

«15.1 Las denominaciones de los productos b) y c) definidos en el apartado 2.2 del artículo 2 "Extracto de café" o "extracto de café soluble", o "café soluble" o "café instantáneo" se completarán, en su caso, con los términos "en pasta" o "en forma de pasta o líquido" o "en forma líquida", de acuerdo con las características allí establecidas.

En el caso del extracto de café líquido, definido en el párrafo c) del apartado 2.2, la denominación se podrá completar con el calificativo "concentrado" siempre que el contenido de materia seca procedente del café sea superior en masa al 25 por 100.»

b) El apartado 15.8 se sustituye por el siguiente:

«15.8 En el caso del extracto de café líquido definido en el apartado 2.2 del artículo 2, el etiquetado deberá indicar "con...", "conservado con...", "con... añadida" o "tostado con..." acompañado de la denominación del tipo de azúcar o azúcares utilizados.

Estas menciones deberán figurar en el mismo campo visual que la denominación de venta.»

c) El apartado 15.9 se sustituye por el siguiente:

«15.9 En el caso del extracto de café en pasta y del extracto de café líquido, definidos en los párrafos b) y c) del apartado 2.2 del artículo 2, el etiquetado deberá indicar el contenido mínimo de materia seca procedente del café. Dicho contenido se expresará como porcentaje en la masa del producto acabado.»

d) Se añade un nuevo apartado 15.11 con el texto siguiente:

«15.11 El etiquetado deberá incluir la mención "descafeinado" en el caso de los productos definidos en el apartado 2.2 cuando el contenido de cafeína anhidra no sea superior en masa al 0,3 por 100 de la materia seca procedente del café. Esta mención deberá figurar en el mismo campo visual que la denominación de venta.»

Disposición adicional única. *Títulos competenciales.*

El presente Real Decreto se dicta al amparo del artículo 149.1.13.^a y 16.^a de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente.

Disposición transitoria única. *Prórroga de comercialización.*

Los productos que cumplan lo dispuesto en la normativa vigente hasta la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto podrán seguir comercializándose hasta el 13 de septiembre de 2001.

No obstante, los productos etiquetados antes del 13 de septiembre de 2001 podrán comercializarse hasta que se agoten sus existencias.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente Real Decreto.

Disposición final única. *Entrada en vigor.*

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Palma de Mallorca a 3 de agosto de 2001.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de la Presidencia,
JUAN JOSÉ LUCAS GIMÉNEZ

15219 REAL DECRETO 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la determinación de la aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas.

La Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas, en su artículo 101 establece que se realizarán reconocimientos médicos y pruebas psicológicas y físicas con el contenido y periodicidad que se establezcan reglamentariamente, o en cualquier momento a iniciativa fundamentada del interesado o del Jefe de su Unidad, centro u organismo.

La misma Ley, en su artículo 107, determina que como consecuencia de los reconocimientos y pruebas psicológicas y físicas antes citadas, así como en los supuestos previstos en su artículo 157 en relación con la insuficiencia de condiciones psicofísicas, se podrá iniciar un expediente para determinar si dicha insuficiencia puede tener como efecto una limitación para ocupar determinados destinos, el pase a retiro o, en su caso, la resolución del compromiso. Los procedimientos para la tramitación de estos expedientes y los cuadros de condiciones psicofísicas que permitan al órgano pericial correspondiente emitir los dictámenes oportunos, según el citado artículo 107, se deben determinar reglamentariamente.

En consecuencia, procede la aprobación de un Reglamento de aplicación general en el ámbito de las Fuerzas Armadas, que desarrolle los preceptos citados de la Ley 17/1999.

