

Euskal Autonomia Erkidegoko Justizia  
Administrazioaren Ofizio Papera

Papel de Oficio de la Administración de Justicia en la  
Comunidad Autónoma del País Vasco

En Bilbao, a 3 de septiembre de 2020.

Vistos por el/la Ilmo./Ilma. Sr./Sra. Magistrado/a-Juez del Juzgado de lo Social n.º 1 D./D.ª MARTA LUCIA MORATINOS VIELVA los presentes autos número 204/2019, seguidos a instancia de [REDACTED] contra TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, MUTUALIA, AYUNTAMIENTO DE GETXO y INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL sobre INCAPACIDAD PERMANENTE.

EN NOMBRE DEL REY  
ha dictado la siguiente

## SENTENCIA N.º 164/2020

### ANTECEDENTES DE HECHO

**Único.-** Con fecha 6 de Marzo de 2019 tuvo entrada demanda formulada por [REDACTED] frente al INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, frente a la TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, frente a MUTUALIA y frente al AYUNTAMIENTO DE GETXO. Admitida a trámite, se citó de comparecencia a las partes, asistiendo todas. Abierto el acto de juicio, las partes evacuaron cuantas alegaciones estimaron pertinentes en defensa de sus derechos, practicándose seguidamente las pruebas que fueron admitidas, con el resultado que obra en el soporte videográfico unido a los autos, quedando los mismos vistos y conclusos para dictar la presente resolución.

### HECHOS PROBADOS

**Primero.-** [REDACTED], nacido el 31/12/1988, con DNI [REDACTED], figura afiliado al Régimen General de la Seguridad Social con el nº [REDACTED], y ha prestado servicios como ingeniero no clasificado bajo otros epígrafes para el Ayuntamiento de Getxo.

**Segundo.-** Por Resolución de la entidad gestora de fecha 28/09/2018 le fue reconocida al actor una prestación de lesiones permanentes no invalidantes, Baremo 110, en la cantidad de 888 euros (Folio 154 de los autos).

Presentada reclamación previa en fecha 19/11/2018, la misma fue desestimada por Resolución de fecha 05/12/2018.

Esta resolución denegatoria fue notificada el actor en fecha 24/01/2019 (Folio 14 de los autos) y la demanda ha sido interpuesta en fecha 6 de Marzo de 2019 (Folio 3 de los autos).

**Tercero.-** En Informe Médico de Evaluación de Incapacidad laboral de fecha 14 de Septiembre de 2018 se señalaba (Folios 186 a 188 de los autos):

"DIAGNOSTICO PRINCIPAL: 810.- FRACTURA DE CLAVÍCULA

## 2. DIAGNÓSTICO

Politraumatismo - Fractura clavícula izquierda intervenida. - Cefalea crónica. - Síndrome postraumático. - Acufeno con mala adaptación. - Síndrome miofascial y disfunción de ATM izquierdo.

## 3. DATOS DE RECONOCIMIENTO MÉDICO ( Anamnesis, exploración, documentos aportados)

29a Asesor de turismo: Hacía trabajo web y administrativo. Una año y medio cotizado cree.

IT\*AT (Atropello in itinere).

Prórroga PIT

Diags:

Politraumatismo. Politraumatismo - Fractura clavícula izquierda intervenida. - Cefalea crónica. - Síndrome postraumático. - Acufeno con mala adaptación. - Síndrome miofascial y disfunción de ATM izquierdo.

-Limitaciones:

Omalgia izq. Cefalea, hipotimia, acúfeno, hipoacusia.

-tto:

Cirugía, RHB, botox bloqueos (repetirán) pendiente de valoración psiquiátrica

Mutua propone prórroga (AT)

RESUMEN: 14/09/18 29a asesor de turismo que sufre politraumatismo (AT) con diags: Fractura clavícula izquierda intervenida - Cefalea crónica. - Síndrome postraumático. - Acufeno con mala adaptación. - Síndrome miofascial y disfunción de ATM izquierdo.

