

LA INDEMNIZACIÓN DE LOS ACCIDENTES DEL TRABAJO QUE AFECTAN EL APARATO DE LA VISIÓN

Dr. JOSÉ CASANOVAS CARNICER

Miembro de la Real Academia de Medicina. Ayudante de la Cátedra de Oftalmología

ENTRE el conjunto de los accidentes del trabajo, los que afectan el aparato de la visión representan una cifra muy importante. SEDAN, entre unos dos millones de accidentes del trabajo registrados en Francia durante el período de un año, encontró que los accidentes oculares sumaban unos 700.000, es decir, un 34 por 100. Ciertamente es que la mayor parte de ellos son accidentes leves que sólo determinan incapacidad temporal, pero, con todo, son de tener muy en cuenta las incapacidades permanentes para el trabajo de causa ocular. Según GUTZEIT, éstas representan 7,88 % entre todas las incapacidades permanentes. Un 15 % de las cegueras, según RENICK y CARRIS, en los Estados Unidos, son causadas por accidentes del trabajo. Por esta frecuencia de las incapacidades de causa ocular, se comprende la conveniencia de que en la legislación de cada país se establezcan normas bien razonadas para que las indemnizaciones que se concedan sean justamente proporcionadas.

Lo que se refiere a las *incapacidades temporales*, poco nos ocupará, ya que, desde el punto de vista médico, el verdadero interés de la cuestión radica en el estudio de las incapacidades permanentes. La legislación referente a las incapacidades temporales del aparato de la visión, forzosamente ha de ir determinada por las líneas generales que jurídicamente se aceptan para establecer la indemnización de las incapacidades temporales en general. Así vemos que ciertos países han adoptado el sistema de los llamados «plazos de carencia». Otros siguen el procedimiento de abonar al lesionado sólo una parte del jornal (75 % en nuestra patria). Todo ello está inspirado por la idea de establecer un freno automático a la tendencia, que existe por parte de algunos lesionados, a declarar accidentes muy leves o a prolongar excesivamente el tiempo de incapacidad. Este es un problema de orden general que no podemos abordar a fondo, pero ciertamente es de lamentar que, en estos sistemas, el operario lesionado tenga que ver menguados sus ingresos a causa del accidente, ya que éste no comporta una disminución de sus gastos habituales, si no que más bien, generalmente, ocurre lo contrario. Esto se hace sentir más en nuestros tiempos en que sólo se abona el tanto por ciento del llamado «jornal básico», dejándose de percibir por lo tanto las cantidades que ordinariamente se cobran en concepto de «plus de vida cara», primas de producción, etc.

Nosotros, como oftalmólogos, a menudo nos encontramos en la precisión de dictaminar acerca de si procede o no conceder la indemnización temporal y el tratamiento correspondiente, es decir, la consideración de accidente del trabajo, a afecciones de naturaleza traumática dudosa (desprendimiento de retina, glaucoma traumático, ciertas atrofas ópticas, etc.). El problema en general no se plantea para las afecciones muy leves, como, por ejemplo, ciertas conjuntivitis en las que se alega la etiología traumática, ya que la discusión formal del asunto necesitaría el transcurso de cierto tiempo y gastos mayores que los que se derivan de la aceptación del accidente. En cambio en las afecciones que pueden determinar un déficit funcional definitivo el peritaje del oftalmólogo entraña una gran responsabilidad, siendo necesario que éste proceda con el mayor rigor científico y ecuanimidad.

Dicho ya esto acerca de la incapacidad temporal, pasemos a tratar de la *incapacidad permanente*.

En nuestro país la Ley de Accidentes del Trabajo de 1932 y el Reglamento de 1933, establecieron tres tipos de indemnización: Incapacidad parcial (25 % del jornal), total para su trabajo habitual (37,5 %) y total para todo trabajo (50 %). Por Decreto de 1943 se han elevado estas indemnizaciones a 35, 50 y 100 %, respectivamente. La total absoluta puede llegar a ser de 150 % en los casos de grandes inválidos que necesiten ser cuidados por otra persona.