Con los reconocimientos y pruebas periódicas, que se regulan en el capítulo II del Reglamento, será posible garantizar que los diferentes puestos de la estructura militar estén cubiertos por militares con las capacidades psicofísicas adecuadas. También se podrá valorar con criterios objetivos la aptitud psicofísica individual, con la consiguiente repercusión en las evaluaciones para el ascenso o para la asignación de determinados destinos con la ventaja de servir como detección precoz de procesos y, en su caso, adelantar el diagnóstico y tratamiento y, por último, cuando se detecten deficiencias que afecten a grupos de personas podrán introducirse modificaciones en los planes de instrucción y adiestramiento que permitan corregir estas deficiencias globales.

La complejidad de las misiones de las Fuerzas Armadas requiere el ejercicio de una gran diversidad de funciones y cometidos, cuya práctica habitual exige diferentes niveles de aptitud psicofísica. Así, existen puestos para los que se requieren unas condiciones psicofísicas superiores a las que pueden considerarse normales, en su mayoría relacionados con destinos en Unidades de la Fuerza, y otros que no requieren especiales aptitudes psicofísicas o incluso pueden ser desempeñados con unas mínimas condiciones psicofísicas. Este amplio abanico de posibilidades hace necesario disponer de un marco médico pericial y de unos protocolos médicos de aplicación específica en las Fuerzas Armadas, para la aplicación del artículo 107 de la Ley 17/1999, en cuanto a determinar la existencia de insuficiencia de condiciones psicofísicas, que se concretan en los capítulos III y IV

del Reglamento y en los cuadros médicos que se establecen en el anexo.

Por las mismas razones, la aptitud, o la no aptitud, de un militar profesional para continuar en servicio activo, debe ser valorada por un órgano competente del ámbito del Mando o Jefatura de Personal del Ejército correspondiente, a la luz de los informes médicos periciales. En el procedimiento que se establece, el informe médico aportará a una Junta de Evaluación un conocimiento de las condiciones psicofísicas del interesado, y la Junta de Evaluación, concedora de las actividades que conllevan los diferentes puestos de la estructura orgánica y de la formación militar del afectado, informará sobre su capacidad psicofísica en relación con los diferentes tipos de destinos y emitirá el informe pertinente.

Ambos informes, el médico pericial y el de la Junta de Evaluación, aun no siendo vinculantes, aportarán datos objetivos y esenciales para dictar la resolución que en cada caso corresponda.

En algunas de las citadas resoluciones puede determinarse el pase a retiro o la resolución del compromiso del militar afectado. Por esta razón, para economizar medios y reducir trámites que alarguen innecesariamente los plazos para la determinación de la cuantía de las pensiones o indemnizaciones, cuando el órgano médico pericial que emite dictamen a efectos del expediente de aptitud psicofísica para el servicio en las Fuerzas Armadas aprecie algún caso en que el afectado pudiera pasar a retiro o resolverse su compromiso, también incluirá en su informe el grado de minusvalía, de acuerdo con lo dispuesto en el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

En su virtud, a propuesta del Vicepresidente Primero y Ministro del Interior, en lo que afecta a la Guardia Civil, y del Ministro de Defensa, con la aprobación previa del Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 3 de agosto de 2001,

DISPONGO:

Artículo único. *Aprobación del Reglamento.*

Se aprueba el Reglamento para la determinación de la aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas.

Disposición adicional única. *Modificación de las plantillas de cuadros de mando de las Fuerzas Armadas para el período 1999-2004.*

Se modifica el apartado A).5.b) del anexo al Real Decreto 1460/1999, de 17 de septiembre, de plantillas de cuadros de mando de las Fuerzas Armadas para el período 1999-2004, en el sentido de que la plantilla de la Rama de Talleres de la Agrupación Obrera y Topográfica del Ejército de Tierra será:

| Empleos | Escala AOT Talleres | | | | |
|---------------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1999/2000 | 2000/2001 | 2001/2002 | 2002/2003 | 2003/2004 |
| Comandante .. | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Capitán | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 |

Disposición transitoria primera. *Personal de la Guardia Civil.*

Hasta la aprobación del Reglamento al que se refiere el artículo 55.2 de la Ley 42/1999, de 25 de noviembre, de Régimen del Personal del Cuerpo de la Guardia Civil, la determinación de la aptitud psicofísica del personal del citado Cuerpo continuará rigiéndose por la normativa anterior, salvo los cuadros de condiciones psicofísicas, que serán los que se establecen en el anexo del Reglamento que se aprueba por este Real Decreto. Las Juntas Médico-Periciales serán los órganos competentes para emitir los dictámenes médicos.