Tto: Cirugía, RHB, medicamentoso botox bloqueos, radiofrecuencia y tto psiquiátrico.

El paciente refiere cefalea de intensidad máxima las 24 horas diarias

Acúfenos, molestias en hombro izq irradiadas a MSI

Expl neurológica, psicopatológica, osteomuscular y ORL anodinas en la que sólo aprecio la cicatriz com limitación objetiva.

- Informe de prórroga:

- Mutua: (ver GDINSS: por extensión no entra en el presente informe)

EA: Refiere mejor del a omalgia izq (2 IQ: la última en Dic) Ha notado mejoría sobre todo en la movilidad y tiene dolores en determinados. Acaba este viernes la RHB

Refiere haber perdido audición del oído izq, tinnitus y cefalea diaria.

De la pérdida de audición y tinnitus le han dicho que no va a mejorar y ha llevado adelante varios tipos tto: medicamentos, botox, bloqueo) para la cefalea (le llevan el la unidad del dolor en H. Cruce). Fentanilo y sibelium

Tiene pendiente valoración psiquiátrica de dicha unidad.

Además de nuevo bloqueo y botox.

Refiere hipotimia, Insomnio con despertares, sale de casa poco y se relaciona pocos, clinofilia.

Expl: PSICOPATOLÓGICO: acude acompañado, padre intrusivo en la anamnesis, Facies seria pero eutimia en consulta no alt cognitivas, no ideación delirante, alucinatorio o de muerte.

Ha tenido reuniones con el médico del seguro del automóvil ya que fue atropellado. Sensación subjetiva de minusvalía.

NEUROLÓGICO: Pares normales, fuerza y sensibilidad conservadas, ROTs conservados, Romberg (-) marcha en tandem sin desviarse.

OSTEOMUSCULAR: Hombro izq: movilidad completa. Movilidad espontánea del resto de articulaciones libre, Marcha normal.

DERMA: Porta parche para tratar la cicatriz de la cirugía

ORL: Conversación mantenida en tono y volumen normal

14/09/18

Aporta

- Unidad del dolor Derivado por cefalea con RM craneal normal. Refirió además hormigueos prorbaitais vertigos hipacusia tinnitus en oído impilat al traumatismo. Múltiples consultas en urgencias. Le hicieron bllaueodiag de N occipital mayor y menor. no refirió mejoría. El 02/07/18 se realizó radiofrecuencia pulsada de N auriculotemporal y punt trigger músculo termora izq y secita pra revisión

- Neurología cefaleas 24/07/18 Diversos tto farmacológicos e intervencionistas sin conseguir alivio. Niega beneficio alguno

Además valorado or psiquiatria del CSM y de la unidad del dolor. Neurología no puede ofrecer otros tratamiento y revisaran

- Mutua 28/08/18 hace resumen de patología y tto y propone alta a lapreciar cefalea residual, además de cicatriz hombro izq y limitación de movilidad de 10° de RE del hombro izq

Cefalea leve 22/11/18 Unidad del dolor 05/11/18 y psiquiatra: 24/01/19

EA: Refiere cefa 24 horas del día, Sensación de adormecimiento temporal izq y refiere sensación de adormecimiento desde cicatriz clavicular izq hasta MSI

Refiere que si O fuera indoloro y 10 el dolor máximo que se pueda sentir el suyo es de 10 24 h al día. Dolor mandibular que le duele al morder.

Refiere que le van a hacer una arteriografía en el servicio de neurología sin fecha.

Niega otros problemas de salud.

Expl: PSICOPATOLÓGICO: Acuede acompañado, acompañante interviene mucho en la conversación: "No puede hacer nada, le han jodido la vida" Afirma

El paciente se agarra la frente, gestos de sufrimiento, suspiros usa términos técnicos (neuropatía, rotación externa...), no ideación delirante alucinatoria.

Consciente orientado, alerta: contradice lo que no está de acuerdo, no alt cognitivas, discurso y curso del pensamiento fluidos y coherentes, no ideación delirante o alucinatoria ni de muerte. Sensación subjetiva de minusvalía. El acompañante refiere no sentirse de acuerdo con la opinión de los médicos de la mutua.

