

La ceguera o discapacidad visual como situación determinante de la gran invalidez, ¿suficiente por sí misma?

Raquel Poquet Catalá

Profesora asociada de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

Universidad de Valencia (España)

raquel.poquet@uv.es | <https://orcid.org/0000-0001-9606-8832>

Extracto

En este trabajo se realiza un análisis de la discapacidad visual o ceguera como situación que da lugar a la declaración de gran invalidez (GI). En este sentido, se analiza tanto la doctrina científica, como la jurisprudencial y la judicial en torno a los requisitos de la consideración y calificación como «gran invalidez» para, posteriormente, centrarse en la ceguera o discapacidad visual como determinante de la misma. Asimismo, se realiza un estudio de la evolución de la doctrina jurisprudencial en torno a los requisitos que deben concurrir para considerar que la ceguera es una situación determinante de GI.

Palabras clave: gran invalidez; ceguera; discapacidad visual; actos esenciales de la vida; incapacidad permanente; ayuda de tercera persona; alteración visual.

Recibido: 12-10-2023 / Revisado: 05-02-2024 / Aceptado: 15-02-2024 / Publicado (en avance *online*): 12-06-2024

Cómo citar: Poquet Catalá, R. (2024). La ceguera o discapacidad visual como situación determinante de la gran invalidez, ¿suficiente por sí misma? *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 481, 115-139. <https://doi.org/10.51302/rtss.2024.19657>



Blindness or visual disability as a determining situation of great disability, is it enough by itself?

Raquel Poquet Catalá

*Profesora asociada de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
Universidad de Valencia (España)*

raquel.poquet@uv.es | <https://orcid.org/0000-0001-9606-8832>

Abstract

In this work, it is carried out an analysis of visual disability or blindness as a situation that gives rise to the declaration of great disability. In this sense, both the scientific doctrine, as well as the jurisprudential and judicial doctrine are analyzed regarding the requirements for consideration and classification as a major disability, to subsequently focus on blindness or visual disability as its determinant. Likewise, a study is carried out of the evolution of jurisprudential doctrine regarding the requirements that must be met to consider that blindness is a determining situation of severe disability.

Keywords: great disability; blindness; visual disability; essential acts of life; permanent disability; third person help; visual disturbance.

Received: 12-10-2023 / Revised: 05-02-2024 / Accepted: 15-02-2024 / Published (online preview): 12-06-2024

Citation: Poquet Catalá, R. (2024). Blindness or visual disability as a determining situation of great disability, is it enough by itself? *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 481, 115-139. <https://doi.org/10.51302/rtss.2024.19657>



Sumario

1. Introducción
 2. Conceptuación de la incapacidad permanente
 - 2.1. Conceptuación
 - 2.2. Elementos configuradores de la incapacidad permanente
 - 2.2.1. Alteración grave de la salud
 - 2.2.2. Disminución o anulación de la capacidad laboral
 - 2.2.3. Carácter definitivo o previsiblemente definitivo de la incapacidad laboral
 3. Gran invalidez
 - 3.1. Conceptuación
 - 3.2. Requisitos
 - 3.2.1. Reducciones anatómicas o funcionales graves
 - 3.2.2. Necesidad de ayuda de tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida
 - 3.3. Gran invalidez por ceguera o deficiencia visual
 - 3.3.1. Primera etapa: criterio subjetivo
 - 3.3.2. Segunda etapa: criterio objetivo
 - 3.3.3. Tercera etapa: vuelta al criterio subjetivo
 4. Conclusión
- Referencias bibliográficas

1. Introducción

La situación de GI que tiene su causa en la discapacidad visual o ceguera ha sido una constante en el debate doctrinal y judicial.

La cuestión de fondo se halla en determinar si una persona puede ser calificada como «ciega» por estar dentro de las categorías de alteración visual que dan lugar a la calificación de ceguera y si, por consiguiente, puede ser considerada de forma objetiva para tener derecho a la prestación de GI, o bien debe rechazarse cuando por recibir algún estímulo luminoso que le permite adquirir alguna de las habilidades adaptativas necesarias para realizar ciertos actos esenciales de la vida no requiere la ayuda de terceros o sin ayuda permanente.

De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, la «agudeza visual» consiste en la imagen retiniana más pequeña que puede apreciarse. Este elemento permite incardinar la visión de las personas en 4 niveles, cuales son: visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave y ceguera. En la visión normal, la agudeza visual se sitúa en 10/10; en la discapacidad visual moderada, la agudeza visual es inferior a 3/10; en la discapacidad visual grave es inferior a 1/10 (0,1), y en la ceguera es menor a 1/20 (0,05). De esta forma, únicamente si la agudeza visual es inferior a ambos ojos a 0,1, puede hablarse de ceguera por asimilación, no dando lugar objetivamente a la pensión de GI la agudeza visual inferior a 0,1 en ambos ojos o 0,1 en un ojo inferior a 0,1 en el otro (Sentencia del Tribunal Supremo –STS– de 8 de marzo de 2018, rec. 1442/2016).

Según la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (Instituto Nacional de Estadística –INE–, 2020), el número de personas con alguna discapacidad fue de 4,32 millones en 2020, lo que supone un aumento del 14 % respecto a la anterior encuesta, realizada en 2008. Por sexo, manifestaron tener discapacidad 1,77 millones de hombres (un 17,1 % más que en la anterior encuesta) y 2,55 millones de mujeres (un 11,9 % más). Además, del total de 4.318.100 personas con discapacidad, un 24,3 % padecen discapacidad en relación con la visión.

Un total de 2,4 millones de personas manifestaron que tenían el máximo grado de severidad en algún tipo de discapacidad y no reciben ayudas (1,5 millones de mujeres y 0,9 millones de hombres). En cuanto a los aspectos en los que presentaban mayor severidad, era en la realización de las tareas domésticas (63,1 %), en los problemas de movilidad (62,7 %) y en el autocuidado (61,9 %).

2. Conceptuación de la incapacidad permanente

2.1. Conceptuación

El artículo 193.1 de la Ley general de la Seguridad Social (LGSS) establece que:

La incapacidad permanente contributiva es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.

Asimismo, indica que:

Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación.

Además, señala que la incapacidad permanente (IP) debe derivar de una situación

de incapacidad temporal, salvo que afecte a quienes carezcan de protección en cuanto a dicha incapacidad temporal, bien por encontrarse en una situación asimilada a la de alta, de conformidad con lo previsto en el artículo 166, que no la comprenda, bien en los supuestos de asimilación a trabajadores por cuenta ajena, en los que se dé la misma circunstancia, de acuerdo con lo previsto en el artículo 155.2, bien en los casos de acceso a la incapacidad permanente desde la situación de no alta, a tenor de lo previsto en el artículo 195.4.

De esta forma, se establece una concepción unitaria de incapacidad temporal (IT) aplicable en todos los casos, con independencia de que la causa que la haya provocado sea enfermedad común o profesional o accidente de trabajo o no laboral. Es decir, el origen profesional o no de la IP no la caracteriza, sin embargo, sí existen ciertas prestaciones específicas que van ligadas al riesgo originario.

Como se observa, el artículo 193 de la LGSS establece un concepto general de IP a través de una serie de conceptos jurídicos indeterminados. Dichos conceptos son abiertos, lo cual dota a la calificación de IP de mayor flexibilidad y mayor capacidad para adaptarse a la realidad.

2.2. Elementos configuradores de la incapacidad permanente

La IP queda configurada por la concurrencia de 3 elementos: la alteración grave de la salud, la disminución o anulación de la capacidad laboral y el carácter previsiblemente definitivo de la incapacidad laboral.

