



Juzgado de lo Social nº 19 de Barcelona

Avenida Gran Vía de les Corts Catalanes, 111, 6a planta, edifici S - Barcelona - C.P.: 08075

TEL.: 938874538
FAX: 938844924
E-MAIL: socia19.barcelona@xj.jencat.cat

N.I.G.:

Seguridad Social en materia prestacional

Materia: Prestaciones

Entidad bancaria BANCO SANTANDER:
Para ingresos en caja. Concepto: 0602000000071918
Pagos por transferencia bancaria: IBAN ES55 0049 3569 9200 0500 1274.
Beneficiario: Juzgado de lo Social nº 19 de Barcelona
Concepto: 0602000000071918

Parte demandante/ejecutante:
Abogado/a:
Parte demandada/ejecutada: INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL (INSS)

SENTENCIA Nº

Magistrado: María del Mar Mirón Hernández

Barcelona, 16 de septiembre de 2019

Mª del Mar Mirón Hernández, Magistrada Juez del Juzgado de lo Social número 19 de Barcelona v su provincia, he visto los presentes autos seguidos a instancia de _____ contra el **Instituto Nacional de la Seguridad Social** en reclamación por INCAPACIDAD PERMANENTE.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.- El día 10-09-2018 le correspondió a este Juzgado, por turno de reparto, la demanda presentada el 6 del mismo mes suscrita por la parte actora, en la que tras alegar los hechos y fundamentos legales que estimó procedentes a su derecho, solicitaba se dictase una sentencia en la que se acogieran sus pretensiones.

Segundo.- Admitida a trámite la demanda, se señaló día y hora para la celebración del acto del juicio, que tuvo lugar el 16-09-2019 compareciendo las partes y defensores que constan en el acta suscrita por el auxilio judicial. Se procedió a la grabación de la vista, a través del aplicativo ARCONTE, según certificación del Letrado de la Administración de Justicia. Abierto el acto, la parte actora se afirmó y ratificó en su demanda. La demandada se opuso a la demanda. Se practicaron las pruebas propuestas y admitidas. Tras el trámite de conclusiones quedó el juicio visto para sentencia.



Tercero.- En la tramitación de este procedimiento se han observado todos los preceptos legales, a excepción de los plazos dada la acumulación de asuntos que pesan sobre esta juzgadora.

HECHOS PROBADOS

Primero.- fecha de nacimiento 22-01-1964, DNI , núm. afiliación a la Seguridad Social , régimen especial de trabajadores autónomos hasta el 31-08-2017, siendo su actividad Construcción de edificios, en situación de alta o asimilada, inició un proceso de incapacidad temporal el 12-06-2017 que finalizó el 8-12-2018. Presentó la solicitud de prestación de incapacidad el 8-02-2018.

Segundo.- En fecha 21-03-2018 el INSS resolvió que no procedía declarar a la parte actora en grado de incapacidad permanente, derivada de enfermedad común, y denegar el derecho a prestaciones por no reunir el requisito de incapacidad permanente. Según dictamen médico emitido por la SGAM el 27-02-2018 presenta las siguientes lesiones (folios 31-32: "Disnea. Miocardiopatía isquémica. Síndrome facetario lumbar".

Tercero.- Frente a dicha resolución se interpuso reclamación previa el 13-04-2018 interesando la declaración del grado de incapacidad permanente total para la profesión habitual. La reclamación fue desestimada respecto al grado por resolución de 11-07-2018.

Cuarto.- La base reguladora de la prestación es de 1.507,98 euros mensuales, con fecha de efectos 27-02-2018 condicionada al cese en la actividad.

Quinto.- La parte demandante padece "Miocardiopatía isquémica crónica con infarto anterior y, enfermedad coronaria de un vaso tratada con stent en 2008. Infarto e isquemia moderada perilesional e isquemia leve anterior, enfermedad coronaria de un vaso, con colocación de stent metálico en septiembre de 2017. Fibrilación auricular paroxística en tratamiento anticoagulante. HTA y dislipemia. SAOS en tratamiento con CPAP. Clínica de cefaleas, astenia y cansancio. Espondilodiscoartrosis L4-L5 y L5-S1 con estenosis de forámenes de conjunción y síndrome facetario lumbar, con clínica de lumbociatalgias. Hepatopatía crónica por esteatosis hepática."