NEUROLÓGICO: No disartria pupilas isocóricas normorreactivas, pares normales, fuerza y sensibilidad conservadas, romberg (-) marcha en tandem sin desviarse, punta de dedos nariz bien, prueba de provocación del vértigo sin nistagmo OSTEOARTICULAR: cicatriz clavicular izq en gota alargada de 17 \*3 cm (en zona más ancha). Movilidad de hombros, codos externa". BM de miembros superiores 5/5, buen agarre manual. Marcha normal ORL: Apertura bucal espontánea no limitada. Conversación mantenida en tono y volumen normal

#### 4. TRATAMIENTO EFECTUADO, EVOLUCIÓN Y POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Cirugía, RHB, botox bloqueos (repetirán) pendiente de valoración psiquiátrica

Mutua propone prórroga (AT) Pendiente de más consultas y pruebas

#### 5. LIMITACIONES ORGÁNICAS Y/O FUNCIONALES

Cefalea, parestesias en zona cicatriz irradiada a MSI acúfenos, cicatriz clavicular

#### 6. EVALUACIÓN CLÍNICO-LABORAL

Situación estable

110

Decisión EVI."

**Cuarto.-** En Informe de fecha 24/04/2018 del servicio de daño cerebral del Hospital Aita Menni de Arrasate se concluye (Folios 36 y 37 de los autos):

“ 6. Evolución

Durante todo este periodo el problema central han sido las cefaleas intensas y continuas. Secundariamente ha presentado acúfenos, un estado de ánimo bajo, desesperanza, mala calidad de sueño, apatía y aislamiento social.

Cuando acudió a este Servicio estaba en tratamiento con tryptizol 25, seroxat 20, Valium 10 e inacid 75. La estrategia posterior la he centrado en tratar el componente depresivo y el insomnio, así como en retirar la medicación que no ha mostrado eficacia hasta el momento. En un primer momento retiré el tryptizol y el valium. En un segundo momento introduje mirtazapina 30 y cymbalta 60. Se produjo un pico hipertensivo que remitió al bajar el cymbalta a 30. La mirtazapina, ni tampoco la etumina han permitido una mejora de la calidad de sueño. Esta última generó sensación de mareo, diarreas y vómitos.

Ante la falta de eficacia de los psicótrofos retiré todos los fármacos psicótrofos. El paciente solicitaba encarecidamente un tratamiento para la cefalea.

En febrero de este año ingresó una semana en el hospital de Cruces para estudiar la cefalea. Le han tratado con botox, parches de fentanilo y con bloqueo occipital. Ninguna de las estrategias reduce su sensación de dolor 24 horas. Durante este periodo ha mejorado la calidad de sueño sin que haya tomado ningún hipnótico. En la actualidad está en seguimiento en la Unidad de cefaleas y en la unidad del dolor en el Hospital de cruces. La cefalea si cabe se ha vuelto más central en su cuadro. Tolera mejor los acúfenos. Expresa desesperación por la persistencia del dolor y la falta de mejoría."

**Quinto.-** En fecha 19/02/2018 se le realiza al trabajador una RM cerebral con el siguiente resultado (Folio 299 de los autos):

“ Sin hallazgos de valor patológico”.

**Sexto.-** En anotación de fecha 25/06/2020 del Dr. [REDACTED] del Servicio de Neurología del Hospital de Cruces se señala (Folio 311 vuelto de los autos):

“La paciente [REDACTED] de 31 años, padece una migraña postraumática crónica desde el año 2017 tras un accidente de moto.

Ha probado todos los grupos farmacológicos conocidos para la migraña además de infiltraciones de toxina botulínica, bloqueos del nervio occipital, etc a dosis y durante un tiempo suficiente sin resultado.

En el último mes ha tenido 30 días con Migraña, la intensidad media de los episodios es de EVA 8.

