

CAPÍTULO 8

PATOLOGÍA VISUAL EN EL ÁMBITO LABORAL. INCAPACIDADES LABORALES Y DISCAPACIDADES DE CAUSA VISUAL

José Antonio Menéndez de Lucas, María del Mar Schaufhausen Peláez



Diseñado por Freepik.

INTRODUCCIÓN

El 80 % de la información que percibimos los seres humanos es a través de la vista y, por ello, la patología visual va a determinar una limitación funcional muy relevante, en la vida de relación en general y en la actividad laboral en particular.

Los traumatismos oculares suponen la principal causa de discapacidad visual o ceguera en el mundo (1). Se estima que, a nivel mundial, anualmente causan 1,6 millones de casos de ceguera y 2,3 millones de baja visión (2). La mayoría de ellos ocurren en varones entre 25 y 50 años (3), por lo que afectan mayoritariamente a la población en edad laboral. Estos traumatismos dan lugar en muchos casos a importantes secuelas y discapacidades, con una enorme repercusión no solo económica, sino también social y familiar (4).

La ceguera está considerada como la más temida de todas las discapacidades, y cualquier amenaza de la función visual es emocionalmente desgarradora, para personas que hasta ese momento tenían una buena visión (5).

De acuerdo con los datos epidemiológicos de los que disponemos en España (6), el origen más fre-

cuenta de los traumatismos oculares son los accidentes laborales, que suponen un 23 % del total, con importantes repercusiones médico-legales, lo que determina que les dediquemos el siguiente epígrafe.

El otro grupo de contingencias que pueden dar lugar a incapacidades permanentes o invalideces y discapacidades son las enfermedades, ya sean profesionales o comunes, por lo que también nos ocuparemos de ellas a lo largo de este capítulo.

Cuando un trabajador, consecutivamente a un accidente laboral o a una enfermedad, sufre una serie de secuelas que suponen un menoscabo de su salud o de su integridad corporal o que le limitan de forma permanente para desarrollar su actividad profesional, solicitará algún tipo de compensación económica por el daño sufrido en el accidente o el reconocimiento de una incapacidad laboral permanente. Lo hará ante las mutuas de accidentes laborales, en el caso de los accidentes laborales, o ante el organismo competente de la Administración (Dirección Provincial del INSS), en el caso de las incapacidades laborales.

En aquellos casos en los que el trabajador no esté conforme con la resolución dictada por la Administración, podrá recurrirla en vía judicial, ante

los Juzgados de lo Social. Para evitar reiteraciones, evitamos tratar en este capítulo las características propias de esta jurisdicción, como son el carácter proteccionista del trabajador, la celeridad y el mayor intervencionismo del juzgador en el procedimiento, así como tampoco vamos a hablar aquí de la prueba pericial médica en estos casos, remitiendo al lector al capítulo 4, donde tratamos la pericia médica en las diferentes jurisdicciones.

EL ACCIDENTE LABORAL OFTALMOLÓGICO

El concepto de **accidente laboral** (AL) está contemplado en el artículo 156 de la LGSS (7) como:

«Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena».

Además, tendrán la consideración de AL:

- Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo, el denominado «accidente in itinere».

- Los que sufra desempeñando actividades sindicales, actos de salvamento o en tareas diferentes a las de su grupo profesional, cuando las realice por orden del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

- Las **enfermedades preexistentes** que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, o las que se contraigan con motivo de la realización de su trabajo; éstas se denominan «**enfermedades del trabajo**» y serán consideradas accidentes de trabajo siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo; y, asimismo, **las enfermedades intercurrentes** cuando 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.

- 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.

No obstante lo establecido en los apartados anteriores, **no tendrán la consideración de accidente de trabajo** aquellos debidos a fuerza mayor y los debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo (1): la **imprudencia profesional** que sea consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se derive de la confianza que este inspira, ni (2) 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.

Como dijimos al inicio, debemos resaltar la importancia estadística de los traumatismos oculares en este ámbito, teniendo en cuenta que la superficie frontal del ojo solamente alcanza un 0,27 % de toda la superficie corporal, mientras que los accidentes oculares suponen el 10 % de los accidentes de todo el cuerpo (8). Dentro de las causas de traumatismo ocular severo, el accidente laboral (Fig. 8.1) supera al resto de las causas (accidentes domésticos, de tráfico, agresiones, etc...) y son mucho más frecuentes en varones (en una proporción 26,7/1) frente a las mujeres, siendo que, habitualmente realizan más actividades de riesgo. Las actividades en las que más frecuentemente se producen estos percances son la industria, talleres de automóviles, construcción e industria de la madera. En su evitación, tiene trascendental importancia, como factor de protección, que el trabajador lleve puestas gafas protectoras, circunstancia que solamente se constató en el 1,6 % de los casos. Aunque las técnicas diagnósticas y terapéuticas han mejorado mucho frente a los resultados de hace dos décadas, el pronóstico de los accidentes laborales visuales en lo relativo al resultado funcional sigue siendo pobre en muchos casos.



Figura 8.1. Los accidentes laborales son la causa más frecuente de traumatismo ocular severo. Se producen lesiones oculares en el 10 % de ellos y son mucho más frecuentes en varones. Solo en el 1,6 % de los casos el trabajador lleva puestas gafas de protección.

Podemos extraer algunas cifras de los datos publicados por las distintas mutuas laborales, como FREMAP sobre sus trabajadores afiliados. En un estudio (9) realizado en España entre 2014 y 2015, un total de 4762 casos de patología oftálmica fueron atendidos. La franja de edad más afectada fue entre los 31 y 40 años (35,3 %), siendo la mayoría hombres (88 %). El sector al que pertenecían fundamentalmente estos trabajadores es el de servicios, seguido de industria y construcción. Las patologías más frecuentemente diagnosticadas fueron cuerpos extraños, erosiones y úlceras corneales, y quemaduras. En relación a los días de baja que implicaron dichas lesiones fueron en la mayoría de los casos menor de 7 días (80,7 %), superándolos solo un 1,2 %. Un 98,7 % curó sin secuelas, pero en un 1,3 % de los casos cursó con una incapacidad permanente (parcial o total).

