidad de una copia, en soporte adecuado de los informes clínicos y de los resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos y seguimiento sanitario posterior, a través de los

correspondientes servicios concertados, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiera llevado a cabo por medios de la Entidad.

Los gastos abonados por el beneficiario serán reembolsados por la MUGEJU con cargo a la Entidad médica a la que se halle adscrito, conforme a los límites, condiciones requisitos y procedimiento establecidos en la mentada Resolución de 18 de abril de 2016 sin exceder el límite del coste real de la asistencia efectivamente prestada, ni incluir gastos conexos.

El reembolso se supedita a la previa autorización de MUGEJU cuando implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche o conlleve la utilización de técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o de elevado coste económico<sup>477</sup>. La MUGEJU puede denegar la autorización previa cuando: 1) Se trate de una prestación no incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. 2) Exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta la evidencia del beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada. 3) Exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada. 4) La prestación vaya a ser proporcionada por un proveedor de

---

<sup>477</sup> El apartado 13.b) incluye entre las que necesitan autorización previa: Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT, reproducción humana asistida, diálisis, cirugía mayor ambulatoria intervencionista o que requiera la utilización de un implante quirúrgico, tratamiento de radioterapia, tratamiento farmacológicos o con productos biológicos cuyo importe mensual supere los 1.500 euros, radiocirugía, análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores, análisis de farmacogenética y farmacogenómica, tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores, tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos, atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia de los recogidos en el I concierto sanitario suscritos con las Entidades médicas o se han establecido redes de referencia en Europa.



asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices de calidad y seguridad del paciente. 5) La atención sanitaria pueda prestarse en el territorio nacional, en los términos estipulados en el concierto sanitario en un plazo que sea médicamente justificable.

Por último, también se contempla la posibilidad de que MUGEJU autorice el reintegro de gastos derivados de la prestación asistencial requerida en país extranjero, en supuestos de intervención o tratamiento médico especial que, siendo financiable por el Sistema Nacional de Salud, no pueda administrarse a través de los medios propios de medicina pública o privada dentro del territorio nacional, a causa de imposibilidad técnica. El pago directo al proveedor sanitario o reintegro de los gastos derivados de estos tratamientos precisan inexcusablemente previa autorización de MUGEJU que debe solicitarse por el interesado<sup>478</sup>. Para ello es imprescindible que la MUGEJU haya tenido conocimiento previo de los hechos y haya autorizado el tratamiento especial, sin que puedan atenderse las solicitudes de tratamientos ya practicados para los que no se hubiera contado con tal autorización previa de MUGEJU. Al impreso de solicitud, es imprescindible acompañar informe médico del hospital público o privado en el que el beneficiario se encuentre en tratamiento. Asimismo, se debe indicar el centro para el que se solicita autorización, aportando presupuesto del mismo.

### **3. Prestaciones económicas**

Se pueden definir las prestaciones económicas a cargo de la MUGEJU como aquellas medidas de tal naturaleza tendentes a complementar o indemnizar la pérdida de ingresos o exceso de gastos que ha de soportar el mutualista con ocasión de situaciones o estados objeto de cobertura. Estas prestaciones se podrían clasificar en atención a naturaleza de la situación de la que dimana la alteración económica a que

---

<sup>478</sup> A la solicitud se acompañará la prescripción de la asistencia sanitaria por parte de un Servicio Hospitalario de la Comunidad Autónoma o entidad médica a la que se encuentre adscrito el solicitante, mediante informe médico expresivo del motivo y la necesidad de ser atendido en un país fuera del territorio nacional, del centro y servicio donde se puede realizar la técnica, prueba y/o tratamiento y su duración estimada, así como presupuesto del centro sanitario donde va a procederse a la intervención o tratamiento.

responden en las siguientes: 1) Las que suplen o complementan la falta o disminución de las retribuciones que percibe el mutualista con ocasión de la afectación total o parcial de su integridad psicofísica, pudiendo incluirse las prestaciones por incapacidad temporal, incapacidad permanente, gran invalidez y lesiones permanentes no invalidantes, o incluso la prestación que deriva de la situación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural, siguiendo la sistemática, criticable como se dirá, del TRRESSAJ. 2) Las que compensan tales mermas como mecanismos de protección a la familia, pudiendo incluirse aquí las prestaciones económicas de pago periódico como lo son las familiares de hijo menor de dieciocho años no discapacitado a cargo o de hijo a cargo discapacitado, y las de pago único como la prevista por nacimiento de hijo, parto múltiple o subsidio especial por maternidad en supuesto de parto múltiple. 3) Las que atienden situaciones de necesidad no cubiertas por otras prestaciones, como son la asistencia a jubilados, ayuda por gastos de sepelio y las que se concretan en programas sociosanitarios, como los de atención a personas con discapacidad o drogodependientes, o a través del Fondo de Asistencia Social.

Con todo, creo que lo más correcto, atendiendo a la finalidad que persiguen o naturaleza de la situación que amparan, sería clasificar las prestaciones económicas que concede la MUGEJU en económicas, de protección a la familia y sociales. Así, siguiendo esta última clasificación, en este apartado sólo serán objeto de estudio las primeras que se identifican con las primeras prestaciones anunciadas.

### 3.1. Prestación económica por incapacidad temporal

A la prestación económica por incapacidad temporal dedica el RMJ sus artículos 82 a 92 y el TRRESSAJ los artículos 18 a 20. El TRRESSAJ identifica la incapacidad temporal con la disminución o falta de la integridad psicofísica del mutualista, con proyección en su situación económico-profesional<sup>479</sup>. El RMJ, por su parte, afirma que “los funcionarios en activo comprendidos en el ámbito de aplicación del presente Reglamento que hayan obtenido licencias por enfermedad o accidente que impidan el normal desempeño de sus funciones y reciban asistencia

---

<sup>479</sup> Cfr. su artículo 18.

sanitaria para su recuperación, se considerarán en situación de incapacidad temporal<sup>480</sup>.

Para que un funcionario se considere en situación de incapacidad temporal<sup>481</sup> debe haber obtenido licencia por enfermedad que impida el normal desempeño de sus funciones o licencia por encontrarse en periodo de observación médica, en caso de enfermedad profesional<sup>482</sup>. La concesión de las licencias al personal funcionario al servicio de la Administración de Justicia y el control de las mismas corresponderá al Ministerio de Justicia<sup>483</sup> o a las CC.AA., según tengan transferidos los medios personales y materiales, al presidente del Tribunal Superior de Justicia correspondiente o al CGPJ, respecto de los miembros de la Carrera Judicial y, en lo relativo a los Letrados de carrera que integran el Cuerpo de Letrados del Tribunal Constitucional, la competencia para ello recaerá en la autoridad u órgano a que se refiera la normativa específica del Tribunal Constitucional.

El mantenimiento del régimen de concesión de licencia por enfermedad o accidente, al funcionario que por tales razones no puede desempeñar sus funciones, presupone la permanencia de este en servicio activo<sup>484</sup>. Por ello, es la Ley Orgánica

<sup>480</sup> Artículo 82.1 RMJ.

<sup>481</sup> RODRÍGUEZ CARDO, Iván Antonio, “La progresiva homogeneización de los regímenes de Seguridad Social de los funcionarios públicos: novedades en el primer semestre de 2009”, cit., pp. 191-194

<sup>482</sup> *Cfr.* Artículos 19 TRESSAJ y 82.1 y 2 RMJ. Pese a que la regulación de la incapacidad temporal aparece indisolublemente unida al otorgamiento de licencia por enfermedad hay que llamar la atención sobre el actual vacío legal en cuanto a la regulación de estas pues el EBEP establece ninguna previsión específica en torno a las licencias, aunque su art. 14 m) alude a ellas y el artículo 69 de la LFCE, fue expresamente derogado por la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de PGE para el año 2009 (disposición derogatoria primera).

<sup>483</sup> En lo relativo a los miembros de la Carrera Fiscal, de conformidad con lo establecido en el artículo 72 del Reglamento Orgánico del Estatuto del Ministerio Fiscal, la concesión y el control de las mismas recaerá en el Ministerio de Justicia.

<sup>484</sup> El Tribunal Supremo declara en sentencia de 2 de noviembre de 2015, recurso 165/2015 que la situación de excedencia voluntaria por cuidado de hijo no puede interrumpirse con efecto retroactivo desde la enfermedad o accidente que de acaecer en activo generaría el otorgamiento de la licencia correspondiente, toda vez que, por su propia naturaleza el reconocimiento de la situación de incapacidad temporal tiene como presupuesto hallarse en situación de servicio activo, en la medida que son quienes están en efectivo desempeño de sus funciones los que ven alterada esa situación por la enfermedad. “Y es que la licencia por enfermedad y subsiguiente incapacidad temporal responde a la situación real y actual de imposibilidad de prestación del servicio por esa causa, lo que no sucede cuando, por la situación administrativa en que se halla el juez o magistrado (en este caso excedencia), la enfermedad no interrumpe la prestación de sus funciones”.

En la misma línea, en Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de enero de 2019, recurso n. 109/2019, se deniega al recurrente el derecho al subsidio por IT por solicitarlo en recurrente

del Poder Judicial, que contempla entre los supuestos que dan derecho a permisos o licencia, la ahora analizada, la norma que delimita también las prestaciones económicas que conlleva, o en los términos utilizados por el legislador, retribuciones<sup>485</sup> ligadas a la misma. Y así, los artículos 375.1 y 3 y 504.5 Ley Orgánica del Poder Judicial<sup>486</sup>, prevén los derechos económicos a que darán lugar las licencias por enfermedad.

Cabe destacar que hasta la reforma operada por la Ley Orgánica 8/2012, de 27 de diciembre, de medidas de eficiencia presupuestaria en la Administración de Justicia<sup>487</sup>, la situación de incapacidad temporal no afectaba al régimen retributivo durante los seis primeros meses<sup>488</sup>, limitándose a partir del día 181 de licencia por enfermedad, a las retribuciones básicas y por razón de familia, sin perjuicio de su complemento, en lo que correspondiese, con arreglo al régimen de seguridad social aplicable. Pero con dicha reforma se fijó la prestación correspondiente a los seis primeros meses: 1) En situación de incapacidad temporal por contingencias comunes desde el primer al tercer día, en el 50% de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como, en su caso, la prestación por hijo a cargo, tomando como referencia aquéllas que percibían en el mes inmediato anterior al de causarse la situación de incapacidad temporal; desde el día cuarto al vigésimo día, ambos inclusive, el 75% de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como de

---

cuando estaba suspendido de empleo y sueldo, por no encontrarse durante el periodo en que habría de ser subsidiado en situación de licencia por enfermedad.

También las Sentencias del Tribunal Superior de Justicia Cataluña de 11 de febrero de 2010, recurso n. 694/2006, o la de 4 de febrero de 2011, recurso n. 492/2007, declararon la conformidad a Derecho de las resoluciones denegatorias del subsidio a funcionarios que habían sido sancionados con suspensión de funciones, en la medida en que no se encontraban en activo.

<sup>485</sup> En puridad, no estamos ante retribuciones pues no se abonan como consecuencia del ejercicio de las respectivas funciones sino, precisamente, por la imposibilidad de realizarlas como consecuencia de una enfermedad o accidente. En tal sentido, MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, cit., p 217.

<sup>486</sup> El apartado 5 del artículo 504 se modificó por el art. único. 40 de la Ley Orgánica 4/2018, de 28 de diciembre, sin embargo, el artículo 375 Ley Orgánica del Poder Judicial, en cuanto a retribuciones de los miembros integrantes de la Carrera Judicial mantiene la redacción dada por la Ley Orgánica 48/2012, de 27 de diciembre, de medidas de eficiencia presupuestaria en la Administración de Justicia.

<sup>487</sup> PÉREZ ALONSO, María Antonia, “Los complementos de incapacidad temporal en la administración del Estado tras el RDL 20/2012”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 4, 2013.

<sup>488</sup> Así lo preveía para los miembros de la Carrera Judicial el artículo 375.3 Ley Orgánica del Poder Judicial y para el personal a que se refiere el artículo 470 Ley Orgánica del Poder Judicial, el 504.5 del mismo texto legal, añadiendo este último el requisito de que derivase la situación de IT del mismo proceso patológico y de forma continuada o con una interrupción de hasta un mes.

la prestación por hijo a cargo, en su caso; a partir del día vigésimo primero y hasta el día ciento ochenta, ambos inclusive, percibirán la totalidad de las retribuciones básicas, de la prestación por hijo a cargo, en su caso, y de las retribuciones complementarias. 2) Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias profesionales, la retribución podría ser complementada desde el primer día, hasta alcanzar como máximo las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

El órgano competente determinaría los supuestos en los que con carácter excepcional y debidamente justificados (los casos de hospitalización e intervención quirúrgica ya los incluye la Ley), tales prestaciones se complementarían hasta alcanzar, como máximo, el cien por cien de las retribuciones que vinieran disfrutando en cada momento<sup>489</sup>. Tanto las distintas CC.AA. como el CGPJ para los miembros de la Carrera Judicial, la DGRAJ para ellos miembros del Ministerio Fiscal y para el personal al que se refiere el artículo 470 Ley Orgánica del Poder Judicial o la Secretaría General de la Administración de Justicia para los letrados de la Administración de Justicia regularon tales complementos<sup>490</sup>. En todo caso, se

---

<sup>489</sup> LA DT 5ª Ley Orgánica 8/2012 establecía que no entraría en vigor tal previsión sino hasta que el órgano competente se determinen los supuestos en los que con carácter excepcional y debidamente justificados se pueda establecer un complemento hasta alcanzar, como máximo, el cien por cien de las retribuciones que vinieran disfrutando en cada momento y, en todo caso, en el plazo máximo de seis meses.

<sup>490</sup> Decreto n. 169/2013, de 14 de noviembre, en el ámbito de la CC.AA. de Galicia, Decreto de 20 de febrero de 2019, en la CC.AA. Asturias, Decreto n. 61/2013, de 25 de junio, en CC.AA. Andalucía, Resolución n. 296-X, de 17 de julio, en CC.AA. Aragón, Decreto-Ley 3/2013, de 25 de junio, en la CC.AA. de Calalunya, Orden Foral n. 169/2013, de 5 de julio, en CC.AA. Navarra, Instrucción 1/2013, aprobada por acuerdo del pleno del CGPJ de 12/6/2013; Resolución de 25 de junio de 2013 de la Secretaría General de la Administración de Justicia (derogada por la Resolución de 6 de noviembre de 2018), Resolución de 25 de junio de 2013 DGRAJ, derogada por la Resolución de 6 de noviembre de 2018 de la DGRAJ cuyo artículo segundo establece que acuerdo con lo previsto en la DA 54ª la Ley 6/2018, de 3 de julio, de PGE para el año 2018, a los efectos previstos en el apartado primero de esta resolución, se considerarán excepcionales y debidamente justificadas todas las situaciones de incapacidad temporal por contingencias comunes. Y en consecuencia aprueba para todo el personal del artículo 470 Ley Orgánica del Poder Judicial, incluido en el RGSS, que el complemento retributivo desde el primer día en situación de incapacidad temporal o licencia por enfermedad, sumado a la prestación del RGSS, alcance el cien por cien de sus retribuciones ordinarias del mes de inicio de la incapacidad temporal. Asimismo, aprueba para todo el personal del artículo 470 Ley Orgánica del Poder Judicial, incluido en el Régimen de la MUGEJU en situación de incapacidad temporal al que se le haya expedido la correspondiente licencia, que las retribuciones a percibir durante el período que no comprenda la aplicación del subsidio por incapacidad temporal previsto en dicho Régimen sean del cien por cien de las retribuciones, básicas y complementarias, correspondientes a sus retribuciones ordinarias del mes de inicio de la incapacidad temporal; complementando el Ministerio de Justicia las cantidades que correspondan a partir del día ciento

preveía que los funcionarios adscritos a los regímenes especiales de seguridad social gestionados por el mutualismo administrativo no podrían percibir una cantidad inferior en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes a la que corresponda a los funcionarios adscritos al RGSS, incluidos, en su caso, los complementos que les resulten de aplicación a estos últimos.

El cambio de las circunstancias económicas que justificaron dichos recortes económicos a los funcionarios públicos provocó el restablecimiento, en gran medida, de la situación anterior, recuperando el personal al que alude el artículo 470 Ley Orgánica del Poder Judicial el derecho a la percepción del importe íntegro de la retribución en el supuesto de enfermedad común o accidente no laboral durante los ciento ochenta primeros días de incapacidad<sup>491</sup>, mediante la modificación del artículo 504.5, por la Ley Orgánica 4/2018, de 28 de diciembre. Sin embargo, tal reforma no ha afectado al artículo 375.3 Ley Orgánica del Poder Judicial que, en coherencia con lo actuado respecto del resto del personal al servicio de la Administración de Justicia, debería recuperar su redacción anterior, al igual que el artículo 20.1.A) del TRRESSAJ, en concordancia con lo que siguen disponiendo los artículos 230.1 de la Ley 15/2003, de 26 de mayo, reguladora del régimen retributivo de las carreras judicial y fiscal<sup>492</sup>, y el artículo 86 a) del RMJ.

A partir del día ciento ochenta y uno, el mutualista en situación de incapacidad temporal percibirá las retribuciones básicas y, en su caso, la prestación por hijo a cargo, más el subsidio establecido en el apartado 1.B), del artículo 20 del TRRESSAJ. La cuantía del subsidio por incapacidad temporal a cargo de la MUGEJU será fija e invariable mientras dure dicha situación y consistirá, conforme al artículo 91 del RMJ, en la mayor de las dos cantidades siguientes: 1) El 80% de las retribuciones básicas (sueldo y trienios), incrementados en la sexta parte de una paga extraordinaria, correspondientes al primer mes de licencia. 2) El 75% de las retribuciones complementarias devengadas en el primer mes de licencia.

---

ochenta y uno con el fin de que los funcionarios adscritos a este régimen no perciban una cantidad inferior a la que corresponda a los funcionarios adscritos al RGSS.

<sup>491</sup> Vid. ALONSO ARANA, Mamen, “Prestación económica IT por contingencias comunes del personal de la Administración de Justicia (Análisis normativo de las Resoluciones de 6 noviembre 2018)”, *Aranzadi digital*, n. 1, 2018.

<sup>492</sup> BOE n. 126, de 27 de mayo de 2003.

Se consideran devengadas en el primer mes de licencia aquellas retribuciones básicas y complementarias que hayan de ser imputadas a dicho mes en virtud de disposición o acto administrativo que así lo reconozca, con independencia del momento en que se produzca su percepción. Si se acreditan retribuciones complementarias con periodicidad superior a la mensual, para el cálculo del subsidio se imputará al mes en que se inició la primera licencia la parte alícuota que corresponda de dichas retribuciones. En aquellos casos en que la licencia no comprenda un mes natural completo, el importe del subsidio será la parte proporcional equivalente a los días de su concesión.

Como se aprecia, la cuantía del subsidio por incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia de origen (común o profesional), se obtiene de la aplicación de determinados porcentajes a las retribuciones básicas o a las complementarias. Por tanto, quedan fuera del cálculo de estos derechos económicos las retribuciones variables (productividad), expresamente excluidas en el artículo 91 RMJ, y las especiales como las correspondientes al desempeño de los servicios de guardia, prestación de servicios extraordinarios sin relevación de funciones jurisdiccionales, en el caso de Jueces y Magistrados, sustituciones que impliquen el desempeño conjunto de otra función o indemnizaciones o suplidos, complemento transitorio autonómico.

La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en sentencia de 10 de febrero de 2011<sup>493</sup>, zanja cualquier controversia sobre qué conceptos se integran en dichos parámetros retributivos, declarando que las retribuciones complementarias son las establecidas en la normativa reguladora de las retribuciones del personal al servicio de la Administración de Justicia y, en su caso, las recogidas en la correspondiente relación de puestos de trabajo. El propio RMJ rechaza, a esos efectos, la consideración de complementarias de las retribuciones variables<sup>494</sup>. De modo que se consideran retribuciones básicas a los efectos analizados, el sueldo, incluidas las pagas extraordinarias y antigüedad, y

---

<sup>493</sup> Recurso n. 62/2009.

<sup>494</sup> También la doctrina judicial las excluye, por ejemplo, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de diciembre de 2018, recurso n. 913/2017, se excluye de las retribuciones complementarias a computar para el cálculo de la prestación por IT, las variables.

complementarias las que conforman los complementos de destino y específico.

En esa línea, los Tribunales Superiores de Justicia<sup>495</sup> excluyen de las retribuciones a tener en cuenta por la MUGEJU para calcular el subsidio por incapacidad temporal las mejoras retributivas autonómicas negociadas colectivamente, en la consideración de que no participan de la naturaleza de retribuciones complementarias en el sentido expuesto. Así, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, en su sentencia de 14 de abril de 2010<sup>496</sup>, excluye de las retribuciones complementarias para el cálculo del subsidio por incapacidad temporal con cargo a la MUGEJU un complemento autonómico, argumentando que el principio de seguridad e igualdad impone el carácter permanente y unitario para todo el territorio nacional, en correspondencia con el carácter nacional que ostenta la MUGEJU así como el cuerpo del que la actora forma parte. La esencialidad de tales características, de las que no participa el complemento autonómico, por más que dicha retribución se haya fijado al amparo del artículo 12 del RD 1909/2000, de 24 de noviembre<sup>497</sup>, deriva de los artículos 515 y siguientes de la Ley Orgánica del Poder Judicial, y ha sido destacado en la sentencia del Tribunal Constitucional 253/2005, de 10 de octubre, al decidir un conflicto de competencias entre el Estado y la Comunidad Autónoma del País Vasco en relación con la fijación de un plus retributivo a los funcionarios de la Administración de Justicia destinados en aquella Comunidad Autónoma.

Como el complemento autonómico analizado por el Tribunal no tiene carácter unitario, es transitorio y no forma parte de la estructura retributiva del Cuerpo de Tramitación Procesal y Administrativa, debe descartarse para el cálculo del subsidio.

---

<sup>495</sup> Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Valencia n. 284/2010, de 4 marzo, recurso n. 797/2008, Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 29 de enero de 2010, recurso n. 253/2009, 11 de febrero de 2010, recurso n. 561/2009, de 15 de julio de 2013, recurso n. 1191/2008, o de 25 de abril de 2013, recurso n. 47/2013, de 17/7/2013, recurso n. 1794/2008, del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 21812/2011, recurso n. 411/2009, entre otras.

<sup>496</sup> Recurso n. 832/2008.

<sup>497</sup> Este precepto distingue los conceptos que con carácter permanente forman parte del complemento de destino (jerarquía, el carácter de la función y representación inherente al cargo, el lugar de destino o especial cualificación de éste y volumen de trabajo, la especial responsabilidad, penosidad o dificultad, y el ejercicio conjunto de otro cargo en la Administración de Justicia además del que sea titular), de aquellos otros conceptos eventuales que no forman parte de la estructura retributiva (sustitución que implique el desempeño de otra función, la realización de funciones ajenas a las del propio destino, cumplimiento de programas concretos de actuación).



Y frente tal criterio, concluye el Tribunal, no cabe invocar la literalidad del artículo 20.1.B).2º del TRRESSAJ, en congruencia con lo anterior, ya que por percepciones que el funcionario tuviera en el primer mes de licencia han de entenderse sólo las permanentes que forman parte de la estructura retributiva, no a las transitorias que recibe eventualmente por razón de un acuerdo entre la Administración autonómica y las organizaciones sindicales para el logro de determinados objetivos.

Advierte la doctrina que en la actualidad el TRRESSAJ únicamente reconoce el subsidio por incapacidad temporal a cargo de la MUGEJU<sup>498</sup>, y ello porque el RD Leg. 20/2012, de 13 de julio, derogó el apartado 1.A) del artículo 20 del TRRESSAJ<sup>499</sup>, siendo conveniente para facilitar la homogeneización de la regulación entre regímenes que impone el artículo 10 de la LGSS, que dicho texto legal estableciera el régimen jurídico de la situación de incapacidad temporal, desde la misma perspectiva que se hace en el RGSS, esto es, como una contingencia incluida en la acción protectora de la Seguridad Social que otorga el derecho a la percepción de la correspondiente prestación o subsidio de la Seguridad Social. En ese proceso de acercamiento al RGSS resulta trascendental desconectar la situación de incapacidad temporal de la concesión de una licencia, de modo tal que la expedición de la baja médica determine el inicio de la situación de incapacidad temporal, al margen de la comunicación inmediata al órgano gubernativo correspondiente.

---

<sup>498</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, cit., p. 203.

<sup>499</sup> El artículo 9 del RD Leg. 20/2012, de 13 de julio, Los integrantes de la Carrera Judicial y Fiscal, del Cuerpo de Secretarios judiciales, así como los Funcionarios de los Cuerpos al Servicio de la Administración de Justicia comprendidos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes, percibirán el cincuenta por ciento de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como, en su caso, la prestación por hijo a cargo desde el primer al tercer día de la situación de incapacidad temporal, tomando como referencia aquellas que percibían en el mes inmediato anterior al de causarse la situación de incapacidad temporal. Desde el día cuarto al vigésimo día, ambos inclusive, percibirán el setenta y cinco por ciento de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como de la prestación de hijo a cargo, en su caso. A partir del día vigésimo primero y hasta el día ciento ochenta, ambos inclusive, percibirán la totalidad de las retribuciones básicas, de la prestación por hijo a cargo, en su caso, y de las retribuciones complementarias.

Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias profesionales, la retribución a percibir podrá ser complementada desde el primer día, hasta alcanzar como máximo de las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

A partir del día nonagésimo primero será de aplicación el subsidio establecido en el apartado 1.B) del artículo 20 TRRESSAJ.

Por tanto, en la actualidad el derecho al subsidio por incapacidad temporal con cargo a la MUGEJU nace el primer día de la prórroga de licencia por enfermedad correspondiente al séptimo mes, en el que el mutualista percibirá además de las retribuciones básicas y prestaciones por hijo a cargo (durante los seis primeros, los funcionarios de la Administración de Justicia tienen derecho a la totalidad de las retribuciones), la cuantía correspondiente a aquel subsidio. No obstante, debe presentarse la solicitud de subsidio por incapacidad temporal en impreso normalizado, disponible en la web de la MUGEJU<sup>500</sup> presencialmente o a través de la sede electrónica, junto con el modelo 145 IRPF, comunicación de la resolución de licencia o permiso correspondiente al séptimo mes, certificación de la unidad pagadora expresiva de los siguientes conceptos: 1) Las retribuciones básicas y complementarias íntegras, desglosadas por conceptos, devengadas por el interesado correspondientes al primer mes de licencia. 2) El importe íntegro de la paga extraordinaria, desglosada por conceptos, que correspondería devengar al interesado, en relación con su situación y derechos en el mes en que se inició la primera licencia. 3) La fecha de baja en la percepción de las retribuciones complementarias.

El subsidio por incapacidad temporal durará todo el tiempo que el funcionario se encuentre, a partir del día 181, en la situación de incapacidad temporal, incluidas las posibles prórrogas, y se extingue por: 1) Incomparecencia injustificada a exámenes y reconocimientos médicos, finalización de la licencia por enfermedad que estuviera en curso, por la declaración de jubilación por incapacidad permanente para el servicio, por la jubilación forzosa o voluntaria del mutualista o su fallecimiento. 2) Dejar de reunir los requisitos exigibles para ser beneficiario de la prestación. 3) Inicio de una nueva situación de incapacidad temporal. 4) Agotamiento de la duración máxima de la situación de incapacidad temporal prevista en el artículo 169 TRLGSS, al que se remite el apartado 1 del artículo 84 RMJ, esto es, para la incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente la duración será de doce meses prorrogables por otros seis, cuando se presuma que durante ellos puede ser dado de alta por curación, y para los periodos de observación, 6 meses ampliable a otro igual, y dentro de estos plazos se computarán los periodos de recaída y de

---

<sup>500</sup> [https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/SOLICITUDSUBSIDIOIT\\_0.pdf](https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/SOLICITUDSUBSIDIOIT_0.pdf)

observación. Como en la actualidad el cómputo es por días naturales, el subsidio se inicia el día 181 de la baja<sup>501</sup> y la duración máxima ordinaria de la situación de incapacidad temporal no es 18 meses, como viene manteniendo la MUGEJU, sino 545 días.

Cuando se agote la duración máxima, se procederá al examen de la misma en los términos y plazos establecidos en el RGSS<sup>502</sup>, al objeto de la correspondiente calificación del estado del funcionario como incapacitado con carácter permanente para las funciones propias de su Cuerpo o Escala y declaración de jubilación por incapacidad permanente para el servicio. Durante ese tiempo, y hasta que se produce la calificación, se prolongan los efectos económicos de la incapacidad temporal<sup>503</sup>.

No obstante, el RMJ prevé que calificación podrá retrasarse por el período preciso, en aquellos casos en que, continuando la necesidad de tratamiento médico, por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del enfermo, con vistas a su reincorporación al servicio, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorarla y así se haya dictaminado por los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad, de la provincia en que aquel tenga su domicilio, en informe razonado sobre la capacidad o incapacidad del beneficiario

En cuanto al periodo de demora y de calificación el artículo 20 TRRESSAJ, establece de modo ciertamente, confuso que podrá declararse en dichas circunstancias un periodo de demora de seis meses, debiendo recaer la declaración dentro del plazo de los tres meses subsiguiente al de la extinción de la situación de incapacidad temporal por el transcurso de su plazo máximo de duración, incluida su prórroga. Del tenor literal del precepto, y en coherencia con lo que dispone el artículo 85.3 del RMJ, el plazo de los tres meses debería consumirse dentro del de la demora en la calificación, de modo que, en ningún caso, se podría rebasar los 730 días, a contar desde el inicio de la situación de incapacidad temporal. Sin embargo, el apartado 3, del mentado artículo 20 TRRESSAJ, adiciona los tres meses a los seis de la demora, pues establece que el derecho al subsidio por incapacidad temporal se

<sup>501</sup> Artículo 375.1 de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

<sup>502</sup> Tres meses, conforme lo dispuesto en el artículo 174.2 LGSS.

<sup>503</sup> Al amparo de lo dispuesto en el art. 174.5 de la LGSS.

entenderá, en todo caso, extinguido por el transcurso del plazo máximo de veintisiete meses desde el inicio de la situación de incapacidad temporal.

Podría considerarse un exceso de la norma reglamentaria el acortamiento del plazo respecto del que fija la Ley y, por ende, inaplicable en cuanto esta no se modifique. Sin embargo, este no es el criterio de los Tribunales<sup>504</sup>, que consideran que la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social introdujo modificaciones en relación a la extinción de la incapacidad temporal, fijando como periodo máximo de permanencia en dicha situación y, por tanto, del derecho al subsidio el de 24 meses (730 días), y tal modificación afecta al RESSAJ y, en especial, al mutualismo de este personal, en virtud de la identidad entre la legislación general y el mutualismo especial indicado, que se desprende del propio articulado del TRRESSAJ, cuyo artículo 19.4 remite expresamente a la LGSS, en la que se establece el plazo máximo que contempla el RMJ, al disponer, en relación con el régimen de la incapacidad temporal, que “la duración y extinción de la situación de incapacidad temporal serán las mismas que las del RGSS”.

Además de las causas de extinción, el RMJ contempla en su artículo 92 tres causas de denegación, anulación o suspensión del derecho al subsidio por incapacidad temporal, que son: 1) La actuación fraudulenta del beneficiario para obtener o conservar dicha prestación. 2) Que durante la situación de incapacidad temporal el mutualista trabajare por cuenta propia o ajena. 3) Cuando el mutualista, sin causa razonable, rechace o abandone el tratamiento que le fuera indicado. La MUGEJU en estos casos dará traslado de la resolución recaída al órgano de personal que concediera la licencia.

Como se aprecia, no se incluye la suspensión por sanción disciplinaria como causa de extinción o modificación del derecho al subsidio, por lo que el sancionado seguirá percibiendo el subsidio hasta la finalización de la licencia por enfermedad. Al respecto, declara la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en su sentencia de 2 de junio de 2015<sup>505</sup>, en un supuesto en el que el recurrente —

---

<sup>504</sup> Sentencias 1013/2012 de 18 septiembre y 867/2013 de 12 julio del Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

<sup>505</sup> Recurso n. 871/2014.

Magistrado en situación de incapacidad temporal— percibe el subsidio de la MUGEJU al tiempo de imponerle la sanción disciplinaria de suspensión, que la concesión de la licencia por incapacidad temporal entraña un acto declarativo de derechos, por lo que el CGPJ no puede dejarla sin efecto sin una previa habilitación legal de la que carece. En ambas situaciones (incapacidad temporal y suspensión) el recurrente sigue siendo mutualista si bien con distintos derechos económicos, lo que exige que, encontrándose el Magistrado recurrente bajo la cobertura de la licencia por incapacidad temporal, no pueda el CGPJ dejarla sin efecto, so pretexto de proceder a la ejecución de una sanción disciplinaria, revocando así un acto declarativo de derechos<sup>506</sup>.

Por lo que se refiere, en fin, al régimen de incompatibilidades<sup>507</sup>, conforme a lo dispuesto en el artículo 92 RMJ, el subsidio por incapacidad temporal con cargo a MUGEJU es único e incompatible con cualquier otro que se pudiera generar, por la misma relación de servicios, con cargo a cualquier régimen público de Seguridad Social, aplicándose, a efectos de incompatibilidades, las prescripciones efectuadas respecto a la incapacidad temporal en el artículo 5.2 de la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual (LAAVVLS).

Sorprende que para fijar los supuestos de incompatibilidad del subsidio por incapacidad temporal se acuda a la mentada LAAVVLS, pues la naturaleza de las ayudas en ella reguladas difiere del subsidio por incapacidad temporal de los funcionarios. Mientras aquellas conforman ayudas de Estado, este constituye una prestación que forma parte de la acción protectora de la Seguridad Social de naturaleza contributiva<sup>508</sup>.

---

<sup>506</sup> Desde la perspectiva de que en situación de incapacidad temporal no puede ejecutarse la sanción de suspensión de funciones pues ya no se ejercían, cabe citar una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 25 de septiembre de 2014 (recurso n. 277/2014).

<sup>507</sup> BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La convergencia en el derecho a las prestaciones económicas de la Seguridad Social. La compatibilidad e incompatibilidad de las prestaciones”, *Revista de Información Laboral*, n. 10, 2017, pp. 59 a 101.

*Vid.* RON LATAS, Ricardo, *La incompatibilidad de pensiones en el sistema español de Seguridad Social*, Civitas, Madrid, 2000.

<sup>508</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, cit., pp. 224-225.

Sea como fuere, lo cierto es que el mentado artículo 5.2 declara la incompatibilidad de las ayudas reguladas en la Ley con: 1) Las indemnizaciones y ayudas económicas a que el beneficiario de las mismas tuviera derecho a través de un sistema de seguro privado, salvo que el importe de la indemnización a percibir en virtud del mismo fuera inferior a la fijada en la sentencia, sin que la diferencia a pagar pueda superar el baremo fijado. 2) El subsidio que pudiera corresponder por tal incapacidad temporal en un régimen público de Seguridad Social.

Como la remisión al precepto es genérica podrían suscitarse dudas sobre si el subsidio de la MUGEJU es incompatible además con el que pudiera percibir el beneficiario de un régimen público de Seguridad Social, con las indemnizaciones o ayudas económicas a que el mismo tuviera derecho a través de un sistema de seguro privado. No obstante, la inclusión de estas últimas en el régimen de incompatibilidad de una prestación del mutualismo judicial no parece tener mucha lógica, cuando no solo son compatibles las indemnizaciones derivadas de contratos de seguro privados con otras prestaciones como la jubilación, lesiones permanentes no invalidantes, sino que se fomenta su contratación por el Estado.

En el marco del sistema español de Seguridad Social no existe norma análoga, de modo que mientras que no se suprima tal remisión —lo que resulta conveniente—, ha de interpretarse en el sentido más restrictivo, es decir, el subsidio es incompatible con otro de igual naturaleza que pudiera percibirse por tal incapacidad temporal en cualquier otro régimen público de Seguridad Social.

### 3.2. Prestación por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural

La prestación por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural del mutualismo judicial se contempla, actualmente, en los artículos 82.3 y 93 RMJ.

Desde principios del siglo pasado comienzan a regularse, tanto a nivel internacional como nacional, permisos relacionados con el embarazo o maternidad<sup>509</sup>. Así, en el artículo 3 del Convenio de la OIT n. 3, de 1919<sup>510</sup>, se

---

<sup>509</sup> Cfr. GARRIGUES GIMÉNEZ, Amparo, “Vida personal, laboral y familiar”, *Asparkia: investigació feminista*, n. 20, 2009, p. 60.

<sup>510</sup> Fue ratificado por España el 4 de julio de 1923.

contempla junto con la obligada ausencia laboral durante un periodo de seis semanas posterior al parto, el derecho de la embarazada a abandonar el trabajo mediante la presentación de un certificado que declare que el parto sobrevendrá, probablemente, en un término de seis semanas. En ambos casos, se garantiza el abono de las prestaciones por parte del Tesoro Público o por un sistema de seguro, en cuantía que fijará la autoridad competente de cada Estado. Con el Convenio de la OIT sobre protección de la maternidad, n. 103 (1952)<sup>511</sup>, además de la posibilidad de comenzar a disfrutar el permiso por maternidad antes del parto, se establece (en el artículo 3.5) que “en caso de enfermedad que, de acuerdo con un certificado médico, sea consecuencia del embarazo, la legislación nacional deberá prever un descanso prenatal suplementario cuya duración máxima podrá ser fijada por la autoridad competente”. Por fin, en el Convenio de la OIT n. 183 (2000)<sup>512</sup>, se contempla la licencia por riesgo durante el embarazo, así como la necesidad de adoptar medidas tendentes a la protección del empleo y no discriminación. No obstante, el primer instrumento normativo comunitario que establece un sistema de protección integral y unitario de la maternidad<sup>513</sup> lo conforma la Directiva 92/85/CEE, de 19 de octubre, sobre aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia<sup>514</sup>. Esta Directiva no solo contiene previsiones de protección de la salud<sup>515</sup> de la trabajadora, regulando mecanismos de tutela contractual<sup>516</sup>, sino que también contiene en el anexo I, una lista no exhaustiva de agentes físicos, biológicos y químicos, procedimientos y condiciones de trabajo de riesgo para la salud de la

---

<sup>511</sup> Ratificado por España el 17 de agosto de 1965, con excepción de las personas a que se refiere el artículo 7, párrafo 1, d).

<sup>512</sup> El Convenio de la OIT 183 del año 2000, modifica los anteriores y establece en su artículo 3, desde una perspectiva más preventiva e igualitaria, que «se deberían adoptar las medidas necesarias para garantizar que no se obligue a las mujeres embarazadas o lactantes a desempeñar un trabajo que haya sido determinado por la autoridad competente como perjudicial para su salud o la de su hijo, o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo significativo para la salud de la madre o del hijo».

<sup>513</sup> *Cfr.* ROMERAL HERNÁNDEZ, Josefa, “El riesgo durante la lactancia natural: prevención y protección social”, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n. 217, febrero 2019.

<sup>514</sup> DOCE n. 348, de 28 de noviembre de 1992, pp. 1 a 8.

<sup>515</sup> La mentada Directiva proclama que “la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia no podrá verse obligada, en ningún caso, a realizar actividades que de acuerdo con la evaluación supongan el riesgo de una exposición a los agentes y condiciones de trabajo que afecten negativamente a su salud o la de su hijo”.

<sup>516</sup> Por ejemplo, el mantenimiento del derecho a la remuneración en caso de cambio de puesto, y

trabajadora en situación de lactancia o embarazo.

En España, la prevención de riesgos laborales se remonta también al inicio del siglo pasado, sin embargo, no fue hasta la década de los 70 cuando se empiezan a desarrollar políticas orientadas exclusivamente a esta materia<sup>517</sup>, aunque sin contemplar los riesgos específicos de las situaciones que en este epígrafe se analizan. En lo que al embarazo y lactancia se refiere, desde la Ley de 13 de marzo de 1900<sup>518</sup> que previó, exclusivamente, el cese a partir del octavo mes de embarazo con derecho a la reserva del puesto de trabajo y el de una hora por lactancia, en este caso último caso, sin merma de retribuciones, pasando por proclamaciones de igualdad de derechos y obligaciones en el trabajo entre hombre y mujer, meramente programáticas<sup>519</sup>, llegamos a la LPRL<sup>520</sup>, que introdujo en el derecho español, de modo primario e incompleto, los postulados de la Directiva 92/85<sup>521</sup>, fundamentalmente, en sus artículos 25 y 26. Estos preceptos también resultan aplicables al personal al servicio de la Administración de Justicia pues este no se halla entre las excepciones que prevé el artículo 3, apartados 2 y 4 de la LPRL al ámbito de aplicación fijado, con carácter general, en su apartado 1. En efecto, esta norma dispone que tanto la Ley como la normativa que la desarrolle, regirá en las relaciones laborales reguladas en el ET y las de carácter administrativo o estatutario del personal al servicio de las Administraciones Públicas<sup>522</sup>.

---

protección frente al despido (arts. 10 y 11).

<sup>517</sup> En 1971 se crea el Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

<sup>518</sup> Gaceta de Madrid de 14 de marzo de 1900.

<sup>519</sup> Artículo 10 de la Ley 16/1976, de 8 de abril, de Relaciones Laborales (BOE de 21 de abril de 1976).

<sup>520</sup> BOE n. 269, de 10 de noviembre de 1995.

<sup>521</sup> Sobre la evolución normativa de la cobertura y tutela de estas situaciones: SÁNCHEZ CASTILLO, M<sup>a</sup>. Mercedes, *La protección de la maternidad frente a los riesgos derivados del trabajo*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2009. También de la misma autora “Lactancia y salud laboral: crónica de una situación insuficientemente protegida”, *Relaciones Laborales*, n. 12, 2003, pp. 13-40, o LÓPEZ AHUMADA, José Eduardo, *Los trabajadores sensibles a los riesgos laborales: protección jurídico-laboral*, Marcial Pons, Madrid, 2010. Y sobre el riesgo durante la lactancia natural *vid.* GIMENO DIAS DE ATAURI, Pablo, “La situación protegida por la prestación de riesgo por lactancia”, *Aranzadi Social*, n. 11, 2012.

