



Roj: **STSJ LR 7/2024 - ECLI:ES:TSJLR:2024:7**

Id Cendoj: **26089340012024100007**

Órgano: **Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social**

Sede: **Logroño**

Sección: **1**

Fecha: **11/01/2024**

Nº de Recurso: **173/2023**

Nº de Resolución: **11/2024**

Procedimiento: **Recurso de suplicación**

Ponente: **MARIA JOSE MUÑOZ HURTADO**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

T.S.J.LA RIOJA SALA SOCIAL

LOGROÑO

SENTENCIA: 00011/2024

-

C/ MARQUES DE MURRIETA 45-47

Tfno: 941 296 421

Fax: 941 296 597

Correo electrónico: saladelosocial.tsj@larioja.org

NIG: 26089 44 4 2023 0000017

Equipo/usuario: MPF

Modelo: 402250

RSU RECURSO SUPLICACION 0000173 /2023

Procedimiento origen: SSS SEGURIDAD SOCIAL 0000003 /2023

Sobre: INCAPACIDAD PERMANENTE

RECURRENTE/S D/ña Carlos Alberto

ABOGADO/A: JAVIER PEREZ AGUILLO

PROCURADOR:

GRADUADO/A SOCIAL:

RECURRIDO/S D/ña: INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ABOGADO/A: LETRADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LETRADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PROCURADOR: ,

GRADUADO/A SOCIAL: ,

Sent. Nº 11/24

RSU 173/23

Ilma. Sra. D^a M^a José Muñoz Hurtado. :

Presidenta. :



Ilmo. Sr. D. Ignacio Espinosa Casares. :

Ilma. Sra. Dña. Mercedes Oliver Albuerne. :

En Logroño, a once enero de dos mil veinticuatro.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, compuesta por los Ilmos. Sres. citados al margen y

EN NOMBRE DEL REY

Ha dictado la siguiente

SENTENCIA

En el recurso de Suplicación nº 173/23 interpuesto por D. Carlos Alberto , asistido del Abogado D. Javier Pérez Aguillo, contra la sentencia nº 193/23, de fecha veintiuno de noviembre de dos mil veintitrés, recaída en autos nº 3/23 del Juzgado de lo Social nº 2 de Logroño y siendo recurridos INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL asistidos del Letrado de la Administración de la Seguridad Social, ha actuado como **PONENTE LA ILMA. SRA. DÑA. MARÍA JOSÉ MUÑOZ HURTADO.**

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Según consta en autos, por D. Carlos Alberto se presentó demanda ante el Juzgado de lo Social nº 2 de Logroño, contra INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, en reclamación de INCAPACIDAD PERMANENTE.

SEGUNDO.- Celebrado el correspondiente juicio, recayó sentencia cuyos hechos declarados probados y fallo son del siguiente tenor literal:

"HECHOS PROBADOS:

PRIMERO.- El demandante nacido el NUM000 de 1970 se encuentra afiliado al Régimen General de la Seguridad Social siendo su profesión habitual la de operario.

SEGUNDO.- A instancias de la demandante se incoó expediente de incapacidad permanente emitiéndose informe de valoración médica en fecha 7 de octubre de 2022 con el siguiente contenido:

1. *DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: F31.9-Trastorno bipolar sin especificación*

2. *DIAGNÓSTICO*

T. bipolar tipo I Trastorno Esquizoafectivo con síntomas subsindrómicos depresivos. Trastorno cognitivo persistente secundario consumo de alcohol.

DM tipo 2

HTA

Obesidad

Epicondilitis.

SAOS severo

3. *DATOS DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (Anamnesis, exploración, documentos aportados)*

Operario bodega, control entrada/salida de bodega, Bodega CUNE

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 20 puritos al día desde los 24 años (IPA: 25). Bebedor de 2-3 L de cerveza y 3-4 vasos de vino (actualmente refiere haber abandonado el hábito tabáquico). HTA. DM tipo 2. Hiperuricemia. Dislipemia. Obesidad (IMC: 43).

Cardiología:

Miocardiopatía dilatada de probable origen enólico.

FEVI conservada en 4/18 -- > FEVI severamente deprimida-- > recuperada en RM en febrero de 21 (precisa contraste por mala ventana). En el último ecocardiograma (agosto 21) se objetiva FEVI normal (57%)

Arterias coronarias sin lesiones (9/20).

FA permanente. BRIHH.

En 10/2021 visto en última ocasión, se programa nueva cita en 1 año con ecocardiograma

Neurología:

2007:ID: Trastorno cognitivo, secundario a Dependencia alcohólica.

25/05/2010 Episodios sincopales de naturaleza vasovagal con estudios complementarios normales. Cuadro típico sincopal y naturaleza vasovagal. Valorado en Urgencias de Elche y filiado de vasovagal en tres ocasiones (entonces mantenía hábito etílico) en contexto de accesos de tos. Nada más por mi parte en este momento sin nada neurológico actual. Opción a revisarse si hubiese cambios o necesidad SAHOS muy severo. Posible EPOC con criterios clínico espirometría no válida, maniobras incorrectas. SAOS grave (IAH 96) 16/10/2020 CPAP 5 CMH20, MASCARILLA NASOBUCAL. MALA ADHERENCIA. Actualmente no la usa porque no la tolera.

