



TÍTULO

INFARTO DE MIOCARDIO COMO CONTINGENCIA PROFESIONAL

AUTOR

Juan Antonio Garrido Moreno

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2018

Tutor	Dr. Pablo García Ruiz
Curso	<i>Curso Experto Universitario en Valoración Médica de Incapacidades (2017)</i>
ISBN	978-84-7993-538-2
©	Juan Antonio Garrido Moreno
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2017



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

Infarto de Miocardio como Contingencia Profesional



TUTOR: DR. PABLO GARCÍA RUIZ

AUTOR: DR. JUAN ANTONIO GARRIDO MORENO

INFARTO MIOCARDIO COMO CONTINGENCIA PROFESIONAL

INDICE

1. Cardiopatía Isquémica.

- 1.1. Definición.
- 1.2. Epidemiología.
- 1.3. Etiología.
- 1.4. Clínica.
- 1.5. Diagnóstico
- 1.6. Tratamiento.
- 1.7. Pronóstico.
- 1.8. Terminología.

2. Definición de las distintas contingencias y jurisprudencia en España de cómo se consideran distintos casos.

- 2.1 Definición de las distintas contingencias laborales
- 2.2 Legislación Aplicable
- 2.3 Ejemplos de Jurisprudencia sobre Cardiopatía Isquémica e Incapacidad Permanente Laboral en España.
 - 2.3.1. Sentencias favorables.
 - 2.3.2. Sentencias en contra.
- 2.4 Conclusiones

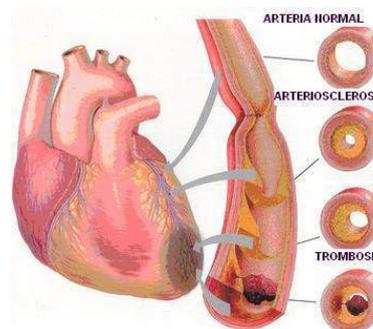
3. Bibliografía

1. Cardiopatía Isquémica.

1.1.- Definición.

La *cardiopatía isquémica* (IHD, *ischemic heart disease*) es un trastorno en donde parte del miocardio recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno. Surge de manera específica cuando hay un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la necesidad de éste por dicha capa muscular.

Esto se debe en más de un 90% a la aterosclerosis de las arterias coronarias, (las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio)). La aterosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estas tres causas provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias.



Este proceso empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. En este caso se produce una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio).

1.2.- Epidemiología

La Cardiopatía isquémica causa más muertes, discapacidad y tiene un costo monetario mayor que cualquier otra enfermedad en los países desarrollados. Es la enfermedad más común, grave, crónica y peligrosa en Estados Unidos, donde 13 millones de personas la padecen, más de seis millones sufren de angina de pecho y más de siete millones han padecido un infarto del miocardio. Guarda relación estrecha con la alimentación rica en grasas y carbohidratos, el tabaquismo y la vida sedentaria. En Estados Unidos y Europa occidental está aumentando entre los pobres, pero no entre los ricos, en tanto que la prevención primaria ha retrasado esta enfermedad hasta etapas avanzadas de la vida en todos los grupos socioeconómicos. A pesar de estas estadísticas alarmantes, es importante destacar que los datos epidemiológicos indican reducción de defunciones por cardiopatía isquémica, de las cuales casi la mitad podría atribuirse a los tratamientos y la otra mitad a la prevención, por una modificación de factores de riesgo.

La obesidad, resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2 se están incrementando en frecuencia y son factores de riesgo importantes para la cardiopatía isquémica. Dichas tendencias ocurren en el contexto general de crecimiento de la población y como resultado de la prolongación de la edad

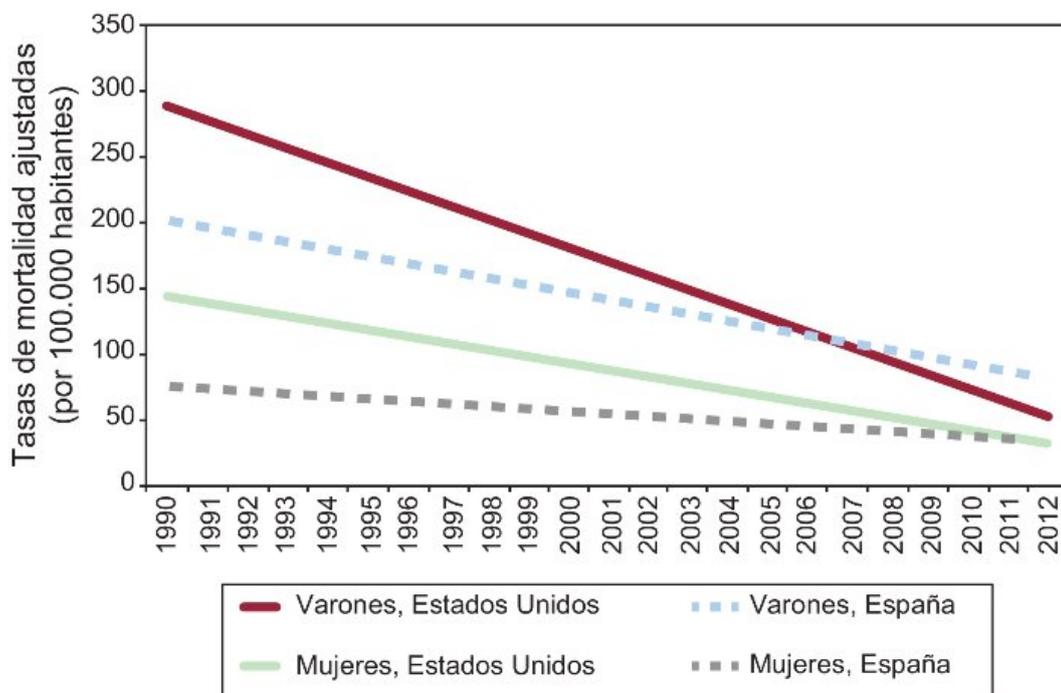
promedio de la población mundial. Con la urbanización en países con economías nacientes y clase media creciente, se están adoptando elementos de alimentación hipercalórica occidental. Como resultado, están aumentando rápidamente la prevalencia de factores de riesgo de cardiopatía isquémica y la prevalencia de cardiopatía isquémica misma, de manera que al analizar la carga global de la enfermedad se observa una desviación de enfermedades transmisibles hacia enfermedades no transmisibles. Los subgrupos de población que al parecer se afectan más a menudo son los varones en países del sur de Asia, en particular la India y el cercano Oriente. Ante el pronóstico de incrementos sustanciales de cardiopatía isquémica en todo el mundo, es probable que se transforme en la causa más común de fallecimientos a ese nivel para el año 2020.

Las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y por cardiopatía isquémica en particular, tanto en varones y mujeres como en blancos y en negros, ha caído en los países desarrollados entre un 24 y un 50% desde 1975, aunque el descenso ha sido menor a partir de 1990. En Estados Unidos se ha registrado un descenso de la mortalidad por enfermedad cardiovascular del 29% desde 1996 hasta 2006. Esta tendencia se ha observado tanto en la incidencia general de cardiopatía isquémica como en los eventos mortales, incluidos la muerte súbita y la muerte cardiaca no súbita. Aproximadamente un 50% de la magnitud del descenso se puede atribuir a las mejoras en el tratamiento, tanto en las medidas de prevención secundaria tras un evento coronario como en el manejo en la fase aguda de los Síndromes Coronarios Agudos, el tratamiento para la insuficiencia cardiaca y la revascularización para la angina de pecho crónica. El otro 50% se ha atribuido a un mejor control de los factores de riesgo en la población general, como es la reducción del colesterol total (24%), la presión arterial sistólica (20%), el tabaquismo (12%) y el sedentarismo (5%). Estas mejoras en el control de los factores de riesgo en países desarrollados se han visto mermadas en cierta medida por un incremento en el índice de masa corporal medio y la prevalencia de diabetes mellitus, a los que se considera causa de aproximadamente un 18% de la mortalidad por cardiopatía coronaria.

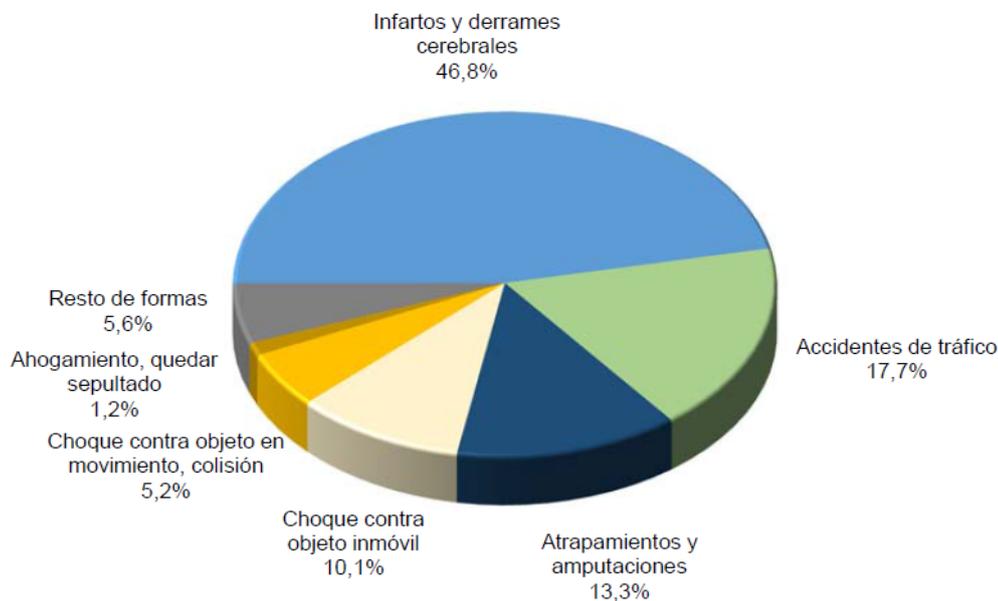
Ya en nuestro entorno, se estima que cada año la enfermedad cardiovascular causa, en total, unos 4 millones de fallecimientos en Europa y 1,9 millones en la Unión Europea, la mayor parte por enfermedad coronaria, lo que supone un 47% de todas las muertes en Europa y el 40% de la Unión Europea. Ello conlleva un coste total estimado de la enfermedad cardiovascular en Europa de 196.000 millones de euros anuales, aproximadamente el 54% de

la inversión total en salud, y da lugar a un 24% de las pérdidas en productividad. La Enfermedad coronaria no solo afecta a los países desarrollados sino que datos recientes apuntan a que el impacto de dicha enfermedad es cada vez mayor en países no occidentales.

En nuestro país, en 2014 se ha realizado una estimación de la evolución de la tasa de mortalidad por infarto de miocardio y se la ha comparado con la de Estados Unidos; se ha observado un descenso relativo más acusado en ese país, de manera que la tasa de mortalidad esperada, según el modelo, sería inferior en Estados Unidos a partir de 2008 en varones y de 2012 en mujeres. Independientemente de ello, lo cierto es que el mismo modelo aplicado en otros países ha documentado en el nuestro un descenso de la mortalidad por Enfermedad Coronaria, ajustada por edad, de un 40% entre 1988 a 2005. Se estima que un 47% de dicho descenso se puede atribuir a los tratamientos, principalmente el de los SCA (11%), y la prevención secundaria (10%). En relación con ello, de forma general se ha observado, paralelamente al cambio en la relación SCACEST/SCASEST, un cambio significativo en el tratamiento de dichos síndromes, con una progresivo abordaje terapéutico más intensivo y más acorde con las recomendaciones de las sociedades científicas, lo que ha llevado a un descenso relevante de la mortalidad intrahospitalaria y las complicaciones asociadas como el *shock* cardiogénico y el reinfarcto.



En España, en el año 2016, según fuentes del Ministerio de Empleo y Seguridad Social en su resumen anual en relación a los accidentes mortales, la forma más frecuente son los **“infartos y derrames cerebrales”**, que registraron un 46,8% de los accidentes mortales, seguido de los **“accidentes de tráfico”** con un 17,7%, los **“atrapamientos y amputaciones”** con un 13,3% y **“choque contra un objeto inmóvil incluido caídas y tropiezos”** con un 10,1%.



1.3.- Etiología

La cardiopatía isquémica, se caracterizan por tener una etiología multifactorial; los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y además frecuentemente se presentan asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración global de los factores de riesgo. El conocimiento de los 3 principales factores modificables permite su prevención: el consumo de tabaco, la hipertensión arterial (HTA) y la hipercolesterolemia. Además, se pueden considerar otros factores como la diabetes, la obesidad, el sedentarismo y el síndrome metabólico. Aunque varios autores han señalado que la enfermedad coronaria ocurre en un 50% de los casos en ausencia de los factores de riesgo mayores, recientemente se han publicado diversos estudios que han demostrado que los factores de riesgo clásicos siguen teniendo un peso importante.

- **Tabaco.** El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo cardiovascular en el desarrollo de la cardiopatía isquémica y de otras Enfermedades cerebrovasculares. Es la causa del 50% de las muertes evitables, y se calcula que alrededor del 40-50% de ellas se debe a enfermedad cerebrovascular. Algunos autores calculan que el riesgo de mortalidad coronaria en los fumadores es de un 10 a un 70% más alto que en los no fumadores. Según datos de la última encuesta nacional de salud⁷ la prevalencia de tabaquismo en la población mayor de 16 años es del 29,5%. Por sexos, el porcentaje de fumadores es del 31,6% de los varones y del 21,5% de las mujeres. Las tendencias de consumo han variado y en la actualidad

estamos asistiendo a una disminución del consumo en varones (sobre todo en los de más edad) y se ha invertido la tendencia ascendente en el porcentaje de mujeres fumadoras diarias.

- **Hipertensión arterial.** La HTA es la principal causa de accidente cerebrovascular y contribuye de manera significativa al riesgo de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia renal. El riesgo de cardiopatía isquémica aumenta de modo lineal con la presión arterial sistólica (PAS) a partir de 105 mm Hg. La PAS es un mejor factor predictivo de cardiopatía isquémica que la presión arterial diastólica (PAD), sobre todo en ancianos. En España, su prevalencia en adultos es de aproximadamente un 35% (llega al 40% en edades medias, y al 68% en los mayores de 60 años) y afecta a unos 10 millones de sujetos adultos. Casi otro 20% de los individuos presentan una presión arterial (PA) normal-alta, y un 14-15% presentan una PA normal, donde existe también riesgo cardiovascular. En cuanto a la prevalencia de hipertensión sistólica aislada (HSA) ($PAS \geq 140$ / $PAD < 90$ mm Hg), sus cifras varían desde el 10-12% en edades medias de la vida hasta el 30-40% por encima de los 60 años. El grado de conocimiento y tratamiento farmacológico de la HTA en España es moderadamente alto, pero el control, aunque ha mejorado, continúa siendo escaso, sobre todo el de la PAS, y los datos indican que sólo 4 de cada 10 pacientes hipertensos tratados y atendidos en atención primaria tienen controlada óptimamente su HTA.
- **Hipercolesterolemia.** La prevalencia de hipercolesterolemia en la población española es elevada. En personas de 35 a 64 años de edad, el 18% (el 18,6% de los varones y el 17,6% de las mujeres) tiene una colesterolemia igual o superior a 250 mg/dl y el 57,8% (el 56,7% en los varones y el 58,6% en la mujeres) igual o superior a 200 mg/dl¹⁰. En las mujeres se produce un incremento en la prevalencia de hipercolesterolemia con la edad; sin embargo, en los varones no se aprecia este fenómeno. La colesterolemia está influida por determinantes genéticos, pero sobre todo alimentarios, en especial la ingestión de grasas saturadas y en menor medida de colesterol.
- **Diabetes.** La diabetes es uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor impacto socio-sanitario, no sólo por su elevada frecuencia, sino también por las complicaciones crónicas de la enfermedad o el papel que desempeña como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. La diabetes se asocia a más del 20% de los pacientes con cardiopatía. El 90% de los diabéticos presenta diabetes tipo 2 y su prevalencia está aumentando en el mundo occidental como consecuencia del envejecimiento de la población, del aumento de la obesidad y de los hábitos de vida sedentarios. En España, la incidencia de diabetes tipo 2 se estima en 8 de cada 1.000 habitantes/año, la prevalencia es del 6 al 10% según el grupo

de edad y la zona estudiada¹¹, y como dato destacable resulta que casi la mitad de los pacientes desconocen tener la enfermedad. Así, alrededor de 2,1 millones de españoles tienen diabetes, aunque sólo de 1,1 a 1,4 millones lo saben. En aquellos individuos genéticamente predispuestos, la obesidad fundamentalmente abdominal y el sedentarismo conducen a la resistencia a la insulina, estado que precede a la diabetes y que suele acompañarse de dislipemia, hipertensión y factores protrombóticos. La combinación frecuente de estos factores de riesgo en un mismo individuo es lo que se denomina síndrome metabólico. La mayoría de las series coincide en que la prevalencia se encuentra en torno al 24% en la población general y cerca del 50% en los pacientes con cardiopatía isquémica o alguna otra enfermedad cerebrovascular.

- **Obesidad.** La OMS ha definido la obesidad como la epidemia del siglo XXI por la prevalencia alcanzada en las últimas décadas y su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. El sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] 25-30 kg/m²) incrementa levemente el riesgo cardiovascular, mientras que la obesidad (IMC > 30 kg/m²) lo multiplica por 4. La prevalencia de la obesidad en la población adulta se estima en un 15,5%, y es más elevada en mujeres (17,5%) que en los varones (13,2%). El sobrepeso tiene una prevalencia del 39,2% y es más elevada en el colectivo masculino (46,4%) en comparación con el grupo de mujeres (32,9%). En conjunto, el exceso ponderal se calcula que afecta al 54,7% de la población de entre 25 y 64 años¹³. La prevalencia de la obesidad en la población anciana es del 35% (el 30,9% en varones y el 39,8% en mujeres).
- **Sedentarismo e inactividad física.** La actividad física tiene efectos beneficiosos en todos los factores de riesgo cardiovascular modificables, así como en los procesos aterogénicos subyacentes, como la función endotelial, la inflamación y la trombogenicidad. A pesar de ello, la actividad física es una práctica poco arraigada en la población, que cada vez se hace más sedentaria. El 76,6% de las mujeres tienen un estilo de vida sedentario, mientras que en los varones este porcentaje se reduce al 56,7%. El sedentarismo se incrementa con la edad. Hasta el 80,3% de los varones ancianos son sedentarios y el 86,3% entre las mujeres.
- **Estrés:** no provoca directamente la cardiopatía isquémica, sino que acelera la constricción de los vasos sanguíneos. Provoca el aumento de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca. Cuando el estrés es crónico, daña gravemente las arterias coronarias.
- **Menopausia:** la cardiopatía isquémica afecta principalmente a las mujeres después de la menopausia. Antes de este período, las mujeres están protegidas por los altos niveles de estrógenos.

1.4.- Clínica

La angina de pecho estable es un síntoma de dolor recurrente en el tórax debido a isquemia miocárdica. Quienes la han sufrido la definen con términos como opresión, tirantez, quemazón o hinchazón. Se localiza en la zona del esternón, aunque puede desplazarse a la mandíbula, la garganta, el hombro, la espalda y el brazo o la muñeca izquierdos. Suele durar entre 1 y 15 minutos.

El dolor de la angina se desencadena tras el ejercicio físico o las emociones y se alivia en pocos minutos con reposo o nitroglicerina sublingual. Suele empeorar en circunstancias como anemia, hipertensión no controlada y fiebre. Además, el tiempo frío, el consumo de cigarrillos, la humedad o una comida copiosa pueden incrementar la intensidad y la frecuencia de los episodios anginosos.

Entre los síntomas de esta enfermedad se encuentran: Ataque/Infarto cardíaco, que se caracteriza por un dolor repentino, fuerte o incluso leve, en el pecho. que puede extenderse a brazos (sobre todo el izquierdo), hombros, espalda, cuello, mandíbula o estómago. Se puede manifestar junto con falta de aliento, ritmo cardíaco irregular, sudoración y náuseas.

Otros síntomas acompañantes podrían ser:

1. Falta de aliento
2. Vértigos
3. Palidez
4. Vómito
5. Disfunción eréctil
6. Pérdida de conciencia

Los síntomas no siempre se perciben antes del ataque cardíaco. El infarto puede verificarse incluso sin síntomas, en cuyo caso se trata de **isquemia silente**.

Los síntomas pueden variar en mujeres y hombres. En el período postmenopausia algunas mujeres padecen disfunción microvascular, un trastorno del funcionamiento de las arterias más pequeñas en el corazón (grandes arterias en buenas condiciones). Esta disfunción tiene su origen en muchos factores, entre los que se encuentran las alteraciones en el nivel de estrógenos (hormonas femeninas), el tabaquismo y la hipertensión. El término más preciso para definir este fenómeno es síndrome X cardíaco: las personas padecen síntomas de cardiopatía coronaria debida a la disfunción de las pequeñas arterias, aunque no existan bloqueos en las coronarias más grandes. Por tanto, la causa principal del síndrome X cardíaco es una disfunción microvascular.

1.5.- Diagnóstico.

Las cardiopatías isquémicas se pueden diagnosticar en función de la naturaleza de los síntomas principales.

Se puede realizar un electrocardiograma (ECG) para comprobar la angina

estable y el síndrome coronario agudo. Puede que sea necesario efectuar una radiografía de tórax y análisis de sangre.

La angina se diagnostica clínicamente debido a la molestia que se produce en el tórax en situación de esfuerzo y que mejora en reposo.

Para confirmar el diagnóstico de angina se observan los cambios isquémicos reversibles en el ECG durante un ataque o se administran por vía sublingual dosis muy pequeñas de nitroglicerina que alivia el dolor a los 3 minutos.

La gravedad de la isquemia, la presencia y la entidad de la cardiopatía se determinan gracias a pruebas diagnósticas como:

1. Electrocardiograma (que mide la actividad eléctrica del corazón)
2. Prueba de esfuerzo cardíaco
3. Gammagrafía miocárdica
4. Electrocardiograma (que mide las ondas sonoras)
5. Análisis de sangre (para medir las grasas totales, el colesterol y las lipoproteínas)
6. Radiografía de tórax
7. Angiograma coronario



1.6.- Tratamiento

Los pacientes con angina de pecho deben controlar estrictamente factores de riesgo cardiovascular y seguir controles periódicos para prevenir la aparición de nuevos. Y si existen, hay que corregirlos.