<sup>522</sup> GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago, “La prevención de riesgos laborales en el empleo público”, *Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas*, González Ortega y Carrero Domínguez (dirs.), INAP, Madrid, 2012, p. 54.

GARRIGUES GIMÉNEZ, Amparo, “Evaluación de riesgos laborales y maternidad”, *Revista española de derecho del trabajo*, n. 143, 2009, pp. 627 a 649, o de la misma autora, “Maternidad y obligaciones empresariales en materia de prevención de riesgos laborales”, *Tribuna Social*, 2000.



En lo que ahora interesa, el artículo 26 de la LPRL en su redacción original, reconocía el derecho de la trabajadora que en el desempeño de su puesto de trabajo se exponga a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan producir algún daño a su salud o la del feto, el recién nacido o lactante, a que se adapten sus condiciones de trabajo o se la cambie de puesto de trabajo o función, pero sin contemplar, en caso de que tal adaptación o cambio no fueran posibles, el derecho a la protección mediante el reconocimiento de una prestación por riesgo durante embarazo o lactancia.

La transposición en España de la mentada Directiva acabó de fraguarse con la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar<sup>523</sup> (LCVLF) cuyo artículo 14, introdujo el Capítulo IV ter en el TII de la LGSS, la prestación por riesgo durante el embarazo, así como con la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres<sup>524</sup> (LOIEMH), que incorporó la prestación por riesgo durante la lactancia. El régimen jurídico de la prestación en el marco del RGSS y regímenes especiales regulados en la LGSS, se completa con el RD 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo<sup>525</sup>, y el que lo derogó, el RD 295/2009, de 6 de marzo<sup>526</sup>, y con la regulación de las ausencias por estas situaciones no computables a efectos de absentismo, en RD Ley 10/2010, de 16 de junio, y la Ley 35/2010, de 17 de septiembre.

El RD 295/2009 se aplica a las funcionarias incorporadas al RGSS pero, sólo con carácter supletorio, en el ámbito de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y de Funcionarios

---

<sup>523</sup> BOE n. 266, de 06 de noviembre de 1999.

Sobre la regulación tras esta Ley, *vid.* MELÉNDEZ MORILLO-VELARDE, Lourdes, “La prestación por riesgo durante el embarazo tras la Ley 39/1999”, *Aranzadi Social*, n. 20, 2000.

<sup>524</sup> BOE n. 71, de 23 de marzo de 2007.

*Vid.* LASAOSA IRIGOYEN, Elena y RODRÍGUEZ INIESTA, Guillermo, “Disposición Adicional 18. Modificaciones de la Ley General de Seguridad Social”, *Comentarios a la ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad Efectiva de mujeres y hombres*, Aranzadi, Cizur Menor, 2008, p. 942.

<sup>525</sup> BOE n. 276, de 17 de noviembre de 2001.

*Vid.* RIVAS VALLEJO, Pilar, “El RD 1251/2001: el largamente esperado reglamento de las prestaciones por maternidad y riesgo durante el embarazo”, *Aranzadi Social Doctrinal*, n. 20, 2001. sobre un estudio pormenorizado de la norma.

al Servicio de la Administración de Justicia, y en todo lo que no se oponga a lo preceptuado en la normativa general reguladora del régimen correspondiente<sup>527</sup>.

Como en las restantes leyes reguladoras de los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios, la del personal al servicio de la Administración de Justicia, tras excluir en su art. 20.3 de la situación de incapacidad temporal, la de la funcionaria que goza de permiso o licencia por parto, adopción o acogimiento, hasta su término, en el apartado siguiente, atribuye idénticos efectos a la incapacidad temporal a la situación de la funcionaria que haya obtenido licencia por riesgo durante el embarazo. El RMJ extiende tal consideración y efectos al periodo de disfrute de licencia por riesgo durante la lactancia de hijos menores de nueve meses en su artículo 82.3, regulando la cuantía de la prestación en el artículo 93. Como ya anticipaba anteriormente, además de criticable, dicha equiparación no se proyecta en la concreta regulación de los requisitos, cuantía del subsidio y otros aspectos.

Huelga decir que ni el embarazo ni la lactancia son incompatibles con el trabajo, siempre que las condiciones laborales sean las adecuadas y no entrañen ningún riesgo para la madre y/o el hijo. Cuando tales condiciones no concurren en el puesto de trabajo, y no cabe adaptación y cambio a otro que las reúna, la funcionaria no puede asumir el riesgo inherente al desempeño de sus funciones, lo cual no entraña el padecimiento de enfermedad alguna.

Con mayor acierto, a mi juicio, que, en el mutualismo, se protege esta situación en el RGSS, diferenciándola de la incapacidad temporal; el riesgo durante el embarazo o lactancia constituye una situación distinta de la maternidad y de la incapacidad temporal<sup>528</sup>, y tiene expresamente la consideración de contingencia profesional<sup>529</sup>. Ello implica que queda excluida de esta vía de protección, la situación

---

<sup>526</sup> BOE n. 69, de 1 de marzo de 2009.

<sup>527</sup> Cfr. su artículo 1.3.

<sup>528</sup> MORENO SOLANA, Amanda, “Los artículos 134 y 135 bis del TRLGSS de 1994”, *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, García-Perrote Escartín y Mercader Uguina (dirs.), Editorial Aranzadi, Pamplona, 2015, p. 609, destaca tal diferencia con la incapacidad temporal, así como su carácter de contingencia profesional.

<sup>529</sup> Sobre las situaciones protegidas mediante la prestación por riesgo durante el embarazo y lactancia natural, BARCELÓ COBEDO, Susana, “La contingencia protegida durante la prestación de riesgo durante la lactancia: Comentario a la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de abril de 2012”, *Revista Aranzadi Social*, Vol. 5, n. 5, 2012, pp. 273-288; LÓPEZ INSUA, Belén del Mar, “Prestación por

derivada de riesgos o patologías que puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora o del feto cuando no esté relacionada con agentes, procedimientos o condiciones de trabajo del puesto desempeñada por la embarazada, que darán lugar a la incapacidad temporal<sup>530</sup>. En definitiva, en ese ámbito de la protección de la Seguridad Social, mientras que la incapacidad temporal se identifica con una situación real de deterioro de la salud que impide realizar las tareas a la trabajadora, la situación de riesgo durante el embarazo da cobertura a la evitación de un posible daño en la salud y seguridad de la gestante o del feto<sup>531</sup>.

Los artículos 20.4 del TRESSAJ y 82.3 del RMJ establecen que la situación de las mutualistas que hayan obtenido licencia por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural de hijos menores de 9 meses tienen la misma consideración y efectos que la incapacidad temporal. Pese a ello, no existe un tratamiento idéntico, pues el RMJ regula de modo independiente ambas situaciones y prestaciones previendo, expresamente, la interrupción de la incapacidad temporal cuando se inicien cualquiera de estas dos situaciones de riesgo.

Igualmente ha de advertirse que, no obstante, el tratamiento unitario en el RMJ de ambas situaciones, los riesgos para el embarazo o lactancia natural, en términos de afectación de la salud de la mujer, el feto o hijo no son coincidentes; la afectación que los riesgos del puesto de trabajo pueden generar en la salud de la mujer embarazada y/o al feto difieren de la que se proyectaría sobre la lactancia natural<sup>532</sup>. De ahí, que la valoración de exposición a los riesgos deba realizarse de forma individualizada y distinta para ambas situaciones<sup>533</sup>.

---

riesgo durante el embarazo y lactancia: problemas interpretativos y determinación de contingencias”, *Cuestiones actuales en materia de Seguridad Social*, Ediciones Laborum, Murcia, 2017, pp. 165 y ss.

<sup>530</sup> ROMERAL HERNÁNDEZ, Josefa, “El riesgo durante la lactancia natural: prevención y protección social”, cit.

<sup>531</sup> RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “Riesgo durante el embarazo e incapacidad temporal en los supuestos de embarazos de alto riesgo”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, Vol. 5, n. 8, 2012, pp. 161-174. También GORELLI FERNÁNDEZ, Juan e IGARTÚA MIRÓ, M<sup>a</sup>. Teresa, *Las prestaciones por maternidad y riesgo durante el embarazo*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.

<sup>532</sup> Vid. ARAGÓN GÓMEZ, Cristina, “La evaluación de los riesgos durante la lactancia natural a efectos de causar la prestación económica de la seguridad social por riesgo durante la lactancia natural”, *Revista de Información Laboral*, n. 11, 2017, pp. 83-89.

<sup>533</sup> En tan sentido, PEÑA GARCÍA, M<sup>a</sup> Valvanuz, “Riesgo durante la lactancia”, *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, n. 134, 2018, p. 77.

El RMJ se remite a la LPRL para determinar las situaciones de riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural. Concretamente, el artículo 93.2 RMJ se refiere al 26.3 y 4 LPRL cuando alude a los supuestos en los que la mujer funcionaria, incluida en el ámbito del mutualismo judicial, debe cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, y dicho cambio no resulta reglamentaria, técnica y objetivamente posible o, razonablemente, exigible por motivos justificados<sup>534</sup>.

Ante la ausencia de normativa concreta para estos riesgos específicos<sup>535</sup>, sin perjuicio de la aplicación de la supletoria, a los efectos de delimitar el concepto de riesgo durante el embarazo y lactancia e interpretar los demás requisitos, juega un trascendental papel la labor jurisprudencial<sup>536</sup>. Importa destacar que los Anexos VII y VIII del RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>537</sup>, no conforman un sistema *numerus clausus*<sup>538</sup>. Deben valorarse y describirse, estén o no allí reconocidos, los riesgos específicos del puesto

---

Sobre el estudio de riesgos laborales en relación a embarazo y lactancia, LÓPEZ GANDÍA, Juan, *Curso en prevención de riesgos laborales*, (codirector Blasco Lahoz), 20ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 225-227. También *vid.* BELTRÁN DE HEREDIA RUIZ, Ignasi, “Riesgos específicos y suspensión y subsidio por riesgo durante la lactancia”, *Temas Laborales*, n. 116, 2012, pp. 153 a 167; NAVARRO NIETO, Federico, “La problemática jurídica de la prevención de riesgos laborales durante el embarazo y la lactancia natural”, *Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, n. 5, 2012, pp. 41 y ss, o BENAVENTE TORRES, María Inmaculada, *El riesgo durante el embarazo, parto reciente y la lactancia natural. Un análisis propositivo*, Ediciones Laborum, Murcia, 2016, pp. 68-113.

<sup>534</sup> RIOS MESTRE, José María, “Prestación por riesgo durante el embarazo”, *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad*, n. 134, 2018, pp. 107-134.

<sup>535</sup> OLARTE ENCABO, Sofía, “El riesgo durante el embarazo”, *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social. Estudio de su régimen jurídico*, Monereo Pérez (dir.), Editorial Comares, Granada, 2008, pp. 136-137.

<sup>536</sup> Sobre análisis de jurisprudencia *vid.* BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La protección por incapacidad temporal y riesgos durante el embarazo y la lactancia natural de los funcionarios y funcionarias”, *Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social: Comentarios, casos prácticos, recursos humanos*, n. 324, 2010, pp. 59-78.

También POQUET CATALÁ, Raquel, “La prestación por riesgo durante la lactancia natural: debate judicial”, *Revista de Derecho Social*, n. 64, 2013, pp. 153-174.

<sup>537</sup> BOE n. 27, de 31 de enero de 1997.

<sup>538</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 15 de octubre de 2009 (recurso n. 621/2009), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de País Vasco de 11 de mayo de 2010 (recurso n. 754/2010), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 22 de febrero de 2013 (recurso n. 4083/2010), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 29 de febrero de 2012 (recurso n. 2420/2009).

Sobre el carácter no exhaustivo de los listados y su contenido, *vid.* VICENTE HERRERO, María Teófila, “Embarazo-lactancia natural y riesgos laborales”, *Revista Conamed*, Vol. 18, n. 2, abril-junio 2013 pp. 78-79.

del trabajo en relación a dichas situaciones<sup>539</sup>, ponderando las circunstancias concurrentes en cada caso, así como la progresiva confianza en el desempeño de las funciones<sup>540</sup>. Ciertamente, en la práctica no ha sido fácil distinguir la incapacidad temporal común por complicaciones en el embarazo y el supuesto de baja por riesgo durante el embarazo. La diferencia, desde luego, no es baladí dada su repercusión en la prestación que corresponde a cada supuesto.

El Tribunal Supremo (Sala de lo Social) en sentencia de 7 de abril de 2014<sup>541</sup>, recordando otras anteriores<sup>542</sup>, resume los presupuestos determinantes de la prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia natural. Declara el Alto Tribunal que es preciso constatar, de un lado, la existencia de un riesgo, derivado de las condiciones de trabajo, que puede influir negativamente sobre la salud de la mujer y de su hijo. Por ello, no cabe el percibo de la prestación cuando los riesgos no aparecen debidamente descritos, valorados y acreditados de manera específica en relación con el embarazo o la lactancia, pues ello obsta el conocimiento de si realmente existen o no otros puestos exentos de riesgo para la embarazada o lactante a efectos de su asignación; y, de otro, que la adaptación de las condiciones de trabajo por parte del empresario no sea posible o no permita eliminar el riesgo, sin que tampoco resulte viable el traslado de la trabajadora a “un puesto o función diferente y compatible con su estado”, aplicando los principios propios de la movilidad funcional o, incluso, a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría.

---

<sup>539</sup> *Vid.* sobre riesgos específicos LOUSADA AROCHENA, José Fernando y RON LATAS, Ricardo Pedro, *La protección de la salud laboral de las personas trabajadoras especialmente sensibles a determinados riesgos*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2018

<sup>540</sup> Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de septiembre de 2011 (recurso de casación para unificación de doctrina 2342/10), de 18 de marzo de 2011 (recurso de casación para unificación de doctrina 2257/10) y de 25 de enero de 2012 (recurso de casación para unificación de doctrina 4541/10), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia de 1 de marzo de 2010 (recurso n. 24/2010), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 29 de diciembre de 2009 (recurso n. 132/2009), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de mayo de 2012 (recurso n. 3206/2011).

<sup>541</sup> Recurso n. 1724/13.

<sup>542</sup> Sentencias del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 2011 —recurso de casación para unificación de doctrina 2373/2011—, de 17 de marzo de 2011 —recurso 1865/10 y recurso de casación para unificación de doctrina 2448/10—, de 18 de marzo de 2011 —recurso de casación para unificación de doctrina 2257/10—; de 18 de marzo de 2011 —recurso de casación para unificación de doctrina 1863/10—; de 23 de enero de 2012 —recurso de casación para unificación de doctrina 1706/11—; de 25 de enero de 2012 —recurso de casación para unificación de doctrina 4541/10—, de 24 de abril de 2012 —recurso de casación para unificación de doctrina 818/11—, de 22 de noviembre de 2011 —recurso de casación para unificación de doctrina 306/11—.

Así, en la sentencia de 10 de octubre de 2010<sup>543</sup>, con cita de otras anteriores<sup>544</sup>, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo descarta la nocturnidad y el trabajo a turnos como factores de riesgo en el caso concreto, pero no porque no se reconozcan en el RD 39/1997, sino porque en el caso no se acredita que erijan como tales para la mujer embarazada. Precisamente, en base a tal descripción particularizada, en la sentencia de esa misma Sala y Tribunal de 18 de octubre de 2017<sup>545</sup>, se desestima el recurso, al no apreciar identidad con la sentencia de contraste a pesar de tratarse de profesionales del ámbito sanitario expuestas a ciertas sustancias y agentes, que entendían constituyen un riesgo para la lactancia natural, toda vez que las funciones realizadas eran diferentes y, por ende, distintos los riesgos, siendo fundamental el conocimiento de estos a través de una descripción particularizada como se aportó en ese caso, frente al resuelto en la sentencia de contraste en el que, simplemente, constaba en el informe aportado, una genérica referencia a la exposición a sustancias químicas. En suma, debe concurrir prueba sobre la existencia los específicos riesgos, que no se solventan con las medidas de protección, en relación con la actividad de la embarazada y de la situación de lactancia natural.

La Sala de lo Social del Tribunal Supremo en su sentencia de 21 de septiembre 2011<sup>546</sup>, rechaza la concurrencia de esta situación, en atención a la generalidad de la declaración de riesgo formulada por la entidad empleadora consistente en “exposición a contaminantes biológicos, accidentes de tránsito, sobreesfuerzos y accidentes causados por seres vivos (agresiones)” pues, precisamente, la gran variedad de situaciones, de actividades, de índices de peligrosidad o de tiempos de exposición en cada caso, determina la imposibilidad de que se pueda conocer de forma objetiva, específica y completa los que concurren, y su relevancia, en relación con la lactancia en el caso enjuiciado ya que se ignoran los elementos concretos que puedan conducir a tal conocimiento. En particular, el

---

<sup>543</sup> Recurso n. 174/2016.

<sup>544</sup> Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2013 recurso de casación para unificación de doctrina 1563/2012 y 28 de octubre de 2014, recurso de casación para unificación de doctrina 2542/2013.

<sup>545</sup> N. 1256/2015.

<sup>546</sup> Recurso n. 2342/10.

Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Sala de lo Social, en sentencia de 26 de enero de 2015<sup>547</sup>, rechaza la situación de riesgo durante la lactancia natural de una técnica especialista en radiodiagnóstico que presta sus servicios en un complejo hospitalario, en la consideración de que desde el momento en que una mujer en el periodo de lactancia informe de su estado al responsable de la actividad, no se le asignarán trabajos que supongan un riesgo mayor de contaminación radiactiva, no constando que estos se le hubieran asignado a la actora. Tampoco la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla), en sentencia de 24 de julio de 2015<sup>548</sup>, reconoce la prestación a una ginecóloga que desarrolla tareas propias de su especialidad con atención a pacientes en planta de hospitalización, guardias médicas e intervenciones quirúrgicas por cuanto no ha acreditado que en el puesto de trabajo de la actora existan riesgos específicos para esa lactancia natural.

En cambio, sí se reconoce en sentencia de 20 de junio de 2016<sup>549</sup> de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid) Sala de lo Social, a una médica de emergencias que presta sus servicios en UVI móvil en jornadas de 24 horas de duración y con cadencia de 6 días en atención a la duración y posible nocturnidad y a que la prestación sanitaria va acompañada o precedida de desplazamientos en vehículo que han de efectuarse a la velocidad que demanda la emergencia existente, con la polución acústica que pueda surgir del eventual uso de los sistemas de identificación de ese género del que disponen las ambulancias sanitarias, así como la utilización en la asistencia de que ha de prestarse de sustancias o agentes potencialmente tóxicos u, ocasionalmente, la verificación de procedimientos o técnicas médicas o quirúrgicas invasivas y que implican el contacto con fluidos de los pacientes y el consiguiente riesgo de contagios.

En base a la jurisprudencia y doctrina legal expuestas se podría concluir que la situación protegida mediante el “riesgo durante el embarazo” es aquella en que el riesgo al que se expone la embarazada o lactante dimana del puesto de trabajo, que no puede ser modificado en su desempeño o sustituido por otro. Por ello, quedaban fuera de estas situaciones las derivadas de complicaciones internas de la trabajadora,

---

<sup>547</sup> Recurso n. 1380/13.

<sup>548</sup> Recurso n. 980/15.

relacionadas con su estado de salud o por ser un embarazo de alto riesgo, por edad o cualesquiera otras razones ajenas al puesto de trabajo, en las que procedía la baja por incapacidad temporal.

Ahora bien, a partir de la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de 10 de diciembre de 2018<sup>550</sup>, que reconoce la prestación por situación de riesgo durante el embarazo a una dependienta que se encontraba en incapacidad temporal por embarazo de alto riesgo debido a condiciones internas de la embarazada (presentaba dificultades de fertilidad por lo que se somete con éxito a inseminación in vitro), aquella jurisprudencia, a mi entender, se modifica. El Alto Tribunal argumenta que, si el trabajo implica riesgo para la viabilidad del embarazo, este ha de calificarse como el propio de la prestación que se demanda. Considero que esta interpretación amplía los supuestos que tradicionalmente que se consideraban como riesgo durante el embarazo, aumentando con ello la protección de las mujeres embarazadas con complicaciones durante el embarazo.

En el marco del mutualismo judicial, la equiparación a la incapacidad temporal y la interpretación que realiza el Tribunal Supremo sobre el alcance del artículo 93.3 RMJ, difuminan los límites entre esa y las situaciones de riesgo durante el embarazo y lactancia natural, Y es que el Alto Tribunal salva la legalidad de dicho precepto en el entendimiento de que los supuestos de riesgo durante el embarazo o lactancia natural que comprende, exceden de los derivados de las condiciones del puesto de trabajo. En efecto, el Tribunal Supremo introduce un matiz relevante en cuanto a la situación de riesgo durante embarazo o lactancia natural en que se encuentran las funcionarias que hayan obtenido licencia por ello.

Así, en su sentencia dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 23 de enero de 2013<sup>551</sup>, al resolver la petición de nulidad del artículo 93.3 RMJ por infracción del 58 LOIEMH, declara que la cuantía del subsidio a cargo de la MUGEJU que establece el precepto impugnado debe entenderse referida a las situaciones de riesgo que no derivan de las condiciones del puesto; conforma el del

---

<sup>549</sup> Recurso n. 718/2016.

<sup>550</sup> Recurso n. 2654/2016.

<sup>551</sup> Recurso n. 589/2011.



precepto impugnado, en criterio del Alto Tribunal, un supuesto más genérico, referido a la licencia por riesgo durante el embarazo cualesquiera que sean las circunstancias que hayan podido influir en esa situación y que pueden ser completamente ajenas a las condiciones del puesto. Este matiz que introduce el Tribunal Supremo, aunque lo haga a propósito de la legalidad del subsidio previsto en la norma reglamentaria, parece ampliar las situaciones de riesgo durante el embarazo y lactancia natural objeto de cobertura en el marco del mutualismo judicial, respecto de las que, tradicionalmente se entendía que recogía la LGSS.

Pensemos que, conforme a ese criterio, si se desvincula la licencia de riesgo durante el embarazo y lactancia natural a los derivados estrictamente de las condiciones del puesto de trabajo, las situaciones que tradicionalmente en el RGSS se trataban como incapacidades laborales, en el marco del mutualismo judicial conformarían “riesgos durante embarazo o lactancia natural”. El ejemplo más claro lo encontraríamos en el embarazo de alto riesgo que ya desde aquella sentencia de 2013 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, anterior a la jurisprudencia social del mismo sentido, en el ámbito del mutualismo judicial daría lugar a una licencia por riesgo durante el embarazo. No obstante, debe reseñarse que en la medida en que el mutualismo judicial equipara las situaciones de quienes obtienen estas licencias a la incapacidad temporal, dicho matiz solo trasciende en el plano económico.

La prestación económica durante la situación de riesgo durante el embarazo o durante la lactancia, consiste en el 100% de las retribuciones, durante los ciento ochenta primeros días y, a partir del día ciento ochenta y uno, se percibirán las retribuciones básicas y asignación por hijo a cargo, con cargo al Ministerio o Administración Autónoma competente, más un subsidio, a cargo de la MUGEJU, de igual cuantía durante todo el tiempo que dure dicha situación, que asciende al cien por ciento de las retribuciones complementarias devengadas en el primer mes de la licencia (art. 93.3 RMJ).

La Federación de Servicios a la Ciudadanía de Comisiones Obreras interpuso el recurso contencioso-administrativo 589/2011, en el que instó la nulidad del

apartado 3 del artículo 93 RMJ, por considerar que era contrario a lo dispuesto en el art. 58 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en cuanto a que el subsidio consistente en el 100% de las retribuciones complementarias devengadas en el primer mes de la licencia, no es equiparable a la plenitud de derechos económicos de la funcionaria, cuya garantía proclama dicho precepto de la LOIEMH para todo el tiempo de la licencia.

Sin embargo, el Tribunal Supremo desestimó el recurso en la ya mentada sentencia de 23 de enero de 2013, destacando que conforme a una anterior de fecha 10 de febrero de 2011<sup>552</sup>, a los efectos que contempla el RMJ, no se incluyen en las retribuciones complementarias de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, aquellas que puedan venir derivadas de acuerdos Administración-Sindicatos y no sean de las contempladas en la Ley 17/1980 y RD 1909/2000, de 24 de noviembre, como son las correspondientes a productividad o en virtud del denominado “complemento autonómico transitorio”.

El Tribunal Supremo, reiterando la doctrina anterior, insiste en que la expresión cien por ciento de las retribuciones complementarias, únicamente comprende aquellos complementos que son comunes a los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia al objeto de garantizar la remuneración uniforme para todos ellos; no se integran en la legalidad retributiva que vincula a la MUGEJU otros conceptos que no derivan de una norma de una norma jurídica aplicable con carácter general a estos funcionarios sino que es fruto de un acuerdo Administración-Sindicatos. No obstante, concluye que el artículo 93.3 RMJ no es contrario al artículo 58 LOIEMH toda vez que la norma reglamentaria no perfila, o concreta, la situación de este último precepto; omisión que no justifica la nulidad del artículo discutido en la medida en que contempla situaciones diferentes o, al menos, no exactamente coincidentes, como ya se expuso, todo ello sin perjuicio de que se invoque directamente la aplicación del art. 58 por quien se encuentre en la situación en él contemplada<sup>553</sup>.

---

<sup>552</sup> *Vid.* Sentencia del Tribunal Supremo 10 de febrero 2011 y doctrina judicial que se cita en notas del apartado “prestación por incapacidad temporal”.

<sup>553</sup> En igual sentido, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid Sala de lo Contencioso-

Es clara la posición del Tribunal Supremo, no obstante, cabe preguntarse en embarazos de alto riesgo por causas ajenas a las condiciones del puesto de trabajo<sup>554</sup>, ¿cuál sería la cuantía del subsidio? Aplicando restrictivamente tal doctrina, deberían excluirse las retribuciones variables o el complemento autonómico, sin embargo, partiendo de que el RMJ contempla unitariamente las retribuciones a cargo de la MUGEJU por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, en atención a los razonamientos que sustentan la amplia concepción de la actual jurisdicción social sobre estas dos situaciones de riesgo, y conforme a los artículos 58 y 8 de la LOIEMH, las retribuciones complementarias deben incluir aquellos conceptos. Y es que, en suma, si el subsidio del mutualismo judicial se vincula a la concesión de una licencia por riesgo durante el embarazo o lactancia natural<sup>555</sup>, la causalidad del riesgo habrá sido determinante de la concesión de tal licencia, de modo que una vez que la funcionaria se encuentra en situación de incapacidad temporal derivada de aquellas situaciones, ninguna justificación encuentra la limitación retributiva, que sólo debiera operar, a mi juicio, en los casos genuinos de incapacidad temporal.

Además de la existencia de un riesgo durante embarazo o lactancia natural, ha de resultar imposible o no exigible por motivos justificados, el cambio de puesto de trabajo a otro compatible con dichas situaciones, y en el caso de lactancia natural<sup>556</sup>,

---

Administrativo de 29 febrero de 2012, que estima el recurso n. 1569/2009 interpuesto contra la Resolución de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias sobre abono de mensualidades del complemento de productividad. Disponiendo el art. 58 de la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres que 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 previstas en la normativa aplicable, y que 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, esa plenitud de derechos económicos comprende todos los conceptos retributivos que se perciban con carácter ordinario mientras se esté en situación de servicio activo y como consecuencia de la jornada ordinaria.

<sup>554</sup> ARAGÓN GÓMEZ, Cristina, “El impacto de la maternidad en la retribución no consolidable, a propósito de los recientes pronunciamientos del Tribunal Supremo”, *Revista de Información laboral*, n. 6, 2017, pp. 119-157. También POQUET CATALÁ, Raquel, “La prestación por riesgo durante la lactancia natural: debate judicial”, cit., pp. 153-174.

<sup>555</sup> Aunque la normativa vigente no la desarrolla sí la reconoce, previendo incluso la reciente Resolución de 27 de diciembre de 2018, de la Secretaría de Estado de Función Pública, por la que se establece la anotación obligatoria en el Registro Central de Personal de algunos permisos y licencias por conciliación de la vida personal y laboral (BOE de 28 de diciembre de 2018), su anotación en dicho Registro, en el artículo 1.

<sup>556</sup> Lógicamente, la obtención de la licencia por lactancia natural presupone la acreditación de esta situación. En el orden jurisdiccional social se encuentran sentencias de denegación de la prestación por falta de prueba de este requisito, por ejemplo, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de

el hijo ha de tener menos de 9 meses. Por ello, el RMJ prevé que los subsidios se extinguen cuando finalice la licencia obtenida por dichas contingencias bien porque comienza el permiso reglamentario por parto, o en el supuesto de lactancia, porque el hijo/a cumple nueve meses, ya por la reincorporación en el mismo puesto adaptado o a otro compatible con su estado, por situación de incapacidad temporal.

La regulación expuesta evidencia la necesidad, o al menos conveniencia, de un tratamiento autónomo y específico de las situaciones de riesgo durante el embarazo y durante la lactancia, desvinculado de la situación de incapacidad temporal, pues no estamos ante contingencias que limitan la capacidad para trabajar, clarificando el régimen retributivo de estos permisos en aplicación de la doctrina emanada de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Supremo, a fin de incluir expresamente entre los derechos económicos y profesionales que tiene derecho a percibir quien esté disfrutando de un permiso por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural<sup>557</sup>.

### 3.3. Prestación por incapacidad permanente

Una clara muestra de la complejidad que entraña la desmembración de los mecanismos de protección social de ciertos colectivos como el que nos ocupa la encontramos en la regulación de prestación por incapacidad permanente. Tanto los funcionarios incluidos en el Régimen de Clases Pasivas como en el RGSS tienen derecho a percibir la prestación que contempla el mutualismo judicial en situaciones de incapacidades definitivas. Pero mientras para la MUGEJU importa la calificación o grado de la incapacidad, en el marco de las Clases Pasivas se reconoce la misma pensión de incapacidad —que aquí se denomina de jubilación o retiro—, con independencia del grado de afectación de la capacidad, resultando determinante que la incapacidad sea permanente e impida al funcionario el ejercicio de sus funciones<sup>558</sup>, lo cual no sucede en el RGSS.

---

Comunidad Valenciana de 24 de octubre de 2012.

<sup>557</sup> Cfr. MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), “Excedencias, permisos y reducciones de jornadas relacionados con la conciliación de la vida personal, familiar y profesional”, *La protección social de la carrera judicial*, AEBOE, Madrid, 2018, p. 158.

<sup>558</sup> BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Seguridad Social. Régimen General, Regímenes Especiales y*

En efecto, la Ley de Clases Pasivas define el hecho causante de la pensión de jubilación o retiro como aquella lesión o proceso patológico, somático o psíquico estabilizado e irreversible o de remota o incierta reversibilidad, que imposibiliten al funcionario que las padezca totalmente para el desempeño de las funciones propias de su cuerpo, escala, plaza o carrera<sup>559</sup>. Es decir, sin perjuicio de que el dictamen médico correspondiente le atribuya al funcionario afectado un por la incapacidad un grado determinado, esta calificación no afecta a la cuantía de la pensión<sup>560</sup>. Sin embargo, en el RGSS sí se proyecta el grado de incapacidad en la pensión correlativa<sup>561</sup>, distinguiendo el artículo 194 LGSS vigente, según el porcentaje de reducción de la capacidad para el trabajo en la incapacidad permanente parcial, total, absoluta y gran invalidez, situaciones a las que corresponden distintas pensiones<sup>562</sup>.

El TRRESSAJ, aunque reconoce en el artículo 12.1.c), entre las prestaciones a cargo de la MUGEJU, las recuperadoras por incapacidad permanente, no regula ni la situación, ni los derechos económicos del mutualista, pues simplemente a propósito de la incapacidad temporal establece, en el artículo 19.3, que en caso de que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente, impedirá definitivamente el desempeño de las funciones públicas se proceda a la incoación del procedimiento de jubilación por incapacidad, debiendo imperar la coordinación de las actuaciones de la MUGEJU y del órgano de jubilación competente, que inicie el expediente de oficio o a instancia de parte. Aunque de modo escueto, el RMJ que en su artículo 94 sí define el hecho causante, concreta los beneficiarios de la prestación y su cuantía, extinción e incompatibilidades. Serán beneficiarios de la prestación que cubre la MUGEJU, el mutualista en activo incorporado a Clases Pasivas o al RGSS que, en el primer caso, por disminución psicofísica o funcional, quedara incapacitado para el desempeño de la función y pasare a la situación de jubilado y, en el segundo, se le hubiera

---

*Prestaciones no contributivas*, 5ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, pp. 1243-1266, sobre hecho causante y pensión de jubilación o retiro en el Régimen de Clases Pasivas.

<sup>559</sup> Cfr. Artículo 28.2.c) Ley de Clases Pasivas.

<sup>560</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Acción protectora del mutualismo administrativo”, cit., p. 361. Sobre la relevancia de la calificación de la incapacidad de los funcionarios incluidos en el Régimen de Clases Pasivas, nota 288, p. 362 del citado capítulo.

<sup>561</sup> GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago y BARCELÓN COBEDO, Susana, *Introducción al Derecho de la Seguridad Social*, 12ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, p. 333.

<sup>562</sup> BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Seguridad Social. Régimen General, Regímenes Especiales y Prestaciones no contributivas*, cit., pp. 665-667.

reconocido una incapacidad permanente total o absoluta. Por eso, no puede reconocerse la prestación cuando la jubilación por incapacidad permanente acaece durante la prolongación de la permanencia en el servicio activo. La prestación consistirá en el pago mensual del 20% de las retribuciones básicas ordinarias percibidas el último mes en activo, y dos pagas extraordinarias por igual cuantía, que se revalorizará anualmente en los términos previstos para las pensiones de Clases Pasivas en las Leyes de PGE.

Se reconoce esta prestación, a petición del interesado que presentará en modelo oficial disponible en la página web de la Mutuality<sup>563</sup>, presencialmente o en el registro de la sede electrónica, hasta alcanzar la edad en que hubiera procedido la jubilación forzosa. El mes en que cumple dicha edad se produce la extinción del derecho a esta prestación que será comunicada al interesado.

#### 3.4. Prestación por gran invalidez

El RMJ define la situación de gran invalidez como aquella en que se encuentra el mutualista jubilado que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos<sup>564</sup>.

De esta definición pudiera concluirse que cualquier mutualista jubilado, con independencia de cual fuere la causa, podrá instar de la Mutuality el reconocimiento de la gran invalidez y prestación correspondiente a dicha situación. Sin embargo, a la vista de lo que dispone el apartado 2 del artículo 96 del RMJ<sup>565</sup>, sólo los jubilados por incapacidad permanente en el momento de producirse el hecho causante y, por tanto, únicamente cuando este acaece con anterioridad al cumplimiento de la edad de jubilación forzosa establecida para los miembros de su

---

<sup>563</sup><https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/JUBILACIONPORINCAPACIDADPERMANENTE.pdf>.

<sup>564</sup> Véase el artículo 95 RMJ.

<sup>565</sup> “La fecha del hecho causante de la gran invalidez tiene que haberse producido con anterioridad a la fecha en que el mutualista cumpliera la edad fijada legalmente para la jubilación forzosa de los miembros de su Carrera, Cuerpo o Escala, conforme lo dispuesto en la normativa reguladora del régimen de Seguridad Social que les sea de aplicación”.

carrera, cuerpo o escala, tienen derecho a tal reconocimiento y declaración<sup>566</sup>.

Obsérvese nuevamente la dualidad protectora derivada de la fecha de adquisición de la condición de funcionario (esto es, antes o después del 1 de enero de 2011), ya que el hecho de que los funcionarios que acceden con posterioridad queden incluidos en el RGSS a efectos de pensiones introduce un plus de complejidad en la materia. En principio, de la regulación contenida en los artículos 95 a 100 del RMJ —donde se regula la gran invalidez— parece que esta prestación a cargo de la Mutuality únicamente se reconoce a los funcionarios incluidos en Clases Pasivas.

Así, el artículo 96 RMJ cuando atribuye la competencia a la MUGEJU para la declaración y revisión de la gran invalidez, únicamente alude al personal incluido en el ámbito de aplicación del Régimen de Clases Pasivas; también el artículo 98 RMJ al fijar la cuantía de la prestación económica limita los beneficiarios a aquellos mutualistas jubilados incluidos en el Régimen de Clases Pasivas.

Se podría pensar, no obstante, que tal limitación no excluye la pensión mutualista para los incluidos en el RGSS sino la competencia de la MUGEJU para la declaración de la gran invalidez. Sin embargo, el apartado 2 del artículo 100 RMJ a propósito de las incompatibilidades entre pensiones por razón de este mismo hecho causante, dispone que la prestación a cargo de la MUGEJU no se otorgará al personal incluido en el RGSS. Esta última previsión es coherente con la regulación de la gran invalidez en la LGSS, en cuyo artículo 196.4 se reconoce para el trabajador (en nuestro ámbito, funcionario) declarado gran inválido, el derecho a una pensión vitalicia que se incrementará en su cuantía con un complemento<sup>567</sup>, destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atiende. Complemento, pues, que vendría a ser incompatible con el previsto a cargo de la MUGEJU, de ahí la exclusión del personal incluido en el RGSS.

Ahora bien, pese a que tal conclusión se muestra consecuente con la dicción

---

<sup>566</sup> ESTEVE SEGARRA, Amparo, “Regímenes especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos”, cit., p. 641.

<sup>567</sup> El importe de dicho complemento será equivalente al resultado de sumar el 45% de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30% 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% de la pensión

del precepto e inherente con la inclusión en el RGSS, resulta trascendental recordar que la incorporación de los funcionarios integrados en el RGSS con posterioridad al 1 de enero de 2011 se realiza a los exclusivos efectos de pensiones de Clases Pasivas, respetando las peculiaridades en cuanto a la edad de jubilación, tribunales médicos competentes para la declaración de incapacidad o inutilidad del funcionario y acceso a las prestaciones del mutualismo judicial. Se trata, pues, de una incorporación limitada a aquellas pensiones entre las que no se encuentra la de gran invalidez, pues con independencia de la calificación que se realice en el informe médico, únicamente en Clases Pasivas se reconoce la pensión por incapacidad permanente<sup>568</sup>.

Así lo han entendido las Administraciones implicadas, y lo interpreta el Ministerio de Justicia en resolución de 23 de marzo de 2017, por la que estima el recurso de alzada 9/2017 interpuesto contra otra de la Gerente de la MUGEJU de 10 de noviembre de 2016, al resolver que la MUGEJU es el organismo competente a los efectos de reconocer y satisfacer el complemento correspondiente a la gran invalidez a todos sus mutualistas, incluidos en Clases Pasivas o en el RGSS, en los términos y condiciones que se establecen en el RMJ, toda vez que la inclusión en el RGSS es limitada, es decir, “a los solos efectos de lo dispuesto en la Ley de Clases Pasivas del Estado, es decir, a los efectos del reconocimiento y declaración de la jubilación por incapacidad permanente, lo que no incluye la declaración de la Gran Invalidez en los términos y a los efectos establecidos en el artículo 95 del Reglamento del mutualismo judicial”. Por tanto, en atención a lo expuesto se ha de concluir que beneficiario de la prestación económica por gran invalidez es el mutualista jubilado que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida.

La MUGEJU será la competente para la declaración y la revisión de la gran invalidez, previa solicitud de dictamen preceptivo y vinculante a los órganos encargados de evaluar, calificar y revisar la incapacidad, radicados en la provincia en que tenga su domicilio el interesado, es decir, el EVI del INSS. Aunque el RMJ atribuye al dictamen del EVI carácter vinculante, merece destacar que la doctrina

---

percibida, sin el complemento, por el trabajador.

<sup>568</sup> MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección*



judicial entiende que ello no ha de impedir la constatación (incluso por la propia MUGEJU) de que el criterio del informe de los peritos de la Administración es erróneo<sup>569</sup>.

Así, en el caso resuelto en sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 17 de diciembre de 2018<sup>570</sup>, que condenó a la MUGEJU a reconocer y declarar en situación de gran invalidez a un mutualista, y pagar la prestación correspondiente, resulta que aunque del informe de los peritos no resultaba tal calificación, la misma sí podía sustentarse en la naturaleza de las afecciones físicas y psíquicas que resultaban de los informes periciales y de parte. En el caso allí resuelto la funcionaria del cuerpo de gestión administrativa que había sido declarada en situación de incapacidad permanente, solicitó a la MUGEJU la declaración de gran invalidez y reconocimiento del derecho a percibir la prestación correspondiente a cargo de la Mutualidad, previo informe del EVI en que se concluía que la interesada no necesitaba de la asistencia de tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida.

Esta resolución fue anulada por el mentado Tribunal, argumentando que el carácter vinculante del que dota el artículo 96.1 RMJ al informe del EVI produce sus efectos en la esfera administrativa en atención al carácter técnico, imparcial y objetivo que se atribuye a la actuación de sus miembros y que gozan de la presunción de legalidad y acierto en sus decisiones en atención a la función que desarrollan. Ahora bien, en la vía judicial esta presunción puede destruirse y, con ello, la conclusión del EVI, mediante una prueba plena, practicada con todas las garantías personales, que evidencie los errores de dicho dictamen. En especial, puede acreditarse tal extremo mediante la prueba pericial judicial cuya objetividad, imparcialidad y conocimientos técnicos, puestos de manifiesto en el juicio resultan equiparables a los de los técnicos de la propia Administración. Prueba que, en el

---

*Social de la Carrera Judicial*, cit., pp. 266-267.

<sup>569</sup> Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 22 de enero de 2018, recurso n. 251/2016, Tribunal Superior de Justicia de Islas Canarias de 22 de junio de 2018, recurso n. 122/2017, Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 17 de diciembre de 2018, recurso n. 697/2017, Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 29 de septiembre de 2008, recurso n. 2082/2000.