ORL 23/09/2022 Paciente de 51 años que ingresa de forma programada para faringoplastia de expansión. A su ingreso glucemia 325mg/dl. Se administra corrección con insulina rápida, se repite glucemia a las 11h: 302mg/dl. Se decide suspender intervención quirúrgica.

Esteatohepatitis. Eco abdominal 19/04/2022: Hiperecogenicidad hepática difusa sugestiva de esteatosis y/o hepatopatía y con áreas de parénquima respetado.

Endocrino

I.D. Alto riesgo cardiovascular. Diabetes mellitus tipo 2. Hipertrigliceridemia. Obesidad grado III. Muy buena evolución ponderal.

03/03/2021: Alta de Endocrinología. Control en atención primaria. Secalip 145 mcg: 1 comprimido en cena.

Oftalmología:

FACO + LIO OD 20/1/22

01/03/2022 Agudeza visual de lejos sin corrección: Ojo Derecho: 1.0. Ojo Izquierdo: 0.3

Diagnóstico PSEUDOFALCIA OD/ MONOVISION

Puede ir sin gafas para todo por su monovision, o ajustarse la graduación de las que tiene, en función de su comodidad.

Alta

Ortopedia/RHB/Reumatología

06/2022 Dolor codo derecho de años de evolución sin traumatismo. Asocia dolor en manos, muñeca y codos valorado en Reuma, gota tofacea, valorado en COT le plateo IQ que rechazó

EF: Codo D: Dolor epicóndilo, Cozen +/-, Silla +. Tinel + cubital, flexion + Codo izquierdo tumefacción olecranon (tofo), no dolor en epicóndilo.

ENG: Estudio ENG con hallazgos sugerentes de la existencia de una neuropatía focal de ambos nervios cubitales, con probable lugar de compresión habitual a nivel de ambos codos, con grado de afectación moderada bilateral, con cierto predominio del lado izquierdo. Estudio ENG de ambos nervios medianos dentro de límites normales.

JC: Epicondilitis derecha, se pauta RHB

28/04/2022: Reumatología: Gota tofacea crónica. Tendinopatía calcificante. Neuropatía cubital

Unidad de salud mental

Informe 19/09/2022 Paciente en seguimiento en esta unidad de salud mental (Centro de salud de Haro-La Rioja) a cargo de psiquiatría desde hace años.

Visto anteriormente por Dr^a Laureano hasta el 05/08/2019, consta informe realizado en esa última visita:

Paciente de 48 años con historia en CSM Haro desde 2007. Antecedentes de clínica depresiva en 1994 sin tratamiento. Requirió ingreso en noviembre del 2007 en UHP Hospital San Pedro por Dependencia Alcohólica con deterioro cognoscitivo persistente F10.74(CIE-10). Posteriormente presento clínica de carácter depresiva con síntomas psicóticos. En 2010 presento clínica manimorfe con síntomas psicoticaticos precisando segundo ingreso de hospitalización en UHP de Hospital San Pedro. Al alta presento diagnóstico de Trastorno Psicótico inducido por alcohol y otras sustancias F10.5 (CIE-10). Al alta presento abstinencia y buena adherencia al tratamiento farmacológico y a consultas presentando afecto hipertímico, expansividad, ideación delirante, recibiendo diagnóstico de Trastorno Bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos F31(CIE-10).

La sintomatología afectiva mejoro persistiendo síntomas de carácter psicótico con gran repercusión conductual con aislamiento y habitación hasta marzo 2011. Desde entonces se ha mantenido en estado afectivo subdepresivo sin síntomas psicóticos. En los últimos años quejas de ansiedad elevada en momentos sociales importantes y en sitios cerrados sin la entidad suficiente para conformar una fobia específica. Se ha ido retirando tratamiento neuroléptico sin presencia de síntomas psicóticos.

Inicio relación terapéutica con el paciente, en primera visita el 03/01/2020.

Persiste ansiedad e hipersensibilidad a los ruidos.

El 26/06/2020 suspende por iniciativa propia tto. con Fluoxetina, manteniendo Depakine crono 500mg (2-0-2-0). Presenta estabilidad a nivel psicopatológico.

En visitas de 2020 y 2021, mantiene estabilidad. Se realizan controles analíticos

Última visita el 04/02/2022, pérdida del trabajo y ha sido intervenido de una catarata del OD.

Estable a nivel psicopatológico. Control analítico

Tto: Depakine 500 mg (1-0-0-2)

07/10/2022JD: T. bipolar tipo I con sintomatología psicótica que preciso varios ingresos en UCE de Psiquiatría.

Evolución actual. Eutimia durante los últimos años hasta hace unas semanas con reaparición de sintomatología psicótica leve " sensaciones de que la gente vuelve a hablar de mi " " hipersensibilidad de los ruidos "

Descompensación de su DM en las últimas semanas.

PT: Depakine 500 mg crono (1-0-0- 2) Quetiapina 25 mg (0-0-0-1) +1.

Revisión en 3 meses.