2.2.1. Alteración grave de la salud

El artículo 193.1 de la LGSS exige que la persona trabajadora presente «reducciones anatómicas o funcionales graves», sin especificar si el riesgo es común o profesional. Por tanto, cabe entender que la indicada reducción puede tener su origen tanto en un accidente de trabajo como en una enfermedad profesional, un accidente no laboral o una enfermedad común (Sentencias del Tribunal Constitucional –SSTC– 37/1994, de 10 de febrero; 206/1997, de 27 de noviembre, y 78/2004, de 29 de abril).

Las reducciones anatómicas consisten bien en la amputación de un miembro como parte de este, o bien en la extracción de un órgano, mientras que las funcionales determinan la pérdida o disminución de la capacidad del órgano o del miembro para realizar sus funciones con normalidad (Albert Embuena, 2017, p. 47). Esta distinción, en el fondo, no es relevante si se relaciona con la capacidad de trabajo, pues una reducción anatómica siempre comporta una reducción funcional.

Esta alteración grave de la salud debe ser, en primer lugar, sobrevenida, ya que el artículo 165.1 de la LGSS exige, para causar derecho a las prestaciones de IP, el requisito de estar afiliado y en alta o situación asimilada al alta «al sobrevenir la contingencia o situación protegida, salvo disposición expresa en contrario».

Por tanto, de la interpretación conjunta de los artículos 165.1 y 193.2 de la LGSS, cabe entenderse que la declaración de IP en cualquiera de sus grados exige que las reducciones anatómicas o funcionales que la determinen surjan con posterioridad a la afiliación y alta de la persona trabajadora en cualquier régimen de la Seguridad Social, es decir, que se trate de una incapacidad «sobrevenida» posterior al desempeño de un empleo o actividad profesional (STC 206/1997, de 27 de noviembre).

Por consiguiente, en principio las reducciones anatómicas o funcionales que son anteriores a la afiliación no generan la declaración de IP (SSTC 65/1987, de 21 de mayo; 186/2004, de 2 de noviembre, y 128/2009, de 1 de junio). No obstante, ello tampoco significa que no proceda de ninguna manera la declaración de IP, especialmente cuando experimentan una agravación considerable posterior o un empeoramiento durante el periodo de tiempo en que aquel estuvo afiliado y en alta en el sistema de la Seguridad Social (SSTC 37/1994, de 10 de febrero, y 129/1994, de 5 de mayo).

En este sentido, como es sabido, existen enfermedades de evolución lenta que en sus inicios permiten trabajar llevando un tratamiento médico, hasta que llega un momento en el que ya inhabilitan para realizar todas o algunas de las tareas fundamentales de la profesión habitual. Por ello, para determinar si la situación protegida ha tenido o no lugar antes de la afiliación, ha de estarse al momento en que aparece el efecto invalidante, en cuanto supone existencia real de una incapacidad de trabajo, y no cuando se inicia la enfermedad (STS de 19 de marzo de 2001, rec. 1573/2000). Así, será posible reconocer una IP a quienes, padeciendo una enfermedad congénita o natal, han podido llevar a cabo una actividad laboral dentro del sistema de la Seguridad Social durante años y posteriormente, por agravación de las dolencias, se ven privados de su capacidad laboral.

No puede tomarse en consideración, a efectos de declarar la situación de IP, el proceso patológico que se inicie con anterioridad a la fecha de afiliación y alta de la persona trabajadora, salvo que se haya producido una agravación posterior (SSTS de 21 de septiembre de 1987 y de 30 de noviembre de 1989).

Además, un aspecto importante a tener en cuenta es la concurrencia de los supuestos configuradores de los diferentes grados de IP, teniendo presente que la valoración no puede hacerse en comparación con la capacidad laboral normal de una persona trabajadora ordinaria, sino con la ya reducida de la propia persona trabajadora. Han de tenerse en cuenta las peculiaridades de su inserción en el mundo laboral, en la medida en que supone una ampliación de sus posibilidades de trabajo, compensadora, justamente, de su inicial imposibilidad para desarrollar una actividad laboral en las condiciones habituales del mundo laboral. Ello implica que la lesión preconstituida queda extraordinariamente relativizada en estos casos en los que, aun existiendo antes de la afiliación, el encuadramiento se ha producido teniendo en cuenta los padecimientos y la situación clínica de la persona trabajadora. En este sentido, la persona que vende cupones de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) que con anterioridad a su alta en la Seguridad Social presentaba patologías que hacían necesaria la ayuda de una tercera persona y que, con posterioridad, sus dolencias se ven agravadas impidiéndole realizar el trabajo que venía desempeñando, es declarada con IP absoluta, sin que la circunstancia de necesitar la ayuda de una tercera persona pueda ser tenida en cuenta a efectos de la calificación de su IP, pues tal necesidad ya la presentaba con anterioridad a su inicio de la actividad laboral (SSTS de 2 de junio de 1998, rec. 936/1997; de 8 de junio de 1998, rec. 936/1997; de 25 de febrero de 1999, rec. 4553/1997, y de 18 de marzo de 1999, rec. 1062/1998, a propósito de los complementos de prejubilación). El único dato de haber trabajado como vendedor de cupones no impide que se reconozca la GI cuando tras la incorporación al sistema de Seguridad Social empeora su situación hasta llegar a la necesidad de ayuda de una tercera persona (SSTS de 21 de septiembre de 1987 y de 30 de noviembre de 1989).

En segundo lugar, la alteración de la salud debe ser irreversible, pues el artículo 193.1 de la LGSS se refiere a la situación de la persona trabajadora «que, después de haber estado sometida al tratamiento prescrito» presenta reducciones anatómicas o funcionales

graves previsiblemente irreversibles y definitivas. De este modo, se exige un tratamiento médico previo, lo que presupone necesariamente que la IP debe venir precedida de una situación de IT.

No obstante, esta regla presenta excepciones, de tal forma que se puede acceder directamente a una situación de IP sin haber pasado por una IT, ni siquiera por un tratamiento médico, tal y como se puede deducir del artículo 193.1 y 2 de la LGSS. Así cabe colegirlo cuando, por un lado, el artículo 193.2 de la LGSS señale que cuando la IP afecte a

quienes carezcan de protección en cuanto a dicha incapacidad temporal, bien por encontrarse en una situación asimilada a la de alta, de conformidad con lo previsto en el artículo 166, que no la comprenda, bien en los supuestos de asimilación a trabajadores por cuenta ajena, en los que se dé la misma circunstancia, de acuerdo con lo previsto en el artículo 155.2, bien en los casos de acceso a la incapacidad permanente desde la situación de no alta, a tenor de lo previsto en el artículo 195.4.

Y también es posible cuando la persona trabajadora, aun padeciendo una disminución anatómica o funcional, continúa prestando servicios hasta que la misma deviene en definitiva e irreversible impidiéndose desarrollar de forma permanente la actividad laboral. De igual forma, sucede cuando la situación de IT ha existido con anterioridad a la petición de IP, pero en el momento de la solicitud de la misma ya se ha extinguido por haberse otorgado el alta médica por curación (STS de 9 de octubre de 2015, rec. 58/2015, que señala que los partícipes son titulares de las aportaciones desde el momento en que el empresario las realiza (art. 84 RDL 1/2002), por lo que desde ese mismo momento suponen para las Administraciones públicas un coste que integra la masa salarial en los términos en que esta es definida por las sucesivas leyes de presupuestos generales del Estado).

Salvo estos casos, para acceder a la situación de IP, ha de pasarse primero por la IT, durante la cual la persona beneficiaria será sometida al tratamiento médico o quirúrgico correspondiente para reestablecer el desequilibrio producido en su estado de salud si es posible, o bien llegar a una situación definitiva e irreversible, de tal forma que mientras necesite dicho tratamiento no podrá calificarse la IP, pues si existe posibilidad de curación o mejoría, no pueden calificarse las lesiones como irreversibles ni definitivas (SSTS de 14 de julio de 1992, rec. 1865/1992; de 6 de octubre de 1995, rec. 3705/1994, y de 31 de enero de 2001, rec. 3939/1999).