En dos revisiones publicadas (10) en dos centros asistenciales de ASEPEYO de Mallorca (419 casos) y Badajoz (228 casos, realizadas entre los años 2004 y 2006 sobre pacientes que acudían solicitando asistencia por patología ocular –representativas de estos casos–, llegaron a las siguientes **conclusiones**:

1. Que la **patología ocular** viene a suponer el 4,5 % de la actividad asistencial atendida en estos centros, siendo en su mayoría accidentes laborales oculares.

2. Que las **actividades laborales** de las que procedían estos lesionados eran en su mayoría de la industria metalúrgica y talleres mecánicos, seguidos de la construcción, canteras de piedra y limpieza doméstica.

3. Que los **mecanismos lesivos** más frecuentes fueron: proyección de partículas no metálicas, proyección de partículas metálicas (más grave, ya que en algunos casos ocasionaron perforación ocular), contusión por objetos y salpicaduras de líquidos (detergentes, ácidos, álcalis).

4. Las **lesiones oculares** producidas fueron, en general, de carácter leve (erosiones o úlceras corneales, conjuntivitis, hiposfagmas o equímosis), aunque con menor frecuencia se produjeron lesiones graves: perforaciones oculares, hifemas y desprendimientos de retina.

5. Se apreció un ligero predominio de las lesiones en el **ojo izquierdo** sobre el derecho, principalmente en los casos de proyección de fragmentos metálicos en profesionales que usan herramientas y en su mayoría son diestros.

6. El volumen de **secuelas** registradas fue escaso en relación al volumen de lesionados atendidos y, en su mayoría, eran reducción de la agudeza visual debida a leucomas secundarios a úlcera corneales profundas,

aunque hubo algún caso de incapacidad laboral permanente parcial o total debida a contusiones oculares.

LAS INCAPACIDADES LABORALES POR CAUSA VISUAL

Cuando un trabajador sufre un accidente ocular, consecutivamente a las lesiones producidas, puede requerir baja laboral, por no estar en condiciones de seguir realizando su trabajo. Esta situación legalmente se denomina incapacidad laboral transitoria o **incapacidad temporal** (IT) y está contemplada en el artículo 169 de la LGSS, como:

Aquella situación derivada de enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social y esté impedido para la realización de su trabajo, con una duración máxima de un año, prorrogable durante 6 meses más, en aquellos casos en los que sea previsible la curación.

Y una vez finalizado el periodo de baja laboral (4) o IT (incapacidad temporal), el lesionado puede curar sin secuelas, reincorporándose el lesionado a su vida normal, tal y como estaba previamente al traumatismo, o por el contrario, puede quedar con una serie de secuelas que pueden ser invalidantes o no. Cuando siendo permanentes, no suponen una limitación significativa (mayor del hipotético 33 % de la capacidad laboral total del trabajador) se denominan: Lesiones permanentes no invalidantes que se valoran conforme a un baremo específico, con cantidades a tanto alzado para cada secuela. La última actualización de este baremo fue en 2023 (11). Por el contrario, otras veces, pueden dar lugar a una invalidez o incapacidad laboral de tipo permanente en sus diversos grados, o una discapacidad, que trataremos más adelante.

La **incapacidad laboral permanente** (ILP) o **invalidez** se define en el artículo 193 de la LGSS (7), como:

Aquella situación en la que el trabajador, después del alta, presenta una serie de limitaciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y presumiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral.

En función del grado de limitación funcional se diferencian cuatro tipos en el artículo 194 de la LGSS (7):

- **ILP Parcial:** es aquella en la que el trabajador presenta una limitación significativa de su capacidad laboral (superior al 33 %), pero que no le impide realizar las tareas esenciales de su profesión habitual.
- **ILP Total:** el trabajador afectado no puede realizar las tareas esenciales de su profesión habitual, aunque podría realizar algún otro tipo de actividad laboral diferente a ésta.
- **ILP Absoluta:** aquella situación en la que el trabajador no solamente se encuentra limitado para realizar las tareas esenciales de su profesión habitual, sino también cualquier actividad laboral con un rendimiento mínimamente aceptable.
- **Gran invalidez:** En estos casos la limitación funcional que sufre el trabajador, además de ser incompatible con la realización de cualquier tipo de actividad laboral, le impide realizar de modo autónomo las AEVD (actividades esenciales de la vida diaria: vestirse, alimentarse, higiene personal, salir a calle...), por lo que precisa del auxilio de una tercera persona.

Valoración de las incapacidades laborales permanentes por causa ocular

Para poder realizar una valoración pericial del paciente con una posible ILP por causa ocular debemos poner en relación la limitación funcional de carácter

permanente que sufre con los requisitos visuales de su actividad laboral y, teniendo en cuenta los criterios jurisprudenciales, pronunciarnos en nuestro informe sobre si existe una limitación significativa (es decir, superior al 33 %) de su capacidad funcional laboral global; asimismo, en caso de que sea así, debemos determinar si es compatible con la realización de las tareas fundamentales de su profesión habitual o no lo es, y en caso de no serlo, si podría realizar algún otro tipo de actividad laboral de menores requisitos visuales; finalmente, en aquellos casos más graves, debemos resolver si, no solamente no puede hacer ningún tipo de actividad laboral, sino que precisa el auxilio de otra persona para poder realizar las actividades esenciales de la vida diaria (AEVD).

