

Discapacidad visual grave como lesión determinante de gran invalidez y posibilidad incierta de recuperación

Comentario a la STS/SOC 469/2022, de 24 de mayo (recud. 2427/2019)

Severe visual impairment as a determining injury of great disability and uncertain possibility of recovery

Comment to STS/SOC 469/2022, of May 24 (recud. 2427/2019)

FAUSTINO CAVAS MARTÍNEZ *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Murcia*

 <https://orcid.org/0000-0002-2111-0693>

Cita Sugerida: CAVAS MARTÍNEZ, F.: «Discapacidad visual grave como lesión determinante de gran invalidez y posibilidad incierta de recuperación. Comentario a la STS/SOC 469/2022, de 24 de mayo (recud. 2427/2019)». *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*. 33 (2022): 99-105

Resumen

La jurisprudencia viene caracterizando como supuesto determinante del reconocimiento de una gran invalidez a la ceguera bilateral sobrevenida después de la afiliación al sistema de Seguridad Social o por agravación de lesiones preexistentes. Constatada la incapacidad de la persona beneficiaria para realizar los actos esenciales de la vida diaria sin la asistencia de otra persona, y habiéndose sometido previamente a varias intervenciones con deficientes resultados, no es obstáculo para el reconocimiento de la gran invalidez la negativa de aquélla a pasar por una nueva intervención quirúrgica, que los servicios médicos oficiales plantean como una recomendación con opciones de mejora en su agudeza visual, pero sin que la recuperación se revele con total certidumbre.

Abstract

Jurisprudence has been characterizing as an alleged determinant of the recognition of a great disability to bilateral blindness that occurred after affiliation to the Social Security system or due to aggravation of pre-existing injuries. Having noted the inability of the beneficiary to perform the essential acts of daily life without the assistance of another person, and having previously undergone several interventions with poor results, the refusal of the beneficiary to undergo a new surgical intervention, which the official medical services propose as a recommendation with options for improvement in their visual acuity, is not an obstacle to the recognition of the great disability, but without the recovery being revealed with total certainty.

Palabras clave

discapacidad visual grave; gran invalidez; asistencia sanitaria; Tribunal Supremo; jurisprudencia

Keywords

severe visual impairment; major disability; health care; Supreme Court; jurisprudence

1. PROBLEMA SUSCITADO

La STS/SOC de 24 mayo 2022 (recud. 2427/2019), de la que ha sido ponente la magistrada Concepción Rosario Ureste García, aborda una cuestión sumamente interesante en relación con la caracterización de la ceguera total como causa determinante de reconocimiento de gran invalidez. En concreto, procede dirimir si la persona que tiene reconocida una incapacidad permanente absoluta por discapacidad visual grave tiene la obligación de someterse o no al riesgo de una intervención quirúrgica para determinar si las lesiones son o no definitivas en orden al reconocimiento de una gran invalidez.

2. DESCRIPCIÓN DEL SUPUESTO DE HECHO Y ANTECEDENTES PROCESALES

Un trabajador afiliado y de alta en el Régimen General de la Seguridad Social, con profesión jefe de almacén agrícola, tiene reconocida una incapacidad permanente absoluta en virtud de resolución administrativa de la Dirección Provincial del INSS, por la que se revisa otra resolución anterior en la que no se le declaró afecto de incapacidad permanente por no considerarse las lesiones definitivas. En el Informe de Valoración Médica se refiere que el solicitante, nacido en 1957, con profesión habitual de jefe de almacén agrícola, presenta como limitaciones orgánicas y funcionales una patología de pérdida de agudeza visual que se objetiva con antecedentes de miopía, desprendimiento de retina e hipermetropía secundaria, cirugía de cataratas de baja agudeza visual, con corrección de 0,03 en el ojo derecho y en ojo izquierdo cuenta dedos. En el ojo derecho la baja agudeza visual es provisional por antecedentes de miopía, pero con ojo estable y catarata susceptible de tratamiento quirúrgico, y por lo tanto hipotéticamente con posibilidad de mejora. De lo dicho se desprende que las lesiones que presenta son previsiblemente definitivas, a no ser que el trabajador se someta a una intervención quirúrgica de cataratas que mejore su agudeza visual.