Por lo que respecta al aparato de la visión, el Reglamento vigente especifica que la pérdida de la visión completa de un ojo, si subsiste la del otro, se indemnizará como la incapacidad parcial permanente para el trabajo habitual. En la misma forma deberán indemnizarse las lesiones que se consideren capaces de producir la misma incapacidad para el trabajo habitual (Art. 13, e). En la práctica se han equiparado a la «pérdida de la visión completa de un ojo», los casos en que la agudeza visual haya quedado inferior a una décima.

La pérdida de un ojo, si queda reducida la visión del otro en menos de un 50 % y las lesiones similares que produzcan la misma incapacidad se deben indemnizar como casos de incapacidad total para la profesión habitual. Como incapacidad absoluta para todo trabajo se indemnizarán la pérdida de un ojo «si queda reducida en más de un 50 % la fuerza visual del otro» y las lesiones similares que produzcan la misma incapacidad.

En la práctica, el 50 % de visión y de «fuerza visual» a que aluden los artículos del Reglamento, vienen interpretándose como la agudeza visual de cinco décimas apreciada en las escalas de optotipos más corrientes.

Por sentencias del Tribunal Supremo, ha sido concedida también la indemnización en algunos casos en los que la visión del ojo lesionado quedó igual o inferior a tres décimas.

Como se ve, pues, nuestra legislación da unas normas muy amplias y no encontramos en ellas especificada la gran variedad de formas en que puede resultar disminuida la capacidad funcional del aparato de la visión a consecuencia de accidentes del trabajo. En este punto, cabe preguntarse si son preferibles las legislaciones sencillas, simplificadas, o mejor las minuciosas o complicadas. Parece debe responderse prefiriendo las primeras. En efecto, por muy detallado que sea el Reglamento no podrá descender a múltiples particularidades de carácter técnico de difícil aplicación en cada caso. Por ello nos parece preferible que más que un artículo extremadamente minucioso la Ley exponga los tipos principales de incapacidad y conceda cierto margen para que el perito pueda establecer con alguna elasticidad la indemnización correspondiente a cada caso. Se trata de cuestiones que muchas veces llevan inherentes una complejidad técnica que sólo un buen perito puede resolver.

Aunque es un problema de orden general en que no podemos insistir ahora, parece sería de desear se reglamentara oficialmente la designación del peritaje para que éste ofreciera en todo caso las necesarias condiciones de competencia e imparcialidad. Desde luego, el perito ha de ser especializado, es decir, las lesiones que afectan al aparato de la visión han de ser apreciadas exclusivamente por oftalmólogos. Se ha señalado la conveniencia de que, además del Médico, interviniera en el peritaje un técnico del oficio en cuestión que dictaminara acerca de la aptitud del lesionado para aquel oficio aceptando el valor funcional que pudiéramos llamar *abstracto* y que establece el médico. Esta complicación nos parece en general innecesaria. Los médicos que se ocupan de estas cuestiones deben saber bastante aproximadamente la aptitud funcional que requieren los distintos oficios estableciendo grupos entre ellos, de mayor a menor exigencia, aunque sin que sea necesario llegar a la minuciosidad de Mihalyhegyi que para el aparato de la visión establece diez grupos de oficios, entre los cuales cataloga todos los imaginables, dando a cada grupo una puntuación que se debe sumar o restar al porcentaje establecido según las normas generales.

La valoración de las incapacidades para el trabajo ha sido bien estudiada en extensas obras de carácter general. Por lo que respecta al aparato de la visión, la Bibliografía referente a este tema es muy vasta. Sin entretenernos mucho en ella quisiéramos exponer algunas normas que, según nuestro personal criterio, nos parecen aceptables para la valoración de los distintos tipos de incapacidad visual permanente.