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.- A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el art. 97, 2 de la



Ley 36/2011 de 10 de octubre, Reguladora de la Jurisdicción Social, se hace constar que los hechos declarados probados se han podido determinar de la apreciación conjunta de los informes médicos que constan en las actuaciones, del dictamen de la SGAM y de la prueba pericial practicada en el acto de juicio por el INSS.

La cuestión controvertida en este litigio es la valoración del estado físico de la parte actora al objeto de determinar si se encuentra en situación de **incapacidad permanente en grado de total para su profesión habitual**, derivada de enfermedad común, por reunir los requisitos y condiciones establecidos legalmente.

Tercero.- Interesa la demandante la declaración de incapacidad permanente total para su profesión habitual por las lesiones que enumera en la demanda, derivadas principalmente de su patología cardiovascular y factores de riesgo asociados, respiratoria, osteoarticular y por presentar clínica ansiosa, dolencias que considera crónicas, progresivas e irreversibles. Presentó IAM inferior (2008), MIV CD D 95%, portador de un stent, fibrilación auricular en el contexto de IAM, nuevo episodio de fibrilación auricular en 2012, fibrilación auricular paroxística en 2017, acinesia inferior, miocardio adelgazado con necrosis infero-posterior-lateral, disminución diastólica grado I por alteración en la relajación de ventrículo izquierdo, aurícula izquierda dilatada con FE 52% (2017), válvula mitral calcificada a nivel posterior del anillo, insuficiencia mitral ligera, insuficiencia tricúspide, ángor pectoris (2017), postinfarto en reposo irradiado a brazo izquierdo, spect (junio 2017) isquemia electrocardiográfica y en gammagrafía, isquemia perilesional con implantación de stant metálico en CX, lipotimia y dolor torácico inespecífico, con factores de riesgo cardiovascular (HTA – hipercolesterolemia, diabetes mellitus en estudio y obesidad). Presenta disnea y es portador de CPAP, esteatosis hepática por elevación de las transaminasas, clínica de astenia y ansiedad, y síndrome facetario lumbar, omalgia bilateral y epicondilitis. Indica que sigue tratamiento con múltiples fármacos que no mitigan el dolor y persisten cuadros de disnea a mínimos esfuerzos.

Aporta informe pericial, no ratificado en el acto de juicio, en el que se relacionan las dolencias alegadas y se enumeran los informes y pruebas diagnósticas realizadas. La patología cardiovascular, según informe –incompleto- de asistencia a urgencias del hospital de Bellvitge de 9-07-2017 (folios 68 a 70) debuta en 2008 al sufrir infarto inferior, en 2012 le fue detectada fibrilación auricular que fue tratada con Sintrom durante dos años; indica que un ecocardiograma realizado el 14-05-2014 se informó como compatible con necrosis infero-postero-lateral, siendo el último ingreso el 12-06-2017 por fibrilación auricular tratada farmacológicamente, asistiendo el día del informe por dolor en epigastrio, de características no anginosas, practicándose spect de perfusión miocárdica el 21-06-2017 que mostró un patrón de infarto inferior de predominio inferobasal con signos de isquemia moderada perilesional, de predominio inferoapical, isquemia leve anterior y función sistólica global en reposo conservada (folio 61) y electrocardiograma de esfuerzo, detenido por extenuación, no concluyente de isquemia (folio 62). En informes clínicos del ICS



Ley 36/2011 de 10 de octubre, Reguladora de la Jurisdicción Social, se hace constar que los hechos declarados probados se han podido determinar de la apreciación conjunta de los informes médicos que constan en las actuaciones, del dictamen de la SGAM y de la prueba pericial practicada en el acto de juicio por el INSS.

La cuestión controvertida en este litigio es la valoración del estado físico de la parte actora al objeto de determinar si se encuentra en situación de **incapacidad permanente en grado de total para su profesión habitual**, derivada de enfermedad común, por reunir los requisitos y condiciones establecidos legalmente.