Disposición transitoria segunda. *Procedimientos iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de este Real Decreto.*

A los procedimientos para la tramitación de expedientes de insuficiencia de condiciones psicofísicas ya iniciados antes de la entrada en vigor del presente Real Decreto no les será de aplicación el mismo, continuando rigiéndose por la normativa anterior.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas las normas de igual o inferior rango en lo que se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto, en especial las siguientes;

- Orden 21/1985, de 10 de abril, por la que se regula la tramitación de expedientes de inutilidad física.
- Orden 7/1987, de 29 de enero, por la que se aprueba la tabla de aptitudes psicofísicas que pueden determinar el pase a la reserva activa.

Disposición final primera. *Facultad de desarrollo.*

Se autoriza al Ministro de Defensa a dictar cuantas disposiciones sean necesarias en desarrollo de este Real Decreto.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Palma de Mallorca a 3 de agosto de 2001.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de la Presidencia,
JUAN JOSÉ LUCAS GIMÉNEZ

REGLAMENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA APTITUD PSICOFÍSICA DEL PERSONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

CAPÍTULO I

Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. *Objeto.*

1. El presente Reglamento regula el contenido y la periodicidad de los reconocimientos médicos y de las pruebas psicológicas y físicas a que se refiere el artículo 101 de la Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas, como sistema de control y evaluación de las condiciones psicofísicas de los militares profesionales.

2. Asimismo, determina los procedimientos para la tramitación de los expedientes de insuficiencia de condiciones psicofísicas a que se refiere el artículo 107 de la citada Ley, e incorpora los cuadros de condiciones psicofísicas que permitan al órgano pericial competente emitir los dictámenes oportunos.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

1. El Reglamento es de aplicación a todos los militares profesionales de las Fuerzas Armadas en situación de servicio activo, suspenso de funciones y suspenso de empleo.

2. Los artículos 7, 8 y el capítulo III también son de aplicación a los militares profesionales no incluidos en el apartado anterior en las condiciones y con los requisitos que establezca su normativa específica.

CAPÍTULO II

Evaluación de condiciones psicofísicas

Artículo 3. *Condiciones psicofísicas.*

1. Las condiciones psicofísicas de los militares profesionales serán evaluadas mediante los reconocimientos médicos y las pruebas psicológicas y físicas que se establecen en este capítulo.

2. Los informes médicos serán de la competencia exclusiva de la Sanidad Militar y estarán basados en los reconocimientos médicos, a los que se refiere el artículo 4 de este Reglamento, que con carácter general serán realizados por la Sanidad Militar, que considerará también los informes facultativos procedentes de la cobertura sanitaria del Régimen especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

3. Los informes psicológicos y las pruebas psicológicas en que se basen serán de la competencia exclusiva de la Sanidad Militar.

4. En el informe médico o psicológico que se emita se hará constar, además de la posible insuficiencia, su irreversibilidad o no y el tiempo transcurrido desde su diagnóstico inicial por la Sanidad Militar.

5. Los informes de condiciones físicas serán emitidos por Oficiales del Ejército de Tierra, de la Armada o del Ejército del Aire con el título de profesor de educación física y estarán basados en el resultado de las pruebas físicas a que se refiere el artículo 6 de este capítulo, cuya organización será competencia del Jefe del Mando o Jefatura de Personal del Ejército respectivo.