La puntuación en la escala HIT-6 del impacto de la cefalea en la calidad de vida es 78

Se inicia tratamiento con galcanezumab según protocolo.

Me pido estudio de sueño”.

**Séptimo.-** En Informe de fecha 24/02/2020 de la Unidad del Dolor del Hospital de Cruces se indica (Folio 315 de los autos):

“-Fue atropellado en bicicleta el 6/4/2017. En la caída sufrió un traumatismo craneoencefálico (no llevaba casco) sin pérdida de conocimiento. Fue trasladado al Sº de Urgencias donde se diagnosticó una fractura de la clavícula izquierda (por la que fue intervenido) sin otras alteraciones (TC cerebral normal).

-I.Q. previa: Clavícula izq

Tratamiento habitual: Sibelium (empezado hace 3 sem)

E.A.:

Sufría dolor de cabeza desde el traumatismo craneoencefálico del 6/4/2017. Comenzó con otalgia, acúfenos y seguidamente paso a hemicraneal izquierdo, opresivo, diario y fotofobia ocasional. Le permite descanso nocturno. No hay "nada" que le alivie, ni reposo a oscuras ni medicación. Sin mejoría a pesar de los tratamientos (mirtazapina, topiramato, amitriptilina e infiltración de toxina botulínica el 1/2/2018). El topiramato le provocó acné de predominio en la espalda. En la mutua le realizaron una RM craneal (el 8/8/2017) que fue normal. En ese tiempo también consultó por hormigueos periorbitarios, vértigos, hipoacusia y tinnitus en el oído ipsilateral al traumatismo. Múltiples consultas en S Urgencias, en último ingreso en Neurología se le realiza bloqueodiagnóstico de nervio occipital mayor y nervio occipital menor, localización mediante ecografía. Infiltramos 2 mL+2 mL de ropivacaína al 0,2% y 40 mg de triamcinolona. El paciente no ha notado mejoría.

EF: Se palpa musculatura del cuello sin aparentes contraturas, se busca por palpación puntos gatillos que no refiere. Movilización de cuello no desencadena dolor tampoco.

I.D.:

I- Cefalea crónica sin filiar

EVOLUCION

No respuesta a los tratamientos en la UTD. Actualmente tratamiento con lidocaína intravenosa como última opción. Si no fuera eficaz sería alta por agotamiento terapéutico.

JD

probable cefalea por estrés post traumático

24 de febrero 2020

Solicita nuevo informe

Ultima consulta en UTD 14 de marzo 2019

Agotadas alternativas en UTD".

**Octavo.-** La base reguladora de la prestación de IPA solicitada, a efectos económico-prestacionales, ascendería a 20.296,24 euros, siendo la fecha de efectos económicos la de 18/09/2018.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

**Primero.-** Los documentos e informes médicos incorporados al expediente administrativo, así como la declaración pericial de los Dres. I [REDACTED] [REDACTED], constituyen las fuentes de prueba que sustentan el anterior relato de hechos probados, a los efectos previstos en el artículo 97.2 LRJS, habiendo sido valoradas las pruebas propuestas y admitidas de manera conjunta y conforme a las reglas de la sana crítica.

**Segundo.-** La parte actora reclamaba en el presente procedimiento el grado de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, pretensión a la que se oponen tanto el Letrado del INSS y de la TGSS como la Letrado de Mutualia, estimando ajustada derecho la resolución administrativa impugnada.

El Ayuntamiento de Getxo alegó su falta de legitimación pasiva por estar al corriente de sus obligaciones de cotización.