Por otro lado, también es posible que, a pesar de que las lesiones son definitivas y están agotadas las posibilidades terapéuticas-rehabilitadoras, persiste la necesidad de asistencia sanitaria, por lo que no procede el alta médica. En tal caso, para evitar que dicha circunstancia impida la calificación de IP, el artículo 136.1 de la LGSS no exige el alta médica «para la valoración de la invalidez permanente en los casos en que concurren secuelas definitivas» (SSTS de 2 de junio de 1998, rec. 936/1997; de 8 de junio de 1998, rec. 936/1997; de 25 de febrero de 1999, rec. 4553/1997, y de 18 de marzo de 1999, rec. 1062/1998).

Por consiguiente, condicionar la calificación de la IP a la necesidad del alta médica

podría conducir a situaciones absurdas, cual sería negar la invalidez a quien por enfermedad común se le amputasen los dos miembros inferiores a la altura del tercio superior del muslo, cuya invalidez es manifiesta y que sin el alta médica carecería de eficacia para el nacimiento del derecho (STS de 17 de noviembre de 1987).

Por «lesiones definitivas» debe entenderse aquellas que no son provisionales o temporales, es decir, aquellas que no son susceptibles de tratamiento médico que permita recuperar la capacidad de trabajo. Por tanto, el requisito de que las lesiones deben ser previsiblemente definitivas permite calificar la IP cuando exista la posibilidad de recuperación de la capacidad del trabajo de la persona trabajadora, aunque solo si esta se estima médicamente como incierta o a largo plazo, por lo que no solo cabe declarar la IP en caso de incertidumbre acerca de la posibilidad de recuperación, sino también cuando sea presumible que la misma se producirá, aunque en un tiempo largo e imprecisable. Asimismo, dicho requisito permite declarar la IP incluso en aquellos casos en los que el órgano calificador entienda que esta vaya a ser previsiblemente objeto de revisión por mejoría que permita la reincorporación al puesto de trabajo en el plazo de los 2 años contados a partir de la fecha de la declaración de IP.

En tercer lugar, la alteración de la salud debe ser involuntaria. Ello significa que no debe ser imputable o causada por la propia persona trabajadora afectada. En este sentido, el artículo 23.1 de la Orden de 15 de abril de 1969 señala que el derecho a las prestaciones económicas por IP podrá ser denegado en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el derecho a las mismas.
- b) Cuando la invalidez permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de imprudencia temeraria del beneficiario.
- c) Cuando la invalidez permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de haber rechazado o abandonado el beneficiario, sin causa razonable, el tratamiento sanitario que le hubiera sido indicado durante las situaciones de incapacidad laboral transitoria o invalidez provisional.
- d) Cuando el beneficiario, sin causa razonable, rechaza o abandone los tratamientos o procesos de readaptación y rehabilitación procedentes.

Por consiguiente, el dolo o fraude, la imprudencia temeraria y la negativa a seguir el tratamiento sanitario impiden la calificación de IP. Por su parte, la culpa leve o negligencia no es causa de denegación de la IP. Por último, en el caso de que las lesiones de la persona trabajadora son únicamente susceptibles de tratamiento quirúrgico, la doctrina jurisprudencial y judicial tiene indicado que ello no puede ser impuesto contra la voluntad de la persona trabajadora (SSTS de 23 de diciembre de 1994, rec. 1732/1994; de 31 de

enero de 1995, rec. 2231/1994; de 27 de marzo de 1995, rec. 1933/1994, y de 25 de abril de 1995, rec. 3390/1994). Así se deriva del artículo 102 de la LGSS de 1974 y de los artículos 8 y siguientes de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establecen que la negativa de la persona trabajadora a someterse a una intervención quirúrgica solo puede perjudicarle cuando la entidad gestora demuestra la irracionalidad del comportamiento. Es decir, se parte de la presunción de que la negativa de la persona trabajadora es razonable, correspondiendo a la entidad gestora probar la irracionalidad de dicha decisión. Y, a tal efecto, se considera que la misma es razonable cuando la intervención quirúrgica o el tratamiento son especialmente penosos o arriesgados, existen dudas sobre su eficacia o son irrelevantes o han fracasados los anteriores (STS de 2 de junio de 1998, rec. 936/1997, y, en el mismo sentido, las SSTS de 8 de junio de 1998, rec. 2449/1997; de 25 de febrero de 1999, rec. 4553/1997, y de 18 de marzo de 1999, rec. 1062/1998).

En cuarto y último lugar, la alteración de la salud ha de ser objetivable, pues el artículo 193.1 de la LGSS exige que las reducciones anatómicas o funcionales sean «susceptibles de determinación objetiva», es decir, han de quedar constatadas médicamente de forma clara e indubitable, no siendo suficiente la mera manifestación subjetiva de la persona interesada.

La determinación objetiva de las lesiones plantea problemas en el ámbito administrativo, lo cual explica la judicialización de las declaraciones de IP. Como señala la doctrina (Aránguez Sánchez, 2018, p. 67), «no hay invalideces sino inválidos», es decir, una incapacidad nunca es igual a otra porque, aun tratándose de dos personas que sufren la misma lesión, la capacidad de trabajo de ambas no va a quedar afectada de idéntica forma, ya que los factores que deben ponerse en conexión a la hora de valorar la IP son difícilmente repetibles.

Cuando se trata de la vivencia subjetiva de la enfermedad, cuando el paciente refiere padecer unos síntomas cuya veracidad no puede ser constatada médicamente de forma objetiva, se plantea el problema de diagnosticar médicamente la enfermedad, así como también de valorar de qué forma incide en la capacidad de trabajo, lo cual resulta fundamental a efectos de declarar la IP en el grado correspondiente (Rodríguez Iniesta, 2016, p. 463).

La doctrina judicial y la legislación es clara al respecto, al señalar que estas reducciones anatómicas o funcionales deben quedar «constatadas médicamente de forma clara e indubitable y que no basta con la mera manifestación subjetiva del interesado» porque la objetividad requerida es enemiga de especulaciones subjetivas y de vaguedades o descripciones carentes de base científica (Aránguez Sánchez, 2018, p. 67).

2.2.2. Disminución o anulación de la capacidad laboral

El artículo 193.1 de la LGSS exige que las reducciones anatómicas o funcionales graves deben suponer una disminución o anulación de la capacidad laboral de la persona

trabajadora. Ello significa, por tanto, que el estado patológico de la persona trabajadora es trascendente en cuanto trae como consecuencia la anulación o disminución de la «capacidad laboral». Por consiguiente,

lo decisivo para la determinación de una invalidez permanente y del grado correspondiente no es la mera descripción objetiva de las secuelas, sino el déficit orgánico o funcional que provocan y, en definitiva, su incidencia en la capacidad laboral del trabajador.

Por contra, los rendimientos o intereses que los complementos de prejubilación pudieran producir sí eran computables a efectos de determinar la carencia de ingresos en el sujeto solicitante como requisito de acceso a la protección del nivel asistencial (STS de 23 de diciembre de 1994, rec. 1732/1994). De hecho, la finalidad del reconocimiento y mantenimiento de la prestación por IP no es proteger un determinado estado de salud, sino compensar la pérdida de rentas de trabajo por causa de la incapacidad laboral sobrevenida (Roqueta Buj *et al.*, 2022).

El artículo 193.1 de la LGSS, cuando hace referencia a la «capacidad laboral», no se refiere a la «capacidad de ganancia» (STS de 3 de julio de 1972), ya que este concepto es más amplio y presupone que en la constatación del estado invalidante entrarían en juego la situación psicofísica de la persona trabajadora y otros factores como la edad, las aptitudes profesionales y las condiciones del mercado de trabajo.