Podríamos establecer el tratamiento en dos vertientes, tratamiento médico/conservador y tratamiento quirúrgico/intervencionista.

a) Tratamiento médico/conservador:

a.1) Controlar los factores de riesgo

- Abandonar el mal hábito de fumar o tabaquismo.
- Controlar la hipertensión y la diabetes.
- Seguir una dieta baja en colesterol y grasas.
- Alcanzar un peso corporal ideal.
- Evitar el sedentarismo realizando ejercicio físico.
- Reducir el colesterol hasta obtener un LDL menor de 100 mg/dl. Incluso en algunos casos menos de 70 mg/dl.

a.2) tratamiento farmacológico.

- Salvo en casos de contraindicaciones, todos los pacientes con enfermedad coronaria deben tomar Ácido acetil salicílico (existen muchos preparados comerciales, pero el más conocido es la Aspirina) de forma crónica, diariamente y a dosis bajas (100 – 150 mg) por su efecto antiagregante plaquetario.

- Antiagregantes y anticoagulantes. Durante los periodos de inestabilización, generalmente se producen por la aparición de coágulos en los lugares donde hay lesiones y durante un tiempo limitado
- Nitratos (vía oral, sublingual o en parches transdérmicos)
- Betabloqueantes
- Antagonistas del calcio.

Los pacientes con crisis frecuentes de angina se someten a tratamiento de varios fármacos combinados.

b) Tratamiento quirúrgico/Intervencionista.

Algunos pacientes con angina son candidatos a tratamientos de revascularización coronaria, que se puede realizar mediante cirugía cardíaca de derivación (bypass) o por angioplastia coronaria (con cateterismo). La elección entre una u otra depende de las características de la enfermedad:

- b.1) Revascularización. Se opta por ella si los síntomas limitan la calidad de vida del paciente o si las pruebas no invasivas han indicado la existencia de isquemia miocárdica grave.
- b.2) Angioplastia coronaria. Se realiza cuando la enfermedad coronaria permite esta técnica. Se introduce un catéter hasta la arteria coronaria y se dilata con balón. Después se implanta un "stent" (dispositivo metálico como una malla cilíndrica) dentro de la arteria para conseguir su permeabilidad siempre que esto sea posible.
- b.3) Bypass. Para pacientes con enfermedad coronaria más difusa, cuando la angioplastia no es posible y sobre todo si existe mala función del ventrículo izquierdo. Se realiza con apertura del tórax y anestesia general.

1.7.- Pronóstico.

El pronóstico es muy variable, ya que depende de la extensión de la enfermedad y lo que se haya dañado el músculo cardíaco por la misma. Existen enfermos que pueden estar controlados sin presentar prácticamente síntomas a otros que tienen una esperanza de vida muy acortada. Los factores que más influyen en el pronóstico es el buen o mal control de los factores de riesgo coronario.

Desde el punto de vista de la evaluación de la capacidad funcional y el pronóstico del paciente podemos tener en cuenta, por tanto, los siguientes factores:

A) La **Funcionalidad Cardíaca**, que fundamentalmente puede ser evaluada, a efectos de valoración de la capacidad laboral, mediante dos parámetros:

- *Función ventricular izquierda*: el método más accesible y utilizado para su evaluación es la fracción de eyección ventricular por ecocardiografía o ventriculografía isotópica.
- *Capacidad Funcional*: que puede ser medida por la Prueba de Esfuerzo Convencional o preferiblemente mediante la Ergometría con Consumo de oxígeno.

B) La **Extensión de la enfermedad coronaria**, que puede ser valorada mediante el uso de:

- Ecocardiografía: que detecta las alteraciones segmentarias de la contractilidad.
- Exploraciones isotópicas: que permiten evidenciar alteraciones fijas de la perfusión.
- Coronariografía: que nos evaluará el nivel de afectación de las distintas arterias coronarias.
- La aparición de nuevas técnicas de imagen altamente resolutivas, como la resonancia magnética nuclear o la tomografía computarizada cardiaca por multidetectores, facilitan el estudio anatómico no invasivo de los pacientes con cardiopatía isquémica, lo que unido a exploraciones funcionales como la ergometría por eco de estrés o la gammagrafía miocárdica, pueden considerarse como un buen método para detectar estenosis coronarias con limitación de flujo.
- Los datos anatómicos aportados por la angiografía convencional, centrados fundamentalmente en la enfermedad focal, pueden ser completados con el empleo de guías coronarias con sensores de presión y doppler que evalúan la reserva fraccional de flujo que analizan más adecuadamente la difusión longitudinal de las lesiones y el mantenimiento de la viabilidad miocárdica. Además la determinación de la histología virtual de la pared coronaria mediante ecografía intravascular (VHT IVUS) permite evaluar la morfología, severidad, extensión de la placa y caracterizan cualitativamente la misma.

C) La posible **isquemia residual y su magnitud**: Los métodos de valoración de isquemia más utilizados en la actualidad en el marco de la medicina evaluadora son:

- la ergometría con un protocolo submáximo.
- los métodos de perfusión miocárdica con talio-201 o tecnecio-99m durante el ejercicio o con dipiridamol, que mejoran la sensibilidad de la prueba, estando estos últimos indicados en pacientes con Electrocardiogramas no interpretables o con incapacidad para realizar ejercicio.

D) **Posibilidades de Revascularización y resultados obtenidos**. Se evaluará que métodos de revascularización se han utilizado en nuestros pacientes, así como si se ha conseguido una revascularización completa o no.

E) **Estratificación del riesgo**. En los últimos años se han desarrollado y validado diversas clasificaciones para la estratificación del riesgo en grandes poblaciones de pacientes, resultando más útiles en la práctica clínica las clasificaciones de riesgo simples.

La clasificación de riesgo GRACE se basa en un estudio realizado sobre una población grande no seleccionada de un registro internacional del espectro

completo de pacientes con enfermedad coronaria aguda y está recomendada como la clasificación de preferencia para aplicar en el momento del ingreso y del alta en la práctica clínica diaria.

Por otro lado, el estudio SYNTAX (Synergy Between PCI with Taxus and cardiac surgery) ha propuesto el denominado índice SYNTAX que puede permitir cuantificar la gravedad de la enfermedad coronaria a partir de una serie de criterios anatómicos que se obtienen de los estudios angiográficos.

Además, el estudio FAME (Fractional Flow Reserve versus Angiography for Guiding PCI in patients with multivessel coronary artery disease) ha puesto de manifiesto la importancia de la reserva de flujo medida mediante guías de presión durante la angiografía, como indicador de la gravedad funcional de la estenosis coronaria.

Por tanto, la **estratificación del riesgo** se puede llevar a cabo por medio de los datos clínicos y los resultantes de las exploraciones (ecocardiograma, ergometrías, etc.) tomando en consideración los siguientes parámetros: función ventricular (cantidad de miocardio necrosado), extensión y severidad de las lesiones coronarias (miocardio en riesgo), localización del infarto, variables clínicas (edad avanzada), FRCV (diabetes mellitus, tabaco e hipercolesterolemia), infarto o angina crónica previas, inestabilidad eléctrica (miocardio isquémico).

1.8.- Terminología

- SCA: Síndrome Coronario Agudo
- CI: Cardiopatía Isquémica
- SCASEST: Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación de ST
- SCACEST: Síndrome Coronario Agudo Con Elevación de ST
- ECG: Electrocardiograma
- Colesterolemia: Nivel de colesterol en la sangre
- HTA: Hipertensión Arterial. Cifras altas de los niveles de Tensión Arterial
- PAS: Presión arterial Sistólica. Es la cifra superior del nivel de medición de tensión arterial
- PAD: Presión arterial diastólica. Es la cifra inferior del nivel de medición de tensión arterial
- Dislipemia: presencia de altos niveles de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) que son transportados por las lipoproteínas en la sangre.
- Aterogénicos: conjunto de alteraciones que permiten la aparición en la pared de las arterias de un depósito de lípidos, transformándose paulatinamente en placa de calcificación lo cual ocasiona la pérdida de elasticidad arterial y otros trastornos vasculares
- Trombogenicidad: Tendencia a la formación de trombos en la sangre.

- Antiagregante plaquetario: una sustancia o fármaco cuyo principal efecto es inhibir la agregación de las plaquetas y por lo tanto la formación de trombos o coágulos en el interior de las arterias y venas.
- Stent: dispositivo metálico, como una malla cilíndrica, que se coloca dentro de la arteria coronaria para conseguir su permeabilidad.

2.- Definición de las distintas contingencias y jurisprudencia en España de cómo se consideran distintos casos.

2.1 Definición de la distintas Contingencias laborales en España

Se desarrolla en la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), (R.D. legislativo 1/1994) donde se recoge la **incapacidad permanente** (I.P.) como una acción protectora de nuestro sistema de Seguridad Social (S.S.) consistente en una prestación económica cuyo concepto y clases viene recogida en la citada ley. Las prestaciones de la Seguridad Social relacionadas con la Incapacidad laboral se dividen en:

1. Pensiones contributivas
 - A. Incapacidad Permanente Parcial para su profesión habitual
 - B. Incapacidad Permanente Total para su profesión habitual
 - C. Incapacidad Absoluta
 - D. Gran Invalidez
2. Pensiones No contributivas
3. Lesiones Permanentes No Invalidantes

Pasamos a detallar los puntos anteriores.

1.- Pensiones Contributivas

Es la situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que disminuyen o anulan su capacidad laboral.

Cubre la pérdida de rentas salariales o profesionales que sufre una persona cuando estando afectada por un proceso patológico o traumático ve reducida o anulada su capacidad laboral de forma presumiblemente definitiva. Su gestión y control se realiza por el INSS (Administración central del Estado).

Para acceder a este tipo de pensiones es necesario cumplir unos requisitos previos de cotización a la Seguridad Social.

Nos vamos a referir al término "**Profesión habitual**" que en el ámbito de la valoración de incapacidad se refiere a, en caso de enfermedad común o profesional, es aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo anterior a la iniciación de la incapacidad, que

reglamentariamente se determine. En caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador en el momento de sufrirlo.

Dentro de la Incapacidad Permanente Contributiva existen cuatro modalidades:

- A. Incapacidad Permanente Parcial para su Profesión habitual. Es aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.
- B. Incapacidad Permanente Total para su Profesión habitual. Aquella que inhabilite al trabajador para la realización de todas las tareas o de aquellas que son fundamentales en dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a una distinta.
- C. Incapacidad Permanente Absoluta. Aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.
- D. Gran Invalidez. Aquella situación del trabajador afecto de I.P. y que por consecuencia de pérdidas anatómicas ó funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, asearse, etc).

2.- Pensiones No Contributivas

Está concebida para atender las necesidades económicas básicas. Está gestionada y controlada por los organismos competentes de las Comunidades Autónomas.

Para el acceso a este tipo de pensiones no es necesario la existencia de un tiempo mínimo de cotización a la Seguridad Social, pero sí es necesario cumplir una serie de condiciones:

- Ser mayor de 18 años y menor de 65.
- Residir legalmente en España o haberlo hecho durante al menos 5 años, 2 de ellos anteriores a la solicitud.
- Afectados por una minusvalía o Enfermedad crónica en grado mayor o igual al 65%.
- Carecer de rentas o ingreso propios suficientes. Si conviviera con otras personas en una misma unidad económica, que la suma de los recursos de todos los integrantes de dicha unidad sea inferior al límite de acumulación de recursos obtenidos conforme a lo normativamente dispuesto.

3.- Lesiones Permanentes No Invalidantes

Son las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causado por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en un baremo recogido en la normativa.

Estas lesiones Permanentes No Invalidantes serán indemnizadas, por una sola vez, con las cantidades alzadas que en el mismo se determinen, por la entidad que estuviera obligada al pago de las prestaciones de Incapacidad

Permanente todo ello sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.

2.2 Legislación Aplicable

De las sentencias investigadas, la legislación referida se repite en varias de ellas haciendo referencia a:

- **Ley de Procedimiento Laboral (LPL). Artículo 127:** La comparación entre dos sentencias comparadas, recurrida e invocada de contradicción, tiene que dar por resultado que, ante supuestos de hecho y pretensiones sustancialmente idénticas las sentencias hayan efectuado pronunciamientos contradictorios. Por tanto, igualdad de situaciones de hecho, igualdad de pretensiones y contradicción de pronunciamientos son los tres requisitos cuya concurrencia es necesaria para que sea aceptado el recurso de comparación de sentencias ante un Tribunal Supremo.
- **Ley General de la Seguridad Social (LGSS). Artículo 115. (Actualmente Artículo 156 de 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).**

Definición de accidente de trabajo:

1. Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.
2. Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:
 - a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.
 - b) 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.
 - c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
 - d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
 - e) Las enfermedades, 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.

f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

4. No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

a) Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

b) Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

5. No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

a) La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.

b) La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

• **Ley de Procedimiento Laboral (LPL). Artículo 205.** El recurso de casación habrá de fundarse en alguno de los siguientes motivos:

a) Abuso, exceso o defecto en el ejercicio de la Jurisdicción.

b) Incompetencia o inadecuación de procedimiento.

c) Quebrantamiento de las formas esenciales del juicio por infracción de las normas reguladoras de la sentencia o de las que rigen los actos y garantías procesales, siempre que, en este último caso, se haya producido indefensión para la parte.

d) Error en la apreciación de la prueba basado en documentos que obren en autos que demuestren la equivocación del juzgador, sin resultar contradichos por otros elementos probatorios.

e) Infracción de las normas del ordenamiento jurídico o de la jurisprudencia que fueren aplicables para resolver las cuestiones objeto de debate.

- **Ley de Procedimiento Laboral (LPL). Artículo 226.**

1. Los pronunciamientos de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo al resolver estos recursos, en ningún caso alcanzarán a las situaciones jurídicas creadas por las resoluciones precedentes a la impugnada.

2. Si la sentencia del Tribunal Supremo declarara que la recurrida quebranta la unidad de doctrina, casará y anulará esta sentencia y resolverá el debate planteado en suplicación con pronunciamientos ajustados a dicha unidad de doctrina, alcanzando a las situaciones jurídicas particulares creadas por la sentencia impugnada. En la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo se resolverá lo que proceda sobre consignaciones, aseguramientos, costas, honorarios y multas, en su caso, derivados del recurso de suplicación de acuerdo con lo prevenido en esta Ley. Si se hubiere constituido depósito para recurrir, se acordará la devolución de su importe.

3. La sentencia desestimatoria por considerar que la sentencia recurrida contiene la doctrina ajustada acarreará la pérdida del depósito para recurrir. El fallo dispondrá la cancelación o el mantenimiento de las consignaciones o aseguramientos prestados, de acuerdo con sus pronunciamientos.

- **Recurso Casación para la unificación de doctrina laboral.**

Este recurso tiene por finalidad solicitar al Tribunal Supremo un pronunciamiento aclaratorio y unificador, sobre sentencia con un fondo similar, en las que órganos jurisdiccionales diferentes han dictado sentencia en sentidos no uniformes. La sentencia finalizadora del procedimiento, tal y como establece el artículo 219.2 de la LRJS, se limitará al punto de contradicción planteado, concediendo o denegando la tutela del derecho o libertad invocado.

La Ley Reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS) establece fuertes limitaciones a la capacidad de unificación de doctrina, reservándolo de forma exclusiva a las sentencias dictadas en resolución de los recursos de suplicación y dictadas por las Salas de lo Social de los Tribunales Superiores de Justicia. En este sentido, hay que señalar, que siempre ha quedado eliminada la posibilidad de interponer este tipo de recursos frente a otro tipo de resoluciones judiciales, como pueden ser los autos.

- **Ley Reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS). Artículo 219. Finalidad del recurso. Legitimación del Ministerio Fiscal**

1. El recurso tendrá por objeto la unificación de doctrina con ocasión de sentencias dictadas en suplicación por las Salas de lo Social de los Tribunales Superiores de Justicia, que fueran contradictorias entre sí, con la de otra u otras Salas de los referidos Tribunales Superiores o con sentencias del Tribunal Supremo, respecto de los mismos litigantes u otros diferentes en idéntica situación donde, en mérito a hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales, se hubiere llegado a pronunciamientos distintos.

2. Podrá alegarse como doctrina de contradicción la establecida en las sentencias dictadas por el Tribunal Constitucional y los órganos jurisdiccionales instituidos en los Tratados y Acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y libertades fundamentales ratificados por España, siempre que se cumplan los presupuestos del número anterior referidos a la pretensión de tutela de tales derechos y libertades. La sentencia que resuelva el recurso se limitará, en dicho punto de contradicción, a conceder o denegar la tutela del derecho o libertad invocados, en función de la aplicabilidad de dicha doctrina al supuesto planteado.

Con iguales requisitos y alcance sobre su aplicabilidad, podrá invocarse la doctrina establecida en las sentencias del Tribunal de Justicia de la Unión Europea en interpretación del derecho comunitario.

3. El Ministerio Fiscal, en su función de defensa de la legalidad, de oficio o a instancia de los sindicatos, organizaciones empresariales, asociaciones representativas de los trabajadores autónomos económicamente dependientes o entidades públicas que, por las competencias que tengan atribuidas, ostenten interés legítimo en la unidad jurisprudencial sobre la cuestión litigiosa, y con independencia de la facultad que ordinariamente tiene atribuida conforme al artículo siguiente de esta Ley, podrá interponer recurso de casación para unificación de doctrina. Dicho recurso podrá interponerse cuando, sin existir doctrina unificada en la materia de que se trate, se hayan dictado pronunciamientos distintos por los Tribunales Superiores de Justicia, en interpretación de unas mismas normas sustantivas o procesales y en circunstancias sustancialmente iguales, así como cuando se constate la dificultad de que la cuestión pueda acceder a unificación de doctrina según los requisitos ordinariamente exigidos o cuando las normas cuestionadas por parte de los tribunales del orden social sean de reciente vigencia o aplicación, por llevar menos de cinco años en vigor en el momento de haberse iniciado el proceso en primera instancia, y no existieran aún resoluciones suficientes e idóneas sobre todas las cuestiones discutidas que cumplieran los requisitos exigidos en el apartado 1 de este artículo.

El recurso podrá prepararlo la Fiscalía de Sala de lo Social del Tribunal Supremo dentro de los diez días siguientes a la notificación a la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de la sentencia impugnada, mediante escrito reducido a la manifestación del propósito de entablar el

recurso y exponiendo sucintamente la fundamentación que se propondrá desarrollar en el mismo.

El escrito se presentará ante la Sala que dictó la resolución impugnada y del mismo se dará traslado a las demás partes, hayan o no preparado las mismas recurso. Las partes podrán dentro de los cinco días siguientes, solicitar que en el recurso el Ministerio Fiscal interese la alteración de la situación jurídica particular resultante de la sentencia recurrida y el contenido de las pretensiones que el ministerio público habría de formular en su nombre en tal caso.

Trascurrido el plazo anterior, aunque no se hubieran presentado escritos de las partes en el sentido expresado, dentro de los cinco días siguientes se elevarán los autos a la Sala de lo Social del Tribunal Supremo junto con los escritos de preparación que se hubieran presentado y las actuaciones que se hubieran practicado hasta ese momento en el estado en que se encuentren, previo emplazamiento por el secretario judicial a las demás partes que no hubieran recurrido para su personación por escrito por medio de letrado ante la Sala de lo Social del Tribunal Supremo dentro del plazo de los diez días siguientes, debiendo acreditarse la representación de la parte de no constar previamente en las actuaciones. La parte recurrente en su caso, y el Ministerio Fiscal se entenderán personados de derecho con la remisión de los autos.

Las actuaciones ulteriores se seguirán ante la Sala de lo Social del Tribunal Supremo conforme a las reglas establecidas en los artículos 222 a 228 con las adaptaciones necesarias teniendo en cuenta las especialidades de esta modalidad del recurso.

En caso de estimación del recurso, la sentencia fijará en el fallo la doctrina jurisprudencial y podrá afectar a la situación jurídica particular derivada de la sentencia recurrida conforme a las pretensiones oportunamente deducidas por el Ministerio Fiscal y por las partes comparecidas en el recurso que se hubieran adherido al mismo.

En defecto de solicitud de parte o en el caso de que las partes no hayan recurrido, la sentencia respetará la situación jurídica particular derivada de la sentencia recurrida y en cuanto afecte a las pretensiones deducidas por el Ministerio Fiscal, de ser estimatoria, fijará en el fallo la doctrina jurisprudencial. En este caso, el fallo se publicará en el Boletín Oficial del Estado y, a partir de su inserción en él, complementará el ordenamiento jurídico, vinculando en tal concepto a todos los jueces y tribunales del orden jurisdiccional social diferentes al Tribunal Supremo.

La Sentencia de 6 de octubre de 2016, de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo, en el recurso de casación para la unificación de doctrina nº 2763/2015, interpuesto por el Ministerio Fiscal en defensa de la legalidad (art. 219.3 LRJS), establece la siguiente doctrina jurisprudencial: fija la competencia del orden jurisdiccional Social para conocer de las demandas dirigidas frente al Fondo de Garantía Salarial en reclamación del pago de intereses derivados de las cantidades de cuyo pago el demandado sea responsable con arreglo a las presentes actuaciones («B.O.E.» 31 diciembre).

- **DIRECTIVA 2002/15/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO** de 11 de marzo de 2002 relativa a la ordenación del tiempo de trabajo de las personas que realizan actividades móviles de transporte por carretera.

EL PARLAMENTO EUROPEO Y EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, y en particular su artículo 71 y el apartado 2 de su artículo 137.

Vista la propuesta de la Comisión,

Visto el dictamen del Comité Económico y Social,

Previa consulta al Comité de las Regiones.

De conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 251 del Tratado (3), a la vista del texto conjunto aprobado el 16 de enero de 2002 por el Comité de conciliación.

Considerando lo siguiente:

1. El Reglamento (CEE) no 3820/85 del Consejo, de 20 de diciembre de 1985, relativo a la armonización de determinadas disposiciones en materia social en el sector de los transportes por carretera establece normas comunes en relación con el tiempo de conducción y el tiempo de descanso de los conductores. Dicho Reglamento no contempla otros aspectos del tiempo de trabajo en relación con el transporte por carretera.
2. La Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, permite adoptar prescripciones más específicas en cuanto a la ordenación del tiempo de trabajo. Habida cuenta de su carácter sectorial, las disposiciones de la presente Directiva prevalecen sobre la Directiva 93/104/CE en aplicación del artículo 14 de esta última.
3. A pesar de intensas negociaciones entre los interlocutores sociales, no ha sido posible llegar a un acuerdo con respecto a los trabajadores móviles del sector del transporte por carretera.
4. En consecuencia, es necesario prever un conjunto de disposiciones más específicas relativas a la duración del tiempo de trabajo para los transportes por carretera dirigido a garantizar la seguridad de los transportes, así como la salud y la seguridad de las personas afectadas.
5. Dado que los objetivos de la acción pretendida no pueden ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros y, por consiguiente, pueden lograrse mejor, debido a la dimensión o a los efectos de la acción propuesta, a nivel comunitario, la

Comunidad puede adoptar medidas, de acuerdo con el principio de subsidiariedad consagrado en el artículo 5 del Tratado. De conformidad con el principio de proporcionalidad enunciado en dicho artículo, la presente Directiva no excede de lo necesario para alcanzar estos objetivos.