Los servicios sociales de su lugar de residencia le han reconocido una discapacidad del 76% por pérdida de agudeza visual binocular grave y trastorno de la afectividad.

En cuanto al grado de dependencia, el resultado total obtenido es de 3 puntos (la independencia se obtiene con 8 puntos y la dependencia máxima equivale a 0 puntos), siendo 0 puntos la puntuación obtenida en la realización de compras, transporte, toma de medicación, preparación de la comida, etc.

En la instancia se reconoció al beneficiario el complemento de gran invalidez, por enfermedad común, teniendo reconocido el de incapacidad permanente absoluta en el año 2018, previa denegación en el 2017, y aplicando la doctrina jurisprudencial referente a la denominada ceguera legal. Se hace constar que por el servicio de oftalmología se recomendaba cirugía de catarata en OD y que no esperase más.

Frente a dicha sentencia interponen recurso de suplicación la TGSS y el INSS, el cual es estimado por STSJ País Vasco de 2 de abril de 2019, entendiendo que el beneficiario debe mantener el grado de incapacidad permanente absoluta, no la gran invalidez. La Sala vasca razona que la valoración global del cuadro patológico, en relación a la falta de agudeza visual en los dos ojos, debería llevar aparejado el reconocimiento inicial peticionado sobre GI, pero que estas lesiones no revisten el carácter permanente o definitivo de la pérdida de visión al ser susceptibles de tratamiento quirúrgico y posible mejoría de la agudeza visual.

El demandante interpone contra esta segunda sentencia recurso de casación para la unificación de doctrina, aportando como sentencia de contraste, para sostener la existencia de contradicción exigida por el art. 219.1 LRJS, la dictada por la Sala de lo Social del TSJ Extremadura de 10 junio 2005 (rec. 236/2005), confirmatoria de la sentencia de instancia que declaró al actor afecto de incapacidad permanente total. El mismo había sufrido un accidente de trabajo en 2002 con el diagnóstico de esguince deltoideo del tobillo izquierdo y en 2000 una fractura de calcáneo izquierdo por accidente no laboral. Ulteriormente, sufre dos esquinces agudos de tobillo izquierdo en 2001 y 2002 de origen profesional. El 9 de marzo de 2004 se emitió informe médico de síntesis, proponiéndose la declaración de estar afecto de lesiones permanentes no invalidantes, propuesta que es aceptada por el INSS. Se dictó sentencia firme por el TSJ de Extremadura, en la que se declaraba que la IT del trabajador, calificada finalmente como lesiones permanentes no invalidantes, derivaba de contingencia común. El actor presentaba el siguiente cuadro clínico residual: secuelas de esguince de tobillo en pie izquierdo en septiembre de 2001, septiembre de 2002 con antecedente previo de fractura de calcáneo y artrodesis triple del tobillo izquierdo. Marcado hundimiento talámico y artrosis subastragalina evolucionada y clínicamente mal tolerada. La Sala de suplicación razonó que no cabe imponer jurídicamente a un trabajador la obligación de someterse a una operación quirúrgica, siempre arriesgada, ni tal posibilidad

constituye impedimento legal para calificar unas lesiones residuales o secuelas de permanentes o previsiblemente definitivas, por cuanto no puede subordinarse la calificación al resultado de la misma, que nunca garantizará en términos absolutos la curación.

El Ministerio Fiscal argumenta que entre las sentencias comparadas no existe la contradicción requerida por el art. 219 LRJS, por ser la naturaleza de las lesiones padecidas por los actores diferentes, al igual que el grado de incapacidad reclamado, no concurriendo, por tanto, identidad en los debates planteados y resueltos en ambas resoluciones.