En relación con ello, cabe indicar, en primer lugar, que la expresión «capacidad laboral» está referida no solo al trabajo por cuenta ajena, sino a la actividad de quienes se encuentran incluidas en el campo de aplicación de la Seguridad Social. En segundo lugar, todas las reducciones o limitaciones, tanto funcionales como anatómicas, que tenga la persona trabajadora deben ser valoradas de forma global para poder calificar la situación que padece, pues así es como afecta a la aptitud para el trabajo (STS de 20 de marzo de 1997, rec. 2730/1996). De esta forma, ya vengan de accidente o enfermedad profesional, o accidente no laboral o enfermedad común, rige el principio de valoración global de todas las dolencias de la persona trabajadora (SSTS de 20 de marzo de 1997, rec. 2730/1996; de 29 de noviembre de 2000, rec. 4366/1999, y de 8 de marzo de 2010, rec. 421/2009), incluidas las padecidas con anterioridad a la fecha de afiliación y alta en la Seguridad Social (Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea –STJUE– de 14 de enero de 2010, asunto C-343/2008, Comisión Europea contra República Checa). En tercer lugar, cabe tener en cuenta que la incapacidad debe valorarse una vez aplicadas las prótesis correctoras correspondientes (STJUE de 14 de enero de 2010, asunto C-343/2008, Comisión Europea contra República Checa). En cuarto lugar, la correlación entre la alteración de la salud y el efecto de discapacidad o incapacidad no tiene por qué ser real e inmediata, sino que también adquiere relevancia la incidencia indirecta, de tal forma que procede la declaración de IP no solo cuando existan secuelas derivadas de las lesiones que impidan desarrollar el trabajo, sino también cuando, aun no existiendo secuelas de ningún tipo, el contacto con el trabajo

habitual es susceptible de provocar en el sujeto una reacción patológica. Por último, los parámetros por los que debe evaluarse la incapacidad o limitación laboral de la persona trabajadora son la productividad o el rendimiento, la calidad del producto laboral resultante y la seguridad propia y ajena (STS de 29 de noviembre de 2000, rec. 4366/1999).

2.2.3. Carácter definitivo o previsiblemente definitivo de la incapacidad laboral

El artículo 193.1 de la LGSS exige que las reducciones anatómicas o funcionales sean «previsiblemente definitivas», aunque se admite que es posible también tal calificación a pesar de «la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima medicamente como incierta o a largo plazo».

Por tanto, cabe entenderse que el estado de incapacidad ha de ser definitivo o, cuando menos, previsiblemente definitivo (STS de 13 de octubre de 2009, rec. 3568/2008). No obstante, este carácter definitivo tiene algunos obstáculos, especialmente por la versatilidad del ciclo de estabilización de las lesiones invalidantes y la incertidumbre que puede ser de hasta varios años.

De hecho, el plazo máximo de la IT puede ser insuficiente para poder atender correctamente a la persona trabajadora y, especialmente, para «tener elementos de juicio bastantes como para lograr un diagnóstico certero sobre el carácter temporal o presumiblemente definitivo de la incapacidad» (STS de 29 de noviembre de 2000, rec. 4366/1999). Por ello, la LGSS prevé una serie de instrumentos para facilitar el tránsito entre una y otra situación. Estos instrumentos son, en primer lugar, la previsión de un periodo de prórroga de la situación de IT para evitar situaciones de desprotección hasta que se clarifique la incapacidad. Concretamente, el artículo 174.1.2 de la LGSS establece que, una vez transcurrido el plazo máximo de 545 días, «se examinará necesariamente, en el plazo máximo de 3 meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda». El artículo 10.3 de la Orden de 18 de enero de 1996 señala, a su vez, que «el equipo de valoración de incapacidades elevará dictamen-propuesta al director provincial, a efectos de la calificación procedente, dentro del plazo máximo de 3 meses». Por consiguiente, queda claro que no se trata de un plazo para la declaración, en su caso, de la IP, sino para la observación y tratamiento de la misma.

El segundo mecanismo es la previsión de la prórroga de la situación de IT a efectos de su calificación como IP, es decir, la denominada «prórroga puente» o «prórroga especial». El artículo 174.2.2 de la LGSS establece que

no obstante, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera

aconsejable demorar la citada calificación, esta podrá retrasarse por el periodo preciso, sin que en ningún caso se puedan rebasar los 730 días naturales sumados los de incapacidad temporal y los de prolongación de sus efectos.

De esta forma, una vez agotados los 545 días, si la persona trabajadora continúa necesitando asistencia sanitaria por existir expectativas de mejoría o recuperación, se puede retrasar la calificación de IP por el periodo necesario, siempre teniendo presente que no puede superar los 730 días siguientes a la fecha en que se hubiera iniciado la IT.

3. Gran invalidez

3.1. Conceptuación

La situación de GI es definida por el artículo 194.6 de la LGSS como aquella en la que la persona trabajadora afectada de IP «por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos».

La interpretación de este precepto no es nada fácil. De ahí la alta conflictividad judicial planteada y la amplia casuística judicial y jurisprudencial al respecto, especialmente, cuando de la ceguera se trata.

El Tribunal Supremo (TS) ha reiterado que el ámbito de la unificación de doctrina queda muy limitado en materia de valoración de la IP tanto por la dificultad de establecer la identidad del alcance del efecto invalidante, como por tratarse, en general, de supuestos en los que el enjuiciamiento afecta más a la fijación y valoración de hechos singulares que a la determinación del sentido de la norma en una línea interpretativa de carácter general (SSTS de 4 de noviembre de 1990; de 19 de noviembre de 1990; de 10 de diciembre de 1991; de 19 de abril de 1991; de 27 de enero de 1997, rec. 1179/1996; de 18 de junio de 2001, rec. 1768/2000; de 10 de diciembre de 2004, rec. 5252/2003; de 23 de junio de 2005, rec. 1711/2004; de 2 de noviembre de 2005, rec. 3117/2004; de 17 de febrero de 2010, rec. 52/2009, y de 17 de febrero de 2016, rec. 2931/2014). Asimismo, recuerda que la calificación del grado de IP es una cuestión jurídica y que, por tanto, aunque permanezcan inalterados los hechos probados de la resolución de instancia, el órgano judicial de suplicación puede examinar si es o no correcta la calificación efectuada en la resolución de instancia (SSTS de 26 de diciembre de 2000, rec. 2341/1999; de 6 de marzo de 2001, rec. 1490/2000, y de 23 de abril de 2013, rec. 729/2012). En el mismo sentido, un sector de la doctrina (Romero Coronado, 2010) señala que la determinación de la IP en cualquiera de sus grados es esencialmente jurídica y no médica, en la medida en que debe valorarse la capacidad residual de la persona trabajadora para poder desempeñar algún tipo de actividad y no el diagnóstico médico concreto determinante de la causa de la inactividad.

Por otro lado, el TS ha interpretado que la GI constituye un grado autónomo de la IP, en el sentido de que su reconocimiento o bien es inicial o directo, en una primera calificación de las secuelas, o bien se reconoce por agravación del grado de invalidez antes establecido, cualquiera que fuera su grado anterior, ya que no es necesario que el reconocimiento de la GI parta de un previo establecimiento de la IP absoluta (STS de 22 de julio de 1996, rec. 4088/1995; también Sempere Navarro, 2003, señala que resulta posible acceder al grado de GI de modo directo –en una primera calificación de las secuelas– o bien de manera derivada –por agravación del grado de incapacidad antes establecido, cualquiera que fuere–, pero solo cabe respecto de quien está imposibilitado para realizar cualquier actividad). En este sentido, en la declaración del grado de GI desde una situación de IP absoluta se requiere una agravación de la situación invalidante previamente reconocida, porque la GI es un grado autónomo de la IP y su reconocimiento es o bien inicial o directo en una primera calificación de las secuelas, o bien se reconoce por agravación del grado de IP anterior, y cuando el reconocimiento no es en una primera calificación, sino que se parte de un grado inferior de incapacidad, la forma legal de la declaración es la revisión por agravación, no por mejoría (STS de 7 de mayo de 2004, rec. 2074/2003).