6. El ámbito de aplicación de la presente Directiva abarca únicamente a los trabajadores móviles empleados por una empresa de transporte establecida en un Estado miembro que participen en las actividades móviles de transporte por carretera cubiertas por el Reglamento (CEE) no 3820/85 o, en su defecto, por el Acuerdo europeo sobre trabajo de tripulaciones de vehículos que efectúen transportes internacionales por carretera (AETR).
7. Conviene precisar que los trabajadores móviles, distintos de los conductores autónomos, excluidos del ámbito de aplicación de la presente Directiva gozan de la protección básica prevista en la Directiva 93/104/CE. Esta protección básica abarca las normas vigentes en materia de descanso suficiente, de duración máxima media de trabajo semanal y de vacaciones anuales, así como de algunas disposiciones fundamentales aplicables a los trabajadores nocturnos, en particular los reconocimientos médicos.
8. Como quiera que los conductores autónomos están incluidos en el ámbito de aplicación del Reglamento (CEE) no 3820/85, pero excluidos del de la Directiva 93/104/CE, conviene excluirlos provisionalmente del ámbito de aplicación de la presente Directiva, de conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 2.
9. Las definiciones de la presente Directiva no deben constituir un precedente para otras normas comunitarias relativas al tiempo de trabajo.
10. Al objeto de mejorar la seguridad vial, de evitar la distorsión de la competencia y de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores móviles a los que se refiere la presente Directiva, éstos deben conocer con precisión por una parte cuáles son los tiempos dedicados a actividades del transporte por carretera que se consideran tiempo de trabajo y, por otra parte, cuáles están excluidos y se consideran tiempo de pausa, tiempo de descanso o tiempo de disponibilidad. Estos trabajadores deben tener derecho a períodos de descanso mínimos diarios y semanales, así como a pausas adecuadas. Es igualmente necesario instaurar un límite máximo del número de horas de trabajo semanales.

11. Determinados estudios han demostrado que el organismo humano es especialmente sensible durante la noche a las perturbaciones ambientales, así como a diferentes formas de organización del trabajo especialmente penosas, y que los períodos largos de trabajo nocturno pueden ser perjudiciales para la salud de los trabajadores y pueden poner en peligro su seguridad, así como la seguridad vial en general.
12. Es necesario por tanto limitar la duración del trabajo nocturno y prever que los conductores profesionales que efectúen trabajos nocturnos reciban una compensación adecuada por su actividad y no estén en desventaja en materia de formación.
13. Conviene que los empresarios lleven un registro de las superaciones de la duración máxima media de trabajo semanal aplicable a los trabajadores móviles.
14. Conviene que las disposiciones del Reglamento (CEE) no 3820/85 referentes al tiempo de conducción para los transportes internacionales y nacionales de viajeros, distintos de los servicios regulares, puedan continuar aplicándose.
15. Conviene que la Comisión vigile la aplicación de la presente Directiva y los cambios en este ámbito en los Estados miembros y presente al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones un informe sobre la aplicación de las normas, así como sobre las consecuencias de las disposiciones relativas al trabajo nocturno.
16. Es necesario establecer que determinadas disposiciones puedan estar sujetas a excepciones aprobadas, según el caso, por los Estados miembros o por los interlocutores sociales; por regla general, en caso de aplicarse una excepción, deben concederse a los trabajadores afectados períodos de descanso compensatorio.

HAN ADOPTADO LA PRESENTE DIRECTIVA:

Artículo 1

Objeto

El objeto de la presente Directiva es establecer prescripciones mínimas relativas a la ordenación del tiempo de trabajo para mejorar la protección de la seguridad y la salud de las personas que realicen actividades móviles de transporte por carretera, así como mejorar la seguridad vial y aproximar en mayor grado las condiciones de competencia.

Artículo 2

Ámbito de aplicación

2.1. La presente Directiva se aplicará a los trabajadores móviles empleados por empresas establecidas en un Estado miembro y que participen en actividades de transporte por carretera incluidas en el Reglamento (CEE) no 3820/85, o, en su defecto, en el Acuerdo AETR. Sin perjuicio de las disposiciones del párrafo siguiente, la presente Directiva se aplicará a los conductores autónomos a partir del 23 de marzo de 2009. A más tardar dos años antes de dicha fecha, la Comisión presentará un informe al Parlamento Europeo y al Consejo. Dicho informe analizará los efectos de la exclusión de los conductores autónomos del ámbito de aplicación de la presente Directiva desde el punto de vista de la seguridad vial, las condiciones de competencia, la estructura de la profesión, así como aspectos sociales.

Se tendrán en cuenta las circunstancias de cada Estado miembro en lo relativo a la estructura del sector del transporte y al entorno profesional del transporte por carretera. Sobre la base de este informe, la Comisión presentará una propuesta, con objeto, según convenga, de:

— Definir las modalidades para la inclusión de los conductores autónomos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva con respecto a ciertos conductores autónomos que no participan en actividades de transporte por carretera en otros Estados miembros y que están sujetos a obligaciones locales por razones objetivas, como una ubicación periférica, unas distancias interiores considerables o un entorno competitivo concreto, o bien:

— No incluir a los conductores autónomos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva.

2.2. Las disposiciones de la Directiva 93/104/CE se aplicarán a los trabajadores móviles excluidos del ámbito de aplicación de la presente Directiva.

2.3. En la medida en que la presente Directiva contenga disposiciones más específicas en lo que respecta a los trabajadores móviles que realizan actividades de transporte por carretera, la presente Directiva prevalecerá sobre las disposiciones pertinentes de la Directiva 93/104/CE en aplicación de su artículo 14.

2.4. La presente Directiva completa las disposiciones del Reglamento (CEE) no 3820/85, y, en lo necesario, del acuerdo AETR, que prevalecerán sobre las disposiciones de la presente Directiva.

Artículo 3

Definiciones

A efectos de la presente Directiva, se entenderá por:

a) «Tiempo de trabajo»:

1) En el caso de los trabajadores móviles: todo período comprendido entre el inicio y el final del trabajo, durante el cual el trabajador móvil está en su lugar de trabajo, a disposición del empresario y en el ejercicio de sus funciones y actividades, esto es:

— El tiempo dedicado a todas las actividades de transporte por carretera. Estas actividades incluyen, en particular:

- 1) La conducción.
- 2) La carga y la descarga.
- 3) La asistencia a los pasajeros en la subida y bajada del vehículo.
- 4) La limpieza y el mantenimiento técnico.
- 5) Todas las demás tareas cuyo objeto sea garantizar la seguridad del vehículo, de la carga y de los pasajeros o cumplir las obligaciones legales o reglamentarias directamente vinculadas a una operación de transporte específica que se esté llevando a cabo, incluidos el control de la carga y descarga, los trámites administrativos de policía, aduanas, funcionarios de inmigración, etc.;

— Los períodos durante los cuales el trabajador móvil no puede disponer libremente de su tiempo y tiene que permanecer en su lugar de trabajo, dispuesto a realizar su trabajo normal, realizando determinadas tareas relacionadas con el servicio, en particular, los períodos de espera de carga y descarga, cuando no se conoce de antemano su duración previsible, es decir, o bien antes de la partida o antes del inicio efectivo del período de que se trate, o bien en las condiciones generales negociadas entre los interlocutores sociales o definidas por la legislación de los Estados miembros.

2) En el caso de los conductores autónomos: todo período comprendido entre el inicio y el final del trabajo durante el cual el conductor autónomo está en su lugar de trabajo, a disposición del cliente y ejerciendo sus funciones y actividades, a excepción de las labores generales de tipo administrativo que no están directamente vinculadas a una operación de transporte específica en marcha. Quedan excluidos del tiempo de trabajo las pausas contempladas en el artículo 5, el tiempo de descanso contemplado en el artículo 6, así como, sin perjuicio de la

legislación de los Estados miembros o de los acuerdos negociados entre los interlocutores sociales que establezcan que tales períodos sean compensados o limitados, el tiempo de disponibilidad contemplado en la letra b) del presente artículo.

b) «Tiempo de disponibilidad»:

— Los períodos distintos de los períodos de pausa o de descanso durante los que el trabajador móvil no está obligado a permanecer en su lugar de trabajo, pero tiene que estar disponible para responder a posibles instrucciones que le ordenen emprender o reanudar la conducción o realizar otros trabajos. En particular, se considera tiempo de disponibilidad los períodos durante los que el trabajador móvil acompaña un vehículo transportado en transbordador o en tren y los períodos de espera en las fronteras o los causados por las prohibiciones de circular. El trabajador móvil deberá conocer de antemano estos períodos y su previsible duración, es decir, antes de la salida o justo antes del inicio efectivo del período de que se trate o bien en las condiciones generales negociadas entre los interlocutores sociales y/o definidas en la legislación de los Estados miembros;

— Para los trabajadores móviles que conducen en equipo, el tiempo transcurrido durante la circulación del vehículo sentado junto al conductor o acostado en una litera;

c) «Lugar de trabajo»:

— el lugar donde está ubicado el establecimiento principal de la empresa para la que trabaja la persona que realiza actividades móviles de transporte por carretera, y sus diversos establecimientos secundarios, coincidan o no con su domicilio social o su establecimiento principal,

— el vehículo que utiliza la persona que realiza actividades móviles de transporte por carretera cuando realiza su trabajo, y

— cualquier otro lugar donde se llevan a cabo las actividades relacionadas con la ejecución del transporte;

d) «trabajador móvil»,

Cualquier trabajador que forme parte del personal que se desplace, incluidos las personas en prácticas y los aprendices, que estén al servicio de una empresa que efectúe, por cuenta ajena o propia, servicios de transporte de viajeros o de mercancías por carretera.

e) «Conductor autónomo»,

Toda persona cuya actividad profesional principal consista en efectuar servicios de transporte de viajeros o de mercancías por carretera a cambio de una remuneración en el sentido de la

legislación comunitaria y al amparo de una licencia comunitaria o de cualquier otra habilitación profesional para llevar a cabo los servicios de transportes mencionados, que esté habilitada para trabajar por cuenta propia y que no esté relacionada con un empresario mediante un contrato de trabajo o mediante cualquier otro tipo de relación laboral jerárquica, que es libre para organizar las actividades laborales pertinentes, cuyos ingresos dependan directamente de los beneficios realizados y que disponga de la libertad necesaria para mantener relaciones comerciales con varios clientes, ya sea individualmente o en colaboración con otros conductores autónomos. A los efectos de la presente Directiva, los conductores que no cumplan estos criterios estarán sometidos a los mismos derechos y obligaciones previstos por la presente Directiva para los trabajadores móviles.

f) «Persona que realiza actividades móviles de transporte por carretera»,

Todo trabajador móvil o conductor autónomo que realiza dichas actividades;

g) «Semana»,

El período que comienza a las 00:00 horas del lunes y finaliza a las 24:00 horas del domingo;

h) «Período nocturno»

Todo período de un mínimo de cuatro horas, tal como esté definido en la legislación nacional, entre las 00:00 horas y las 07:00 horas;

i) «Trabajo nocturno».

Todo trabajo realizado durante el período nocturno.

Artículo 4

Duración máxima del tiempo de trabajo semanal

Los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para que:

- 1) La duración media del tiempo de trabajo semanal no supere las cuarenta y ocho horas. La duración máxima del tiempo de trabajo semanal podrá llegar hasta sesenta horas si la duración media calculada sobre un período de cuatro meses no excede de cuarenta y ocho horas. Los párrafos cuarto y quinto del apartado 1 del artículo 6 del Reglamento (CEE) no 3820/85 o, de ser necesario, el párrafo cuarto del apartado 1 del artículo 6 del Acuerdo AETR, prevalecerán sobre las disposiciones de la presente Directiva, siempre y cuando los conductores afectados no superen una duración media de cuarenta y ocho horas por semana calculada sobre un período de cuatro meses; b) el tiempo de trabajo por cuenta de más de un

empresario sea la suma de las horas trabajadas. El empresario solicitará por escrito al trabajador móvil el cómputo del tiempo de trabajo efectuado para otro empresario. El trabajador móvil facilitará estos datos por escrito. Artículo 5 Pausas 1. Los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para garantizar que, sin perjuicio del nivel de protección previsto por el Reglamento (CEE) no 3820/85, o, en su defecto, por el Acuerdo AETR, las personas que realizan actividades móviles de transporte por carretera no trabajen, en ningún caso, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 2, durante más de seis horas consecutivas sin pausa. El trabajo se interrumpirá con una pausa de treinta minutos como mínimo si el tiempo de trabajo total se halla comprendido entre seis y nueve horas, y con una pausa de cuarenta y cinco minutos como mínimo si el tiempo de trabajo total es de más de nueve horas.

- 2) Las pausas podrán subdividirse cada una en períodos de una duración de quince minutos como mínimo.

Artículo 6

Tiempo de descanso

A efectos de la presente Directiva, los aprendices y el personal en período de prácticas estarán sujetos, en materia de tiempo de descanso, a las mismas disposiciones que las que gozan los demás trabajadores móviles en aplicación del Reglamento (CEE) no 3820/85, o, en su defecto, del Acuerdo AETR.

Artículo 7

Trabajo nocturno

1. Los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para garantizar que:
 - Cuando se efectúe trabajo nocturno, la jornada de trabajo diaria no exceda de diez horas por cada período de veinticuatro horas.
 - La compensación del trabajo nocturno se ajuste a las normativas legales nacionales, a los convenios colectivos, a los acuerdos entre los interlocutores sociales y/o a las prácticas nacionales, a condición de que dicha compensación no pueda poner en peligro la seguridad vial.
2. A más tardar el 23 de marzo de 2007, la Comisión evaluará, en el marco del informe que deberá elaborar en virtud del apartado 2 del artículo 13, las consecuencias de las disposiciones previstas en el apartado 1 del presente artículo. La Comisión acompañará, si procede, dicho informe de las propuestas adecuadas.

3. La Comisión presentará una propuesta de directiva que contenga las disposiciones relativas a la formación de los conductores profesionales, incluidos los que efectúan un trabajo nocturno, y que defina los principios generales de esa formación.

Artículo 8

Excepciones

1. Por razones objetivas o técnicas o por razones relacionadas con la organización del trabajo, podrán establecerse excepciones a lo dispuesto en los artículos 4 y 7 por medio de convenios colectivos, acuerdos entre los interlocutores sociales o, si ello no es posible, por medio de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas siempre que se consulte a los representantes de los empresarios y de los trabajadores interesados y se realicen esfuerzos para fomentar todas las formas pertinentes de diálogo social.
2. Cualquier excepción relativa al artículo 4 no podrá tener como consecuencia el establecimiento de un período de referencia superior a seis meses para el cálculo de la media de la duración máxima del tiempo de trabajo semanal de cuarenta y ocho horas.

Artículo 9

Información y registros

Los Estados miembros velarán por que:

- a) Los trabajadores móviles sean informados de las disposiciones nacionales pertinentes, del reglamento de régimen interior de su empresa y de los acuerdos celebrados entre interlocutores sociales, en particular de los convenios colectivos y de los posibles acuerdos de empresa, establecidos sobre la base de la presente Directiva, sin perjuicio de la Directiva 91/533/CEE del Consejo, de 14 de octubre de 1991, relativa a la obligación del empresario de informar al trabajador acerca de las condiciones aplicables al contrato de trabajo o a la relación laboral (1);
- b) Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 2, se registre el tiempo de trabajo de las personas que realizan actividades móviles de transporte por carretera. Estos registros deberán conservarse como mínimo durante dos años después de que finalice el período contemplado. Los empresarios serán los responsables del registro del tiempo de trabajo de los trabajadores móviles. El empresario estará obligado a facilitar a los trabajadores móviles que así lo soliciten una copia del registro de las horas trabajadas.

Artículo 10

Disposiciones más favorables

La presente Directiva no afectará a la facultad de los Estados miembros de aplicar o introducir disposiciones legales, reglamentarias o administrativas más favorables para la protección de la salud y la seguridad de las personas que realizan actividades móviles de transporte por carretera, o de fomentar o permitir la aplicación de convenios colectivos o acuerdos celebrados entre interlocutores sociales que sean más favorables para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores móviles. La aplicación de la presente Directiva no constituirá una razón válida para reducir el nivel general de protección de los trabajadores mencionados en el apartado 1 del artículo 2.

Artículo 11

Sanciones

Los Estados miembros determinarán el régimen de sanciones para las infracciones de las disposiciones nacionales adoptadas en aplicación de la presente Directiva y tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que dichas sanciones se apliquen. Las sanciones deberán ser efectivas, proporcionadas y disuasorias.

Artículo 12

Negociaciones con terceros países

Con vistas a la aplicación a los trabajadores móviles empleados por empresas establecidas en un país tercero de una normativa equivalente a la establecida por la presente Directiva, la Comunidad entablará negociaciones con los terceros países de que se trate desde el momento de la entrada en vigor de la presente Directiva.

Artículo 13

Informe

1. Los Estados miembros presentarán cada dos años un informe a la Comisión, relativo a la aplicación de la presente Directiva, en el que se indicarán los puntos de vista de los interlocutores sociales. La Comisión deberá recibir dicho informe a más tardar el 30 de septiembre siguiente a la fecha en que finalice el período bianual abarcado por el informe. Este período bianual será el mismo que el mencionado en el apartado 2 del artículo 16 del Reglamento (CEE) no 3820/85.
2. La Comisión elaborará cada dos años un informe sobre la aplicación de la presente Directiva por parte de los Estados miembros y sobre la evolución en el ámbito en cuestión. La Comisión presentará este informe al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones.

Artículo 14

Disposiciones finales

1. Los Estados miembros adoptarán las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente Directiva a más tardar el 23 de marzo de 2005 o garantizarán que, antes de esa fecha, los interlocutores sociales hayan establecido las medidas necesarias mediante acuerdo, quedando obligados los Estados miembros a tomar las disposiciones que les permitan poder garantizar en cualquier momento los resultados impuestos por la presente Directiva. Cuando los Estados miembros adopten las disposiciones mencionadas en el párrafo primero, éstas harán referencia a la presente Directiva o irán acompañadas de dicha referencia en su publicación oficial. Los Estados miembros establecerán las modalidades de la mencionada referencia.
2. Los Estados miembros comunicarán a la Comisión los textos de las disposiciones de Derecho interno que ya hayan sido adoptadas o que adopten en el ámbito regulado por la presente Directiva.
3. Los Estados miembros velarán por que expedidores, transitarios, contratistas principales, subcontratistas y empresas que empleen trabajadores móviles respeten las disposiciones pertinentes de la presente Directiva.

Artículo 15

Entrada en vigor

La presente Directiva entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas.

Artículo 16

Destinatarios

Los destinatarios de la presente Directiva serán los Estados miembros.

Hecho en Bruselas, el 11 de marzo de 2002.

Por el Parlamento Europeo

El Presidente

P. COX

Por el Consejo

El Presidente

J. PIQUÉ I CAMPS

2.3. Ejemplos de Jurisprudencia sobre Cardiopatía Isquémica e Incapacidad Permanente Laboral en España.

2.3.1. Sentencias Favorables:

1º.- Tribunal Supremo. Sala Cuarta de lo Social. Recurso 3044/1998

En la Villa de Madrid, a veintitrés de Julio de mil novecientos noventa y nueve.

Vistos los autos pendientes ante la Sala en virtud de recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto en nombre y representación de don Gerardo, contra sentencia de 16 de abril de 1998 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Sevilla, por la que se resuelve el recurso de suplicación interpuesto por don Gerardo contra la sentencia de 25 de abril de 1996 dictada por el Juzgado de lo Social de Sevilla 1 en autos seguidos por don Gerardo frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) y el Servicio Andaluz de la Salud (SAS), sobre invalidez.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO

Con fecha 25 de abril de 1996 el Juzgado de lo Social de Sevilla 1, dictó sentencia en la que consta la siguiente parte dispositiva: "Que debo desestimar y desestimo la demanda interpuesta por Gerardo, contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y el SERVICIO ANDALUZ DE LA SALUD sobre Invalidez absolviendo a las codemandadas de las pretensiones contenidas en la misma con apreciación respecto del SAS de la excepción de falta de legitimación pasiva".

SEGUNDO

En dicha sentencia se declararon probados los siguientes hechos: "I El actor Gerardo, nacido en 11-10-34, residente en Sevilla, afiliado a la Seguridad Social con el número NUM000, adscrito al RGSS, en su condición profesional de médico Especialista, laborando por cuenta y orden del Servicio Andaluz de la Salud, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), en el Departamento de Cirugía Plástica y Quemados, en el que desde 1972 es Jefe de Sección, en la fecha 29-3-94, cuando se hallaba en el ejercicio de sus funciones sufrió una Angina de Pecho siendo hospitalizado. Con fecha 6-4-94 por el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen del Rocío se efectúa el diagnóstico que obra al folio 75 que aquí se da por reproducido y probado, recomendando practicar BY-PASS coronario. En el mismo día se le practica Coronariografía que muestra: "estenosis severa del 85% de la A.D.A. obstrucción del 50% de la CX y estenosis difusa de 34 mm de longitud en C.D. con estenosis focales significativas. Tras estudios clínicos y complementarios, el paciente es intervenido con fecha 8-4-94, practicándosele BY Pass mamario-coronario a la D.A. y safena C.D. El día 8 es intervenido quirúrgicamente practicándosele By Pass mamario coronario a la (D.A: descendente anterior) y safena (C.D: coronaria derecha) permaneciendo en ILT que cursa como proveniente de accidente de trabajo. II Las funciones habituales que el exponente realiza en el expresado servicio, en su condición de Médico Especialista, consistían en: Realización de intervenciones quirúrgicas propias

de la especialidad. Programación diaria de la actividad quirúrgica de los cuatro quirófanos del Servicio, coordinando a pacientes, cirujanos, anestelistas, camas disponibles y las incidencias propias del Servicio, con sus múltiples variantes. III dado de alta en ILT se instruyó el correspondiente expediente para determinar el alcance de las residuales que concluyó con la declaración del actor en situación de incapacidad permanente parcial, derivada de enfermedad común tras el preceptivo informe de la UVMI obrante al folio 77 y que aquí se dá por reproducido y probado. IV El actor reclama que la IPP reconocida lo sea por accidente de trabajo en lugar de por enfermedad común con las consecuencias inherentes a tal declaración. V se agotó la vía previa".