Tercero.- Interesa la demandante la declaración de incapacidad permanente total para su profesión habitual por las lesiones que enumera en la demanda, derivadas principalmente de su patología cardiovascular y factores de riesgo asociados, respiratoria, osteoarticular y por presentar clínica ansiosa, dolencias que considera crónicas, progresivas e irreversibles. Presentó IAM inferior (2008), MIV CD D 95%, portador de un stent, fibrilación auricular en el contexto de IAM, nuevo episodio de fibrilación auricular en 2012, fibrilación auricular paroxística en 2017, acinesia inferior, miocardio adelgazado con necrosis infero-posterior-lateral, disminución diastólica grado I por alteración en la relajación de ventrículo izquierdo, aurícula izquierda dilatada con FE 52% (2017), válvula mitral calcificada a nivel posterior del anillo, insuficiencia mitral ligera, insuficiencia tricúspide, ángor pectoris (2017), postinfarto en reposo irradiado a brazo izquierdo, spect (junio 2017) isquemia electrocardiográfica y en gammagrafía, isquemia perilesional con implantación de stant metálico en CX, lipotimia y dolor torácico inespecífico, con factores de riesgo cardiovascular (HTA – hipercolesterolemia, diabetes mellitus en estudio y obesidad). Presenta disnea y es portador de CPAP, esteatosis hepática por elevación de las transaminasas, clínica de astenia y ansiedad, y síndrome facetario lumbar, omalgia bilateral y epicondilitis. Indica que sigue tratamiento con múltiples fármacos que no mitigan el dolor y persisten cuadros de disnea a mínimos esfuerzos.

Aporta informe pericial, no ratificado en el acto de juicio, en el que se relacionan las dolencias alegadas y se enumeran los informes y pruebas diagnósticas realizadas. La patología cardiovascular, según informe –incompleto- de asistencia a urgencias del hospital de Bellvitge de 9-07-2017 (folios 68 a 70) debuta en 2008 al sufrir infarto inferior, en 2012 le fue detectada fibrilación auricular que fue tratada con Sintrom durante dos años; indica que un ecocardiograma realizado el 14-05-2014 se informó como compatible con necrosis infero-postero-lateral, siendo el último ingreso el 12-06-2017 por fibrilación auricular tratada farmacológicamente, asistiendo el día del informe por dolor en epigastrio, de características no anginosas, practicándose spect de perfusión miocárdica el 21-06-2017 que mostró un patrón de infarto inferior de predominio inferobasal con signos de isquemia moderada perilesional, de predominio inferoapical, isquemia leve anterior y función sistólica global en reposo conservada (folio 61) y electrocardiograma de esfuerzo, detenido por extenuación, no concluyente de isquemia (folio 62). En informes clínicos del ICS



de 16-06-2017 se relacionan las patologías y medicación prescrita (folios 59-60). Según informe del Consorci Sanitari Integral de 14-09-2017 está afecto de una cardiopatía isquémica crónica con infarto anterior en 2008, enfermedad coronaria de un vaso tratada con stent, ángor pectoris actual, spect realizado el 21-06-17 con infarto inferobasal e isquemia moderada perilesional e isquemia leve anterior, enfermedad coronaria de un vaso, colocación de stent metálico (folio 76), fibrilación auricular paroxística en tratamiento anticoagulante folios 77 a 79), HTA, dislipemia y SHAS en tratamiento con CPAP (folios 74-75). En posterior informe de 13-02-2019 se hace referencia a los datos del anterior, indicando que realizó la última visita en consultas externas de cardiología en noviembre de 2018, en la que se apreció discreta astenia y cansancio, pero no insuficiencia cardiaca, y en ECG necrosis inferior antigua, remitiéndose a neumología para estudio de nódulo pulmonar (folios 72-73). Fue atendido en urgencias del Hospital de Bellvitge el 31-12-2018 por presentar vómitos y palpitaciones, que se orientó como fibrilación auricular no especificada, gastroenteritis y colitis no infecciosas no especificadas (folios 81 a 83).

La patología de columna lumbar se objetiva en informe de radiología, del TC lumbar realizado el 18-09-18 (folio 80), que concluye que presenta canal raquídeo bajo, constitucionalmente estrecho, espondilodiscoartrosis L4-L5 y L5-S1 con estenosis de forámenes de conjunción.