3.2. Requisitos

3.2.1. Reducciones anatómicas o funcionales graves

Los requisitos configuradores de la GI son, por un lado, la gravedad de las reducciones anatómicas o funcionales y, por otro lado, la necesidad de otra persona para realizar los «actos más esenciales de la vida».

En primer lugar, el primer elemento determinante de la IP es la exigencia de que las reducciones anatómicas o funcionales sean graves. Su origen puede ser tanto profesional como común, pues el riesgo del que deriva la IP no es trascendente a la hora de su consideración como contingencia protegida.

Además, las dolencias que pueden repercutir de forma importante en la capacidad de trabajo suelen ser también graves en sí mismas. No obstante, pueden exigir lesiones o enfermedades graves que no incapaciten por sí mismas. De cualquier forma, en la situación de GI las lesiones o reducciones siempre llevan implícita una IP absoluta para todo trabajo y, además, afectan de forma muy grave a la autonomía de la persona, al requerir la ayuda de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

A la hora de valorar la gravedad, más que la que en sí revista el cuadro patológico de la persona trabajadora, ha de tenerse en cuenta en qué medida las dolencias limitan o anulan su capacidad de trabajo, así como si como consecuencia de ellas, se requiere o no de la asistencia de una tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

No obstante, la valoración se limitará a determinar si como consecuencia de las lesiones, enfermedades o dolencias, se requiere de la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, sin tener que entrar a valorar la intensidad en que queda afectada la autonomía de la persona trabajadora.

No hay posibilidad de declarar la IP si la reducción anatómica o funcional no son lo suficientemente graves de tal forma que disminuyen o anulan la capacidad laboral hasta el grado de requerir la asistencia de otra persona para realizar los actos esenciales. Es decir, en la GI, no es tanto el que se produzca una reducción o anulación de la capacidad laboral, sino que se necesite de la asistencia de una tercera persona (Bruna Reverter, 2012, p. 83).

Por ello, el TS ha declarado que, a efectos de valorar el nivel de disminución de la capacidad laboral de la persona trabajadora, deben valorarse de forma conjunta todas las dolencias padecidas por la persona trabajadora, tanto en la calificación inicial de la IP como en su posible revisión (STS de 28 de septiembre de 1988). El estado de salud de la persona trabajadora no debe ser examinado en actuaciones separadas, sino de forma conjunta o global (STS de 23 de septiembre de 2003, rec. 1971/2002).

3.2.2. Necesidad de ayuda de tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida

La característica configuradora de la GI es, como indica el artículo 194 de la LGSS, que la persona trabajadora «necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos». Por tanto, es la necesidad de otra persona para realizar los «actos más esenciales de la vida» lo que determina la calificación de GI.

El factor clave a la hora de delimitar el concepto de GI es la conceptualización de lo que debe entenderse por «actos más esenciales» y por «necesidad» de otra persona para realizarlos, sin descuidar el hecho de que, precisamente, son las reducciones anatómicas y funcionales graves las que determinan esa situación de dependencia personal.

Se requiere que las reducciones anatómicas o funcionales impidan a la persona trabajadora llevar a cabo cualquier actividad laboral y que, además, dichas lesiones determinen también la necesidad de que sea asistida por una tercera persona por no poder realizar por sí misma al menos uno de los actos más esenciales de la vida.

En este sentido, con respecto a estos actos esenciales de la vida, la doctrina científica ha considerado como tales aquellos que resultan imprescindibles para la satisfacción de una necesidad primaria ineludible para poder subsistir fisiológicamente o para ejecutar aquellas actividades indispensables en la guarda de la seguridad, higiene y decoro fundamentales en la convivencia humana, sin que sea suficiente la mera dificultad y sin que se

requiera que la necesidad de ayuda sea continuada, siendo lo trascendente que la persona trabajadora no pueda realizar dichos actos con autonomía, por lo que la dependencia de la persona incapacitada respecto de la persona protectora o cuidadora es lo que caracteriza la GI (Sempere Navarro, 2008).

3.3. Gran invalidez por ceguera o deficiencia visual

Especialmente problemáticas son las situaciones de GI cuando derivan de la situación de ceguera total (STS de 10 de julio de 1989, que declara que la privación total del sentido de la vista es constitutiva de GI, especialmente si no es originaria o de nacimiento y sobreviene en fase más o menos avanzada del curso vital) o pérdida de visión equiparable (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia –STSJ– de Madrid de 28 de junio de 2004, rec. 2004/2004, que considera que lo es la degeneración macular asociada a la edad bilateral con membrana neovascular y estrías angioides de la que resulta una ceguera profunda bilateral, siendo la agudeza residual inferior a 0,05 en ambos ojos) o deficiencia visual.

En este sentido, no existe uniformidad en relación con cuándo la falta de agudeza visual es considerada ceguera. Según la ONCE,

la discapacidad visual es la consideración a partir de la disminución total o parcial de la vista. Se mide a través de diversos parámetros, como la capacidad lectora de cerca y de lejos, el campo visual o la agudeza visual (ONCE, s. f.).

No obstante, frecuentemente se ha considerado que lo es cuando sea inferior a 0,1 en ambos ojos o cuando se limite a la percepción de luz o a ver «bultos» (STS de 8 de marzo de 2018, rec. 262/2018).

Por consiguiente, cuando la agudeza visual es igual o superior a 0,1, se considera que permite al sujeto realizar los actos más esenciales de la vida sin necesidad de asistencia de otra persona, lo que impide la calificación de GI (STSJ de Asturias de 16 de septiembre de 2011, rec. 1686/2011), salvo que concorra alguna otra circunstancia que impida la realización de alguno de tales actos (STSJ de Madrid de 28 de junio de 2004, rec. 2004/2004, sobre una persona que padece agudeza visual igual a 0,1 unida a cofosis –sordera total– bilateral con déficit severo del lenguaje, lo cual es calificado como GI).

El problema se halla en determinar si la ceguera por sí misma es suficiente para ser calificada como GI, pues, en función de si se utiliza un criterio subjetivo u objetivo para valorar la necesidad o no de ayuda de tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida, la respuesta será diferente.

Si se opta por un criterio subjetivo de valoración, supone tener en cuenta las circunstancias personales de cada persona beneficiaria a la hora de calificar o no la gran invalidez. No

se trataría de valorar si la persona con discapacidad requiere de ayuda de una tercera persona o no por la incapacidad generada por la ceguera, sino porque efectivamente no puede valerse por sí misma, aplicando así a la falta de autonomía personal la máxima prevista en relación con la incapacidad laboral, según la cual «no habría incapacidad sino incapacitados».

De esta forma, en estos casos la calificación de GI debe hacerse tomando en consideración las capacidades individuales de cada sujeto, en función de las habilidades adaptativas que haya podido adquirir. Lo relevante son, pues, las condiciones o factores personales de cada persona.

Por su parte, la doctrina jurisprudencial (SSTS de 19 de enero de 1988, de 19 de junio de 1989 y de 12 de junio de 1990) limita la utilización de este criterio subjetivo de valoración a aquellos supuestos en que no exista ceguera absoluta, pero sí una importante reducción de la capacidad visual, que, aun impidiendo la realización de cualquier actividad laboral, no afecta de forma sustancial a la autonomía personal.

El criterio objetivo comporta que los supuestos de ceguera total o asimilados dan derecho de forma automática a la calificación de GI, ya que en ellos queda constatada de forma objetiva la necesidad de la ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales. Así se estima al señalar que «es claro que el invidente ha de ser ayudado constantemente por otras personas para subsistir vitalmente [...], quien tiene ceguera [...] precisa asistencia ajena constante para desplazamientos, comer y actos relativos de higiene corporal y otros».