TERCERO

La citada sentencia fue recurrida en suplicación por don Gerardo ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Sevilla, la cual dictó sentencia en fecha 16 de abril de 1998, en la que dejando inalterada la declaración de hechos probados de la sentencia de instancia, consta la siguiente parte dispositiva: "Debemos desestimar y desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por Don Gerardo contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social número UNO de los de SEVILLA de fecha veinticinco de abril de mil novecientos noventa y seis, recaída en los autos del mismo formados para conocer de demanda formulada por el recurrente contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LA TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL SERVICIO ANDALUZ DE LA SALUD, sobre accidente de trabajo y, en su consecuencia, debemos confirmar y confirmamos la resolución recurrida".

CUARTO

Por la representación procesal de don Gerardo, se preparó recurso de casación para unificación de doctrina. En su formalización se invocó como sentencia de contraste la dictada por esta Sala de fecha 14 de julio de 1997.

QUINTO

Por providencia de fecha 16 de marzo de 1999, se procedió a admitir a trámite el citado recurso y, tras ser impugnado el recurso, pasaron las actuaciones al Ministerio Fiscal, que presentó informe en el sentido de considerarlo improcedente, e instruido el Magistrado Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 20 de julio de 1999, en el que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

El accionante es Médico Especialista, Jefe de Sección en el Departamento de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, dependiente del Servicio Andaluz de la Salud. Mientras realizaba su habitual tarea, sufrió en 29 de marzo de 1994 una angina de pecho. La entidad empleadora entendió producido un accidente de trabajo y emitió el correspondiente parte. Pero en el ulterior expediente de invalidez permanente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social declaró la existencia de una invalidez permanente parcial con origen en enfermedad común.

El interesado dedujo por ello demanda, en que postula la declaración opuesta: que la lesión tiene su origen en un accidente de trabajo. Pretensión que dirigió frente a la empleadora SAS, el INSS y la TGSS. Conoció de la misma el Juzgado social número 1 de Sevilla, cuya sentencia de 25 de abril de 1996 fue

desestimatoria. En suplicación planteada por el actor, la Sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, sede de Sevilla, dictó sentencia en 16 de abril de 1998, mediante la que confirmaba la decisión del Juzgado.

Esta sentencia de suplicación ha sido atacada por el demandante mediante recurso de casación para la unificación de doctrina. Propone como pronunciamiento de contraste la sentencia de 14 de Julio de 1997 (recurso 892/96) pronunciada por este Tribunal Supremo. Tanto el Instituto demandado, en su escrito de impugnación, como el Ministerio Fiscal, en su preceptivo informe, cuestionan la concurrencia en el caso de la contradicción exigida por la LPL, en su artículo 217.

SEGUNDO

Si se repara en que el núcleo de la contradicción se concreta en el entendimiento y aplicación del artículo 115 de la LGSS, texto refundido de 1994 (presunción de laboralidad en ciertos accidentes), será obligado convenir en que el enfrentamiento exigido por el citado artículo 217 de la LPL concurre en el presente caso, pues cabe hablar de una igualdad sustancial en hechos, fundamentos y peticiones, la cual sin embargo es objeto de soluciones diferentes.

En la sentencia recurrida se trata de una cardiopatía coronaria, modalidad de angina de pecho. El afectado soporta factores de riesgo (tabaquismo, hiperlipemia, hiperuricemia, isquemia de la arteria cubital izquierda) y cuenta con anteriores episodios de presión retroesternal. A esto se limitan los hechos probados (con las adiciones incluidas en la parte razonada) pues a seguido, el juez de instancia se limita a expresar lo que tiene por conocimiento generalizado en la materia, sobre ajenidad a las molestias propias de la angina, del esfuerzo o del estrés. En esto se apoya esencialmente el fallo desestimatorio del Juzgado, mantenido por el Tribunal Superior de Justicia andaluz.

En la sentencia de contraste el padecimiento es de la misma índole: una cardiopatía isquémica, angina inestable progresiva no controlada. Hay antecedentes de tabaquismo. El trabajador ya había sido tratado antes por dolencia de esa clase. Finalmente se le reconoció percepción por invalidez permanente.

A la vista de lo anterior, cabe entender, como se dijo, que estamos ante casos sustancialmente iguales: aparición de un episodio propio de las cardiopatías coronarias, en el tiempo y en el lugar del trabajo, por quien está sometido a factores de riesgo extra-laborales y ha sido objeto de anteriores manifestaciones del mal. A lo que conviene añadir, que el tratamiento dispar no es consecuencia de una verdadera prueba practicada y generadora de cierta convicción judicial, sino de la utilización de conocimientos generalizados sobre la índole y características de las enfermedades coronarias, sea una angina de pecho, sea un infarto agudo de miocardio (máximas de experiencia). Por ello contamos con la contradicción pedida por la Ley.

TERCERO

El recurso denuncia infracción de normas del ordenamiento jurídico y de la jurisprudencia aplicable al caso (LPL, artículo 205-e), pues tiene por quebrantado el artículo 115.3 de la LGSS de 1994, en relación con los pronunciamientos de este Tribunal que cita.

El artículo 115.1 de la vigente LGSS, que en lo principal reproduce precepto ya contenido en la Ley de accidentes de trabajo de 1900, define esa figura como "toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena". Numerosas resoluciones de esta Sala comprenden en el término "lesión" las enfermedades de súbita aparición o desenlace. Así, por citar algunos ejemplos: el infarto de miocardio (sentencias de 27 de diciembre de 1995, 15 de febrero de 1996, 18 de octubre de 1996, 27 de febrero de 1997 y 28 de enero de 1998); la angina de pecho (sentencias de 18 de junio de 1997 y 14 de julio de 1997, que es precisamente la que como contradictoria se invoca); o un accidente cardiovascular activo con hemiparesia derecha (sentencia de 4 de mayo de 1998).

Sentado lo anterior, entra automáticamente en juego la presunción de favor que formula el artículo 115.3: "Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador en el tiempo y en el lugar de trabajo". Esto significa que las enfermedades mencionadas, una vez que se identifican con la "lesión" de que habla el artículo 115.1, reciben en principio calificación de accidente laboral, a no ser que se pruebe lo contrario.

El alcance de la presunción legal ha sido explicado por la Sala en los pronunciamientos ya citados, y en otros que en ellos se refieren. Así, hemos dicho que "para excluir esa presunción se requiere prueba en contrario que evidencie de forma inequívoca la ruptura de la relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad"; por tanto, esa prueba podrá de manifiesto, o bien que se trata de "enfermedades que no seas susceptibles de una etiología laboral", o bien que "esa etiología" ha sido "excluida" mediante la oportuna probanza (sentencia de 14 de julio de 1997, que es la propuesta como contradictoria).

Más en concreto, y a propósito de la cardiopatía coronaria conviene recordar lo que, entre otras, reitera la propia sentencia invocada como contradictoria (sentencia de 14 de julio de 1997): "no es descartable una influencia de los factores laborales en la formación del desencadenamiento de una crisis cardiaca"; o que "las lesiones cardiacas no son por sí mismas extrañas a las relaciones causales de carácter laboral". Siendo indiferente que con anterioridad hayan hecho aparición episodios cardiacos de parecida naturaleza (sentencia de 27 de enero de 1997 y 23 de enero de 1998, ya mencionadas).

CUARTO

En el presente caso conviene concretar los materiales configurados en la instancia, sobre que se apoyan las reflexiones del tribunal de suplicación. La sentencia del Juzgado contiene un primer hecho probado, donde se describe con detalle lo ocurrido en 19 de marzo de 1994, momento en que, dentro de la jornada laboral, sufre el actor un episodio de angina de pecho, que requiere inmediata hospitalización, seguida de intervención quirúrgica. En el hecho probado segundo se referencia las funciones habituales del interesado, en cuanto Médico especialista, consistentes "en la realización de intervenciones quirúrgicas propias de la especialidad, programación diaria de la actividad quirúrgica de los cuatro quirófanos del servicio, coordinando a pacientes, cirujanos, anestesistas, camas disponibles y las incidencias propias del servicio en sus múltiples variantes". En los fundamentos jurídicos, con valor todavía de hecho probado, inclúyase noticia sobre factores de riesgo (tabaquismo, hiperuricemia, hiperlipemia) y sobre aparición de episodios de presión

retroesternal antes del ingreso (no se dice dónde). Más adelante, el Magistrado describe la dolencia sufrida y agrega que "esos síntomas se manifiestan indistintamente tanto dentro como fuera del lugar de trabajo, por no tener su origen en el esfuerzo, stress, o cualquiera otra circunstancia derivada del trabajo, sino que su desencadenamiento responde a causas naturales ajenas a toda actividad laboral". Es evidente que ya no estamos ante un hecho probado, sino ante la personal opinión del juzgador, en torno a conocimientos que para él son de carácter general (máximas de experiencia).

La sentencia recurrida, tras recordar la doctrina jurisprudencial, por cierto en manera parecida a como quedó expuesta antes, hace ver que en el caso enjuiciado "no hay la menor constancia de la realización por el actor de tareas de gran esfuerzo físico o de suma de tensión emocional que justifiquen la repetición agravada de episodios cardiacos precedentes". De donde concluye que la presunción del artículo 115.3 quedó destruida, así como que estamos ante una alteración patológica "cuya exteriorización última tanto pudo producirse en el trabajo como fuera de él y era ajena a éste".

La tesis de la sentencia recurrida quebranta lo prevenido en el artículo 115.3 de la LGSS de 1994 y la jurisprudencia de este Tribunal establecida en torno al mismo. En el estado actual de la ciencia médica, cabe tener por cierto que las enfermedades isquémicas del miocardio, sea una angina de pecho, sea un infarto de miocardio, pueden verse influidas por factores de índole varia, entre ellos el esfuerzo o la excitación que son propios de algunas actividades laborales. La afirmación es perfectamente válida para el oficio del actor, Médico especialista, Jefe de sección de un hospital, con asunción de las tareas ya descritas. Por tanto, no estamos ante el caso de una enfermedad cuya etiología excluya la causación laboral; y menos ante una actividad exenta de riesgos. Por ello, para negar la naturaleza laboral de la angina de pecho sufrida por quien demanda, hubiera sido preciso utilizar probanzas eficaces, de virtualidad suficiente para provocar una convicción fáctica en el Magistrado de instancia. No se cuenta con un hecho probado en que tal resultancia se consigne. Ni es relevante que la Sala de suplicación agregue que no quedó acreditado un "gran esfuerzo" o una "suma de tensión emocional". Pues persiste la posibilidad de que el esfuerzo ordinario o la tensión normal de la actividad de jefatura médica en cirugía desencadenen el episodio cardio- coronario, o de que influyan en el desarrollo del mismo, si existe alguna predisposición en el afectado. Y cabalmente esta posibilidad es la que se beneficia de la presunción legal, cuya destrucción, como ya dijimos antes, exige la presencia de unos hechos que a todas luces evidencien la carencia de relación entre trabajo y lesión. Y claro es, en el caso, que ni el juez de instancia manifestó convicción en tal sentido, ni la Sala parte de un dato de esa clase.

QUINTO

Lo anterior conduce a la estimación del recurso entablado por el trabajador accionante; habrá por tanto que casar y anular la sentencia atacada y resolver el debate suscitado en suplicación con un pronunciamiento ajustado a la unidad de doctrina LPL, artículo 226.2); lo que se satisface con la declaración de que la invalidez permanente parcial sufrida por el accionante tiene su origen en un accidente laboral.

Por lo expuesto, en nombre de S. M. El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

Estimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el accionante don Gerardo contra sentencia de fecha 16 de abril de 1998 dictada por la Sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Sevilla, que a su vez confirma la pronunciada en 25 de abril de 1996 por el Juzgado de lo social número 1 de los de Sevilla, pleito seguido frente al SAS, INSS y TGSS; casamos y anulamos la sentencia recurrida; y resolvemos el debate suscitado en suplicación, en el sentido de declarar que la invalidez permanente parcial sufrida por el interesado proviene de un accidente de trabajo. Sin costas.

Devuélvase las actuaciones al órgano jurisdiccional correspondiente, con la certificación y comunicación de esta resolución.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. Bartolomé Ríos Salmerón hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.

2º.- Sentencia Tribunal Supremo 18 de diciembre de 2013.

SENTENCIA del Tribunal Supremo, de 18 de diciembre de 2013, en materia de INFARTO DE MIOCARDIO Y ACCIDENTE DE TRABAJO EN TIEMPO Y LUGAR DE TRABAJO. Supuesto de Hecho • El trabajador, que inició un proceso de Incapacidad Temporal el 15-09-2005 derivada de enfermedad común, fue alta médica con propuesta de Incapacidad Permanente el 13-11-2006. • Según informe Médico del ICAM de fecha 13-11-2006 este presentaba las lesiones siguientes: “CARDIOPATÍA ISQUÉMICA IAM. IMPLANTACIÓN STENT. VASCULOPATÍA PERIFÉRICA, CLAUDICACIÓN INTERMITENTE. ISQUEMIA INTESTINAL. TRASTORNO DEPRESIVO”. • Dicha enfermedad común le fue reconocida como consecuencia de un episodio de dolor torácico opresivo durante 15 minutos, entre otros síntomas, en la madrugada del 15-9-05, y tras marchar al trabajo al siguiente día y hallarse en él desempeñando su labor, sufrió otro a las 7 horas 45 minutos, lo que le llevó a consultar al médico de la empresa que decidió derivarlo al hospital, apreciándosele infarto lateral NO Q. • Por Resolución del INSS de fecha 12-01-2007 se reconoció al trabajador una Incapacidad Permanente Total de su profesión habitual de OFICIAL 1ª SIDEROMETALÚRGICO derivada de la contingencia de enfermedad común, con derecho a percibir pensión mensual consistente en el 55% de su Base Reguladora de 1980,65 euros mes y con efectos del 13-11-2006. • Contra dicha Resolución interpuso Reclamación Previa solicitando se declarará que la contingencia de la incapacidad declarada es derivada de accidente de trabajo, por Resolución del INSS de fecha 24-04-2007 se

desestima dicha reclamación previa, indicando que las lesiones se estiman como derivadas de enfermedad común de acuerdo con la propuesta formulada por la Comisión de Evaluación de incapacidades de fecha 17-04-2007 en determinación de contingencia. • El trabajador solicita que se declare que las secuelas que presentaba el actor y por las que fue declarado afecto a Incapacidad Permanente Total son derivadas de Accidente de Trabajo, con los efectos oportunos. Consideraciones Jurídicas • El Tribunal establece que, para la consideración como “accidente de trabajo”, no se exige que la lesión sea consecuencia del trabajo prestado sino que haya surgido en el lugar de trabajo y con ocasión de prestarse el mismo. • En este sentido, existen numerosos pronunciamientos del Tribunal Supremo, en los cuales se reconoce al infarto de miocardio sufrido en tiempo y lugar de trabajo el carácter de accidente laboral. Y ello por las razones siguientes: • En primer lugar, la presunción del artículo 115.3 LGSS se refiere no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo. • En segundo lugar, para la destrucción de la presunción de laboralidad de la enfermedad surgida en el tiempo y lugar de prestación de servicios, la jurisprudencia exige que la falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado se acredite de manera suficiente, bien porque se trate de enfermedad que por su propia naturaleza descarta o excluye la acción del trabajo como factor determinante o desencadenante, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal. • En tercer lugar, la presunción no se excluye porque se haya acreditado que el trabajador padeciera la enfermedad con anterioridad o porque se hubieran presentado síntomas antes de iniciarse el trabajo, porque lo que se valora a estos efectos no es, desde luego, la acción del trabajo como causa de la lesión cardiaca, lo que no sería apreciable en principio dada la etiología común de este tipo de lesiones. Lo que se valora es la acción del trabajo en el marco del artículo 115.2.f) LGSS como factor desencadenante de una crisis, que es la que lleva a la situación de necesidad protegida; y esta posible acción del trabajo se beneficia de la presunción legal del art. 115.3 y no puede quedar excluida solo por la prueba de que la enfermedad se padecía ya antes; pues, aunque así fuera, es la crisis y no la dolencia previa la que hay que tener en cuenta a efectos de protección. • Pues bien, la aplicación de la doctrina expuesta obliga al Tribunal a concluir que no consta dato alguno, en el presente caso, que permita afirmar que se ha roto el nexo causal entre trabajo y accidente cardiaco. Pues, aun asumiendo la preexistencia de la enfermedad cardiaca, es lo cierto que no se ha aportado ningún otro elemento de hecho que excluya la acción del trabajo como factor o causa desencadenante del infarto de miocardio. • Por su parte, la sentencia del Tribunal Supremo, de 20 de octubre de 2009, manifiesta: “en ambos casos se produjo un infarto en tiempo y lugar de trabajo, pudiendo haber contribuido al mismo el trabajo realizado, sin que sea trascendente que en la recurrida la clase de trabajo no constara, ya que lo relevante es que el infarto sobrevino estando trabajando; tampoco el hecho en ambos casos de padecimiento anterior de una patología coronaria rompe la presunción sin que por último exista hecho probado alguno que desvirtúe la posibilidad de que el infarto no tuviera su causa en el trabajo , pese a lo cual

los fallos son distintos". • Tal y como se ha señalado, para excluir la presunción de laboralidad de la enfermedad se requiere prueba en contrario que evidencie de forma inequívoca la ruptura de la relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad y para ello 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", precisándose a estos efectos que, en principio, "no es descartable una influencia de los factores laborales en la formación del desencadenamiento de una crisis cardíaca". • Concluye el Tribunal, por tanto, que al presente caso se aplica plenamente la presunción y que ésta desplaza la exigencia de exclusividad del apartado e) del artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social. • Por otra parte, no concurre ninguna circunstancia que permita desvirtuar los efectos que se derivan de la presunción, pues, como ya se ha dicho, las lesiones cardíacas no son por sí mismas extrañas a las relaciones causales de carácter laboral, y en el presente caso no hay prueba directa alguna que pueda excluir esa , estamos, en definitiva ante un infarto producido en tiempo y lugar de trabajo , aunque no consta la clase de trabajo que realiza el fallecido, existiendo posibilidad, con arreglo a las máximas de la experiencia que el trabajo contribuya a la aparición del infarto, no rompiendo tampoco el padecimiento anterior de una patología coronaria la presunción, no existiendo por último hecho probado que desvirtúe la posibilidad de que el infarto tenga su causa en el trabajo". • Por todo ello, la Sala declara el carácter de accidente de trabajo de la contingencia litigiosa.

Caso 3. Tribunal Supremo. Sala de lo social. Sección 1. Nº Resolución 104/2017. Jurisprudencia Trabajo en misión e infarto

SENTENCIA

En Madrid, a 7 de febrero de 2017 Esta sala ha visto el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por Mutualia, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 2, representada por el letrado D. José Ángel Moral Saez-Diez contra la sentencia dictada el 22 de julio de 2014 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en recurso de suplicación nº 1350/2014 , interpuesto contra la sentencia de fecha 25 de febrero de 2014, dictada por el Juzgado de lo Social nº 7 de Bilbao , en autos núm. 840/2013, seguidos a instancias de D^a. Magdalena contra Ingeniería de Procesos Eléctricos SL, Mutualia, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 2, INSS, TGSS sobre Seguridad Social. Ha comparecido como parte recurrida el INSS representado por el letrado D. Andrés Ramón Trillo García, Ingeniería de Procesos Eléctricos SL representada por el letrado D. Luis-Carlos Gil de Acasuso y D^a. Magdalena representada por la letrada D^a. Cristina Pérez Barrientos. Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Jose Manuel Lopez Garcia de la Serrana

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 25 de febrero de 2014 el Juzgado de lo Social nº 7 de Bilbao dictó sentencia , en la que se declararon probados los siguientes hechos: «

1º.- El Sr. D. Fausto , mayor de edad, con D.N.I. nº NUM000 , afiliado a la Seguridad Social nº NUM001 , vino prestando servicios por cuenta y cargo de la empresa INGENIERIA DE PROCESOS ELECTRICOS S.L. desde el año 2005, teniendo reconocida la categoría de oficial de 1ª electricista. La empresa se dedica a la actividad de montajes eléctricos, para lo cual desplaza grupos de trabajo a los lugares de instalación que pueden radicar en algún punto de la geografía española. La empresa tenía cubierto el riesgo derivado de la contingencia de AT con la MUTUA MUTUALIA.

2º.- El Sr. Fausto junto con otros trabajadores de un grupo de trabajo, habían sido desplazados a Cataluña para la realización de dos trabajos (en la localidad de Pineda del Mar y en Gerona). En el mes de marzo de 2011 el Sr. Fausto y otros compañeros desplazados volvieron durante unos días al País Vasco, entre otros motivos para practicárseles un reconocimiento médico por parte de los Servicios de prevención de la MUTUA MUTUALIA. Ya con fecha 12/2/2010 los servicios de prevención de Mutualia hicieron reconocimiento médico al Sr. Fausto , emitiéndose informe en el que se le recomendaba que pasara a control por su médico por detectarse alteraciones analíticas (sobrepeso, glucosa en sangre, colesterol, etc.). En fecha 7/3/2011 se realiza un nuevo reconocimiento al Sr. Fausto que arroja cifras mas elevadas de colesterol, triglicéridos, etc, manteniendo factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, etc.), emitiéndose informe con recomendación de acudir para control urgente a su médico. No consta que tal informe se entregase al trabajador antes de su vuelta a Cataluña.

3º.- El Sr. Fausto trabajó normalmente desde el día 8/3/2011 hasta el día 23/3/2011. Que el día 24/3/2011 un compañero de trabajo, Sr. Leandro , ante la extrañeza de que el Sr. Fausto no bajara a desayunar fué a su habitación sobre las 8:00 h, encontrándose al Sr. Fausto sin preparar. Al preguntarle, el Sr. Fausto le comentó que no se encontraba bien y que se iba a quedar en la habitación. Posteriormente sobre las 13 h. el Sr. Leandro volvió a pasar por la habitación, para ver al Sr. Fausto . A la vista de que éste no le contestaba ni le abría la puerta se avisó al personal del hotel que procedió a abrir la puerta de la habitación, encontrándose al Sr. Fausto fallecido.

4º.- El Sr. Fausto falleció a consecuencia de un edema agudo de pulmón con fibrilación auricular. Se etiquetó como muerte natural producida entre 10 y 30 horas antes de la autopsia (10:30 h. del 25/3/2011). El día anterior el Sr. Fausto había trabajado normalmente (tapando canalizaciones en altura) y que existía cierta premura para la finalización de los trabajos.