El examen de la pretensión formulada exige tener presentes los rasgos configuradores de la invalidez permanente en nuestro sistema de Seguridad Social, que a tenor de lo dispuesto en el artículo 136 de la anterior LGSS, actual artículo 193 y 194 del 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, son:

a) Que las reducciones anatómicas o funcionales sean objetivables («susceptibles de determinación objetiva»), o lo que es lo mismo, que se puedan demostrar o constatar médicamente de forma indubitada, no cabiendo por ello estar ante meras manifestaciones subjetivas del interesado.

b) Que sean previsiblemente definitivas, esto es, y como destaca reiterada doctrina judicial, incurables, irreversibles, «siendo suficiente una previsión seria de irreversibilidad para fijar el concepto de invalidez permanente, ya que, al no ser la medicina una ciencia exacta, sino fundamentalmente empírica, resulta difícil la absoluta certeza del pronóstico, que no puede emitirse sino en términos de probabilidad».

c) Que las reducciones sean graves disminuyendo o anulando la capacidad laboral. Nuestro sistema de Seguridad Social tiene un carácter esencialmente profesional en el que destaca la valoración no sólo de las lesiones y limitaciones en sí sino también su incidencia en el menoscabo funcional u orgánico.

Y es que en el caso de autos, las partes discrepan en lo atinente al grado de la incapacidad permanente de que está afecto el actor, la parte actora considera que debe ser grado absoluto y la parte demandada considera correcta la prestación de LPNI que le ha sido reconocida por la entidad gestora. El artículo 137.5 de la Ley General de Seguridad Social de 1994 definía la Incapacidad Permanente Absoluta como la situación en la que el trabajador está inhabilitado por completo para toda profesión u oficio.

En la calificación de la **incapacidad permanente absoluta** la jurisprudencia insiste, teniendo presentes los antecedentes históricos, siguiendo el espíritu y la finalidad del artículo 137.5 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que tal grado incapacitante debe ser reconocido al trabajador que carezca de toda posibilidad física para realizar cualquier quehacer laboral; y, también, a aquel al que las facultades que le restan no sean suficientes para desempeñar con cierta eficacia las inherentes a una cualquiera de las variadas ocupaciones que ofrece el ámbito laboral, sujetándose en cierto modo a un horario y a una cierta disciplina. Igualmente, la jurisprudencia ha reiterado que para la calificación de la incapacidad han de valorarse más que la índole y naturaleza de los padecimientos determinantes de las limitaciones

que ellos generen, éstas en sí mismas, en cuanto impedimentos reales y suficientes para dejar sin posibilidad de iniciar y consumir a quien los sufre esas faenas ya citadas; habiendo concretado, asimismo como doctrina constante, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo que, en cuanto un trabajador, pese a las reducciones que comportan las secuelas que el accidente o la enfermedad haya dejado en él, esté en condiciones objetivas de desempeñar un oficio o quehacer determinado, por sencillo que sea, mediante la retribución ordinaria, no debe ser tenido como incapaz permanente absoluto para todo trabajo y sí, en su caso, como total para su profesión habitual.

**Tercero.-** Analicemos en primer lugar la excepción de caducidad alegada por la Letrado de Mutualía, y, vaya por delante, que la misma no puede tener favorable acogida.

Se ha declarado probado:

1.- Por Resolución de la entidad gestora de fecha 28/09/2018 le fue reconocida al actor una prestación de lesiones permanentes no invalidantes, Baremo 110, en la cantidad de 888 euros (Folio 154 de los autos).

2.- Presentada reclamación previa en fecha 19/11/2018, la misma fue desestimada por Resolución de fecha 05/12/2018.

3.- Esta resolución denegatoria fue notificada el actor en fecha 24/01/2019 (Folio 14 de los autos) y la demanda ha sido interpuesta en fecha 6 de Marzo de 2019 (Folio 3 de los autos), dentro por tanto del plazo de 30 días previsto legalmente.