La representación letrada de la Administración de la Seguridad Social afirma en primer término que no concurren los requisitos de identidad exigibles para sustentar el recurso de casación pretendido; seguidamente, la falta de contenido casacional, y niega, en fin, la existencia de infracción legal ni quebrantamiento de doctrina, dado que las posibilidades terapéuticas no están agotadas, las lesiones no son previsiblemente definitivas, sino todo lo contrario, ya que por la sanidad pública se recomienda la intervención de cataratas para recuperar la agudeza visual perdida a causa de las mismas.

La Sala Cuarta del TS entiende superado el presupuesto de contradicción y entra a examinar el fondo del asunto, pues en ambos supuestos se postulan prestaciones por razón de incapacidad, siendo denegada en la resolución impugnada y reconocida en la de contraste. Mientras que la sentencia referencial la concede apreciando que no existe obligación de sometimiento a una intervención quirúrgica y que esta no puede constituir un impedimento para la calificación del carácter permanente o previsiblemente definitivo de las lesiones, la decisión recurrida argumenta que las lesiones no tienen el carácter permanente o definitivo de la pérdida de visión al ser susceptible de tratamiento quirúrgico y posible mejoría de la agudeza visual, y atendido que el actor se niega a la correspondiente intervención, no le otorga la prestación que postulaba. En ambos casos consta el sometimiento a cirugías anteriores.

3. DOCTRINA JURISPRUDENCIAL SOBRE LA CEGUERA BILATERAL COMO SUPUESTO TÍPICO DE GRAN INVALIDEZ

La ceguera bilateral fue establecida como supuesto típico de GI por el art. 42 del Reglamento de Accidentes de Trabajo de 2 de junio de 1956 [derogado, pero todavía aplicable con carácter orientativo], el cual fue ratificado por el todavía vigente Decreto 1328/1963, de 5 de junio, sobre calificación de «Gran Invalidez» de los trabajadores que pierdan la visión en ambos ojos en accidente de trabajo, en cuya Exposición de Motivos se insistía en la consideración de que “el invidente, efectivamente, necesita la ayuda de otra persona para los actos más esenciales de la vida”.

A estas alturas existe ya una consolidada doctrina jurisprudencial sobre los requisitos que han de concurrir para que las lesiones oculares graves, entre las que se encuentra la ceguera total, sean susceptibles de provocar una GI. Tales criterios pueden resumirse del siguiente modo:

a) Se asimila a ceguera total, a efectos de su consideración como GI, la agudeza visual inferior a una décima en ambos ojos, o que se limite a la práctica percepción de luz o a ver “bultos” o incluso “dedos”, siendo las lesiones posteriores a la afiliación a la Seguridad Social, no debiendo excluir tal calificación de GI la circunstancia de quienes, a pesar de acreditar tal situación, 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 los que puedan llegar a efectuar trabajos

no perjudiciales con su situación, con lo que, además, se evita cierto efecto desmotivador sobre la reinserción social y laboral de quien se halla en tal situación¹.

b) Los “actos más esenciales de la vida” son los “los encaminados a la satisfacción de una necesidad primaria e ineludible para poder fisiológicamente subsistir o para ejecutarlos actos indispensables en la guarda de la seguridad, dignidad, higiene y decoro fundamental para la humana convivencia”².

c) Basta la imposibilidad del inválido para realizar por sí mismo uno sólo de los “actos más esenciales de la vida” y la correlativa necesidad de ayuda externa, como para que proceda la calificación de GI, siquiera se señale que no basta la mera dificultad en la realización del acto, aunque tampoco es preciso que la necesidad de ayuda sea constante³.