5º.- Con fecha 19/3/2013 se solicita por DÑA. Magdalena en su calidad de viuda del Sr. Fausto ante el I.N.S.S. que se proceda a declarar que el fallecimiento del Sr. Fausto acaecido el 24/3/2011 fué derivado de la contingencia de AT a los efectos del reconocimiento de las prestaciones de muerte y supervivencia.

6º.- Por parte del I.N.S.S. se da traslado a la MUTUA MUTUALIA que por acuerdo de 9/5/2013 desestima la petición, remitiéndose a los interesados ante el I.N.S.S. para el reconocimiento de las prestaciones por contingencia común. Se ha reconocido a la Sra. Magdalena una pensión de viudedad calculada conforme a una base reguladora de 1.242,88 euros con un porcentaje del 52% y efectos del 25/3/2011 y a la hija una pensión de orfandad calculada conforme a un porcentaje del 20% de la misma base reguladora con efectos del 1/2/0012 hasta el 31/1/2013. 7º.- De ser estimable la demanda la base reguladora de las prestaciones de muerte y supervivencia indicadas ascendería a un total de 1.523,36 euros mensuales. 8º.- Se ha agotado la vía de reclamación previa.». En dicha sentencia aparece la siguiente parte dispositiva: «Desestimo la demanda interpuesta por DÑA. Magdalena frente a I.N.S.S., T.G.S.S., MUTUA MUTUALIA y la empresa INGENIERIA DE PROCESOS ELECTRICOS S.L., sobre Seguridad Social, absolviendo a los demandados de las pretensiones deducidas en su contra en el presente procedimiento.».

SEGUNDO.- La citada sentencia fue recurrida en suplicación por D^a. Magdalena ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, la cual dictó sentencia en fecha 22 de julio de 2014 , en la que consta el siguiente fallo: «Se estima el recurso de suplicación interpuesto frente a la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº 7 de los Bilbao de 25-2-14 , procedimiento 840/13, por doña Cristina Pérez Barrientos, abogado que actúa en representación de doña Magdalena , y con estimación de su demanda y revocación de la sentencia recurrida, se declara que el suceso acontecido el 24-3-11 fue por causa de accidente de trabajo, condenando a la empresa Ingeniería de Procesos Eléctricos, S.L., Mutualia, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 2, Instituto Nacional de la Seguridad Social y Tesorería General de la Seguridad Social, a estar y pasar por la anterior declaración, y a la Mutua de Accidentes indicada al abono de las prestaciones correspondientes, fijándose la base reguladora en 1523,36 euros mensuales, sin costas.». Con fecha 1 de septiembre de 2014 la Sala de lo Social del TSJ del País Vasco dictó auto, en el que consta la siguiente parte dispositiva: «DISPONEMOS ha lugar a rectificar la sentencia recaída en el presente procedimiento, y así el penúltimo párrafo del Fundamento Jurídico 2º que queda redactado en los siguientes términos: "Estos factores objetivos, básicamente los territoriales, como los subjetivos, sustancialmente los que afectan al entorno de relación, hacen que el accidente en misión se conceptúe y gradúe de una forma directa en el entorno en el que ocurre o acontece, sin posibilidad de una desvinculación de los elementos que coadyuvan, y que pueden dotar al trabajo de un carácter esencial, pues no es simplemente tangencial a la situación del trabajador, sino que requiere un análisis pormenorizado de las circunstancias concurrentes, e igualmente hacen que se prime la incidencia que puede tener el trabajo tanto en la salud como en el restablecimiento o paliación de la misma. Ello es importante si tenemos en cuenta que muchos de los accidentes que no se asocian a elementos intempestivos o abruptos, pueden ser mitigados en sus consecuencias por la rápida intervención de los servicios médicos, a los que muchas veces no se accede por esas circunstancias en las que se encuentra el trabajador;

circunstancias que, insistimos, han sido ocasionadas por el trabajo. Y, todo ello cobra especial hincapié y relevancia en el asunto que examinamos, pues encontramos que el trabajador realiza un importante trabajo físico en su actividad; la misma era llevada a cabo sin ningún problema, pues los factores detectados en modo alguno imposibilitaron no sólo el desplazamiento, sino el ejercicio de las actividades que requiere su profesión; de igual manera, con esos propios antecedentes, y probablemente en un entorno doméstico o de reproducción normal, hubiese existido una atención inmediata a los primeros síntomas; ello, se relaciona y asocia, con el propio devenir que se produjo, donde el trabajador se encuentra no sólo en esa actividad física, sino con cierta premura en el acabado de los trabajos. Todo ello implica el que, por un lado, el trabajador fuese a iniciar su jornada de trabajo de forma ordinaria, se encuentra dentro del entorno laboral, pues no sólo está desplazado por cuenta de la empresa, sino que lo que va a realizar es el trabajo encomendado. Debemos destacar que, como señala el recurso, el trabajador sufre el percance en el inicio y en el desarrollo de la que hubiera sido su jornada de trabajo, abriéndose una incógnita sobre la jornada y tiempo de actividad laboral que no le puede perjudicar (caso diferente al examinado por el TS en su sentencia de 11-2-14, recurso 42/13); y, en segundo término, todo ese cúmulo de circunstancias que rodean al trabajador desplazado, en orden a su entorno y relaciones personales, así como esa presión que el trabajo implica, por la continuidad del mismo, y ser el motivo del desplazamiento, lleva consigo que en este caso entendamos que concurren factores suficientes para etiquetar la contingencia de profesional, y dotemos al suceso del 24-3-11 de la etiología del accidente de trabajo, lo que implica que se estime que la base reguladora de las prestaciones de muerte y supervivencia asciende, hecho probado séptimo, a 1523,36 euros mensuales, y que el riesgo venga cubierto por la Mutua Mutualia, hecho probado primero, párrafo 2º».

TERCERO.- Por la representación de Mutualia, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 2, se formalizó el presente recurso de casación para la unificación de doctrina ante la misma Sala de suplicación el 30 de enero de 2015. Se aporta como sentencia contradictoria con la recurrida la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo en fecha 11 de febrero de 2014 (Rcud. nº 42/2013).

CUARTO.- Con fecha 1 de octubre de 2015 se admitió a trámite el presente recurso, dándose traslado del escrito de interposición y de los autos a la representación procesal de la parte recurrida para que formalice su impugnación en el plazo de quince días.

QUINTO.- Evacuado el traslado de impugnación por el Ministerio Fiscal se emitió informe en el sentido de considerar que el recurso debe ser estimado e instruido el Excmo. Sr. Magistrado Ponente se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 7 de febrero de 2017, fecha en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.-1. La cuestión planteada en el presente recurso consiste en determinar si puede ser calificado como contingencia profesional, modalidad de accidente en misión, el fallecimiento de un trabajador trasladado a otra localidad que acaece mientras el mismo descansaba en la habitación de un hotel. La sentencia recurrida contempla el caso de un trabajador de una empresa vasca de montajes eléctricos que era desplazado al efecto, junto con otros, a distintas localidades españolas y que en el periodo de 8 de marzo a 23 de marzo de 2011 prestó servicios con normalidad en dos localidades de Cataluña. Pero el 24 de marzo, como no bajó a desayunar, un compañero extrañado subió a su habitación del Hotel donde se alojaban y le preguntó que le pasaba contestándole que no se encontraba bien y que ese día se quedaría en su habitación. Más tarde, sobre las 13 horas, el compañero fue de nuevo a verlo al Hotel y, como no contestaba a sus llamadas, el personal del Hotel abrió la habitación y lo encontró muerto, fallecimiento que se imputó a un edema agudo de pulmón con fibrilación auricular en persona con factores de riesgo (colesterol alto, obesidad, tabaquismo, etc.). A la viuda y a la hija se le reconocieron prestaciones por enfermedad común y presentaron demanda reclamando que se declarase que la contingencia causante era profesional, pretensión que fue denegada por la sentencia de instancia que fue revocada por la sentencia de suplicación, al entender que el suceso se debió a un accidente de trabajo en misión, por considerar que por estar fuera de su ambiente y entorno doméstico natural y presionado por el trabajo no acudió a pedir asistencia médica y se quedó en el Hotel, pese a los síntomas que tenía a la hora de inicio y desarrollo de su jornada laboral. Contra esta resolución se ha interpuesto el presente recurso.

2. Como sentencia de contraste, a fin de acreditar la existencia de contradicción doctrinal que viabiliza el presente recurso, conforme al artículo 219 de la LJS, se trae por la recurrente la dictada por esta Sala el 11 de febrero de 2014 (Rec. 42/2013). Se contempla en esta sentencia el caso de un trabajador desplazado a Tel Aviv, inicialmente, del 25 de junio al 3 de julio de 2008 para unos trabajos de ebanistería que se ampliaron, posteriormente, hasta el día 10. El día 7 de julio, como no bajaba de la habitación del hotel, el compañero con el que había quedado subió a buscarlo y lo encontró tirado en el suelo, sobre las 7'30 horas. El trabajador fue diagnosticado de ictus isquémico. A consecuencia de este ictus le quedaron al trabajador secuelas por causa de las que fue declarado en situación de gran invalidez, derivada de enfermedad común, siendo de destacar que el trabajador padecía obesidad, hipertensión arterial esencial, hiperlipemia, etc.. Contra esa decisión se presentó demanda pidiendo que se declarase que la contingencia era profesional, accidente de trabajo en misión, pretensión que fue estimada en la instancia por sentencia que confirmó en suplicación la sentencia que fue recurrida en casación y casada por la sentencia de contraste en la que se revocó la de instancia y se declaró que el origen de la contingencia protegida era común, por cuanto no existía y estaba roto el necesario nexo causal entre el trabajo y la lesión.

3. Las sentencias comparadas son contradictorias en los términos requeridos por el artículo 219 de la LRJS, por cuanto, ante hechos, fundamentos y pretensiones similares han recaído resoluciones dispares. En efecto, en ambos casos se trataba de trabajadores desplazados a otra localidad, a quienes en horas de descanso, estando en la habitación del hotel en el que se hospedaban, les sobrevinieron episodios vasculares que les causaron la muerte en un caso y una gran invalidez en el otro, sin que el hecho de que en un caso se tratase de un accidente cardio-vascular y en el otro cerebro-vascular desvirtúe la identidad esencial porque lo relevante es que en horas de descanso en el hotel en el que se alojaban los dos trabajadores sufrieron episodios vasculares, derivados de su previa enfermedad común, que provocaron las nefastas consecuencias descritas. Pese a esa identidad sustancial, crisis vasculares acaecidas en el lugar y en horas de descanso, han recaído resoluciones contradictorias: una ha estimado que la contingencia profesional y la otra que era común. Procede, por tanto, entrar a conocer del fondo del asunto y a resolver la disparidad doctrinal existente.

SEGUNDO.- 1. El recurso que alega la infracción del artículo 115-3 de la LGSS en relación con los números 1 y 2 del mencionado artículo en la redacción vigente al tiempo de acaecer los hechos y de interponer el recurso, debe prosperar porque la sentencia de contraste se ajusta a la doctrina de esta Sala que reseña en su fundamentación. En efecto, como dijimos en nuestra sentencia del Pleno de 6 de marzo de 2007 (Rec. 3415/2005) rectificando anteriores criterios: «La noción de accidente en misión ha sido aceptada por la doctrina de esta Sala como una modalidad específica de accidente de trabajo, en la que se produce un desplazamiento del trabajador para realizar una actividad encomendada por la empresa. La misión integra así dos elementos conectados ambos con la prestación de servicios del trabajador: 1º) el desplazamiento para cumplir la misión y 2º) la realización del trabajo en que consiste la misión. La protección del desplazamiento presenta cierta similitud con la del accidente "in itinere", en la medida en que el desplazamiento se protege en cuanto que puede ser determinante de la lesión, como en el caso de la sentencia 26 de diciembre de 1988 , sobre la insuficiencia cardíaca por una crisis de asma durante un vuelo en avión que impidió que el trabajador fuese debidamente atendido, con lo que sin el desplazamiento el resultado lesivo no se hubiese producido. En cuanto al accidente que se produce en la realización del trabajo que constituye el objeto de la misión, su régimen es el normal del artículo 115.1 de la Ley General de la Seguridad Social . Pero no todo lo que sucede durante la misión tiene una conexión necesaria con el trabajo, cuando ni es propiamente desplazamiento, ni tampoco realización de la actividad laboral. Así la sentencia de 10 de febrero de 1983 excluyó de la consideración de accidente de trabajo el fallecimiento de un trabajador en misión en Nigeria; fallecimiento que se produjo un domingo, día de descanso, por asfixia por inmersión, al bañarse en la playa de Badagry, y las sentencias de 17 de marzo de 1986 y 19 de julio de 1986 niegan también la consideración de accidente de trabajo el fallecimiento por infarto de miocardio de trabajadores en misión cuando los infartos se produjeron cuando descasaban en el hotel y sin que constase ninguna circunstancia que pudiese evidenciar una relación entre el

trabajo realizado y la lesión cardiaca padecida. La solución es diferente en algunas sentencias como las de 14 de abril de 1988 y 4 de mayo de 1998 , pero lo es en atención a las especiales circunstancias de los casos decididos: en la primera -también un infarto en el hotel padecido por un directivo que participa en una reunión profesional- porque el propio infarto se vincula no a la misión, sino una situación laboral de "gran stress", y en la segunda porque la lesión se produce en el propio vehículo que conducía el trabajador, aunque mientras descansaba, conduciendo otro compañero. De acuerdo con esta doctrina, no puede considerarse correcto el criterio que sostiene que durante todo el desarrollo de la misión el trabajador se encuentra en el tiempo y el lugar del trabajo, aunque se trate de periodos ajenos a la prestación de servicios, de descanso o de actividades de carácter personal o privado.». «La Directiva 2002/15 CE distingue entre tiempo de trabajo, tiempo de disponibilidad y descanso. En el primero se está en el lugar de trabajo, a disposición del empresario en el ejercicio de las tareas normales, realizando funciones complementarias o en periodos de espera de carga o descarga. En el tiempo de disponibilidad no se permanece en el lugar de trabajo, pero se está disponible para responder a posibles instrucciones que ordenen emprender o reanudar la conducción. El tiempo de disponibilidad se define precisamente por oposición a "los periodos de pausa o descanso". En el caso examinado la lesión se ha producido durante el tiempo de descanso; un descanso que, por exigencias del tipo de trabajo, ocurre fuera del ámbito privado normal del trabajador, pero que no se confunde con el tiempo de trabajo en ninguna de sus acepciones y que, por tanto, no queda comprendido en la presunción del artículo 115.3 de la Ley General de la Seguridad Social ; presunción que se funda en un juicio de estimación de la probabilidad de que una lesión que se produce durante el tiempo y el lugar del trabajo se deba a la actividad laboral, lo que obviamente no sucede cuando el trabajador fuera de la jornada se encuentra descansando en un hotel.». En el mismo sentido en nuestra sentencia de 8 de octubre de 2009, rec 1871/2008 , se estimó que no era accidente de trabajo el fallecimiento del trabajador por infarto agudo de miocardio en la habitación del hotel de Marrakech donde se encontraba descansando, estando en el mismo mientras realizaba un trabajo encomendado por su empresa. La sentencia, con invocación de anteriores sentencias de esta Sala contiene el siguiente razonamiento: "La noción de accidente en misión ha sido aceptada por la doctrina de esta Sala como una modalidad específica de accidente de trabajo, en la que se produce un desplazamiento del trabajador para realizar una actividad encomendada por la empresa. La misión integra así dos elementos conectados ambos con la prestación de servicios del trabajador: 1º) el desplazamiento para cumplir la misión y 2º) la realización del trabajo en que consiste la misión. La protección del desplazamiento presenta cierta similitud con la del accidente "in itinere", en la medida en que el desplazamiento se protege en cuanto que puede ser determinante de la lesión, como en el caso de la sentencia 26 de diciembre de 1988 , sobre la insuficiencia cardíaca por una crisis de asma durante un vuelo en avión que impidió que el trabajador fuese debidamente atendido, con lo que sin el desplazamiento el resultado lesivo no se hubiese producido. En cuanto al accidente que se produce en la realización del trabajo que constituye el objeto

de la misión, su régimen es el normal del artículo 115.1 de la Ley General de la Seguridad Social . Pero no todo lo que sucede durante la misión tiene una conexión necesaria con el trabajo, cuando ni es propiamente desplazamiento, ni tampoco realización de la actividad laboral. Así la sentencia de 10 de febrero de 1983 excluyó de la consideración de accidente de trabajo el fallecimiento de un trabajador en misión en Nigeria; fallecimiento que se produjo un domingo, día de descanso, por asfixia por inmersión, al bañarse en la playa de Badagry, y las sentencias de 17 de marzo de 1986 y 19 de julio de 1986 niegan también la consideración de accidente de trabajo el fallecimiento por infarto de miocardio de trabajadores en misión cuando los infartos se produjeron cuando descansaban en el hotel y sin que constase ninguna circunstancia que pudiese evidenciar una relación entre el trabajo realizado y la lesión cardiaca padecida. La solución es diferente en algunas sentencias como las de 14 de abril de 1988 y 4 de mayo de 1998 , pero lo es en atención a las especiales circunstancias de los casos decididos: en la primera -también un infarto en el hotel padecido por un directivo que participa en una reunión profesional- porque el propio infarto se vincula no a la misión, sino una situación laboral de "gran stress", y en la segunda porque la lesión se produce en el propio vehículo que conducía el trabajador, aunque mientras descansaba, conduciendo otro compañero. De acuerdo con esta doctrina, no puede considerarse correcto el criterio que sostiene que durante todo el desarrollo de la misión el trabajador se encuentra en el tiempo y el lugar del trabajo , aunque se trate de periodos ajenos a la prestación de servicios, de descanso o de actividades de carácter personal o privado". En el mismo sentido podemos citar nuestras sentencias de 16 de septiembre de 2013 (R. 2965/2012) y la de contraste, entre otras. 2. La aplicación de la anterior doctrina al presente caso obliga, como antes se anticipó, a estimar el recurso porque, como la crisis cardiaca sobrevino al causante en horas de descanso y en la habitación del hotel en que se alojaba un día en el que amaneció indispuerto y no se levantó para ir al trabajo, no puede estimarse la existencia de accidente de trabajo "in itinere" y, consecuentemente, al no jugar la presunción en favor de la existencia de accidente laboral, ni constar la existencia de conexión alguna entre el trabajo realizado y la enfermedad causante de la muerte, ni que esta tuviese por origen el trabajo realizado, procede estimar el recurso.

TERCERO.- Las anteriores consideraciones obligan, como ha informado el Ministerio Fiscal, a estimar el recurso, a casar y anular la sentencia recurrida y a resolver el debate planteado en suplicación en el sentido de confirmar la sentencia de instancia y de desestimar el recurso de suplicación interpuesto por la parte demandante. Sin costas y con devolución de depósitos y cantidades consignadas para recurrir.

FALLO Por todo lo expuesto, en nombre del Rey, por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1. Estimar el recurso de casación para unificación de doctrina interpuesto por la representación legal de Mutualia, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 2, contra la sentencia dictada el 22 de julio de 2014 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de

Justicia del País Vasco en recurso de suplicación nº 1350/2014 . 2. Casar y anular la sentencia recurrida. 3. Resolver el debate planteado en suplicación en el sentido de confirmar la sentencia de instancia dictada el 25 de febrero de 2014, por el Juzgado de lo Social nº 7 de Bilbao , en autos núm. 840/2013. 4. Sin costas y con devolución al recurrente de los depósitos constituidos para recurrir. 5. Dese a las consignaciones efectuadas para recurrir el destino legal. Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa. Así se acuerda y firma.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. José Manuel López García de la Serrana hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Letrado/a de la Administración de Justicia de la misma, certifico.

Caso 4. Tribunal Supremo. Sala de lo social. Sección 1. N° Resolución 363/2016. Jurisprudencia Infarto en segundo trabajo tras otro infarto

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a veintiséis de Abril de dos mil dieciséis. Vistos los autos pendientes ante la Sala en virtud de recurso de casación para la unificación de doctrina formulado por la representación procesal de D. Fermín frente a la sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en fecha 14 de abril de 2.014 [recurso de Suplicación nº 1486/2013], que resolvió el formulado por la misma parte frente a la sentencia dictada con fecha 5 de febrero de 2.013, por el Juzgado de lo Social núm. 2 de Móstoles , sobre SEGURIDAD SOCIAL. Es Magistrado Ponente el Excmo. Sr. D. Luis Fernando de Castro Fernandez,

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 5 de febrero de 2013 el Juzgado de lo Social núm. 2 de Mostoles dictó sentencia en la que consta la siguiente parte dispositiva: "Que desestimando la demanda interpuesta por Fermín debo absolver y absuelvo de la misma al demandado Instituto Nacional de la Seguridad Social y MUTUA MUGENAT UNIVERSAL". **SEGUNDO.-** En dicha sentencia, como hechos probados, se declaran los siguientes:

PRIMERO.- Fermín , fue declarado en situación de Incapacidad Permanente Total para su profesión habitual de médico de atención continuada, por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 20 de junio de 2011, con una base reguladora de 1.518,58 e mensuales. Las patologías que determinaron la declaración fueron las de "cardiopatía isquémica, actualmente estable, con enfermedad severa de DA y diagonal; lesión moderada de CX, CPT + STENT taxus a DA media, FEVI conservada. Enfermedad severa de OM2 tratada con ACTP * STENT convencional mayo de 2010. Episodios repetidos de angor de esfuerzo.- **SEGUNDO.-** Fermín conforme al dictamen propuesta del expediente administrativo no está incapacitado para la profesión de médico del trabajo que ejerció para la empresa MONTES MONTALVO SERVICIOS S.L., en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2010 y

el 30 de septiembre de 2012. Dicha empresa cubría los riesgos derivados de accidente de trabajo con la mutua UNIVERSAL MUGENAT.- **TERCERO.-** La base reguladora de la contingencia derivada de accidente de trabajo para la profesión de médico de atención continuada asciende a 3.193,76 €.- **CUARTO.-** En fecha 5 de abril de 2009, mientras prestaba sus servicios en el servicio de salud de Castilla la Mancha, sufrió un angor. Como consecuencia de ellos se produjo su ingreso hospitalario hasta el 8 de abril de 2009, y se le colocó un stent; permaneciendo como consecuencia de ello en situación de IT por contingencias profesionales entre el 5 de abril de 2009 y el 12 de mayo de 2009. **QUINTO.-** En fecha 13 de noviembre de 2010 sufrió una angina de pecho estando en su puesto de trabajo, permaneciendo como consecuencia de ello en situación de IT por contingencias profesionales entre el 13 de noviembre de 2010 y el 17 de diciembre de 2010."