4. TRATAMIENTO EFECTUADO, EVOLUCIÓN Y POSIBILIDADES TERAPEUTICAS

ANORO ELLIPTA 55/22MCG 30 DOSIS POLVO PARA INHALACION UNIDOSIS DEPAKINE CRONO 500MG 100 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA

ADENURIC 120MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA

SECALIP 145MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA

ATORVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

NEPARVIS 24/26MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA

BISOPROLOL 5 MG 60 COMPRIMIDOS

EPLERENONA 25 MG 30 COMPRIMIDOS

SEGURIL 40MG 30 COMPRIMIDOS

LANIRAPID 0,1MG 50 COMPRIMIDOS

LIXIANA 60MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA

DELTIVUS 25.000UI/2,5ML 4 FRASCOS DE 2,5ML SOLUCION ORAL

OZEMPIC 1MG 1 PLUMA PRECARGADA 3ML SOLUCION INYECTABLE

OMEPRAZOL

Pauta terapéutica en Unidad de salud mental: Depakine 500 mg crono (1-0-0- 2) Quetiapina 25 mg (0-0-0-1) +1.

5. CONCLUSIONES (Limitaciones orgánicas y/o funcionales)

Eutimia durante los últimos años hasta hace unas semanas con reaparición de sintomatología psicótica leve "sensaciones de que la gente vuelve a hablar de mi " " hipersensibilidad de los ruidos "

A valorar EVI

TERCERO.- Por resolución de 17 de octubre de 2022 se denegó la prestación de incapacidad permanente por no ser las lesiones que padece susceptibles de determinación objetiva o previsiblemente definitivas.

CUARTO.- Presentada reclamación previa se emitió nuevo informe de valoración de la capacidad laboral en fecha 1 de diciembre de 2022 con el siguiente contenido:

1. **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** F31.9-Trastorno bipolar sin especificación

2. DIAGNÓSTICO

T. bipolar tipo I Trastorno Esquizoafectivo con síntomas subsindrómicos depresivos. Trastorno cognitivo persistente secundario consumo de alcohol.

DM tipo 2

HTA

Obesidad

Epicondilitis.

SAOS severo

3. DATOS DE LA VALORACIÓN MÉDICA (Basada en la historia clínica y otros documentos del expediente):

Operario bodega, control entrada/salida de bodega, Bodega CUNE

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 20 puritos al día desde los 24 años (IPA: 25). Bebedor de 2-3 L de cerveza y 3-4 vasos de vino (actualmente refiere haber abandonado el hábito tabáquico). HTA. DM tipo 2. Hiperuricemia. Dislipemia. Obesidad (IMC: 43).

Cardiología:

Miocardiopatía dilatada de probable origen enólico.

FEVI conservada en 4/18 -- > FEVI severamente deprimida-- > recuperada en RM en febrero de 21 (precisa contraste por mala ventana). En el último ecocardiograma (agosto 21) se objetiva FEVI normal (57%)

Arterias coronarias sin lesiones (9/20).

FA permanente. BRIHH.

En 10/2021 visto en última ocasión, se programa nueva cita en 1 año con ecocardiograma

Neurología:

2007:ID: Trastorno cognitivo, secundario a Dependencia alcohólica.

25/05/2010 Episodios sincopales de naturaleza vasovagal con estudios complementarios normales. Cuadro típico sincopal y naturaleza vasovagal. Valorado en Urgencias de Elche y filiado de vasovagal en tres ocasiones (entonces mantenía hábito etílico) en contexto de accesos de tos. Nada más por mi parte en este momento sin nada neurológico actual. Opción a revisarse si hubiese cambios o necesidad SAHOS muy severo. Posible EPOC con criterios clínico espirometría no válida, maniobras incorrectas. SAOS grave (IAH 96) 16/10/2020 CPAP 5 CMH20, MASCARILLA NASOBUCAL. MALA ADHERENCIA. Actualmente no la usa porque no la tolera.

ORL 23/09/2022 Paciente de 51 años que ingresa de forma programada para faringoplastia de expansión. A su ingreso glucemia 325mg/dl. Se administra corrección con insulina rápida, se repite glucemia a las 11h: 302mg/dl. Se decide suspender intervención quirúrgica. Pendiente de IQ

Esteatohepatitis. Eco abdominal 19/04/2022: Hiperecogenicidad hepática difusa sugestiva de esteatosis y /o hepatopatía y con áreas de parénquima respetado.

Endocrino

I.D. Alto riesgo cardiovascular. Diabetes mellitus tipo 2. Hipertrigliceridemia. Obesidad grado III. Muy buena evolución ponderal.

03/03/2021: Alta de Endocrinología. Control en atención primaria. Secalip 145 mcg: 1 comprimido en cena.

Oftalmología:

FACO + LIO OD 20/1/22

01/03/2022 Agudeza visual de lejos sin corrección: Ojo Derecho: 1.0. Ojo Izquierdo: 0.3

Diagnóstico PSEUDOFALCIA OD/ MONOVISION

Puede ir sin gafas para todo por su monovision, o ajustarse la graduación de las que tiene, en función de su comodidad.