Artículo 4. *Reconocimientos médicos periódicos.*

1. El reconocimiento médico periódico de los militares profesionales de las Fuerzas Armadas incluirá como mínimo la revisión de:

- a) Capacidad física general.
- b) Aparato locomotor.
- c) Visión.
- d) Audición.

2. Los militares de carrera y los militares profesionales de tropa y marinería con una relación de servicios de carácter permanente pasarán reconocimiento médico al menos con la siguiente periodicidad:

- a) Hasta cumplir cuarenta años de edad: cada siete años.
- b) Entre cuarenta y cincuenta años de edad: cada cinco años.
- c) Con más de cincuenta años de edad: cada tres años.

3. Los militares de complemento pasarán reconocimiento médico, como mínimo, antes de la firma de un nuevo compromiso.

4. Los militares profesionales de tropa y marinería que mantienen una relación de servicios de carácter temporal pasarán reconocimiento médico, como mínimo, antes de la firma de un nuevo compromiso, y con carácter previo al acceso a una relación de servicios de carácter permanente.

5. El Ministro de Defensa podrá adecuar el contenido y la frecuencia de los reconocimientos médicos en razón del Cuerpo, Escala, especialidad, empleo, destino, edad y circunstancias personales de los militares.

Artículo 5. *Pruebas psicológicas periódicas.*

1. Las pruebas psicológicas periódicas deberán permitir la detección de trastornos psicológicos, de la personalidad y de la conducta.

2. Los militares de carrera y los militares profesionales de tropa y marinería con una relación de servicios de carácter permanente realizarán al menos una prueba psicológica cada cinco años.

3. Los militares de complemento las realizarán, como mínimo, antes de la firma de un nuevo compromiso.

4. Los militares profesionales de tropa y marinería que mantienen una relación de servicios de carácter temporal las realizarán, como mínimo, antes de la firma de un nuevo compromiso, y con carácter previo al acceso a una relación de servicios de carácter permanente.

5. El Ministro de Defensa podrá adecuar la frecuencia mínima establecida en los apartados anteriores en razón del Cuerpo, Escala, especialidad, empleo y destino de los interesados, o cuando las circunstancias personales de los militares así lo aconsejen.

Artículo 6. *Pruebas físicas periódicas.*

1. Las pruebas físicas deberán permitir evaluar como mínimo la fuerza, la resistencia y, para edades inferiores a cuarenta y cinco años, la velocidad, y se ajustarán a un cuadro de condiciones que permita establecer diferentes niveles en función de la edad y del Cuerpo, Escala o especialidad, empleo y, en su caso, destino.

2. Los militares de carrera de los Cuerpos Generales y de Especialistas de los Ejércitos y del Cuerpo de Infantería de Marina de la Armada y los militares profesionales de tropa y marinería con una relación de servicios de carácter permanente deberán realizar las pruebas físicas al menos una vez cada cinco años.

3. El Ministro de Defensa, atendiendo a las necesidades específicas de cada Ejército, podrá establecer la periodicidad con la que han de realizar las pruebas físicas los militares de carrera de los Cuerpos de Intendencia e Ingenieros de los Ejércitos.

4. Los militares de complemento adscritos a los Cuerpos Específicos de los Ejércitos deberán realizar las citadas pruebas físicas, como mínimo, con anterioridad a la firma de un nuevo compromiso.

5. Los militares profesionales de tropa y marinería que mantienen una relación de servicios de carácter temporal las realizarán, como mínimo, antes de la firma de un nuevo compromiso, y con carácter previo al acceso a una relación de servicios de carácter permanente.

6. El Ministro de Defensa establecerá los cuadros de condiciones físicas a los que se refiere el apartado 1 de este artículo, podrá adecuar la frecuencia mínima establecida en los apartados anteriores del Cuerpo, Esca-

la, especialidad, empleo y destino de los interesados y determinará la periodicidad con la que han de realizar las pruebas físicas los militares de carrera de los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas, y de los militares de complemento adscritos a los citados Cuerpos.

