



**JDO. DE LO SOCIAL N. 2
CARTAGENA**

SENTENCIA: 00050/2024

C/ CARLOS III, nº 41-43 bajo

Tfno: 968326289,90,91,98 Fax: 968326144 Correo Electrónico: social2.cartagena@justicia.es

NIG: 30016 44 4 2023 0002691

Modelo: N02700 SENTENCIA

**SSS SEGURIDAD SOCIAL EN MATERIA PRESTACIONAL
0000916 /2023** Procedimiento origen: Sobre: SEGURIDAD SOCIAL

DEMANDANTE/S: [REDACTED]

ABOGADO/A: DIEGO MOYA URAN

PROCURADOR: GRADUADO/A SOCIAL:

DEMANDADO/S: TGSS, MUTUA FREMAP, INSS, FUNDACION RIFA BENEFICA CASA DEL NIÑO

ABOGADO/A: LETRADO DE LA TESORERIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, ALEJANDRO RODRIGUEZ CONTRERAS ,
LETRADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL ,

PROCURADOR: GRADUADO/A SOCIAL:

Juzgado de lo Social núm. 2, de Cartagena

Procedimiento: 0916-23

En la ciudad de Cartagena, a 1 de febrero de 2024

El Iltmo. Sr. Don Joaquín Torró Enguix, Magistrado-Juez de este Juzgado de lo Social, tras haber visto los presentes autos sobre **Seguridad Social (SSS-Impugnación de Alta Médica) - número 0916-23** - con los siguientes intervinientes:

- como demandante por [REDACTED], con la asistencia del letrado D. Diego Moya Urán,

- como demandados, se ha dirigido la demanda contra:

-- el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y la TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS-TGSS) , asistido y representado de Letrado/a de la Seguridad Social D/Da. Pilar Aguilera, y

-- contra Mutua Fremap, con asistencia del letrado D. Alejandro Rodríguez Contreras.

- ha sido citado como interviniente/interesado la empresa FUNDACION RIFA BENEFICA CASA DEL NIÑO,





La parte demandante inició el 09/12/2021 un proceso de IT , aquejada (diagnóstico) gonalgia derecha.

La baja médica fue por contingencia común.

El actor prestaba sus servicios para la empresa FUNDACION RIFA BENEFICA CASA DEL NIÑO de Cartagena

La cobertura por la contingencia de la baja estaba concertada con el INSS

(no controvertido)

SEGUNDO.- Una vez agotada la duración máxima de 365 días de incapacidad temporal, previo informe del equipo de valoración de incapacidades de el Instituto Nacional de la Seguridad Social se dictó resolución de fecha de salida 16/12/2022 (folio 1 expediente B), acordando emitir el alta médica con dicha fecha. (dicha resolución fue notificada a la actora en fecha 17 de 17/12/2022 -folio 4 expediente B). Se siguió trámite de disconformidad, desestimándose la reclamación por resolución expresa de fecha de salida de 26/04/2023 (obrante al ramo del INSS)

A la fecha del alta emitida, la actora fue diagnosticada de Síndrome femoro-patelar derecho. Condromalacia, padeciendo una gonalgia derecha de ritmo mecánico, sin traumatismo ni sofreesfuerzo asociado (desde el mes de junio de 2021), con un balance articular completo bilateral, crepitantes bilaterales, sin afectación meniscal, ni apreciación de derrame ni falta de estabilidad, ni inflamación.

TERCERO.- El 01/06/2023 por el SPS se emitió nueva baja médica, inicialmente figuraba en el parte el diagnóstico de Sentir Malestar, emitiéndose el 11/06/2023 parte P10 en el que se corregía el diagnóstico por el de lumbalgia (folio 5 Y 18 expediente A).

Por el INSS, previo informe médico de recaída de 29/06/2023 (folios 3 y ss del Expediente A), se dictó resolución con fecha de salida 30/06/2023 se dictó resolución "determinando que usted no está incapacitado para el trabajo,





por lo que la baja emitida por el servicio público de salud no produce efectos" (folio 10 expediente A)

Disconforme con dicha resolución, el 22/08/2023 por la actora se articuló reclamación previa, siendo nuevamente analizada su situación por la Inspección Médica el 31/08/2023, dictándose resolución de fecha de salida 13/09/2023 desestimando la reclamación previa (folio 23 y ss del expediente A), que se da íntegramente por reproducida.

CUARTO.- La parte actora padece un malestar general, con episodios de dolor crónico multifocal, a nivel raquis, hombros y rodilla

QUINTO.- El día 1/06/2023 la actora fue atendida en Urgencias del HU Santa Lucía de Cartagena, con alta ese mismo día, al que acudió por presentar un cuadro de malestar general y epigaltraiga asociada a sudoración profusa, náuseas y episodios de vómitos.