Estado anterior al accidente

Mientras no se pueda demostrar lo contrario hay que conceder que los dos ojos eran normales antes de suceder el accidente. En algunos casos, sin embargo, es evidente al primer examen la existencia de lesiones antiguas. Estas son en unos casos consecuencia de otros accidentes del trabajo y a veces independientes de ellos. En el primer caso si han sido indemnizados ello debe constar en el Registro de la Caja Nacional del Seguro lo que evita que se indemnicen dos veces. Si no se indemnizó la incapacidad consiguiente al primer accidente, es lógico que el patrono o la empresa aseguradora del accidente último indemnice el déficit funcional global, ya que al emplear el obrero y no haber hecho constar previamente ninguna incapacidad se le consideró como sano. En estos casos, la utilidad de la cartilla sanitaria defendida por algunos autores nos parece dudosa, ya que en su redacción fácilmente podían existir omisiones (afecciones desconocidas u ocultadas por el interesado, etc.) que podrían dar lugar ulteriormente a reclamaciones injustas. Por otra parte esta cartilla, de ser completa en el detalle de todas las pequeñas deficiencias orgánicas, dificultaría a muchos obreros encontrar trabajo, por lo que lógicamente sería mal acogida.

En el certificado de baja, desde luego, debe hacerse constar todo defecto anterior que existiera para, en su caso, poder tenerlo en cuenta en el momento de establecer la indemnización.

Lesiones en un ojo

Para valorar las indemnizaciones correspondientes a las pérdidas de función visual en un solo ojo debemos comenzar por establecer lo que corresponde a la pérdida total de la visión de un ojo. Según la fórmula de Zehender la pérdida de un ojo debe indemnizarse con un 33 %, admitiendo que el ojo restante adquiere un valor doble. Ya hemos indicado que en nuestra patria la pérdida de un ojo se indemniza con un 35 % del jornal. Los casos en que la agudeza visual restante sea inferior a una décima se equiparan a la pérdida del ojo. En otros países, cuando el ojo ha de ser enucleado la indemnización es algo mayor y si, debido a graves lesiones conjuntivales u orbitarias, resulta imposible el empleo de una prótesis la indemnización se eleva aún algo más teniendo en cuenta las desventajas que la deformidad facial representa para que el obrero pueda encontrar trabajo. Nos parece acertado que se tengan en cuenta, al indemnizar, los defectos estéticos de grado acentuado, si van acompañados de otras alteraciones que deban ser indemnizadas.

Veamos ahora cómo deben indemnizarse las pérdidas parciales de visión de un ojo; es decir, los casos que quedan con agudezas visuales iguales o superiores a una décima. Aunque algunos autores dan tablas en que se valora incluso la pérdida de una décima de agudeza visual en general se tiende a desaconsejar las pequeñas indemnizaciones llamadas en Alemania «Schnapsrente» (rentas para aguardiente). En Alemania se conceden las indemnizaciones a partir del 10 %. Italia empieza la escala de indemnizaciones abonando un 10 % cuando la agudeza visual restante es de seis décimas.

Desde luego, el valor que debe atribuirse a cada décima perdida no puede ser igual. Así, por ejemplo, la décima de 1 a 0,9 vale sin duda muchísimo menos que la de 0,1 a 0. Han sido propuestas numerosas tablas para establecer el grado de invalidez teniendo en cuenta la indemnización legal de cada país para la pérdida total de la visión de un ojo y los diferentes puntos de vista de cada autor. Así Groenouw da una tabla para oficios *visuales* y otra para los *supervisuales*. Sená, en Argentina (1941), propone una tabla de indemnizaciones que extractamos:

V	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,05
Invalidez	6 %	9 %	13 %	18 %	24 %	32 %	42 %

Digna de mención nos parece también la de Gersun (Rusia, 1934), que, reducida es la siguiente:

V	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,05 o menor
Invalidez	5,6	7,7	10,2	13,4	17,0	25,6	33,3

En cuanto a la cuestión de la corrección óptica de las secuelas de los accidentes o de los defectos de refracción preexistentes, se tomará como punto de partida para establecer la indemnización, la agudeza visual que pueda alcanzarse con cristales que sean perfectamente tolerados por el lesionado. Por esta razón la afaquia de un ojo, siendo el otro sano, deberá indemnizarse aunque la visión con corrección llegue al entero.

No sólo las lesiones que acarrearán disminución de la visión central deben ser indemnizadas, sino que lógicamente deben serlo también las alteraciones del campo visual, las diplopias y además el caso especial, que acabamos de apuntar, de la afaquia.