TERCERO.- La citada sentencia fue recurrida en suplicación por la representación procesal de D. Fermín , ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, la cual dictó sentencia en fecha 14 de abril de 2014 , en la que dejando inalterada la declaración de hechos probados de la sentencia de instancia, consta la siguiente parte dispositiva: "Que debemos desestimar y desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por D. Fermín , contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social número 2 de Móstoles, en el procedimiento seguido a instancia del recurrente frente al INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, MUTUA UNIVERSAL MUGENAT, SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA y MONTES MONTALVO SERVICIOS, S.L., en reclamación por incapacidad y, en consecuencia, que debemos confirmar y confirmamos la expresada resolución".

CUARTO.- Por la representación procesal de D. Fermín , se formuló recurso de casación para la unificación de doctrina, alegando la contradicción existente entre la sentencia recurrida y la dictada por esta Sala, de fecha 23 julio de 1999 [rcud 3044/98].

QUINTO.- Por providencia de esta Sala, se procedió admitir a trámite el citado recurso, y habiéndose impugnado, pasaron las actuaciones al Ministerio Fiscal, que presentó escrito en el sentido de considerar procedente el recurso. E instruido el Excmo. Sr. Magistrado Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 26 de abril de 2016, en el que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.-

1.- Por STSJ Madrid 14/Abril/14 [rec. 1486/13] se confirmó la sentencia que en 05/02/13 había sido dictada por el J/S nº 2 de Móstoles [autos 1592/11], rechazado pretensión de que la IPT reconocida al accionante -Don Fermín - fuese declarada derivada de accidente de trabajo.

2.- La decisión se recurre en unificación de doctrina, con denuncia de haberse infringido el art. 115 [apartados 1 y 3] LGSS y de diversa jurisprudencia, aportando como referencial la STS 23/06/99 [rcud 3044/98].

3.- En una primera aproximación, ambas resoluciones contrastadas son contradictorias en los términos legal y jurisprudencialmente exigibles [art. 219 LRJS], en tanto que: a) en ambos casos se trata de Médicos que prestando servicios tales [Atención Continuada en la recurrida; Departamento de Cirugía en la de contraste] sufrieron similares cuadros de cardiopatía isquémica; b) en ambos casos la patología cardíaca determinó el reconocimiento de Invalidez Permanente [IPT en autos; IPP en la referencial]; y c) la sentencia de autos resuelve que la contingencia deriva de enfermedad común, y nuestra sentencia de contraste entendió que procedía de accidente de trabajo. Ahora bien, tal como en sus respectivas impugnaciones ponen de manifiesto el INSS y la Mutua, también es innegable que entre ambos supuestos media alguna diferencia: Así, en concreto el actor: a) sufre episodio de ángor en 05/04/09, mientras prestaba realizaba su cometido laboral en el Servicio de Salud, lo que determinó su ingreso hospitalario, colocación de un «Stent» y baja por IT - contingencia profesional- hasta el 12/05/09; b) en 13/11/10 sufre angina de pecho, con nueva IT - nuevamente por contingencia profesional- hasta el 17/12/10; c) posteriormente presta servicios como Médico del Trabajo para la empresa «Montes Montalvo Servicios SL» hasta el 30/09/12; d) en 20/06/11 se le declara en situación de IPT -enfermedad común-, por padecer «cardiopatía isquémica, actualmente estable con enfermedad severa de DA y diagonal; lesión moderada de CX, CPT, STENT taxus a DA media... Enfermedad severa de OM2... episodios repetidos de ángor de esfuerzo». En tanto que en el caso enjuiciado por nuestra decisión referencial, el trabajador sufre un único proceso de angina de pecho en 29/03/94, pasa a - entonces- ILT y «dado de alta en ILT se instruyó el correspondiente expediente para determinar el alcance de las residuales, que concluyó con la declaración del actor en situación» de IPP, por padecer «estenosis severa del 85 % de la ADA, obstrucción del 50% de la CX... By-PASS mamario-coronario a la DA y safena a la CD...». De esta forma es innegable que en tanto que en la decisión recurrida la declaración de IP no solamente va precedida de dos procesos anginosos -efectivamente producidos durante la actividad laboral-, sino que tras ellos se sucede un periodo -más de seis meses- de actividad laboral, muy contrariamente en el supuesto contemplado por la decisión de contraste hay un único proceso isquémico - también producido en el curso de la actividad laboral- que determina IT y sin solución de continuidad genera la declaración de IP. Pero de ello no deducimos diferencia sustancial alguna que obste el requisito de contradicción, porque en uno y otro caso se trata de procesos cardiopáticos que se manifiestan en el curso de la actividad laboral, se cursa alta de la IT con propuesta de Invalidez Permanente y finalmente se reconoce -efectivamente- la IP, en base a un cuadro en el que se aprecia una clara base patológica de innegable origen común [severa obstrucción arterial] y las secuelas de los episodios agudos acaecidos durante la actividad laboral [Stent; By-Pass...], que es lo que realmente se ha valorado de diversa manera en una y otra resolución.

SEGUNDO.- 1.- Para la decisión recurrida, el ángor y la angina de pecho sufridas por el actor «son un episodio derivado de cardiopatía isquémica que pudieron acontecer tanto en el tiempo y lugar de trabajo, como en otro momento y en otro sitio. En este caso concreto, el actor presentaba una patología cardíaca ajena a su actividad laboral. La invalidez permanente reconocida, en el grado de total, deriva de una enfermedad y si bien tuvo una manifestación externa durante el trabajo, no puede decirse que esta enfermedad se haya contraído con ocasión o por consecuencia del trabajo, ya que ... debe establecerse la distinción entre la patología cardíaca referida, de las manifestaciones sintomáticas agudas, como el ángor y la angina de pecho, que tuvieron lugar en tiempo y lugar de trabajo, y cuya estabilización se produjo tras el correspondiente período de incapacidad temporal, y ... la existencia de episodios de ángor y angina en tiempo y lugar de trabajo no supone una agravación de la patología». 2.- Pero este razonamiento no se ajusta a la jurisprudencia de la Sala, cuyos criterios podemos resumir -entre otros muchos- en los términos que siguen: a).- La presunción «iuris tantum» del art. 115.3 LGSS se extiende no sólo a los accidentes, sino también a las enfermedades, pero ha de tratarse de enfermedades que por su propia naturaleza puedan ser causadas o desencadenadas por el trabajo, sin que pueda aplicarse la presunción a enfermedades que "por su propia naturaleza excluyan una etiología laboral" (SSTS 22/12/10 -rcud 719/10 -; 14/03/12 -rcud 4360/10 -; 18/12/13 -rcud 726/13 -; y 10/12/14 -rcud 3138/13 -). b).- La presunción ha operado fundamentalmente en el ámbito de las lesiones cardíacas, en el que, aunque se trata de enfermedades en las que no puede afirmarse un origen estrictamente laboral, tampoco cabe descartar que determinadas crisis puedan desencadenarse como consecuencia de esfuerzos o tensiones que tienen lugar en la ejecución del trabajo (STS 14/03/12 -rcud 4360/10 -). c).- La doctrina ha sido sintetizada con la «**apodíctica conclusión**» de que ha de calificarse como AT aquel en el que «de alguna manera concorra una conexión con la ejecución de un trabajo, bastando con que el nexo causal, indispensable siempre en algún grado, se dé sin necesidad de precisar su significación, mayor o menor, próxima o remota, concausal o coadyuvante», debiendo otorgarse dicha calificación cuando no aparezca acreditada la ruptura de la relación de causalidad entre actividad profesional y el hecho dañoso, por haber ocurrido hechos de tal relieve que sea evidente a todas luces la absoluta carencia de aquella relación (reproduciendo jurisprudencia previa a la unificación de doctrina, SSTS 09/05/06 -rcud 2932/04 -; 15/06/10 -rcud 2101/09 -; y 06/12/15 -rcud 2990/13 -). d).- El hecho de que la lesión tenga etiología común no excluye que el trabajo pueda ser factor desencadenante, por ser «de conocimiento común que el esfuerzo de trabajo es con frecuencia un factor desencadenante o coadyuvante en la producción del infarto de miocardio» [STS 27/12/95 -rcud 1213/95 -]; aparte de que «no es descartable una influencia de los factores laborales en la formación del desencadenamiento de una crisis cardíaca», ya que «las lesiones cardíacas no son por sí mismas extrañas a las relaciones causales de carácter laboral» [STS 14/07/97 -rcud 892/96 -] (SSTS 27/02/08 -rcud 2716/06 -; y 20/10/09 -rcud 1810/08 -). e).- Para destruir la presunción de laboralidad a que nos referimos es necesario que la falta de relación lesión/ trabajo se acredite de manera suficiente, bien porque se trate

de patología que por su propia naturaleza excluya la etiología laboral, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúan dicho nexo causal (reiterando constante doctrina anterior, SSTS 20/10/09 -rcud 1810/08 -; 18/12/13 -rcud 726/13 -; y 10/12/14 -rcud 3138/13 -). Y f).- Como hemos destacado recientemente, la presunción legal del art. 115.3 de la LGSS entra en juego cuando concurren las dos condiciones de tiempo y lugar de trabajo, «lo que determina, por su juego, que al demandante le incumbe la prueba del hecho básico de que la lesión se produjo en el lugar y en tiempo de trabajo; mas con esa prueba se tiene por cierta la circunstancia presumida y quien se oponga a la aplicación de los efectos de la presunción tendrá que demostrar la falta de conexión entre el hecho dañoso y el trabajo» (STS 03/12/14 -rcud 3264/13 -).

3.- La aplicación de esta consolidada doctrina no puede sino llevar a estimar el recurso formulado, porque los cuadros agudos de patología cardíaca se produjeron en tiempo y lugar de trabajo, dando lugar a procesos de IT que incluso fueron reconocidos como derivados de contingencia profesional, por lo que no habiéndose articulado prueba alguna desvirtuadora de la conexión trabajo/lesión, tampoco hay razón alguna para excluir que opere el mecanismo de la presunción de que tratamos y que declaremos -también- AT a la IPT consecuente con las secuelas físicas resultantes de aquellos procesos, en su día ya calificados como profesionales y que - discrepamos del sugerente razonamiento de la recurrida- no pueden calificarse como meras «manifestaciones sintomáticas agudas» de una patología cardíaca de origen común. TERCERO.- Las precedentes consideraciones nos llevan a afirmar - con el Ministerio Fiscal- que la doctrina ajustada a Derecho es la mantenida por la sentencia de contraste y que -en consecuencia- la recurrida ha de ser casada y anulada. Sin imposición de costas [art. 235.1 LRJS]. Por lo expuesto, en nombre de S. M. El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

Estimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por la representación de Don Fermín y revocamos la sentencia dictada por el TSJ de Madrid en fecha 14/Abril/14 [rec. 1486/13], que a su vez había confirmado la resolución -desestimatoria de la demanda- que en 05/Febrero/2015 pronunciara el Juzgado de lo Social núm. 2 de los de Móstoles [autos 1592/11], y resolviendo el debate en Suplicación estimamos el de tal clase formulado, declarando que la IPT reconocida al Sr. Fermín deriva de accidente de trabajo y condenando a los demandados INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, MUTUA UNIVERSAL MUGENAT, SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA y MONTES MONTALVO SERVICIOS, S.L., a estar y pasar por tal declaración con los efectos que de la misma respectivamente se deriven para cada una de las partes. Sin imposición de costas.

Devuélvase las actuaciones a la Sala de lo Social de procedencia ,con la certificación y comunicación de esta resolución. Así por esta nuestra sentencia,

que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. Luis Fernando de Castro Fernandez hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.

Caso 5. Tribunal Supremo. Sala de lo social. Sección 1. N° Resolución 644/2015. Jurisprudencia Infarto e ICTUS como accidente trabajo

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a ocho de Marzo de dos mil dieciséis. Esta sala ha visto el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por D. Hilario , representado y asistido por el letrado D. Juan Ángel González Rodríguez contra la sentencia dictada el 12 de diciembre de 2014 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en recurso de suplicación nº 2223/2014 , interpuesto contra la sentencia de fecha 15 de julio de 2014, dictada por el Juzgado de lo Social nº 2 de Oviedo , en autos núm. 791/2013, seguidos a instancias del ahora recurrente, contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), la Mutua Intercomarcal, el Servicio de Salud del Principado de Asturias, (SESPA), y la empresa García Junquera S.L. Ha sido partes recurridas la Mutua Intercomarcal m.a.t.e.p.s.s. nº 39, y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) representados y asistidos por los letrados D. Javier García Ferré, y D. Andrés Ramón Trillo García. Es Ponente la Excmo. Sra. Dª. Maria Lourdes Arastey Sahun,

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 15 de julio de 2014 el Juzgado de lo Social nº 2 de Oviedo dictó sentencia , en la que se declararon probados los siguientes hechos: " 1º.- El actor, afiliado a la Seguridad Social con el nº NUM000 , presta sus servicios para la empresa García Junquera SL con la categoría profesional de Conductor; la empresa tiene cubiertas las contingencias profesionales por la mutua Intercomarcal. 2º.- El día 21 de agosto de 2012, el actor entró en las instalaciones de Capsa a las 17,08 horas para descargar leche; alrededor de las 18 horas llamó al empresario Vicente para decirle que se encontraba mal, que iba a ir al médico y para que se hiciera cargo de la descarga, cosa que efectivamente éste realizó, saliendo de Capsa a las 21,47 horas. 3º.- El actor acudió al centro de salud de Castrillón a las 18,29 horas del mismo día y fue atendido por la enfermera del mismo, a las 19,06 horas; ingresó en el servicio de urgencias del hospital San Agustín de Avilés, donde fue atendido a las 21, 21 horas. 4º.- El actor comenzó con dolor torácico el día 18 de agosto, relacionado con esfuerzos, que cedía en reposo; continuó con episodios más intensos y el día 20 comenzó de madrugada, continuo y asociado a disnea. Fue diagnosticado de infarto agudo de miocardio, con enfermedad de dos vasos, presentando dislipemia sin tratamiento, posible hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente. 5º.- El 22 de agosto de 2012 comenzó

un periodo de incapacidad temporal que fue calificado como derivado de enfermedad común. La empresa no elaboró el parte de accidente de trabajo. El actor solicitó el cambio de contingencia de la incapacidad, que fue denegado por resolución de 14 de junio de 2013, frente a la que presentó reclamación previa en tiempo y forma, que fue también desestimada por otra resolución de 5 de julio. Interpuso la demanda el 23 del mismo mes.6º.- El importe de la base reguladora mensual es de 1.738,18 € ". En dicha sentencia aparece la siguiente parte dispositiva: "Que desestimo la desmanda interpuesta por Hilario contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Tesorería General de la Seguridad Social, García Junquera S.L, y la Mutua Intercomarcal absolviendo a los demandados de todos los pedimentos de la demanda."

SEGUNDO.- La citada sentencia fue recurrida en suplicación por D. Hilario ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, la cual dictó sentencia en fecha 12 de diciembre de 2014 , en la que consta el siguiente fallo: "Que desestimando el recurso de suplicación interpuesto por D. Hilario contra la sentencia del Juzgado de lo Social nº 2 de Oviedo, dictada en los autos seguidos a su instancia contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Tesorería General de la Seguridad Social, la Mutua Intercomarcal, el Servicio de Salud del Principado de Asturias, (SESPA), y la empresa García Junquera S.L, sobre incapacidad permanente, y en consecuencia confirmamos la resolución impugnada." **TERCERO.-** Por la representación de D. Hilario se formalizó el presente recurso de casación para la unificación de doctrina ante la misma Sala de suplicación el 10 de febrero de 2015. Propone, como sentencia de contraste a los efectos de sostener la concurrencia de la contradicción exigida por el art. 219.1 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS), la dictada por la Sala de lo Social de este Tribunal Supremo de 29 de abril de 2014 (rcud. 1521/2013).

CUARTO.- Por providencia de esta Sala de fecha 11 de junio de 2015 se admitió a trámite el presente recurso. Dándose traslado del escrito de interposición y de los autos a la representación procesal de la parte recurrida para que formalice su impugnación en el plazo de quince días. Evacuado el traslado de impugnación, se pasaron las actuaciones al Ministerio Fiscal que emitió informe en el sentido de considerar el recurso procedente.

QUINTO.- Instruida la Excma. Sra. Magistrada Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 8 de marzo de 2016, fecha en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- 1. La sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias confirma la dictada por el Juzgado de lo Social nº 2 de los de Oviedo de 15 de julio de 2014 , desestimatoria, a su vez, de la demanda del trabajador sobre determinación de contingencia profesional del proceso de incapacidad temporal. 2. Acude dicha parte demandante en casación para unificación de doctrina insistiendo en su pretensión de que se declare que las prestaciones derivadas de aquella situación obedecen a contingencias

profesionales; y aporta, como sentencia contradictoria con la recurrida, la dictada por esta misma Sala IV del Tribunal Supremo el 29 abril 2104 (rcud. 1521/2013). 3. La sentencia recurrida rechaza que el infarto de miocardio sufrido por el trabajador demandante pueda considerarse producido en tiempo y lugar de trabajo, partiendo del dato de que éste había comenzado a sentir dolor torácico tres días antes de su ingreso hospitalario. Y a tal conclusión llega la Sala de Asturias pese a que el trabajador continuó acudiendo a su trabajo hasta el momento en que debió abandonarlo para ser asistido médicamente momento en que fue diagnosticado de infarto evolucionado. 4. En la sentencia de contraste consta que el trabajador, oficial de construcción, había sufrido, de forma brusca, pérdida de fuerza y adormecimiento de los miembros del lado izquierdo del cuerpo, acompañados de dificultad para articular palabra. Dicho cuadro mejoró de forma espontáneamente y unos días más tarde, cuando se encontraba en su puesto de trabajo, notó que se le caían las cosas y hormigueo en los miembros, motivo por el que acudió al médico, siendo diagnosticado de infarto en hemiprotuberancia derecha. La sentencia referencial entiende que, existiendo una patología previa, ésta se agravó estando el trabajador en el centro de trabajo desempeñando su labor y con ocasión de realizar un esfuerzo, por lo que declara que se trataba de un accidente de trabajo. 5. Tal y como también propone el Ministerio Fiscal, la comparación entre las dos sentencias permite afirmar la concurrencia del requisito de la contradicción exigido por el art. 219.1 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS). En los dos casos se trata trabajadores que, antes de ser diagnosticados de infarto (cardíaco en un caso, cerebral en el otro), tuvieron alguna manifestación de la dolencia, sin que tales síntomas les impidieran acudir a trabajar, siendo durante el desempeño del trabajo que se manifestó el episodio determinante del diagnóstico de sus padecimientos. También en ambos supuestos la situación de incapacidad (temporal en un caso, de gran invalidez en el otro) no se inicia hasta ese diagnóstico motivado por el episodio que les obligó a acudir de modo urgente al médico. Pese a dichas similitudes y cuestionarse en los dos supuestos la aplicación del presunción de laboralidad del art. 115.3 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), los fallos son contradictorios ya que, mientras la sentencia recurrida considera que la contingencia es común -por haber debutado la patología fuera del lugar y tiempo de trabajo-, la de contraste la declara laboral porque la dolencia manifestada previamente no había provocado que el trabajador iniciara proceso de incapacidad alguno.

SEGUNDO.- 1. El recurso denuncia la infracción del art. 115 LGSS , con cita de las STS/4ª de 27 octubre 1992 , 23 febrero 2010, 3 junio 2013 y 18 diciembre de 2013. 2. La definición el accidente de trabajo está perfilada en términos amplios en art. 115.1 LGSS , como "toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena". Tal amplitud del concepto, desbordado incluso por el propio legislador, ha sido señalada por la STS/4ª de 9 mayo 2006 (rcud. 2932/20014). En todo caso, de esa definición se colige la necesidad de nexo de causalidad entre trabajo y lesión. Ahora bien, el propio texto legal tiene en cuenta la posibilidad que el trabajo no sea la causa única y exclusiva de una dolencia, por ello, ante las

dificultades de establecer esa relación de causalidad directa, entra en juego la presunción del art. 115.3 LGSS , según el cual, "Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo". 3. Esta Sala IV del Tribunal Supremo ha aplicado la presunción, no solo en el caso ya señalado de la sentencia de contraste, sino también en otro supuesto análogo, el que fue resuelto por nuestra STS/4ª de 18 diciembre 2013 (rcud. 726/2013), en el que se concluía que estábamos ante un accidente de trabajo aunque existieran antecedentes. Se trataba allí de un infarto en tiempo y lugar de trabajo de quien había presentado un episodio de dolor en la noche en casa, repitiéndose el mismo con más fuerza en el lugar de trabajo. 4. La presunción del artículo 115.3 LGSS se refiere no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo. Por ello, el juego de la presunción exigirá que, de negarse su etiología laboral, se acredite la ruptura del nexo causal, bien porque se trate de enfermedad que por su propia naturaleza descarta o excluye la acción del trabajo como factor determinante o desencadenante, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal; lo que sucederá con facilidad en los supuestos de enfermedades en las que el trabajo no tuviere influencia; pero se hace difícil en los casos de las lesiones cardíacas, las cuales no son extrañas a las causas de carácter laboral (véase la STS/4ª de 20 octubre 2009, rcud. 1810/2008). En suma, " La presunción no se excluye porque se haya acreditado que el trabajador padeciera la enfermedad con anterioridad o porque se hubieran presentado síntomas antes de iniciarse el trabajo, porque lo que se valora a estos efectos no es, desde luego, la acción del trabajo como causa de la lesión cardíaca, lo que no sería apreciable en principio dada la etiología común de este tipo de lesiones. Lo que se valora es la acción del trabajo en el marco del art. 115.2.f) LGSS . como factor desencadenante de una crisis, que es la que lleva a la situación de necesidad protegida; y esta posible acción del trabajo se beneficia de la presunción legal del art. 115.3 y no puede quedar excluida solo por la prueba de que la enfermedad se padecía ya antes; pues, aunque así fuera, es la crisis y no la dolencia previa la que hay que tener en cuenta a efectos de protección "(así lo hemos sostenido en la STS/4ª de 27 septiembre de 2007 -rcud. 853/2006 -). Dicha tesis ha sido reiterada por la STS/4ª de 10 diciembre 2014 (rcud. 3138/2013), en relación con un supuesto de hemorragia cerebral que se exterioriza durante el descanso para comer, tras haberse sentido indispuerto el trabajador en tiempo y lugar de trabajo, aunque el trabajador padeciera una malformación congénita arterio-venosa.