(parte de asistencia, folios 16 y ss expediente A)

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- . Los anteriores hechos probados han sido obtenidos en virtud de la convicción del juzgador, alcanzada tras el estudio de los medios de prueba practicados en el proceso, y concretamente de la prueba documental aportada por las partes y el expediente administrativo obrante en Autos, todo ello valorado en su conjunto y conforme a las reglas de la sana crítica. Al respecto se detalla el expediente B (formado con motivo de la IT inicial de 9/12/2021), y el expediente A (formado por el INSS con motivo de la denegación de la posterior baja médica, cuya resolución es impugnada por la actora).

SEGUNDO.- la delimitación de la litis.

Postula la parte demandante que se deje sin efecto la resolución del INSS dejando sin efecto la baja médica emitida por el SPS el 01/06/2023. En síntesis, alega que la misma es por diagnóstico de Lumbalgia, y considera que es una patología diferente a la que determinó la IT precedente (Condromalacia),





por lo que afirma que procede el reconocimiento de la situación de IT, con todos sus efectos. Por la Entidad Gestora se opone a dicha petición, afirmando tanto su competencia para el dictado de la resolución impugnada (al ser una baja emitida dentro de los 180 días), como la no concurrencia de dolencias ni limitaciones determinantes de IT.

TERCERO.- Aspectos normativos fundamentales a tener en cuenta

Para dilucidar si es correcta o no el alta médica que se impugna ha de examinarse si concurren o no en la fecha de efectos de la misma los requisitos para apreciar que el actor se encuentra en situación de incapacidad temporal. Estos requisitos, según el art. 169.1 a) LGSS, son:

1º) Que se produzca alguna de las contingencias reseñadas en el meritado artículo: enfermedad común o profesional o accidente, sea o no de trabajo,

2º) Que el trabajador esté impedido para el trabajo debido a ellas, necesitando asistencia facultativa.

Expresamente dispone dicho precepto que "Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal: Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación."

Por su parte, los apartados 1 y 2 del art. 170 de la meritada norma previenen lo siguiente:

"1. Hasta el cumplimiento del plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de los procesos de incapacidad temporal, el Instituto Nacional de la Seguridad Social ejercerá, a través de los inspectores médicos adscritos a dicha entidad, las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo servicio público de salud, para emitir un alta médica a todos los efectos. Cuando el alta haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad





Social, este será el único competente, a través de sus propios inspectores médicos, para emitir una nueva baja médica producida por la misma o similar patología en los ciento ochenta días siguientes a la citada alta médica.

2. Agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días indicado en el apartado anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal producida, por la misma o similar patología, en los ciento ochenta días naturales posteriores a la citada alta médica.

CUARTO.- Planteamiento de la controversia y la respuesta al caso concreto.

Por tanto, la situación de baja (IT) conforme al anterior normativa, tiene un periodo máximo de trescientos sesenta y cinco días prorrogables por otros ciento ochenta, siempre que durante los mismos se prevea la curación. Ahora bien, respecto de esta prórroga de ciento ochenta días una vez agotado el plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días es de destacar que el precepto anteriormente expuesto atribuye en relación a su otorgamiento la competencia exclusiva del INSS, órgano éste que también tiene las competencias para determinar si procede el inicio de un expediente de incapacidad o para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o bien para para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal producida, por la misma o similar patología, en los ciento ochenta días naturales posteriores a la citada alta médica





En el presente caso la actora pretende el reconocimiento de la nueva IT únicamente en la circunstancia de haberse emitido un parte de baja con diagnóstico de lumbociática. Pues bien, hay que señalar desde ya que únicamente acredita que formalmente se emitió el parte de baja (dejado sin efecto por la Inspección), pero nada más. Ni siquiera la asistencia a urgencias hospitalarias del día 01/06/2023 se apreció dicha dolencia, sino que acudió por un malestar general (con vómitos).

Consta en el propio expediente que con posterioridad, el 17/07/2023 se realizó una prueba de RNM COLUMN.LUMBAR (folio 18 del expediente), pero la misma lo que viene a acreditar es la ausencia de afectaciones significativas, dado que se aprecia alineación vertebral conservada, rectificación de lordosis lumbar y una hernia a nivel lumbo-sacro. En relación con dicha prueba médica, además la misma no consta que le haya sido prescrita ni por traumatología ni por ninguna otra especialidad médica. Tampoco añade nada al cuadro que presentaba para la primera IT, y siguiendo con dicha prueba, lo que es más relevante todavía es que no es que no existiera prescripción previa, sino que además tampoco ha sido objeto de valoración clínica posterior (simplemente se ha realizado la prueba, ya está).

No acredita el actor ni una sola limitación funcional, ni la existencia de tratamientos activos, ni seguimientos específicos, más allá de haberse solicitado en enero/2024 una prueba de radiodiagnóstico (aportada a su ramo).