d) No procede reconocer el grado de GI, sino el de incapacidad permanente absoluta, a un trabajador que con anterioridad a su afiliación en el sistema de Seguridad Social presentaba patologías que ya hacían necesaria la ayuda de una tercera persona, y cuyas dolencias se ven agravadas con posterioridad por un traumatismo que le impide realizar el trabajo que venía desempeñando⁴.

e) Procede el reconocimiento de GI al trabajador o trabajadora (por más señas, de la ONCE) cuyas lesiones han evolucionado hasta la ceguera absoluta respecto a las presentadas al momento de la afiliación, sin que las dolencias visuales que justifican la necesidad de asistencia de tercera persona estuvieran ya presentes en el momento de la afiliación al sistema de Seguridad Social⁵.

4. SOBRE LA NECESIDAD O NO DE AGOTAR TODAS LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA CALIFICAR LAS LESIONES COMO DEFINITIVAS

El artículo 193 TRLGSS establece en su apartado 1 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.” Y en el siguiente párrafo, añade: “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.”

En el supuesto analizado por la STS/SOC 469/2022, no se cuestiona que el beneficiario presenta dolencias suficientes para el reconocimiento del grado de GI que demanda, pues la propia sentencia impugnada reconoce que en la actualidad concurre una ceguera legal o visión prácticamente inexistente. La discusión se plantea en relación con los efectos de su decisión de no someterse a una intervención quirúrgica, pese a la existencia de una recomendación médica de cirugía de cataratas en

¹ SSTS/SOC de 3 marzo 2014 (rcud 1246/2013); 10 febrero 2015 (rcud 1594/2004); 20 abril 2016 (rec. 2977/2014); 4 diciembre 2019 (rcud. 2737/2017); 22 mayo 2020 (rcud 192/2018); 11 noviembre 2020 (rcud. 3347/2018); 19 abril 2021 (rcud. 5046/2018); 1 diciembre 2021 (rcud. 505/2019) y 19 abril 2022 (rcud. 2159/2019).

² Así, SSTS/SOC de 19 enero 1984 (Ar. 70), 27 junio 1984 (Ar. 3964), 23 marzo 1988 (Ar. 2367), 26 junio 1988 (Ar. 2712) y 19 febrero 1990 (Ar. 1116).

³ En tales términos, las SSTS/SOC de 19 enero 1989 (Ar. 269), 23 enero 1989 (Ar. 282), 30 enero 1989 (Ar. 318) y 12 junio 1990 (Ar. 5064).

⁴ SSTS/SOC de 19 julio 2016 (rcud. 3907/2014); 17 abril 2018 (rcud. 970/2016); 19 julio 2018 (rcud. 566/2018); 25 septiembre 2020 (rcud. 4716/2018); 29 septiembre 2020 (rcud. 1098/2018); 30 septiembre 2020 (rcud. 1090/2018).

⁵ SSTS/SOC de 13 julio 2021 (rcud. 4780/2018); 14 julio 2021 (rcud. 1551/2019) y 23 noviembre 2021 (rcud. 5104/2018).

el ojo derecho, que no habría de depararle un mayor perjuicio, antes al contrario, podría traducirse en una mejoría de su agudeza visual.

La Sala Cuarta recuerda en este plano de análisis la premisa de la que partía la STS 2137/1987, de 25 de marzo - "... una intervención quirúrgica no puede ser impuesta contra la voluntad del paciente..."-, de la que se hace eco la sentencia de contraste. Igualmente, el Tribunal Constitucional, en STC 48/1996, de 25 de marzo, afirmaba que el derecho a la integridad física y moral no consiente que se imponga a alguien una asistencia médica en contra de su voluntad, cualesquiera que fueren los motivos de esa negativa. Y en esta dirección ahonda también el contenido del artículo 193.1 TRLGSS, al disponer, como se ha indicado, que 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.