Tercero.- La SGAM, en su dictamen de 27-02-2018 diagnostica Disnea, miocardiopatía isquémica y síndrome facetario lumbar. Refiere a la exploración que no hay signos de radiculopatía ni afectación radicular, ni clínica de síndrome facetario, apreciando en RX de columna espondilosis difusa lumbar con picos de loro considerables y discopatías a nivel distal lumbar, insistiendo en solicitar informe a cardiología.

El informe de la entidad gestora recoge aquellos diagnósticos, calificando la afectación cardiaca como de clase funcional I de la NYHA, lumbalgia crónica por síndrome facetario, hepatopatía crónica por esteatosis hepática sin descompensaciones, cefaleas, SAOS, HTA, ansiedad, dislipemia, obesidad en control y/o tratamiento sin complicaciones.

Tanto la SGAM como en dicho informe no aprecian limitación funcional actual.

Cuarto.- Pues bien, la profesión habitual del demandante, aunque la realice afiliado al RETA, es de la construcción. De los informes de la sanidad pública referidos se desprende que padece tres patologías importantes. La patología osteoarticular lumbosacra, con estenosis y pinzamientos en el segmento L4 a S1 y síndrome facetario, provoca frecuente clínica de lumbociatalgias y contraindica la realización sobrecargas lumbares y posturas forzadas. La patología cardiovascular, que debuta en 2008 precisando la colocación de stent, se agrava en 2017, con colocación de nuevo stent, persistiendo la fibrilación auricular y dolor torácico, que ha dado lugar a asistencias a urgencias, presentando factores de riesgo cardiovascular (HTA – dislipemia). Debe utilizar CPAP por SAOS y sigue controles en neumología, presentando hepatopatía crónica astenia y



cansancio.

Quinto.- Por lo expuesto, en función del cuadro patológico descrito, que también reconoce la SGAM, pese a no calificarlo incapacitante, considera quien juzga que las secuelas que se objetivan en columna lumbar, pero especialmente la clínica de astenia y cansancio derivada de la patología cardiovascular y neumológica, provocan limitación para la realización de esfuerzos físicos importantes y contraindican la realización de actividades de la construcción que lleva a cabo.

Ello impone la estimación de la demanda y de acuerdo con lo previsto en los artículos 193 y 194 LGSS declarar al demandante en situación de **incapacidad permanente total para su profesión habitual**, derivada de enfermedad común, con derecho al percibo de las prestaciones contributivas en cuantía del **55 por ciento de la base reguladora de 1.507,98 euros mensuales, con fecha de efectos 27-02-2018, condicionada al cese en la actividad**, con las mejoras y revalorizaciones que procedan.

Sexto.- Por razón de la materia, cabe interponer recurso de suplicación contra esta sentencia de acuerdo con lo establecido en el artículo 191, 3 c) de la Ley 36/2011, reguladora de la jurisdicción social (LRJS).

Vistos los preceptos legales mencionados y las demás disposiciones aplicables,

FALLO

ESTIMO la demanda presentada por **contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social** en reclamación por **INCAPACIDAD PERMANENTE** y declaro a la parte demandante en situación de **Incapacidad permanente total para su profesión habitual**, derivada de enfermedad común, reconociendo el su derecho a percibir las prestaciones contributivas, en cuantía del **55 por ciento de la base reguladora de 1.507,98 euros mensuales, con fecha de efectos 27-02-2018, condicionada al cese en la actividad** y en consecuencia condeno al Instituto Nacional de la Seguridad Social a hacer efectiva al demandante la prestación con los mínimos, las mejoras y las revalorizaciones legalmente procedentes.

Notifíquese esta sentencia a las partes y hágaseles saber que contra la misma puede interponerse **recurso de suplicación** ante el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña que deberá anunciarse ante este juzgado dentro del **plazo de los cinco días** siguientes al de su notificación. Si el recurrente es el demandado no se tramitará el recurso hasta que certifique que comienza el pago de la prestación y que continuará haciéndolo durante la tramitación del recurso.

Así lo pronuncia, manda y firma **M^a del Mar Mirón Hernández**, Magistrada del Juzgado de lo Social núm. 19 de Barcelona y su provincia.



www.TribunalMedico.com