Requerimientos visuales según la actividad laboral

En las guías de valoración profesional de la Seguridad Social (12) se valoran los requisitos visuales en función de la agudeza visual binocular y del campo visual, estableciéndose cuatro grupos para cada uno de estos parámetros. Se entiende por agudeza visual binocular aquella que tiene el sujeto mirando con ambos ojos simultáneamente, y siempre será por lo menos igual a la del ojo con mejor visión (Tabla 8.1). La estereopsis es el acto binocular que nos permite una percepción simple en profundidad. Hay una merma importante cuando alguno de los ojos tiene una visión de 0,3 y se pierde cuando es inferior a 0,1. Los trabajos que requieren buena estereopsis precisan de una AV entre 0,8 y 1 en ambos ojos. En cuanto los requisitos laborales relativos al campo visual (Tabla 8.2), hemos de indicar que un campo visual central superior a los 30º centrales es compatible con la mayoría de actividades laborales, aunque ciertas profesiones (pilotos, policías, bomberos,...) pueden precisar un campo visual normal en ambos ojos.

TABLA 8.1. GRADOS DE ACTIVIDADES PROFESIONALES EN FUNCIÓN DE SUS REQUISITOS VISUALES, EN RELACIÓN A LA AGUDEZA VISUAL		
Grado	Tipo de trabajo	Agudeza visual binocular
1	Trabajos de baja exigencia visual	< 0,3
2	Trabajos de baja/media exigencia visual	0,3 - 0,4
3	Trabajos de media/alta exigencia visual, incluidos trabajos en alturas	0,5 - 0,7
4	Trabajos de muy altos requerimientos visuales, incluidos trabajos de precisión y aquellos sometidos a importantes riesgos (pilotos, bomberos, etc.)	0,8 - 1
Tomado de Guía de valoración profesional. 3.ª ed. 2014. Edita Instituto Nacional de la Seguridad Social.		

TABLA 8.2. GRADOS DE ACTIVIDADES PROFESIONALES EN FUNCIÓN DE SUS REQUISITOS VISUALES, EN RELACIÓN CAMPO VISUAL

Grado	Tipo de trabajo	Agudeza visual binocular
1	Trabajos de baja exigencia visual	< 20º Centrales
2	Trabajos de baja/media exigencia visual	20º - 30º Centrales
3	Trabajos de media/alta exigencia visual, incluidos trabajos en alturas	> 30º Centrales
4	Trabajos de muy altos requerimientos visuales, incluidos trabajos de precisión y aquellos sometidos a importantes riesgos (pilotos, bomberos, etc.)	Normal

Tomado de la Guía de Valoración Profesional. 3.ª ed. 2014. Edita Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Criterios jurisprudenciales en relación al grado de visión

Aunque no hay una doctrina legal indubitada en cuanto al grado de agudeza visual para considerar la situación de ceguera, se viene aceptando por nuestros tribunales que cuando esta es inferior a 0,10 en ambos ojos, ello significa prácticamente una ceguera (STS de 12/06/1990 RJ 1990,5064). Esta situación sería incompatible con la realización de las AEVD y por lo tanto daría lugar al reconocimiento de una gran invalidez¹. Aunque últimamente este criterio ha sido modulado² y la ceguera legal, no va a implicar siempre automáticamente el reconocimiento de una gran invalidez; así se recoge también en STS, Sala de lo Social, 199/2023, de 16 de marzo de 2023, especialmente relevante en cuanto se dicta en recurso de casación para unificación de doctrina (13).

En cuanto a la incapacidad laboral permanente absoluta, es un criterio coincidente en los Tribunales que debe producirse una pérdida superior al 50 % de la visión en ambos ojos (14) (Sentencia TSJ de Cantabria de 18/06/99. AS 1.999, 5986). Sirva como referencia de la limitación funcional que supone esta disminución de agudeza visual, que la persona que la sufre no superaría las condiciones requeridas para

renovar el permiso de circulación normal (no el profesional), que son una agudeza visual binocular corregida superior a 0,5.

En el Reglamento para la aplicación del Texto Refundido de la legislación de accidentes de trabajo (15), aunque no esté vigente en la actualidad se planteaban unos criterios bastante razonables:

- *Pérdida de visión de un ojo, mientras se mantenga la visión del otro ojo,*
ILP parcial
- *Pérdida de visión de un ojo con visión superior a 0,5 en el otro ojo,*
ILP total
- *Pérdida de visión de un ojo con visión inferior a 0,5 en el otro ojo,*
ILP absoluta
- *Pérdida de visión en ambos ojos,*
Gran invalidez

Pero a partir de la Ley básica de la Seguridad Social desaparece esta tipificación, y son los tribunales los que valorarán cada caso concreto. En algunos casos,

1.- Recuerda la **STS, Sala de lo Social, núm. 433/2023 de 14 de junio** (recurso para UNIFICACIÓN DOCTRINA núm.: 272/2021) que las SSTs 3 marzo 2014 (rec. 1246/2013) y 10 febrero 2015 (rec. 1764/2014) condensan los criterios sentados por nuestra doctrina:

Una persona que pueda ser considerada ciega, por estar indiscutidamente dentro de las categorías de alteración visual que dan lugar a la calificación de ceguera, bien por padecer ceguera total o bien por sufrir pérdida de la visión a ella equiparable (cuando, sin implicar una absoluta anulación de la misma, sea funcionalmente equiparables a aquella) reúne objetivamente las condiciones para calificarla en situación de gran invalidez.

Aunque no hay una doctrina legal ni científico-médica indubitada que determine qué agudeza visual ha de ser valorada como ceguera, sí puede afirmarse que, en general, cuando ésta es inferior a una décima en ambos ojos se viene aceptando que ello significa prácticamente una ceguera.