La crónica fáctica se la sentencia de instancia, confirmada en suplicación, refiere las conclusiones médicas acerca de la baja agudeza visual en el ojo derecho - "provisional por antecedentes de miopía, pero con ojo estable sin factores predisponente y catarata susceptible de tto. quirúrgico y por tanto de mejorar la agudeza visual"-, así como la negativa a la intervención.

Pero no cabe desconocer que el solicitante se sometió previamente a diversas intervenciones, dando con ello cumplimiento a la premisa legal de que la calificación de las lesiones permanentes como previsiblemente definitivas haya estado precedida del sometimiento por el trabajador al "tratamiento prescrito". En efecto, la Sala Cuarta pondera el hecho de que el trabajador ya sufrió cirugía refractiva mediante laser (1997), desprendimiento de retina tratado quirúrgicamente (vitrectomía y criocoagulación en 2006), y cirugía de catarata en 2008, y que le fue reconocido un grado de discapacidad del 76% por pérdida de agudeza visual binocular grave y trastorno de la afectividad. La disminución objetiva y grave de la capacidad del trabajador es incuestionable, ello tras haber seguido los tratamientos prescritos, que, respecto del OI, tras diversas intervenciones, han abocado a simplemente contar dedos, y en el OD a una valoración del 0,03, que se califica de provisional por la posibilidad de otra intervención, que el interesado no consiente.

Seguidamente, se trae nuevamente a colación la doctrina constitucional elaborada en torno al artículo 15 CE, que de forma repetida (recopilada, entre otras, en las SSTC 220/2005, de 12 de septiembre, FJ 4, y 160/2007, de 2 de julio, FJ 2), expresa "la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular" SSTC 120/1990, de 27 de junio, FJ 8, y 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5). Estos derechos, destinados a proteger la "incolumidad corporal" (STC 207/1996, de 16 de diciembre, FJ 2), "han adquirido también una dimensión positiva en relación con el libre desarrollo de la personalidad", orientada a su plena efectividad, razón por la que "se hace imprescindible asegurar su protección no sólo frente a las injerencias ya mencionadas, sino también frente a los riesgos que puedan surgir en una sociedad tecnológicamente avanzada" (STC 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5). De ahí que para poder apreciar la vulneración del art. 15 CE no sea preciso que la lesión de la integridad se haya consumado, sino que basta con que exista un riesgo relevante de que la lesión pueda llegar a producirse (STC 221/2002, de 25 de noviembre, FJ 4). Además de ello, el TC ha afirmado que el derecho a que no se dañe o perjudique la salud personal queda también comprendido en el derecho a la integridad personal (STC 35/1996, de 11 de marzo, FJ 3), aunque no todo supuesto de riesgo o daño para la salud implique una vulneración del derecho fundamental, sino tan sólo aquél que genere un peligro grave y cierto para la misma (SSTC 119/2001, de 24 de mayo, FJ 6, y 5/2002, de 14 de enero, FJ 4). Este derecho fundamental conlleva una facultad negativa, que implica la imposición de un deber de abstención de actuaciones médicas salvo que se encuentren constitucionalmente justificadas, y, asimismo, una facultad de oposición a la asistencia médica, en ejercicio de un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal, como distinto del derecho a la salud o a la vida (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9). Por

esa razón, se entiende que el derecho a la integridad física y moral resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los más variados móviles y no sólo por el de morir y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental a la integridad física, a no ser que tenga una justificación constitucional (SSTC 120/1990, de 27 de junio, FJ 8, y 137/1990, de 19 de julio, FJ 6). En este sentido, STC 31/2011, de 28 de marzo.