TERCERO.- 1. La sentencia recurrida se aparta de la doctrina jurisprudencial consolidada que venimos recordando. Por ello, tal y como también propone el Ministerio Fiscal, el recurso debe ser estimado y la citada sentencia casada y anulada. 2. La consecuencia de ello es que debemos resolver el debate suscitado en suplicación en el sentido de estimar el recurso de dicha clase que planteó el demandante inicial y, en consecuencia, hayamos de revocar la sentencia de instancia para estimar favorablemente la demanda declarando

que la incapacidad temporal reconocida al actor deriva de accidente de trabajo, con las consecuencias que tal declaración haya de tener para las partes demandadas. 3. Con arreglo a lo dispuesto en el art. 235 LRJS no procede la imposición de costas. Por lo expuesto, en nombre de S. M. El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

Estimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por D. Hilario , contra la sentencia dictada el 12 de diciembre de 2014 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en recurso de suplicación nº 2223/2014 , casamos y anulamos la sentencia recurrida y resolviendo el debate planteado en suplicación estimamos el recurso de dicha clase que planteó el demandante inicial y, en consecuencia, revocamos la sentencia del Juzgado de lo Social nº 2 de Oviedo, en autos núm. 791/2013, estimamos favorablemente la demanda declarando que la incapacidad temporal reconocida al actor deriva de accidente de trabajo, con las consecuencias que tal declaración haya de tener para las partes demandadas. Sin costas.

Devuélvase las actuaciones al Órgano Jurisprudencial de procedencia , con la certificación y comunicación de esta resolución. Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. Maria Lourdes Arastey Sahun hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.

2.3.2. SENTENCIAS EN CONTRA

1.- Tribunal Supremo. Sala de lo Social 1. 912/2016

SENTENCIA

En Madrid, a 27 de octubre de 2016 Esta sala ha visto los presentes autos pendientes ante esta Sala, en virtud del recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Letrado D. Indalecio Talavera Solomón, actuando en nombre y representación de D^a Estibaliz , contra de la sentencia dictada el 13 de marzo de 2015 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en recurso de suplicación nº 404/2015 , interpuesto contra la sentencia de fecha 14 de noviembre de 2014, dictada por el Juzgado de lo Social nº 5 de Oviedo , en autos núm. 157/2014, seguidos a instancias de D^a Estibaliz frente al INSS, TGSS, la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales Intercomarcal y la empresa UTE IMESAPE y Prohogar Jardon y Alonso S.L.. Ha sido ponente la Excmo. Sra. D.^a Maria Milagros Calvo Ibarlucea

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 14 de noviembre de 2014 el Juzgado de lo Social nº 5 de Oviedo, dictó sentencia , en la que consta la siguiente parte dispositiva: "Que, desestimando íntegramente la demanda formulada por D^a Vanesa contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LA MUTUA DE ACCIDENTES DE TABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES INTERCOMARCAL, la UTE IMESAPE Y PROHOGAR JARDÓN Y ALONSO SL debo declarar y declaro no haber lugar a lo solicitado, absolviendo a la demandada del petitum de la demanda". Con fecha 26 de noviembre de 2014 se dictó Auto de Aclaración en cuya parte dispositiva se dice: 1.- Estimar la solicitud de D^a. Estibaliz de aclarar la sentencia dictada en este procedimiento con fecha 14 de noviembre de 2014 en el sentido que se indica a continuación "en los HECHOS CUARTO, SEXTO y SEPTIMO, así como en el FUNDAMENTO DE DERECHO PRIMERO y FALLO, debe figurar como demandante el nombre de Estibaliz .».

SEGUNDO.- En dicha sentencia, como hechos probados, se declaran los siguientes: 1º) D^a Estibaliz con DNI NUM000 , nacida el día NUM001 de 1965, se encuentra afiliada a la Seguridad Social en el Régimen General con el número nº NUM002 con la categoría profesional de ayudante de cocina prestando servicios para UTE RESIDENCIA CAUDAL las contingencias profesionales y comunes al momento del hecho causante eran cubiertas por LA MUTUA DE ACCIDENTES DE TABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES INTERCOMARCAL. La trabajadora inició un proceso de incapacidad temporal el día 24 de junio de 2013, en la contingencia de enfermedad común con el diagnóstico de infarto cardíaco. 2º) A instancia de la Mutua se inicia expediente de cambio de contingencia a los fines de que el periodo de baja iniciado el día 24 de junio de 2013 sea considerado de enfermedad común, recayendo Resolución de la Dirección Provincial del INSS, de fecha 7 de noviembre de 2013, en el que resuelve: Declarar el carácter profesional de la Incapacidad Temporal iniciada por D^a Estibaliz en fecha de 24 de junio de 2013, y determinar como responsable de esta prestación de Incapacidad Temporal a LA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES INTERCOMARCAL. 3º) LA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES INTERCOMARCAL interpuso Reclamación previa solicitando se declare que en el periodo de incapacidad iniciado en fecha 24 de junio de 2013 fuera declarado como enfermedad común que fue estimada por Resolución de la Dirección Provincial del INSS, de fecha 30 de enero de 2014, en virtud de informe propuesta de fecha 8 de enero de 2014 contra la que se formuló la demanda rectora del presente proceso en fecha de 19 de febrero de 2014. 4º) D^a Estibaliz presenta el siguiente cuadro clínico: SCACEST. Enfermedad coronaria de 3 vasos. Angioplastia en DA. BY-pass coronario cuádruple. 5º) La trabajadora inició un proceso de incapacidad temporal el día 24 de junio de 2013. 6º) D^a Estibaliz prestaba servicios para UTE IMESAPE Y PRHOGAR JARDON Y ALONSO SL como ayudante de cocina en la residencia Valle del Caudal a jornada completa con turno de 08:30 a 15:30 horas. El día 23 de junio

2013 (domingo) desde el momento en que la trabajadora inició su jornada laboral no se encontraba bien y sobre las 11:00 horas aproximadamente cuando se encontraba en su puesto de trabajo manifestó que estaba mal y que tenía un fuerte dolor en el pecho, estómago y vómitos, ante lo cual fue trasladada por UVI móvil y trasladada al HUCA donde se le diagnosticó de enfermedad coronaria de 3 vasos, precisando de angioplastia en DA y posterior revascularización. En informe del HUCA nº 282.255 se recoge como datos clínicos que el dolor torácico empezó a las 22:00 horas del día 22 de junio de 2013. 7º) En resolución de la Dirección provincial del INSS de fecha 11 de junio de 2014 D^a Estibaliz ha sido declarada en situación de incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo en la contingencia de enfermedad común con derecho a percibir una pensión vitalicia en la cuantía del 100% de una base reguladora de 713,29 €/mensuales en catorce pagas anuales, con efectos de 9 de junio de 2014. 8º) Se fija la base reguladora en la contingencia de enfermedad común en 37,93 €/día.».

TERCERO.- La citada sentencia fue recurrida en suplicación por el Letrado D. Indalecio talavera Salomón, en nombre y representación de D^a Estibaliz , ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, la cual dictó sentencia en fecha 13 de marzo de 2015 , en la que consta el siguiente fallo: «Que desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por Estibaliz contra la sentencia del Juzgado de lo Social nº 5 de Oviedo, dictada en los autos seguidos a su instancia contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la MUTUA INTERCOMARCAL y la empresa UTE IMESAPE Y PROHOGAR JARDON Y ALONSO SL, sobre Incapacidad Temporal, y en consecuencia confirmamos la resolución impugnada.».

CUARTO.- Por la representación de D^a Estibaliz , se formalizó el presente recurso de casación para la unificación de doctrina, en el que se alega como sentencia contradictoria con la recurrida la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 18 de diciembre de 2013 en el Recurso núm. 726/2013 .

QUINTO.- Por providencia de ésta Sala de procedió a admitir a trámite el citado recurso y habiendo sido impugnado el recurso, se emitió el preceptivo informe del Ministerio Fiscal en el sentido de considerar el recurso procedente, se declararon conclusos los autos, señalándose para su votación y fallo el día 20 de octubre de 2016, en cuya fecha tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La demandante fue trasladada el 23 de junio de 2013 desde su puesto de trabajo al HUC al manifestar que tenía fuerte dolor en el pecho, estómago y vómitos, no encontrándose bien desde el momento de inicio de su jornada laboral. Se le diagnosticó enfermedad coronaria de tres vasos precisado angioplastia en DA y posteriormente revascularización. El Informe del H U C A recoge como datos clínicos que el dolor torácico empezó a las 22 horas del día 22 de junio de 2013. Tanto el proceso de incapacidad temporal como la incapacidad permanente absoluta han sido declarados de origen

común. La sentencia parte como elemento esencial para apreciar la ruptura del nexo causal del dato consistente en que el dolor torácico empezó a las 22 horas del día 22 de junio de 2013 cuando la demandante estaba disfrutando de un periodo de descanso. Recurre la trabajadora en casación para la unificación de doctrina y ofrece como sentencia de contraste la dictada el 18 de diciembre de 2013 por la Sala Cuarta del tribunal Supremo (R.C.U.D. 726/2013).En la sentencia de comparación el trabajador, tras experimentar sobre las 2 horas del 15 de septiembre de 2005 dolor torácico opresivo que duró 15 minutos, náuseas, vómitos, acudió a su trabajo y cuando ya se encontraba en él, sobre las 7,45 horas presenta dolor retroesternal opresivo de 20 minutos de duración. Consultado el médico de la empresa se le deriva al hospital, se orienta el cuadro como infarto lateral no Q. y se le deriva al Hospital de Sant Jordi para estudio y tratamiento. A lo largo de un año anterior al 15 de septiembre de 2003 refiere haber sufrido episodios de dolor torácico sin relación con el esfuerzo que se acompaña de sudor frío y sensación de OFEC y tos. En informe realizado el 13 de noviembre de 2016 constan los datos de cardiopatía isquémica IAM, implantación STENT, vasculopatía periférica, claudicación intermitente, isquemia intestinal, trastorno depresivo. La reclamación de contingencia profesional fue rechazada en la instancia y en suplicación siendo la referencial la que accede a dicha calificación por entender que la existencia de antecedentes de tipo coronario o padecer con anterioridad una enfermedad cardíaca no es bastante para excluir el trabajo como factor desencadenante, puesto que la lesión surgió en el lugar y tiempo de trabajo, términos y razonamiento a su vez extraídos de la sentencia que sirvió para establecer en aquel caso la contradicción y que la sentencia referencial hace suyos no obstante carecer dicha sentencia de contraste de semejante base fáctica ya que en esa sentencia no se nos da noticia de que padeciera ningún síntoma, lo único que se nos dice es que «sobre las 10 horas del 17 de junio de 2004 sintió un fuerte dolor torácico cuando se hallaba prestando servicios como oficial de 1ª .» El artículo 219 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social exige para la viabilidad del recurso de casación para la unificación de doctrina que exista contradicción entre la sentencia impugnada y otra resolución judicial que ha de ser -a salvo del supuesto contemplado en el número 2 de dicho artículo- una sentencia de una Sala de lo Social de un Tribunal Superior de Justicia o de la Sala IV del Tribunal Supremo. Dicha contradicción requiere que las resoluciones que se comparan contengan pronunciamientos distintos sobre el mismo objeto, es decir, que se produzca una diversidad de respuestas judiciales ante controversias esencialmente iguales y, aunque no se exige una identidad absoluta, sí es preciso, como señala el precepto citado, que respecto a los mismos litigantes u otros en la misma situación, se haya llegado a esa diversidad de las decisiones pese a tratarse de "hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales" (sentencias, entre otras, de 7 de abril y 4 de mayo de 2005 , R. 430/2004 y R. 2082/2004 ; 25 de julio de 2007, R. 2704/2006 ; 4 y 10 de octubre de 2007 , R. 586/2006 y 312/2007 , 16 de noviembre de 2007, R. 4993/2006 ; 8 de febrero y 10 de junio de 2008 , R. 2703/2006 y 2506/2007), 24 de junio de 2011, R. 3460/2010 , 6 de octubre de 2011, R. 4307/2010 , 27 de diciembre de 2011, R. 4328/2010 y 30 de enero de 2012, R. 4753/2010 . Por otra parte, la contradicción no surge de una

comparación abstracta de doctrinas al margen de la identidad de las controversias, sino de una oposición de pronunciamientos concretos recaídos en conflictos sustancialmente iguales (sentencias de 28 de mayo de 2008, R. 814/2007 ; 3 de junio de 2008, R. 595/2007 y 2532/2006 ; 18 de julio de 2008, R. 437/2007 ; 15 y 22 de septiembre de 2008 , R. 1126/2007 y 2613/2007 ; 2 de octubre de 2008, R. 483/2007 y 4351/2007 ; 20 de octubre de 2008, R. 672/2007 ; 3 de noviembre de 2008, 2637/2007 y 3883/07 ; 12 de noviembre de 2008, 2470/2007 ; y 18 y 19 de febrero de 2009 , 3014/2007 y 1138/2008), 4 de octubre de 2011, R. 3629/2010 , 28 de diciembre de 2011, R. 676/2011 , 18 de enero de 2012, 1622/2011 y 24 de enero de 2012 R. 2094/2011 . Entiende la Sala que entre ambas resoluciones no cabe establecer la preceptiva contradicción. En la sentencia recurrida la dolencia de la demandante es de la misma etiología que los síntomas sufridos la noche anterior a dirigirse la actora a su trabajo. Por el contrario en la sentencia referencial, el infarto acaece en el lugar de trabajo y es de tener en cuenta la especial caracterización que la jurisprudencia ha otorgado al infarto creando una especificidad como accidente que no ha reconocido en otras dolencias. La apreciación en el trámite de dictar sentencia de una causa de inadmisión determina la desestimación del recurso, de conformidad con el informe del Ministerio Fiscal, sin que haya lugar la imposición de las costas a tenor de lo preceptuado en el artículo 235 de la L.R.J.S .

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey, por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido Desestimar el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Letrado D. Indalecio Talavera Solomón, actuando en nombre y representación de D^a Estibaliz , contra de la sentencia dictada el 13 de marzo de 2015 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en recurso de suplicación nº 404/2015 , interpuesto contra la sentencia de fecha 14 de noviembre de 2014, dictada por el Juzgado de lo Social nº 5 de Oviedo , en autos núm. 157/2014, seguidos a instancias de D^a Estibaliz frente al INSS, TGSS, la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales Intercomarcal y la empresa UTE IMESAPE y Prohogar Jardon y Alonso S.L.. Sin costas.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa. Así se acuerda y firma.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por la Excm. Sra. Magistrada Dña. Maria Milagros Calvo Ibarlucea hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Letrado/a de la Administración de Justicia de la misma, certifico.

2.- Tribunal Supremo. Sala de lo Social 1. Nº Resolución 171/2017

SENTENCIA

En Madrid, a 28 de febrero de 2017 Esta sala ha visto el recurso de casación para unificación de doctrina, interpuesto por la Letrada D^a M^a Teresa Molina Fajardo, en nombre y representación de D. Sabino , contra la sentencia dictada en fecha 17 de junio de 2015 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía/Granada, en el recurso de suplicación nº 682/15 , formulado por D. Sabino , frente a la sentencia de fecha 25 de noviembre de 2014 dictada por el Juzgado de lo Social nº 4 de Granada , en autos nº 321/14, seguidos a instancias de DON Sabino contra INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL -INSS-; TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL -TSGS-; CETURSA SIERRA NEVADA, S.A.; y MUTUA FREMAP, sobre reclamación de prestación seguridad social. Se han personado como parte recurrida, la Mutua FREMAP, representada por el Letrado Don Florentino Gómez Campoy, y el INSS, representado por el Letrado de la Administración de la Seguridad Social. Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Jose Luis Gilolmo Lopez

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 25 de noviembre de 2014 el Juzgado de lo Social nº 4 de Granada dictó sentencia cuya parte dispositiva es del siguiente tenor literal: «Desestimo la demanda interpuesta por Don Sabino , frente al INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la empresa CETURSA SIERRA NEVADA S.A. y la Mutua FREMAP, Organismos, empresa y Mutua a los que absuelvo de las pretensiones deducidas en su contra.»

SEGUNDO.- En dicha sentencia se declararon probados los siguientes hechos: «1º.- Por resolución de la Dir Prov del INSS en Granada de 17/01/2014 se declaró que el proceso de incapacidad temporal iniciado en 10/07/2013 por el Trabajador Don Sabino , titular del D.N.I. nº NUM000 , NASS NUM001 , vecino de Pinos Genil (GR), C/. DIRECCION000 NUM002 , Residencial DIRECCION001 piso NUM003 puerta NUM004 , domiciliado en estos autos para notificaciones en Granada C/ Periodista Francisco Javier Cobos 2 (Asesoría CC.-00), trabajador de Cetursa, tenía el carácter de enfermedad común cuya cobertura la tenía concertada el INSS. Medió dictamen propuesta de 17.01.2014 con diagnóstico de Infarto agudo miocardio. Sitio no especificado. 2º.- Disconforme con tal resolución interpuso el actor reclamación previa en 29.01.2014 desestimada por Acuerdo del INSS de 31-01.-2014, presentándose demanda jurisdiccional en 07 de marzo de 2014. 3º.- Obra en autos Informe de la Inspección Provincial de Trabajo de 02 de abril de 2014 participando a este Juzgado la no constancia de accidente de trabajo referido al aquí demandante como tampoco en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales. 4º.- Según la anamnesis que obra en el informe de 17/07/2013 de la Unidad de Cardialgia del Hospital Virgen de las Nieves (Folio 23) refiriéndose al ingreso del actor en 10/07/2013: "Paciente con los antecedentes referidos que esta madrugada (a las 2.00 h) comienza con dolor centrotorácico opresivo

irradiado a hombro derecho y mandíbula, estando en reposo y asociado a cortejo vegetativo, por el cual consulta esta mañana en su centro de salud con 8 h de evolución del dolor aproximadamente.- Según parece refiere episodio previo similar 2 días antes de unas 3.5 h de duración aproximadamente y por el cual no llegó a consultar pensando que se trataba de dolor mecánico"... confirmándose la presencia de IAM anterior evolucionado en situación de Killip I derivándose para realización de cateterismo urgente.- El juicio clínico principal que se contiene en el informe de 17/07/2013 es el de SCACEST y PCR durante el procedimiento de IPC primaria; FEVI conservada, y como juicio clínico secundario: Shock cardiogénico; Fibrilación ventricular; paro cardíaco; Diabetes mellitus neom (*); Hipertensión esencial ; Hiperlipemia mixta (&) . Al folio 26 obra hoja de seguimiento de consulta: Urgencias Scacest de 10/07/2013, en cuya Anamnesis se lee: "Episodio de dolor torácico opresivo desde las dos de la mañana en reposo, acude a clínica porque se encuentra mal, que se (sic) no puede más. Dolor que se irradia a omóplato derecho a mandíbula y a hombro con vegetativos con juicio clínico de Scacest. 5°.- Aportó la parte demandante y obran en su ramo de prueba los documentos que a modo de índice se expresan al folio 64, a saber: 1.- Informe del 061 de 10-7-2013 hora de su intervención. 2.- Certificado del Drt de organización de Cetursa que acredita lo acontecido el 10-7-13 y estaba prestando servicio. 3.- Nuevo informe médico del servicio de cardiología que acredita la evolución de sus lesiones. 4.- Informe de médico de atención primaria donde se acredita que no tuvo patología antes del día 10-7-13. y que se dan en lo necesario por reproducidos a fines probatorios. 6°.- El actor D. Sabino , trabajador fijo discontinuo de Cetursa con la categoría de Técnico de Mantenimiento se encontraba prestando los servicios propios de tal categoría en las instalaciones de Hostelería de la empresa Cetursa en Sierra Nevada el día 10/07/2013 cuando se sintió indispuerto y tuvo que acudir a los servicios médicos de la Estación.- El horario de trabajo era de 8 a 15 horas de lunes a viernes (35 horas semanales), desplazándose desde Granada a Sierra Nevada con transporte facilitado por la empresa.»

TERCERO.- Interpuesto recurso de suplicación contra la referida sentencia, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, sede en Granada, dictó sentencia con fecha 17 de junio de 2015 en la que consta la siguiente parte dispositiva: «Que desestimando el recurso de suplicación interpuesto por Sabino contra la Sentencia dictada por el Juzgado de lo Social núm. Nº 4 DE GRANADA, en fecha 25/11/14 , en Autos núm. 321/2014, seguidos a instancia del recurrente, en reclamación sobre MATERIAS SEGURIDAD SOCIAL, contra CETURSA SIERRA NEVADA SA, MUTUA FREMAP, INSS y TGSS, debemos confirmar y confirmamos la Sentencia recurrida.»

CUARTO.- Contra la sentencia dictada en suplicación, se formalizó, por la representación procesal de D. Sabino , el presente recurso de casación para la unificación de doctrina, alegando la contradicción existente entre la sentencia recurrida y la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, en fecha 18

de diciembre de 2013, recurso nº 726/2013 , denunciando la vulneración de lo establecido en el art. 115.3 de la LGSS .

QUINTO.- Por providencia de esta Sala de fecha 17 de diciembre de 2015 se admitió a trámite el presente recurso, dándose traslado del mismo a la parte recurrida para que formulara su impugnación en el plazo de diez días. **SEXTO.-** Evacuado el trámite de impugnación, se dio traslado al Ministerio Fiscal para informe, dictaminando en el sentido de considerar procedente el recurso. Instruido el Excmo. Sr. Magistrado ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el 28 de febrero de 2017, fecha en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

ÚNICO.-

1. La sentencia ahora recurrida en casación unificadora, dictada el 17 de junio de 2015 (R. 682/15) por de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía/Granada , confirma la del Juzgado de lo Social nº 4 de los de Granada de 25 de noviembre de 2014 , desestimatorias ambas de la demanda del trabajador, en la que éste interesaba que el proceso de Incapacidad Temporal (IT) que inició el 10 de julio de 2013 fuese declarado accidente de trabajo.

2. Insiste el recurrente en que se declare que las prestaciones derivadas de aquella situación obedecen a contingencias profesionales; y, además de denunciar la vulneración de lo establecido en el art. 115.3 LGSS/1994 , en relación con los pronunciamientos de esta Sala IV del Tribunal Supremos que menciona (STS4ª 11-6-2007 y 18-12-2013), aporta, como sentencia contradictoria con la recurrida, la segunda de ellas, es decir, la de 18-12-2013, R. 726/13 .