2.- En dicho recurso de casación, que será estimado, la recurrente (Letrada de la Seguridad Social) cita la **STS 3 marzo 2014**, rcud. 1246/2013 conforme a la cual no procede el reconocimiento de la GI cuando ya se era objetivamente merecedor de tal consideración antes de comenzar a desarrollar actividad laboral, invocando también la doctrina de la **STS 10 febrero 2015**, rcud. 1764/2014 y exponiendo la jurisprudencia de esta Sala sobre el concepto de gran invalidez, puesto que la trabajadora no precisa la ayuda de tercera persona.

los tribunales suelen utilizar la escala de Wecker (Tabla 8.3), pero, en nuestra opinión, este criterio no puede tomarse como referencia absoluta, ya que no tiene en cuenta los requerimientos visuales de la profesión, limitándose exclusivamente a la agudeza visual corregida de ambos ojos. Por lo tanto, habrá que valorar el caso concreto y poner en relación el déficit funcional visual global, no solo de agudeza visual, también habrá que tener en cuenta el resto de las funciones visuales (campo visual, adaptación a la luz, discriminación de colores, sensibilidad al contraste, motilidad ocular intrínseca y extrínseca, etc...), de esa persona en concreto y relacionarlo con los requerimientos visuales de su profesión habitual.

En relación a las diplopías binoculares, una de las secuelas más frecuentes, no existen guías claras al respecto sobre la limitación que producen, ya que el grado de ésta debe valorarse en función de si se produce en una o más posiciones de la mirada y si afecta a la posición primaria o al resto de las mismas. Según el Manual de actuación de los médicos inspectores del INSS (16): «La diplopía limita para la conducción profesional de vehículos, para tareas de riesgo y para trabajos en altura». Si se trata de una secuela definitiva con agotamiento de todas las posibilidades terapéuticas y se percibe como incapacitante para el paciente, puede considerarse la penalización óptica u oclusión, traduciéndose en una limitación similar a la de la visión monocular.

Aspectos prácticos de la valoración pericial de las incapacidades laborales permanentes de causa visual

En 2004 se publicó una estupenda revisión (17) de 157 pacientes que demandaban una invalidez por patología oftalmológica y que fueron valorados a lo largo de un año (2002-2004) por la Unidad de Referencia de en Oftalmología del Equipo de Valoración de Incapacidades de Madrid, del INSS. El 62,5 % eran hombres, con una edad media de 50 años. Las patologías oculares más frecuentemente alegadas como causa de invalidez fueron la patología retiniana (miopía magna y retinopatía diabética) 60 %, seguida de la patología de polo anterior (17 %), neurooftalmología (13,6 %) y alteraciones de la visión binocular (6,4 %). Se consideró que el 40 % de los casos revisados no constituían causa de incapacidad permanente, el 15 % eran causa de ILP Total, y el 35 % eran causa de ILP Absoluta. El grupo en el que no se no se encontró causa alguna de incapacidad, había una mayoría estadísticamente significativa de mujeres. Las profesiones identificadas como más habituales fueron administrativos, conductores, comerciantes, limpiadoras y albañiles. En todo caso, destacan como limitaciones a tener en cuenta en este punto que los parámetros utilizados para determinar la situación del paciente (AV, CV) son pruebas subjetivas (precisan de la colaboración del paciente) así como la elevada y creciente frecuencia de las altera-

TABLA 8.3. ESCALA DE WECKER												
Agudeza visual		Ojo peor										
		≤ 0,05	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
Ojo sano	1,0	33	24	17	13	10	7	5	4	2	1	0
	0,9	36	28	20	15	12	10	8	6	5	3	
	0,8	38	30	22	18	15	12	10	9	7		
	0,7	41	33	25	20	17	15	13	11			
	0,6	44	36	28	25	21	18	16				
	0,5	48	40	32	28	25	22					
	0,4	53	45	37	32	29						
	0,3	59	51	43	39							
	0,2	68	60	52								
	0,1	84	76									
	≤ 0,05	100										

Grado de incapacidad

Incapacidad permanente parcial 24 - 36 %

Incapacidad permanente total 37 - 50 %

Incapacidad permanente absoluta >50 %

Algunos tribunales la utilizan como referencia para establecer el grado de ILP en función de la agudeza visual, pero no tiene en cuenta los requisitos visuales de la profesión, por lo que no debe emplearse como criterio absoluto. Lo correcto es valorar el caso concreto teniendo en cuenta las limitaciones funcionales oculares y los requerimientos visuales de la profesión habitual (4).

ciones funcionales de la visión, un problema en muchas ocasiones difícil del valorar.

Nosotros, en 2020, publicamos una revisión (18) de 321 casos de demandas de invalidez por patología visual en las que, a lo largo de 18 años (2002-2019), habíamos realizado el informe pericial desde la Sección de Oftalmología de la Clínica Médico Forense de Madrid. Hallamos, también, un predominio de varones sobre las mujeres, pero en menor proporción (3:2), con una edad media similar, 51 años.

Las enfermedades oculares que con mayor frecuencia encontramos fueron, igualmente, complicaciones de miopía (especialmente maculopatía miópica), en el 17 %, y secuelas de traumatismos oculares, en el 16 %. En menor proporción hallamos: desprendimiento de retina, 12 %; neuritis óptica, 7 %; glaucoma, 6 %; retinopatía diabética, 6 %; retinitis pigmentaria, 4 %; maculopatías no miópicas, 2 %; y melanomas, 2 % (Fig. 8.2).