3.3.1. Primera etapa: criterio subjetivo

En un primer momento, el TS consideraba, como regla general, además de la concurrencia de la ceguera o la alteración visual funcionalmente equiparable a la ceguera, que se necesitara de la colaboración de una tercera persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida. En este sentido, se subraya que

lo que produce una visión prácticamente nula y le imposibilita el salir solo a la calle, la conclusión no puede ser otra que la concurrencia de la situación de gran invalidez [...] dada la necesidad de asistencia ajena tan esencial para la seguridad en una actividad vital como es la de transitar por las vías públicas –cuya imposibilidad de realización en solitario se deja reseñada, pues sus dolencias son equivalentes a la ceguera absoluta– (STS de 23 de marzo de 1988).

Acogiéndose a este criterio subjetivo, deniega la calificación de IP cuando

en el presente caso y prescindiendo de esa evolución la ceguera absoluta que justificaría en su momento la oportuna revisión resulta una agudeza visual de 0,2 en el ojo derecho que entraña, con corrección, una visión de 1/6, y ello hace innecesaria la

asistencia de otra persona para la realización de los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, que es lo que para la existencia de la gran invalidez, exige el artículo 135.6 de la LGSS (STS de 24 de octubre de 1988).

En el mismo sentido, rechaza la pretensión de una persona trabajadora que conservaba 1/10 de visión en cada ojo, por entender que «ciertamente le ha de impedir cualquier género de trabajo y el grado de incapacidad será el de absoluta y así lo tiene reconocido la Sala en Sentencia de 12 de abril de 1988» (STS de 19 de enero de 1988; en el mismo sentido, STS de 12 de junio de 1990). Añade, además, que tal pérdida de visión no ha de impedir la realización de los actos esenciales de la vida, como vestirse, asearse, desplazarse, hasta el punto de que precise para ello de la asistencia de otra persona,

sin que a ello obste el que humanitaria y voluntariamente pueda ser ayudado para bajar escaleras o cruzar calles, por ejemplo por transeúntes que junto a él deambulen, pues tal ayuda que se suele presentar a quien por su edad o situación somática tenga dificultades, no es equivalente a la que precisa –aunque puede que no continuamente– un inválido para ser calificado como tal (STS de 19 de enero de 1988; en el mismo sentido, STS de 12 de junio de 1990).

3.3.2. Segunda etapa: criterio objetivo

Sin embargo, con posterioridad, el TS (STS de 3 de marzo de 2014, rec. 1246/2013, que enjuicia el caso de una persona trabajadora que no tenía ceguera absoluta, ya que podía distinguir bultos a cierta distancia y recibir estímulos luminosos o visuales, pero su situación era similar a los casos de ceguera absoluta) cambia de posición y aboga por el criterio objetivo, considerando que la persona que padezca ceguera total o pérdida de visión a ella equiparable reúne los requisitos para poder ser considerada en situación de GI, incluso si ha llegado a adquirir alguna de las habilidades adaptativas necesarias para realizar alguno de los actos esenciales de la vida sin necesidad de ayuda de tercera persona o sin necesidad de que la ayuda sea continuada y sin que a ello obste tampoco la posibilidad de que pueda llevar a cabo trabajos no perjudiciales con su situación.

El problema era determinar si una persona con una alteración visual grave, propia de la calificación de ceguera, podía ser objetivamente considerada con la GI por haber llegado a adquirir alguna de las habilidades adaptativas necesarias que le permitían realizar alguno de los actos esenciales de la vida sin ayuda de terceras personas o sin necesidad de que la ayuda fuera permanente.

El TS aplica el criterio objetivo y sintetiza que una persona que pueda ser considerada ciega reúne objetivamente las condiciones para poder calificarla en situación de GI y a tales efectos se considerará ciega no solo a quien sufra una absoluta falta de capacidad en la visión, sino también a quien esté indiscutiblemente dentro de las categorías de alteración

visual equiparables a la ceguera que, aunque no impliquen una total anulación de la vista, sí sean funcionalmente equiparables a aquella. Además, con respecto a las alteraciones visuales equiparables a la ceguera, aunque no existe una doctrina legal ni científico-médica indubitada que determine qué agudeza visual significa prácticamente una ceguera, se acepta que tal situación se dará cuando aquella es inferior a una décima en ambos ojos. En tercer lugar, considera que es evidente que la persona ciega precise de la asistencia de una tercera persona para la realización de determinadas actividades esenciales de la vida, no requiriéndose que la necesidad de ayuda sea continuada o permanente, permitiéndose, pues, que sea puntual y solo para actos esenciales concretos. Por último, sostiene que la situación de GI también es aplicable cuando la persona mantiene algún resto de visión o ha adquirido ciertas destrezas para manejarse, pues ello es apreciable en quienes

especialmente por percibir algún tipo de estímulo luminoso, puedan en el caso personal y concreto, en base a factores perceptivos, cognitivos, ambientales, temporales u otros, haber llegado a adquirir alguna de las habilidades adaptativas necesarias para realizar alguno de los actos esenciales de la vida sin ayuda de terceros o sin necesidad de ayuda permanente, [o incluso en] los que puedan llegar a efectuar trabajos no perjudiciales con su situación.

Esta misma línea es seguida posteriormente en otras resoluciones donde a una persona trabajadora que acreditaba una pérdida muy cualificada de agudeza visual, equiparable a la ceguera total, se le reconoce la GI (STS de 10 de febrero de 2015, rec. 1764/2015). El TS señala al respecto que

en principio, lesiones que son aparentemente idénticas pueden afectar a los trabajadores de distinta manera en cuanto a su incidencia en la capacidad de trabajo, especialmente si se trata de profesionales distintos o aun siendo iguales, cuando se desempeñan en situaciones diferentes. De ahí que no sea esta una materia propia de la unificación de doctrina tanto por la dificultad de establecer la identidad del alcance del efecto invalidante, como por tratarse, por lo general, de supuestos en los que el enjuiciamiento afecte más a la fijación y valoración de hechos singulares que a la determinación del sentido de la norma en una línea interpretativa de carácter general.

Así, estima que, a la hora de calificar como GI la falta de agudeza visual equivalente a la ceguera, ha de aplicarse un criterio objetivo, dado que la ceguera o situación asimilada a la misma integran de por sí el grado de GI, incluso aunque la persona afectada llegue a adquirir alguna de las habilidades adaptativas necesarias para realizar alguno de los actos esenciales de la vida sin ayuda de terceras personas (STS de 20 de abril de 2016, rec. 2977/2014, que enjuicia el caso de una persona cuya pérdida de visión le hace depender de la ayuda de una tercera persona, especialmente para los desplazamientos y la administración de la medicación, pero no requiere la ayuda constante de la tercera persona para todos los actos, pues la persona había adquirido algunas destrezas para realizar actos esenciales como cocinar cosas sencillas y su propio aseo personal).

En este sentido, la doctrina jurisprudencial se puede sintetizar de la siguiente forma. En primer lugar,

la ceguera bilateral fue establecida como supuesto típico de gran invalidez por el artículo 42 del Reglamento de Accidentes de Trabajo (derogado, pero ciertamente orientativo), el cual fue ratificado por el todavía vigente Decreto 1328/63, de 5/junio (no derogado por la LASS), en cuya exposición de motivos se insistía en la consideración de que «el invidente, efectivamente, necesita de la ayuda de otra persona para los actos más esenciales de la vida», y que ha sido confirmado –entre otras ocasiones– por los artículos 67 OM de 11/01/69, 76 OM 06/02/71, 82 OM 19/01/74 y 93 OM 25/01/75, referidos a «los complementos de renta por gran invalidez provocada por pérdida total de la visión a que se refiere el número 2 del artículo 2 del Decreto 05/junio/63». «Y la doctrina jurisprudencial ha declarado la existencia de gran invalidez para el supuesto de ceguera absoluta» (STS de 20 de abril de 2016, rec. 2977/2014, y, en el mismo sentido, SSTS de 11 de febrero de 1986; de 28 de junio de 1986; de 3 de marzo de 2014, rec. 1243/2013, y de 10 de febrero de 2015, rec. 1764/2014).