El informe médico ante la eventual recaída viene a corroborar el previo informe de IT, conforme se desprende del ordinal SEGUNDO de HHP, en el que no se apreciaba limitaciones funcionales de rodillas, ni de ningún otro género, susceptibles de impedir (transitoriamente) su actividad profesional (vendedora no especificada - de cupones)

En cuanto al concepto de misma o similar patología, el *Tribunal Supremo*, en sentencias de 11 de mayo de 2010 o 27 de junio de 2011, señala que "la imposición legal de que sea el INSS quien efectúe el control de las bajas médicas, cuando no hayan mediado más de seis meses desde el alta por agotamiento del plazo, se circunscribe a los casos en que la situación del trabajador obedezca a igual o similar patología; lo que, evidentemente, excluye los casos en que la baja traiga





causa de dolencia ajena, así como aquellos otros en que hayan transcurrido más de seis meses de actividad". Según esta sentencia "la identidad o similitud de las patologías a las que se refiere el art. 131 bis. 1, 2º párrafo no puede ser entendida en relación al cuadro médico que ocasionó el rechazo de la incapacidad permanente, sino únicamente a las que determinaron la incapacidad temporal objeto de la actual evaluación. (...)

Conforme la anterior doctrina, se podría afirmar que es la dolencia ahora determinante de la baja médica la que ha de evaluarse desde la perspectiva de la afectación transitoria sobre la capacidad de trabajo.

Es decir, lo que ha ocurrido en el presente caso es que la actora puede trabajar, no tiene limitación, y el INSS ha actuado ejerciendo la competencia legalmente atribuida para determinar si existe o no causa de IT, de la que carece el Servicio Público de Salud, precisamente por haberla emitido dentro de los seis meses desde la anterior IT. El INSS, en el ejercicio de esa facultad, aprecia la falta de limitaciones significativas, por lo que es obvio que no procedía la IT, dado que no existe una dolencia que exija suspender la prestación laboral, por lo que procede desestimar la demanda, al no haber aportado prueba alguna la parte actora de estar con limitaciones reales y efectivas para desempeñar su trabajo, (sin que el seguir un tratamiento sea suficiente para ello). Una vez más hay que recordar que es a dicha parte a la que le incumbe la carga probatoria conforme al art. 217 de la LEC, sin que la negación de hechos pueda convertirse, en la modalidad procesal del art. 140 de la LRJS, en una suerte de "onus probandi" o inversión de la carga. .

CUARTO.- Conforme al art. 191.3 c) contra la presente cabe interponer oportuno Recurso de Suplicación

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación, procede dictar el siguiente

FALLO





Habiendo desistido la actora previamente de su acción frente a la Mutua FREMAP, se desestima la demanda formulada por [REDACTED] contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y la TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, y la FUNDACION RIFA BENEFICA CASA DEL NIÑO de CARTAGENA, **absuelvo** a los referidos demandados de la pretensión deducida en su contra, confirmando la resolución impugnada denegando la baja médica

Notifíquese a las partes, haciéndoles saber que en aplicación del mandato contenido en el artículo 53.2 de la LJS, en el primer escrito o comparecencia ante el órgano judicial, las partes o interesados, y en su caso los profesionales designados, señalarán un domicilio y datos completos para la práctica de actos de comunicación. El domicilio y los datos de localización facilitados con tal fin, surtirán plenos efectos y las notificaciones en ellos intentadas sin efecto serán válidas hasta tanto no sean facilitados otros datos alternativos, siendo carga procesal de las partes y de sus representantes mantenerlos actualizados. Asimismo, deberán comunicar los cambios relativos a su número de teléfono, fax, dirección electrónica o similares, siempre que estos últimos estén siendo utilizados como instrumentos de comunicación con el Tribunal.

MEDIO DE IMPUGNACIÓN/RECURSOS.- Notifíquese esta sentencia a las partes, haciéndoles saber que contra la misma pueden interponer recurso de suplicación ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, por medio de este Juzgado dentro del plazo de cinco días, contados a partir del siguiente al de la notificación de la misma. Adviértase igualmente al recurrente que no fuera trabajador o beneficiario de la Seguridad Social, que deberá depositar la cantidad de 300 euros en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones abierta en el Banco SANTANDER a nombre de este Juzgado acreditando mediante la presentación del justificante de ingreso en el periodo comprendido hasta el anuncio del recurso, así como en el caso de haber sido condenado en sentencia al pago de alguna cantidad, consignar la cantidad objeto de condena o formalizar aval bancario por dicha cantidad:

- a) para efectuar el ingreso directo en la oficina del BANCO DE SANTANDER, el núm. de cuenta del presente expediente es 3139-0000-65-0916-23 (debiéndose realizar un ingreso por el importe de 300 euros, y otro por el importe de la condena)





- b) para el caso de que se haga por transferencia el número de cuenta es IBAN ES55-0049-3569-9200-0500-1274, haciendo constar en observaciones el número del expediente 3139-0000-65-0916-23 (debiéndose realizar un ingreso por el importe de 300 euros, y otro por el importe de la condena)

Además, la entidad gestora deberá presentar, al anunciar el recurso, certificación acreditativa de que comienza el abono de la prestación de pago periódico y que lo seguirá puntualmente durante la tramitación del recurso, conforme a lo preceptuado en el artículo 230 de la LRJS.

Así, por esta mi sentencia, lo acuerdo, mando y firmo.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutelar o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.