**Cuarto.-** En cuando al fondo del asunto, como ha quedado dicho, el demandante reclama en el presente procedimiento la declaración de incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad común la cual se corresponde con la situación del trabajador que se encuentra imposibilitado para la realización de cualquier profesión u oficio, debiendo para ello ser valoradas las secuelas padecidas por el trabajador en su conjunto no restando al mismo capacidad alguna para el desempeño de actividad laboral porque las aptitudes que permanecen carecen de suficiente relevancia en el mundo económico para concertar alguna relación de trabajo retribuido, STS de 18 y 25 de enero de 1988 de manera que tales aptitudes deben implicar no sólo la posibilidad de trasladarse al lugar de trabajo por sus propios medios y permanecer en él durante toda la jornada (STS de 25-3-1988) y efectuar allí cualquier tarea, sino la de llevarla a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, actuando de acuerdo con las exigencias, de todo orden, que comporta la integración en una empresa, en régimen de dependencia de un empresario, dentro de un orden preestablecido y en interrelación con los quehaceres de otros compañeros (STS de 12-7-1986 y de 30-9-1986), no siendo posible imaginar en el campo de las actividades laborales que exista alguna en la que no sean exigibles esos mínimos de dedicación, diligencia y atención, salvo que se den un singular afán de superación y espíritu de sacrificio por parte del trabajador y un grado intenso de tolerancia en el empresario.



Pues bien, a la vista de los informes médicos obrantes en autos y de las declaraciones periciales practicadas en el acto de juicio, sobre todo la del Dr. [REDACTED], profesional integrado en la red sanitaria pública, la pretensión del actor merece favorable acogida.

Veamos.

En el **Informe Médico de Evaluación de Incapacidad laboral de fecha 14 de Septiembre de 2018** (Folios 186 a 188 de los autos) se señalan como limitaciones orgánicas y/o funcionales: “cefalea, parestesias en zona cicatriz irradiada a MSI acúfenos, cicatriz clavicular”.

En **Informe de fecha 24/04/2018 del servicio de daño cerebral del Hospital Aita Menni de Arrasate** se concluye (Folios 36 y 37 de los autos) que el actor presenta cefaleas intensas y continuas, y, secundariamente, estado de ánimo bajo, acúfenos, desesperanza, mala calidad de sueño, apatía y aislamiento social, añadiendo que se le ha tratado con bótox, parches de fentanilo, y bloqueo occipital, no rediciendo ninguna de las estrategias su sensación de dolor 24 horas.

En **anotación de fecha 25/06/2020 del Dr. [REDACTED] del Servicio de Neurología del Hospital de Cruces** se señala (Folio 311 vuelto de los autos) se indica: “La paciente [REDACTED], de 31 años, padece una migraña postraumática crónica desde el año 2017 tras un accidente de moto. Ha probado todos los grupos farmacológicos conocidos para la migraña además de infiltraciones de toxina botulínica, bloqueos del nervio occipital, etc a dosis y durante un tiempo suficiente sin resultado. En el último mes ha tenido 30 días con Migraña, la intensidad media de los episodios es de EVA 8. La puntuación en la escala HIT-6 del impacto de la cefalea en la calidad de vida es 78 Se inicia tratamiento con galcanezumab según protocolo. Me pido estudio de sueño”.

En el acto de juicio ha declarado el Dr. [REDACTED], cuyo testimonio resulta revelador en orden a esclarecer la situación funcional del demandante. El Doctor [REDACTED] es responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital de Cruces, y el mismo señaló que empezó a tratar al Sr. [REDACTED] en Febrero de 2018, porque no respondía a terapias habituales, indicando que después del accidente sufrido por el actor el mismo desarrolló una cefalea postraumática, que es crónica y que afecta a su calidad de vida. Explicó que se basa no sólo en datos subjetivos, sino en escalas objetivas, concretamente en la escala HIT 6 (escala validada científicamente), habiendo obtenido el trabajador una puntuación de 78, siendo así que a partir de 60 puntos existe una repercusión importante en la calidad de vida del paciente. Concluyó señalando que el actor presenta insomnio pertinaz (Doc. nº 2 del ramo de prueba de la parte actora) y que le ha derivado al servicio de neurofisiología.

Cierto es que en fecha 19/02/2018 se le realiza al trabajador una RM cerebral con el siguiente resultado (Folio 299 de los autos): “Sin hallazgos de valor patológico”. Pero, interrogado acerca de si se había detectado base orgánica que justifique la dolencia del demandante, el Dr. [REDACTED] señaló que es habitual la ausencia de hallazgos de valor patológico en la cefalea postraumática, y

que ello no descarta el diagnóstico. Reseñó asimos que D. [REDACTED] tiene afectada su capacidad de concentración y memoria debido a la medicación que tiene pautaada.