<sup>570</sup> Recurso n. 697/2017.

caso, el Tribunal estimó que concurría<sup>571</sup>, desvirtuándose de tal modo la conclusión errónea del EVI.

Algo similar sucedió en el caso enjuiciado por una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de junio de 2018<sup>572</sup>, en la que se anuló la resolución de la MUGEJU que denegó la prestación por gran invalidez en atención al carácter vinculante del informe del EVI, que concluía que el actor no necesitaba la asistencia de otra persona por el hecho de padecer una enfermedad consistente en amaurosis (ceguera total) del ojo izquierdo y déficit visual severo ojo derecho. El Tribunal funda la sentencia estimatoria en la falta o defectuosa motivación del informe de la Administración<sup>573</sup>, toda vez que no concreta la capacidad visual residual de modo que no puede conocerse por este, qué tareas esenciales puede o no realizar, lo que sí resulta de los informes periciales aportados en vía judicial, alguno de ellos de especialistas de la entidad privada médica de la MUGEJU, a la que se encuentra adscrito el actor.

La prestación por gran invalidez tiene carácter vitalicio y consiste la suma de la cuantía prevista para la situación de incapacidad permanente<sup>574</sup>, a la que deberá sumarse la cantidad equivalente al 40% de las retribuciones básicas ordinarias percibidas el último mes en activo. Es decir, la cuantía de la prestación que, también se actualizará anualmente, equivale al 60% de las retribuciones básicas ordinarias percibidas el último mes en activo y se abonará una por cada uno de los meses del

---

<sup>571</sup> El FJ Sexto de la sentencia concluye: “En el supuesto que examinamos la recurrente, en atención a la visión, se halla cercana a una situación de ceguera al tener reconocida una visión de 0,05 en el ojo derecho y de una décima (0,1) en el izquierdo, circunstancia que unida al trastorno de la afectividad y depresivo mayor, a la limitación funcional de columna por espondilolistesis, de ambos miembros inferiores por trastorno interno de la rodilla de etiología degenerativa y limitación funcional bipodal por deformidad de ambos pies, entendemos que la recurrente se halla en situación de gran invalidez que precisa de la asistencia de tercera persona para realizar alguno de los actos esenciales de la vida ordinaria, como pone de manifiesto su esposo y así le fue reconocido por el Centro de Valoración de personas con discapacidad de Oviedo.

<sup>572</sup> Recurso n. 122/2017.

<sup>573</sup> En el FJ Segundo de la sentencia se dice que el dictamen médico de la Administración se limita a apreciar un déficit visual severo sin especificar la concreta capacidad visual que tiene la recurrente a fin de determinar qué tareas esenciales de la vida puede realizar o no lo que no puede realizarse si se limita el dictamen a generalidades sobre la severidad de la falta de visión.

<sup>574</sup> La prestación a cargo de la MUGEJU por incapacidad permanente consiste en el pago mensual del 20% de las retribuciones básicas ordinarias percibidas el último mes en activo, y dos pagas

año y dos pagas extraordinarias al año.

En cuanto a los efectos económicos de la prestación de gran invalidez, el artículo 99 RMJ distingue: 1) Si en el momento de la jubilación por incapacidad ya existiera la gran invalidez, la prestación se abona con los efectos económicos de dicha pensión, salvo que su reconocimiento se instara transcurridos cinco años desde el día siguiente a la recepción de la notificación relativa a la declaración de jubilación para el servicio, en cuyo caso los efectos económicos se producen a partir del día primero del mes siguiente al de presentación de la solicitud<sup>575</sup>. 2) Si la gran invalidez no concurre en el momento de la jubilación los efectos se producen a partir del día primero del mes siguiente al de presentación de la solicitud de reconocimiento, salvo que el dictamen del EVI acredite la consolidación de la patología que la causó antes de la fecha de la solicitud, en cuyo caso se podrán retrotraer, como máximo, hasta el primer día del tercer mes anterior a la fecha de presentación de la solicitud. 3) Los supuestos anteriores se excepcionan en el caso de que la resolución de reconocimiento no pudiera adoptarse dentro de los cinco años, a contar desde la presentación de la solicitud, por causa imputable al beneficiario, pues los efectos económicos se producirán a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que el interesado hubiera subsanado los defectos a él imputables.

El derecho a esta prestación puede anularse o suspenderse, como en los otros supuestos, cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar la prestación o cuando, sin causa razonable, haya rechazado o abandonado los tratamientos procedentes. Además de las tales causas de suspensión y anulación de la prestación, el artículo 97 RMJ, prevé su extinción: 1) Por revisión de la situación. 2) Por ejercicios de la opción efectuada por el beneficiario en caso de incompatibilidad con otras prestaciones a las que pudiera tener derecho. 3) Por fallecimiento del beneficiario.

Esta prestación económica para la remuneración de la persona encargada de la asistencia al gran inválido es incompatible con cualquier otra prestación o pensión

---

extraordinarias por igual cuantía, cantidad que se actualizará anualmente.

<sup>575</sup> El impreso tipo de la solicitud de la prestación por gran invalidez está disponible en: <https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/GRANINVALIDEZ.pdf>.

dirigida a la misma finalidad, otorgada por un régimen público de Seguridad Social, salvo cuando el interesado hubiera causado pensión por incapacidad permanente para el servicio en aquellos regímenes especiales y otra, de carácter equivalente, en otro régimen público de Seguridad Social, y en ambos tuviera derecho a que le fuera reconocido el grado de gran invalidez, según dispone el artículo 100 RMJ<sup>576</sup>.

### 3.5. Prestación por lesiones permanentes no invalidantes

El artículo 12.1.d) del TRRESSAJ reconoce, a cargo de la MUGEJU, las indemnizaciones por lesión, mutilación o deformidad, de carácter definitivo derivadas o consecuencia de la contingencia de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio. En igual sentido se define el hecho causante de la prestación en el artículo 101 del RMJ.

De estos preceptos cabe destacar que solo son indemnizables con cargo a la MUGEJU si concurren las siguientes circunstancias: 1) Que las lesiones, mutilaciones y deformidades que presenta el funcionario tengan carácter definitivo, esto es, se hallen consolidadas, sin curación. 2) Que, sin llegar a tener incidencia en la capacidad laboral del funcionario afectado, esto es, sin ser constitutivas de una incapacidad permanente, suponen una disminución o alteración de su integridad física, por ello, son indemnizables aquellas lesiones o deformidades independientes de las reducciones anatómicas o funcionales consideradas para la declaración de jubilación por incapacidad permanente para el servicio o determinantes de la necesidad de tercera persona encargada de la asistencial gran inválido, y en ese supuesto la indemnización ahora analizada es compatible con la prestación por incapacidad permanente y, en su caso, con la de gran invalidez. 3) Que hubieren sido ocasionadas por enfermedad profesional o en acto de servicio o como consecuencia de él, por accidente o riesgo específico del cargo. En cualquier caso, no son indemnizables las que derivan de contingencias comunes.

Para todo el personal incluido dentro del ámbito de aplicación del RMJ, la MUGEJU será competente para reconocer, calificar y abonar la indemnización

---

<sup>576</sup> Cfr. Artículo 100 RMJ. Al respecto, puede verse RON LATAS, Ricardo, *La incompatibilidad de pensiones en el sistema español de Seguridad Social*, cit.

correspondiente a las lesiones permanentes no invalidantes, si bien se aplicará el baremo establecido para el RGSS, previo expediente iniciado a instancia de parte mediante la presentación, dentro de los cuatro años siguientes a contar desde que las lesiones alcanzaran el carácter de definitivas, de la solicitud en modelo normalizado disponible en la web de la Mutuality<sup>577</sup>. Al procedimiento se incorporarán los informes médicos internos de la Mutuality y externos, así como el informe sobre averiguación de la contingencia al que se refiere el artículo 59.2 RMJ<sup>578</sup>.

La prestación consiste en una indemnización a tanto alzado y por una sola vez, según resulte para la lesión contemplada en el baremo de la Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por el que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes<sup>579</sup>. Ha de tratarse de una lesión reconocida en la Orden<sup>580</sup>, y las cantidades se fijan en el baremo en función de la gravedad de la lesión como del perjuicio físico sufrido por el afectado, y por zona corporal<sup>581</sup>.

---

<sup>577</sup> <https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/INDEMNIZACIONPORLESIONESPERMANENTESNOINVALIDANTES.pdf>.

<sup>578</sup> “El procedimiento para el reconocimiento de estos derechos se instrumentará a partir de un expediente dirigido a averiguar las causas que dieron lugar a las lesiones o a las circunstancias en que se inició la patología, así como a establecer la relación de causalidad entre éstas y el servicio o tarea desempeñados por el mutualista. Dicho expediente, que se iniciará a solicitud del interesado o de oficio por el órgano competente para expedir, en su caso, la licencia por enfermedad del funcionario mutualista afectado, será instruido por dicho órgano, con arreglo a las normas que al efecto se establezcan por Orden del Ministro de Justicia que determinará, asimismo, las especificaciones que habrá de contener el informe resultante de la instrucción, incluida la posibilidad de que el mencionado órgano lleve a cabo actuaciones complementarias”.

<sup>579</sup> BOE n. 26, de 30 de enero de 2013.

<sup>580</sup> Así lo declara el Tribunal Superior de Justicia de Galicia en sentencia de 11 de febrero de 2015, recurso n. 85/2014, que desestima la indemnización interesada por la actora toda vez que su lesión no se incardina en las baremas.

<sup>581</sup> En el caso de la cabeza y la cara, las indemnizaciones oscilan entre los 990 y los 7.940 euros. Se valora si ha habido o no pérdida de materia ósea en cráneo, reducción de la vista, variaciones en la voz o merma del oído o del olfato.

En cuanto al apartado del aparato genital, las compensaciones van desde los 1.570 euros hasta los 6.380. Aquí la ley contempla la merma anatómica o funcional de los testículos o los ovarios, la pérdida del pene (sea total o parcial) o la deformación de los genitales externos de la mujer.

Si nos ocupamos de las glándulas y vísceras, el montante oscila entre los 2.420 y los 5.460 euros e incluye la merma de mama en la mujer y, en general, la pérdida de riñón, de bazo y glándulas.

Y, respecto a los miembros superiores, las indemnizaciones previstas pueden ir de los 590 a los 3.200 euros. Afectan a la pérdida, falta de movilidad y rigideces articulares de manos y brazos. Lo mismo para los miembros inferiores, con cuantías que oscilan entre los 430 y los 2.660.

Mención aparte merecen las cicatrices no incluidas en la relación anterior, con una contraprestación de

#### 4. Prestaciones para la protección de la familia

El Capítulo III del Título I de la CE, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se inicia con el artículo 39, que obliga a los poderes públicos a asumir la protección familiar en el triple aspecto social, económico y jurídico. La ubicación aparentemente descontextualizada de este precepto bien podría justificarse en la consideración de la protección de la familia, como eslabón básico de la protección social, por cuanto la ausencia de medidas de aquella naturaleza provoca el desequilibrio de sistema de esta última modalidad de tutela<sup>582</sup>.

Como una de las manifestaciones de este mandato constitucional, las leyes reguladoras del mutualismo administrativo —también las del mutualismo judicial— dedican algún epígrafe, bajo la rúbrica “protección a la familia”, a las prestaciones familiares<sup>583</sup>. Estas medidas, en forma de subsidios, indemnizaciones o ayudas tienen por finalidad la compensación económica del funcionario por incremento de los gastos que ocasiona el nacimiento y cuidado de hijos.

Las prestaciones para la protección de la familia se articularon tradicionalmente para los funcionarios a través de un mecanismo de protección denominado “ayuda familiar”, junto con el propio del mutualismo y el Régimen de Clases Pasivas<sup>584</sup>. La Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas<sup>585</sup>, estableció las prestaciones por hijo a cargo que, posteriormente, acogieron los artículos 184 a 190 del RD Leg. 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Pese a lo dispuesto en la disposición adicional octava de este texto legal<sup>586</sup>, en atención a la naturaleza del RESSAJ en relación con el sistema de Seguridad Social, esta prestación se incorpora a los regímenes especiales de los

---

entre 540 y 2.130 euros.

<sup>582</sup> VALDEOLIVA GARCÍA, Yolanda, “Las prestaciones familiares”, *Derecho de la Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004.

<sup>583</sup> BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Seguridad Social. Régimen General, Regímenes Especiales y Prestaciones no contributivas*, cit., pp. 1470-1471. O también ESTEVE SEGARRA, Amparo, “Regímenes especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos”, cit., p. 642.

<sup>584</sup> En concreto, en su artículo 2.

<sup>585</sup> BOE n. 306, de 22 de diciembre de 1990.

<sup>586</sup> La DA 8ª recogía lo previsto en la Ley 26/1990, disponiendo que las prestaciones familiares contenidas en el Capítulo IX del Título II, era de aplicación a todos los regímenes del sistema de

funcionarios regulados por ley específica y al mutualismo judicial por la Ley 31/1991, de 30 de diciembre, de PGE para 1992, en cuya disposición adicional novena se distingue entre las prestaciones por hijo a cargo del Régimen de Clases Pasivas y las correspondientes al mutualismo, remitiéndose a la regulación del RGSS.

Con el RD Ley 1/2000, de 14 de enero, de medidas de mejora de protección familiar de la Seguridad Social<sup>587</sup>, se introducen las prestaciones por parto múltiple y por nacimiento de tercer o sucesivos hijos. Aunque el RD 1368/2000, de 19 de julio<sup>588</sup>, que desarrolla estas prestaciones económicas, en su artículo 2 excluyó su aplicación a los tres regímenes especiales de funcionarios, remitiéndose a las normas propias. La vigente ley reguladora del RESSAJ, distingue en su artículo 21 entre las prestaciones de pago periódico y único, y diferencia las propias del mutualismo judicial de las gestionadas por las unidades y órganos administrativos que tenían encomendadas las extinguidas ayudas familiares, si bien en ambos casos se remita a la regulación de las mismas en el RGSS<sup>589</sup>, al igual que el RMJ que dedica a esta materia los artículos 109 a 118.

#### 4.1. Prestación por hijo a cargo con discapacidad

Como ya se expuso, es la disposición adicional novena de la Ley 31/1991, de 30 de diciembre, de PGE para 1992, la que estableció el subsidio por hijo a cargo con discapacidad como una modalidad de las prestaciones familiares por hijo a cargo propia del mutualismo judicial. Actualmente, los artículos 12.1.f) y 21.3 del TRRESSAJ recogen, expresamente, entre las prestaciones de la MUGEJU, las “prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad”, remitiendo para su regulación a la establecida en la LGSS<sup>590</sup>. Igual remisión al RGSS contiene el artículo 110 del RMJ.

La prestación consiste en una asignación económica mensual, por hijo o

---

Seguridad Social.

<sup>587</sup> BOE n. 14, de 17 de enero de 2000.

<sup>588</sup> BOE n. 181, de 29 de julio de 2000.

<sup>589</sup> Capítulo IX del Título II del TRLGSS de 1994, derogado por la vigente LGSS que regula la protección de la familia en el capítulo XV.

<sup>590</sup> El RD 1335/2005, dictado en el ámbito del RGSS, desarrolla la normativa legal por hijo a cargo

menor acogido con discapacidad, cuya cuantía se determina en atención a diversos parámetros como son la edad del discapacitado, su grado de incapacidad y de la necesidad del concurso de otra persona. Para el año 2019 las cuantías son: 1) 83,33 €/mes, si el hijo a cargo menor de 18 años presenta una discapacidad igual a mayor al 33%. 2) 392 €/mes, si el hijo a cargo es mayor de 18 años con discapacidad igual o mayor al 65%. 3) 588 €/mes si el hijo mayor de edad a cargo presenta una minusvalía igual o mayor al 75% y necesidad de tercera persona.

El causante no pierde la condición de hijo o menor acogido a cargo por el mero hecho de realizar un trabajo lucrativo, por cuenta propia o ajena, siempre que continúe viviendo con el beneficiario de la prestación y que los ingresos anuales del causante, en concepto de rendimientos del trabajo, no superen el 100% del salario mínimo interprofesional<sup>591</sup>.

La percepción de las asignaciones económicas por hijo a cargo con discapacidad mayor de 18 años es incompatible con la condición, por parte del hijo, de pensionista de jubilación o invalidez en la modalidad no contributiva y con la condición de beneficiario de las pensiones asistenciales reguladas en la Ley 45/1960, de 21 de julio, o de los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona, establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. El artículo 110.2 RMJ prevé que, si la MUGEJU reconoce cualquier otra prestación familiar por discapacidad diferente a la prevista en el artículo 21 del TRESSAJ de cuantía superior a la aquí analizada, aquella mantendrá su exceso, que se irá reabsorbiendo con los incrementos que se produzcan en esta prestación.

La solicitud, formulada en impreso oficial disponible en la propia Mutuality o a través de la web de MUGEJU<sup>592</sup>, se presentará presencialmente o en el registro de la sede electrónica, acompañada de la resolución del reconocimiento del grado de discapacidad y, en según el caso, decisión administrativa o judicial de acogimiento, documento acreditativo de que el solicitante es el representante legal del causante

---

con discapacidad.

<sup>591</sup> El salario mínimo interprofesional está fijado para 2019 en 900,70 €/mes (12.600,00 €/año).

<sup>592</sup> <https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/HIJOACARGODISCAPACITADO.pdf>.



discapacitado y/o certificación de la empresa o entidad en que desempeña su actividad. Además, si ya era perceptor de alguna pensión, prestación o subsidio incompatible debe el solicitante acreditar que opta por la prestación de MUGEJU, o que ha renunciado a aquellos, así como la fecha de efectos económicos de la opción o renuncia.

#### 4.2. Prestaciones por nacimiento o adopción de hijo

El TRRESSAJ reconoce el derecho a prestaciones por nacimiento o adopción de hijo en el apartado 4 del artículo 21 —y el RMJ en los artículos 109 a 119— donde se distinguen varios supuestos.

4.2.1. Prestación económica de pago único por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familia numerosa, monoparental y en los casos de madres discapacitadas

El RMJ regula la prestación económica de pago único por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familia numerosa, monoparental y en los casos de madres discapacitadas en su artículo 118, remitiéndose al igual que la anterior en cuanto a los requisitos de reconocimiento a lo previsto en el RGSS, si bien atribuye a la MUGEJU, en el ámbito de su colectivo, el reconocimiento del derecho a la misma y su gestión.

La prestación se abona en un pago único, y su cuantía asciende a 1.000 euros, siempre que los ingresos del beneficiario no rebasen el límite establecido anualmente en la Ley de PGE. A los efectos de fijar los ingresos, si el padre y la madre conviven deberán computarse los de ambos conjuntamente, de modo que para tener derecho a esta prestación los ingresos anuales no deben superar, la cuantía de 12.313 euros, incrementada en un 15% por cada hijo a cargo, a partir del segundo, éste incluido. Ese límite de ingresos se incrementa cuando se trata de familias numerosas<sup>593</sup> a

---

<sup>593</sup> A efectos de la consideración de familia numerosa, se estará a lo dispuesto en la Ley 40/2003, de Protección de Familias Numerosas. Esta ley establece que se entiende por ascendientes al padre, a la madre o a ambos conjuntamente cuando exista vínculo conyugal y, en su caso, al cónyuge de uno de ellos, equiparándose a estos la persona o personas que, a falta de los mencionados en el párrafo anterior, tuvieran a su cargo la tutela o acogimiento familiar permanente o preadoptivo de los hijos, siempre que éstos convivan con ella o ellas y a sus expensas. Igualmente, dispone que tendrán la misma consideración que los hijos las personas sometidas a tutela o acogimiento familiar permanente

18.532 euros, importe al que se adicionarán 3.002 euros por cada hijo a cargo a partir del cuarto, éste incluido<sup>594</sup>.

Se entiende por familia numerosa la integrada por uno o dos ascendientes con tres o más hijos, sean o no comunes. No obstante, basta con dos hijos si uno de ellos es discapacitado o se encuentra incapacitado para trabajar, dos ascendientes y dos hijos si la discapacidad concurren en ambos ascendientes y en uno pero es superior al 65%, la madre o padre separado o divorciado con tres o más hijos a su cargo<sup>595</sup> aunque no convivan con ella o él, sin perjuicio de que en caso de discrepancia entre los ascendientes en cuanto a qué unidad familiar integra al descendiente primará el criterio de la convivencia, padre o madre con dos hijos cuando falleció el otro ascendiente, dos o más hermanos huérfanos sometidos a tutela, acogimiento o guarda sin estar a expensas del tutor, acogedor o guardador, tres o más hermanos huérfanos de padre y madre, mayores de 18 años, o dos, si uno de ellos es discapacitado, que convivan y tengan una dependencia económica entre ellos.

La familia monoparental se identifica con la constituida por un solo progenitor con el que convive el hijo nacido o adoptado y que constituye el sustentador único de la familia. Para que la madre con discapacidad tenga derecho a este subsidio es preciso que acredite un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

La solicitud, a la que se acompañarán los documentos acreditativos de los requisitos exigidos<sup>596</sup>, como en las anteriores prestaciones, se formula en modelo normalizado que se puede obtener y presentar, presencialmente o a través de la web de la Mutuality<sup>597</sup>.

---

o preadoptivo legalmente constituido. Los menores que habiendo estado en alguna de estas situaciones alcancen la mayoría de edad y permanezcan en la unidad familiar, conservarán la condición de hijos en los términos del artículo 3.

<sup>594</sup> Los límites de ingresos son los establecidos para el año 2019.

<sup>595</sup> Se entiende que están a su cargo cuando una sentencia judicial le obliga a prestar alimentos al hijo/a que conviven con el otro excónyuge.

<sup>596</sup> Fotocopia del DNI, libro de familia o certificación literal del nacimiento de los hijos, fotocopia compulsada de la declaración del IRPF de los dos progenitores, resolución judicial de adopción, certificado de calificación de discapacidad, expedido por el IMSERSO u Organismo competente en cada Comunidad Autónoma (en el supuesto de madre discapacitada y en el de hijos con discapacidad), título de familia numerosa o monoparental.

<sup>597</sup> <https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/NACIMIENTOADOPCIÓNDE HIJO2019.pdf>.

#### 4.2.2. Ayudas económicas en los casos de parto múltiple

La MUGEJU concede también ayudas económicas en los casos de parto múltiple. Estas ayudas, comprenden dos prestaciones diferenciadas: 1) Subsidio especial por maternidad o paternidad en los supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiples. 2) Prestación económica de pago único por parto o adopción múltiples. Su regulación básica está contenida en los artículos 111 al 117 del RMJ. Concretamente en este último se declara la compatibilidad de ambas prestaciones entre sí y con la prestación por hijo a cargo con discapacidad.

A la solicitud<sup>598</sup>, que se obtendrá y presentará del modo ya indicado para el resto de las prestaciones familiares y económicas, se acompañará el libro de familia o certificación literal de nacimiento, resolución judicial por la que se constituye la adopción o resolución administrativa o judicial por la que se concede la acogida familiar, tanto preadoptiva como permanente y, en según el caso, certificado del Registro Civil acreditativo del fallecimiento de la madre, certificación de calificación de discapacidad, expedida por el IMSERSO u Organismo competente de cada Comunidad Autónoma (caso de adoptados) o certificación de la Entidad Pública, competente en materia de protección de menores, acreditativa de las especiales dificultades de inserción social y familiar (caso de adoptados o acogidos menores de edad, pero con siete o más años, que, por sus circunstancias y experiencias personales o por provenir del extranjero, tengan especiales dificultades de inserción social y familiar o acogidos menores de edad, pero con siete o más años).

##### 4.2.2.1. Subsidio especial por maternidad o paternidad en los supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiples

Las situaciones protegidas con el subsidio especial por maternidad o paternidad en los supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiples —regulado en los artículos 111 y ss. RMJ— son la de maternidad por parto múltiple o de acogimiento preadoptivo o permanente múltiple o de paternidad o maternidad por adopción múltiple. Se considera parto múltiple el nacimiento de dos hijos o más en el

---

<sup>598</sup><https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/PARTOADOPCIONACOGIMIENOMULTIPLE.pdf>.

mismo parto y acogimiento o adopción múltiple, la de dos más menores de seis años o, si fueran mayores de esta edad y menores de 18 años si concurre alguna de las siguientes circunstancias: 1) Que sean personas con discapacidad. 2) Que por sus circunstancias y experiencias personales o provenir del extranjero tengan especiales dificultades de inserción social y familiares debidamente acreditados por los servicios sociales competentes.

Son beneficiarios los mutualistas que se encuentren en dicha situación desde la fecha del parto o de la de la resolución judicial de adopción o de la administrativa o judicial que establezca el acogimiento. Si ambos progenitores tienen derecho a la prestación de la MUGEJU, o uno de ellos, siendo el otro beneficiario de la prevista en algún régimen público de Seguridad Social, deberán ejercer la opción expresamente a favor de quien decidan de mutuo acuerdo o, en su defecto, la madre, adoptante o acogedora. Si esta no tiene derecho al subsidio, o ha fallecido, puede ser beneficiario el padre siempre que se comprometa a no ejercer el derecho en nombre de la fallecida.

La cuantía del subsidio será la cantidad resultante de multiplicar por 42 (seis semanas del descanso obligatorio) el haber regulador correspondiente al año del hecho causante del cuerpo al que pertenezca el mutualista, dividiendo a su vez ese resultado por 365. El producto se multiplicará por el número de hijos, a partir del segundo que nazcan en un mismo parto o de menores adoptados o acogidos simultáneamente

#### 4.2.2.2. Prestación económica de pago único por parto o adopción múltiple

Tendrán derecho a la prestación económica de pago único por parto o adopción múltiple —contemplada en los arts. 114 a 116 RMJ—de pago único, los mutualistas, en los casos de maternidad por parto o de adopción múltiple, con el objeto compensar, en parte, el aumento de gastos que produce en las familias el nacimiento o la adopción de dos o más hijos por parto o adopción múltiples.

Si ambos padres o adoptantes son mutualistas y convivieran, manifestarán de mutuo acuerdo quién de ellos opta por ser beneficiario, en caso de discrepancia, lo será aquel que tuviera a su cargo la guarda y custodia de los hijos. Si los sujetos

causantes fueran huérfanos de padre y madre o estén abandonados será beneficiario quien legalmente los tenga a su cargo.

La prestación consiste en un pago único, cuya cuantía consiste en 4, 8 o 12 veces el salario mínimo profesional mensual vigente el día de nacimiento o fecha de la resolución judicial de adopción, según sean 2, 3 o más hijos causantes, esto es, para 2019, respectivamente, las cantidades de 3.600,00 euros, 7.200,00 euros y 10.800,00 euros<sup>599</sup>. Los hijos nacidos o adoptados afectados por una discapacidad igual o superior al 33 por ciento computarán doble.

## 5. Prestaciones sociales

También en el Capítulo III del Título I de la CE, dentro de los principios rectores de la política social y económica, se encuentran preceptos relacionados con las prestaciones sociales<sup>600</sup>. Concretamente, los artículos 41, 49 y 50, proclaman la obligación de los poderes públicos de garantizar a los ciudadanos unos mínimos de subsistencia, un régimen de prevención, rehabilitación e integración dirigido a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

El RD Ley 16/1978 incorporó en el cuadro general de prestaciones a cargo de la MUGEJU las sociales. A través del RD 4097/1982, de 29 de diciembre, se implantan dichas prestaciones sociales en el mutualismo judicial. Actualmente, el TRRESSAJ (en su artículo 12.1.e]) establece que la MUGEJU cubrirá las prestaciones sociales y asistencia social. Por su parte, el RMJ dedica a esta materia los artículos 102 a 108, aportando su concepto, clasificación y concreta regulación de cada una de las que contempla.

Con carácter general, el artículo 102 RMJ define las prestaciones sociales como el conjunto de medidas protectoras que atienden situaciones ordinarias de necesidad no cubiertas por otras prestaciones. Entre ellas diferencia las de asistencia al jubilado, ayuda por gastos de sepelio y programas sociosanitarios, si bien concluye

<sup>599</sup> En el año 2019 el SMI es de 900 €/mes. RD 1462/2018, de 21 de diciembre.

<sup>600</sup> BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Seguridad Social. Régimen General, Regímenes Especiales y Prestaciones no contributivas*, cit., pp. 1472-1473. O también ESTEVE SEGARRA, Amparo,

con una referencia al mecanismo residual de asistencia social a través del Fondo con tal nombre.

#### 5.1. Ayuda por gastos de sepelio

El art. 104 RMJ regula la prestación social de ayuda por gastos de sepelio. Esta se concederá en los casos de fallecimiento de mutualistas, titulares no mutualistas y beneficiarios incluidos en el documento de afiliación de ambos, siempre que se encuentren en situación de alta en el momento del hecho causante. En estos casos, el mutualismo judicial reconoce una ayuda económica de pago único. Podrán ser perceptores de esta ayuda, en caso de fallecimiento de mutualista, por orden de preferencia excluyente, el cónyuge viudo no separado judicialmente, los hijos que estuvieren incluidos como beneficiarios en su documento de afiliación y la persona que acredite haber abonado los gastos de sepelio. En el caso de fallecimiento de titular no mutualista, tendrá derecho a la ayuda la persona que acredite haber abonado los gastos de sepelio mediante factura original. Y, en caso de fallecimiento de un beneficiario, será perceptor el titular del documento de afiliación en el que aquél figure incluido.

La cuantía varía según el supuesto de que se trate. Así, en supuesto de fallecimiento del mutualista el importe de la ayuda asciende a 250 euros, con el límite del importe abonado si fuera inferior a dicha cantidad, siempre que el perceptor resultara ser persona distinta a cónyuges supérstite o hijos incluidos como beneficiarios en el documento de afiliación. En el supuesto del fallecimiento del titular no mutualista o beneficiario el importe de la ayuda será de 150 euros, operando el límite del importe de la factura abonada si el perceptor es quien se hizo cargo de los gastos de sepelio.

La cuantía de esta ayuda, y requisitos para su concesión se regulan en la Resolución de 19 de diciembre de 2012 de la MUGEJU<sup>601</sup>. A la solicitud, que

---

“Regímenes especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos”, cit., p. 643.

<sup>601</sup> BOE n. 313, de 29 de diciembre de 2012. Esta Resolución modifica la Circular n. 79, de 6 de octubre, BOE n. 272, de 11 de enero de 2006, y Resolución de 22 de diciembre de 2008, BOE n. 3, de 3 de enero de 2009.

presentará de igual modo y forma<sup>602</sup> que la señalada para las prestaciones anteriores, se acompañará la documentación acreditativa del fallecimiento del causante, gastos de sepelio y derecho del perceptor<sup>603</sup>, en el plazo de seis meses a contar desde el fallecimiento del causante. Pasado este plazo se producirá la prescripción<sup>604</sup> del derecho a percibirla.

## 5.2. Asistencia a jubilados

Como una prestación de carácter social se regula en el artículo 103 del RMJ asistencia al jubilado. Como se infiere de su denominación, sólo serán beneficiarios de este subsidio los mutualistas jubilados<sup>605</sup> con carácter forzoso o por incapacidad permanente para el servicio al llegar a la edad de jubilación forzosa<sup>606</sup>, que en el momento de jubilarse (por edad o incapacidad), se encontrarán en servicio activo, servicios especiales o excedencia voluntaria por cuidado de familiares o por razón de violencia de género.

El subsidio o ayuda consiste en el pago, por una sola vez, del doble del

<sup>602</sup> <https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/GASTOSDESEPELIO.pdf>.

<sup>603</sup> Esta documentación será el certificado del acta de defunción del fallecido, y según el caso, certificado de fecha actual del matrimonio, cuando el solicitante sea cónyuge viudo no separado judicialmente y éste no figure como beneficiario en el Documento de Afiliación del fallecido, (en ambos casos bastaría con fotocopia compulsada del libro de familia actualizado a la fecha de la solicitud); factura original con todos los requisitos legales, expedida a nombre del solicitante, si el derecho corresponde a la persona que se haya hecho cargo de los gastos de sepelio; certificado médico oficial en el que conste la fecha de interrupción del embarazo y el tiempo de gestación y documento acreditativo de los gastos originados (sólo para el supuesto en que el fallecido fuera el feto que haya permanecido en el seno materno al menos 180 días).

<sup>604</sup> En tal sentido, BLASCO LAHOZ, José Francisco, *La protección por muerte y supervivencia en el sistema español de Seguridad Social. Régimen general y regímenes especiales de la Seguridad Social*, Pamplona, Aranzadi, 2017, p. 235.

<sup>605</sup> Sobre acceso a la jubilación de los funcionarios públicos *vid.* LÓPEZ GANDÍA, Juan y TOSCANI GIMÉNEZ, Daniel, *La reforma de la jubilación: Comentarios a la Ley 27/2011, de 1 de agosto*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, pp. 147-148 y, en general, LÓPEZ GANDÍA, Juan, *La jubilación de los empleados públicos*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007, pp. 23 y ss. También BLASCO LAHOZ, Francisco José, *Las pensiones por jubilación. El régimen jurídico de las pensiones contributivas por jubilación de la Seguridad Social, de Clases Pasivas y del SOVI. Actualizado con las leyes 22 y 23/2013 de 23 de diciembre*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, pp. 187-229. Y MOLINER TAMBORERO, Gonzalo, SALA FRANCO, Tomás y URESTE GARCÍA, Concepción Rosario, *Régimen jurídico del personal al servicio de la Administración de Justicia*, cit., pp. 307 y ss.

<sup>606</sup> Conforme al artículo 103.1, párrafo tercero, se considera edad de jubilación forzosa la prevista como tal en los respectivos Reglamentos Orgánicos de las distintas Carreras, Cuerpos y Escalas y sus normas específicas de jubilación, sin que, a estos efectos, tenga incidencia alguna lo previsto en los artículos 67.3 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del EBEP, y 492.3 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, que posibilitan la permanencia en el servicio activo de aquellos funcionarios que voluntariamente lo deseen hasta que cumplan, como máximo, los setenta años.

importe íntegro de una mensualidad ordinaria de las retribuciones básicas que figuren en la última nómina que se haya percibido en activo. La solicitud se presentará en modelo oficial en la forma y a través de los medios ya expuestos en relación con las relativas a las prestaciones ya examinadas, en el plazo de prescripción de seis meses a contar: 1) A partir del día siguiente al de la fecha fijada para dicha jubilación, en el caso de jubilados forzosos por edad. 2) A partir del día siguiente al de la fecha de cumplimiento de la edad fijada para la jubilación forzosa por edad en el cuerpo o escala de pertenencia del funcionario, en el supuesto de jubilados por incapacidad permanente para el servicio.

### 5.3. Programas sociosanitarios

Los programas sociosanitarios vienen contemplados en el artículo 105 RMJ. Estos programas en la actualidad se materializan a través de las ayudas económicas para atender situaciones de necesidad que afecten a personas mayores, personas con discapacidad y drogodependientes, así como otras personas en situación de dependencia. Su concesión está condicionada al crédito consignado a tales fines en el presupuesto de la MUGEJU para el ejercicio económico en curso.

Con carácter general serán beneficiarios de estas ayudas los mutualistas, los titulares no mutualistas o beneficiarios incluidos en el documento de afiliación de ambos, y perceptores los mutualistas o titulares no mutualistas que se encuentren en situación de alta en la MUGEJU en el momento del hecho causante, que debe producirse en el ejercicio presupuestario correspondiente, siempre que no concurra causa de incompatibilidad, la cual existe si se perciben otras ayudas de fondos públicos destinadas a idéntica finalidad y coincidan el sujeto y hecho causante<sup>607</sup>.

El derecho se extingue por pérdida de los requisitos determinantes de su concesión o cese de las causas de reconocimiento, incompatibilidad, renuncia o fallecimiento del beneficiario. La solicitud deberá ser formulada en modelo oficial<sup>608</sup>, que se podrá obtener y presentar presencialmente o a través de la página web de la

---

<sup>607</sup> Resolución de 29 de enero de 2018 (BOE de 5 de febrero de 2018).

<sup>608</sup> <https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/DROGODEPENDIENTESrectificado14-11-13.pdf>  
<https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/1.DISCAPACITADOSrectificado8-10-2018.pdf>



MUGEJU, y debe acompañarse en todos los casos de la copia de la declaración de IRPF de la unidad familiar del último ejercicio, incluida la complementaria si se hubiera presentado, salvo que no existiera obligación de declarar, en cuyo caso se aportará certificación de la AEAT en tal sentido, así como de las imputaciones íntegras de ingresos que les consten y certificación del domicilio y residencia de los miembros de la unidad familiar. En cualquier caso, puede autorizarse a la MUGEJU para recabar esta información de organismos públicos en vez de adjuntarla.

### 5.3.1. Programa de atención a personas mayores

Este programa está dirigido a atender estados de necesidad de quienes, habiendo alcanzado una determinada edad, como consecuencia de deficiencias psicofísicas y de circunstancias familiares y sociales, están impedidos para el desarrollo normal de la vida diaria, y carecen de recursos suficientes para hacer frente a dichos estados o situaciones. La ayuda se concreta en el pago mensual de la cantidad que resulte según el baremo que fija la Resolución que las convoca<sup>609</sup>.

Además de no superar el límite de ingresos de la unidad familiar prevista en el baremo, para ser destinatario de tales ayudas es preciso tener 70 años o más, y tener reconocida una discapacidad igual o superior del 65%, que se acreditará mediante la certificación o fotocopia compulsada del organismo de la Comunidad Autónoma competente en la materia que la hubiera reconocido. En su caso, deberá aportar con la solicitud, declaración responsable de las pensiones o prestaciones exentas o no sujetas a tributación por IRPF del último ejercicio.

### 5.3.2. Programa de atención a personas con discapacidad

La MUGEJU contempla también un programa de atención a personas con discapacidad, cuya finalidad en este caso es la de contribuir a sufragar el coste de los servicios, actividades o medios técnicos que precisen las personas con discapacidad, excluidas las actividades que puedan ser calificadas como recreativas o de ocio, así

---

[https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/1.AYUDA MAYORESrectificado12-02-15\\_0.pdf](https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/1.AYUDA MAYORESrectificado12-02-15_0.pdf)  
<sup>609</sup> Para 2018 si el nivel de ingresos por persona al mes no alcanzaba los 483 euros la cuantía de la ayuda era de 350 €/mes, si los ingresos estaban entre los 484 a 1.322, el importe de la ayuda era de 25 €/mes y, por último, si los ingresos eran en cuantían comprendida entre 1.323 y 1.600, el importe sería de 150 €/mes.

como los gastos de traslado, comedor, cuotas asociativas y cualesquiera otras actuaciones que, a juicio de MUGEJU, no estén destinadas específicamente a las finalidades señaladas.

A día de hoy se distinguen dos tipos. El primero de ellos resultan ser las ayudas para mantenimiento y potenciación de la capacidad residual mediante los siguientes servicios: 1) Tratamientos de carácter médico-funcional dirigidos a evitar un mayor deterioro y, si fuera posible, desarrollar las potencialidades físicas y sensoriales afectadas por la discapacidad padecida. 2) Terapia de mantenimiento y ocupacional. 3) Estimulación precoz a los menores con discapacidad. 4) Actividades formativas dedicadas a facilitar a la persona con discapacidad psíquica o sensorial las habilidades adecuadas para su desenvolvimiento en la vida diaria y familiar, así como en los ámbitos social y laboral.

Para ser destinatario de estas ayudas es necesario estar afectado por un grado de discapacidad<sup>610</sup>, igual o superior al 33% o jubilado por incapacidad permanente para el servicio, acreditar la procedencia de los servicios contemplados en este programa mediante informe del facultativo especialista, responsable de la asistencia al beneficiario de la ayuda, que indique la necesidad de iniciar o continuar con el tratamiento, presupuesto del centro o profesional que imparta el tratamiento y facturas originales justificativas del gasto realizado y, por último, que las técnicas empleadas o las actividades desarrolladas para prestar dichos servicios no se encuentren incluidas en el concierto suscrito por MUGEJU con las entidades médicas para la prestación de la asistencia sanitaria del colectivo. Para probar tal extremo se hará constar la no inclusión en el concierto en el propio informe del facultativo o, de no ser así, mediante informe de la Entidad Médica a la que se esté adscrito. Para los casos de estimulación precoz, la edad del causante habrá de ser inferior a siete años.

A la solicitud, además de la documentación general y la precedente, debe acompañarse la factura original del gasto. La cuantía mensual de la ayuda se fija en

---

<sup>610</sup> El grado de discapacidad deberá acreditarse mediante la aportación de la correspondiente certificación, expedida por organismo estatal o autonómico competente o fotocopia compulsada de la misma.

atención al nivel de rentas por persona dentro de la unidad familiar<sup>611</sup> atribuyendo importes de 400, 340, 280, 220, 160 y 100 €/mes, si aquellas se corresponden a los siguientes tramos, respectivamente, hasta 242, de 243 a 482, de 483 a 722, de 723 a 1.022, de 1.023 a 1.322 y más de 1.322 €/persona. En ningún caso, podrá superar la ayuda mensual al gasto realizado.

En segundo lugar, se encuentran las ayudas para la autonomía personal. Su objeto es contribuir a la eliminación de barreras arquitectónicas para facilitar a las personas con discapacidad el acceso y movilidad en su propia vivienda, así como en las zonas comunes que afecten a la misma, en la parte que corresponda. Las obras a realizar deberán ir destinadas a evitar dificultades de maniobra o las existentes para salvar desniveles, para controlar el equilibrio o para manipular elementos del inmueble y la potenciación de relaciones y comunicaciones de la persona con discapacidad con su entorno a través de la utilización de medios o ayudas técnicas, entendiéndose por tales los aparatos o utensilios diseñados para solucionar las dificultades que la persona con discapacidad pudiera encontrar en la realización de las actividades de la vida diaria.