Artículo 7. *Reconocimientos y pruebas no periódicas.*

1. Con independencia de los reconocimientos médicos y de las pruebas psicológicas de carácter periódico, a que se refieren los artículos 4 y 5 anteriores, también podrán realizarse en cualquier momento a iniciativa del propio interesado, fundamentada en informes médicos o psicológicos, o a propuesta motivada del Jefe de la unidad, centro u organismo de destino o autoridad de quien dependa el interesado.

Las pruebas físicas, a las que hace referencia el artículo 6 de este Reglamento, también podrán realizarse en cualquier momento a propuesta del Jefe de unidad, centro u organismo o a iniciativa del interesado cuando sea necesario acreditar unas condiciones físicas especiales y su posesión no pueda deducirse del expediente de aptitud psicofísica del interesado. Estas pruebas se regularán por las normas que el Director general de Personal o los Jefes del Mando o Jefatura de Personal de cada Ejército establezcan.

2. En todo caso, el Jefe de unidad, centro u organismo solicitará reconocimiento médico y pruebas psicológicas en los casos siguientes:

a) Al incoarse expediente gubernativo por la causa 3.^a del artículo 17 de la Ley Orgánica 8/1998, de 2 de diciembre, de Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas.

b) Cuando sea evidente y notoria la posible insuficiencia de condiciones psicofísicas en relación con el tipo de actividades o funciones propias de la unidad.

3. El Director general de Personal o el Jefe del Mando o Jefatura de Personal del Ejército respectivo, en función del Ejército o del Cuerpo al que pertenezcan los interesados, estimarán o desestimarán las propuestas y solicitudes a las que se refieren los apartados anteriores y, en caso de estimarlas, ordenarán los reconocimientos médicos y las pruebas psicológicas que procedan, cuyo contenido se adaptará a las causas que los motiven.

En el plazo máximo de tres meses desde que se recibió la solicitud de reconocimiento, la autoridad, mencionada anteriormente, resolverá teniendo en cuenta las alegaciones del interesado.

Artículo 8. *Efectos de los reconocimientos médicos y de las pruebas psicológicas y físicas.*

1. Los informes médicos y psicológicos y el resultado de las pruebas físicas se incluirán en el historial militar y serán tenidos en cuenta, asegurando en todo caso su confidencialidad, en las evaluaciones para el ascenso y, en su caso, para la declaración de idoneidad previa a la firma de nuevos compromisos así como para el acceso a una relación de servicios de carácter permanente y para ocupar los destinos a los que se refiere el párrafo segundo del apartado 2 del artículo 129 de la Ley 17/1999, de 18 de mayo.

2. Al militar profesional que, como consecuencia de los reconocimientos y pruebas citados, le sea apreciada una insuficiencia de condiciones psicofísicas para el servicio, motivada por lesión o enfermedad que no resulte irreversible, permanecerá en la situación administrativa en la que se encuentre, con independencia de que la insuficiencia detectada dé lugar a una baja temporal para el servicio, fundamentada en los informes de la Sanidad Militar.

3. Al militar de carrera o militar profesional de tropa y marinería con una relación de servicios de carácter permanente, en el momento en que la insuficiencia de condiciones psicofísicas citada en el apartado anterior se presuma definitiva, se le iniciará el expediente que se regula en el capítulo III de este Reglamento. El afectado cesará en su destino, si lo tuviere, y mantendrá la misma situación administrativa que tuviere al inicio del expediente, hasta la finalización del mismo, y los militares profesionales con una relación de servicios de carácter temporal, además de lo anterior, se les prorrogará, en su caso, el compromiso hasta la conclusión del referido expediente.

4. También se iniciará el citado expediente y el afectado cesará en su destino cuando la insuficiencia de condiciones psicofísicas subsista, transcurridos los siguientes plazos desde que le fue apreciada:

a) Dos años para los militares de carrera y los militares profesionales de tropa y marinería con una relación de servicios de carácter permanente.

b) Un año para los militares de complemento y los militares profesionales de tropa y marinería con una relación de servicios de carácter temporal o al finalizar el compromiso que tenga firmado.