Alta

Ortopedia/RHB/Reumatología



06/2022 Dolor codo derecho de años de evolución sin traumatismo. Asocia dolor en manos, muñeca y codos valorado en Reuma, gota tofacea, valorado en COT le plateau IQ que rechazó

EF: Codo D: Dolor epicóndilo, Cozen +/- , Silla +. Tinel + cubital, flexion +

Codo izquierdo tumefacción olecranon (tofo), no dolor en epicóndilo.

ENG: Estudio ENG con hallazgos sugerentes de la existencia de una neuropatía focal de ambos nervios cubitales, con probable lugar de compresión habitual a nivel de ambos codos, con grado de afectación moderada bilateral, con cierto predominio del lado izquierdo. Estudio ENG de ambos nervios medianos dentro de límites normales.

JC: Epicondilitis derecha, se pauta RHB

28/04/2022: Reumatología: Gota tofécea crónica. Tendinopatía calcificante. Neuropatía cubital

11/2022 Eco manos: No se observa sinovitis. Eco rodilla derecha: Leve derrame sinovial. Quiste de Baker de 25mm por 8mm sin signos de rotura.

Unidad de salud mental

Informe 19/09/2022 Paciente en seguimiento en esta unidad de salud mental (Centro de salud de Haro-La Rioja) a cargo de psiquiatría desde hace años.

Visto anteriormente por Dr^a Laureano hasta el 05/08/2019, consta informe realizado en esa última visita: Paciente de 48 años con historia en CSM Haro desde 2007. Antecedentes de clínica depresiva en 1994 sin tratamiento. Requirió ingreso en noviembre del 2007 en UHP Hospital San Pedro por Dependencia Alcohólica con deterioro cognoscitivo persistente F10.74(CIE-10). Posteriormente presento clínica de carácter depresiva con síntomas psicóticos. En 2010 presento clínica manimorfe con síntomas psicóticos precisando segundo ingreso de hospitalización en UHP de Hospital San Pedro. Al alta presento diagnóstico de Trastorno Psicótico inducido por alcohol y otras sustancias F10.5 (CIE-10). Al alta presento abstinencia y buena adherencia al tratamiento farmacológico y a consultas presentando afecto hipertímico, expansividad, ideación delirante, recibiendo diagnóstico de Trastorno Bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos F31(CIE-10).

La sintomatología afectiva mejoro persistiendo síntomas de carácter psicótico con gran repercusión conductual con aislamiento y habitación hasta marzo 2011. Desde entonces se ha mantenido en estado afectivo subdepresivo sin síntomas psicóticos. En los últimos años quejas de ansiedad elevada en momentos sociales importantes y en sitios cerrados sin la entidad suficiente para conformar una fobia específica. Se ha ido retirando tratamiento neuroléptico sin presencia de síntomas psicóticos.

Inicio relación terapéutica con el paciente, en primera visita el 03/01/2020.

Persiste ansiedad e hipersensibilidad a los ruidos.

El 26/06/2020 suspende por iniciativa propia tto. con Fluoxetina, manteniendo Depakine crono 500mg (2-0-2-0). Presenta estabilidad a nivel psicopatológico.

En visitas de 2020 y 2021, mantiene estabilidad. Se realizan controles analíticos Última visita el 04/02/2022, pérdida del trabajo y ha sido intervenido de una catarata del OD.

Estable a nivel psicopatológico. Control analítico

Tto: Depakine 500 mg (1-0-0-2)

07/10/2022 JD: T. bipolar tipo I con sintomatología psicótica que preciso varios ingresos en UCE de Psiquiatría.

Evolución actual. Eutimia durante los últimos años hasta hace unas semanas con reaparición de sintomatología psicótica leve " sensaciones de que la gente vuelve a hablar de mi " " hipersensibilidad de los ruidos "

Descompensación de su DM en las últimas semanas.

PT: Depakine 500 mg crono (1-0-0- 2) Quetiapina 25 mg (0-0-0-1) +1.

Revisión en 3 meses.

4. TRATAMIENTO EFECTUADO, EVOLUCIÓN Y POSIBILIDADES TERAPEUTICAS

ANORO ELLIPTA 55/22MCG 30 DOSIS POLVO PARA INHALACION UNIDOSIS DEPAKINE CRONO 500MG 100 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA

ADENURIC 120MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA

SECALIP 145MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA



ATORVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS
NEPARVIS 24/26MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA
BISOPROLOL 5 MG 60 COMPRIMIDOS
EPLERENONA 25 MG 30 COMPRIMIDOS
SEGURIL 40MG 30 COMPRIMIDOS
LANIRAPID 0,1MG 50 COMPRIMIDOS
LIXIANA 60MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA
DELTIVUS 25.000UI/2,5ML 4 FRASCOS DE 2,5ML SOLUCION ORAL
OZEMPIC 1MG 1 PLUMA PRECARGADA 3ML SOLUCION INYECTABLE
OMEPRAZOL

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 31/12/2022 mediante el Código Electrónico

de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.