Para ser destinatario de las ayudas económicas de este programa es necesario estar afectado por un grado de discapacidad igual o superior al 33%, que se acreditará con el certificado, o su fotocopia compulsada, de reconocimiento del grado de discapacidad; acreditar la necesidad de las obras o la procedencia de los medios o ayudas técnicas, mediante informe detallado del facultativo especialista responsable de la asistencia del causante de la prestación, así como de una memoria razonada y de la valoración de la ejecución en el caso de las obras y, en los supuestos de medios o ayudas técnicas, que estas no estén comprendidas en las prestaciones complementarias de la asistencia sanitaria de la MUGEJU. Además, se aportará la factura acreditativa del gasto

Estas ayudas tendrán un periodo de carencia de cuatro años. Las cuantías

---

<sup>611</sup> Se calcula el nivel de rentas de cada persona dividiendo la suma total de los ingresos anuales del solicitante y las personas que integran su unidad familiar, entendiéndose por tales el cónyuge o persona unida por análoga relación de afectividad, los hijos y descendientes solteros menores de 25 años o discapacitados convivientes en el mismo domicilio así como los ascendientes que también convivan con aquél al menos la mitad del periodo impositivo, entre el número total de personas

dependen de los ingresos mensuales por persona de la unidad familiar y el grado de discapacidad<sup>612</sup>, y nunca superarán el importe del gasto realizado.

### 5.3.3. Programa de atención a personas drogodependientes

El programa de atención a personas drogodependientes tiene como finalidad financiar, parcialmente, los gastos derivados del ingreso del beneficiario de la ayuda en centros especiales para seguir un tratamiento de deshabituación por drogadicción, así como los tratamientos llevados a cabo por un terapeuta individual especializado, que deberá poseer acreditación vigente. Se exceptúan de este programa los tratamientos de desintoxicación en general y terapias de deshabituación inferiores a tres meses de duración; el tratamiento del tabaquismo y el del alcoholismo, así como aquellos otros que, a juicio de MUGEJU, no se correspondan a los fines de esta ayuda.

Para ser destinatario de las ayudas económicas de este programa es necesario precisar de un tratamiento integral de drogodependencia dirigido a la rehabilitación y a la reinserción socio-laboral, convenientemente prescrito por especialista, ya sea psicólogo o facultativo inscrito en el correspondiente colegio oficial o adscrito a un

convivientes, perciban o no ingresos. Finalmente, la cifra así obtenida se dividirá a su vez entre doce.

<sup>612</sup> La cuantía anual de la ayuda para eliminación de barreras arquitectónicas se fijó para 2018 de acuerdo con el siguiente baremo:

Nivel de ingresos por persona (Euros/mes)	Cuantía anual en euros		
	Discapacidad del 33% al 64%	Discapacidad del 65% al 74%	Discapacidad del 75% al 100%
Hasta 242	770	1.210	1.650
De 242 a 482	660	990	1.310
De 483 a 722	550	770	1.100
De 723 a 1.022	440	550	880
Más de 1.022	220	275	440

La cuantía para las ayudas para medios técnicos

Nivel de ingresos por persona (Euros/mes)	Cuantía anual en euros		
	Discapacidad del 33% al 64%	Discapacidad del 65% al 74%	Discapacidad del 75% al 100%
Hasta 242	220	440	660
De 242 a 482	154	341	528
De 483 a 722	110	242	396
De 723 a 1.022	88	163	220
Más de 1.022	44	68	110

centro dependiente de una Administración Pública, requisito este que se acreditará mediante un informe actualizado del especialista, psicólogo o facultativo al respecto.

Junto a las facturas originales acreditativas del gasto, se acompañará una certificación del centro o del especialista en la que conste: 1) La relación de meses en los que el afectado ha recibido tratamiento. 2) El número de sesiones en las que se ha aplicado el mismo. 3) El tipo o tipos de terapia utilizada. 4) La cualificación profesional del especialista responsable del tratamiento aplicado.

La cuantía de la ayuda en el 2018 se fijó en función de los siguientes tramos de ingresos, hasta 800 €/mes por persona, de 801 a 1.600 y más de 1.600, asignando a cada tramo la cuantía máxima mensual de 250, 150 y 120 euros/mes. La cuantía inicial de la ayuda que se reconozca será del 50% del gasto acreditado mensualmente, con un máximo de doscientos cincuenta euros.

#### 5.4. Fondo de Asistencia Social

El art. 107 RMJ recoge la obligación de la MUGEJU de establecer un Fondo de Asistencia Social, dentro de sus limitaciones y de las previsiones presupuestarias, que se dedicará a atender aquellas situaciones y estados de necesidad en las que puedan encontrarse los mutualistas o sus beneficiarios. A cargo a este fondo se conceden ayudas económicas para situaciones excepcionales de extrema necesidad en la que puedan encontrarse los mutualistas o sus beneficiarios, dentro de las limitaciones presupuestarias, derivadas de circunstancias como las siguientes: enfermedad celíaca para menores de 18 años, enfermedades crónicas y oncológicas y estados de extrema necesidad.

Como requisitos generales se pueden establecer: la condición de mutualista o beneficiario en alta de la MUGEJU al sobrevenir el estado o situación de necesidad y que mantenga dicha condición en el momento de solicitar la ayuda, que se hará dentro del ejercicio en que se produzca el gasto.

A la solicitud en modelo normalizado se adjuntará fotocopia compulsada de la declaración del IRPF de la unidad familiar, del ejercicio inmediato anterior al que se solicita la ayuda o firma de la autorización a MUGEJU, que figura en la misma

solicitud, para que pueda obtener estos datos de la Administración Pública correspondiente, facturas originales justificativas del gasto e informes médicos o de cualquier otro tipo que justifique la situación padecida.

Los criterios de concesión de las ayudas del Fondo de Asistencia Social se regulan por Resolución de 26 de diciembre de 2012<sup>613</sup>, modificada, entre otras, por Resolución de 29 de enero de 2018<sup>614</sup>. La cuantía de Ayuda por alimentación especial (celíacos) es de 200 euros anuales. La prevista para enfermos crónicos y oncológicos consisten en las siguientes cuantías abonadas de una sola vez: 1) Para cama articulada, 900 euros. 2) Para accesorios de cama articulada, 120 euros. 3) Para grúa elevadora y arnés, 500 euros. 4) Para asiento giratorio de bañera, 100 euros. 5) Para elevador de WC, 30 euros. 6) Para prótesis capilares, 350 euros una vez al año. 7) Para sujetador postmastectomía (máximo de dos al año), 150,00 euros dos veces al año. Por último, la ayuda económica para otros estados o situaciones de necesidad será del 50% del importe del gasto acreditado, con un límite de 300 euros, salvo situaciones excepcionales de extrema gravedad apreciadas discrecionalmente por la Gerencia de la MUGEJU.

## **6. Otras ventajas de los mutualistas de la MUGEJU**

Además de las prestaciones y ayudas analizadas, la Mutuality suscribe convenios o conciertos con determinadas entidades para obtener ciertos descuentos para los mutualistas. Actualmente se encuentran vigentes los siguientes convenios u ofertas: 1) Concierto con entidades bancarias, concretamente con el BBVA. 2) Convenio con el Colegio Oficial de Podólogos<sup>615</sup>. 3) Convenio con la Empresa UCALSA, de Servicio de Comida a Domicilio. 4) Convenios con centros residenciales para mayores, en particular, con el Centro GEROINNOVA MIRAMADRID-CENTRO RESIDENCIAL PARA MAYORES, ubicado en Paracuellos del Jarama (Madrid). 5) Convenios con empresas aseguradoras, como

---

<sup>613</sup> BOE n. 313, de 29 de diciembre de 2012.

<sup>614</sup> BOE n. 32, de 5 de febrero de 2018.

<sup>615</sup> El 12 de septiembre de 2016 se firmó un Convenio de colaboración entre MUGEJU y el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos en cuya virtud los mutualistas acceden a los servicios

seguros EGM y Génesis. 6) Concierto con Paradores de España. 7) Convenio sobre soluciones Auditivas, actualmente, AMPLIFÓN acordó con la MUGEJU una serie de ventajas especiales para sus mutualistas, empleados y familiares.

### **7. Fondo Especial de la MUGEJU**

A través de la constitución del Fondo Especial de MUGEJU<sup>616</sup> e integración en el mismo de las antiguas Mutualidades de los funcionarios de la Administración de Justicia (la Benéfica de Funcionarios de Justicia Municipal, de la de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia y de la Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia) se garantizan a los colectivos existentes en los referidos entes mutuales a 31 de diciembre de 1984, los derechos a las prestaciones y pensiones previstas en los respectivos Acuerdos de integración. Desde el momento de la incorporación de estas Mutualidades al Fondo Especial, la MUGEJU reconoce las prestaciones causadas por los afiliados a las mismas, que pueden ser diferentes en cuanto a la cuantía y requisitos para cada Mutualidad. No obstante, todas ellas recogen en sus reglamentos pensiones de jubilación, de viudedad y orfandad, auxilios por defunción y becas de estudios para huérfanos, que los respectivos acuerdos de integración mantienen.

Con carácter general, estas normas distinguen entre prestaciones de pago único que se reconocerán en la cuantía vigente a 31 de diciembre de 1984 y las de pago periódico o pensiones que, inicialmente, se reconocen en las cuantías vigentes en esta fecha pero se deben reducir en los cinco ejercicios siguientes y a razón de un 20% cada año a contar desde el de la integración de la Mutualidad respectiva en el Fondo Especial, hasta alcanzar en el último de ellos, las cuantías vigentes en 31 de diciembre de 1973, importe que finalmente es el garantizado por el Estado (apartado 4º de la Ley 50/1984, de PGE para 1985). Sobre la legalidad de la reducción del importe de la prestación correspondiente como consecuencia de la aplicación de este

---

prestados por los podólogos del listado a un precio ventajoso y que nunca podrá superar el acordado.  
<sup>616</sup> Constitución que posibilitó la Disposición Adicional Vigésima primera de la Ley 50/1984, de PGE para 1985.

apartado de la LPG, existe una jurisprudencia reiterada<sup>617</sup> en relación a la Mutuality Benéfica de auxiliares de la Administración de Justicia, pero aplicable a todas las integradas en el Fondo Especial de MUGEJU, declarando su conformidad a Derecho. El criterio del Tribunal Supremo se asienta, de un lado, en que la incorporación voluntaria de la Mutuality al Fondo Especial impide hablar de expropiación de ningún género y, en la medida en que la minoración de las prestaciones mutualistas no implica privación alguna de un derecho patrimonial, ningún procedimiento indemnizatorio ha de preverse pues falta toda base para plantear cualquier vulneración del requisito de indemnización; de otro, ya en cuando a la petición de reintegro de cuotas respecto del mayor importe de las bases de cotización abonado desde el 1 de julio de 1985 hasta la fecha de integración de la Mutuality en el Fondo Especial, además de los argumentos contenidos en la sentencia del Pleno de la Sala de 30 de noviembre de 1992, el hecho de que el legislador arbitrarse la integración como una opción, dependiendo en suma de un acto libre de sus destinatarios, el ejercicio concreto de esta facultad privaría de toda base a cualquier planteamiento de posible responsabilidad del Estado legislador, sin que tampoco se infrinja el principio de irretroactividad del artículo 9.3 de la CE habida cuenta que los efectos del acuerdo impugnado se proyectan hacia el futuro, a las pensiones posteriores a él, en cuyas circunstancias temporales no es dable hablar de retroactividad vedada.

Todas las pensiones del Fondo Especial, dada su naturaleza pública, están sujetas a las normas sobre límite máximo de percepción y concurrencia aplicables a tales pensiones, que anualmente se fija en la Ley de PGE<sup>618</sup>. Ello implica que dichas pensiones serán reconocidas, en todo caso, al mutualista que ejercitara su derecho a las mismas, si bien, sólo percibirá en tal concepto el importe que sumado a cualesquiera otras pensiones que recibiese por otro sistema público (Seguridad Social, Clases Pasivas, etc.) alcancen el límite máximo de percepción establecida por

---

<sup>617</sup> Entre otras muchas, sentencias del Tribunal Supremo (Sala de lo contencioso-administrativo de 30, 20 y 13 de abril de 1998, 14 y 7 de marzo de 1997, recursos n. 334/1994, 243/1994, 272/1994, 286/1994 y 226/1994, respectivamente).

<sup>618</sup> BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La convergencia en el derecho a las prestaciones económicas de la Seguridad Social. La compatibilidad e incompatibilidad de las prestaciones”, cit., p. 100. También del mismo autor, *La gestión de la Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2016, p. 31,



dicha Ley, de manera que si la suma de todas las pensiones no alcanza ese límite, la correspondiente al Fondo Especial se cobrará íntegra, pero si la/s otra/s que percibe ya lo alcanza, la del Fondo Especial se reconoce pero no se le abona.

Se analizará a continuación las prestaciones y pensiones que garantiza el Fondo Especial, en relación a cada una de las mutualidades integradas en él, que se solicitarán cumplimentado el modelo de impreso previsto para cada una de ellas, disponible en las Delegaciones Provinciales o Servicios Centrales, o en la página web,<sup>619</sup> al que se acompañará la documentación que para cada supuesto se exige.

#### 7.1. Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal

El Acuerdo del Consejo de Ministros de 10 de abril de 1987<sup>620</sup> por el que se integra la Mutualidad Benéfica de funcionarios de Justicia Municipal en el Fondo Especial de MUGEJU dispone en el apartado segundo que los socios y beneficiarios de esta Mutualidad conservarán en el Fondo Especial de la MUGEJU, los derechos adquiridos o en curso de adquisición, en relación con las prestaciones siguientes: pensión de jubilación, viudedad y orfandad, de pago periódico, cuyo importe se determina por Cuerpos/Escalas, y el auxilio por defunción y becas para estudios a huérfanos, de pago único. Respecto de las cuatro primeras, el plazo de prescripción será de cinco años a partir del hecho causante, sin que se otorgue efecto retroactivo a la pensión solicitada después de transcurrido un año a contar desde el acaecimiento del hecho causante de las misma.

Tendrán derecho a la pensión de jubilación los mutualistas que ostenten tal condición en esta Mutualidad integrada en el Fondo Especial, en el momento del hecho causante y se encuentren al corriente en el pago de cuotas, es decir, han de estar en situación de alta en el momento de la jubilación y haber cotizado ininterrumpidamente hasta el momento de acaecer el hecho causante. El derecho se

---

o, *Las pensiones por jubilación*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, p. 124.

<sup>619</sup> <https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/JUBILACIONDELFE.E..pdf>;  
<https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/VIUDEDADYORFANDADDELFE.E..pdf>;  
<https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/prestaciones/AUXILIOPORDEFUNCION.pdf>;  
<https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/BECAESTUDIOSDELFE.E..pdf>.

<sup>620</sup> En el BOE de 13 de junio de 1987 se publica la Orden de 30 de mayo de 1987, por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 10 de abril de 1987, por la que se integra la Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal en el Fondo Especial de la

reconoce tanto a los jubilados forzosos por edad o incapacidad, como a los mutualistas jubilados de carácter voluntario y cuya edad de jubilación forzosa este fijada en los 65 años, siempre que el interesado tenga cumplidos los 60 años de edad y reconocidos 30 años de servicios efectivos al Estado y los mutualistas jubilados de carácter voluntario pertenecientes a cuerpos cuya edad de jubilación forzosa está fijada a los 70 años: Magistrados, Jueces, Fiscales y Secretarios, siempre que el interesado tenga al menos cumplidos los 65 años de edad y reconocidos 40 o más años de servicios efectivos al Estado.

La pensión de viudedad se reconoce a favor del cónyuge del pensionista jubilado del Fondo Especial o del mutualista en situación de activo a la fecha de fallecimiento, siempre que se encontrara de alta en dicha Mutualidad y al corriente de pago de las cuotas.

La pensión de orfandad se reconoce en forma de cadena sucesora, es decir, el mutualista, al fallecer, causa a favor del cónyuge superviviente pensión de viudedad, accediendo los huérfanos a dicha pensión tras la muerte de este último pues aquella se distribuye entre todos ellos que son: los menores de dieciocho años, los incapacitados para el trabajo y los mayores de las referidas edades (solteros o viudos) con ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional. Los huérfanos acceden directamente a la pensión tras la muerte del mutualista cuando este fallezca sin dejar cónyuge.

En cuanto a la prestación de pago único por el concepto de auxilio por defunción, causa derecho a la misma el que tenga la condición de mutualista de esta entidad en el momento del fallecimiento, es decir, conforma un requisito imprescindible para generar el derecho a esta prestación que el causante hubiera cotizado ininterrumpidamente hasta la fecha de jubilación, o hasta la de fallecimiento, en el caso de producirse en activo. El auxilio lo perciben los beneficiarios del mutualista a su fallecimiento, salvo en los supuestos de rescate de la prestación por este, previstos reglamentariamente. Se consideran beneficiarios a estos efectos el designado o designados expresamente por el mutualista, si el mutualista no

hubiese hecho expresa designación, se considerarán beneficiarios las personas que a continuación se relacionan, según el siguiente orden de preferencia excluyente:

- El cónyuge viudo no separado judicialmente.
- Los hijos y, solo en concurrencia con ellos, los hijos de hijos fallecidos, conforme a las reglas del Código Civil.
- Los padres, si dependieran económicamente del mutualista fallecido.
- Los nietos huérfanos y desamparados.

A falta de designación expresa y de los parientes aludidos, se faculta al Gerente de la MUGEJU para conceder hasta la mitad del auxilio a la persona que hubiese sufragado los gastos de entierro y funeral del mutualista fallecido, que está fijado en 3.005,06 euros.

Y, por último, respecto de las becas para estudios para huérfanos son beneficiarios los hijos menores de 28 años de mutualistas fallecidos en la cuantía de 27,05 euros para el Grupo A (1º a 4º de Primaria); 116,60 euros para el Grupo B (5º de Primaria a 2º de Bachiller); y 156,26 euros para el Grupo C (Carreras Universitarias).

#### 7.2. Mutualidad de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia

Esta Mutualidad se integró en el Fondo Especial por virtud del Acuerdo de 3 de febrero de 1989<sup>621</sup> que regula idénticas prestaciones y pensiones que la anterior, con las siguientes peculiaridades. En primer lugar, no existe plazo prescriptivo para las pensiones de jubilación, viudedad y orfandad; en segundo, los beneficiarios de la pensión de orfandad son los hijos menores de veinticinco años, así como los mayores de dicha edad incapacitados para el trabajo y con ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional; en tercer lugar, el auxilio por defunción está fijado en 6.000,00 euros, con la peculiaridad de que los afiliados a esta Mutualidad pueden

<sup>621</sup> En el BOE de Orden de 10 de abril de 1989, por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 3 de febrero de 1989, por el que se integra la Mutualidad General de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia en el Fondo Especial de la MUGEJU.

solicitar, una vez jubilados y siempre que fueran solteros o viudos, sin hijos o descendientes que de ellos dependan económicamente, el rescate del Auxilio por Defunción, en el 75% de su importe (4.507,59 euros). La concesión del rescate en la Mutualidad de Previsión deja pendiente el 25% para gastos de entierro y funeral; y, por último, respecto de las becas para huérfanos menores de 25 años, serán por importe de 504,85 euros, hasta los 16 años; y 576,97 euros, a partir de dicha edad.

### 7.3. Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia

El acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de marzo de 1992, llevó a efecto su integración en el Fondo Especial de MUGEJU de esta Mutualidad, en idénticos términos que la de los funcionarios de Justicia Municipal con las siguientes peculiaridades: la cuantía de las pensiones de pago periódico se fija por Cuerpos y años de cotización; el auxilio por defunción se concede en importe de 4.207,08 euros, prescribiendo al año del fallecimiento del causante, salvo rescate por el mutualista del 75% (3.155,31 euros) en los mismos supuestos que los previstos en el apartado anterior; los beneficiarios de la pensión de orfandad son los menores de veintiuno, los incapacitados para el trabajo y los mayores de las referidas edades (solteros o viudos) con ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional; y, el importe de las becas a favor de los huérfanos menores de 25 años es de 108,18 euros.

## **CAPÍTULO VI**

### **RÉGIMEN ECONÓMICO FINANCIERO DE LA MUGEJU**



Sin duda, uno de los temas “candentes” del mutualismo administrativo resulta ser el de su financiación. La cuantía de los recursos que se destinan al sistema de Seguridad Social va a condicionar, en efecto, la amplitud y satisfacción de sus fines, y a su vez, el montante de recursos vendrá supeditado a una pluralidad de factores, como el nivel de desarrollo económico del país, la productividad, el número de desempleados, su población activa, etc., que incidirán en el porcentaje de recursos financieros que se podrán destinar a dicho sistema en general<sup>622</sup>. No obstante, en un Estado intervencionista en el marco de la protección social ha de tenderse a cubrir, al menos, los niveles mínimos que impone la CE. Y, como cualquier otro sistema de protección social de carácter contributivo, el mutualismo judicial precisa de unos recursos para el cumplimiento de sus fines.

La regulación del régimen económico-financiero de la Mutuality se contiene, fundamentalmente, en el Capítulo VI del RMJ, aunque con el carácter general propio de la norma, el TRRESSAJ acota la legislación aplicable al mismo en el artículo 5.2 y los principios básicos en materia de la cotización en su artículo 10, y le dedica el Capítulo VI a los recursos de la Mutuality, aportaciones del Estado y subvenciones. Además, la regulación se complementa con la Orden 464/2018, de 24 de abril, relativa a la base de cotización, determinación de la cuota y procedimiento de ingreso de las cotizaciones a la MUGEJU<sup>623</sup>.

Con la entrada en vigor de la Ley 39/2015 la actividad administrativa de los órganos de la Mutuality depuró en el día a día las actuaciones relacionadas con el procedimiento de recaudación e ingreso de cuotas. La plasmación normativa de esta práctica pretende reflejarse en dicha Orden, cuya aprobación responde al principio de eficiencia, además del de proporcionalidad, en la medida en que tiende a una simplificación de procedimientos y trámites y mejora de la comunicación y relaciones del colectivo integrado en la MUGEJU, así como el principio de seguridad jurídica, en cuanto ordena y completa el marco relativo a las cotizaciones, facilitando su conocimiento y dotándolo de estabilidad.

---

<sup>622</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Configuración General del Mutualismo Administrativo”, cit., p. 305.

<sup>623</sup> BOE n. 111, de 8 de mayo de 2018.

Como manifestaciones de la personalidad jurídica independiente de la MUGEJU, el artículo 120 RMJ le reconoce a este organismo público la titularidad de un patrimonio propio, distinto del Estatal, conformado por las cuotas, bienes, derechos, acciones y recursos de cualquier otra clase afectos al cumplimiento de sus fines. Los recursos de la MUGEJU provienen del mutualista, a través del pago de la cuota individual, de la aportación del Estado como empleador y de subvenciones estatales y demás recursos de naturaleza pública que le correspondan con arreglo a la normativa vigente, de sus bienes patrimoniales, de los bienes, derechos y acciones de las Mutualidades integradas en el Fondo Especial y demás que se obtengan para el cumplimiento de sus fines<sup>624</sup>.

A excepción de las prestaciones familiares y de la única por parto múltiple o nacimiento o adopción múltiple o de familias numerosas o monoparentales o con madre discapacitada, las prestaciones se nutren de las cotizaciones del mutualista y de las realizadas por el Estado como empleador, según establecen el artículo 21.3 del RMJ y los artículos 12.2 TRRESSAJ. No obstante, el RMJ prevé en los casos en que la naturaleza de las prestaciones lo requiera la constitución de fondos de nivelación y de garantía para cubrir posibles déficits de cotización o casos anormales de siniestralidad<sup>625</sup>. Y como el sistema financiero de la Mutualidad es el de reparto, siendo revisable periódicamente su cuota, si aquellos u otros fondos no pudieran emplearse de modo inmediato al cumplimiento de las obligaciones reglamentarias, podrán invertirse para obtener una mayor rentabilidad, con la seguridad y liquidez compatible con su afectación a los fines sociales a que han de servir.

## **1. Cotizaciones**

La cotización, al igual que sucede en el sistema de Seguridad Social, se integra principalmente por la cuota individual de cada mutualista y la aportación del Estado<sup>626</sup>, con la salvedad, en esta ocasión de la inexistencia de los distintos conceptos retributivos que conforman la cotización al sistema público de Seguridad

---

<sup>624</sup> *Cfr.* Artículo 121 RMJ.

<sup>625</sup> Véase, al respecto, el art. 122 RMJ.

<sup>626</sup> Artículo 21.2 RMJ.



Social “ordinario”.

#### 1.1. Cotización individual del mutualista

Como ya se expuso anteriormente, están obligados a cotizar a la MUGEJU el personal al servicio de la Administración de Justicia en servicio activo, servicios especiales, salvo el supuesto del artículo 10.2.a) del RMJ, suspendido provisional o firme de funciones, o los primeros cuando pasen a ejercer funciones de suplente, sustituto o interino en las Carreras Judicial y Fiscal, cuerpo de Letrados de la Administración de Justicia o demás cuerpos al servicio de dicha Administración, así como los mutualistas voluntarios mientras se encuentren en situación de alta facultativa. Por tanto, se exceptúan de la obligación de cotizar a los mutualistas jubilados y los que se encuentren en situación de excedencia por cuidado de hijos o familiares<sup>627</sup>.

La obligación nace desde la fecha de alta y cesa con la baja en la Mutualidad, salvo los mutualistas exceptuados de aquella obligación. En los supuestos de disfrute de licencia sin derecho a retribución o situación de suspensión firme la obligación de cotizar se retrasa al momento en que acrediten retribuciones, a partir del cual se les descontará la cuota atrasada y la corriente.

A diferencia de los efectos que se le atribuyen a las altas y bajas extemporáneas en el RD 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento general sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social<sup>628</sup>, el RMJ en el artículo 23.1 retrotrae los efectos a la fecha en la que se produce el supuesto determinante del alta o de la baja comunicadas fuera de plazo. Esto es una clara muestra de la naturaleza declarativa de la afiliación en el RGSS y, por ende, a la MUGEJU.

En el caso de los mutualistas jubilados la exención de cotización tendrá efectos desde el mes siguiente al hecho causante y la cotización de los mutualistas voluntarios se retrotrae al día siguiente del cese en su condición de mutualista obligatorio.

---

<sup>627</sup> Cfr. Artículo 22 RMJ.

<sup>628</sup> BOE de 27 de febrero de 1996.

La obligación de cotizar del mutualista se concreta en el abono mensual de una cuota que se devenga el último día de cada mes, aunque se liquidará por días el mes en que se cause alta voluntaria o baja, salvo por fallecimientos o jubilación, o en el que pase a situación de excedencia voluntaria para el cuidado de hijos o familiares o se incorpore desde esta situación. La cuota resulta de aplicar el tipo de cotización establecido por la Ley de PGE para cada ejercicio a la base de cotización anual total o reducida que corresponda, dividiendo el resultado entre catorce, toda vez que en los meses en que se abonan las pagas extraordinarias (junio y diciembre) la cuota a satisfacer es doble. En el caso de los mutualistas voluntarios el dividendo será 12.

En general, la base de cotización será la establecida en cada momento como haber regulador a efectos de derechos pasivos, sin perjuicio de que los funcionarios que ingresen a partir del 1 de enero de 2011 queden integrados en el RGSS a efectos de pensiones. Para los funcionarios en prácticas debemos distinguir entre aquellos que aspiran a acceder a la condición de funcionario de carrera, de los que ya tuvieren fuesen mutualistas en situación de alta. Para los primeros, la base de cotización será la correspondiente a la carrera, cuerpo o escala a la que aspiren ingresar como funcionario de carrera y, en el segundo, la que corresponda a la opción ejercida por el interesado de percibir las retribuciones del anterior o de la nueva carrera, cuerpo o escala<sup>629</sup>. La base de cotización en cualquiera de los casos no la conforma el importe del salario real del mutualista sino los haberes reguladores a efectos de derechos pasivos que cada año establece la Ley de PEG, y el tipo de cotización que afecta al mutualista es igual para todas las contingencias, incluso para todos las Mutualidades de funcionarios. Sin embargo, las aportaciones del Estado varían por razón de la correspondiente a pensionista exento.

Para el año 2018, la Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos del Estado<sup>630</sup>, establece en el artículo 131 que, con efectos de 1 de enero de 2018, el porcentaje de cotización del personal de la Administración de Justicia en activo y asimilado, integrado en MUGEJU, será el 1,69% sobre los haberes reguladores establecidos para el año 2017 a efectos de cotización de Derechos Pasivos, incrementados en un

---

<sup>629</sup> Artículo 24 RMJ y 2 de la Orden 464/018.

<sup>630</sup> BOE n. 161, de julio de 2018.

1,60%.

Los haberes pasivos de acuerdo con lo fijado en dicho precepto son:

Grupo/Subgrupo EBEP	Haber regulador
A1	40.585,20 €
A2	31.941,56 €
C1	24.531,71 €
C2	19.408,65 €
E (Ley 30/1984) y Agrupaciones Profesionales (EBEP)	16.551,47 €

Aplicando el tipo de cotización del 1,69% y dividiendo el resultado por 14 resulta una cuota mensual a cargo del mutualista de:

Grupo/Subgrupo EBEP	Cuota mensual
A1	48,99 €
A2	38,56 €
C1	29,61 €
C2	23,43 €
E (Ley 30/1984) y Agrupaciones Profesionales (EBEP)	19,98 €

## 1.2. Aportaciones del estado

El artículo 41 del RMJ delimita el importe de las aportaciones del Estado a la MUGEJU con referencia a un porcentaje sobre los haberes reguladores a efectos de cotización de derechos pasivos, remitiendo su concreta fijación anual a la Ley de PGE. Igualmente, establece la obligatoriedad para el Estado de consignar en sus Presupuestos de modo permanente dichas aportaciones, que se declaran independientes de las subvenciones. También concreta la afectación de dichas aportaciones a la financiación de la asistencia sanitaria, el subsidio por incapacidad temporal, las prestaciones recuperadoras por incapacidad permanente total, absoluta y gran invalidez y para retribución del personal encargado de la asistencia del 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 y las prestaciones sociales y asistencia social.

Mientras que las aportaciones del Estado conforman una de las fuentes de financiación de las prestaciones citadas en el párrafo anterior, las subvenciones constituyen el único recurso con el que se sufragan las prestaciones familiares por hijo a cargo minusválido, el subsidio especial por maternidad o paternidad en caso de parto, adopción o acogimiento múltiple, prestación económica de pago único por parto o adopción múltiple o por nacimiento o adopción de hijo en supuestos de familiar numerosas o monoparentales y en los casos de madres discapacitadas.

La Ley de PGE para 2018 prevé en el artículo 131.2 que la cuantía de la aportación del Estado representará el 5,18% de los haberes reguladores establecidos para el año 2017 a efectos de cotización de Derechos Pasivos, incrementados en un 1,60%. De dicho tipo del 5,18%, el 4,10% corresponde a la aportación del Estado por activo y el 1,08% a la aportación por pensionista exento de cotización.

## **2. Gestión recaudatoria**

La aportación del Estado se hace efectiva por mensualidades cuyo importe se fijará por Orden del Ministro de Justicia previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, entregadas a cuenta de la liquidación definitiva<sup>631</sup>.

Las cuotas individuales de los mutualistas se abonan aplicando el régimen general de cotización o el singular. En el régimen general que se aplica a los mutualistas obligatorios en servicio activo o suspensión provisional de funciones o servicios especiales<sup>632</sup>, son las oficinas pagadoras u órgano respectivo competente<sup>633</sup>

---

<sup>631</sup> *Cfr.* Artículo 42 RMJ.

<sup>632</sup> Conforme al artículo 26.3 RMJ cualquiera de los órganos citados en el apartado primero del artículo de los distintos organismos donde esté destinados los mutualistas que se encuentren en situación de servicios especiales y en alta en la MUGEJU, retendrán el importe de la cuota individual. En el supuesto de que a algún mutualista no se le detraiga la cuota de la retribución del puesto de trabajo efectivo que desempeñe, la retención se practicará por el órgano de persona correspondiente del organismo de origen con cargo a los correspondientes trienios, si los percibe en cuantía suficiente. En caso contrario, el pago se realizará por medio del régimen singular de cotización.

los que retienen de la nómina mensualmente la cuota individual. Obviamente, tales órganos no tendrán obligación de practicar la deducción por este concepto durante los meses en que la obligación de cotizar esté suspendida, esto es, cuando los mutualistas disfruten de licencia por asuntos propios y en situación de suspensión firme de funciones. Dicha obligación queda aplazada al momento de acreditar de nuevo retribuciones.

Lógicamente, las oficinas pagadoras que practican la deducción de la nómina del mutualista por cuota individual responden de su ingreso en el plazo y de la forma establecida en el RMJ y normas de desarrollo. Conforme al artículo 4 de la Orden 464/2018, así como los artículos 33 y 34 del RMJ, las oficinas pagadoras deberán efectuar los ingresos de las cuotas individuales por mensualidades vencidas y en un solo acto, dentro del mes siguiente a su liquidación mediante transferencia a cuentas bancarias abiertas a nombre de la Mutualidad en entidades de crédito para canalizar estos ingresos.

Los mutualistas obligatorios en alta en situación de servicios especiales a los que no se les practique la retención de la cuota en la retribución de su puesto de trabajo o cargo efectivo que desempeñan, ni cobren trienios, o lo hagan en cuantía insuficiente, por su destino de origen, así como los mutualistas voluntarios, están sujetos al régimen singular. Este consiste en el pago directo de las cuotas por el mutualista, que, en el caso de alta facultativa, comprenderá también la aportación del Estado a su cargo, bien por adeudo en cuenta ya por ingreso en la habilitada por MUGEJU al efecto. La emisión de los recibos se hará por meses naturales vencidos y su cuantía será la resultante de sumar la cuota del mes y un sexto de la correspondiente a la paga extraordinaria. Tales recibos desglosarán la cuota individual y la aportación del Estado. Los ingresos en cuenta de la MUGEJU se efectuarán en el mes siguiente al del devengo de la cuota.

La Mutualidad puede y debe efectuar un control de las cotizaciones ingresadas. Para facilitar dicha labor, el RMJ impone que las oficinas u órganos

---

<sup>633</sup> El artículo 42 del RMJ contempla además de las oficinas pagadoras a los servicios administrativos de las Administraciones Públicas y, en su caso, órganos constitucionales u organismo o entidades del sector público a quien corresponda la gestión de dicho personal.

encargados de expedir la transferencia de cuotas por el procedimiento del régimen general de pago, además de comunicar la orden emitida, la obligación de facilitar, en el mes siguiente al devengo de las cotizaciones, información sobre el número de cotizantes, su identidad (nombre, apellidos y DNI), descuento realizado a cada uno, así como las variaciones en las situaciones administrativas de los mutualistas, pérdida de la condición de funcionario, jubilación, tomas de posesión, además de otras especificaciones y en soporte que establezca la Mutuality.

Los documentos de cotización y justificantes de pago directo deben conservarse por las habilitaciones u oficinas pagadoras y por los mutualistas, respectivamente, durante el plazo de prescripción del derecho de la Mutuality a reclamar las cuotas devengadas, esto es, el de cuatro años.

Respecto de los socios de las Mutualidades integradas en el Fondo Especial de la MUGEJU el abono de las cuotas se realizará también mediante el régimen general de cotización o el singular con ciertas peculiaridades que contempla el artículo 7 de la Orden 464/2018. Las cuantías de las cuotas se determinan en los respectivos acuerdos de integración y se realizará el ingreso del importe deducido cada mes a los mutualistas en activo, mediante transferencia en los 15 primeros días del mes siguiente al devengo en la cuenta destinada a esa finalidad. En el régimen singular, al que se sujetan los socios por voluntad propia o porque no es posible realizar por habilitación la detracción de cuotas, el pago será directo por adeudo en cuenta del mutualista previamente autorizado por este. A los seis meses de impago causarán baja en la Mutuality sin derecho alguno.

Cuando la Mutuality constate el adeudo de cuotas procederá a su liquidación de oficio a cargo del obligado al pago de las mismas. Los créditos por cotizaciones individuales y los recargos e intereses dimanantes de aquellas gozarán, respecto de la totalidad de los mismos, de igual orden de preferencia que los créditos a que se refiere el artículo 1924.1º del CC y el art. 91.2 de la Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal, mientras que los demás créditos del mutualismo judicial gozarán del mismo orden de preferencia establecido en el artículo 1924.2.e) CC y 91.4 LC<sup>634</sup>.

---

<sup>634</sup> Tal y como dispone el artículo 40 RMJ.

Las singularidades de la cotización en el RESSPAJ simplifican su recaudación y, por tanto, las normas que la regulan. Frente a la relativa complejidad que presenta el procedimiento recaudatorio en la normativa aplicable al RGSS o regímenes especiales regulados en la LGSS, o en el RGRSS, que no son aplicables a los regímenes mutualistas<sup>635</sup>, el RMJ únicamente contempla una norma relativa al procedimiento de apremio en caso de impago de cuota de los mutualistas sometidos al régimen singular y otra que regula el recargo de mora por ingreso extemporáneo.

En efecto, únicamente el artículo 37 RMJ alude a la recaudación en vía ejecutiva, remitiéndose a la normativa tributaria para la exacción de cuotas una vez transcurridos los plazos de pago en voluntaria del artículo 32 RMJ. Este precepto prevé un recargo del 5% para el ingreso efectuado dentro de los dos meses naturales siguientes a la terminación del plazo de ingreso, y un 20% para los realizados después de los dos meses y antes del inicio del procedimiento de apremio. Concretamente, la vía de apremio se sujeta a las previsiones del RGR y se inicia previa expedición de la certificación de deuda impagada por Gerencia.

También la Mutualidad está obligada a devolver al mutualista las cantidades indebidamente pagadas por el concepto de cuota y puede acordarla de oficio o a petición del interesado<sup>636</sup>. La devolución que se realizará en la primera nómina que se elabore tras el conocimiento por habilitación del acuerdo que reconozca el derecho ejercitado incluirá también los recargos, intereses y costas que se hubieren satisfecho si el ingreso se hizo en vía de apremio, más el interés legal de las cantidades ingresadas. Si las cantidades a devolver no se dedujeron de la nómina, la devolución se hará mediante transferencia bancaria a la cuenta designada por el mutualista.

Tanto el derecho de la Mutualidad al cobro de las cuotas como el del mutualista a la devolución de las pagadas indebidamente, por error o en exceso, prescribe a los cuatro años a contar desde que la fecha en que se debía efectuar el pago o en la que este se realizó, respectivamente. El plazo de prescripción se interrumpe por las causas ordinarias y cualquier actuación con conocimiento formal

<sup>635</sup> LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Configuración General del Mutualismo Administrativo”, cit., p. 325.

<sup>636</sup> Artículo 38 del RMJ y 6 de la Orden 464/2018.

del obligado tendente a la liquidación o recaudación de la deuda, para el derecho al cobro, y por cualquier acto fehaciente del sujeto obligado o retenedor dirigido a obtener la devolución.

### **3. Especial referencia a las cotizaciones al Fondo Especial de MUGEJU**

Como ya se expuso en el epígrafe relativo al mutualismo judicial de la segunda mitad del siglo XX, la disposición adicional vigesimoprimera de la Ley 50/1984, de PGE para 1985, arbitró una opción de integración de las mutualidades de funcionarios de la Administración de Justicia en el Fondo Especial de MUGEJU. Los colectivos existentes a 31 de diciembre de 1984 en la Mutualidad Benéfica de funcionarios de Justicia Municipal, en la de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia y en la Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia, se incorporaron a dicho Fondo Especial, garantizándose de este modo, los derechos a las prestaciones, en la cuantía y condiciones que especifican los respectivos acuerdos del Consejo de Ministros de integración de fecha, 10 de abril de 1987, 3 de febrero de 1989 y 27 de marzo de 1992, respectivamente.

Conforme a la disposición adicional tercera del TRRESSAJ, el Fondo Especial se constituye con la totalidad de los bienes y recursos de las tres Mutualidades, en él integradas, al que se irán sumando las cuotas de los mutualistas vigentes a 31 de diciembre de 1973 y los recursos públicos que les correspondan, toda vez que el déficit que, en su caso, generen los gastos imputables a los entes mutuales integrados, será cubierto mediante subvención del Estado.

El procedimiento para el ingreso de las cuotas de los socios mutualistas y beneficiarios de las antiguas Mutualidades integradas en el Fondo Especial, a 31 de diciembre de 1984, pues no caben altas a partir de esta fecha, se regula en el artículo 7, de la mentada Orden JUS/464/2018, de 24 de abril, que contempla dos regímenes de cotización: el general y el singular.

Están sometidos al Régimen General de Cotización, los mutualistas en activo a los que sus Habilitaciones les retienen de su nómina el importe de la cuota de la



Mutualidad correspondiente del Fondo Especial. Sobre la cuantía de las cuotas los respectivos Acuerdos de Integración de cada una de las Mutualidades contienen específicas previsiones. Así, el Acuerdo del Consejo de Ministros de 10 de abril de 1987<sup>637</sup> relativo a la Mutualidad Benéfica de funcionarios de Justicia Municipal, establece en el apartado quinto que la cuantía de las cotizaciones de los mutualistas se reducirá, a partir del mes siguiente a la fecha de integración, en un 20% de la diferencia entre las cuantías medias correspondientes al 31 de diciembre de 1984 y las resultantes al 31 de diciembre de 1973, y a partir de cada una de las mensualidades de enero de los años 1988, 1989 y 1990 se aplicara una reducción del 20% de dicha diferencia a fin de alcanzar en cinco anualidades, desde la fecha de integración, los niveles de 31 de diciembre de 1973. El Acuerdo de 3 de febrero de 1989<sup>638</sup> que afecta a la Mutualidad de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia, contiene igual previsión si bien, como la integración en el Fondo Especial se produce en distinta fecha, las cinco anualidades en las que debe aplicarse la reducción son 1989, 1990, 1991, 1992 y 1993. Incluye especial mención a las cuotas de los jubilados que abonarán sus cuotas con cargo a la pensión que perciban de la Mutualidad. Por último, en lo que atañe a la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia, el Acuerdo de 27 de marzo de 1992<sup>639</sup> establece del mismo modo, dicha reducción en las cuotas que operará en los años 1992, 1993, 1994, 1995 y 1996.