Por otro lado, en **Informe de fecha 24/02/2020 de la Unidad del Dolor del Hospital de Cruces** se indica (Folio 315 de los autos) que el actor presenta cefalea crónica sin filiar y que no responde a los tratamientos, encontrándose en tratamiento con lidocaína intravenosa como última opción, habiéndose agotado las alternativas.

En Informe de Evolutivos de fecha 14/02/2020 se reseña que el demandante ha desarrollado un trastorno adaptativo (Doc. nº 1 del ramo de prueba de la parte actora).

Por otro lado, en **Informe de Mutua de fecha 28/08/2018** (Folio 41 de los autos) ya se reconoce que el actor presenta cefalea crónica de difícil control.

Finalmente, ha declarado en calidad de **perito Dña. [REDACTED]**, que ha ratificado su Informe obrante a los Folios 42 y siguientes de los autos. En el acto de juicio indicó que el demandante presenta una cefalea crónica, diaria, intensa y persistente pese a todo tratamiento, habiéndose el actor dejado “hacer de todo” para intentar paliar sus dolencias, sin éxito.

En definitiva, habida cuenta de las patologías que presenta el **Sr. [REDACTED]** a fecha actual, se llega a la convicción de que los padecimientos actuales del mismo son definitivos y persistentes en el tiempo y las limitaciones funcionales que los mismos le provocan le incapacitan para desempeñar un trabajo u oficio, por lo que no tiene facultades reales para consumir con cierta eficacia y sin heroísmo excepcional, las tareas componentes de una cualquiera de las variadas ocupaciones que ofrece el ámbito laboral con las exigencias de responsabilidad, habitualidad y dedicación, que son características en cualquier círculo organizativo empresarial, procediendo en suma la estimación de la demanda, declarando que el actor se encuentra afecto al grado de incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio, procediendo el abono a la misma de la prestación económica que se dirá en la parte dispositiva de la presente resolución.

**Quinto.-** De conformidad con lo establecido en el artículo 191 de la LRJS, contra esta Sentencia procede recurso de suplicación.

VISTOS los artículos legales y demás de general aplicación,

## FALLO

Que estimando la demanda formulada por D. [REDACTED] frente al INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, frente a la TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, frente a MUTUALIA y frente al AYUNTAMIENTO DE GETXO, debo declarar y declaro que el actor se encuentra afecto al grado de incapacidad

permanente en grado de ABSOLUTA para todo tipo de trabajo, derivada de accidente de trabajo, condeno a la Mutua Mutualia al abono al demandante de una pensión vitalicia consistente en el 100 % de la base reguladora anual de 20.296,24 euros, con efectos al 18/09/2018, así como a las revalorizaciones y mejoras que procedan en derecho, con responsabilidad subsidiaria del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de la Tesorería General de la Seguridad Social en caso de insolvencia de la Mutua, absolviendo al AYUNTAMIENTO DE GETXO de las pretensiones vertidas en su contra, debiendo no obstante estar y pasar por lo declarado en esta Sentencia.

Notifíquese esta resolución a las partes en legal forma.

Contra esta sentencia cabe interponer recurso de suplicación ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, debiendo anunciarse tal propósito mediante comparecencia o por escrito en este Juzgado en el plazo de **cinco días** a contar desde la notificación.

De recurrir la entidad gestora, al anunciar el recurso, deberá presentar en el Juzgado certificación acreditativa de que comienza el abono de la prestación y que lo seguirá puntualmente durante la tramitación del recurso hasta el límite de su responsabilidad, lo que si no cumple efectivamente pondrá fin al trámite del recurso.

Así por esta mi sentencia, definitivamente juzgando, lo pronuncio, mando y firmo.

---

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada solo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que el mismo contuviera y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.  
Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.

---