En segundo lugar, el TS sostiene que, ante la ausencia de un criterio legal o doctrina indubitada que determine la agudeza visual que pueda ser valorada como ceguera,

desde antiguo la jurisprudencia ha venido a cuantificar el déficit, concretando que se asimila a aquella ceguera toda pérdida que lleve a visión inferior a una décima, o que se limite a la práctica percepción de luz o a ver bultos e incluso dedos (STS de 20 de abril de 2016, rec. 2977/2014).

En tercer lugar, el TS considera que los actos más esenciales de la vida son los encaminados «a la satisfacción de una necesidad de primera e ineludible para poder fisiológicamente subsistir o para ejecutar los actos indispensables en la guarda de la seguridad, dignidad, higiene y decoro fundamental para la humana convivencia» (STS de 20 de abril de 2016, rec. 2977/2014).

Por último, declara que es suficiente con la imposibilidad de la persona con discapacidad para realizar por sí misma uno solo de los actos más esenciales de la vida y la correlativa necesidad de ayuda externa, para que proceda la calificación de gran invalidez, «siquiera se señala que no basta la mera dificultad en la realización del acto, aunque tampoco es preciso que la necesidad de ayuda sea constante» (STS de 20 de abril de 2016, rec. 2977/2014). Esta añade que

a pesar de que el acto ha conseguido una cierta y loable adaptación a su nueva situación de ceguera prácticamente total, sin embargo y a pesar de esta adaptación no se puede decir que se trate de una persona plenamente autónoma, siendo que las patologías sufridas por el actor [...] le hacen precisar la ayuda de otra

persona para las actividades cotidianas de la vida diaria por su pérdida de visión especialmente los referidos a desplazamientos y administración de la medicación, necesidad esta que, a pesar de no ser permanente ni para todos los actos esenciales de la vida, en todo caso persiste y le coloca en situación de gran invalidez.

Este mismo criterio es seguido en la STS de 4 de diciembre de 2019 (rec. 2737/2017), que concede la GI a una persona trabajadora que padecía agudeza visual en ambos ojos inferior a 0,1, siendo las lesiones posteriores a su afiliación a la Seguridad Social. El TS declara que resulta irrelevante el hecho de que la persona trabajadora haya adquirido ciertas habilidades adaptativas que le permiten realizar sin ayuda de terceros alguno de los actos más esenciales de la vida o sin necesidad de que esa ayuda sea permanente, pues la solución contraria tendría un efecto desmotivador sobre la deseable reinserción de la persona afectada. Considera, por tanto, que la visión de una persona con esa agudeza visual y dioptrías simplemente se limita, en la práctica, a la percepción de luz, a ver bultos o dedos, pero en ningún caso permite a la persona un grado de autonomía plena.

En conclusión, esta teoría se basa en dos criterios interpretativos básicos objetivos. El primero de ellos considera que la ceguera o situación asimilada constituye por sí misma el citado grado invalidante, cuyo reconocimiento no puede quedar excluido cuando la persona trabajadora, tomando como base aspectos perceptivos, cognitivos, ambientales, temporales u otros, haya adquirido alguna de las habilidades adaptativas precisas para llevar a cabo alguno de los actos esenciales de la vida sin ayuda de terceros o sin necesidad de ayuda permanente. El segundo parte de cuantificar el déficit que, sin llegar a anular la visión bilateral, debe ser calificada como «ceguera», en cuyo caso el TS ha fijado como valor de equivalencia la visión con corrección inferior a una décima en ambos ojos al entender que la merma que implica hace precisa la colaboración de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida, por lo cual, en sí misma, constituye una GI, independientemente de que la ayuda de la tercera persona únicamente se requiera para actos específicos (STS de 28 de septiembre de 2022, rec. 3208/2019).

3.3.3. Tercera etapa: vuelta al criterio subjetivo

Finalmente, el TS (STS de 16 de marzo de 2023, rec. 3980/2019) ha cambiado su criterio para volver al parámetro subjetivo, señalando de forma expresa que la doctrina del criterio objetivo no es correcta conforme a la legislación aplicable. Afirma que la objetivación de la dolencia como impeditiva para poder llevar a cabo los actos esenciales de la vida fue adoptada partiendo de un criterio legal que entiende que no pretendía dar carácter absoluto a la ceguera como situación legal de GI, pues el Decreto de 1963 no excluía la posibilidad de que esa situación de GI pudiera no darse cuando la readaptación y autosuficiencia de la persona invidente pudiera dejar de necesitar la asistencia de una tercera persona. Por tanto,

no acudiría al criterio de la mejoría en las dolencias, sino a lo esencial de lo que constituye la situación de GI, como es poder atender los actos más esenciales de la vida.

El TS considera que para declarar la GI por ceguera se requiere que la persona trabajadora necesite la asistencia de una tercera persona. Ello significa, por consiguiente, que el dato objetivo de tener una agudeza visual inferior a 0,1 en ambos ojos no supone por sí mismo la declaración de la GI. Es decir, el TS estima que como el sistema de incapacidades laborales recogido en la LGSS, que se basa en fijar una lista de enfermedades y en el establecimiento de unos datos numéricos y porcentajes que tienen un impacto sobre la capacidad laboral, no ha sido aún desarrollado reglamentariamente, no se puede aplicar un criterio objetivo a efectos de calificar en uno u otro grado de IP. Por ello, concluye que la línea que se ha mantenido de fijar de forma objetiva unos parámetros sobre la ceguera no es correcta en el actual marco normativo, siendo necesario valorar aspectos subjetivos.

El TS estima, aplicando el axioma de que «no hay enfermedades sino enfermos», que se debe descartar el criterio objetivo de la dolencia para activar el derecho a la prestación por GI. Considera que se debe indagar en la vida personal de la persona trabajadora para concluir que si de las pruebas se acredita que la persona, a pesar de la ceguera, es capaz de realizar de forma independiente los actos más esenciales de la vida, no será calificada como GI.

El TS considera que la presencia de una enfermedad, ya sea la ceguera total u otra situación en la que confluyan dolencias relevantes sobre el sujeto –físicas o psíquicas–, ya sea acreedora de una IP en cualquiera de los otros grados, debe ir acompañada de una acreditación de que la persona no está en condiciones de atender los actos más esenciales de la vida. Se debe, pues, atender a las circunstancias específicas que pongan de manifiesto que, para atender las diferentes facetas que comprenden los actos más esenciales de la vida, se precisa de la asistencia de una tercera persona, pues ello no implica que las personas que la presentan se desenvuelvan de igual forma en ese ámbito personal.

Por tanto, cabe entender que

la sola presencia de una determinada dolencia no permite, por sí misma, reconocer que la persona que la presenta no pueda atender los actos más esenciales de la vida ya que, en las incapacidades laborales de la LGSS no está todavía reglamentado el régimen de incapacidad permanente bajo ese sistema de listado de enfermedades, al que se refiere aquella norma, por lo que siendo evidente que un cuadro de padecimientos puede tener distinto alcance en los sujetos a los que afecta, atendidas a determinadas circunstancias que le puedan rodear, como es la edad, el momento en el que la dolencia se presenta, situación anterior y posterior, etc., no es aceptable que, para la gran invalidez, la enfermedad como la que aquí se presenta, sea objetivada sin atender a la situación real del sujeto (STS de 16 de marzo de 2023, rec. 3980/2019).