Los sujetos responsables del ingreso de las cuotas deducidas cada mes, expedirán órdenes de transferencia en los primeros quince días del mes siguiente, a la cuenta de MUGEJU destinada a esa finalidad y comunicarán la ejecución de dichas órdenes de transferencia por la entidad financiera correspondiente en la forma que establezca la Mutualidad. Las habilitaciones facilitarán, mensualmente, a MUGEJU

<sup>637</sup> En el BOE de 13 de junio de 1987 se publica la Orden de 30 de mayo de 1987 por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 10 de abril de 1987, por la que se integra la Mutualidad Benéfica de Funcionarios de la Justicia Municipal en el Fondo Especial de la MUGEJU.

<sup>638</sup> En el BOE de Orden de 10 de abril de 1989, por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 3 de febrero de 1989 por el que se integra la Mutualidad General de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia en el Fondo Especial de la MUGEJU.

<sup>639</sup> La Orden de 18 de mayo de 1992 por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de marzo de 1992, por el que se integra la Mutualidad Benéfica de Auxiliares de la

relación informatizada, confeccionada y remitida conforme a las especificaciones de la Mutualidad, de los descuentos efectuados.

Aquellos mutualistas a los que no sea posible efectuar el descuento por su habilitación o por deseo expreso del mutualista y, por ende, a lo que no resulte aplicable el régimen general de cotización, quedan sujetos al singular que se caracteriza por el pago directo por el mutualista de las cuotas correspondientes, mediante el sistema de cargo en cuenta, sin preaviso, de las órdenes de adeudo relativas a los recibos emitidos por la Mutualidad, previa autorización para dicho adeudo bancario del interesado. La emisión de los recibos se hará con periodicidad mensual y el ingreso se llevará a cabo en el mes siguiente al que corresponda el devengo de la cuota.

Los mutualistas pueden cursar la baja en la Mutualidad en cualquier momento, siendo obligatoria una vez transcurridos seis meses desde el vencimiento de los plazos de ingreso sin haberse producido el ingreso de la cuota correspondiente. En ambos casos, la baja conlleva la pérdida de todos los derechos que pudieran corresponderle sin derecho a devolución de cuotas.

## **CAPÍTULO VII**

**TRATAMIENTO FISCAL DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS  
Y SOCIALES DEL MUTUALISMO JUDICIAL.  
ESPECIAL REFERENCIA A LAS PRESTACIONES POR  
INCAPACIDAD PERMANENTE Y LAS FAMILIARES**



Dentro del Capítulo III del Título I de la CE de 1978, que lleva por rúbrica “de los principios rectores de la política social y económica”, se proclama la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia e hijos, discapacitados y tercera edad, así como la de promover las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta regional y personal más equitativa, en el marco de una política de estabilidad económica<sup>640</sup>.

Uno de los principales instrumentos para la consecución de los fines y principios constitucionales lo conforma el sistema tributario que, además de suponer un medio para la obtención de recursos dirigidos al sostenimiento del gasto público, sirve de mecanismo para la realización de las mentadas obligaciones, como expresamente lo reconoce el artículo 2.1 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria<sup>641</sup> (LGT) y el Tribunal Constitucional en reiterada jurisprudencia<sup>642</sup>, que legitima esta utilización cuando persiga fines constitucionales y siempre bajo una ponderación de bienes e intereses públicos <sup>643</sup>.

El IRPF, al conformar un impuesto de carácter directo, personal, periódico y subjetivo, que grava la renta de las personas físicas de acuerdo con sus circunstancias personales y familiares, evidencia, más que ningún otro tributo, las diversas medidas destinadas a minorar la renta gravada o a favorecer la tributación de determinados

<sup>640</sup> Artículos 39, 40, 49 y 50 CE. Al respecto, véase ROVIRA FERRER, Irene, “Las nuevas deducciones en el IRPF para las familias numerosas, los familiares a cargo con discapacidad y determinadas familias monoparentales”, *Revista Quincena Fiscal*, n. 10, 2015, pp. 801-816.

<sup>641</sup> BOE de 18 de diciembre de 2003.

<sup>642</sup> Entre otras muchas, Sentencias del Tribunal Constitucional 46/2000, de 17 de febrero, de 10 de noviembre de 1988 o en la de 28 de octubre de 1997, F.J. 9º reiterado luego en la Sentencia Tribunal Constitucional 46/2000, F.J. que dice: “es sobre todo a través del Impuesto sobre la Renta de las Personas físicas como se realiza la personalización del reparto de la carga fiscal en el sistema tributario según los criterios de capacidad económica, igualdad y progresividad, lo que lo convierte en una figura impositiva primordial para conseguir que nuestro sistema tributario cumpla los principios de justicia tributaria que impone el artículo 31.1 CE dada su estructura y su hecho imponible. Es innegable que el IRPF, por su carácter general y personal, y figura central de la imposición directa, constituye una de las piezas básicas de nuestro sistema tributario. Se trata, indudablemente, de un tributo en el que el principio de capacidad económica y su correlato, el de igualdad y progresividad tributarias, encuentran una más cabal proyección, de manera que es, tal vez, el instrumento más idóneo para alcanzar los objetivos de redistribución de la renta (art.131.1 CE) y de solidaridad (art.138.1 CE) que la CE propugna y que dotan de contenido al Estado social y democrático de Derecho (art.1.1 CE)”.

colectivos<sup>644</sup>, contribuyendo de este modo a su especial tutela o favorecimiento de determinadas políticas sociales<sup>645</sup>. Tales medidas se articulan en forma de deducciones, exenciones u otros beneficios fiscales.

Es cierto que la naturaleza personal y progresiva de este impuesto pugna con la existencia de las exenciones que, en definitiva, sustraen del IRPF parte de las rentas de la persona física, cuando a través del mínimo personal y familiar bien se podría articular la adaptación del gravamen a las específicas necesidades derivadas de una discapacidad, nacimiento, adopción o acogimiento de hijo, etc.; si el gravamen recae sobre toda la capacidad económica de cada contribuyente, según su situación personal y familiar, parece lógico que se sumen todas las rentas del mismo para, después, tener en cuenta, a efectos de disminuir el impuesto a pagar, aquella parte que, según la situación concreta, deba destinarse a las propias necesidades del sujeto pasivo y de las personas del entorno familiar que de él dependan. En cualquier caso, la trascendencia de dicha cuestión no debiera superar el plano doctrinal pues, cualquiera que fuera el mecanismo empleado por el legislador para la consecución de aquellos fines, estos permanecen inalterables, por lo que la minoración de la carga tributaria, con independencia del medio utilizado, ha de ser la misma, es decir, que en uno u otro caso el contribuyente ha de obtener el mismo resultado en su declaración y, por ende, ninguna proyección debería tener la elección de uno u otro mecanismo en los ingresos de la AEAT. Sin embargo, no cabe desconocer que la exención plena de determinadas rentas conlleva no solo que se deja de gravar el concepto exento, sino también que a las otras rentas a las que no se adiciona la exenta, se las grave con un tipo menor, esto es, con menor progresividad.

La vigente Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de

---

<sup>643</sup> GUTIÉRREZ BENGOCHEA, Miguel, “Aspectos constitucionales de la extrafiscalidad”, *Estudios en conmemoración del cuarenta aniversario de la Constitución Financiera*, Sánchez Galiana (dir.), Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, p. 127.

<sup>644</sup> ONRUBIA, Jorge, y RODADO M<sup>a</sup> del Carmen, “El papel del IRPF en la redistribución de la renta: luces y sombras de tres décadas de reformas”, *Revista de estudios económicos*, n. 4, 2007, pp. 141-181. También *vid.* GÓMEZ DE LA TORRE DEL ARCO, Mónica y LÓPEZ LÓPEZ, M<sup>a</sup>. Teresa, “El IRPF en España: aspectos y evolución de la tributación familiar”, *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, n. 46, 2013, pp. 363-398.

<sup>645</sup> PÉREZ LARA, José Manuel, “Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Introducción. Exenciones y rendimientos”, *Las medidas fiscales como instrumento de protección de las personas*

las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio<sup>646</sup> (LIRPF), tras definir el hecho imponible del impuesto como la obtención de renta por el contribuyente<sup>647</sup>, considera exentas de IRPF, en lo que aquí interesa, concretamente, los supuestos en los que podrían encuadrarse las prestaciones, subsidios o ayudas a cargo de la MUGEJU, las siguientes rentas:

1) Las prestaciones reconocidas al contribuyente por la Seguridad Social o por las entidades que la sustituyan como consecuencia de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez. Asimismo, las prestaciones reconocidas a los profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos por las Mutualidades de Previsión Social que actúen como alternativas al régimen especial de la Seguridad Social mencionado, siempre que se trate de prestaciones en situaciones idénticas a las previstas para la incapacidad permanente absoluta o gran invalidez de la Seguridad Social. La cuantía exenta tendrá como límite el importe de la prestación máxima que reconozca la Seguridad Social por el concepto que corresponda. El exceso tributaría como rendimiento del trabajo, entendiéndose producido, en caso de concurrencia de prestaciones de la Seguridad Social y de las mutualidades antes citadas, en las prestaciones de estas últimas, tal y como dispone el artículo 7.f) LIRPF.

2) Las pensiones por inutilidad o incapacidad permanente del Régimen de Clases Pasivas, siempre que la lesión o enfermedad que hubiera sido causa de aquéllas inhabilitara por completo al perceptor de la pensión para toda profesión u oficio, al así disponerlo el artículo 7.g) LIRPF.

3) Las prestaciones por maternidad o paternidad y las familiares no contributivas reguladas, respectivamente, en los Capítulos VI y VII del Título II y en el Capítulo I del título VI de la LGSS y las pensiones y los haberes pasivos de orfandad y a favor de nietos y hermanos, menores de veintidós años o incapacitados

---

*con necesidades especiales*, López Martínez y Pérez Lara (dirs.), Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, p. 104.

<sup>646</sup> BOE de 29 de noviembre de 2006.

para todo trabajo, percibidos de los regímenes públicos de la Seguridad Social y clases pasivas. Asimismo, las prestaciones reconocidas a los profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos por las Mutualidades de Previsión Social que actúen como alternativas al régimen especial de la Seguridad Social mencionado, siempre que se trate de prestaciones en situaciones idénticas a las previstas en el párrafo anterior por la Seguridad Social para los profesionales integrados en dicho régimen especial. La cuantía exenta tendrá como límite el importe de la prestación máxima que reconozca la Seguridad Social por el concepto que corresponda. El exceso tributará como rendimiento del trabajo, entendiéndose producido, en caso de concurrencia de prestaciones de la Seguridad Social y de las mutualidades antes citadas, en las prestaciones de estas últimas. En el caso de los empleados públicos encuadrados en un régimen de Seguridad Social que no de derecho a percibir la prestación por maternidad o paternidad a que se refiere el primer párrafo de esta letra, estará exenta la retribución percibida durante los permisos por parto, adopción o guarda y paternidad a que se refieren las letras a), b) y c) del artículo 49 del EBEP o la reconocida por la legislación específica que le resulte de aplicación por situaciones idénticas a las previstas anteriormente. La cuantía exenta de las retribuciones o prestaciones referidas en este párrafo tendrá como límite el importe de la prestación máxima que reconozca la Seguridad Social por el concepto que corresponda. El exceso tributará como rendimiento del trabajo. Igualmente estarán exentas las demás prestaciones públicas por nacimiento, parto o adopción múltiple, adopción, maternidad o paternidad, hijos a cargo y orfandad, de acuerdo con el artículo 7.h) LIRPF.

4) Las prestaciones y ayudas familiares percibidas de cualquiera de las Administraciones Públicas, ya sean vinculadas a nacimiento, adopción, acogimiento o cuidado de hijos menores, a así disponerlo el artículo 7.z) LIRPF.

5) Las prestaciones económicas percibidas de instituciones públicas con motivo del acogimiento de personas con discapacidad, mayores de 65 años o

---

<sup>647</sup> El artículo 6.2 LIRPF considera componentes de la renta a los efectos de integrar el hecho imponible del impuesto: los rendimientos del trabajo, del capital, de las actividades económicas, las



menores, sea en la modalidad simple, permanente o preadoptivo o las equivalentes previstas en los ordenamientos de las CC.AA., incluido el acogimiento en la ejecución de la medida judicial de convivencia del menor con persona o familia previsto en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. También lo están las concedidas por instituciones públicas a personas con discapacidad con un grado de minusvalía igual o superior al 65% o mayores de 65 años para financiar su estancia en residencias o centros de día, siempre que el resto de sus rentas no excedan del doble del indicador público de renta de efectos múltiples, de acuerdo con el artículo 7.i) LIRPF.

6) Las prestaciones económicas establecidas por las CC.AA. en concepto de renta mínima de inserción para garantizar recursos económicos de subsistencia a las personas que carezcan de ellos, así como las demás ayudas establecidas por estas o por entidades locales para atender, con arreglo a su normativa, a colectivos en riesgo de exclusión social, situaciones de emergencia social, necesidades habitacionales de personas sin recursos o necesidades de alimentación, escolarización y demás necesidades básicas de menores o personas con discapacidad cuando ellos y las personas a su cargo, carezcan de medios económicos suficientes, hasta un importe máximo anual conjunto de 1,5 veces el indicador público de rentas de efectos múltiples. Asimismo estarán exentas las ayudas concedidas a las víctimas de delitos violentos a que se refiere la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, y las ayudas previstas en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y demás ayudas públicas satisfechas a víctimas de violencia de género por tal condición, al amparo de lo dispuesto en el artículo 7.y) LIRPF.

7) Las prestaciones percibidas por entierro o sepelio, con el límite del importe total de los gastos incurridos, de acuerdo con el artículo 7.r) LIRPF.

Estas exenciones son la proyección normativa de una ardua tarea jurisprudencial, surgida a propósito del controvertido alcance que tuvieron según su

---

ganancias y pérdidas patrimoniales e imputaciones de renta que se establezcan por Ley.

redacción que las sucesivas Leyes sobre el IRPF. Un claro ejemplo lo conforma la modificación introducida en el apartado h) del artículo 7 LIRPF, como consecuencia de la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2018<sup>648</sup>, que declara exentas las prestaciones públicas por maternidad percibidas de la Seguridad Social. En la vigente redacción del precepto, además de las prestaciones por maternidad percibidas del INSS se incluyen, expresamente, debido a su misma naturaleza, causa y régimen regulador, las prestaciones públicas por paternidad satisfechas igualmente por la Seguridad Social y las retribuciones percibidas por los funcionarios públicos durante los permisos por parto, adopción o guarda y paternidad y demás que por situaciones idénticas les reconozca la legislación específica que les resulte de aplicación. Como se verá más adelante, sobre alguna de las prestaciones, subsidios o ayudas del mutualismo judicial todavía no está clara la aplicación de la respectiva exención.

### **1. Régimen tributario de las prestaciones económicas del mutualismo judicial**

En capítulo anterior se analizaron dentro de estas prestaciones económicas, el subsidio por incapacidad temporal o permanente, gran invalidez e indemnización por lesiones no invalidantes, así como el subsidio por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, en este último caso, siguiendo la sistemática del RMJ.

Conviene recordar que bajo la vigencia de la Ley 44/1978, de 8 de septiembre, del IRPF<sup>649</sup> y RD 2384/1981, de 3 de agosto, que aprobó el Reglamento del impuesto<sup>650</sup>, las cantidades percibidas en concepto de pensión por incapacidad no tenían la consideración de renta, es decir, no estaban sujetas al impuesto. La Ley 18/1991, de 6 de junio, del IRPF<sup>651</sup> modifica el tratamiento tributario de estas pensiones, tanto a las reconocidas por la Seguridad Social como a las causadas por los funcionarios de las Administraciones Públicas, les atribuye la consideración de

---

<sup>648</sup> Recurso n. 4483/2017.

<sup>649</sup> BOE de 11 de septiembre de 1978.

<sup>650</sup> BOE de 24 de octubre de 1981.

<sup>651</sup> BOE de 7 de junio de 1991.

rentas sujetas pero exentas, en su artículo 9.1, apartados b) y c). Pero la Ley 21/1993, de 29 de diciembre, de PGE<sup>652</sup> para el año 1994, limitó (en su artículo 9) la exención para las pensiones del Régimen de Clases Pasivas, a que el funcionario tuviere un grado de discapacidad constitutivo de gran invalidez, mientras que para las prestaciones reconocidas por la Seguridad Social o entidades que la sustituyan, la exención se aplicaba tanto a las derivadas de una gran invalidez como de incapacidad permanente absoluta. El Tribunal Constitucional, en su sentencia de 22 de julio de 1996, declaró el artículo 9.1.c), “inconstitucional y nulo sólo en la medida en que viene a suprimir, únicamente para los funcionarios de las Administraciones Públicas que se hallen en situación de incapacidad permanente absoluta, la exención de dicho Impuesto”. Ello motivó la redacción de esta exención por Ley 13/1996, que así incorporó la LIRPF de 1998 sustituyendo, únicamente, la frase “para el servicio de los funcionarios de las Administraciones Públicas” por “del régimen de clases pasivas”. Esta redacción se mantiene en el texto legal vigente.

Por tanto, en la actualidad, toda pensión, prestación o subsidio que derive de alguna de las situaciones de incapacidad del funcionario, está sujeta al impuesto pues tiene la consideración de rendimiento de trabajo. No obstante, no todas las rentas de tal naturaleza integrarán la base imponible, ya que las que dimanen de una situación de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, están exentas del impuesto.

Por tanto, las prestaciones percibidas por incapacidad permanente total están sujetas y no exentas del IRPF y, en consecuencia, tributan como rendimientos del trabajo y han de someterse a retención, como en el caso las prestaciones percibidas por incapacidad temporal.

Como ya se advirtió, en el Régimen de Clases Pasivas, a diferencia del RGSS, la pensión por inutilidad permanente para el servicio no se fija en atención al grado de dicha incapacidad, aunque se exija previo informe en el que, generalmente, se determina un grado a semejanza de los previstos en la normativa del RGSS. Es necesario, para que opere la exención, haber obtenido el reconocimiento del grado de incapacidad que exige la norma tributaria pues no juega equiparación alguna de

---

<sup>652</sup> BOE de 30 de diciembre de 1993.

calificaciones realizadas por otros organismos que no fueren los competentes a tales efectos<sup>653</sup>. Así lo recuerda la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en reciente sentencia de 14 de marzo de 2019<sup>654</sup>, con cita de otra anterior de 19 de febrero de 2007, en la que tras advertir la falta de identidad entre la incapacidad determinante de la pensión de jubilación del Régimen de Clases Pasivas y la de la incapacidad permanente absoluta del RGSS, recuerda que el funcionario que pretenda hacer valer la exención, debe acreditar que su situación es equiparable a la prevista en la norma tributaria, instando ante el INSS, previo informe del equipo de valoración de incapacidades, una declaración en tal sentido. Tal declaración ha de existir también si se pretende la exención de las prestaciones con cargo a la MUGEJU por incapacidad permanente para toda profesión u oficio, es decir, la absoluta, y por gran invalidez.

Ahora bien, cabe preguntarse en cual exención encuentran amparo las prestaciones del mutualismo judicial por incapacidad permanente para toda profesión u oficio, y por gran invalidez. El apartado f) del artículo 7 LIRPF contempla las prestaciones reconocidas al contribuyente por incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, por la Seguridad Social y entidades que la sustituyan. El apartado g), en puridad, únicamente recoge las pensiones del Régimen de Clases Pasivas de los funcionarios incapacitados para toda profesión u oficio, por lo que difícilmente encajan las prestaciones del mutualismo judicial en esta exención, dada su redacción actual, y pese a que la cobertura por la MUGEJU de la gran invalidez, suple la falta de protección en el Régimen de Clases Pasivas, el cual reconoce una pensión de idéntica cuantía con independencia del grado de invalidez, siendo la contingencia de la que deriva la que marca la diferencia cuantitativa de las pensiones por incapacidad, y no la calificación de esta.

Entiendo que la exención aplicable es la de la letra f) del precepto, siempre

---

<sup>653</sup> En tal sentido Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de mayo de 1998, o Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 4 de mayo de 2000, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de 16 de mayo de 2000 (JT 2000, 1095), la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 23 de noviembre de 2000, la Res. Tribunal Económico-Administrativo Central de 1 de diciembre de 2000, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Burgos) de 2 de enero de 2001, y la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 28 de febrero de 2001.

que tengan naturaleza contributiva, toda vez que exime del impuesto a las prestaciones como consecuencia de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez reconocidas al contribuyente por la Seguridad Social o por las entidades que la sustituyan<sup>655</sup>, como es el caso de la MUGEJU en este ámbito prestacional del RESSAJ.

Respecto de las lesiones permanentes no invalidantes estarán sujetas y no exentas del impuesto, conforme al artículo 17.2 LIRPF en relación con el artículo 7, al igual que la prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, regulada en capítulo independiente en el LGSS y, por tanto, no incluida en ninguna de las exenciones.

## 2. Régimen tributario de las prestaciones familiares

Una de las cuestiones que más controversia ha suscitado en los últimos tiempos en diversos ámbitos, no solo en el judicial, ha sido la tributación o no de la prestación por maternidad o paternidad del INSS o, en el caso de los funcionarios incluidos en un régimen especial de Seguridad Social, la de retribuciones percibidas durante el permiso obtenido por dicha situación y subsidio de las respectivas mutualidades. La expectación generada con la admisión de diversos recursos de casación contra diversas sentencias contradictorias sobre la aplicación de la exención a dicha prestación, fue cubierta con la ya citada sentencia del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2018 que fijó como doctrina legal su exención del IRPF, y que provocó su extensión, por virtud del RD Ley 27/2018, de 28 de diciembre, a las retribuciones percibidas durante los permisos por parto, adopción o guarda y paternidad por los funcionarios, si bien en cuantía que no supere el importe de la prestación máxima

<sup>654</sup> Recurso n. 6740/2017.

<sup>655</sup> ARRANZ JIMÉNEZ, Luis, “El IRPF en las personas con discapacidad”, <http://www.asovica.es/wp-content/uploads/2015/06/IRPFYDISCAPACIDAD.pdf> (consultado 18/04/2019), al analizar la exención del apartado g) señala: “Quedaran exentas las prestaciones de la Seguridad Social o entidades que la sustituyan, es decir el INSS, ISM, IMSERSO, órganos de las CC.AA. a los que se les haya trasferido dicha competencia, mutualidades de previsión social que acogen a profesionales no incluidos en el RETA, mutualidades de funcionarios ...”. También GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago y BARCELÓN COBEDO, Susana, *Introducción al Derecho de la Seguridad Social*, cit., pp. 141-142, que entienden que el mantenimiento del mutualismo judicial “desde la perspectiva de la gestión, entraña una variedad de Entidades Gestoras”.

que reconozca la Seguridad Social por el concepto que corresponda, tributando como rendimiento de trabajo el exceso. Para comprender el origen de la controversia que no solo afectaba a los perceptores de las prestaciones por maternidad, adopción o acogimiento del INSS sino a funcionarios respecto de las retribuciones percibidas durante el disfrute de los permisos creo conveniente relatar el ítem normativo de esta exención.

Lógicamente, ha de partirse en este camino de la CE, concretamente, de su artículo 39 que obliga a los poderes públicos a asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, así como la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres. Este principio rector debe informar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, no obstante, ello no supone una merma del amplio margen de discrecionalidad para el legislador<sup>656</sup>. Quiere esto decir que, si bien el legislador debe regular medidas tendentes al cumplimiento de aquellos fines, la elección de las implantadas dependerá los objetivos que se pretendan alcanzar y del presupuesto del que se disponga, eso sí, siempre respetando el principio de igualdad que también proclama el texto constitucional en su artículo 14<sup>657</sup>.

En el marco internacional, son varias las normas que reconocen la prestación por maternidad y paternidad aunque sin concreción fiscal: el artículo 33 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, garantiza en su apartado 2, el derecho a un permiso pagado por maternidad y a un permiso parental con motivo del nacimiento o de la adopción de un niño, con el fin de conciliar la vida familiar con la profesional; también, el Convenio sobre la protección de la maternidad de la OIT, n. 103, ratificado por España, prescribe el derecho a un descanso de maternidad —en su artículo 3.1— y a recibir prestaciones en dinero y prestaciones médicas —en su artículo 4.1—. Pese a este reconocimiento, en España, al igual que en Italia o Portugal, las políticas públicas familiares están menos desarrolladas, al predominar

---

<sup>656</sup> Así lo declaran las Sentencias Tribunal Constitucional 19/1982 y 14/1992.

<sup>657</sup> GOROSPE OVIEDO, Juan Ignacio, “La equívoca exención de la prestación por maternidad (y paternidad) en el IRPF y su nueva regulación”, *Revista Quincena Fiscal*, n. 4, parte Estudios, 2019, pp. 59-84. *Vid.* también, NAVAU MARTÍNEZ-VAL, María Pilar, “El tratamiento del modelo familiar de responsabilidad compartidas en el impuesto personal sobre la renta”, *Impuestos: Revista de doctrina, legislación y jurisprudencia*, n. 1, 2012, p. 34.

un modelo que se sustenta en los vínculos familiares en el que la familia sustituye en parte las funciones del Estado de Bienestar<sup>658</sup>.

Centrado el estudio en el aspecto tributario, ni la LIRPF de 1978 ni la de 1991 incluyen exención alguna en relación a prestaciones familiares, ya que esta última, únicamente refiere dentro de las rentas exentas del tributo, la relativa a las cantidades percibidas de instituciones públicas con motivo del acogimiento de personas con minusvalía o mayores de 65 años. Por primera vez la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del IRPF<sup>659</sup>, incorpora un apartado específico sobre las prestaciones familiares conceptuándolas como rentas exentas. En particular, estableció en su artículo 7.h) la exención de las prestaciones familiares por hijo a cargo reguladas en el capítulo IX del Título II del texto refundido de la LGSS de 1994<sup>660</sup>, concretamente, por asignación por hijo menor de 18 años o minusválido. Como ya se observa, ninguna referencia se hacía a cualquier otra prestación de igual naturaleza, cubierta por el mutualismo administrativo, ni a las familiares no contributivas, por lo que hasta el ejercicio 2004 estas prestaciones fueron consideradas como rendimientos de trabajo sujetos a tributación y no exentos. Así, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 2 julio de 2008<sup>661</sup>, negaba el carácter de renta exenta al subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple percibido de la MUGEJU, en el ejercicio 2000, derivado del acogimiento familiar permanente de dos menores.

Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, añadió a las citadas prestaciones familiares no contributivas de la Seguridad Social, las demás prestaciones públicas por nacimiento, parto múltiple, adopción e hijos a cargo, así como las pensiones y los haberes pasivos de orfandad

<sup>658</sup> RUIBAL PEREIRA, Luz, *Las prestaciones por maternidad en el IRPF: una reforma necesaria*, Aranzadi, Madrid, 2018, pp. 21 y ss., o CUBEL SÁNCHEZ, María y DE GISPERT BROSA, Cristina, “La Protección de la Familia en España: aún lejos de Europa”, *Documentos de Trabajo – Fundación Acción Familiar*, n. 01, 2009, p. 6.

<sup>659</sup> BOE de 10 de diciembre de 1998.

<sup>660</sup> El referido Capítulo IX de la LGSS de 1994 (“Prestaciones familiares”) del Título II (“RGSS”) regulaba en su artículo 181 las prestaciones familiares no contributivas por asignación por hijo menor de 18 años o minusválido, prestación de pago único por nacimiento o adopción del tercer o sucesivos hijos, y prestación económica de pago único por parto o adopción múltiples (art. 181). La prestación por maternidad ocupaba el Capítulo IV BIS (“Maternidad”, arts. 133 bis y ss.), quedaba excluida de la exención conforme al primer párrafo.

percibidos de los regímenes públicos de la Seguridad Social y clases pasivas y demás prestaciones públicas por situación de orfandad. Así como las prestaciones públicas por maternidad percibidas de las CC.AA. o entidades locales. Con esta redacción se mantuvo la excepción en el RD Leg. 3/2004, de 5 de marzo, por el que se aprobó el texto refundido del IRPF<sup>662</sup>. Esta redacción, ya amparaba la aplicación de la exención a todas las prestaciones familiares a cargo de la MUGEJU, en particular, a los subsidios o ayudas por maternidad, parto, adopción o acogimiento múltiple, e hijos cargo.

Con la LIRPF de 2006 se incluyó en la redacción de la exención del apartado h) el párrafo siguiente: “Asimismo, las prestaciones reconocidas a los profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos por las mutualidades de previsión social que actúen como alternativas al régimen especial de la Seguridad Social mencionado, siempre que se trate de prestaciones en situaciones idénticas a las previstas en el párrafo anterior por la Seguridad Social para los profesionales integrados en dicho régimen especial. La cuantía exenta tendrá como límite el importe de la prestación máxima que reconozca la Seguridad Social por el concepto que corresponda. El exceso tributará como rendimiento del trabajo, entendiéndose producido, en caso de concurrencia de prestaciones de la Seguridad Social y de las mutualidades antes citadas, en las prestaciones de estas últimas”.

La exención de las prestaciones y ayudas familiares percibidas de cualquiera de las Administraciones Públicas, ya sean vinculadas a nacimiento, adopción, acogimiento o cuidado de hijos menores, se añade por la disposición final 1.1 de la Ley 35/2007, de 15 de noviembre, que introduce letra z) en el artículo 7 LIRPF.

Bajo esta redacción, que se mantuvo hasta la última modificación operada en 2018, se suscitó la controversia de la exención o no de la prestación por maternidad percibida del INSS o del ente correspondiente en el ámbito de los regímenes especiales de la Seguridad Social. La AEAT seguía el criterio de la DGT que, en esencia, se basaba en la literalidad de la norma: si no se incluyen expresamente

---

<sup>661</sup> Recurso n. 403/2005.



dentro de las rentas exentas las prestaciones por maternidad (sólo se mencionan las percibidas de las CC.AA. o Entes Locales) , es que han de considerarse rendimientos del trabajo no exentos, ya que se conceden por la suspensión de la relación laboral y no por la maternidad que la origina, sin que puedan asimilarse a las prestaciones por nacimiento.

El criterio administrativo informa el proceder de las contribuyentes españolas que, casi sin fisuras, incluyen la prestación como rendimiento de trabajo en sus declaraciones de IRPF, hasta que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo) dicta la sentencia de 3 de febrero de 2010<sup>663</sup>, que estima la pretensión actora declarando exentas del tributo dichas rentas. Pero curiosamente, no es hasta seis años más tarde, cuando la doctrina de este Tribunal convulsiona la interpretación administrativa, con su sentencia de 6 de julio de 2016<sup>664</sup>. El Tribunal Madrileño entendió que el artículo 7.h) comprende la prestación por maternidad y no sólo las de nacimiento, parto múltiple, adopción e hijo a cargo; consideraba que el legislador no parecía haber pretendido limitar el alcance de la exención a las concedidas por las CC.AA. o Entidades Locales, sino que trataba de establecer la exención de todas las prestaciones por maternidad, sin distinción del órgano público del que se perciban. Concluía el Tribunal que la prestación por maternidad debía reputarse, forzosamente, incluida en el artículo 7.h) de la Ley 35/2006, ya que ese precepto aunque, en el párrafo primero no haga mención a las prestaciones por maternidad del INSS, como en el último alude a las percibidas de las CC.AA. o entidades locales, debe interpretarse que fija el beneficio fiscal, con

<sup>662</sup> BOE de 10 de marzo de 2004.

<sup>663</sup> Recurso n. 1085/2010. Se hacía eco de esta sentencia ZOZAYA MIGUELIZ, Emilia, “Exención en el IRPF de la prestación de maternidad”, *Revista Aranzadi Doctrinal*, n. 5, 2010. Destaca GÓMIZ CHAZARRA, M<sup>a</sup> Asunción, “La prestación de maternidad de la seguridad social como renta exenta en el IRPF estatal y de los territorios forales (a propósito de unas sentencias contradictorias)”, *Revista Quincenal Fiscal*, n. 15, 2017, que la mentada sentencia provoca: “... sin ánimo exhaustivo, la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) recomendó inmediatamente después del dictado de la sentencia, que se solicitaran devoluciones a través de las correspondientes rectificaciones de la declaración de impuesto efectuado en su día e informó que la cantidad a devolver en el ejercicio 2015 estaría en una horquilla de entre 1.000 y 2.600 € por para cada sujeto pasivo afectado<sup>2</sup>. La Asociación Navarra de Familias Numerosas reaccionó a la noticia mediante la puesta en marcha de un plan de acción para canalizar las reclamaciones judiciales necesarias frente a las previsibles denegaciones en vía administrativa<sup>3</sup>. Y, por su parte, la plataforma «change.org» inició una campaña de recogida de firmas para su remisión al ministerio de Hacienda que, según afirman, en poco tiempo alcanzó el número de 135.000”.

carácter general, y lo que hace el último párrafo, simplemente, es ampliar la exención a las prestaciones que tengan procedencia de otros entes públicos, ya sean locales o autonómicos. Ya en la sentencia de 3 de febrero de 2010 dicho Tribunal señaló que en el penúltimo párrafo no se hace mención a las prestaciones por maternidad, aunque el último sí se refiere a ellas cuando alude a las percibidas de las CC.AA. o Entidades Locales, y que debía ser interpretado en el sentido de que la referencia que se realiza en el último párrafo trata de ampliar el contenido del primero a las percibidas por las CC.AA. o Entidades Locales, pues parece que en el primero lo que quiere el legislador es describir los supuestos de forma pormenorizada, y en el segundo párrafo, realizar una referencia genérica, lo que conduciría a considerar que en el primer apartado también se encuentran comprendidas las prestaciones por maternidad; estaríamos, en definitiva, ante una ampliación de lo señalado previamente, y por razón del órgano que concede la prestación, y no el establecimiento de un beneficio diferente.

En sentencia posterior<sup>665</sup>, este Tribunal reiteró su argumentación, señalando que resulta coherente con la propia redacción del párrafo último que comienza con el adverbio “también” que, como es sabido, indica la igualdad, semejanza, conformidad o relación de una cosa con otra ya nombrada, en este caso la prestación por maternidad. Considera que la tesis de la Administración tributaria pugna con una interpretación coherente de los párrafos penúltimo y último del artículo 7.h Ley 35/2006 pues si no se integran en el penúltimo las prestaciones por maternidad no se entiende por qué el legislador incluye también como rentas exentas las percibidas de las CC.AA. o Entidades Locales. Basta con una lectura de la Exposición de Motivos de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, que introdujo en su día la exención en la Ley 40/1998, que pasó después al RD Leg. 3/2004 para descartar cualquier contradicción involuntaria con la redacción empleada por legislador pues revela el interés por la exención de la prestación. Y así, dice que “en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en primer lugar, se establece la exención de las prestaciones públicas percibidas por nacimiento, parto múltiple, adopción, maternidad e hijo a cargo, entre las que se

---

<sup>664</sup> Recurso n. 967/2014.

incluyen las prestaciones económicas por nacimiento de hijo y por parto múltiple previstas en el RD Ley 11/2000, de 14 de enero ...”, de donde se desprende que la exención que se establece comprende la prestación de maternidad (que se da por entendida) y no sólo las de nacimiento, parto múltiple, adopción e hijo a cargo, pues se refiere expresamente a la prestación por maternidad y no parece pretender que su alcance se limite a las concedidas por las CC.AA. o Entidades Locales, sino que trata de establecer la exención de todas las prestaciones por maternidad, sin distinción del órgano público del que se perciban.

A los argumentos de esta sentencia, cabría añadir, respecto de que la causa de la prestación no es la maternidad sino la suspensión de la relación laboral que, a mi entender, era irrelevante e incluso permitiría concluir en sentido opuesto al que mantenía la Administración pues, por ello, precisamente, no tendría la consideración de rendimiento de trabajo. Dicha prestación se contempla dentro del marco de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social —de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42.1.c) LGSS— para (en lo que aquí nos interesa) dar cobertura a una concreta situación, que es la ausencia de ingresos durante el disfrute del permiso por maternidad que determina la suspensión de la relación laboral (ni se trabaja ni se percibe el sueldo o salario).

Frente a este criterio, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla), en sentencia de 27 de octubre de 2016<sup>666</sup>, se sitúa en la línea defendida por la Administración, que reproduce sus argumentos ante el Tribunal Supremo que zanja la controversia en la mentada sentencia de la Sala 3ª, de 3 de octubre de 2018<sup>667</sup>. Considera el Alto Tribunal que la cuestión a resolver es meramente jurídica y consiste en si la prestación por maternidad a cargo del INSS puede incardinarse en el supuesto previsto en el párrafo tercero de la letra h) del artículo 7 de la LIRPF, en redacción vigente a la fecha de la sentencia, que decía: “igualmente estarán exentas las demás prestaciones públicas por nacimiento, parto o adopción múltiple, adopción, hijos a cargo y orfandad”, lo que resuelve en sentido positivo en atención a tres razones. La primera, porque así se desprende de la

---

<sup>665</sup> Sentencia de 29 de junio de 2017, recurso n. 1300/2015.

<sup>666</sup> Recurso n. 337/2015.

Exposición de Motivos de la Ley que introdujo tal exención en la LIRPF de 1998, que incluía la de maternidad; la segunda deriva de la interpretación gramatical del precepto pues la exención relativa a las prestaciones por maternidad de las CC.AA. o Entidades Locales, comienza con la palabra “también”, lo que sugiere que además de las que corren a cargo de la Seguridad Social, entre las que se incardina la prestación por maternidad, están exentas las que por el mismo concepto reconozcan las CC.AA. o Entidades locales; y, la última, por imponerle una interpretación sistemática.

Esta sentencia motivó la modificación de la exención regulada en la letra h) del artículo 7 de la LIRF, para incluir expresamente las prestaciones por maternidad y las percibidas durante el disfrute del permiso por maternidad o paternidad por los funcionarios.

No obstante, es de advertir que, salvo para el subsidio por maternidad o paternidad en caso de supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiple a cargo de la MUGEJU, esta sentencia del Tribunal Supremo no tuvo incidencia alguna en el régimen tributario de las prestaciones familiares del mutualismo judicial, entre las que no se incluyen las retribuciones percibidas durante el disfrute del permiso por maternidad o paternidad. Como ya se expuso, tras la reforma operada por la Ley 62/2003 las prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad y de pago único por parto múltiple o nacimiento o adopción de hijo en supuestos de familia numerosa, monoparental y en los casos de madres discapacitadas, con cargo a la MUGEJU, estarían exentas al amparo de lo previsto en la letra h) del artículo 7 LIRPF, pues se trata de “prestaciones públicas por nacimiento, parto múltiple, adopción e hijos a cargo”.

Sin embargo, las sentencias del Tribunal Supremo primero, y la reforma operada por el art. 1.1 del RD Ley 27/2018, de 28 de diciembre, que redacta la letra h) del artículo 7 LIRPF en la forma ya transcrita, sí trascienden al subsidio por maternidad o paternidad en caso de supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiple toda vez que la Administración Tributaria aplicaba al mismo la doctrina ya revocada. En particular, la DGT consideró, en contestación a una consulta, que las

---

<sup>667</sup> Recurso n. 4483/2017.

prestaciones pagadas por MUGEJU en tal concepto no resultan exentas del IRPF al ser equiparables con las prestaciones periódicas de maternidad, según la doctrina del TEAC. En mi opinión, no cabe equipar las licencias retribuidas por maternidad reconocidas a las funcionarias, con las prestaciones de pago único por aquellos conceptos con cargo a la Mutualidad, ya que su previsión y establecimiento responde a fines diferentes, las primeras comportan retribuciones aún sin ejercicio de funciones, precisamente para evitar la falta de ingresos durante dicho periodo, mientras que las segundas pretenden paliar el incremento de gastos derivados de dichas situaciones. Aunque, a mi entender, ya antes de la citada sentencia del Tribunal Supremo tendrían la consideración de rentas exentas del tributo perfectamente encuadrables entre “las demás prestaciones públicas por nacimiento, parto múltiple, adopción e hijos a cargo” que introdujo la Ley 62/2003 en el precepto, en la actualidad, sin lugar a controversia alguna tras la redacción dada por el RD Ley 27/2018, todas las prestaciones familiares a cargo de la MUGEJU tienen tal consideración al incardinarse en el último párrafo de la letra h) del artículo 7 LIRPF.

### **3. Tributación de las prestaciones sociales y las propias de la Mutualidades integradas en el Fondo Especial de la MUGEJU**

Las únicas pensiones de jubilación, viudedad y orfandad que abona la MUGEJU, son las concedidas con cargo al Fondo Especial, cuya constitución previó la disposición adicional vigésima primera de la Ley 50/1984 de Presupuestos Generales del Estado para 1985, y en el que se integraron las Mutualidades Benéfica de Funcionarios de Justicia Municipal, la de Previsión de Funcionarios de la Administración de Justicia y la Benéfica de Auxiliares de la Administración de Justicia. Aunque no se abonen por el INSS ni por el Ministerio u organismo competente de la CC.AA. a la que corresponda, por virtud de la transferencia de los medios materiales y personal al servicio de la Administración de Justicia, el tratamiento tributario de aquellas pensiones es idéntico al de las reconocidas en el Régimen de Clases Pasivas o en el RGSS. Por tanto, las pensiones de jubilación y

viudedad que se abonan con cargo al Fondo Especial han de tributar como rendimientos de trabajo pues como tales los califica el artículo 17.2 LIRPF. En cuanto a la pensión de orfandad, el párrafo primero in fine de la letra h) del artículo 7 LIRPF declara exentas del impuesto las pensiones y los haberes pasivos de orfandad y a favor de nietos y hermanos, menores de veintidós años o incapacitados para todo trabajo, percibidos de los regímenes públicos de la Seguridad Social y clases pasivas. De modo que gozarán de la exención las pensiones de orfandad del Fondo Especial siempre que el beneficiario reúna los requisitos previstos en la norma tributaria.

En cuanto a las becas con cargo al Fondo Especial estarán exentas en atención a lo previsto en la letra j) del artículo 7 LIRPF, pues gozan de naturaleza pública y se conceden en relación a alguno de los niveles y grados del sistema educativo, que son los requisitos que exige el párrafo primero de dicho apartado.