CAPÍTULO III

Evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas

Artículo 9. *Evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas.*

1. Cuando un militar profesional esté afectado por alguna de las causas reguladas en los apartados 3 y 4 del artículo 8, ambos de este Reglamento, se procederá a una evaluación extraordinaria para determinar si existe insuficiencia de condiciones psicofísicas, a efectos de la limitación para ocupar determinados destinos, del cambio de especialidad, del pase a retiro o de la resolución del compromiso, según corresponda.

2. En el expediente que se instruya para la evaluación extraordinaria constará el dictamen de una de las Juntas médico-periciales de la Sanidad Militar y el informe de una de las Juntas de evaluación específica para este tipo de evaluaciones extraordinarias que, con carácter permanente, se constituirán en la Dirección General de Personal y en el Mando o Jefatura de Personal de cada Ejército.

Las Juntas médico-periciales se regirán por su normativa específica y todos los vocales serán del Cuerpo Militar de Sanidad.

En las Juntas de evaluación específica el Presidente será un Oficial General o un Coronel o Capitán de Navío, el número de vocales no será inferior a cuatro y uno será del Cuerpo Jurídico Militar y otro del Cuerpo Militar de Sanidad.

3. Los expedientes se iniciarán por orden del Director general de Personal o del Jefe del Mando o Jefatura de Personal del Ejército respectivo, en función del Ejército o Cuerpo al que pertenezcan los interesados, a iniciativa de la citada autoridad, o a propuesta del Jefe de la unidad, centro u organismo en el que estén destinados o de la autoridad de quien dependan cuando no tuviesen destino.

Artículo 10. *Expediente de evaluación extraordinaria y plazo de resolución.*

1. El expediente de evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas constará de una fase de instrucción y otra de resolución.

2. El plazo máximo para resolver el expediente y notificar la resolución al interesado será de seis meses. Cuando se suspenda el cómputo de tiempo, como consecuencia de los informes técnicos a los que se refieren los apartados 4 y 7 del artículo 11 de este Reglamento, o por otras de las causas que estén incluidas en los supuestos del apartado 5 del artículo 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, se dará comunicación al interesado.

3. La ampliación del plazo al que se refiere el apartado anterior o la aplicación de la tramitación de urgencia al procedimiento, se determinará en virtud de lo establecido en los artículos 42 y 50 de la Ley 30/1992.

4. En cualquier momento anterior al trámite de audiencia, el interesado podrá aducir alegaciones o aportar documentos que guarden relación con el expediente, que serán tenidos en cuenta al redactar la propuesta de resolución.

5. En aplicación de los artículos 159 de la Ley 17/1999 y 44.1 de la Ley 30/1992, la falta de resolución expresa del procedimiento, al vencimiento del plazo máximo establecido sin que se haya dictado ni notificado resolución, producirá efectos desestimatorios.

Artículo 11. Fase de instrucción.

1. El expediente se iniciará con la orden de incoación del mismo, que incluirá, como mínimo, la designación del instructor, la de la Junta médico-pericial correspondiente y los plazos máximos para resolver, y será comunicada, además de a los anteriores, al interesado y al Jefe de su unidad, centro u organismo o, en el caso de que no tuviese destino, a la autoridad de quien dependa.

2. El instructor remitirá el expediente de aptitud psicofísica del interesado a la Junta médico-pericial correspondiente.

3. La Junta médico-pericial, en el plazo máximo de quince días desde que fue designada, fijará la fecha del reconocimiento por los médicos de la Sanidad Militar que estime procedentes en cada caso y la comunicará al instructor que, a su vez, lo comunicará al interesado, con la indicación de que el dictamen médico deberá emitirse en el plazo máximo de tres meses desde la fecha de designación de la Junta médico-pericial. Si el instructor resolviese la suspensión del cómputo de tiempo hasta la recepción del dictamen médico, también lo comunicará al interesado.