En cuanto a la limitación visual de los demandantes, encontramos que un 23 % no tenían una limitación visual significativa (que limitara su capacidad laboral en más del 33 %) y de ellos, en el 9 %, no encontramos lesiones orgánicas que justificaran la disminución de visión alegada, siendo, por lo tanto, pérdidas de visión no orgánicas. En el 77 % de los casos restantes sí encontramos una pérdida de visión significativa y asociada a lesiones objetivas que la justificaban. Dentro de este grupo, el 14 % tenían visión monocular, el 10 % baja visión

y el 14 % ceguera legal (fig. 8.3). Destacamos que, en el 23 % de los casos, no encontramos una limitación visual significativa (superior al 33 % de su capacidad funcional global), frente al 40 % de los casos que se encontraron en la revisión realizada en los EVI de Madrid analizada anteriormente (17). De estos 23 % de los casos, el 9 % se diagnosticaron como pérdida visual no orgánica (PVNO), es decir, que la sintomatología oftalmológica alegada no se explicaba por disfunción o lesión alguna que la justificara entre la córnea y el córtex occipital (vía visual); por lo tanto, su causa era psicógena o simulación (19). La diferencia estaría en que, en el primer caso, el paciente no es consciente del proceso mientras que, en el segundo, el simulador sí lo es. De este 9 %, encontramos un 3 % de casos de simulación muy evidentes.

Una de las más importantes conclusiones de este trabajo es que las demandas de invalidez por patología visual, debido a las características que acabamos de describir, deben ser contar con una valoración efectuada por un oftalmólogo con experiencia pericial.

LAS DISCAPACIDADES VISUALES

Concepto de discapacidad

La Convención Internacional de la Organización de las Naciones Unidas define la discapacidad como:

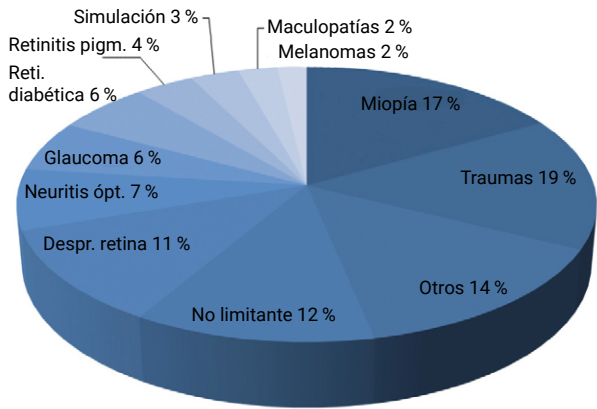


Figura 8.2. Tipo de **patología ocular** alegada en la demanda de invalidez. Tomado de Menéndez de Lucas JA, Castell Navarro A. Incapacidades laborales permanentes de causas visuales. Revisión de 321 casos. Arch Soc Esp Oftalmol. 1 de marzo de 2020;95(3):130-7 (14).

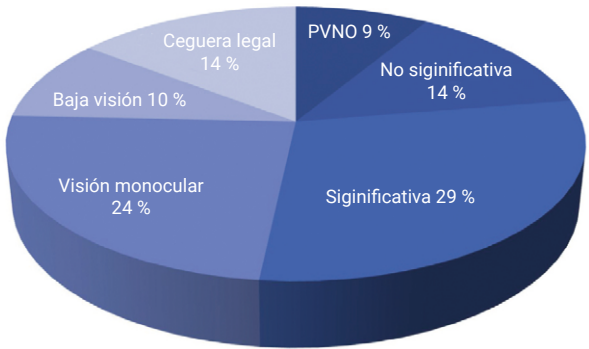


Figura 8.3. **Limitación funcional visual** expresada en porcentajes. El 23 % (14 + 9 %) no tenían una limitación visual significativa. Tomado de Menéndez de Lucas JA, Castell Navarro A. Incapacidades laborales permanentes de causas visuales. Revisión de 321 casos. Arch Soc Esp Oftalmol. 1 de marzo de 2020; 95(3): 130-7 (14).

«Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción de las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad y en igualdad de condiciones con las demás».

La discapacidad, por lo tanto, debemos entenderla como un **hándicap** o una desventaja inherente a la persona en su capacidad de luchar en la vida. Hace unos años se utilizaba el término «minusvalía», cuyo uso está relegado actualmente por considerarse peyorativo.

En relación con las discapacidades visuales debemos tener en cuenta dos situaciones:

— **Ceguera legal:** en nuestro país, se considera que se encuentra en esta situación la persona que tiene una agudeza visual corregida inferior a 0,1 en su ojo mejor, o un campo visual inferior a los 10° centrales en su ojo mejor. Este término está en relación con los criterios de afiliación a la ONCE (organización nacional de ciegos).

— **Baja visión:** Se denomina a aquella situación en la que la agudeza visual corregida del ojo con mejor visión es 0,3 o inferior.

La discapacidad visual (Fig. 8.4) es probablemente la que mayor repercusión funcional tiene sobre la persona que la padece, debido a que la mayor parte de la información que recibimos los seres humanos nos llega a través del sentido de la vista. Tiene especial trascendencia cuando la ceguera sobreviene de modo brusco y en personas mayores, con escasa capacidad de adaptación. Aunque actualmente podemos contar con muchas ayudas visuales (lupas, ayudas informáticas, audiolibros, etc...) la discapacidad visual implica habitualmente una limitación funcional muy grave y derivada, en muchos casos, del nacimiento de una gran invalidez.

Diferencia entre discapacidad e incapacidad permanente

La discapacidad, a diferencia de lo que acabamos de referir en el epígrafe anterior sobre la ILP o invalidez, no guarda relación con la actividad laboral del sujeto. Incluso, en muchos casos, se reconoce una discapacidad a personas que no han desarrollado actividad laboral alguna en su vida; tal es el caso, por ejemplo, de algunos discapacitados psíquicos.



Figura 8.4. Las discapacidades visuales tienen una gran repercusión funcional al ser el sentido de la vista el más preponderante en la relación del ser humano con el medio y en los casos más graves van a suponer el reconocimiento de una gran invalidez.