3. La sentencia recurrida rechaza que el infarto de miocardio sufrido por el trabajador demandante pueda considerarse producido a causa de contingencia profesional, partiendo de los datos, reflejados en el incuestionado relato fáctico de instancia, transcrito en su integridad en los antecedentes de la presente resolución, conforme al cual, el día 8 de julio de 2013, esto es, dos días antes del infarto de miocardio que determinó el inicio de la IT, había sufrido un episodio similar que le duró en torno a tres horas y media pero que no mereció su atención porque pensó que se trataba de un simple "dolor mecánico" (h. p. 4º). El actor, técnico de mantenimiento, según el ordinal 6º de la misma declaración de hechos probados, "se encontraba prestando servicios de tal categoría en las instalaciones de Hostelería de la empresa Cetursa en Sierra Nevada el día 10/07/2013 cuando se sintió indispuerto y tuvo que acudir a los servicios médicos de la Estación. El horario de trabajo [continúa el h. p. 6º] era de 8 a 15 horas de lunes a viernes (35 horas semanales), desplazándose desde Granada a Sierra Nevada con transporte facilitado por la empresa". El mismo día 10 de julio de 2013, en la anamnesis (DRAE: "Información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico") elaborada por la Unidad de Cardiología del Hospital Virgen de las Nieves, el

actor mencionó que esa madrugada, a las 2,00 horas, "comienza con dolor centrotorácico opresivo irradiado a hombro derecho y mandíbula, estando en reposo y asociado a cortejo vegetativo, por el cual consulta esta mañana en su centro de salud con 8 h de evolución del dolor aproximadamente" (h. p. 4º). La sentencia impugnada, en fin, alcanza su conclusión desestimatoria entendiendo de los hechos probados que -literalmente-- "el infarto de miocardio que sufrió el actor, se inició a las dos de la madrugada estando el recurrente en su domicilio, sin perjuicio de que manifestaciones sintomáticas de mayor intensidad surgieran en el decurso evolutivo de aquella enfermedad, dando lugar a que siendo las 8:00 horas tuvieran que precisar de un cateterismo urgente pero en modo alguno queda acreditado que dicho infarto surgiera con ocasión de la prestación de trabajo, ya que su aparición se había manifestado, a las dos de la madrugada en domicilio particular, e incluso, dos días antes, por lo que no se ha infringido [concluye] el precepto invocado por el recurrente, ni la jurisprudencia que cita" (FJ 2º.3 in fine , de la sentencia recurrida).

4. Con tales antecedentes (los hechos probados permanecieron incólumes en suplicación), la propia sentencia de instancia (y nos parece oportuno destacarlo porque ello adquiere especial relevancia a los efectos del análisis de la contradicción), con cita expresa de la sentencia que ahora se invoca como contradictoria, y muy en particular, transcribiendo de manera literal, igual que la referencial, las tres razones que daba esta Sala IV del TS en el FJ 3º de la STS^{4ª} de 27-9-2007, R. 853/06 [1] La presunción del artículo 115.3 (antes , art. 84.3 LGSS del 74) de la vigente Ley General de la Seguridad Social se refiere no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo.//2) Para la destrucción de la presunción de laboralidad de la enfermedad surgida en el tiempo y lugar de prestación de servicios, la jurisprudencia exige que la falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado se acredite de manera suficiente, bien porque se trate de enfermedad que por su propia naturaleza descarta o excluye la acción del trabajo como factor determinante o desencadenante, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal.//3º) La presunción no se excluye porque se haya acreditado que el trabajador padeciera la enfermedad con anterioridad o porque se hubieran presentado síntomas antes de iniciarse el trabajo, porque lo que se valora a estos efectos no es, desde luego, la acción del trabajo como causa de la lesión cardiaca, lo que no sería apreciable en principio dada la etiología común de este tipo de lesiones. Lo que se valora es la acción del trabajo en el marco del artículo 115.2.f) LGSS como factor desencadenante de una crisis, que es la que lleva a la situación de necesidad protegida; y esta posible acción del trabajo se beneficia de la presunción legal del art. 115.3 y no puede quedar excluida solo por la prueba de que la enfermedad se padecía ya antes; pues, aunque así fuera, es la crisis y no la dolencia previa la que hay que tener en cuenta a efectos de protección], y admitiendo que "aun[que] sea cierto que fue durante las horas de trabajo (iniciada la jornada) cuando el actor decidió acudir a los servicios médicos de Urgencias...a que le prestaran asistencia", descarta la contingencia profesional porque, según razona luego el Juez de instancia

también de forma literal, "...no pudo ser la acción del trabajo en el marco del art. 115.2 f) de la LGSS el factor desencadenante de un episodio de crisis, ya que...la asistencia médica vino provocada por persistir el dolor centrotorácico opresivo irradiado a hombro derecho y mandíbula, estando en reposo y asociado a cortejo vegetativo, con 8h de evolución del dolor aproximadamente, que le sobrevino en su domicilio sobre las 2h o 2.30h [en negrita en el original], de donde ha de concluirse en que la contingencia de enfermedad común determinada por el INSS en la resolución impugnada es acorde a derecho, procediendo en consecuencia la desestimación de la demanda, en todo caso obligada respecto de la empresa codemandada Cetursa Sierra Nevada S. A. por una manifiesta falta de legitimación pasiva".

5. En la sentencia de contraste (STS4ª 18-12-2013, R. 726/13), que estima el recurso de casación unificadora del trabajador y declara el carácter de accidente de trabajo que éste sufrió, consta que el demandante, oficial de 1ª siderometalúrgico, había iniciado un proceso de IT el 15-9-2005, derivado de enfermedad común, impugnó judicialmente la contingencia pero desistió de la demanda. Fue alta médica con propuesta de incapacidad permanente el 13-11-2006 y, tras haber sido diagnosticado el mismo día 13-11-2006, entre otras dolencias, de cardiopatía isquémica con implantación de stent y vasculopatía periférica, mediante resolución del INSS de fecha 12-1-2007, se le reconoció una incapacidad permanente total por enfermedad común, constando (h. p. 7º) que hubo de ser ingresado en un hospital el 15-9-2005, a las 9,31 horas, refiriendo él mismo entonces que esa noche, a las 2,00 de la madrugada, presentó episodio de dolor torácico opresivo, que duró 5 minutos, náuseas y vómitos; tras marchar al trabajo, a las 7,45 horas, cuando estaba trabajando, presentó dolor retresternal opresivo de 20 minutos de duración y decidió consultar al médico de la empresa, que le derivó al hospital para estudio y tratamiento, orientando el cuadro médico como infarto lateral NO Q. La sentencia de suplicación allí recurrida sostenía que era necesaria la acreditación del nexo causal entre el trabajo y la lesión sufrida, lo que, a su entender, el actor no había conseguido al venir padeciendo dolores torácicos desde hace una año sin relación con el trabajo, "lo que [decía literalmente el TJS para desestimar la pretensión] por su propia naturaleza excluye la etiología laboral". La sentencia referencial sostiene, en síntesis y en lo que aquí interesa (precisamente, a los exclusivos efectos de la contradicción), siguiendo la jurisprudencia que menciona y transcribe en parte, que "no se exige que la lesión sea consecuencia del trabajo prestado sino que haya surgido en el lugar de trabajo y con ocasión de prestarse el mismo". En la sentencia de contraste, tal como esta Sala estableció al analizarla en otro reciente recurso de casación unificadora, "la reclamación de contingencia profesional fue rechazada en la instancia y en suplicación siendo la referencial la que accede a dicha calificación por entender que la existencia de antecedentes de tipo coronario o padecer con anterioridad una enfermedad cardiaca no es bastante para excluir el trabajo como factor desencadenante, puesto que la lesión surgió en el lugar y tiempo de trabajo, términos y razonamiento a su vez extraídos de la sentencia que sirvió para establecer en aquel caso la contradicción y que la sentencia referencial hace suyos no obstante carecer dicha sentencia de contraste de

semejante base fáctica ya que en esa sentencia no se nos da noticia de que padeciera ningún síntoma, lo único que se nos dice es que "sobre las 10 horas del 17 de junio de 2004 sintió un fuerte dolor torácico cuando se hallaba prestando servicios como oficial de 1ª" (STS4ª 27-10-2016, R. 1529/15).

6. El artículo 219 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social exige para la viabilidad del recurso de casación para la unificación de doctrina que exista contradicción entre la sentencia impugnada y otra resolución judicial que ha de ser -a salvo del supuesto contemplado en el número 2 de dicho artículo- una sentencia de una Sala de lo Social de un Tribunal Superior de Justicia o de la Sala IV del Tribunal Supremo. Dicha contradicción requiere que las resoluciones que se comparan contengan pronunciamientos distintos sobre el mismo objeto, es decir, que se produzca una diversidad de respuestas judiciales ante controversias esencialmente iguales y, aunque no se exige una identidad absoluta, sí es preciso, como señala el precepto citado, que respecto a los mismos litigantes u otros en la misma situación, se haya llegado a esa diversidad de las decisiones pese a tratarse de "hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales" (sentencias, entre otras, de 7 de abril y 4 de mayo de 2005 , R. 430/2004 y R. 2082/2004 ; 25 de julio de 2007, R. 2704/2006 ; 4 y 10 de octubre de 2007 , R. 586/2006 y 312/2007 , 16 de noviembre de 2007, R. 4993/2006 ; 8 de febrero y 10 de junio de 2008 , R. 2703/2006 y 2506/2007), 24 de junio de 2011, R. 3460/2010 , 6 de octubre de 2011, R. 4307/2010 , 27 de diciembre de 2011, R. 4328/2010 y 30 de enero de 2012, R. 4753/2010 . Por otra parte, la contradicción no surge de una comparación abstracta de doctrinas al margen de la identidad de las controversias, sino de una oposición de pronunciamientos concretos recaídos en conflictos sustancialmente iguales (sentencias de 28 de mayo de 2008, R. 814/2007 ; 3 de junio de 2008, R. 595/2007 y 2532/2006 ; 18 de julio de 2008, R. 437/2007 ; 15 y 22 de septiembre de 2008 , R. 1126/2007 y 2613/2007 ; 2 de octubre de 2008, R. 483/2007 y 4351/2007 ; 20 de octubre de 2008, R. 672/2007 ; 3 de noviembre de 2008, 2637/2007 y 3883/07 ; 12 de noviembre de 2008, 2470/2007 ; y 18 y 19 de febrero de 2009 , 3014/2007 y 1138/2008), 4 de octubre de 2011, R. 3629/2010 , 28 de diciembre de 2011, R. 676/2011 , 18 de enero de 2012, 1622/2011 y 24 de enero de 2012 R. 2094/2011 .

7. Esta Sala considera, de manera similar a lo que acordamos en el mencionado precedente (STS4ª 27-10-2016) y pese al parecer contrario del Ministerio Fiscal, que no concurre el requisito de contradicción que requiere el art. 219.1 LRJS porque, cuestionándose en los dos supuestos la aplicación del art. 115.3 LGSS , aunque la referencial reconoce la contingencia profesional en un proceso ciertamente parecido, pues, en efecto, en uno y otro caso, las dolencias cardíacas surgieron antes del comienzo de la actividad laboral pero también se manifestaron después de iniciado el trabajo, lo cierto y relevante, a los efectos de la contradicción, es que en la sentencia de contraste la verdadera razón del reconocimiento como accidente de trabajo estriba en el convencimiento de esta Sala de que la lesión surgió, como se dice en el primer párrafo de su FJ 2º, "en el lugar de trabajo y con ocasión de prestarse el mismo", mientras que, por el contrario, la sentencia recurrida, confirma la

apreciación y el convencimiento alcanzado por el Juez de instancia, que, sin duda como resultado de la prueba practicada, había entendido, como vimos (3), que la lesión "no pudo ser la acción del trabajo en el marco del art. 115.2 f) LGSS el factor desencadenante", y ratifica esa misma conclusión. Esa decisiva diferencia pues, determina la ausencia de contradicción y la consecuente necesidad de desestimar el recurso, que, por ello, pudo haberse inadmitido en su momento, sin que haya lugar la imposición de las costas a tenor de lo preceptuado en el artículo 235 de la L.R.J.S .

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey, por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido desestimar el recurso de casación para unificación de doctrina interpuesto por Don Sabino , contra la sentencia dictada el 17 de junio de 2015 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía/ Granada, en recurso de suplicación nº 682/15 , interpuesto contra la sentencia de fecha 25 de noviembre de 2014 dictada por el Juzgado de lo Social nº 4 de Granada , en autos nº 321/14 , seguidos a instancia de DON Sabino contra INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL; TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL; CETURSA SIERRA NEVADA, S.A. y MUTUA FREMAP. Sin costas.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa. Así se acuerda y firma.

2.4 CONCLUSIONES

De lo anteriormente relatado a lo largo de este trabajo, teniendo en consideración:

1. La distinta normativa aplicada.
2. Las consideraciones emitidas por el Tribunal Supremo de Justicia, Sala de lo Social, mediante recursos de casación.
3. Estudio de distintos casos judiciales estudiados, tanto a favor como en contra, de la declaración del Infarto de Miocardio como "Contingencia Profesional".
4. La situación particular de cada caso examinado.

Podemos concluir:

- La complejidad de decisión en cuanto a la calificación de la cardiopatía isquémica como contingencia profesional o enfermedad común es elevada y frecuentemente transita por una complicada senda judicial que puede llegar hasta las últimas estancias judiciales, el Tribula Supremo.
- La existencia de una "**especial caracterización**" que la jurisprudencia ha otorgado al infarto, creando una especificidad como accidente laboral que no ha reconocido en toras dolencias.

- Las legislaciones en las que se basan las decisiones judiciales sobre este tipo de casos judiciales son muy específicas y concisas, como hemos podido ver a lo largo de este trabajo.
- Las Leyes “Princeps” utilizadas en los tribunales de justicia como base de sustentación son fundamentalmente:
 - Ley General de la Seguridad Social. Artículo 115
 - Ley de Procedimiento Laboral. Artículo 127, artículo 205, artículo 226.
 - Ley Reguladora de la Jurisdicción Social. Artículo 219.
- Existe jurisprudencia en el Tribunal Supremo que establece unos criterios a seguir como son:
 - La presunción «iuris tantum» del art. 115.3 LGSS se extiende no sólo a los accidentes, sino también a las enfermedades, pero ha de tratarse de enfermedades que por su propia naturaleza puedan ser causadas o desencadenadas por el trabajo, sin que pueda aplicarse la presunción a enfermedades que "por su propia naturaleza excluyan una etiología laboral"
 - La presunción ha operado fundamentalmente en el ámbito de las lesiones cardíacas, en el que, aunque se trata de enfermedades en las que no puede afirmarse un origen estrictamente laboral, tampoco cabe descartar que determinadas crisis puedan desencadenarse como consecuencia de esfuerzos o tensiones que tienen lugar en la ejecución del trabajo
 - La «**apodíctica conclusión**» de que ha de calificarse como accidente de trabajo aquel en el que «de alguna manera concurra una conexión con la ejecución de un trabajo, bastando con que el nexo causal, indispensable siempre en algún grado, se dé sin necesidad de precisar su significación, mayor o menor, próxima o remota, concausal o coadyuvante», debiendo otorgarse dicha calificación cuando no aparezca acreditada la ruptura de la relación de causalidad entre actividad profesional y el hecho dañoso, por haber ocurrido hechos de tal relieve que sea evidente a todas luces la absoluta carencia de aquella relación
 - El hecho de que la lesión tenga etiología común no excluye que el trabajo pueda ser factor desencadenante, por ser «de conocimiento común que el esfuerzo de trabajo es con frecuencia un factor desencadenante o coadyuvante en la producción del infarto de miocardio» aparte de que «no es descartable una influencia de los factores laborales en la formación del desencadenamiento de una crisis cardíaca», ya que «las lesiones cardíacas no son por sí mismas extrañas a las relaciones causales de carácter laboral»

- Para destruir la presunción de laboralidad es necesario que la falta de relación lesión/ trabajo se acredite de manera suficiente, bien porque se trate de patología que por su propia naturaleza excluya la etiología laboral, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúan dicho nexo causal
- La presunción legal del art. 115.3 de la LGSS entra en juego cuando concurren las dos condiciones de tiempo y lugar de trabajo, «lo que determina, por su juego, que al demandante le incumbe la prueba del hecho básico de que la lesión se produjo en el lugar y en tiempo de trabajo; mas con esa prueba se tiene por cierta la circunstancia presumida y quien se oponga a la aplicación de los efectos de la presunción tendrá que demostrar la falta de conexión entre el hecho dañoso y el trabajo»

3. Bibliografía.

- Harrison. Principios de Medicina Interna. Capítulo 293. Cardiopatía Isquémica. Elliot M. Antman; Joseph Loscalzo.
- Revista Española de Cardiología. Epidemiología de la Enfermedad Coronaria. Rev Esp Cardiol. 2014;67:139-44 - Vol. 67 Núm.02. Unidad de Epidemiología, Servicio de Cardiología, Hospital Vall d'Hebron y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España
- Revista Jano. Cardiopatía isquémica: epidemiología. 20 DE FEBRERO DE 2009. N.º 1.726 Ana Isabel González González y Juan Carlos Obaya Rebollarb aMédico de Familia. Centro de Salud Vicente Muzas. Área IV. Servicio Madrileño de la Salud. Madrid. b Médico de Familia. Centro de Salud Chopera. Área V. Servicio Madrileño de la Salud. Madrid. España.
- Resumen anual” Estadística de Accidentes de trabajo año 2016”. Ministerio de Empleo y Seguridad Social
(http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/eat16/Resumen_resultados_ATR_2016.pdf).
- OMS/OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos/1999. OPS/SHA/99.01. 1999.
- I Curso Experto Universitario en Valoración Médica en Incapacidades. 2017, Corazón y Sistema Vasculat. Dr. Pablo García Ruiz
- American Heart Association. 1997 Heart and Stroke Statistical Update. 1997: 3-21.
- Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico. Dirección Nacional de Estadística, 1999: 11-91.
- Peñalver Hernández E, Dueñas Herrera A, Dieste Sánchez W, Nordet Cardona P. Influencia de los Factores de Riesgo coronario en la incidencia de cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (4): 368-71.
- Elliott M. Antman, Braunwald E. Acute Myocardial Infarction. En: Braunwald E.Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine. 5th Edition. T-2. Ed. WB Saunders. Philadelphia, 1996: 7-504.
- V-Lex España. Recurso de Casación para la unificación de doctrina laboral (<https://practico-laboral.es/vid/recurso-casacion-unificacion-doctrina-576551310>).

- I Curso Experto Universitario en Valoración Médica en Incapacidades. 2017, Incapacidad Permanente. Prestaciones de la Seguridad Social relacionadas con la Incapacidad laboral. Dr. Manuel Martínez Díaz de Argandoña.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 23/03/2002. L 80/35 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:080:0035:0039:ES:PDF>).
- Wynder EL. From the discovery of risk factors for coronary artery disease to the application of preventive measures. *Am J Med Sci* 1995; 310 Suppl 1: 119-22
- García Ruiz P, Pérez Leal I, Sosa Rodríguez V, Feriche Linares R, Tallón Moreno R, de la Fuente Madero JL, et al. Criterios de Valoración de la Capacidad Laboral en pacientes con Cardiopatía Isquémica. *Rev. SEMST* 2012; 7(3):140-151.
- 20th Bethesda Conference Insurability and employability of the patient with ischemic heart disease. 3-4 October 1988, Bethesda, Maryland. *J Am Coll Cardiol.* 1989;14:1003-44.

- Sentencias Tribunal Supremo. Sala de los Social. Madrid

- Astrand PO, Rodahl K. *Textbook of Work Physiology*. New York: McGraw Hill; 1986. pp. 391-411.

- Astrand Y. Aerobic work capacity in men and women with special reference to age. *Acta Physiol Scand* 1960;49(169 suppl):45-60.

- Bardají A, Camprubí RC, Mercé J. Cardiopatía isquémica. Conceptos. Aspectos Epidemiológicos. *Medicine* 2009;10:2391-8.

- Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernández-Avilés F, et al. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60:1070.e1-e80.

- Boudrez H, De Backer G. Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiol.* 2000;55:341-9.

- De Araujo Goncalves P, Ferreira J, Aguiar C, Seabra-Gomes R. TIMI, PURSUIT, and GRACE risk scores: sustained prognostic value and interaction with revascularization in NSTEMI-ACS. *Eur Heart J.* 2005;26:865-72.

- Eagle KA, Lim MJ, Dabbous OH, Pieper KS, Goldberg RJ, Van de Werf F, et al. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. *JAMA.* 2004;291: 2727-33.

- Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, Pieper KS, Eagle KA, De Werf FV, et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ.* 2006;333:1091.

- Fuster V. De la enfermedad multivaso compleja a la salud cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2010;63 (supl 2):3-11.

- Gaemperli O, Husmann L, Schepis T, Koepfli P, Valenta I, Jenni W, et al. Coronary CT angiography and myocardial perfusion imaging to detect flow-limiting stenoses: a potential gatekeeper for coronary revascularization? *Eur Heart J* 2009;30:2921-29.
- García Ruiz P, Pérez Leal I, Sosa Rodríguez V, De la Fuente Madero, JL, Feriche Linares R, González Fernández J, et al. Criterios orientativos para la valoración médica de la incapacidad en patologías cardiológicas. En: Manual Actuación para médicos del INSS. 227-241. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://060.es>
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. Guía de Valoración Profesional. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2009. 523 p.
- Pashkow FJ, Dafne WA. *Clinical Cardiac Rehabilitation*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992. pp. 360-75.
- Sianos G, Morel MA, Kappetein AP, Colombo A, Dawkins K, et al. The SYNTAX Score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. *EuroIntervention* 2005;1:219-27.
- Sosa Rodriguez, V. Estudio de la Incapacidad Laboral por Enfermedades Cardiocirculatorias. 2ª Edición. Madrid: Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo.; 1998.
- Tonino PA, De Bruyne B, Pils NH, Siebert U, Ikeno F, Van 't Veer M y cols. Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention. *N Engl J Med* 2009;360:213-24.
- Tonino PA, Fearon WF, De Bruyne B, Oldroyd KG, Leeser MA, Ver Lee PN, et al. Angiographic versus functional severity of coronary artery stenoses in the FAME study fractional flow reserve versus angiography in multivessel evaluation. *J AM Coll Cardiol* 2010;55:2822-4.
- Turkulin K, Cerovec D, Baborski F. Predictive markers of occupational activity in 415 post myocardial infarction patients after one-year follow-up. *Eur Heart J*. 1988;9 Suppl L:103-8.
- Werf FV, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62:e1-e47.

RECURSOS WEB

<https://secardiologia.es/>

<http://www.secardiologia.es/practica-clinica-investigacion/guias-practica-clinica-cardiologia>

<http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-europea-cardiologia>

http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=095093