A tal fin, como igualmente viene reiterando el mismo TC (STC 137/1990, de 19 julio), “conviene tener presente, de una parte, que sólo ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga al definir cada derecho o ante los que de manera mediata o indirecta de la misma se inferan al resultar justificados por la necesidad de preservar otros derechos constitucionalmente protegidos, pueden ceder los derechos fundamentales (SSTC 11/1981, FJ 7; 2/1982, FJ 5; 110/1984, FJ 5); y de otra que, en todo caso, las limitaciones que se establezcan no pueden obstruir el derecho “más allá de lo razonable” (STC 53/1986, FJ 3), de modo que todo acto o resolución que limite derechos fundamentales ha de estar normativamente fundado y suficientemente motivado, ha de asegurar que las medidas limitadoras sean “necesarias para conseguir el fin perseguido” (SSTC 62/1982, FJ 5; 13/1985, FJ 2) y ha de atender a la “proporcionalidad entre el sacrificio del derecho y la situación en que se halla aquél a quien se le impone” (STC 37/1989, FJ 7) y, en todo caso respetar su contenido esencial (SSTC 11/1981, FJ 10; 196/1987, FFJJ 4, 5 y 6; 197/1987, FJ 11).

Tales consideraciones abocan inexorablemente a excluir la obligatoriedad del sometimiento a una intervención quirúrgica, toda vez que el derecho a la integridad física y moral resultaría afectado por mor de la imposición de una asistencia médica en contra de su voluntad, aunque fuere objeto de recomendación médica.

A este respecto, los capitales argumentos de la STS 469/2022 se verían reforzados en el plano normativo por las disposiciones recogidas en la legislación sanitaria. En concreto, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge las siguientes determinaciones en su artículo 2:

“2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”.

Siendo claro que nadie puede verse obligado a pasar por una intervención quirúrgica con la que no está conforme, lo que ahora procede determinar es si esa negativa, completamente legítima, puede tener efectos negativos en el plano prestacional social. Y es que podría cuestionarse que pueda reclamarse el derecho al complemento económico típico y propio de la GI por parte de quien podría experimentar una mejoría en su estado y, con ello, no precisar dicho refuerzo económico con cargo al erario público, caso de someterse a la intervención quirúrgica recomendada, pero en uso de su libertad decide no hacerlo.

La sentencia recurrida ha anudado el rechazo de dicha intervención a la calificación de provisional de las lesiones que el trabajador padece en su ojo derecho, de manera que, si el trabajador quiere obtener el grado de gran invalidez, tendría que pasar por la cirugía recomendada. Es decir, formalmente no deriva la imposición de la intervención, pero su rechazo no solo condiciona, sino que llega a enervar la declaración de GI que se postula.

Sin embargo, en el entendimiento de la Sala Cuarta del TS, la dicción del tantas veces citado artículo 193.1 TRLGSS - “no obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta”-, faculta una decisión contraria: la posibilidad de recuperación del afectado no se revela con certidumbre, máxime si se toman en consideración las diferentes intervenciones que ya ha sufrido con anterioridad, con el deficiente resultado ya detallado. Es por ello que su decisión de no someterse a una nueva cirugía no puede obstaculizar la calificación de la situación de incapacidad permanente contributiva, en el grado de GI, pues el trabajador presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, determinadas objetivamente y de recuperación incierta, que anulan su capacidad laboral, y que provocan la necesidad de asistencia de otra persona. Sobre este último extremo, ya se ha expuesto que la crónica histórica evidencia que, en la medición del grado de dependencia, la puntuación obtenida por el afectado ha sido en total de 3 puntos, siendo la puntuación obtenida de 0 puntos en la realización de compras, en el transporte, con la medicación, la preparación de la comida, etc.

5. CONCLUSIÓN

Es por todo lo expuesto que la Sala Cuarta concluye -a nuestro entender, con pleno acierto- que la doctrina correcta se encuentra en la sentencia referencial y que al recurrente debe reconocérsele el grado de GI en consideración a la severa discapacidad visual que padece, de incierta recuperación y evidentemente limitativa de su capacidad para realizar los actos más elementales de la vida, sin que venga obligado a someterse a la intervención quirúrgica que los servicios médicos oficiales plantean como una mera recomendación, sin garantía absoluta de éxito.