El reconocimiento de la condición de discapacitado lleva inherente una serie de derechos que tratan de compensar de alguna forma la desventaja que sufre esa persona discapacitada a causa de su enfermedad (Tabla 8.4).

Valoración de las discapacidades

La valoración del grado de discapacidad es una competencia claramente médica y puede ser objeto de una prueba pericial. Se realiza aplicando un baremo específico, contenido en la orden DSA/934/2023, de 19 de julio, por la que se modifican los baremos que figuran en los anexos I, II, III, IV, V y VI del RD 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, estableciendo los baremos aplicables, así como los órganos competentes, pasando de ser el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) o el organismo correspondiente en las diferentes comunidades autónomas, a ser el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 o, en su caso, el organismo correspondiente en las comunidades autónomas que tienen transferidas esas competencias. Los Centros Base de Valoración y Orientación a personas con discapacidad son los encargados del reconocimiento, la declaración y la calificación del grado de discapacidad. Cuando este es igual o superior al 33 % se reconoce la condición de discapacitado, teniendo derecho a una serie de ayudas o beneficios que resumimos en la tabla 8.4.

TABLA 8.4. BENEFICIOS Y PRESTACIONES QUE SUPONE EL RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACITADO

Condiciones favorables de acceso a empleos
• Subvenciones y bonificaciones a empresas por contratación laboral de discapacitados • Subvenciones y bonificaciones para el autoempleo • Cuota de reserva del 2 % de la plantilla en empresas de 50 o más trabajadores • Registro especial en el Instituto Nacional de Empleo para demandantes de empleo discapacitados • Facilidades de acceso al empleo público (exención de pago de tasas en pruebas selectivas, obligación de reserva de puestos de trabajo para discapacitados del 5 %, convocatorias independientes, plazas reservadas en oposiciones, etc.)
Beneficios fiscales
• En la declaración del Impuesto de la Renta sobre las Personas Físicas se contemplan reducciones de la base liquidable para discapacitados, y para ascendientes o descendientes de estos, en función del grado de discapacidad • Reducción del Impuesto sobre el Valor Añadido al adquirir un vehículo para personas discapacitadas, en silla de ruedas o con material protésico • Exención del impuesto de matriculación de vehículos, de circulación, sobre sucesiones o donaciones, cuando cumplen determinados requisitos
Ayudas para el acceso a vivienda
• Se establece un subsidio de los intereses del préstamo hipotecario y donación de ayudas para la entrada (900 euros) de viviendas de protección oficial (VPO) • Cupo reservado y adaptación en su caso del 3 % de las VPO, con puntuación específica en el baremo para su adjudicación
Ayudas para educación
• Reserva del 3 % de las plazas en la universidad para discapacitados con grado mayor del 65 % • Exención de tasas, becas y ayudas al transporte y de comedor en algunas universidades
Ayudas de movilidad
• Ayudas y exenciones para adaptación de inmuebles de titularidad privada • Tarjeta de estacionamiento válida en toda la Unión Europea, que permite estacionar en plazas reservadas a discapacitados • Tarjeta dorada de Renfe, bonos de transporte urbano, bonotaxis, etc. • Ayuda domiciliaria en caso de precisar auxilio de terceras personas
Otras
• Prestaciones económicas: pensiones no contributivas en caso de discapacitados del 65 % o más, mayores de 18 años y que cumplan determinados requisitos • Se considera familia numerosa aquella con solo dos hijos si uno de ellos es discapacitado (lo normal es tres o más hijos) • Ayudas económicas para conciliación de vida laboral y familiar

Cuando el grado de discapacidad es igual o superior al 65 %, y se cumplen otros requisitos (ser español, no tener ingresos económicos, etc.), se puede optar a una pensión de tipo no contributiva (sin tener que haber completado un periodo determinado de cotización) de discapacidad.

Por «discapacidad» se entenderá la resultante de la interacción de la evaluación de:

— La deficiencia de las funciones y de las estructuras corporales.

- Las limitaciones para realizar actividades.
- La restricción en la participación en el desempeño de actividades.
- Las barreras ambientales.

Hay **cuatro baremos** que conforman la evaluación de los cuatro constructos de funcionamiento y la discapacidad:

1. Anexo III (BDGP): **baremo para la evaluación de las funciones y las estructuras corporales**, con el que se obtiene la deficiencia global de la persona (DGP).

2. Anexo IV (BLA): **baremo de limitaciones de la actividad**, que incluye un baremo específico para evaluar la «limitación grave y total para realizar las actividades de autocuidado (BLGTAA)» y la «limitación en las actividades de movilidad (BLAM)», esto es, la movilidad reducida.

3. Anexo V (BRP-QD): **baremo de evaluación del desempeño/baremo de restricciones en la participación**, que establece criterios para la evaluación del desempeño para la realización de actividades que ha realizado en el último mes (ampliable a 6 meses). Se basa en la información aportada por la persona en el cuestionario de desempeño (QD).

4. Anexo VI (BFCA): **baremo de evaluación de los factores contextuales ambientales/barreras**, que evalúa factores del entorno real de la persona que interfieren en su funcionamiento y actúan como barreras, restringiendo su participación plena en la sociedad.

La escala genérica de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) de la Organización Mundial de la Salud (2001) establece cinco grados de discapacidad (tabla 8.5):

- Grado 0: no hay problema (0-4 %).
- Grado 1: problema ligero (5-24 %).
- Grado 2: problema moderado (25-49 %).
- Grado 3: problema grave (50-95 %).
- Grado 4: completa (96-100 %).

Las resoluciones que tomen los Centros Base de Valoración y Orientación para personas con discapacidad pueden ser recurridas por el interesado y, una vez agotada la vía administrativa, se puede optar por hacerlo también en vía judicial, ante los Juzgados de lo Social.