La pérdida de la parte temporal o inferior del campo visual de un ojo, de indemnizarse, nos parece, con un 5 a 10 % y las graves retracciones concéntricas (por dentro de los 10°, con un 15 %. La suma de las indemnizaciones que se concedan por este concepto más las debidas a otros (agudeza, etc.), sólo se abonarán hasta el 33 %. Las parálisis oculares que ocasionen una molestia diplopia, se indemnizarán aunque menos que la pérdida del ojo, ya que éste queda, cuando menos, como un órgano de reserva. La indemnización oscilará alrededor de un 15 %, y será tanto mayor cuanto más extensa sea la parte del campo de mirada en que aparezca la diplopia. Si ésta aparece en la parte inferior del campo de mirada, estorba más que en la parte superior, y ello ha de tenerse en cuenta al fijar la indemnización.

Como hemos señalado, la afaquia deberá indemnizarse ya que, además de la agudeza visual de cada caso, habrá que tener en cuenta la falta de visión binocular, la pérdida de la acomodación y otros inconvenientes propios de la pérdida del cristalino. En algunos estados de Norteamérica se indemniza la agudeza visual que se obtiene con un cristal cuya refracción no difiera de la del otro ojo en más de 4 dioptrías.

Pueden darse aún otros casos especiales que deben ser apreciados también debidamente al fijar la indemnización, por ejemplo: Obstrucción incurable de vías lagrimales, entropión en el lesionado que no quiera ser operado o reoperado, oftalmoplejía intrínseca, ptosis, lagoftalmia, etc. Aunque las indemnizaciones a establecer por cada uno de estos conceptos no deben en general, por sí solas, sobrepasar un 10 % han de ser tomadas en consideración para aumentar las que correspondan a otras lesiones coexistentes que determinen un mayor déficit funcional.

Lesiones en los dos ojos

La pérdida de visión de los dos ojos, puede ser tan considerable que impida al lesionado el ejercicio de todo trabajo. Esta «ceguera profesional» se da en los casos en que la agudeza visual es marcadamente inferior a una décima en el ojo mejor. La «American Medical Association» en una ponencia destinada al estudio de dichos temas, fija dicho límite en la agudeza visual inferior a $\frac{20}{220}$. Algunos autores (Axenfeld, Coutela) sólo consideran como casos de ceguera profesional aquellos en que la agudeza visual es inferior a $\frac{1}{20}$. Desde luego, siempre estos grados tan escasos de visión deben considerarse de incapacidad total aunque sean superiores en grado de visión a la «ceguera absoluta» ($V = 0$) o a la llamada «ceguera práctica» ($V = \frac{1}{100}$).

Para los casos en que existe disminución de la visión de los dos ojos sin llegar a la ceguera bilateral han sido establecidas por numerosos autores diversas fórmulas que pretenden establecer el grado de incapacidad que corresponde. La de Zehender es una de las más extendidas:

$$Z = 100 \left(1 - \frac{2a + b}{3} \right)$$

En ella Z corresponde al tanto por ciento de incapacidad, a es la agudeza del ojo mejor y b la del ojo peor.

Una fuente de inexactitud de esta fórmula y otras análogas radica en el principio de la construcción de las escalas corrientes de optotipos en las que el salto de una a otra línea se hace de décima en décima siguiendo una progresión aritmética mientras que para la debida exactitud la progresión debiera ser geométrica y expresada en tanto por ciento de agudeza visual.

Ostrooumoff ha establecido una tabla de invalidez que tiene la ventaja de valorar debidamente las diferencias de tamaño entre los optotipos graduados de décima en décima. Para ello adjudica a cada línea de la escala la correspondiente cifra que se denomina *índice*. Estos índices se calculan del siguiente modo:

Fijémonos para empezar en la línea $V = 0,9$. La diferencia de agudeza visual entre esta línea y la que le precede es de 0,1. Se relaciona esta diferencia con la V de la línea considerada y con la V de la línea precedente, el promedio entre