4. Los informes de los reconocimientos médicos citados en el apartado anterior serán remitidos a la Junta médico-pericial, que extenderá acta de la sesión en el curso de la cual estudie el caso del interesado y, teniendo en cuenta sus alegaciones, decidirá sobre la ampliación de la pericia y, recibido en su caso el nuevo informe médico, emitirá dictamen, de acuerdo con lo que se estipula en el capítulo IV de este Reglamento, remitiéndolo al instructor, junto con todo el expediente. En el citado dictamen, la Junta se pronunciará sobre la posible relación de causalidad de la enfermedad o secuelas padecidas con actividades del servicio o atentado terrorista.

5. El instructor practicará cuantas diligencias estime oportunas para determinar las causas que pudieran originar la incapacidad y la posible relación de causalidad con las actividades del servicio o, en su caso, con atentado terrorista, adjuntando los documentos, declaraciones de testigos y otras pruebas que lo acrediten. En sus actuaciones acordará en un solo acto todos los trámites que por su naturaleza admitan una impulsión simultánea y no sea obligado su cumplimiento sucesivo, y observará los plazos y los motivos de suspensión, de

acuerdo con el apartado 5 del artículo 42 de la Ley 30/1992.

6. Finalizadas sus actuaciones, el instructor emitirá sus conclusiones y remitirá el expediente, debidamente foliado, a la Junta de evaluación a la que se refiere el apartado 2 del artículo 9 de este Reglamento, comunicándolo al interesado.

7. Si la Junta de evaluación considerase necesaria una ampliación del dictamen médico, al que se refiere el apartado 4 de este artículo, lo solicitará a la autoridad que ordenó la iniciación del expediente, que, en caso de estimarlo procedente, lo comunicará a la Junta médico-pericial y al interesado, informándoles de la forma de proceder.

Si lo estimase necesario, también solicitará a la citada autoridad la suspensión del cómputo de tiempo, que resolverá de acuerdo con el apartado 2 del artículo 10 de este Reglamento.

8. La Junta de evaluación, teniendo en cuenta las alegaciones del interesado, sus condiciones psicofísicas, deducidas del informe médico pericial, y sus aptitudes profesionales, emitirá informe en el que se hará constar el carácter de los destinos que pudiera o no desempeñar el interesado o la que proceda de las siguientes:

a) Militares de carrera:

I) Propuesta para cambio de especialidad fundamental.

II) Pase a retiro.

b) Militares de complemento:

Resolución de compromiso, o pase a retiro.

c) Militares profesionales de tropa y marinería:

I) Propuesta para cambio de especialidad.

II) Resolución de compromiso, o pase a retiro.

9. La propuesta para cambio de especialidad, prevista en el artículo 23.1 de la Ley 17/1999, podrá producirse cuando el afectado no pueda desempeñar destino alguno de su especialidad, pero mantenga condiciones psicofísicas suficientes para desarrollar adecuadamente los cometidos y funciones de los destinos de otra.

10. La autoridad que ordenó la incoación del expediente ordenará cumplimentar el trámite de audiencia al interesado y, teniendo en cuenta sus alegaciones, lo elevará al Subsecretario de Defensa o al Jefe del Estado Mayor del Ejército respectivo.

Artículo 12. Fase de resolución.

1. El Subsecretario de Defensa o el Jefe del Estado Mayor del Ejército respectivo propondrá al Ministro de Defensa la resolución que proceda, especificando, en todo caso, la aptitud o no aptitud para el servicio en las Fuerzas Armadas.

2. En las propuestas de aptitud para el servicio se hará constar si existe o no limitación para ocupar determinados destinos y, en su caso, si la limitación es temporal o permanente y si procede el cambio de especialidad fundamental o especialidad, y en las propuestas de no aptitud para el servicio se especificará si la incapacidad es sólo para el servicio en las Fuerzas Armadas o lo es para toda profesión u oficio y si procede el pase a retiro o la resolución del compromiso.