Valoración de las discapacidades por patología visual

Las normas para valoración de las discapacidades permanentes del sistema visual están recogidas en el capítulo 4 de la Orden DSA/934/2023 de 19 de julio, que modifica los baremos del RD 888/2022 de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

La valoración se realiza una vez conseguida la Máxima Mejoría Clínica (MMC) y con la mejor corrección óptica posible.

La evaluación de la deficiencia visual toma como referencia la Escala de Visión Funcional (EVF). El grado

de **deficiencia del sistema visual (DSV)**, se obtendrá de restar de 100 el EVF. Finalmente, habrá que convertir esta deficiencia del sistema visual (DSV) a **deficiencia total de la persona (DTP)** utilizando la tabla 8.4.

Para calcular la DSV se seguirán los pasos que se especifican en la tabla 8.1, que son:

— Determinar la **Escala de Agudeza Funcional (EAF)**: aplicando la fórmula:

$$EAF = (3 \times EAV_{AO} + EAV_{OD} + EAV_{OI})/5$$

De esta forma se valora la agudeza visual binocular en un 60 % y la de cada ojo en un 20 %. La EAV se obtiene en la tabla 8.2 del baremo, en función de la agudeza visual que presente el paciente.

— Determinar la **Escala de Campo Funcional (ECF)**: aplicando análogamente la fórmula:

$$ECF = (3 \times ECF_{AO} + ECF_{OD} + ECF_{OI})/5$$

Así el campo visual binocular contribuye en un 60 %, mientras que cada uno de los ojos lo hace en un 20 %. La ECF se obtiene en la tabla 8.3 del baremo, en función de las restricciones campimétricas que presente el paciente.

— Ajuste opcional para **otras deficiencias de visión**: Binocularidad, estereopsis, supresión y diplopía... Es imprescindible para realizar estos ajustes que estas deficiencias estén bien documentadas con informes oftalmológicos y se haya alcanzado la máxima mejoría clínica.

— Se obtiene la **deficiencia del sistema visual (DSV)** restando de 100 la eficiencia visual funcional (EVF) y ajustes en su caso. El ajuste deberá limitarse a incrementar la puntuación de la deficiencia del sistema visual (disminución de la EVF) entre 0 y 15 puntos. En las diplopías que precisen oclusión de uno de los ojos, la disminución de EVF será entre 15 y 20 puntos.

— Se combina con la deficiencia de otros sistemas orgánicos, si es aplicable, para obtener la **deficiencia total de la persona (DTP)**. La deficiencia del sistema visual (DSV) se clasificará en:

DSV insignificante	de 0 a 4 %
DSV leve	de 5 a 24 %
DSV moderado	de 25 a 49 %
DSV grave	de 50 a 69 %
DSV profunda	de 70 a 90 %
Casi ceguera	de 91 a 95 %
DSV total (ceguera)	de 96 a 100 %

TABLA 8.5 CLASES DE DISCAPACIDAD SEGÚN LA ORDEN DSA/934/2023, DE 19 DE JULIO, QUE MODIFICA EL RD 888/2022, DE 18 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO, DECLARACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Clase 0. Discapacidad nula: 0 - 4 %
El nivel de discapacidad evaluado es insignificante y no se justifica una dificultad evaluable en la realización de las actividades esenciales de la vida diaria. Objetivándose: • Entre un 0% y un 4% de los puntos en el BDGP • Menos de un 5% de los puntos en el BLA y el BRP-QD
Clase 1. Discapacidad leve: 5 - 24 %
El nivel de discapacidad evaluado es leve y justificaría una dificultad leve en la realización de las actividades esenciales de la vida diaria, siendo la persona independiente en la práctica totalidad de esta. Objetivándose: • Entre un 5% y un 24% de los puntos en el BDGP • Entre un 5% y un 24% de los puntos en el BLA y en el BRP-QD
Clase 2. Discapacidad moderada: 25 - 49 %
El nivel de discapacidad evaluado es moderado y justificaría una dificultad moderada en la realización de las actividades esenciales de la vida diaria estudiadas, pudiendo existir una limitación total o imposibilidad para realizar alguna de ellas en cualquier dominio, siendo independiente en las actividades de autocuidado. Objetivándose: • Entre un 25% y un 49% de los puntos en el BDGP • Entre un 25% y un 49% de los puntos en el BLA y el BRP-QD • Entre un 0% y un 4% de los puntos en el BLGTAA
Clase 3. Discapacidad grave: 50 - 95 %
El nivel de discapacidad evaluado es grave y justificaría una dificultad grave en la realización de las actividades esenciales de la vida diaria estudiadas, pudiendo existir una limitación total o imposibilidad en su realización, en cualquier dominio, incluidas las actividades de autocuidado. Objetivándose: • Entre un 50% y un 95% de los puntos en el BDGP • Entre un 50% y un 95% de los puntos en el BLA y el BRP-QD • Entre un 5% y un 74% de los puntos en el BLGTAA
Clase 4. Discapacidad total: 96 - 100 %
El nivel de discapacidad evaluado es grave o total y justificaría la imposibilidad en la realización de casi todas las actividades esenciales de la vida diaria estudiadas, incluidas las de autocuidado. Objetivándose: • Un 96% a un 100% de los puntos en el BDGP • Un 96% a un 100% de los puntos en el BLA y el BRP-QD • Una puntuación igual o superior al 75% en el BLGTAA

El sistema es bastante más complicado que el que se aplicaba con la legislación anterior (RD 1971/99 de 23 de diciembre, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad) que empleaba fundamentalmente criterios médicos, ya que se basaba en tablas de la AMA (Asociación Médica Americana). La actual normativa da mayor protagonismo a los factores de tipo psicosocial.

Para finalizar el capítulo, vamos a plantear y resolver un caso práctico de valoración de discapacidad visual, con el fin de aclarar un poco el tema y ver su aplicación práctica.