Desde luego, en tablas como la precedente sólo se tiene en cuenta la visión central de los dos ojos, pero como hemos indicado, además de ella se deben tomar en consideración varios otros factores que pueden tener mucha importancia. Nos referimos a la extensión del campo visual, a la diplopia, etc., aparte de circunstancias de otro orden como el oficio del lesionado, su edad, etc. En América del Norte, según Sandford R. Gifford, varios Estados han adoptado las bases propuestas, en esta cuestión, por la «American Medical Association». Según ellas, deben establecerse aisladamente los porcentajes de eficiencia correspondientes respectivamente a la agudeza, al campo visual y a la función muscular. Para la agudeza se da una escala de índices correspondientes a las diferentes agudezas visuales. Para el campo visual se fijan los apropiados patrones: un campo visual de 5° corresponde a la pérdida industrial del C. V. Se ha establecido un C. V. *standard* para un índice blanco de 1.º y una iluminación superior a tres bujías-pie, explorándose ocho radios y sumando las cifras que en cada radio expresan los grados de extensión del campo. La suma de las cifras de los ocho radios se divide por 420 que es la que se corresponde al *minimum fisiológico*.

Para la diplopia se utiliza la «industrial motor field chart» con 20 áreas, cada una de ellas de 4.º × 5.º de superficie. Según el número de dichas áreas en las que se presente la diplopia corresponderá un porcentaje, mayor o menor, de eficiencia funcional.

La eficiencia visual restante después del accidente se establece multiplicando los porcentajes que quedan para la agudeza, el campo y la función motora, una vez restados los porcentajes de pérdida sufrida.

La capacidad de trabajo de un lesionado después de una pérdida de función en ambos ojos se calcula siguiendo las normas de la «American Medical Association» aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{(V \text{ del ojo peor} \times 1) + (V \text{ del ojo mejor} \times 3)}{4}$$

Examinemos, ahora, dos tipos de disminución de la función visual de ambos ojos que difícilmente pueden ser incluidos para su valoración en simples fórmulas: Las hemianopsias y la afaquia bilateral.

Las hemianopsias en cuadrante ocasionan relativamente pocos trastornos aunque deben indemnizarse (del 10 al 15 %). De las hemianopsias horizontales, muy raras, las superiores estorban mucho menos que las inferiores. A las primeras podría corresponder una indemnización de 15 % y a las inferiores de un 30 %. De las heterónimas, raras también, la binasal es mucho menos molesta que la bitemporal (se indemnizarían respectivamente con un 10 y un 70 %). Las hemianopsias homónimas ocasionan un grado de incapacidad superior al que determina la pérdida de un ojo. Las hemianopsias derechas deben indemnizarse algo más que las izquierdas, de no tratarse de un sujeto zurdo. En general, podría concederse a las hemianopsias derechas un 55 % y a las izquierdas 40 %. Las retracciones concéntricas de grado acentuado deben indemnizarse de un 30 al 60 % teniendo en cuenta la amplitud del campo visual restante y la agudeza visual.

La suma de las indemnizaciones que se concedan por alteraciones del campo visual más las debidas a otras causas (agudeza, etc.), sólo se abonarán hasta un máximo del 70 % en las afecciones binoculares.

En cuanto a la afaquia bilateral si la agudeza visual postoperatoria es buena en los dos ojos puede ocurrir que al haber operado la segunda catarata el lesionado venga a utilizar un ojo que no empleaba cuando su afaquia, antes del segundo accidente, era unilateral. Claro está que ello no representará ni mucho menos una disminución de su indemnización, ya que, en el mejor de los casos, se ha de tener en cuenta el perjuicio que representa la pérdida completa de la acomodación, la necesidad de usar gruesos cristales correctores y otras incomodidades y peligros inherentes a las afaquias en general. La afaquia bilateral con $V=1$, previa corrección, se debe indemnizar algo más que la pérdida de un ojo.

En la afaquia en ojo único (sin visión en el congénere) y en la binocular, la agudeza visual obtenida con corrección se dividirá por 3 y se partirá del cociente o cocientes obtenidos para hallar la incapacidad correspondiente mediante el precedente cuadro.