Tanto el auxilio por defunción del Fondo Especial como la ayuda por gastos de sepelio prevista en el artículo 104 RMJ, están exentos del impuesto en el importe concurrente con la cuantía a la que asciendan los gastos en que se hubiere incurrido, conforme a lo establecido en la letra r) del artículo 7 LIRPF. Esta exención se contempla sin distinción de la fuente de la prestación por lo que, sin duda alguna, se aplica a ambas prestaciones. Pero dado que, dependiendo del beneficiario, las cantidades percibidas en tal concepto pueden superar los gastos por fallecimiento y de sepelio del causante, el exceso ha de tributar como rendimiento del trabajo obtenido de forma notoriamente irregular en el tiempo, siendo de aplicación la reducción del 30%, conforme a lo establecido en el artículo 18 LIRPF. Con este carácter de rendimientos irregulares han de tributar igualmente las cantidades, en su caso, rescatadas en concepto de auxilio por defunción del Fondo Especial de MUGEJU.

En relación a la prestación de asistencia al jubilado, esto es, el subsidio de jubilación que, como ya se dijo al analizar las prestaciones sociales, consiste en una ayuda de pago único, está sujeta al impuesto y no exenta, si bien la doctrina

administrativa la considera renta irregular<sup>668</sup>.

Las ayudas que se contemplan dentro de los programas de atención a personas mayores, se han venido considerando por la doctrina administrativa rentas sujetas y no exentas<sup>669</sup>, no obstante, conviene puntualizar que dado que uno de los requisitos para poder acceder a ellas es tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 65%, si se le ha calificado su incapacidad de absoluta o gran invalidez, la calificación de aquellas rentas como procedentes del trabajo determinan la aplicación de la exención prevista en el artículo 7.f) LIRPF.

Sobre ayudas análogas a las previstas en el programa de atención a discapacitados y a las que se cubre, actualmente, el fondo de asistencia social, la doctrina administrativa<sup>670</sup> vincula la aplicación de la exención a la finalidad de la ayuda: si se dirigen a compensar el coste de servicios de rehabilitación, educación especial, adquisición o renovación de prótesis, etc. se consideran exentas, mientras que, si su fin no es fundamentalmente el sanitario, sino aliviar la situación económica del perceptor, esto es, social, al suponer un incremento de la capacidad económica se sujetan a gravamen, sin aplicación de la exención. En cualquier caso, se advierte que muchas de estas ayudas están coonestadas al nivel de ingresos, atendiendo a situaciones de necesidad equiparables a las que responden las previstas en la letra x) del artículo 7 LIRPF. Sin embargo, no es aplicable a las abonadas por MUGEJU tal exención porque la limita a las establecidas por las CC.AA. o Entes Locales.

Por último, señalar, que la MUGEJU constituye la entidad gestora del RESSAJ, por lo que las aportaciones a esta Mutualidad deben gozar de idéntico tratamiento tributario que las cotizaciones por derechos pasivos y la Seguridad Social, por ende, han de reputarse gastos deducibles para la determinación de los rendimientos netos. Así lo consigna expresamente el artículo 19.2 LIRPF al disponer que tienen la consideración de gastos deducibles tanto las cotizaciones a la Seguridad Social como a las Mutualidades generales obligatorias de funcionarios y detracciones por derechos pasivos. El único requisito establecido por la Ley es que sean

---

<sup>668</sup> Resolución del Tribunal Económico-Administrativo Central de 9 de febrero de 2001, R.G. 393-97 y contestación de la DGT a C. 0812-01.

<sup>669</sup> Contestación de la DGT a consulta 0812-01.

Mutualidades generales obligatorias de funcionarios<sup>671</sup>.

---

<sup>670</sup> Contestación de la DGT a consulta 28/07, de 4 de julio, o a la consulta 640/00, de 20 de marzo.

<sup>671</sup> La DGT en consulta 2348/2003, de 17 diciembre, establece que las cuotas que se satisfacen de forma voluntaria a MUFACE no son gasto deducible si el abono de las mismas no responde al carácter de obligatoriedad. La Contestación DGT de 16 de julio 2010 establece que son deducibles las cotizaciones al Colegio de Huérfanos de Hacienda realizadas por un funcionario en excedencia del MEH, trabajador por cuenta ajena en ese momento.



## **CAPÍTULO VIII**

### **PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA EN EL SALVADOR Y CHILE**



### **1. Introducción. Una visión internacional de la protección social en los países de Iberoamérica**

El estudio de los diferentes sistemas de protección social que rigen en otros países y, en particular, en países iberoamericanos como El Salvador y Chile, debe estar encabezado por las previsiones que se recogen en instrumentos internacionales que han servido de guía a todas las legislaciones nacionales. Comenzando por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, en su artículo 22 se proclama que “Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado (...)”.

En el mismo año 1948, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, proclama en su artículo 16 que “Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad ...”. Y el Pacto Internacional Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de diciembre de 1966, en su artículo 9 establece que “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

Junto a estos textos internacionales, el proceso de globalización en el que participan todos los países que han alcanzado unos determinados niveles de crecimiento y desarrollo, unido a la internacionalización de la protección social, generó la necesidad de aprobar instrumentos internacionales de Seguridad Social entre cuyos objetivos destaca el de conseguir una protección eficaz de los sistemas de Seguridad Social que supere límites territoriales, y establecer unos mínimos comunes de protección. A estos objetivos van encaminados los Convenios OIT, de los que resulta obligada la cita del Convenio 102 (1952), que constituye la norma mínima de Seguridad Social, o el Convenio 118 (1962), sobre igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de Seguridad Social.

En la Declaración de Filadelfia (1994), la Conferencia Internacional del Trabajo reconoció la obligación de la OIT en cuanto a “extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar

asistencia médica completa”. En la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1994 (n. 67) se establece que: “El seguro social debería proteger, cuando estén expuestos a riesgo, a todos los asalariados y trabajadores independientes y a las personas que están a su cargo”. A idénticos objetivos se encaminan otros instrumentos normativos internacionales como el Código Europeo de Seguridad Social<sup>672</sup>, o el Código Iberoamericano de Seguridad Social de 1995, elaborado en el seno de la OISS<sup>673</sup>.

Como nuestro estudio, en el ámbito del derecho comparado, se centra en dos países de Iberoamérica, uno perteneciente a Centroamérica, considerado como un país en vías de desarrollo, y otro perteneciente al subcontinente sudamericano, Chile, con una economía más desarrollada, el protagonismo ha de atribuirse a la OISS, por el importante papel que desarrolla en el impulso de políticas públicas de protección social, uno de cuyos principios es promover acciones encaminadas a lograr la universalización de la Seguridad y Protección Social en los países de Iberoamérica<sup>674</sup>.

El instrumento internacional más destacable que nació como fruto de la labor de la OISS<sup>675</sup>, es el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, rubricado en Chile, el 10 de noviembre de 2007<sup>676</sup>, que si bien no modifica la

---

<sup>672</sup> En el seno de la Unión Europea, se han elaborado la Carta Social Europea de 1961 y el Código Europeo de Seguridad Social de 1972.

<sup>673</sup> La OISS nació en el II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, celebrado en Lima (Perú) en 1954.

<sup>674</sup> En estas acciones se enmarca el programa de cooperación técnica desarrollado entre el 1 de diciembre de 2009 y el 31 de marzo de 2012 promovido conjuntamente por la OIT y la OISS, destinado a la Extensión de la Protección Social en los Países de la Subregión Andina.

<sup>675</sup> La OISS tiene sus antecedentes más inmediatos en el proceso de Integración regional del “Mercado Común del Sur” (MERCOSUR) que dio lugar al “Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur” y el “Reglamento Administrativo para la aplicación del Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur” aprobados en 1997. Al año siguiente se aprobó la “Declaración Sociolaboral” del MERCOSUR (1998) que establece que sus trabajadores “tienen derecho a la Seguridad Social, en los niveles y condiciones previstos en las respectivas legislaciones nacionales”, de forma que garanticen “una red mínima de amparo que proteja a sus habitantes ante la contingencia de riesgos sociales, enfermedades, vejez, invalidez y muerte”. También podemos citar como antecedentes de la OISS la Decisión 583 de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) “Instrumento Andino de Seguridad Social”, de 2004.

<sup>676</sup> El Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, fue hecho en Lisboa el 11 de septiembre de 2009, y es aplicado por países como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Paraguay, Perú, Portugal y Uruguay. España, Argentina y El Salvador firmaron el Convenio el día 10 de noviembre de 2011, lo ratificaron los días 5 de febrero de 2010, 9 de junio de 2010 y 29 de mayo de 2008, respectivamente, suscribieron el acuerdo de

legislación de la Seguridad Social de los Estados parte del mismo, sí se erige como una norma de coordinación de legislaciones nacionales, destinada a suplir y eliminar la insuficiente cobertura de protección social de los trabajadores migrantes o de los trabajadores de empresa multinacionales desplazados a otros países por razón de su trabajo, y de sus familias, y a garantizar las prestaciones económicas de invalidez, vejez, supervivencia y accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

El artículo 10 del Convenio Multilateral recoge las reglas especiales a efectos de la determinación de la legislación aplicable, disponiendo en su apartado h) que “los funcionarios públicos de un Estado Parte, distintos a los que se refiere el apartado anterior y el personal asimilado, que se hallen destinados en el territorio de otro Estado Parte, quedarán sometidos a la legislación del Estado Parte al que pertenece la Administración de la que dependen”. Ahora bien, en el ANEXO I se ofrece una relación de Regímenes a los que no se aplica el Convenio<sup>677</sup>. Con todo, la labor de la OISS es incesante, y siempre pendiente de afrontar y analizar las adaptaciones de las políticas públicas de protección social ante los nuevos retos que representan las nuevas formas de trabajo y sobre todo en el trabajo por cuenta propia, organizando encuentros que analizan los temas de mayor actualidad<sup>678</sup>.

Otra organización internacional que ha mostrado igual preocupación por la necesidad de mejorar los sistemas de protección social en América Latina, es la

---

aplicación los días 13 de octubre de 2010, 31 de mayo de 2016 y 17 de noviembre de 2012, respectivamente, e hicieron efectiva la aplicación del convenio los días 1 de mayo de 2011, 1 de agosto de 2016 y 17 de noviembre de 2012, también respectivamente.

<sup>677</sup> En el Anexo I, entre otros países, España excluye expresamente a los Regímenes especiales de los Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y de la Administración de Justicia. Argentina excluye al Personal del Servicio Exterior de la Nación, Investigadores Científicos, Personal Docente, Poder Judicial y Magistrados, estableciendo en el mentado anexo que para las personas que tengan años de servicios parciales en algunos de estos regímenes, los mismos serán considerados como prestados en el régimen general. Chile también excepciona los regímenes previsionales de Fuerzas Armadas y Carabineros administrados por la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. El Salvador exceptúa el régimen general del Instituto de Pensiones las Fuerzas Armadas.

<sup>678</sup> El *I Encuentro Iberoamericano sobre “Equidad de género para el desarrollo y la paz”* culminó con el “Pacto Iberoamericano por la Igualdad entre Hombres y Mujeres en los Sistemas de Seguridad Social” suscrito el 8 de septiembre de 2016 en Bogotá, Colombia. En el *II Encuentro Iberoamericano sobre Género y Seguridad Social*, organizado por la OISS, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la CEPAL con el apoyo de AECID, y celebrado en San José de Costa Rica, los días 13 y 14 de noviembre de 2017, se analizó “La incidencia de las tareas de cuidados en la equidad de género en los sistemas de protección social” y culminó con la firma de la Declaración del *II Encuentro Iberoamericano sobre Género y Seguridad Social*.

OCDE, que aprovechando la Conferencia y Reunión Ministerial que tuvo lugar en Paraguay en el mes de noviembre de 2017 con el título “hacia Sistemas de Protección Social Inclusivos en América Latina y el Caribe”, publicó el trabajo titulado “mejorando la Inclusión Social en América Latina: Desafíos Clave y el rol de los Sistemas de Protección Social”.

La Seguridad Social ya ha sido concebida como una economía auténtica y racional de los valores humanos en la “Declaración de Santiago de Chile”, efectuada en la primera Conferencia iberoamericana de Seguridad Social que se celebró en Santiago de Chile en el mes de septiembre de 1942, y que fue organizada por el Comité Interamericano de Iniciativas en Materia de Seguridad Social (CISS). Las aspiraciones de procurar el bienestar y elevar la calidad de vida de la población, deben inspirar la creación de las instituciones nacionales de Seguridad Social a través de las legislaciones de los países iberoamericanos, y entre ellos, los que son objeto de estudio en este trabajo.

Estas legislaciones deben de mirar hacia el futuro, tratando de cumplir el objetivo marcado por todos los convenios y tratados internacionales, logrando sistemas modernos de protección social de los trabajadores, tanto en el ámbito privado como en el ámbito público, pues solo de esta manera se puede garantizar la creación, mantenimiento e incremento por cada país —en palabras de la “Declaración de Santiago de Chile”—, del valor intelectual, moral y físico de sus generaciones activas, preparando el camino de las generaciones venideras, y sosteniendo a las generaciones eliminadas de la vida productiva.

El sistema de Seguridad Social que El Salvador ha seguido tradicionalmente hasta el año 1996 en el que se promulgó la ley del sistema de ahorro de pensiones, es el modelo Bismarckiano<sup>679</sup>. Este modelo se inspira en el modelo creado por el canciller alemán Otto Von Bismarck, con motivo de la promulgación de la primera legislación alemana sobre Seguridad Social, Ley sobre el Seguro de Enfermedad

---

<sup>679</sup> Sobre los modelos de sistemas de seguridad social en Latinoamérica *vid.* ROFMAN, Rafael y LUCCHETTI, Leonardo, *Sistema de pensiones en América Latina: Conceptos y medio de cobertura*, Social Protection, Banco Mundial, Washington, 2006, o también ver reflexiones finales MESA-LAGO, Carmelo y MÜLLER, Katharina, “La política de reforma de pensiones en América Latina”,

(Krankenversicherungs-Gesetz) el 15 de junio de 1883.

La diferencia con el modelo beveridgeano, o Plan Beveridge, implantado en Reino Unido por Sir William Beveridge (Social Insurance and Allied Service, 1942) estriba en que, mientras que en Alemania la Seguridad Social se consideraba un “servicio público” que solo beneficiaba a quienes contribuían en el sistema, sin exigir ninguna motivación solidaria o equidad, en cambio en Reino Unido, el fondo para las principales prestaciones (desempleo, incapacidad y jubilación) estaba constituido por contribuciones de los asegurados, de los patrones y del Estado. En este modelo rige el principio contributivo de la Seguridad Social, ya que su financiamiento se basa en impuestos y cotizaciones.

La política de protección social de los trabajadores tuvo entrada en países como El Salvador con un significativo retraso respecto de otros países de Iberoamérica. Y si el modelo a seguir ha sido tradicionalmente el sistema de reparto en el que las cotizaciones de trabajadores y empresas financian las pensiones, en cambio Chile ha sido pionero en la aplicación del sistema en el que los fondos individuales y los planes de empresa han venido financiando la mayor parte de las pensiones<sup>680</sup>.

Esta es la razón por la que se han escogido para su estudio los sistemas de Seguridad Social de dos países, uno centroamericano (El Salvador) y otro sudamericano (Chile) en los que las pensiones se han venido nutriendo de fondos diferentes, y en los que la entrada de las políticas de protección social y las reformas de los sistemas de pensiones, lo ha sido a destiempo.

## **2. Protección social de los empleados públicos en El Salvador**

### **2.1. Introducción. Visión Constitucional de la protección social**

El fenómeno de la constitucionalización de la Seguridad Social en países

---

*¿Públicos o Privados? los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*, Hujo, Mesa-Lago y Nitsch (eds.), Nueva Sociedad, Caracas, 2004, pp. 207-218.

iberoamericanos y su impacto en las políticas sociales constituye un tema de profundo interés internacional, y esta es la razón de que no haya pasado desapercibido para la OISS, hasta el punto de constituir la cuestión analizada y debatida en el “Seminario Iberoamericano sobre la Constitucionalización de la Seguridad Social”, organizado por la OISS junto con la Procuraduría General de la Nación de Colombia, y con apoyo de la COMJIB e IberReden Cartagena de Indias en el mes de mayo de 2015, bajo el entendimiento común de que la Seguridad Social es un derecho fundamental, siendo imprescindible la participación activa de los operadores jurídicos en aras de una efectiva protección constitucional.

La Constitución salvadoreña<sup>681</sup> no ha quedado extramuros de esa tarea de protección constitucional, incluyendo en su texto los derechos sociales como uno de los fundamentos de la convivencia nacional, con base en el respeto a la dignidad de la persona humana y en la construcción de una sociedad más justa. En su artículo 37 reconoce la función social del trabajo, que demanda una protección del Estado, estableciendo que “el trabajo es una función social, goza de la protección del Estado, y no se considera artículo de comercio”. Y añade que “el Estado empleará todos los recursos que estén a su alcance para proporcionar ocupación al trabajador, manual o intelectual, y para asegurar a él y a su familia las condiciones económicas de una existencia digna. De igual forma promoverá el trabajo y empleo de las personas con limitaciones o incapacidades físicas, mentales o sociales”.

El artículo 50, por su parte, reconoce el carácter público y obligatorio de la Seguridad Social, al disponer que “La seguridad social constituye un servicio público de carácter obligatorio. La ley regulará sus alcances, extensión y forma”. La Corte Suprema de Justicia del El Salvador, en su Sentencia de 23 de octubre de 1998, ha interpretado este precepto constitucional, analizando el fundamento de la Seguridad Social, su carácter de servicio público, el régimen jurídico aplicable a la seguridad social, en su carácter de servicio público, y la obligatoriedad de la seguridad social.

En cuanto al fundamento de la Seguridad Social, sostiene que está constituido

---

<sup>680</sup> ARGUETA, Nancy Elizabeth, “Dreams that do not come true: re-addressing social security to expand old-age social protection: the case of informal workers in El Salvador”. Disponible en: <http://biblio.iss.nl/opac/uploads/wp/wp439.pdf>. (consultado 21/09/2017).



por una estructura triádica, cuyos elementos configuradores son: 1) La categoría jurídica protegida. 2) Los riesgos, contingencias o necesidades sociales. 3) Las medidas protectoras de carácter social. En cuanto al primer elemento, razona lo siguiente<sup>682</sup>: “es claro que la dignidad de la persona humana —cuyo respeto es, según el preámbulo constitucional, elemento integrante de la base sobre la cual se erigen los fundamentos jurídicos de la convivencia nacional— comprende la afirmación positiva del pleno desarrollo de la personalidad de cada individuo (...). Una sucinta mirada a la realidad social permite advertir que existen ciertos riesgos, contingencias o necesidades sociales de diversa naturaleza que afectan o ponen en peligro la existencia digna, sobre todo de los individuos desprovistos de medios económicos suficientes para enfrentarlas. Dichas contingencias —que, en un afán de clasificación sistemática se agrupan en: patológicas, tales como enfermedad, invalidez, accidente de trabajo y enfermedad profesional; biológicas, entre las cuales se encuentran maternidad, vejez y muerte; y socioeconómicas, como desempleo y cargas familiares excesivas—, producen obviamente repercusiones negativas en los ámbitos familiar, laboral o social, por lo que requieren de medidas protectoras para asegurar a los individuos frente a las mismas. Con dicha finalidad, la misma capacidad social de previsión permite establecer con anticipación las medidas protectoras que, ante la insuficiencia de recursos personales o familiares, puedan ser asumidas por la sociedad basados en un criterio de solidaridad; medidas que comprenden asistencia médica, prestaciones monetarias por enfermedad, desempleo, vejez, cargas familiares excesivas, maternidad, invalidez, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como prestaciones a sobrevivientes. La integración de tales elementos permite concluir que la necesidad de cumplir con el postulado constitucional de asegurar a cada individuo una existencia digna, exige y origina la seguridad social, con la cual se permita facilitar a los individuos que puedan hacer frente a las contingencias que ponen en peligro dicha calidad digna de la existencia”.

Sobre el carácter de servicio público de la seguridad social la Corte Suprema

---

<sup>681</sup> Decreto n. 38, de 15 de diciembre de 1983.

<sup>682</sup> Corte Suprema de Justicia —Sala de lo Constitucional— Sentencia de 23-VIII-98, Inc. 4-97, Considerando III 3 C.

de Justicia<sup>683</sup> analiza la noción de servicio público: “El núcleo de la construcción y sistematización doctrinaria del concepto de servicio público ha girado en torno a tres elementos básicos: (a) la necesidad o interés que debe satisfacerse, (b) la titularidad del sujeto que presta el servicio, y (c) el régimen jurídico del mismo. La necesidad o interés que debe satisfacerse es un elemento de carácter necesariamente general, entendido como la suma de necesidades o intereses individuales de los usuarios. Es en este sentido que puede afirmarse que, en la expresión «servicio público», el segundo término no hace referencia al ente que realiza la actividad de satisfacción de necesidades e intereses, sino al destinatario del mismo. Queda claro que la determinación relativa a cuáles necesidades o intereses son generales, es contingente, pues depende de la evolución de cada medio social. Sobre la titularidad del sujeto que presta el servicio público, precisamente por el carácter general de la necesidad o interés a satisfacer, en un primer momento de la evolución de dicha noción se entendió que sólo podía ser prestado por el Estado, o por entes públicos. Sin embargo, actualmente la práctica en la gestión de los mismos demuestra que pueden adoptarse varias modalidades, atendiendo a la participación más o menos directa de la Administración; así, planteada una clasificación de la gestión del servicio público basada en tal criterio, la misma puede ser: directa, indirecta y mixta. Respecto del régimen jurídico del servicio público, las anteriores premisas permiten concluir que la actividad constitutiva del mismo, es necesario y conveniente que sea regulada en el ámbito del derecho público, para efecto de evitar abusos de cualquier orden en que pudieran incurrir quienes presten o realicen el servicio; ya que, caracteres jurídicos esenciales del mismo son la continuidad, la regularidad y la generalidad. En el caso de nuestro ordenamiento jurídico, los arts. 112, 110 inc. 4º y 221 inc. 2º Cn., obligan a que la regulación de los servicios públicos se encuentre en el ámbito del derecho público, precisamente para garantizar la esencia del mismo. A partir de los mencionados elementos, puede conceptuarse el servicio público, desde un enfoque descriptivo, y atendiendo a su naturaleza jurídica, como la prestación de actividades tendentes a satisfacer necesidades o intereses generales, cuya gestión puede ser realizada por el Estado en forma directa, indirecta o mixta, sujeta a un régimen

---

<sup>683</sup> Corte Suprema de Justicia —Sala de lo Constitucional— Sentencia de 23-VIII-98, Inc. 4-97, Considerando III 1).

jurídico que garantice continuidad, regularidad y generalidad”.

Sobre el régimen jurídico aplicable a la Seguridad Social, en su carácter de servicio público, la misma sentencia sostiene que aun cuando los entes encargados de la prestación de tal servicio sean privados, la actividad tendente a la satisfacción de las necesidades de seguridad social no puede entenderse como de naturaleza privada —v. gr., como una actividad simplemente mercantil o financiera—, pues el Estado está obligado a intervenir en la regulación de tal servicio para el aseguramiento de su continuidad, regularidad y generalidad y, por tanto, dicha regulación debe encontrarse sometida a un régimen de derecho público.

Y, por último, sobre la obligatoriedad de la Seguridad Social, la entiende en dos sentidos: obligatoriedad para los sujetos protegidos y obligatoriedad para los sujetos a quienes se impone la obligación del pago de la seguridad social. Así, en cuanto a los sujetos protegidos, razona lo siguiente: “es claro que los efectos que la seguridad social proyecta en su esfera jurídica constituyen una categoría de naturaleza compleja, pues tanto constituye un derecho como una obligación; es decir, los sujetos protegidos no pueden decidir de manera potestativa si se integran o no al sistema de seguridad social, sino que, para una mejor protección de sus intereses, del texto constitucional se infiere que deben integrarse, e incluso, el salario puede retenerse por obligaciones de seguridad social, tal como lo prescribe el artículo 38 ord. 3º Cn.”. Y en cuanto a los otros sujetos obligados al pago de la Seguridad Social —los patronos y el Estado—, la Corte Suprema de Justicia nos dice que tal obligación deriva de la misma Constitución, a la cual no pueden sustraerse, aun cuando la forma y cuantía de tal pago serán las que determine la ley”.<sup>684</sup>

Y así, desde la Constitución salvadoreña de 1886, que omitió toda referencia a los derechos laborales, se pasó a su reconocimiento constitucional, y entre ellos, el derecho a la Seguridad Social como servicio público de carácter obligatorio. Este reconocimiento no tuvo que esperar hasta el año 1983, pues se introdujo años más tarde, aprovechando la restitución de la Constitución de 1886 con motivo de la

---

<sup>684</sup> Corte Suprema de Justicia —Sala de lo Constitucional—, Sentencia de 23-VIII-98, Inc. 4-97, Considerando III 3 D.

subida al poder del general Salvador Castaneda Castro<sup>685</sup>, para introducir modificaciones al texto original, creándose cuatro años después la primera ley del seguro social, al amparo de la cual se fundó el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), y en la cual se reconocieron por primera vez beneficios en materia de salud a todas las personas que dependían de un patrono. En el año 1950 se reformó la Constitución de 1886, recogiendo un mandato dirigido al poder legislativo encaminado a la creación de una Ley que estableciera el seguro social<sup>686</sup>. Esta Ley, es la Ley del Seguro Social aprobada en 1953. Con ella la Seguridad Social constituía un servicio público de carácter obligatorio de beneficio para todos los trabajadores que dependieran de un patrono<sup>687</sup>.

Por su parte, la Constitución salvadoreña de 1983 dedica el Capítulo II a regular los derechos sociales, y entre ellos el derecho al trabajo y a la Seguridad Social. Pero las previsiones sobre el derecho de los trabajadores a una protección social, no se agotan con el artículo 50 antes transcrito, sino que en otros preceptos, que integran la misma sección II (Trabajo y Seguridad Social) se recogen otros derechos que forman parte de la protección social que los empleadores están obligados a dispensar a sus trabajadores, como son los previstos en los artículos 42, 43, 45 y 51, todos los cuales tienen la consideración de irrenunciables, y no excluyen otros que se deriven de los principios de justicia social, tal como establece el artículo 51.

Así, el artículo 42, al regular los derechos de la mujer trabajadora, después de reconocerle el derecho a un descanso remunerado antes y después del parto, y a la conservación del empleo, añade que “las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores”. El artículo siguiente (artículo 43) obliga a los patronos a pagar indemnización, y a prestar servicios médicos, farmacéuticos y demás que establezcan las leyes, al trabajador que sufra accidente de trabajo o cualquier enfermedad

---

<sup>685</sup> Después de que el General Maximiliano Hernández Martínez, que subió al poder con el golpe del Estado del año 1931, renunciase a la presidencia.

<sup>686</sup> El artículo 57 de la Constitución disponía lo siguiente: “Una Ley establecerá el seguro social con el concurso del Estado, de los patronos y de los trabajadores”.

<sup>687</sup> Corte Suprema de Justicia, 1953: considerandos I-VI; Art. 3, Art. 99; ISSS, 2009.

profesional. Por su parte, el artículo 51 remite a una Ley, la determinación de las empresas y establecimientos que, por sus condiciones especiales, queden obligados a proporcionar, al trabajador y a su familia, habitaciones adecuadas, escuelas, asistencia médica y demás servicios y atenciones necesarios para su bienestar.

Y la propia Constitución hace una mención especial a determinados grupos de trabajadores, como son los trabajadores agrícolas y domésticos, respecto de los cuales les reconoce expresamente, entre otros derechos, el derecho a la seguridad social, el derecho a las indemnizaciones por despido y, en general, a las prestaciones sociales, en su artículo 45.

## 2.2. Antecedentes de la protección social en El Salvador

La Seguridad Social en El Salvador se ha desarrollado por medio de la creación de Leyes dispersas, destinadas a proteger a determinados grupos o sectores contra algunos riesgos o contingencias, como, por ejemplo: accidentes de trabajo, vejez, o salud. Los antecedentes legales serían las siguientes normas: 1) La Ley sobre Accidentes de Trabajo de 1911. 2) La Ley de Protección de Empleados de Comercio de 1927. 3) La Ley de Pensiones y Jubilaciones de 1930 aplicable a los empleados civiles, judiciales y administrativos. 4) La Ley del Seguro Social de 1949. 5) La Ley de Botiquines de 1950. 6) La Ley de Contratación Individual del Trabajo de 1953. A estas normas podemos añadir las Leyes de riesgos profesionales y de Seguridad e higiene, que vieron la luz en el año 1956.

Con posterioridad, en el año 1963, durante el periodo de gobiernos militares en los que estuvo inmerso el país desde el año 1931, se promulgó el primer Código de trabajo<sup>688</sup>. Este texto normativo significó un importante avance en la legislación laboral, y representó un cuerpo legal sistemático en el ámbito laboral. Así, de lo dicho hasta ahora podemos adelantar varias consideraciones sobre la regulación de la protección social en El Salvador en esta época:

1) El sistema de Seguridad Social se caracterizaba por estar regulado en leyes dispersas. Tuvo su punto de arranque en la Ley sobre Accidentes de Trabajo de

---

<sup>688</sup> Estuvo vigente hasta el 29 de octubre de 1972, año en el que entró en vigor el nuevo Código de trabajo, Decreto n. 15, publicado el 31 de julio de 1972.

1911<sup>689</sup> pero esta ley no cubría a los asalariados rurales, aunque sí obligaba al Estado y a los patronos a compartir la responsabilidad de indemnizar a los trabajadores que resultasen incapacitados por accidentes laborales.

2) El sistema de Seguridad Social se caracterizaba por proteger a grupos determinados<sup>690</sup>. Los miembros de las Fuerzas Armadas contaban con su propia regulación<sup>691</sup>.

3) Si la Ley del Seguro Social de 1949<sup>692</sup> implicó un importante avance en materia social, la designación en el año anterior (1948) de una comisión encargada de elaborar el “Proyecto de Ley del Seguro Social” obedeció a dos causas: a la aprobación, en el seno de la Asamblea General de la Naciones Unidas, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, preconizando una protección social universal. Y la voluntad del Consejo revolucionario de gobierno que subió al poder en el año 1949, amparándose en las reformas que acababa de introducir el general Castaneda en la Constitución de 1886.

Y si la Ley del Seguro Social, y con ella, la creación del ISSS<sup>693</sup>, vinieron de la mano de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, posteriormente, la aprobación en el año 1954 de un “Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social”, vino de la mano del crecimiento económico y de la industrialización propios de los años 50<sup>694</sup>. Este Reglamento contemplaba un régimen de prestaciones de Salud, comprendiendo prestaciones médico-hospitalarias, la cesantía e invalidez temporal o permanente, e indemnizaciones por accidentes de trabajo<sup>695</sup>.

A pesar de estos avances, la legislación de la época regulaba un sistema de

---

<sup>689</sup> La Ley sobre Accidentes de Trabajo de 1911, promulgada durante el corto mandato del presidente Manuel Enrique Araujo, marca el inicio de la Seguridad Social en El Salvador.

<sup>690</sup> Además de la Ley de Pensiones y Jubilaciones Civiles, que regulaba el derecho de jubilación de los empleados civiles, existía normativa dispersa sobre la protección social de los empleados de telecomunicaciones, correos nacionales, cuerpo diplomático, jueces y magistrados del Poder Judicial y profesionales académicos honorarios (médicos).

<sup>691</sup> Ley de Retiro de las Fuerzas Armadas, Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA).

<sup>692</sup> Decreto 329, de 28 de septiembre de 1949, publicada en el Diario Oficial del 30 del mismo mes y año.

<sup>693</sup> Como Institución Oficial Autónoma.

<sup>694</sup> A esta época pertenece la creación de la Junta Nacional de Defensa Social, Mejoramiento Social S.A. y Mejoramiento Social.

<sup>695</sup> El día 14 de mayo de 1954 se inauguró el primer centro de atención médica del ISSS.

Seguridad Social deficiente, lo cual se ponía de manifiesto no solo en las notas antes señaladas, sino sobre todo en que la cobertura obligatoria era limitada. Tan solo alcanzaba a trabajadores urbanos del área metropolitana de San Salvador, cuando El Salvador era un país eminentemente agrícola y por tanto la mayor parte de su población quedaba desprotegida, sin cobertura.

Para evitar esta situación, el 3 diciembre de 1953 se promulgó la nueva Ley del Seguro Social<sup>696</sup>, que derogó la Ley del Seguro Social de 1949. En esta última no se concretaban los principios necesarios para garantizar un buen régimen de Seguro Social dentro del marco constitucional. Por el contrario, la nueva Ley diseñó un nuevo régimen del Seguro Social que respondiese en todo momento a las posibilidades económicas de la población activa, delimitando además con claridad el campo de acción del Seguro Social, y estableciendo el Seguro Social obligatorio como una institución de Derecho Público que realizaría los fines de Seguridad Social.

El Seguro Social cubría en forma gradual los riesgos a que estaban expuestos los trabajadores por causa de enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria. Asimismo, los beneficiarios de una pensión, y los familiares de los asegurados y de los pensionados que dependan económicamente de éstos tenían derecho a prestaciones por enfermedad e invalidez.

El régimen del Seguro Social obligatorio se aplicó a todos los trabajadores que dependiesen de un patrono fuera cual fuese el tipo de relación laboral que los vinculaba y la forma establecida de remuneración. El Seguro Social podía ampliarse “oportunamente” a favor de las clases de trabajadores que no dependían de un

---

<sup>696</sup> Decreto 1263, que fue desarrollado por los siguientes Reglamentos: Reglamento para la aplicación del régimen del Seguro social; Reglamento de evaluación de incapacidades por riesgo profesional; Reglamento para la afiliación, inspección y estadística del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; Reglamento para la elección de representantes de los trabajadores y representantes patronales que integran el Consejo Directivo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; Normas para la elección del representante de los patronos y el de los trabajadores en el Comité de Inversiones del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; Reglamento de inversiones de las reservas técnicas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; Reglamento para la aplicación del régimen del seguro social a los trabajadores independientes, y Reglamento para la aplicación del régimen del seguro social a los trabajadores.

patrono. La aplicación obligatoria del régimen del Seguro tan solo podía exceptuarse a los trabajadores que obtuviesen un ingreso superior a una suma que determinarían los reglamentos. Y también por medio de los reglamentos se podía determinar “en cada oportunidad” el momento en el que las diferentes clases de trabajadores se podían incorporar al régimen del Seguro.

El día 30 de octubre de 1972 entró en vigor el nuevo Código de trabajo<sup>697</sup>. Este Código se mantuvo hasta nuestros días a base de experimentar sucesivas reformas que acomodaron su contenido a las exigencias y principios de las normas internacionales del trabajo vigentes en El Salvador, y entre ellas, los Convenios y Recomendaciones de la OIT<sup>698</sup>. A los efectos de graduar la incapacidad resultante y de calcular la indemnización correspondiente, la Ley incluyó una tabla de evaluación de incapacidad, y un listado de enfermedades profesionales.

Y en cuanto a las responsabilidades del empleador en caso de riesgos profesionales el Código de Trabajo estableció que el patrono quedaba obligado a proporcionar gratuitamente al trabajador, hasta que éste se halle completamente restablecido o por dictamen médico se le declare incapacitado permanentemente o fallezca unas serie de servicios, como los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio; los aparatos de prótesis y ortopedia que se juzguen necesarios; los gastos de traslado, hospedaje y alimentación de la víctima, cuando para su curación, deba trasladarse a un lugar distinto al de su residencia habitual; y un subsidio diario equivalente al 75% de su salario básico durante los primeros sesenta días; y el equivalente al 40% del mismo salario, durante los días posteriores, hasta el límite de cincuenta y dos semanas. De la misma manera el patrono quedaba obligado a pagar una indemnización cuando el

---

<sup>697</sup> Decreto Legislativo n. 15, de 23 de julio de 1972, publicado en el Diario Oficial n. 142, Tomo 236, de 31 de julio de 1972.

<sup>698</sup> El 12 de agosto de 2006 se ratificaron los siguientes convenios de la OIT Convenio n. 87 relativo a la libertad sindical y a la protección del derecho de sindicación; Convenio n. 98 relativo a la aplicación de los principios del derecho de sindicación y negociación colectiva; Convenio n. 135 relativo a la protección y facilidades que deben de otorgarse a los representantes de los trabajadores de la empresa; Convenio n. 151 sobre la protección del derecho a la sindicación y los procedimientos para determinar las condiciones de empleo de la Administración Pública. En el trabajo “Evolución de la Legislación del Trabajo en El Salvador” del profesor de Derecho individual del trabajo, de la Universidad de El Salvador, VALLADARES PORTILLO, Edwin, se atribuye la ratificación de estos



riesgo profesional produjere la muerte del trabajador.

En el año 1975 se promulgó la Ley del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP), y en el año 1983 se promulgó la nueva Constitución salvadoreña, que —como ya se ha expuesto— dedica el Capítulo II a regular los derechos sociales, y entre ellos el derecho al trabajo y a la Seguridad Social<sup>699</sup>.

Después de la firma del acuerdo de paz, en el año 1994, que puso fin a la guerra civil salvadoreña<sup>700</sup>, se promulgó la Ley que creó el Consejo Superior del Trabajo<sup>701</sup> como el órgano consultivo del órgano ejecutivo que cumple la tarea de institucionalizar el diálogo y promover la concertación económica y social entre las autoridades públicas y las organizaciones de empleadores y trabajadores. Ese mismo año se aprobó el reglamento que lo regula<sup>702</sup>.

La Ley del sistema de ahorro para pensiones fue aprobada dos años después, el 20 de diciembre de 1996<sup>703</sup>. Esta Ley rige tanto para los trabajadores del sector privado como para los trabajadores del sector público y municipal, comprendiendo el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, mediante los cuales se administraban los recursos destinados a pagar las prestaciones que debían reconocerse a sus afiliados para cubrir los riesgos de invalidez común, vejez y muerte.

Con este nuevo sistema de ahorro para pensiones se abandona el tradicional sistema de reparto<sup>704</sup>, que, según se indica en la exposición de motivos de la Ley,

---

convenios, no a una política de protección y fomento de las libertades sindicales, sino a la presión de la Comunidad Europea y a la amenaza de no firmar con el país, tratados comerciales preferenciales.

<sup>699</sup> Sección Segunda, artículos 37 a 52.

<sup>700</sup> La Guerra civil salvadoreña enfrentó al ejército gubernamental —Fuerza Armada de El Salvador (FAES)— a las fuerzas insurgentes del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), y se desarrolló entre 1980 y 1992.

<sup>701</sup> Decreto Legislativo n. 859, publicado en el Diario Oficial n. 87 BIS, Tomo 323, de fecha 12 de mayo de 1994.

<sup>702</sup> Reglamento del Consejo Superior del trabajo. Decreto Ejecutivo n. 69, de 21 de diciembre de 1994.

<sup>703</sup> Decreto Legislativo n. 927, de 20 de diciembre de 1996. Fue objeto de reforma por el Decreto Legislativo n. 100, de 13 de septiembre de 2006.

<sup>704</sup> ARENAS DE MESA, Alberto y GANA CORNEJO, Pamela, “Reformas a los sistemas de pensiones y los desafíos de la dimensión de género”, *Serie Población y Desarrollo*, CELADE, Santiago de Chile, 2001, explican que las razones para reformar los sistemas de pensiones en América Latina fueron que los regímenes de reparto y de CPC estaban afectados por los déficit financieros que existían, la mala administración, los problemas actuariales, los crecientes subsidios estatales que afecta a las finanzas públicas y los equilibrios macroeconómicos de los países en desarrollo, además

deparaba a las actuales y futuras generaciones una vejez insegura. El nuevo Sistema de Ahorro para Pensiones pasó a convivir con el Sistema de Pensiones Público en el que se integraban los regímenes de invalidez, vejez y muerte, que era administrado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y por el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos. Las características de este sistema se recogen en el artículo 2 de la Ley, y son las siguientes:

1) Sus afiliados tienen derecho al otorgamiento y pago de las pensiones de vejez, invalidez común y de sobrevivencia, que se determinan en la Ley.

2) Las cotizaciones se destinan a capitalización en la cuenta individual de ahorro para pensiones de cada afiliado, al pago de primas de seguros para atender el total o la proporción que corresponda, según el caso, de las pensiones de invalidez común y de sobrevivencia y al pago de la retribución por los servicios de administrar las cuentas y prestar los beneficios que señala la Ley.

3) Las cuentas individuales de ahorro para pensiones eran administradas por las instituciones facultadas a tal efecto “Administradoras de Fondos de Pensiones”, o y “Instituciones Administradoras”, que quedaban facultadas por el Estado para administrar el Sistema, quedando sujetas a la vigilancia y control del Estado por medio de la Superintendencia de Pensiones.

4) Los afiliados del Sistema tienen libertad para elegir y trasladarse entre las Instituciones Administradoras y, en su oportunidad, para seleccionar la modalidad de su pensión.

5) Las cuentas individuales de ahorro para pensiones son de propiedad exclusiva de cada afiliado al Sistema.

6) Cada Institución Administradora, administra un Fondo de Pensiones que se

---

de la creciente demanda por mayores beneficios previsionales, y no básicamente por el envejecimiento de la población. ALVARENGA, Ligia, *A cinco años de la reforma de pensiones en El Salvador y su impacto en la equidad de género*, CEPAL, Santiago de Chile, 2002, señala que todos estos factores existieron en El Salvador; pero que, además, la carga fiscal que representaba el sistema de pensiones amenazaba con colapsar la economía en el corto plazo, convirtiéndose en la razón principal que impulsó el cambio de régimen. En 1996, los ingresos en el sistema de pensiones administrado por el ISSS y el INPEP eran menores que los gastos que se tenía y para 2040 el déficit habría sido de 6.000 millones de colones (686 millones de dólares, un 26% del PIB de 1996).

constituye con el conjunto de las cuentas individuales de ahorro para pensiones, y está separado del patrimonio de la Institución Administradora.