CASO PRÁCTICO

Nos solicitan una peritación oftalmológica sobre el grado de discapacidad visual que tendría un varón de 36 años de edad, que tiene una agudeza visual corregida de OD = 1 y OI = 0,5 (ojo ambliope) con una hemianopsia homónima derecha, respetando la mitad aproximadamente del cuadrante inferior en el OD y 1/3 del mismo en el OI. Este defecto campimétrico es consecutivo a una tumoración cerebral temporal izquierda intervenida. El resto de las funciones visuales están dentro de la normalidad.

1. Calculamos la EAF conforme a lo dispuesto en el epígrafe 4.2:

$$EAF = (3 \times EAV_{AO} + EAF_{OD} + EAF_{OI})/5$$

aplicando los valores de nuestro paciente sería:

$$EAF = (3 \times 100 + 100 + 85)/5 = 97$$

El grado de deficiencia de AV sería de:

$$100 - 97 = 3 \%$$

2. Calculamos la ECV conforme a la tabla 8.3:

$$ECF = (3 \times ECV_{AO} + ECV_{OD} + ECV_{OI})/5$$

aplicando los valores del paciente, tendríamos:

$$ECF = (3 \times 60 + 60 + 55)/5 = 59$$

El grado de deficiencia de CV sería:

$$100 - 59 = 41 \%$$

3. Para calcular la EVF (Escala de Visión Funcional) aplicamos la siguiente fórmula:

$$EVF = (EAF \times ECF)/100 = 97 \times 59/100 = 57,23$$

Luego la DSV (deficiencia del sistema visual) sería:

$$100 - EVF = 100 - 57 = 43 \%$$

4. El grado de DTP (deficiencia total de la persona) que corresponde en la tabla a una DSV del 43 % es del 43 %
5. El paciente no sufre otro tipo de patología, por lo que su DTP sería del 43 %

BIBLIOGRAFÍA

1. Thylefors B. Epidemiological patterns of ocular trauma. Aust N Z J Ophthalmol. 1992; 20(2): 95-8.
2. Négrel AD, Thylefors B. The global impact of eye injuries. Ophthalmic Epidemiol. 1 de enero de 1998; 5(3): 143-69.
3. Li C, Fu Y, Liu S, Yu H, Yang X, Zhang M, et al. The global incidence and disability of eye injury: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. EclinicalMedicine [Internet]. 2023 [citado 6 de diciembre de 2024];62. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00311-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00311-5/fulltext)
4. Menéndez de Lucas JA. Secuelas y discapacidades post trauma ocular. En: Traumatología ocular, 2018, ISBN 978-84-89085-68-8, págs 579-594 [Internet]. Sociedad Española de Oftalmología (SEO); 2018 [citado 6 de diciembre de 2024]. p. 579-94. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9287680>
5. Menéndez de Lucas JA, Márquez de Aracena del Cid R. Factores médico-legales y psicológicos asociados al trauma ocular. En: Traumatología ocular, 2018, ISBN 978-84-89085-68-8, págs 33-44 [Internet]. Sociedad Española de Oftalmología (SEO); 2018 [citado 7 de diciembre de 2024]. p. 33-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9287646>
6. Hernández FAL, Esteve JFT. Traumatismos Oculares graves en España: Factores epidemiológicos, estudio de las lesiones y medidas de prevención. Laboratorios Cusí; 1994.
7. BOE-A-2015-11724 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. [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724>
8. Oftalmología En Medicina Del Trabajo de Hernández Fernández, Eva María 978-84-612-3672-5 [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.todostuslibros.com/libros/oftalmologia-en-medicina-del-trabajo_978-84-612-3672-5
9. Moreno-Arrones Quesada J, Merayo-Llodes J. Epidemiología y prevención del trauma ocular. En: Traumatología ocular. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2018. p. 33-45. En: García-Arumi J, Fernández-Vega Alvaro, Traumatología Ocular. 2018. p. 33-45.
10. Gómez Villa P, Ladaria Lliteras A. Patología oftálmica en el medio laboral: ergooftalmología. Proj Finals - IL3-UB Inst Form Continua [Internet]. 16 de marzo de 2009 [citado 7 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/7101>
11. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Orden ISM/450/2023, de 4 de mayo, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no incapacitantes [Internet]. Sec. 1, Orden ISM/450/2023 may 6, 2023 p. 62719-25. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2023/05/04/ism450>
12. Seguridad Social: Publicaciones [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Conocenos/Publicaciones/28156/47075/3052/198947>
13. Cavas Martínez F. La ceguera no implica el reconocimiento automático de una situación de gran invalidez. Rev Jurisprud Labor. 2023;1-8.
14. Arastey ML. Enfermedades oftalmológicas. Análisis jurisprudencial. Rivas P Tratado Méd-Leg Sobre Incapacidades Laborales Navar Aranzadi. 2006;1299-363.
15. BOE-A-1956-9834 [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1956-9834>
16. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Manual de actuación para médicos inspectores del INSS. 3ª Ed. Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2014.
17. Herreros-Portoles G, Rodríguez Ortiz de Salazar B. Incapacidad permanente por patología oftalmológica. diciembre de 2004 [citado 8 de diciembre de 2024]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/11372>
18. Menéndez de Lucas JA, Castell Navarro A. Incapacidades laborales permanentes de causas visuales. Revisión de 321 casos. Arch Soc Esp Oftalmol. 1 de marzo de 2020; 95(3): 130-7.
19. Muñoz-Hernández AM, García-Catalán R, Santos-Bueso E, López-Abad C, Gil-De-Bernabé JG, Díaz-Valle D, et al. Simulación en oftalmología. Arch Soc Esp Oftalmol. octubre de 2011; 86(10): 320-6.