*Pauta terapeutica en Unidad de salud mental: Depakine 500 mg crono (1-0-0- 2) Quetiapina 25 mg (0-0-0-1) +1.
Revisión en 3 meses.*

5. CONCLUSIONES (Limitaciones orgánicas y/o funcionales)

Hace unas semanas con reaparición de sintomatología psicótica leve " sensaciones de que la gente vuelve a hablar de mi " " hipersensibilidad de los ruidos ". Neuropatía focal de ambos nervios cubitales, con probable lugar de compresión habitual a nivel de ambos codos, con grado de afectación moderada. A valorar EVI

QUINTO.- Por resolución de 20 de diciembre de 2022 se desestimó la reclamación previa.

SEXTO.- El demandante presenta como principales patologías las siguientes:

T. bipolar tipo I Trastorno Esquizoafectivo con síntomas subsindrómicos depresivos. Trastorno cognitivo persistente secundario consumo de alcohol. Síntomas psicóticos, hipersensibilidad a los ruidos

DM tipo 2

HTA

Obesidad grado 3.

Epicondilitis.

SAOS severo pendiente de intervención quirúrgica.

Miocardopatía dilatada no isquémica probable enófica disfunción sistólica severa FEVI 31%.

Fibrilación auricular permanente con respuesta ventricular controlada.

Lumbalgia, dorsalgia.

SÉPTIMO.- El demandante tiene reconocido un grado de discapacidad del 33%, de los cuales 5 puntos son por factores sociales, la patología reconocida es trastorno de la afectividad por psicosis y trastorno cognitivo por dependencia de sustancias psicoactivas.

OCTAVO.- A base reguladora de la incapacidad permanente asciende a 845,85 euros.

FALLO.- ESTIMO en parte la demanda presentada por don Carlos Alberto contra INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y en consecuencia declaro al demandante afecto a una Incapacidad Permanente en grado de Total para su profesión habitual con derecho a una prestación equivalente al 55% de la base reguladora, efectos económicos de 13 de octubre de 2022, con las actualizaciones que procedan, situación que podrá ser revisado a partir de transcurrido un año de la presente resolución."

TERCERO.- Contra dicha Sentencia se interpuso recurso de Suplicación por D. Carlos Alberto , siendo impugnado de contrario. Elevados los autos a este Tribunal, se dispuso el pase de los mismos al Ponente para su examen y resolución.



CUARTO.- En la tramitación del presente recurso se han observado todas las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El Juzgado de lo Social nº 2 dictó sentencia estimatoria de la pretensión subsidiaria de la demanda interpuesta por el Sr. Carlos Alberto, impugnando la resolución administrativa denegatoria del reconocimiento de cualquier grado invalidante, e interesando que judicialmente se le declarase afecto de una incapacidad permanente absoluta, o, en su defecto, total para su profesión habitual de operario, derivadas de enfermedad común.

Disintiendo del pronunciamiento de la anterior resolución, el beneficiario, a través de su dirección letrada, se alza en suplicación, articulando un motivo revisorio, canalizado a través del apartado b del Art. 193 LRJS, con objeto de modificar el ordinal 6º, y, otro destinado al examen del derecho aplicado, en el que, por la vía del apartado c del mismo precepto de la ley de trámites, acusa la infracción, por inaplicación, del Art. 137 LGSS y jurisprudencia que lo interpreta citada en el escrito d formalización.

El Letrado de la Administración de la Seguridad Social se ha opuesto al recurso.

SEGUNDO.- A) En cuanto a los motivos de revisión fáctica con fundamento en el apartado b) del artículo 193 LRJS (Ley 36/11), que constituye reproducción literal del Art. 191.b LPL, la Jurisprudencia relativa a los requisitos que han de darse para la procedencia de la reforma de los hechos probados en el recurso de casación (SSTS 23/04/12, Rec. 52/11 y 26/09/11, Rec. 217/10), cuya doctrina resulta aplicable al de suplicación, dado su carácter extraordinario y casi casacional (STC 105/08, 218/06, 230/00), subordina su prosperabilidad al cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Indicar el hecho expresado u omitido que el recurrente estime equivocado, siendo posible atacar la convicción judicial alcanzada mediante presunciones, si bien para ello resulta obligado impugnar no solo el hecho indiciario de la presunción judicial sino también el razonamiento de inferencia o enlace lógico entre el mismo y el hecho presunto (STS 16/04/04, RJ 2004\3694 y 23/12/10, Rec. 4.380/09)

Debe tratarse de hechos probados en cuanto tales no teniendo tal consideración las simples valoraciones o apreciaciones jurídicas contenidas en el factum predeterminantes del fallo, las cuales han de tenerse por no puestas (STS 30/06/08, RJ 138/07), ni tampoco las normas jurídicas, condición de la que participan los convenios colectivos, cuyo contenido no debe formar parte del relato fáctico (SSTS 22/12/11, Rec. 216/10)

b) Citar concretamente la prueba documental o pericial que, por sí sola, demuestre la equivocación del juzgador, de una manera evidente, manifiesta y clara, sin que sean admisibles a tal fin, las meras hipótesis, disquisiciones o razonamientos jurídicos.

c) Al estar concebido el procedimiento laboral como un proceso de instancia única, la valoración de la prueba se atribuye en toda su amplitud únicamente al juzgador de instancia, por ser quien ha tenido plena intermediación en su práctica, de ahí que la revisión de sus conclusiones únicamente resulte viable cuando un posible error aparezca de manera evidente y sin lugar a dudas de medios de prueba hábiles a tal fin que obren en autos, no siendo posible que el Tribunal ad quem pueda realizar un nueva valoración de la prueba, por lo que, debe rechazarse la existencia de error de hecho, si ello implica negar las facultades de valoración que corresponden primordialmente al Tribunal de instancia, siempre que las mismas se hayan ejercido conforme a las reglas de la sana crítica, pues lo contrario comportaría la sustitución del criterio objetivo de aquél por el subjetivo de las partes.