Lo que no es asumible es que una situación de IP que está atendiendo a la necesidad de que una persona asista a quien está impedida para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida solo valore la enfermedad, cuando no es el marco jurídico aplicable, pues el legislador desvinculó este grado de la situación de IP absoluta de forma que es suficiente con que esté afectada de una IP, «ya sea por haber extendido aquella calificación a determinadas dolencias, como en su momento se realizó en accidente de trabajo para la ceguera total».

Ello significa, por consiguiente, que, con esta línea jurisprudencial, la ceguera no supone de forma automática la declaración de la GI, sino que habrá que valorar las circunstancias concurrentes en cada caso, especialmente, la capacidad residual para llevar a cabo otras actividades y tener autonomía en la vida diaria.

Por último, cabe destacar que el TS prevé que este cambio de criterio puede tener un efecto desmotivador sobre la reinserción social y laboral de las personas invidentes, de tal forma que argumenta que la legislación estatal en materia de derechos de las personas con discapacidad define la inclusión social dotándola de un contenido en el que nada tiene que ver el que se califique a una persona con discapacidad como persona que precisa la asistencia de una persona para las actividades más esenciales de su vida. El TS estima que no se incurre en desprotección ni desatención a las personas ciegas por el solo hecho de que la GI se analice desde un punto de vista subjetivo, ya que no se les priva del derecho, sino que este no será automático, sino que será calificado, al igual que para otras personas discapacitadas que puedan presentar otro determinado cuadro de dolencias y limitaciones funcionales, físicas, sensoriales o psíquicas, se les exige que pongan de manifiesto que precisan de la asistencia de una persona para atender las más esenciales actividades de la vida y que va a ser remunerada con ese incremento de la pensión de IP que conlleva el reconocimiento de la GI.

4. Conclusión

La posición tradicional de nuestro TS ha sido la de configurar la ceguera como GI basándose en dos criterios interpretativos de carácter objetivo. Por un lado, entender que la ceguera o situación asimilada integra por sí misma el grado de GI, cuyo reconocimiento no puede excluirse cuando la persona beneficiaria, por factores perceptivos, cognitivos, ambientales, temporales u otros, haya llegado a adquirir alguna de las habilidades adaptativas necesarias para realizar actos esenciales de la vida sin ayuda de terceros o sin necesidad de ayuda permanente. Por otro lado, no se requiere que el déficit de agudeza visual implique una absoluta anulación de la visión, de tal forma que se ha asimilado a tal la visión por debajo de una décima en ambos ojos, al considerar que dicha merma exige la colaboración de otra persona para la realización de los actos más esenciales de la vida, constituyendo ello ya la situación de GI y a pesar de que la ayuda del tercero solamente la requiera para determinados actos.

Por tanto, no excluiría la calificación de GI la circunstancia de quienes, a pesar de acreditar tal situación, puedan, con base en determinados factores, haber llegado a adquirir alguna de las habilidades adaptativas necesarias para realizar alguno de los actos esenciales de la vida sin ayuda de terceras personas.

No obstante, con el pronunciamiento de 2023, el TS retoma de nuevo el criterio subjetivo, alegando que debe aplicarse la literalidad de la norma, la cual expresamente exige que, para la calificación de GI, es necesario que la persona afectada requiera la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

Por consiguiente, con este nuevo criterio, se aparta el criterio de objetividad de las dolencias para evolucionar hacia una individualización, en cada caso, particular que ponga de manifiesto que la persona que se va a declarar con GI precisa la asistencia de una tercera persona. La sola presencia de una determinada dolencia no permite, en este sentido, reconocer que la persona que la presenta no pueda atender los actos más esenciales de la vida.

De cualquier forma, a mi parecer y al de un sector de la doctrina (Todolí Signes, 2023), no creo que sea este el criterio más acertado, pues cuando se trata de la ceguera o situación equiparable, se está ante una enfermedad de tal gravedad que hace suponer la necesidad de una tercera persona para que ayude en las funciones esenciales de la vida, no siendo razonable y adecuado indagar en su vida personal y subjetiva para analizar si requiere o no de ayuda en dicho caso concreto. Asimismo, como indica Todolí Signes (2023), «subjetivar la medicina tiene sus propios peligros», pues, por ejemplo, en Estados Unidos, desde que se han incorporado las escalas de dolor de forma subjetiva, se aumentó la prescripción de opiáceos, creando así una adicción a los medicamentos. En este sentido, si se procede a subjetivar las necesidades de las personas, se puede llevar a determinados riesgos como desincentivar la superación personal.

No obstante, otro sector estima que la doctrina del TS es correcta cuando afirma que, en el vigente marco regulatorio de la IP, no hay razones que justifiquen que el reconocimiento de la pensión de GI por deficiencia visual deba merecer un tratamiento jurídico distinto al del resto de pensiones de IP. Considera, por consiguiente, que debe aplicarse la tesis subjetiva a todas las pensiones de IP (Cavas Martínez, 2023).

Referencias bibliográficas

- Albert Embuena, V. (2017). *La incapacidad permanente contributiva. Aspectos sustantivos y procesales*. Tirant lo Blanch.
- Aránguez Sánchez, T. (2018). Endometriosis e incapacidad permanente en perspectiva de género. *Revista De Trabajo Y Seguridad Social*. CEF, 422, 61-90. <https://doi.org/10.51302/rtss.2018.1610>
- Bruna Reverter, J. (2012). *La incapacidad laboral. Problemática legal, jurisprudencial y médica*. Comares.
- Cavas Martínez, F. (2023). La ceguera no implica el reconocimiento automático de una situación de gran invalidez. *Revista de Jurisprudencia Laboral*, 4.
- INE (2020). Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2020. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/encuesta-discapacidad-autonomia-personal-situaciones-dependencia-edad-2020>
- ONCE (s. f.). La discapacidad visual. <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual>
- Rodríguez Iniesta, G. (2016). Compatibilidad de las prestaciones por incapacidad permanente. En C. Sánchez Trigueros (Dir.ª), *Compatibilidad de prestaciones de Seguridad Social con trabajo* (pp. 461-500). Aranzadi.
- Romero Coronado, J. (2010). La integración de lagunas de los periodos en los que no ha existido obligación de cotizar para la determinación de la cuantía de la incapacidad permanente absoluta en los contratos a tiempo parcial. *Aranzadi Social*, 5(3), 33-41.
- Roqueta Buj, R., Sala Franco, T., Aradilla Marqués, M. J. y García Ortega, J. (2022). *El sistema de pensiones*. Tirant lo Blanch.
- Sempere Navarro, A. V. (2008). Compatibilidad de la pensión de gran invalidez. Comentario a la STS-SOC 30 enero 2008, rec. 480/2007 (RJ 2008, 1984). *Repertorio de jurisprudencia Aranzadi*, 12, 29-41.
- Sempere Navarro, A. V. (2003). Gran invalidez de enfermo terminal. Comentario a la STS de 12 de mayo de 2003 (RJ 2003, 4076). *Repertorio de jurisprudencia Aranzadi*, 7, 295-302.
- Todoí Signes, A. (27 de abril de 2023). *Se endurecen los requisitos para obtener la gran invalidez por ceguera*. *El Tribunal Supremo cambia su doctrina clásica STS 16/03/2023*. <https://adriantodoli.com/2023/04/27/se-endurecen-los-requisitos-para-obtener-la-gran-invalidez-por-ceguera-el-tribunal-supremo-cambia-su-doctrina-clasica-sts-16-03-2023/>

Raquel Poquet Catalá. Doctora en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social por la Universidad de Valencia, licenciada en Derecho por la misma y técnica superior en Prevención de Riesgos Laborales. Profesora acreditada como profesora titular, ayudante doctora y contratada doctora por ANECA con dos sexenios de investigación reconocidos (2008-2013 y 2014-2019). Autora de diversas monografías específicas en materia laboral, así como de múltiples artículos científicos en materia de Derecho del Trabajo, Seguridad Social y prevención de riesgos laborales. <https://orcid.org/0000-0001-9606-8832>