Finalmente, nos referiremos al problema que a veces se presenta en afecciones del aparato de la visión que pudiendo ser remediadas por una intervención, ésta es rechazada por el lesionado, quedando por ello con una incapacidad. Creemos que en este caso debe indemnizarse aun cuando en la más grave de las posibilidades, se pierda la visión de los dos ojos, como puede ocurrir por ejemplo en la

oftalmía simpática. El médico salva su responsabilidad haciendo constar que ha expuesto debidamente la necesidad de la intervención, pero no puede negarse al lesionado el derecho a dudar del acierto del consejo técnico o del resultado de la operación; si al no querer ser intervenido le ocurre al lesionado, por su ignorancia o desconfianza, mayores males, no debe añadirse a su desgracia el castigo de privarle de apoyo económico en su incapacidad.

Existiendo legalmente la posibilidad de someter al lesionado a ulteriores revisiones, durante un plazo suficientemente prolongado, se evitaría todo posible abuso, esto es, que algún lesionado se negara a la operación para cobrar la indemnización y una vez ésta concedida se hiciera operar por su cuenta.

BIBLIOGRAFIA

- ALVARO. — Arch. Soc. Med. Leg. S. Paulo, 5, 39; 1935. Zb. O. 34, 335.
 AMMAN. — Schw. Oph. Gesell. 19, 1932. Zb. O. 30, 296.
 ANDRÉS, DE. — Accidentes del Trabajo, Valladolid, 1929.
 AUBINEAU. — Les accidents oculaires du travail. Paris, 1914.
 AXENFELD. — Kl. M. f. Aug. 51, I, 83; 1913.
 COMBERG. — Schw. med. W. 67, 779; 1937.
 » — Kl. M. f. Aug. 110, 340; 1944.
 COUTELA. — Traite d'Opht. Bailliart, etc. T. VIII.
 CRAMER. — Kurzes Hand. Oph. Schieck y Brückner IV, 561.
 DAVIDSON. — Bol. Dep. del Trabajo. Nueva York. Arch. O. H. A. 1932.
 ESTEBAN. — Rev. Med. Soc. Madrid, 5, 93; 1942.
 EYDELNANTH. — Ann. d'Oc. 1936, 469.
 FUCHS. — Lehrbuch der Aug. XV Auf. 702.
 GALA. — Bratislav. lek. Listy 15, 661; 1935. Zb. O. 34, 558.
 GANGSTRÖM. — Nord. Med. 1944, 3354. Zb. O. 49, 18.
 GERSUN. — Sovet. vestn. Oftal. 4, 487; 1935. Zb. O. 32, 53.
 GIFFORD. — A Textbook of Opht. 1941.
 GREGORIO. — VI. Cong. intern. Acc. Trabajo. 1931, 960.
 GUTZEIT. — Monats. Unfallheilk. 40, 600; 1934. Zb. O. 31, 251.
 HANNON y BONNET. — Rev. Asoc. med. Arg. 48, 1179; 1934.
 HEINE. — Z. Aug. 82, 1; 1933.
 JUNNIUS. — Zb. O. 27, 142; 1932.
 MIHALYHEGY. — Ophtalmologica, 1942, 185.
 MINTON. — Trans. O. S. U. K. 59, 1, 337; 1939.
 OSTROUMOFF. — Cit. por Eydelenanth.
 PANNENTON. — Ann. d'Oc. 168, 905; 1931.
 RICCHI. — I trumi dell'occhio. Bologna, 1929.
 SCHMIDT. — Deut. Opht. Gesell. 1940. 1940. Zb. O. 45, 639.
 SELLAS. — Cong. Med. del Trabajo. Bilbao, 1943.
 SENÁ. — Accidentes oculares del trabajo. Buenos Aires, 1941.
 SLAVIK. — Ceskoslov. Oph. Zb. O. 36, 587. 1935.
 VILLARD. — Que vaut un oeil?
 WALKER. — Amer. J. Oph. III, 15, 228; 1932.
 WÄTZHOLD. — Zb. O. 29, 456.
 ZAHOR. — Ceskoslov. Oph. 2, 15; 1935. Zb. O. 34, 335.
 ZOLTAN. — Atti Cong. Soc. Oph. Ital. 887; 1935. Zb. O. 35, 560.