Como consecuencia de ello, ante la existencia de dictámenes periciales contradictorios, ha de aceptarse normalmente el que haya servido de base a la resolución que se recurre, pues el órgano de instancia podía optar conforme al artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil por el que estimara más conveniente y le ofreciera mayor credibilidad, sin que contra la apreciación conjunta de la prueba quepa la consideración aislada de alguno de sus elementos y solo pudiendo rectificarse aquel criterio por vía de recurso si el dictamen que se opone tiene mayor fuerza de convicción o rigor científico que el que ha servido de base a la resolución recurrida.

d) El contenido del documento a través del que se pretende evidenciar el error en la valoración de la prueba por parte del Juzgador de instancia no puede ser contradicho por otros medios de prueba y ha de ser literosuficiente o poner de manifiesto el error de forma directa, clara y concluyente.

Además, ha de ser identificado de forma precisa concretando la parte del mismo que evidencie el error de hecho que se pretende revisar, requisito este último que se menciona de manera expresa en el Art. 196.3 LRJS al exigir que en el escrito de formalización del recurso habrán de señalarse de manera suficiente para que sean identificados el concreto documento o pericia en que se base el motivo

- e) Fijar de modo preciso el sentido o forma en el que el error debe ser rectificado requiriendo expresamente el apartado 3 del Art. 196 LRJS que se indique la formulación alternativa que se pretende.
- f) Que la rectificación, adición o supresión sean trascendentes al fallo es decir que tengan influencia en la variación del signo del pronunciamiento de la sentencia recurrida.
- g) La mera alegación de prueba negativa -inexistencia de prueba que avale la afirmación judicial- no puede fundar la denuncia de un error de hecho

B) 1.- El texto propuesto para reemplazar al hecho probado sexto, en el que se ofrece noticia sobre la convicción judicial relativa al cuadro residual del demandante y su traducción disfuncional, es del siguiente tenor:

" El demandante presenta como principales patologías las siguientes:

- 1º.- Trastorno bipolar tipo 1
- 2º.- Trastorno esquizoafectivo con síntomas subsindrómicos depresivos
- 3º.- Trastorno cognitivo persistente secundario a consumo de alcohol
- 4º.- Síntomas psicóticos
- 5º.- Hipersensibilidad a los ruidos
- 6º.- Miocardiopatía dilatada. SAOS severo
- 7º.- Fibrilación auricular permanente riesgo cardio embólico CHADSDS2- Vasc=2
- 8º.- Hipertensión arterial
- 9º.- Apnea obstructiva del sueño grave
- 10º.- EPOC
- 11º.- Diabetes Mellitus tipo 2
- 12º.- Obesidad grado III
- 13º.- Gota tofácea crónica.
- 14º.- Dislipemia
- 15º.- Tendinopatía calcificante
- 16º.- Neuropatía cubital
- 17º.- Aplastamiento vertebral D11, D12 y L1. Densitometría normal
- 18º.- Esteatohepatitis no alcohólica
- 19º.- Fumador
- 20º.- Epicondilitis
- 21º.- Meniscopatía
- 22º.- Tendinitis inserción rotuliano
- 23º.- Neuropatía focal de ambos nervios cubitales, con probable lugar de compresión a nivel de ambos codos, con grado de afectación moderado bilateral
- 24º.- Cambios degenerativos, apreciando picos osteofitarios marginales en las articulaciones del codo"

2.- Vamos a rehusar la modificación instada, toda vez que las afecciones enumeradas en los numerales 1 a 12 y 20, ya constan en el ordinal que se quiere modificar, complementado con las afirmaciones con idéntico valor contenidas en el tercer fundamento de derecho; la apnea obstructiva del sueño ya se menciona en el número 6; no es una patología ser fumador (19); el resto de entidades clínicas que se quieren añadir, [de las que, efectivamente se reseñan en el dictamen médico oficial, la gota, dislipemia, neuropatía cubital (16º), que es la misma enfermedad reiterada en el nº 23, y la tendinopatía calcificante], carecen de trascendencia decisoria, por cuanto, lo relevante para la calificación de la incapacidad permanente no son las enfermedades sino el menoscabo funcional que ocasionan, sin que el texto propuesto recoja cualquier deficiencia física o psíquica omitida en el relato judicial que, a nivel osteoarticular deja constancia de la presencia de dorsalgia y lumbalgia.