7) Las Instituciones Administradoras tienen que garantizar una rentabilidad mínima del fondo de pensiones que administren.

8) El Estado está obligado a aportar los recursos necesarios para garantizar el pago de pensiones mínimas, cuando la capitalización de las cuentas individuales de ahorro para pensiones de los afiliados sea insuficiente, siempre y cuando éstos cumplan las condiciones requeridas para tal efecto.

9) La afiliación al Sistema para los trabajadores del sector privado, público y municipal, es obligatoria e irrevocable según las disposiciones de la Ley.

En el año 2000, el 27 de abril, se promulgó la Ley de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad<sup>705</sup>, atribuyendo al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, a las instituciones de Seguridad Social y a todas aquellas, públicas o privadas, que tuvieran programas de formación profesional, la obligación de extender beneficios de sus programas a la población de personas con discapacidad, de acuerdo con la oferta y demanda del mercado laboral.

En el marco de la política de igualdad de oportunidades, la Ley del año 2000 obliga a las instituciones de la Seguridad Social a buscar por todos los medios posibles, la forma para que la atención de sus derechohabientes incluya a las personas con discapacidad en grado severo, que no sean rehabilitables y que por lo tanto tengan que depender económicamente de por vida de otra persona, para que sean beneficiarios de pensión de orfandad ya sea del padre, de la madre o de ambos, en cuyo caso tendrán derecho ambas, siempre que cada uno de ellos hubiere adquirido individualmente el derecho a pensión. Y reconoce a los beneficiarios discapacitados de los asegurados, el derecho a recibir del Instituto Salvadoreño del Seguro Social o de la Institución que haga sus veces, los servicios de salud mientras dure la relación laboral de aquel.

---

<sup>705</sup> Decreto n. 888, de 27 de abril de 2000.

Y el 26 de octubre de 2007 se promulgó la Ley de creación del SNS<sup>706</sup>. El SNS se erige como un conjunto de instituciones públicas cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población, y, por tanto, el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio. El modelo de provisión que se recoge en esta Ley es un Sistema Nacional de Salud público que orienta sus acciones hacia la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a la población en los tres niveles de atención. Por último, el 21 de enero 2010 se promulgó la Ley General de Prevención de riesgos en los lugares de trabajo<sup>707</sup>. Y dos años después, el 26 de abril de 2012, se aprobó el Reglamento de gestión de la prevención de riesgos en los lugares de trabajo<sup>708</sup>.

### 2.3. La Seguridad Social de los servidores Públicos. Prestaciones económicas y sociales de los Funcionarios de la Administración de Justicia

Con la Ley de Pensiones y Jubilaciones Civiles de 1930 nació un sistema de protección económica de los trabajadores en la vejez, y el derecho de traspaso de la pensión a favor de los parientes en primer grado de consanguinidad en línea recta y cónyuge del jubilado. Estas previsiones se extendían a los servidores públicos, a los trabajadores de la Administración Pública, civiles, judiciales y administrativos al servicio del Estado, así como a los empleados municipales, reconociéndoles prestaciones como: salario completo en caso de enfermedad por tiempo limitado, subsidio adicional para gastos hospitalarios y quirúrgicos, servicios médicos a los profesionales, pensiones de invalidez y muerte para el cónyuge, hijos y padres y seguro de vida para los profesores de Instituciones Públicas. El financiamiento de estas prestaciones era con cargo al Presupuesto General de la Nación, el 2% del salario de los profesores y con fondos municipales en el caso de los empleados de este ramo. Hemos visto también, como en el año 1953, con la Ley de Seguro Social, el régimen del Seguro Social obligatorio se aplicó a todos los trabajadores que dependiesen de un patrono fuera cual fuese el tipo de relación laboral que los vinculaba y la forma establecida de remuneración.

---

<sup>706</sup> Publicada en el Diario Oficial de San Salvador, de 16 de noviembre de 2007.

En el año 1972, con la entrada en vigor del nuevo Código de trabajo se reconocieron prestaciones inmediatas a cargo del patrono, en los casos de enfermedad o accidente común, enfermedad o accidente común provocado por culpa grave del trabajador, prestaciones por maternidad, prestación económica en caso de muerte del trabajador, responsabilidad del empleador por riesgos profesionales, obligación del empleador de responder por muerte o incapacidad. Pero el ámbito de aplicación de esta norma se limitaba a las relaciones de trabajo entre los patronos y trabajadores privados, y las relaciones de trabajo entre el Estado, los Municipios, las Instituciones Oficiales Autónomas y Semiautónomas y sus trabajadores. Excluyendo de su ámbito de aplicación “cuando la relación que une al Estado, Municipios e Instituciones Oficiales Autónomas o Semiautónomas con sus servidores, fuere de carácter público y tuviere su origen en un acto administrativo como el nombramiento de un empleo que aparezca específicamente determinado en la Ley de Salarios con cargo al Fondo General y Fondos Especiales de dichas instituciones o en los presupuestos municipales; o que la relación emane de un contrato para la prestación de servicios profesionales o técnicos”.

Los empleados públicos se podían favorecer de las prestaciones reconocidas en la Ley de Seguro Social, pues de conformidad con lo dispuesto en su artículo 99, el término “trabajadores” usado en la Ley, comprendía a los funcionarios, empleados y demás personal civil que prestasen sus servicios al Estado, a los Municipios y a las Entidades Oficiales Autónomas. Y el término correlativo “patrono” debía aplicarse al Estado. La planificación, dirección y administración del Seguro Social estaba a cargo del “Instituto Salvadoreño del Seguro Social”. Los beneficios que se reconocían eran los siguientes:

1) Beneficios por enfermedad y accidente común. En caso de enfermedad, las personas cubiertas por el Seguro Social tenían derecho, dentro de las limitaciones reglamentarias, a recibir servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio, y los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios. Cuando una enfermedad producía una incapacidad temporal para el

---

<sup>707</sup> Decreto Legislativo n. 254, publicado en el Diario Oficial n. 82, t. 387, de 5 de mayo.

<sup>708</sup> Decreto n. 86, de 26 de abril de 2012.

trabajo, los asegurados tenían, además derecho a un subsidio en dinero.

2) Beneficios por riesgo profesional.

3) Beneficios por maternidad.

4) Beneficios por invalidez. Se consideraba inválido al asegurado cuando, a consecuencia de enfermedad o accidente, y después de haber recibido las prestaciones médicas pertinentes, quedase con una disminución en su capacidad de trabajo. En caso de invalidez, el asegurado tenía derecho a un subsidio en dinero, cuyo monto, principio de pago y duración se determinarían en los reglamentos habida cuenta de la merma sufrida en la capacidad de trabajo, y del proceso de rehabilitación.

5) Beneficios por vejez.

6) Beneficios por muerte. El fallecimiento del asegurado o pensionado causaba derecho a una cuota única para gastos de sepelio, que el Instituto entregaba a sus deudos o a quien hubiere costado los funerales. El fallecimiento del trabajador asegurado o pensionado causaba derecho a pensión de sobrevivientes para las personas que dependían económicamente de él.

7) De la cesantía involuntaria. En caso de cesantía involuntaria, el asegurado tenía derecho a un subsidio periódico.

8) También se dedicaba una regulación a la Medicina Preventiva que debería prestar el Instituto con el fin de proteger y vigilar el estado de salud de sus asegurados y de los que dependían económicamente de ellos.

En el Reglamento para la aplicación del Régimen del Seguro Social se regulaban las prestaciones de salud, reconociendo el derecho a prestaciones de salud, a las siguientes personas: A) Los asegurados activos. B) La cónyuge o compañera de vida, inscrita, del asegurado activo. C) El cónyuge o compañero de vida, inscrito, de la asegurada activa. D) La viuda pensionada y el viudo pensionado. E) La compañera de vida con derecho a pensión. F) Los hijos de los asegurados, aseguradas, pensionadas o pensionados, hasta una edad y las condiciones, modalidades y extensión que se fijará por acuerdo del Consejo Directivo del Instituto. G) El

trabajador cesante en las condiciones que fije este reglamento. H) Los pensionados y pensionadas por incapacidad.

Con el objeto de unificar en una sola entidad aquellas disposiciones legales aisladas que se habían emitido en materia de pensiones a favor de los empleados públicos civiles, se elaboró la Ley de Creación del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP), entidad oficial autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tenía por objeto el manejo e inversión de sus recursos económicos destinados al pago de prestaciones, para la cobertura de los riesgos de invalidez, vejez y muerte, de los empleados públicos; con vigencia a partir del 2 de noviembre de 1975, incorporando a los empleados públicos docentes a partir del 1 de enero de 1978. Pero en el año 1996 se promulgó la Ley del sistema de ahorro para pensiones, que rige tanto para los trabajadores del sector privado, como los del sector público y municipal.

En esta Ley se entendió que el Sistema de Pensiones que en ese momento era administrado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, ya había cumplido su cometido, por lo que se hacía necesario crear un nuevo sistema de pensiones que permitiese a las futuras generaciones el acceso a pensiones dignas y seguras. A partir de la entrada en vigencia de esta Ley, las personas empleadas en el sector público se incorporaron al régimen general de salud del ISSS.

De este sistema quedaban excluidos los pensionados por invalidez permanente a causa de riesgos comunes, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos. Respecto de los demás empleados públicos, la Ley preveía que las personas que se encontrasen afiliadas en uno de los programas de invalidez, vejez y muerte administrado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social o por el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, se someterían a las disposiciones que la nueva Ley a partir de la fecha en que entrase en funcionamiento el Sistema de Ahorro para Pensiones. Y que, a partir de esa fecha, el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos pasaría a administrar en forma unificada los regímenes administrativo y

docente, y pasaría a cubrir los riesgos de invalidez y muerte derivados de riesgos comunes.

En la Ley se preveía que los asegurados que desearan permanecer en el Sistema de Pensiones Público deberían de manifestarlo por escrito al Instituto Salvadoreño del Seguro Social o al Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, y si no lo hacían en el plazo señalado a tal efecto, se considerarían afiliados al Sistema de Ahorro para Pensiones. Los asegurados al Instituto Salvadoreño del Seguro Social o al Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, obtendrían pensiones por vejez, invalidez común y sobrevivencia de conformidad con los requisitos y condiciones dispuestos en la nueva Ley y a los establecidos en las leyes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social o del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos según corresponda. Y la Ley, lógicamente, incluyó un régimen transitorio de cotizaciones para afiliados al Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos.

En el julio de 2013 se publicó una Guía sobre Derechos y Deberes Laborales de las Servidoras y los Servidores Públicos, elaborada por la Subsecretaría de Gobernabilidad y Modernización del Estado (SSGME) de la Secretaría para Asuntos Estratégicos (SAE) de la Presidencia de la República realizada con el apoyo de la Fundación Friedrich Ebert Stiftung (FES), de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), de la Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ) y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

La primera de las guías contiene una descripción de los derechos y deberes de las personas que se emplean en el sector público; con especificación de las prerrogativas que se reconocen en función del régimen contractual que le da origen a su relación de trabajo. Los derechos laborales que se recogen y explican en esta guía, gozan de reconocimiento normativo en virtud de la Constitución, leyes secundarias, reglamentos, contratos colectivos e inclusive tratados internacionales ratificados por el Estado de El Salvador.

Junto a la normativa general, el país salvadoreño también cuenta con leyes especiales para determinados colectivos de empleados públicos, como son los



funcionarios pertenecientes al cuerpo docente, a la Carrera Militar, al cuerpo Consular, a la Carrera Fiscal, a la Carrera Judicial, y a la Administración Municipal. Para estos últimos, se aplica la Ley de la Carrera Administrativa Municipal.

Dentro las prestaciones que integran el régimen de Seguridad Social, destacamos en primer lugar las encaminadas a satisfacer el Derecho a la Salud y la Seguridad Ocupacional, las cuales implican brindar a la persona trabajadora las condiciones físicas y psíquicas que le garanticen un ambiente de trabajo seguro y adecuado y que la protejan de los posibles riesgos que entraña el desempeño de sus funciones.

Y como se dice en la Guía del año 2013, sobre esta materia existe una serie de regulaciones de aplicación general, independientemente de si la persona trabajadora se ocupa en el sector público o en el sector privado. El marco normativo en materia de seguridad ocupacional que todo empleador y toda empleadora debe acatar lo constituye la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y sus Reglamentos.

En cuanto a las entidades encargadas de las prestaciones en materia de salud, además de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que también se encargan de administrar y proveer los recursos destinados a cubrir los riesgos por invalidez común (total o parcial), vejez y muerte, debemos comprender entre ellas el ISSS para aquellos empleados públicos inscritos en las instituciones del sistema de pensiones público que operaban antes de la entrada en vigencia de la Ley de pensiones del año 1996: el INPEP, el ISSS y el IPSFA.

Otras prestaciones a destacar son las relacionadas con las enfermedades de los trabajadores y trabajadoras (prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios, de laboratorio y aparatos de prótesis y ortopedia), los servicios por maternidad de las trabajadoras y las pensiones por riesgos profesionales.

Bajo este sistema de Seguridad Social en El Salvador, las obligaciones del empleador del sector público son las siguientes:

1) Inscribir a sus empleados y empleadas a los sistemas de seguridad social en los plazos determinados por ley.

2) Descontar mensualmente las cotizaciones sociales a los empleados y las empleadas inscritas en los sistemas de seguridad social y reportarlas a las instituciones respectivas.

3) Pagar el aporte patronal a los sistemas de seguridad social.

La no observancia de estas obligaciones puede implicar la denegación de los servicios de salud a la persona trabajadora, aún en casos de emergencia que pueden poner en riesgo su vida e integridad.

En cuanto a la Jubilación, Pensión o Retiro, estas situaciones facultan a la persona trabajadora a exigir a la entidad previsional correspondiente, el pago de una pensión periódica por el resto de su vida: pensión mínima de vejez. Y en caso de invalidez total o parcial también surge el derecho para la persona trabajadora de exigir una pensión mínima, que establece anualmente el Ministerio de Hacienda en la Ley de Presupuestos. Además, los empleados públicos y las empleadas públicas tienen derecho a un seguro de vida que se puede cobrar de dos formas: con fondos del Ministerio de Hacienda. O a cargo del presupuesto de la institución que emplea al trabajador.

Las normas hasta ahora expuestas rigen para los empleados públicos, independientemente de que hayan sido nombrados por Ley de Salario o por contrato, incluido el personal al servicio de la Administración de Justicia. Pero los derechos y prestaciones que se recogen en las citadas normas pueden ser mejoradas por la Corte Suprema de Justicia, cuando se trata de prestaciones económicas y sociales a favor de los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, de los Magistrados de Cámara de segunda instancia, de los Jueces de primera instancia, de los Jueces de Paz, y del personal judicial y administrativo que presta servicios en los órganos judiciales

Estas prestaciones económicas y sociales se recogen en el Reglamento interno específico de las prestaciones económicas y sociales a favor de este personal, que aprueba la Corte Suprema de Justicia (Corte Plena), en virtud de la competencia que

tiene atribuida en el artículo 51 de la Ley Orgánica Judicial<sup>709</sup>. En este Reglamento se reconoce a favor del presidente y magistrados de la Corte Suprema de Justicia prestaciones como un seguro médico hospitalario, un seguro de vida. En este mismo texto se recoge, aunque limitado al Presidente, Magistrados y jueces, el derecho a una compensación económica por retiro voluntario del servicio, que se hará efectiva una vez cumplidos los requisitos establecidos en la ley de la carrera judicial. El derecho al seguro de vida también se reconoce a favor del Secretario General de la Corte, el Oficial Mayor de la Corte Suprema de Justicia, Oficiales de cámara y Secretarios de Salas, de Cámara y juzgados. Y como prestaciones comunes que se recogen a todo el personal al servicio de los órganos judiciales, sea cual fuere su categoría, destacamos una bonificación económica por útiles escolares, centros de desarrollo infantil, clínicas médicas empresariales, odontológicas y psicológicas, clínica pediátrica odontológica, o servicio de transporte.

Los paquetes de útiles escolares se reconocen a favor de funcionarios y empleados que tengan hijos en edades comprendidas entre los 4 y los 18 años, siempre y cuando se compruebe su calidad de estudiante. Los Centros de desarrollo infantil se reconoce a favor del personal que tenga hijos, en edades comprendidas entre los 6 meses y los 6 años, de acuerdo a disponibilidad de cupos. La clínica pediátrica odontológica para los hijos de los empleados, entre los seis meses y los ocho años. Además, se reconocen prestaciones para personal específico (médicos forenses, motoristas, citadores, notificadores, etc.,) como son implementos de trabajo por gastos destinados a uniformes, vales de calzado y capas y bolsones.

La propia Ley reguladora de la carrera judicial<sup>710</sup>, en su artículo 41 se refiere a las prestaciones adicionales, encomendando a la Corte Suprema la organización de un fondo de protección y demás sistemas que permitan a los miembros de la Carrera gozar, “sin perjuicio de las establecidas en otras leyes”, de las prestaciones siguientes:

---

<sup>709</sup> Decreto 123, de 12 de junio de 1984. El artículo 51 atribuye a la Corte Plena la competencia de elaborar su Reglamento interior. El artículo 182 de la Constitución recoge como atribuciones de la Corte Suprema de Justicia: 14ª las demás que determine esta Constitución y la Ley.

<sup>710</sup> Decreto Legislativo n. 536, de 12 de julio de 1990. Diario Oficial n. 182, t. 308, de 24 de julio de 1990.

- 1) Atención médico-hospitalaria.
- 2) Seguro de vida y de accidentes personales.
- 3) Créditos para adquisición de viviendas, modificación o reparación de la propia.
- 4) Bonificación por retiro voluntario equivalente a seis meses como mínimo del último sueldo devengado, siempre que se hayan cumplido al menos las dos terceras partes del tiempo requerido para jubilarse dentro de la carrera.

El artículo 21 recoge los derechos de los miembros de la Carrera, incluyendo el derecho a gozar de las correspondientes prestaciones (apartado b), y el derecho a gozar de los demás derechos que ésta y otras leyes señalen (apartado e). Entre estos derechos merece una mención específica en la Ley el de jubilación, que se reconoce al funcionario o servidor judicial que haya permanecido en la carrera treinta y cinco años, contados desde la toma de posesión del cargo, podrá obtener su jubilación, cualquiera fuese su edad. Para este mismo efecto, la Ley prevé la acumulación del tiempo de servicio prestado en otras oficinas del Estado y entes descentralizados, sin embargo, para gozar del retiro de acuerdo a esta ley, deberá acreditar diez años como mínimo dentro de la carrera y estar dentro de ella cuando se pida el retiro. Quien no los complete, podrá jubilarse de acuerdo a otro sistema que le sea aplicable, de acuerdo con su artículo 20).

Y para el Ministerio Fiscal, La Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República<sup>711</sup>, reconoce en el artículo 53 a los miembros del Ministerio de la carrera fiscal, el derecho a devengar las remuneraciones y gozar de las prestaciones inherentes a su ubicación escalafonaria, y a disfrutar de las demás prestaciones que ésta y otras leyes dispongan en su favor. Pero ni en esta norma ni en su Reglamento<sup>712</sup> se recogen prestaciones concretas ni adicionales, como sucede en cambio en el caso de los miembros de la carrera judicial, en cuya su norma reguladora se incluye una previsión específica sobre el derecho de jubilación.

---

<sup>711</sup> Decreto Legislativo n. 1037, de 27 de abril de 2006. Diario Oficial n. 95, t. 371, de 25 de mayo de 2006.

<sup>712</sup> Reglamento de la carrera Fiscal de 21 de marzo de 2007. Diario Oficial n. 84, t. 375, de 5 de noviembre de 2007.

### **3. Protección social de los empleados públicos en Chile**

#### **3.1. Introducción. Visión Constitucional de la protección social**

Si anteriormente hemos destacado que el fenómeno de la constitucionalización de la Seguridad Social en países iberoamericanos y su impacto en las políticas sociales, constituye un tema de profundo interés internacional, y que la Constitución salvadoreña no ha quedado extramuros de la importante labor de protección constitucional, tampoco lo ha sido la Constitución de Chile de 1980, en cuyo artículo 19.18 regula el derecho a la Seguridad Social, encomendando al Estado la tarea fundamental de garantizar el acceso de todos los habitantes a las prestaciones básicas uniformes, bien se otorguen a través de instituciones públicas, bien a través de instituciones privadas, pudiendo la ley establecer cotizaciones obligatorias. El texto constituyente encomienda asimismo al Estado la labor de “supervigilar” el adecuado ejercicio del derecho a la Seguridad Social.

El artículo 19 de la Constitución chilena forma parte del capítulo tercero, y su apartado 18 establece que “el derecho a la seguridad social. Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado. La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La Ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social”.

El Tribunal Constitucional chileno se ha pronunciado en las sentencias roles números 976, 1218, 1273, 1287 y 1770, en el sentido de que el apartado 18 del artículo 19, debe ponerse en relación con lo dispuesto en el numeral 9 del mismo precepto constitucional, que es el encargado de reconocer el derecho a la protección de la salud, debiendo el Estado “garantizar la ejecución de las acciones de salud”, cuando además la Constitución reconoce “el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

Estos derechos de corte social no pueden ser considerados como meras expectativas, sino, en palabras del Tribunal Constitucional de Chile (sentencias roles número 976, 1218 y 1287), como auténticos derechos. Son efectivamente derechos

“y no simples declamaciones o meras expectativas, cuya materialización efectiva quede suspendida hasta que las disponibilidades presupuestarias del Estado puedan llevarlos a la práctica”.

En estas sentencias, y ya por lo que se refiere al derecho a la protección de la salud, íntimamente vinculado con el derecho constitucional a la Seguridad Social, el Tribunal Constitucional chileno se ha pronunciado en el sentido de que el derecho a la protección a la salud, reconocido en el artículo 19.9 de la Constitución de 1980 “se halla sustancialmente ligado a otros atributos esenciales asegurados en nuestro Código Político, v. gr., el derecho a la vida y a la integridad tanto física como psíquica, todos los cuales deben ser tutelados y promovidos para infundir al ordenamiento la legitimidad ya aludida”.

Por su parte, en las sentencias roles números 1273 y 1710, el Tribunal Constitucional añade respecto de los derechos sociales, a los que califica de derechos fundamentales, que “no pueden ser considerados de manera aislada o independiente unos de otros. Al contrario, ellos se manifiestan de manera integrada, constituyendo un entramado de normas y principios cuyo alcance no puede apreciarse correctamente sin considerar una visión de conjunto que los incluya a todos ellos y que, también, incorpore su relación con otras disposiciones y valores constitucionales”. Y que, de acuerdo con sentencias roles números 976, 1218, y 1287, “no sólo los órganos del Estado deben respetar y promover los derechos consustanciales a la dignidad de la persona humana, sino que esa obligación recae también en los particulares, aunque sea subsidiariamente, puesto que el Código Supremo asegura la intangibilidad de tales atributos en toda circunstancia, cualesquiera sean los sujetos que se hallen en la necesidad de infundir vigencia efectiva a lo proclamado en sus preceptos”.

Sobre el alcance del derecho constitucional a la protección de la salud la Corte Suprema de Justicia de Chile ha dicho que es la propia ley la que condiciona el otorgamiento de las prestaciones que otorga, y que los beneficiarios tendrán derecho a las acciones de salud previstas en ella en las condiciones que la ley establece y que las prestaciones se concederán con los recursos profesionales, técnicos y

administrativos de que dispongan los establecimientos.

### 3.2. Antecedentes de la protección social en Chile

Las primeras manifestaciones de protección social una vez declarada la independencia de Chile, se encuentran pasado el primer tercio del siglo XIX. Concretamente, en 1832 se crea la Junta General de Beneficencia y Salud Pública, entidad cuya función fue velar sobre todos los establecimientos de beneficencia y salud pública de la capital y de provincias, a la que sucedieron las primeras leyes con contenido de carácter previsional, la Ley sobre Montepío militar y la Caja de Ahorros de Empleados Públicos, también se desarrolla con cierta prosperidad, y como forma de previsión social privada, el mutualismo.

En el año 1924, e inmediatamente antes del golpe de Estado que tuvo lugar el día 11 de septiembre de ese año, en el que se instaló una Junta de Gobierno presidida por Luis Altamirano, decretando la disolución del Congreso Nacional, este en las sesiones del 8 al 9 de septiembre ya había aprobado varias normas de contenido social, entre las que podemos destacar la Ley 4.054, sobre Seguro Trabajador Obligatorio de Enfermedades e Invalidez, la Ley 4.055, sobre Indemnizaciones por Accidentes de Trabajo, y la ley 4.059, de indemnización a empleados particulares.

La primera de ellas, Ley 4.054, fue considerada como la norma creadora del primer sistema de provisiones dirigido a los trabajadores, y fue la que creó la “Caja de seguro obligatorio”, que incluía un seguro de vejez. La Ley de Medicina Preventiva se hizo esperar unos años, pues no se promulgó hasta el día 9 de febrero de 1938.

La “Caja de seguro obligatorio” creada en el año 1924 fue absorbida posteriormente en el año 1952 por el Servicio de Seguro Social, creado, junto con el Servicio Nacional de Salud, por la Ley 10.383, de 8 de agosto de ese año. A partir de este momento el Servicio Nacional de Salud, entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, se encargaría de la protección de la salud, por medio de acciones sanitarias y de asistencia social y atención médicas preventivas y curativas. El Servicio Nacional de Salud dio paso, a su vez, a la Dirección General de Salubridad, a la Caja de Seguro Obligatoria y la Dirección de Protección a la Infancia

y Adolescencia.

En 1968 se dicta la Ley 16.744 sobre Seguro Obligatorio contra riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Y tres años después, en el año 1971, con la Ley 17.398, se aprobó el Estatuto de Garantías Democráticas con el objetivo principal de cubrir especialmente los riesgos de pérdida, suspensión o disminución involuntaria de la capacidad de trabajo o de cesantía involuntaria, así como el derecho a la atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación en caso de accidente, enfermedad o maternidad, y el derecho a prestaciones familiares a los jefes de hogares.

En el ámbito de la salud, a partir del año 1979 se crea el Sistema Regional de Salud (Decreto Ley 2.763), y los servicios de salud en las regiones de Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar, Quillota, San Felipe, Los Andes, Región Metropolitana, Libertador General Bernardo O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Arauco, Talcahuano, Bío Bío, Araucanía, Osorno, Llanquihue, Chiloé, Palena, Aysén, General Carlos Ibáñez del Campo y Magallanes.

En el año en el que se promulgó la Constitución chilena, año 1980, se creó un nuevo sistema previsional basado en la capitalización individual, lo que se hizo por medio de Decreto Ley 3.500, de 4 de noviembre de 1980, que entró en vigor el día 1 de mayo de 1981. Chile, pues, ha sido un país pionero en aplicar este sistema de pensiones basado en el ahorro individual, que permite a los trabajadores invertir su contribución previsional completa en una cuenta individual de ahorro para la vejez, y que supone un apartamiento del tradicional sistema de reparto, creado por Bismark sistema público de pensiones que se sigue en España. Este sistema se basa en que trabajadores activos financian a las personas pasivas (personas activas que cumpliendo una edad pasan al retiro, dejan de trabajar "se pensionan").

Una parte de la doctrina sostiene que esta reforma, que califican de radical, reemplazó completamente el esquema de pensiones público colectivo de reparto, existente hasta entonces, por un sistema de pensiones de cuentas de capitalización individual administradas por el sector privado. Y que desde esa fecha coexisten en



Chile dos sistemas previsionales: el sistema de pensiones público colectivo de reparto, cuyo ingreso está cerrado a nuevos contribuyentes desde la vigencia de la reforma, proyectándose su cierre aproximadamente para el año 2040, y el sistema de pensiones de capitalización individual, administrado por las AFP, y regulado por el Estado a través de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP).

Con el Decreto Ley 3.500 la administración del Fondo de Pensiones, y el otorgamiento de las prestaciones y beneficios que establece la Ley, pasó a manos privadas “Administradoras de Fondos de Pensiones” o AFP, reservando al Estado un papel garantizador del sistema y un papel subsidiario quedando obligado a pagar unas pensiones mínimas, pues el Decreto Ley 3.500 desarrolla unos programas inspirados en los principios de solidaridad y de igualdad, como es el Pilar Solidario o el de Pensiones Asistenciales.

A estos programas solidarios pertenece el denominado “Bono de Reconocimiento” en virtud del cual a las personas que optasen por cambiar al nuevo sistema de capitalización individual, los fondos aportados en el antiguo se reconocían a la fecha de jubilación, fecha en la que esos fondos se ingresaban en la nueva cuenta.

Hasta los años 80 existían múltiples cajas de previsión, que pasaron a integrar el Instituto de Normalización previsional, hoy Instituto de previsión Social (IPS). El IPS es el organismo que se encarga de administrar las cotizaciones y pensiones de los trabajadores que decidieron mantenerse en el anterior sistema de reparto. Entre las Cajas de previsión que pasó a gestionar el IPS a partir del año 1982 estaban las Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden, que no se integraron en el nuevo sistema de AFP. Estas Cajas se mantienen activas, y que subsisten en la actualidad con el nombre de CAPREDENA (Caja de Previsión de la Defensa Nacional) y DIPRECA (Caja de previsión de Carabineros). En mayo del 2001, a través de la Ley 19.728 se creó el Seguro de Cesantía y se establece apoyar al trabajador en situación de desempleo.

El sistema de capitalización entró en crisis en el año 2004 vinculada a lo que

se conoce como la “crisis de la vejez”, lo que dio lugar a la creación, ese año, del programa Chile solidario, que desarrolla políticas de protección de la población más vulnerable. Desde su promulgación el día 4 de noviembre de 1980, el Decreto Ley 3.500 sufrió una serie de modificaciones, entre las que hemos de destacar la que tuvo lugar por la Ley 20.255, de 11 de marzo de 2008, de Reforma Previsional.

Con esta reforma se ha pretendido hacer frente a carencias y deficiencias del anterior sistema, que se traducían principalmente en la baja cobertura y la baja calidad en los beneficios, y se ha pretendido reformar el papel garantizador del Estado de los derechos sociales, creando un sistema basado en la solidaridad, la universalidad subjetiva y la equidad.

Pero, así como las pensiones de las personas que se integraban en el nuevo régimen, se pasaron a nutrir con fondos privados, en el ámbito de la protección de la salud se acudió igualmente a un sistema privado que recibe el nombre de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). La creación de este sistema no implicó la desaparición del sistema público de protección de la salud llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se mantiene vigente para quienes optaron por permanecer en él, y cumple asimismo un papel de garante frente a las personas sin empleo y sin recursos suficientes para cotizar.

En la actualidad, las contingencias que cubre la Seguridad Social chilena son las siguientes: vejez (ancianidad), incapacidad laboral, maternidad, accidentes laborales y enfermedades profesionales, asignación familiar, cesantía, licencias médicas, subsidio único familiar (SUF), pensiones asistenciales (Pasis), estableciéndose un Régimen de Pensiones Asistenciales para Inválidos y Ancianos carentes de recursos.

Los organismos a través de los cuales se hacen efectivos los programas de la Seguridad Social, son: AFP Nuevo Sistema de Pensiones, Cía de Seguros Pensiones (Rentas Vitalicias), Cajas de Compensación Asignación Familiar, Subsidio de Cesantía, Subsidios de Incapacidad Laboral, Subsidios Maternales, Mutuales de Empleadores Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744), I.N.P. Pensiones (Régimen antiguo) Subsidios: cesantía, incapacidad laboral,

maternal, familiar, a la madre, maternidad recién nacido. Pensiones Asistenciales de Invalidez y Ancianidad. Asignación Familiar Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. ISAPRES Prestaciones médicas, Subsidios de Incapacidad Laboral y Subsidio Maternal. S.N.S.S. Prestaciones Médicas, Subsidios de Incapacidad Laboral, Subsidio Maternal, Hospitales Consultorios. Postas P.N.A.C. Programa Materno Infantil, ISAPRE: Institución de Salud Previsional (Ley 18.933), Administradora de Fondos de Cesantía (administra fondo de cesantía Ley 19.728), FONASA Fondo Nacional de Salud (Ley 18.469).

Por su parte, el derecho constitucional a la protección de la salud se regula en la Ley 18.469, y comprende las siguientes prestaciones:

1) Asistencia médica: atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria en la prevención y promoción y recuperación de la salud (tratamiento y rehabilitación).

2) Prestaciones económicas de enfermedad: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

3) Prestaciones por accidente en el trabajo y enfermedad profesional: protección al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto por sus condiciones de trabajo, incluyendo la atención médica necesaria y la protección mediante el pago de una pensión o subsidio mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.

4) Prestaciones de maternidad: prestaciones de orden médico y económico que se otorgan por causa de la maternidad.

Y así como las ISAPRE son las entidades privadas encargadas de financiar las atenciones y beneficios de salud de las personas afiliadas, que cotizan el valor del plan pactado, y son las entidades encargadas de recibir y administrar las cotizaciones obligatorias (7% del sueldo imponible) de todos los trabajadores y personas que optan por este sistema de salud privado, FONASA es un servicio público adscrito al Ministerio de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de recaudar, administrar y distribuir los fondos estatales destinados a salud, actuando

con arreglo al sistema de reparto, donde todos los beneficiarios cotizantes aportan el 7% de sus ingresos imposables y acceden a un Plan Único de Salud, independiente del aporte y condiciones de salud de los cotizantes.

A propósito de la política de actuación de las ISAPREs, hemos de hacer una mención especial a las sentencias del Tribunal Constitucional chileno, recaídas en los roles números 976, 1218, 1273, 1287 y 1710, en las cuales este Tribunal cuestionó la actuación de las ISAPREs ajustando los precios de los planes de salud y fijando los precios de los contratos de salud en consideración de la edad y del sexo, al amparo de lo dispuesto en el artículo 38 ter de la ley 18.933. El Tribunal constitucional chileno entendió que este precepto era inconstitucional por infringir el derecho a la salud reconocido en el artículo 19.9 de la Constitución, y el derecho de igualdad reconocido en el artículo 19.2 del mismo texto constitucional.

En estas sentencias el Tribunal Constitucional entendió que la posibilidad de establecer diferencias de precios en los contratos de salud en razón de edad y de sexo constituye una discriminación arbitraria e irrazonable, y una infracción a la igualdad efectiva. Añadiendo que la imposibilidad de costear las alzas de planes es un atentado al derecho a elegir entre el sistema público y el sistema privado de salud. Que el artículo 19.9 es también base constitucional y de orden público del contrato de salud, lo que incluye el derecho a elegir el sistema de salud al que la persona desea acogerse. Este derecho se ve afectado cuando se producen alzas en el contrato de salud que impidan seguir costeándolo, y obligan al contratante a emigrar del sistema privado al público o a cambiar de ISAPRE, y que la existencia misma de reajustes periódicos del precio del plan de salud previsional sólo por el aumento de edad es inconstitucional por atentar contra el derecho a la seguridad social consagrado en el artículo 19.18 de la Constitución “resulta vulnerada si el costo de las cotizaciones para la asegurada por el disfrute de unas mismas prestaciones, se ve acrecentado por el mero hecho de progresar en edad, lo que al mismo tiempo produce, como natural efecto, el menoscabo del ejercicio adecuado de su derecho a la seguridad social”.

### 3.3. La Seguridad Social de los servidores públicos. Inexistencia de un régimen específico a favor de los Empleados de la Administración de Justicia

El 9 de septiembre de 1915 se promulgó la Ley 3.029, que creó la Caja de Retiro y Montepío para el personal de Ejército y de la Armada, y que dio lugar a la creación de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional de Chile. Esta Caja de previsión reconocía los siguientes beneficios previsionales: pensión de retiro, desahucio, asignaciones familiares, y una pensión de montepío, y además recogía un sistema específico de salud de las diversas entidades de fuerzas armadas y policía, hasta el punto de que el Ministerio de Defensa del gobierno chileno estableció en el año 1996 un Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas.

Como ya hemos adelantado en el anterior epígrafe, las pensiones de las Fuerzas Armadas chilenas son gestionadas a través de CAPREDENA. Y las del personal del Orden y Seguridad Pública lo son por DIPRECA, haciéndolo ambas a través del sistema de reparto donde las pensiones se financian a través de los aportes del personal activo y pasivo, por un lado, y del Estado por otro.

El 14 de septiembre de 1856, en una reunión que tuvo lugar en la Sala de la Tesorería General, con asistencia de casi todos los altos funcionarios y de numerosos empleados, se gestó la creación de Caja de Ahorros de Empleados Públicos. Esta Caja reconoce a favor de los servidores públicos diversos seguros de vida y otros seguros generales, como el de asistencia en caso de decesos, o el de crédito en caso de despido. En estas normas está el origen de la legislación de protección social de los servidores públicos.

En el año 1930 se creó la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, lo cual tuvo lugar por la Ley 1.340, de 10 de octubre de 1930. El personal al servicio de la Administración de justicia no goza de un régimen específico de protección, sino que se rige por la normativa común para todos los empleados públicos. A partir del año 1982, y después de la importante reforma del sistema de pensiones, la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas pasó a gestionarse por el INP (hoy IPS, Instituto de Previsión Social), quedando sujetos a sus disposiciones todos los empleados que tuvieran nombramientos del Presidente de la República o de otra

autoridad competente y se pagaren con fondos del Estado o con las entradas de los servicios públicos en que desempeñasen sus funciones, quedando también sometidos a las disposiciones de la Ley 1.340 los empleados contratados de la Administración Pública y los empleados de los servicios o instituciones independientes del Estado.

También pasaron a gestionarse por el INP las otras Cajas previsionales creadas en el ámbito del empleo público, como son la ex Caja de Empleados Municipales de la República, la ex Caja de los Empleados Municipales de Santiago, y la ex Caja de los Empleados Municipales de Valparaíso.

En la Ley 1.340 se reconocían como beneficios en general a favor del personal de las Administraciones públicas, los siguientes: el derecho a los beneficios de jubilación y montepío, las jubilaciones a favor de los empleados que se invalidaren física o intelectualmente para desempeñar su empleo o que tuvieran sesenta y cinco años de edad después de cumplir diez años de servicios y de imposiciones; un seguro de vida, que se traducía en una asignación por causa de muerte; un montepío civil, que se trataba de una pensión a que tenían derecho la viuda e hijos legítimos, y otros familiares a falta de estos; la asistencia por enfermedad, y otros servicios, como servicios de créditos, operaciones sobre propiedades y seguros.

En la actualidad, la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, cuenta con dos Secciones, una de ellas es de los Empleados Públicos, regulada en la Ley 1.340 bis, de 1930 y la de Periodistas, regulada en la Ley 10.621. La ex caja, sector Empleados Públicos, otorga los siguientes tipos de pensiones:

1) Vejez. En el caso de los varones, se exige una edad mínima de 65 años y 60 años en el caso de las mujeres, contar con un mínimo de 10 años de cotizaciones y ser imponente activo a la fecha de solicitar el beneficio con un mínimo de 1 año de afiliación efectiva, inmediatamente anterior a la fecha inicial de pensión.

2) Por expiración obligada de funciones. Es la pensión a que tienen derecho los trabajadores de la Administración del Estado centralizada o descentralizada, del Poder Judicial y del Congreso Nacional, que teniendo 20 o más años de servicios o de imposiciones deban abandonar su cargo por término del respectivo período legal,

por supresión del empleo o por renuncia no voluntaria, siempre que no sea por calificación insuficiente o por medida disciplinaria.

3) Invalidez. Para acceder a la pensión de invalidez, el trabajador debe registrar un mínimo de 10 años de cotizaciones o servicios computables, ser menor de 65 años si es varón y 60 años si es mujer, ser imponente activo a la fecha en que se produce la invalidez; ser declarado inválido física o mentalmente por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

4) Sobrevivencia de viudez. Se establece a favor de la cónyuge sobreviviente del causante o del cónyuge sobreviviente inválido, no siendo necesario que haya vivido a expensas de su mujer. Se requiere a lo menos 3 años de cotizaciones y que a la fecha de fallecimiento el causante hubiere sido pensionado o imponente activo.

5) Sobrevivencia de orfandad. Tendrán derecho a pensión de orfandad los hijos del causante, menores de 18 años y los hijos inválidos de cualquier edad. En el caso de los primeros, el beneficio se extiende hasta que cumplen los 25 años de edad, siempre que acrediten ser estudiantes de cursos regulares en establecimientos del Estado o reconocidos por éste.

6) Madre de hijos de filiación no matrimonial. El artículo 24 de la Ley n. 15.386 y su Reglamento el DS n. 195, de 1965, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, regulan el derecho a pensión de montepío a la madre de hijos de filiación no matrimonial de imponente fallecido, cumpliendo con los requisitos de haber sido soltera o viuda al momento del fallecimiento y de haber vivido a expensas de éste.

7) Otros beneficios. Existen beneficios que conceden comunes a todos los regímenes, tales como, Subsidio de Cesantía y Asignación Familiar, ambos establecido en el DFL n. 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; Asignación por Muerte del DFL n. 90, de 1978, de igual Ministerio y Continuidad de la Previsión Ley n. 10.986.

8) Bonificación del artículo 19 de la Ley 15.386, para aquellos imponentes que, reuniendo los requisitos para acogerse a jubilación con sueldo íntegro, continúan

trabajando y cotizando en la ex Caja y se bonifica desde un 5% del sueldo imponible con un tope del 25%.

Más específicamente, se puede hablar de otra clase de pensiones, tales como:

1) La pensión de invalidez de la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público), que permite acceder a un beneficio económico a imponentes de la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público), que no pueden desarrollar su trabajo debido a una incapacidad física o mental. Para todos los tipos de invalidez, el pago del beneficio se inicia a contar del mismo día en que se produzca el término de los servicios (incluidos los seis meses de licencia). Tienen derecho a esta pensión los Empleados Públicos que cumplan los siguientes requisitos: haber sido declarados con incapacidad parcial o absoluta por la COMPIN, no tener derecho a una pensión asociada a un accidente del trabajo o enfermedad profesional, tener menos de 60 años (mujeres) y menos de 65 años (hombres), registrar, al menos, 10 años de imposiciones, tener el cargo declarado vacante o ser imponentes activos.