TERCERO.- La instancia ha considerado que el demandante carece de la aptitud psicofísica necesaria para la realización de las labores propias de su oficio que es de corte físico moderado y se desarrolla en ambientes



ruidosos, pero le resta capacidad residual para la ejecución de trabajos sedentarios, de escaso esfuerzo físico y que no revistan especial complejidad

En el motivo de censura, tomando como premisa fáctica las limitaciones funcionales reflejadas en la pericial de parte, se objeta a la calificación judicial de la incapacidad permanente, que el demandante está inhabilitado para el desempeño de cualquier actividad laboral con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, fundamentalmente, por las alteraciones conductuales y del comportamiento, y la imposibilidad de tomar decisiones, y mantener la atención, el razonamiento, y la comunicación, asociados a sus afecciones psíquicas.

A) Tras la entrada en vigor el 2 de enero de 2016 del TRLGSS aprobado por RD Legislativo 8/15 (disposición final única de dicho cuerpo normativo) y en tanto en cuanto no se produzca el desarrollo reglamentario a que se refiere su Art. 194.3, el concepto de los diversos grados de incapacidad permanente es el que proporciona la versión del Art. 194 conforme a su disposición transitoria 26ª, en el que, reproduciendo el artículo 137 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994, su número 5, define la incapacidad permanente absoluta como la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio

Para la valoración del mencionado grado de incapacidad deben seguirse los siguientes criterios establecidos por la Jurisprudencia que por el momento continúan vigentes:

I - La invalidez merecerá la calificación de absoluta cuando al trabajador no le reste capacidad alguna (STS 29-9-1987), debiéndose realizar la valoración de las capacidades residuales atendiendo las limitaciones funcionales derivadas de los padecimientos sufridos (STS 6-11-1987 [RJ 1987\7831]), sin que puedan tomarse en consideración las circunstancias subjetivas de edad, preparación profesional y restantes de tipo económico y social que concurran, que no pueden configurar grado de incapacidad superior al que corresponda por razones objetivas de carácter médico, exclusivamente (SSTS 23-3-1987, 14-4-1988) debido a que tales circunstancias pueden tomarse exclusivamente en consideración para la declaración de la invalidez total cualificada, debiéndose valorar las secuelas en sí mismas (STS 16-12-1985)

II- Deberá declararse la invalidez absoluta cuando resulte una inhabilitación completa del trabajador para toda profesión u oficio, al no estar en condiciones de acometer ningún quehacer productivo porque las aptitudes que le restan carecen de suficiente relevancia en el mundo económico para concertar alguna relación de trabajo retribuida (SSTS 18-1 y 25-1-1988) implicando no sólo la posibilidad de trasladarse al lugar de trabajo por sus propios medios y permanecer en él durante toda la jornada (STS 25-3-1988) y efectuar allí cualquier tarea, sino la de llevarla a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, en régimen de dependencia con un empresario durante toda la jornada laboral, sujetándose a un horario y con las exigencias de todo orden que comporta la integración en una empresa, dentro de un orden establecido y en interrelación con otros compañeros (SSTS 12-7 y 30-9-1986), en tanto no es posible pensar que en el amplio campo de las actividades laborales exista alguna en la que no sean exigibles estos mínimos de capacidad y rendimiento, que son exigibles incluso en el más simple de los oficios y en la última de las categorías profesionales, y sin que sea exigible un verdadero afán de sacrificio por parte del trabajador y un grado intenso de tolerancia por el empresario (STS 21-1-1988).

III- No se trata de la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino de su realización conforme a las exigencias mínimas de continuidad, dedicación y eficacia (SSTS 6-2-1987, 6-11-1987). En consecuencia, habrá invalidez absoluta siempre que las condiciones funcionales médicamente objetivables del trabajador le inhabiliten para cualquier trabajo que tenga una retribución ordinaria dentro del ámbito laboral (SSTS 23-3-1988, 12-4-1988).

En tal sentido se ha señalado que lo preceptuado en el número 5 del art. 137 LGSS, al definir la incapacidad absoluta para todo trabajo, no debe ser objeto de una interpretación literal y rígida, que llevaría a una imposibilidad de su aplicación, sino que ha de serlo de forma flexible (STS 11-3-1986)

B) Previamente a resolver la impugnación jurídico sustantiva formulada hemos de subrayar que el precepto que se reputa como infringido no es de aplicación al caso enjuiciado, pues consolidada la Jurisprudencia establece que las prestaciones de seguridad social se rigen por la normativa vigente en el momento de producirse el hecho causante (SSTS 17/01/05, Rec. 4891/03 ; 29/06/04, Rec. 4538/03 ; 16/10/03, Rec. 981/03), que, en nuestro caso ha de situarse el 13/10/22, fecha en la que ya había entrado en vigor el nuevo TRLGSS aprobado por Real Decreto Legislativo 8/15, debiendo estar pues a la regulación de los diversos grados de incapacidad permanente contenida en el Art. 194 de dicho cuerpo normativo en su redacción según la disposición transitoria 26ª.

C) Inalterada la crónica judicial, la impugnación jurídico sustantiva formulada está abocada al fracaso, pues la misma se construye sobre unas premisas fácticas ajenas a las que ofrece el histórico, incurriendo en el



reprobable vicio de la petición de principio o hacer supuesto de la cuestión (SSTS 12/07/17, Rec. 278/16; Rec. 244/16; 5/07/17, 12/05/17, Rec. 210/15; 23/11/16, Rec. 94/16; 16/12/16, Rec. 65/16).

D) En efecto, de lo que dejan constancia los hechos probados de la sentencia de instancia, complementados con las afirmaciones con idéntico valor subsumidas en la fundamentación jurídica, es de que D. Carlos Alberto , con diversos antecedentes patológicos (ingresos en 2007 y 2010 por alcoholismo), factores de riesgo (HTA, diabetes mellitus tipo 2, obesidad grado III) y patologías actuales sin repercusión funcional (epicondilitis, miocardiopatía dilatada de origen enólico, EPOC), presenta el siguiente cuadro residual con incidencia en su capacidad psicofísica:

- En la esfera psíquica, está diagnosticado de trastorno bipolar tipo I, y trastorno esquizoafectivo, que le condicionan síntomas subdepresivos, reaparición de síntomas psicóticos leves a mediados de septiembre de 2022, y además, secundario al consumo de alcohol le han residuado un trastorno cognitivo leve e hipersensibilidad a los ruidos.

En cuanto a este punto debemos significar que aunque la resolución recurrida no indica expresamente los motivos por los que la afectación de las funciones superiores se etiqueta de leve, la atribución de dicha entidad nos impresiona de estar justificada por los resultados de la exploración psicopatológica realizada en psiquiatría con ocasión del ingreso en cardiología en octubre de 2020 (folio 89 expediente administrativo), así como por los del test del reloj y minimal y la exploración cognitiva que se recogen en el informe de alta del primer ingreso en psiquiatría en 2007 (folio 27 expediente administrativo), y también por los de la exploración psicopatológica efectuada con ocasión del segundo ingreso en 2010 (folio 30 del expediente administrativo).

- A nivel físico, padece lumbalgia, dorsalgia y un síndrome de apnea del sueño severo, para el que se indicó intervención quirúrgica que hubo de ser suspendida por alteración de la glucosa, y está pendiente de ser realizada, que originan limitación para la realización de esfuerzos moderados.

D) Coincidiendo con la valoración de la instancia, en la situación clínica que acabamos de describir, el demandante mantiene una adecuada aptitud para el desempeño reglado y en condiciones de productividad inserto en el mercado laboral de actividades de corte liviano y sedentario exentas de complejidad, pues, como hemos expuesto, físicamente solo existe restricción para el esfuerzo moderado; cognitiva y afectivamente la alteración es leve; y, la clínica psicótica, de reciente reaparición en septiembre de 2022, cuya evolución a la fecha de celebración del acto del juicio no consta, también era de escasa entidad, materializándose en la sensación de que la gente vuelve a hablar de él.

E) En consonancia con lo previamente razonado, procede desestimar el recurso, y confirmar la sentencia de instancia, que no ha cometido la infracción normativa que se le imputa.

CUARTO.- En aplicación de lo dispuesto en el Art. 235.1 LRJS (L 36/11), la desestimación del recurso no lleva aparejada la condena en costas a la parte recurrente al disfrutar la misma del beneficio de justicia gratuita.

QUINTO.- A tenor del Art. 218 LRJS (L 36/11) frente a esta resolución podrá interponerse recurso de casación para unificación de doctrina.

VISTOS: los artículos citados y los demás que son de general aplicación.

FALLAMOS

1º) Se desestima el recurso de suplicación interpuesto por D. Carlos Alberto contra la sentencia nº 193/23, de fecha 21 de noviembre de 2023, del Juzgado de lo Social nº 2 de Logroño.

2º) Se confirma dicha resolución.

Notifíquese esta sentencia a las partes y al Ministerio Fiscal, haciéndoles saber que contra la misma pueden interponer Recurso de Casación para la Unificación de Doctrina, debiendo anunciarlo ante esta Sala en el plazo de DIEZ DIAS mediante escrito que deberá llevar firma de Letrado y en la forma señalada en los artículos 220 y siguientes de la Ley de Jurisdicción Social, quedando en esta Secretaría los autos a su disposición para su examen. Si el recurrente es empresario que no goce del beneficio de justicia gratuita y no se ha hecho la consignación oportuna en el Juzgado de lo Social, deberá ésta consignarse del siguiente modo:

a) Si se efectúa en una Oficina del **BANCO DE SANTANDER** se hará en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones que esta Sala tiene abierta con el nº 2268-0000-66-0173-23, Código de Entidad 0030 y Código de Oficina 8029.

b) Si se efectúa a través de transferencia bancaria o por procedimientos telemáticos, se hará en la cuenta núm.0049 3569 92 0005001274, código IBAN. ES55, y en el campo concepto: 2268-0000-66-0173-23.



Pudiendo sustituirse la misma por aval bancario, así como el depósito para recurrir de 600 euros que deberá ingresarse ante esta misma Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, en la cuenta arriba indicada. Expídanse testimonios de esta resolución para unir al Rollo correspondiente y autos de procedencia, incorporándose su original al correspondiente libro de Sentencias.

Así por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos mandamos y firmamos.

E./

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por la Magistrada-Ponente, **Ilma. Sra. Dña. MARÍA JOSÉ MUÑOZ HURTADO**, celebrando audiencia pública la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, de lo que como Letrado de la Administración de Justicia, doy fe.

FONDO DOCUMENTAL CENDOS