2) La pensión de orfandad permite a los hijos de imponentes o pensionados fallecidos de la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público) acceder a una pensión de orfandad. Tienen derecho al beneficio los hijos de un imponente o pensionado fallecido que cumplan los siguientes requisitos: Ser menores de 18 años. Ser mayores de 18 y menores de 25 años, si cursan estudios regulares. (Deben estar estudiando al momento del fallecimiento). Hijos de cualquier edad que presenten una incapacidad. Ascendientes que carezcan de rentas y vivieran a expensas del causante al momento de su fallecimiento. Éstos sólo podrán acceder a la pensión de orfandad si el imponente que falleció registra tres años de imposiciones o estaba pensionado por vejez o invalidez. La pensión estará vigente hasta que el beneficiario cumpla 18 años. Los estudiantes que cursan estudios regulares podrán acceder a la pensión de orfandad hasta los 24 años. El beneficio es vitalicio para los hijos con discapacidad

3) El seguro de vida permite a los beneficiarios de imponentes o pensionados fallecidos de la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público) acceder a un monto expresado en dinero, por una única vez y que se calcula de acuerdo a la



condición del causante del beneficio al momento de fallecer: Imponentes Pensionados: 18 veces el promedio de las 36 últimas mensualidades. Imponentes en actividad: 18 veces el promedio de las 36 últimas remuneraciones, pero para estos efectos se considera como renta sólo el Sueldo Base y los Bienios. Para quienes no tengan la antigüedad requerida para el caso Imponentes Pensionados, se considera la proporcionalidad correspondiente de ambas modalidades. Es decir, siempre las últimas 36 mensualidades, ya sea como pensionado o en su calidad de imponente activo (Sueldo Base más Bienios). Tienen derecho al beneficio, la viuda. El cónyuge sobreviviente varón, mayor de 55 años de edad o que compruebe incapacidad física o mental, mediante declaración de la COMPIN. Los hijos menores de 21 años. Las hijas mujeres, cualquiera sea su edad y estado civil. Los hijos declarados con incapacidad por COMPIN. Si no existen los beneficiarios mencionados anteriormente, podrán solicitar el 50% del beneficio: La madre del imponente. Las hermanas legítimas, solteras o viudas. Para recibir el seguro de vida, la persona fallecida debe haber sido pensionada o imponente activo, con un mínimo de tres años de imposiciones. El beneficio se paga por una sola vez. Este Beneficio prescribe a los 10 años de ocurrido el fallecimiento del causante.

4) La pensión de vejez se paga por una sola vez. Este Beneficio prescribe a los 10 años de ocurrido el fallecimiento del causante. Permite a los imponentes de la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público) acceder a un beneficio mensual, permanente y de por vida. Tienen derecho al beneficio los imponentes de la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público) que cumplan los siguientes requisitos: Tener 60 años o más (mujeres) y 65 años o más (hombres). Registrar un mínimo de 10 años de imposiciones. Tener la calidad de imponente activo al momento de solicitar la pensión de vejez. Registrar, al menos, un año de cotizaciones en la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público), cuando provienen de un régimen de cálculo menos beneficioso. Los funcionarios que prestaron servicios en Correos y Telégrafos, rayos X y radioterapia, trabajos nocturnos en servicios de urgencia y maternidad, tendrán derecho a un abono de tiempo por años de servicio para la jubilación. Las mujeres que tengan más de 20 años de imposiciones efectivas tendrán derecho a un abono de tiempo de un año por

cada hijo vivo y dos años en caso de viudez, sólo para los efectos del cálculo de la pensión. Es vitalicia al fallecer el causante genera pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios que reúnan los requisitos.

5) La pensión de viudez permite a los cónyuges de imponentes o pensionados fallecidos de la ex Caja de Empleados Públicos y Periodistas (sector público) acceder a un beneficio mensual, permanente y de por vida. Si una beneficiaria menor de 55 años contrae matrimonio, tiene derecho a que se le pague, por una sola vez, el equivalente a dos años de su pensión. Tienen derecho al beneficio La cónyuge o el cónyuge con discapacidad, siempre que se reúnan los siguientes requisitos: Que, al momento de fallecer, la persona hubiese sido pensionada o haya tenido la calidad de imponente activo y hubiese registrado, al menos, tres años de imposiciones. Haber reunido al menos tres años de imposiciones, en caso de haber fallecido en actividad. Éstas pueden ser enteradas con imposiciones efectuadas en otros regímenes de previsión. En el caso del cónyuge varón: Debe haber sido declarado con discapacidad por la COMPIN. Vigencia. Sólo se pierde si la viuda se casa nuevamente (excepto las menores de 55 años que se casen y soliciten que se les pague el equivalente a dos años de pensión).

Por último, en cuanto al sistema de pensiones, recordemos que la Ley 3.500, de 4 de noviembre de 1980, creó un nuevo sistema previsional basado en la capitalización individual, y el otorgamiento de las prestaciones y beneficios pasó a manos privadas “Administradoras de Fondos de Pensiones”, pero manteniendo el sistema público anterior “Cajas de Previsión del Sistema Antiguo”, pues la normativa transitoria del Decreto Ley 3.500, establecía que “los trabajadores que sean o hayan sido imponentes de alguna institución de previsión, tendrán derecho a optar entre el sistema que establece esta ley y el régimen vigente a la fecha de su publicación que les corresponda de acuerdo a la naturaleza de sus servicios”.

Pues bien, el paso de tiempo demostró que el nuevo sistema, aplicado al menos al ámbito del empleo público no contentó a los funcionarios que se pasaron a él, esto es, a los que traspasaron sus cotizaciones a una Administradora de Fondos de Pensiones. Ello dio lugar a reiteradas reivindicaciones de modificación del sistema

con el fin de paliar lo que estos empleados públicos y la federación de las asociaciones de funcionarios, calificaron de Daño Previsional, que no se había corregido en las reformas posteriores que afectaron a la Ley.

En sus reivindicaciones, estos funcionarios sostenían que, en la práctica, con el tiempo se había constatado que los funcionarios públicos que se afiliaron a una Administradora de Fondos de Pensiones, incurrieron en un grave error previsional (vicio del consentimiento) “puesto que sus expectativas de pensiones se han ido deteriorando cada vez más en relación con las remuneraciones percibidas en servicio activo, y en comparación con las pensiones obtenidas por sus similares afiliados a las ex. Cajas de Previsión, lo que ha traído como consecuencia, que los primeros se abstengan de acogerse a pensión de jubilación en la oportunidad legal correspondiente, y permanezcan en actividad mucho más allá de la edad requerida, a pesar de los incentivos al retiro que ha establecido el Gobierno, con el perjuicio que significa ejercer una función pública en condiciones vitales desmedradas”.

Y entendían por tanto que se había producido una grave discriminación entre los funcionarios de la Administración del Estado, afectando gravemente el principio de igualdad del artículo 19.2 de la Constitución Chilena, por cuanto quienes permanecieron en el Sistema Antiguo vieron mejoradas notablemente las normas involucradas en el cálculo de sus pensiones de jubilación, beneficio que no se hizo extensivo a los funcionarios que se traspasaron al Nuevo Sistema de Pensiones.



**CONCLUSIONES**



1. El mantenimiento del mutualismo judicial como uno de los mecanismos de protección del RESSAJ imprime notables peculiaridades a su integración en el sistema de Seguridad Social, conservando en cierta medida el merecido calificativo de régimen especial “*sui generis*” o “fronterizo”.

2. El modelo de financiación del mutualismo judicial se asemeja al del sistema de Seguridad Social, al existir tanto aportaciones del Estado como del mutualista, pero sus recursos no integran una caja única, toda vez que su gestión se encomienda a la MUGEJU, organismo autónomo con personalidad jurídica independiente, patrimonio y tesorería propios, cuya su estructura y procedimiento de elección de los miembros de sus órganos de control y vigilancia se ha modificado en fecha reciente por RD 96/2019 que, previsiblemente, ante la reacción sindical, será impugnado.

3. Al igual que en el RGSS, la afiliación a la MUGEJU es obligatoria y necesaria, pero difiere respecto de aquel en su naturaleza, que resulta ser meramente declarativa, lo que evita ciertas problemáticas que se plantean en aquel a la hora de establecer determinadas consecuencias derivadas del acceso a la protección que depara.

4. Tras el RD 960/1990 y la jurisprudencia contencioso-administrativa recaída sobre el alcance de su Disposición Transitoria, el ámbito subjetivo no presente problema alguno.

5. La integración parcial en el RGSS de los funcionarios que adquieran tal condición a partir del 1 de enero de 2011 supuso un notable avance en el proceso de homogeneización y simplificación del sistema, pero incrementó la complejidad en la gestión y las discordancias entre las normativas que confluyen en la regulación de la desmembrada protección social que depara este RESSAJ, lo cual, a su vez, incide en la propia del mutualismo judicial. Un claro ejemplo de ello se encuentra en el marco de las contingencias; mientras el Régimen de Clases Pasivas se mantiene ajeno a presunciones legales, el mutualismo judicial las asume por su remisión al RGSS. Esta discordancia tiene relevancia, entre otras, en las prestaciones relacionadas con las situaciones de incapacidad para el ejercicio de las funciones o asistencia sanitaria

por lo que, cuando menos, deberían unificarse en esta materia las normativas que confluyen en los mecanismos de protección del régimen especial, siendo aconsejable que tal regulación la asumiera el TRRESSAJ, que debería incorporar mecanismos que aseguren una actuación coordinada en orden a la calificación de las dolencias como contingencia profesional a todos los efectos.

6. La asistencia sanitaria conforma la prestación más relevante del mutualismo judicial. Su extensión y contenido es análogo a la del RGSS, y se presta mediante la fórmula de conciertos o convenios con entidades médicas privadas u organismos competentes del Estado o CC.AA. Aunque los mutualistas pueden elegir cada año recibir la asistencia sanitaria por aquellas o por los servicios públicos de salud, mayoritariamente optan por las entidades médicas privadas.

7. El subsidio de incapacidad temporal con cargo a la MUGEJU se devenga a partir del séptimo mes. La desmembración de la cobertura de tal situación responde a su vinculación a la concesión de una licencia que difícilmente se compadece con su verdadera naturaleza que debería informar su regulación, al igual que se contempla en el RGSS. Y lo mismo cabe decir del subsidio por riesgo durante el embarazo y lactancia natural que, además, debe regularse tanto en el TRRESSAJ como en el RMJ con total independencia de la situación de incapacidad temporal.

8. A pesar de las diferencias que, respecto del RGSS, presentan la asistencia social y servicios sociales de la MUGEJU, ni estas prestaciones, ni las familiares respecto de las que se asume la regulación del RGSS parecen motivar la reticencia de los funcionarios a su integración total en el RGSS.

9. En pleno siglo XXI no existen razones que justifiquen la pervivencia de un mecanismo particular de cobertura al margen del RGSS. La razón de su mantenimiento resulta de sentido común: subsiste sin apenas reivindicación alguna, lo que alienta la comodidad política que ello supone para los sucesivos gobiernos que no se ven en la tesitura de asumir el coste político que supondría su mantenimiento o desaparición. Una muestra de ello es que la integración del RESSAJ en el Sistema de Seguridad Social se articuló en el 2010 mediante la incorporación de los funcionarios incluidos en su ámbito de aplicación que adquieran tal condición a partir del 1 de



enero de 2011 en el RGSS, pero a los solos efectos de pensiones y respetando las peculiaridades en cuanto a la edad de jubilación y tribunales médicos competentes para declarar la incapacidad o inutilidad del funcionario, con mantenimiento del mutualismo judicial.

10. Al igual que se ha hecho con el Régimen de Clases Pasivas o con las mutualidades integradas en el Fondo Especial de la MUGEJU, podría conservarse el mutualismo judicial para el colectivo en él integrado hasta determinada fecha, incorporándose plenamente los de nuevo ingreso al RGSS, pero no creo que ningún gobierno asuma el peaje que conlleva la realización de tal viaje. Una solución menos traumática sería la progresiva aproximación, en todos sus elementos, de la acción protectora mutualista a la propia del RGSS, para llegar a una total equiparación que haría irrelevante la incorporación íntegra en el RGSS. Pero el escollo principal de cualquiera de estas dos vías radica en la asistencia sanitaria; las ventajas que proporciona el mutualismo judicial no son asumibles en la actual coyuntura económica y social por el SNS, y tampoco parecen negociables para los colectivos afectados, por eso en la introducción se anticipada que se augura una larga vida al mutualismo judicial.



## **BIBLIOGRAFÍA**



- ALARCÓN CARACUEL, Manuel Ramón, *El derecho de asociación obrera en España (1839-1900)*, Ediciones de la Revista de Trabajo, Madrid, 1975.
- ALARCÓN CARACUEL, Manuel Ramón y GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago, *Compendio de Seguridad Social*, 4ª Ed., Editorial Tecnos, Madrid, 1991.
- ALLI ARANGUREN, Juan Cruz, *La construcción del concepto de Derecho Administrativo Español*, Civitas, Madrid, 2006.
- ALONSO ARANA, Mamen, “Prestación económica IT por contingencias comunes del personal de la Administración de Justicia (Análisis normativo de las Resoluciones de 6 noviembre 2018)”, *Aranzadi digital*, n. 1, 2018.
- ALONSO OLEA, Manuel, “Régimen Jurídico de la Seguridad Social”, *Revista de Administración Pública*, n. 19, 1956.
- ALVARENGA, Ligia, *A cinco años de la reforma de pensiones en El Salvador y su impacto en la equidad de género*, CEPAL, Santiago de Chile, 2002.
- APARICIO TOVAR, Joaquín, *La Seguridad Social y la protección de la salud*, Civitas, Madrid, 1989.
- ARAGÓN GÓMEZ, Cristina, “El impacto de la maternidad en la retribución no consolidable, a propósito de los recientes pronunciamientos del Tribunal Supremo”, *Revista de Información laboral*, n. 6, 2017.
- ARAGÓN GÓMEZ, Cristina, “La evaluación de los riesgos durante la lactancia natural a efectos de causar la prestación económica de la seguridad social por riesgo durante la lactancia natural”, *Revista de Información Laboral*, n. 11, 2017.
- ARENAS DE MESA, Alberto y GANA CORNEJO, Pamela, “Reformas a los sistemas de pensiones y los desafíos de la dimensión de género”, *Serie Población y Desarrollo*, CELADE, Santiago de Chile, 2001.
- ARETA MARTÍNEZ, María, “Sobre el carácter excepcional del reintegro de gastos sanitarios por el sistema nacional de salud y la inclusión o no de la asistencia sanitaria pública en el Sistema de Seguridad Social”, *Revista Aranzadi Social*, n. 20, 2007.
- ARGUETA, Nancy Elizabeth, “Dreams that do not come true: re-addressing social security to expand old-age social protection: the case of informal workers in El Salvador”. Disponible en: <http://biblio.iss.nl/opac/uploads/wp/wp439.pdf>.

(consultado 21/09/2017).

ARRANZ JIMÉNEZ, Luis, “El IRPF en las personas con discapacidad”, <http://www.asovica.es/wpcontent/uploads/2015/06/IRPFYDISCAPACIDAD.pdf> (consultado 18/04/2019).

AVALOS MUÑOZ, Luis Miguel, “Antecedentes Históricos del Mutualismo”, *CIREC- ESPAÑA*, n. 12, 1991.

AZAGRA SOLANO, Miguel, “El reintegro de gastos sanitarios: cómo, cuándo y por qué”, *Revista Aranzadi Doctrinal*, n. 9, 2011.

AZAGRA SOLANO, Miguel, “La jurisdicción social ante el reintegro de gastos sanitarios: cuestiones actuales”, *Derecho y Salud*, Vol. 21, n. Extra 1, 2011.

BAENA DE ALCÁZAR, Mariano, “Instrucciones y circulares como fuente del derecho administrativo”, *Revista de Administración Pública*, n. 48, 1965.

BALLESTER PASTOR, María Amparo, *El cómputo recíproco de cotizaciones en el sistema español de seguridad social*, La Ley, Madrid, 2007.

BARCELÓ COBEDO, Susana, “La contingencia protegida durante la prestación de riesgo durante la lactancia: Comentario a la STS de 24 de abril de 2012”, *Revista Aranzadi Social*, Vol. 5, n. 5, 2012.

BELTRÁN DE HEREDIA RUIZ, Ignasi, “Riesgos específicos y suspensión y subsidio por riesgo durante la lactancia”, *Temas Laborales*, n. 116, 2012.

BENAVENTE TORRES, María Inmaculada, *El riesgo durante el embarazo, parto reciente y la lactancia natural. Un análisis propositivo*, Ediciones Laborum, Murcia, 2016.

BLASCO LAHOZ, José Francisco, “El cómputo recíproco de cotizaciones entre regímenes de Seguridad Social”, *Tribunal Social*, n. 27, 1993.

BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La protección por incapacidad temporal y riesgos durante el embarazo y la lactancia natural de los funcionarios y funcionarias”, *Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social: Comentarios, casos prácticos, recursos humanos*, n. 324, 2010.

BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La protección por incapacidad temporal en el régimen especial de la Seguridad Social del personal al Servicio de la Administración de Justicia”, *Revista de Información Laboral*, n. 3, 2014.

- BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Las prestaciones del sistema nacional de salud. Su aplicación legal y judicial*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Las pensiones por jubilación*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Las pensiones por jubilación. El régimen jurídico de las pensiones contributivas por jubilación de la Seguridad Social, de Clases Pasivas y del SOVI. Actualizado con las leyes 22 y 23/2013 de 23 de diciembre*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, *La gestión de la Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2016.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La gestión de los regímenes especiales de la Seguridad Social de los funcionarios públicos”, *La gestión de la Seguridad Social*, 1ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2016.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, *La protección por muerte y supervivencia en el sistema español de Seguridad Social. Régimen general y regímenes especiales de la Seguridad Social*, Pamplona, Aranzadi, 2017.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, “La convergencia en el derecho a las prestaciones económicas de la Seguridad Social. La compatibilidad e incompatibilidad de las prestaciones”, *Revista de Información Laboral*, n. 10, 2017.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, *Seguridad Social. Régimen General, Regímenes Especiales y Prestaciones no contributivas*, 5ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco y LÓPEZ GANDÍA, Juan, *Curso de Seguridad Social*, 10ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- BLASCO LAHOZ, José Francisco, LÓPEZ GANDÍA, Juan y MOMPALER CARRASCO, Manuel Antonio, *Regímenes Especiales de la Seguridad Social*, 12ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.
- CANALES GIL, Álvaro, *El sistema español de clases pasivas del Estado*, Cedecs, Barcelona, 1996.
- CANTERO MARTÍNEZ, Josefa, “Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas”, *Derecho y Salud*, Vol. 24, n. Extra 1, 2014.

- CARASA SOTO, Pedro, “Beneficencia y Control Social en la España Contemporánea”, *Historia Ideológica del Control Social (España-Argentina, siglos XIX y XX)*, Promociones y Publicaciones Universitarias, Barcelona, 1989.
- CARRASCOSA BERMEJO, Dolores, “Libre prestación de servicios y reembolso de gastos de hospitalización no programada durante estancia temporal en otro Estado miembro: ¿procede abonar el «complemento diferencial Vanbraekel»? A propósito de la Sentencia del Tribunal de Justicia (Gran Sala) 15-6-2010 Asunto Comisión Europea contra el Reino de España C-211/08, TJCE 2010/175)”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 39, 2010.
- COELLO MARTÍN, Carlos y GONZÁLEZ BOTIJA, Fernando, “Circulares, instrucciones y órdenes de servicio: ¿meros actos internos, actos administrativos o reglamentos?, Comentario a las SSTs de 21 de junio y 12 de diciembre de 2006”, *Revista Vasca de Administración Pública*, n. 78, 2007.
- CUBEL SÁNCHEZ, María y DE GISPERT BROSA, Cristina, “La Protección de la Familia en España: aún lejos de Europa”, *Documentos de Trabajo – Fundación Acción Familiar*, n. 01, 2009.
- DE CASTRO MEJUTO, Luis Fernando, “Régimen de la Seguridad Social de los Magistrados Suplentes y Jueces Sustitutos”, *Tribuna social: Revista de seguridad social y laboral*, n. 240, 2010.
- DE LA VILLA GIL, Luis Enrique y DESDENTADO BONETE, Aurelio, *Manual de Seguridad Social*, Aranzadi, Pamplona, 1977.
- DEL PESO CALVO, C., “De la protección gremial al vigente sistema de seguridad social. Apuntes históricos comentados”, *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Madrid*, n. 25, 26 y 27, vol. X, 1967.
- DESDENTADO BONETE, Aurelio y DESDENTADO DAROCA, Eva, “El reintegro de los gastos de la asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, n. 44, 2003.
- DÍEZ PICAZO, Luis, *Estudios sobre la jurisprudencia civil*, Vol. II, Tecnos, Madrid, 1969.



- DÍEZ RODRÍGUEZ, José Ramón, *El derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.
- ESTEVE SEGARRA, Amparo, “Regímenes especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos”, *Derecho de la Seguridad Social*, Roqueta Buj y García Ortega (dirs.), 7ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- EVARISTO SANTOS, Ricardo, *Los Montepíos militares en la historia de España*, Sial Ediciones, Madrid, 2017.
- FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, Víctor, “Régimen especial de los ferroviarios”, *Diecisiete lecciones sobre regímenes especiales de seguridad social*, Universidad de Madrid-Facultad de Derecho, Madrid, 1972.
- FERRANDO GARCÍA, Francisca María y RODRÍGUEZ EGIO, María Monserrat, “El contenido de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud: Una aproximación desde el punto de vista de la bioética”, *Cuestiones actuales sobre la prestación farmacéutica y medicamentos*, Dykinson, Madrid, 2017.
- FILLON, Jean Claude, “Cross-border healthcare: towards coordination of two patient mobility routes”, *50 years of Social Security Coordination*, European Comisión, Luxemburgo, 2010.
- GARCÍA DE CORTAZAR, Carlos, “Movilidad de pacientes en la UE y atención sanitaria transfronterizo”, *La gestión del sistema de Seguridad Social*, Laborum, Murcia, 2009.
- GARCÍA DE LA RASILLA, María del Carmen, “El Montepío Militar. La Asistencia Social en el ejército de la segunda mitad del siglo XVIII”, *Revista de Historia Militar*, n. 63, 1987.
- GARCÍA MARCO, Carlos, “La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿buena, bonita y barata)”, *Revista Administrativa Sanitaria S XXI*, Vol. 5. n. 1, Enero 2007.
- GARCÍA NINET, José Ignacio y DOLZ LAGO, Manuel Jesús, “Regímenes Especiales de Funcionarios Públicos”, *Derecho de la Seguridad Social*, De La Villa Gil (dir.), 5ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004.
- GARCIA-TREVIJANO FOS, José Antonio, “Un desconocido precedente de la función pública española: el Estatuto de O’Donnell de 1866”, *Revista Internacional de Ciencias Administrativas*, n. 2-3, 1969.

- GARRIGUES GIMÉNEZ, Amparo, “Maternidad y obligaciones empresariales en materia de prevención de riesgos laborales”, *Tribuna Social*, 2000.
- GARRIGUES GIMÉNEZ, Amparo, “Vida personal, laboral y familiar”, *Asparkía: investigació feminista*, n. 20, 2009.
- GARRIGUES GIMÉNEZ, Amparo, “Evaluación de riesgos laborales y maternidad”, *Revista española de derecho del trabajo*, n. 143, 2009.
- GIMENO DIAS DE ATAURI, Pablo, “La situación protegida por la prestación de riesgo por lactancia”, *Aranzadi Social*, n. 11, 2012.
- GÓMEZ DE LA TORRE DEL ARCO, Mónica y LÓPEZ LÓPEZ, M<sup>a</sup>. Teresa, “El IRPF en España: aspectos y evolución de la tributación familiar”, *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, n. 46, 2013.
- GÓMIZ CHAZARRA, M<sup>a</sup> Asunción, “La prestación de maternidad de la seguridad social como renta exenta en el IRPF estatal y de los territorios forales (a propósito de unas sentencias contradictorias)”, *Revista Quincenal Fiscal*, n. 15, 2017.
- GONZALEZ BERNAL, Jerónimo, “Si no existieran las clases pasivas habría que inventarlas”, *Foro de Seguridad Social*, n. 20, 2008.
- GONZALEZ MARIÑAS, Pablo, “Don Luis López Ballesteros e a Administración Española”, *III Simposio de Historia de la Administración Pública*, Santiago de Compostela, 1996.
- GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago, “La prevención de riesgos laborales en el empleo público”, *Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas*, González Ortega y Carrero Domínguez (dirs.), INAP, Madrid, 2012.
- GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago y BARCELÓN COBEDO, Susana, *Introducción al Derecho de la Seguridad Social*, 12<sup>a</sup> Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago y CARRERO DOMÍNGUEZ, Carmen, *Manual de prevención de riesgos laborales en las administraciones públicas*, INAP, Madrid, 2012.
- GONZALO GONZÁLEZ, Bernardo y NUÑO RUBIO, José Luis, *Tipología estructura y caracteres de la protección social de los funcionarios públicos en España*, Marcial Pons, Madrid, 1995.

- GORELLI FERNÁNDEZ, Juan e IGARTÚA MIRÓ, M<sup>a</sup>. Teresa, *Las prestaciones por maternidad y riesgo durante el embarazo*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.
- GOROSPE OVIEDO, Juan Ignacio, “La equívoca exención de la prestación por maternidad (y paternidad) en el IRPF y su nueva regulación”, *Revista Quincena Fiscal*, n. 4, parte Estudios, 2019.
- GUTIÉRREZ BENGOCHEA, Miguel, “Aspectos constitucionales de la extrafiscalidad”, *Estudios en conmemoración del cuarenta aniversario de la Constitución Financiera*, Sánchez Galiana (dir.), Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- GUTIÉRREZ PÉREZ, Miguel, “El derecho a la reproducción asistida de las homosexuales y el derecho al reintegro de gastos sanitarios”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, Vol. 6, n. 7, 2013.
- HERNÁNDEZ BEJARANO, Macarena, “Reflexiones críticas sobre el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud”, *Revista Andaluza de Trabajo y Bienestar Social*, n. 88, 2017.
- HERRÁIZ DE MIOTA, César, “Los montepíos militares del siglo XVIII como origen del sistema de Clases Pasivas del Estado”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, n. 56, 2005.
- JIMENEZ ASENSIO, Rafael, *Altos cargos y directivos públicos. Un estudio sobre las relaciones entre política y administración en España*, 2<sup>a</sup> Ed., Instituto Vasco de Administración Pública, Oñate, 1998.
- JORDANA DE POZAS, Luis, “Bravo Murillo y los funcionarios públicos”, *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, n. 4, 1952.
- LANTARÓN BARQUÍN, David, “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, *Revista Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, n. 1, 2008.
- LANTARÓN BARQUÍN, David, “Los riesgos laborales en las Administraciones Públicas: distintos espacios normativos”, *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, n. 49, 2008.

- LANTARÓN BARQUÍN, David, “Reembolso de gasto farmacéutico generado por prescripción de tratamiento farmacéutico con hormona del crecimiento”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 17, 2011.
- LARENZ, Karl, *Metodología de la Ciencia del Derecho*, Ariel, Barcelona, 1994.
- LASAOSA IRIGOYEN, Elena y RODRÍGUEZ INIESTA, Guillermo, “Disposición Adicional 18. Modificaciones de la Ley General de Seguridad Social”, *Comentarios a la ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad Efectiva de mujeres y hombres*, Aranzadi, Cizur Menor, 2008.
- LÓPEZ AHUMADA, José Eduardo, *Los trabajadores sensibles a los riesgos laborales: protección jurídico-laboral*, Marcial Pons, Madrid, 2010.
- LÓPEZ GANDÍA, Juan, *La jubilación de los empleados públicos*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007.
- LÓPEZ GANDÍA, Juan, *Curso en prevención de riesgos laborales*, (codirector Blasco Lahoz), 20ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.
- LÓPEZ GANDÍA, Juan y AGUDO DÍAZ, Javier, *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007.
- LÓPEZ GANDÍA, Juan y TOSCANI GIMÉNEZ, Daniel, *La reforma de la jubilación: Comentarios a la Ley 27/2011, de 1 de agosto*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.
- LÓPEZ INSUA, Belén del Mar, “Prestación por riesgo durante el embarazo y lactancia: problemas interpretativos y determinación de contingencias”, *Cuestiones actuales en materia de Seguridad Social*, Ediciones Laborum, Murcia, 2017.
- LÓPEZ LORENZO, Ángeles, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007.
- LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Nacimiento y evolución de la protección social de los funcionarios públicos: análisis evolutivo y comparativo con la Seguridad Social”, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007.
- LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Configuración General del Mutualismo Administrativo”, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007.

- LÓPEZ LORENZO, Ángeles, “Acción protectora del mutualismo administrativo”, *La protección social de los funcionarios Públicos*, Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2007.
- LOUSADA AROCHENA, José Fernando y RON LATAS, Ricardo Pedro, *La protección de la salud laboral de las personas trabajadoras especialmente sensibles a determinados riesgos*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2018.
- MADRID YAGÜE, Pilar y ZATARAÍN DEL VALLE, Reyes, “El Régimen de Clases Pasivas”, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n. 154, 2012.
- MAGALLÓN ORTÍN, Moisés y PÉREZ ALONSO, María Antonia, *Vademécum de Derecho de la Seguridad Social*, 2ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2013.
- MARÍN CORREA, José María, “La Asistencia Sanitaria”, *Seguridad Social. Manual de formación*, n. 20, 2002.
- MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), *La Protección Social de la Carrera Judicial*, AEBOE, Madrid, 2018.
- MARTÍNEZ MOYA, Juan y SÁEZ RODRÍGUEZ, María Concepción (coords.), “Excedencias, permisos y reducciones de jornadas relacionados con la conciliación de la vida personal, familiar y profesional”, *La protección social de la carrera judicial*, AEBOE, Madrid, 2018.
- MARTÍNEZ GIRÓN, Jesús, *Una introducción histórica al estudio de las fuentes del derecho español de la seguridad social*, Paredes, Santiago de Compostela, 1990.
- MELÉNDEZ MORILLO-VELARDE, Lourdes, “La prestación por riesgo durante el embarazo tras la Ley 39/1999”, *Aranzadi Social*, n. 20, 2000.
- MERCADER UGUINA, Jesús Rafael, GOERLICH PESET, José María, ARADILLA MARQUÉS, María José, MORENO SOLANA, Amanda y DÍAZ DE ATAURI, Pablo Gimeno, “Prestaciones de Seguridad Social. Acción Protectora”, *Practicum Social*, Editorial Aranzadi, Pamplona, 2017.
- MESA-LAGO, Carmelo y MÜLLER, Katharina, “La política de reforma de pensiones en América Latina”, *¿Públicos o Privados? los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*, Hujo, Mesa-Lago y Nitsch (eds.), Nueva Sociedad, Caracas, 2004

- MOLINA NAVARRETE, Cristóbal, “Los «sistemas nacionales» de «dependencia» y «asistencia sanitaria» en el marco del nuevo Reglamento comunitario de «Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social»”, *Protección social en las relaciones laborales extraterritoriales*, Correa Carrasco (coord.), Universidad Carlos III de Madrid-BOE, Madrid, 2008.
- MOLINER TAMBORERO, Gonzalo, SALA FRANCO, Tomás y URESTE GARCÍA, Concepción Rosario, *Régimen jurídico del personal al servicio de la Administración de Justicia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2017.
- MONEREO PÉREZ, José Luis, “La reforma negociada del Sistema de Seguridad Social”, *Revista de Relaciones Laborales*, n. 5, 2001.
- MORELL OCAÑA, Luis, “Las reformas administrativas de Maura”, *Reformistas y reformas de la Administración española*, INAP, Madrid, 2005.
- MORENO REBATO, Mar, “Circulares, instrucciones y órdenes de servicio. Naturaleza y régimen jurídico”, *Revista de Administración Pública*, n 147, 1998.
- MORENO RUIZ, Rafael, “La génesis del mutualismo moderno en Europa”, *REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos*, n. 72, 2000.
- MORENO SOLANA, Amanda, “Los artículos 134 y 135 bis del TRLGSS de 1994”, *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, García-Perrote Escartín y Mercarder Uguina (dirs.), Editorial Aranzadi, Pamplona, 2015.
- MORENO VIDA, María Nieves, “Protección por muerte y supervivencia en los Regímenes Especiales de Seguridad Social”, *Comentario sistemático a la regulación de las pensiones*, Monereo Pérez y García Ninet (dirs.), Moreno Vida y Vicente Palacio (coords.), Comares, Granada, 2004.
- MUÑOZ LLINÁS, Jaime Ignacio, “La carrera administrativa en los orígenes del constitucionalismo español: 1812-1918”, *Revista de Derecho UNED*, n. 12, 2013.
- MUÑOZ RUIZ, Ana Belén, “Artículo 116 del TRLGSS de 1994”, *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, García-Perrote Escartín y Mercarder Uguina (dirs.), Editorial Aranzadi, Pamplona, 2015.
- NAVARRO GARCÍA, Albert, *Los Riesgos del Copago y su Polémica Expansión: Análisis Jurídico*, Tirant lo Blanch, Madrid, 2017.

- NAVARRO NIETO, Federico, “La problemática jurídica de la prevención de riesgos laborales durante el embarazo y la lactancia natural”, *Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, n. 5, 2012.
- NAVAU MARTÍNEZ-VAL, María Pilar, “El tratamiento del modelo familiar de responsabilidad compartidas en el impuesto personal sobre la renta”, *Impuestos: Revista de doctrina, legislación y jurisprudencia*, n. 1, 2012.
- NIETO GARCÍA, Alejandro, *Estudios históricos sobre Administración y Derecho Administrativo*, INAP, Madrid, 1986.
- NÚÑEZ ÁLVAREZ, Amaya, “Supuesto extraordinario de reintegro de gastos sanitarios por asistencia médica fuera del Sistema Público. Las listas de espera”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 79, 2010.
- OLARTE ENCABO, Sofía, “El riesgo durante el embarazo”, *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social. Estudio de su régimen jurídico*, Monereo Pérez (dir.), Editorial Comares, Granada, 2008.
- ONRUBIA, Jorge, y RODADO M<sup>a</sup> del Carmen, “El papel del IRPF en la redistribución de la renta: luces y sombras de tres décadas de reformas”, *Revista de estudios económicos*, n. 4, 2007.
- PEÑA GARCÍA, M<sup>a</sup> Valvanuz, “Riesgo durante la lactancia”, *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, n. 134, 2018.
- PÉREZ ALONSO, María Antonia, “Los complementos de incapacidad temporal en la administración del Estado tras el RDL 20/2012”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 4, 2013.
- PÉREZ LARA, José Manuel, “Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Introducción. Exenciones y rendimientos”, *Las medidas fiscales como instrumento de protección de las personas con necesidades especiales*, López Martínez y Pérez Lara (dirs.), Tirant lo Blanch, Valencia, 2014.
- POLO SÁNCHEZ, M<sup>a</sup>. Cristina, *Reintegro de gastos médicos y estado de bienestar*, 1<sup>a</sup> Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2001.
- POQUET CATALÁ, Raquel, “La prestación por riesgo durante la lactancia natural: debate judicial”, *Revista de Derecho Social*, n. 64, 2013.
- PRO RUIZ, Juan, *Bravo Murillo: Política de orden en la España liberal*, Editorial Síntesis, Madrid, 2006.

- RASTROLLO SUÁREZ, Juan José, *Evolución del desempeño en la Administración: Hacia un cambio de paradigma en el sistema español de empleo público*, 1ª Ed., Tirant lo Blanch, Madrid, 2018.
- RIOS MESTRE, José María, “Prestación por riesgo durante el embarazo”, *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad*, n. 134, 2018.
- RIVAS SANTIAGO, Natalio, *Luis López Ballesteros. Gran ministro de Fernando VII*, Editorial Mediterráneo, Madrid, 1945.
- RIVAS VALLEJO, Pilar, “El RD 1251/2001: el largamente esperado reglamento de las prestaciones por maternidad y riesgo durante el embarazo”, *Aranzadi Social Doctrinal*, n. 20, 2001.
- RODRÍGUEZ CARDO, Iván Antonio, “La progresiva homogeneización de los regímenes de Seguridad Social de los funcionarios públicos: novedades en el primer semestre de 2009”, *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, n. 84, 2009
- RODRÍGUEZ HIDALGO, José Gustavo, “La silla de ruedas eléctrica como prestación complementaria ortoprotésica, de obligada facilitación o reintegro por parte de la Seguridad Social”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 4, 2003.
- RODRÍGUEZ INIESTA, Guillermo, “Evolución y concreción legal de la noción de enfermedad profesional”, *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid, 2007.
- RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “Riesgo durante el embarazo e incapacidad temporal en los supuestos de embarazos de alto riesgo”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, Vol. 5, n. 8, 2012.
- RODRÍGUEZ SANTOS, Estefanía, “El cuadro de enfermedades profesionales”, *Las enfermedades profesionales*, González Ortega y Barcelón Cobedo (dirs.), Tirant lo Blanch, Valencia, 2017.
- RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, Victoria, “La urgencia vital en el reintegro de gastos médicos. Régimen jurídico y requisitos”, *Temas Laborales*, n. 121, 2013.



- ROFMAN, Rafael y LUCCHETTI, Leonardo, *Sistema de pensiones en América Latina: Conceptos y medio de cobertura*, Social Protection, Banco Mundial, Washington, 2006.
- ROMÁN VACA, Eduardo, *Asistencia sanitaria y reintegro de gastos médicos*, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1998.
- ROMERAL HERNÁNDEZ, Josefa, “El riesgo durante la lactancia natural: prevención y protección social”, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n. 217, febrero 2019.
- RON LATAS, Ricardo, *La incompatibilidad de pensiones en el sistema español de Seguridad Social*, Civitas, Madrid, 2000.
- ROVIRA FERRER, Irene, “Las nuevas deducciones en el IRPF para las familias numerosas, los familiares a cargo con discapacidad y determinadas familias monoparentales”, *Revista Quincena Fiscal*, n. 10, 2015.
- RUIBAL PEREIRA, Luz, *Las prestaciones por maternidad en el IRPF: una reforma necesaria*, Aranzadi, Madrid, 2018.
- RUMEU DE ARMAS, Antonio, “Los Gremios Españoles. Su origen y vicisitudes”, *Congreso de Estudios Sociales*, Ediciones de la Revista de Trabajo, Madrid, 1945.
- RUMEU DE ARMAS, Antonio, *Historia de la previsión social en España. Cofradías-Gremios-Hermandades-Montepíos*, Ediciones El Albir, Barcelona, 1981.
- SALCEDO BELTRÁN, Carmen y BLASCO LAHOZ, Francisco José, *Introducción a la protección social*, 3ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.
- SÁNCHEZ CASTILLO, M<sup>a</sup>. Mercedes, “Lactancia y salud laboral: crónica de una situación insuficientemente protegida”, *Relaciones Laborales*, n. 12, 2003.
- SÁNCHEZ CASTILLO, M<sup>a</sup>. Mercedes, *La protección de la maternidad frente a los riesgos derivados del trabajo*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2009.
- SÁNCHEZ MORÓN, Miguel, *Las Administraciones Españolas*, Tecnos, Madrid, 2018.
- SÁNCHEZ PÉREZ, José, *La configuración jurídica del accidente de trabajo*, Tesis Doctoral, Granada, 2013, <http://digibug.ugr.es>.

- SÁNCHEZ QUIÑONES, Luis. “La presunción del artículo 115.3 LGSS y el examen judicial de los riesgos psicosociales ¿Relación causa-efecto o efecto sin causa?”, *Diario La Ley*, n. 8809, 2016.
- SÁNCHEZ-RODAS NAVARRO, Cristina, *El accidente in itinere*, Comares, Granada, 1998.
- SANTIAGO IGLESIAS, Diana, *Comentarios a la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público*, Campos Acuña (dir.), Wolters Kluwer, Madrid, 2017.
- TARABINI-CASTELLANI AZNAR, Margarita, “Reintegro de gastos médicos en los casos de urgencia vital”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, n. 34, 2002.
- UCELAY RIPOLLÉS, Mariano, *Previsión y Seguros Sociales*, Gráficas González, Madrid, 1955.
- VALDEOLIVA GARCÍA, Yolanda, “Las prestaciones familiares”, *Derecho de la Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004.
- VALDÉS ALONSO, Alberto, “A vueltas con la presunción de existencia de accidente de trabajo”, *Documentación Laboral*, n. 94, 2012.
- VALLADARES PORTILLO, Edwin, “Evolución de la Legislación del Trabajo en El Salvador”, Universidad de El Salvador, 2013.
- VALLEJO POUSADA, Rafael, “La Reforma de la Hacienda de López Ballesteros y el origen de la regulación del delito fiscal en la España contemporánea”, *Anuario de Historia del Derecho español*, n. 67, 1997.
- VICENTE HERRERO, María Teófila, “Embarazo-lactancia natural y riesgos laborales”, *Revista Conamed*, Vol. 18, n. 2, abril-junio 2013.
- VICENTE PALACIO, Arántzazu, “Cambios Sociales y Jurídicos. Un Nuevo Ejemplo: El Accidente *In Itinere* vs El Accidente en Misión”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, n. 1, 2014.
- YUSTE MORENO, José Manuel, “Prestaciones sanitarias, farmacéuticas y ortopédicas”, *Prontuario de prestaciones de la Seguridad Social, Manuales de Formación continuada*, Vol. 19, 2002.
- YVORRA, José Antonio, *Los orígenes del derecho de asociación laboral en España (1800-1869)*, Editorial Cátedra Fadrique Furio Ceriol-Facultad de Derecho de Valencia, Valencia, 1978.

ZOZAYA MIGUELIZ, Emilia, “Exención en el IRPF de la prestación de maternidad”, *Revista Aranzadi Doctrinal*, n. 5, 2010.