3. Siempre que en la propuesta se haga constar una limitación o incapacidad se deberá informar sobre el grado de discapacidad o minusvalía y sobre la existencia, o no, de una relación de causalidad con las actividades del servicio, o con atentado terrorista, o con ocasión de los mismos.

4. La resolución que ponga fin al expediente será acordada por el Ministro de Defensa, previo informe de la Asesoría Jurídica General de la Defensa, y comunicada al interesado por el Director general de Personal o por el Jefe del Mando o Jefatura de Personal del Ejército respectivo, según corresponda, que también dispondrán la publicación en el «Boletín Oficial del Ministerio de Defensa» cuando suponga una limitación permanente que suponga restricciones para ocupar determinados destinos, conlleve el cambio de especialidad fundamental o especialidad, el pase a retiro o la resolución del compromiso.

Las limitaciones no permanentes se comunicarán al interesado de oficio y al Órgano de Gestión de Personal correspondiente a los efectos oportunos.

5. En las resoluciones que determinen el retiro del interesado, la lesión o proceso patológico, somático o psíquico debe estar estabilizado y ser irreversible o de remota o incierta reversibilidad.

6. En aquellas resoluciones en las que se reconozca la limitación del interesado para ocupar determinados destinos deberán especificarse aquellos para los que esté limitado, así como el plazo a partir del cual se podrá iniciar la revisión de la misma por agravación o mejoría. Salvo circunstancias excepcionales que justifiquen una reducción, este plazo será de un año.

Artículo 13. *Reconocimiento de derechos pasivos.*

El reconocimiento de derechos pasivos, que pudiera ser consecuencia de la resolución del expediente que se inició por motivo de una evaluación extraordinaria para determinar si existe insuficiencia de condiciones psicofísicas, se efectuará con posterioridad a la citada resolución, evitando, en lo posible, nuevos dictámenes técnicos y propuestas, para lo que se procederá en la siguiente forma:

1. Cuando la Junta médico-pericial considere que del dictamen médico, al que se refiere el artículo 11, apartado 4, del presente Reglamento, pudiera conllevar una resolución del Ministro de Defensa de pase a retiro o de resolución de compromiso para la profesión militar, emitirá en el mismo acto un dictamen ampliado de acuerdo con lo previsto en el apartado 2 del artículo 16 del presente Reglamento.

2. El Subsecretario de Defensa y los Jefes de los Estados Mayores del Ejército respectivo, cuando propongan el retiro o la resolución del compromiso de un militar por insuficiencia de condiciones psicofísicas, incluirán en la propuesta el supuesto en el que queda incluido el interesado de acuerdo con la normativa de Clases Pasivas.

3. En los casos en que el Ministro de Defensa resuelva el retiro o la resolución del compromiso, el Director general de Personal iniciará de oficio la tramitación del expediente para determinar la pensión de retiro o la indemnización, por una sola vez, que en cada caso corresponda.

Artículo 14. *Recursos y fin de la vía administrativa.*

1. En virtud de lo establecido en la Ley 30/1992, las resoluciones adoptadas por el Ministro de Defensa en el ámbito de aplicación del presente Real Decreto agotarán la vía administrativa, pudiéndose interponer contra la misma recurso contencioso-administrativo o, en su caso, el potestativo de reposición.

2. El dictamen de la Junta médico-pericial y el informe de la Junta específica de evaluación, tendrán carácter preceptivo no vinculante y no serán susceptibles de ulterior recurso, en virtud de lo establecido en los artículos 82 y 83 de la Ley 30/1992.

Artículo 15. *Rehabilitación.*

1. Los militares profesionales que, como consecuencia de un expediente de insuficiencia de condiciones psicofísicas, tengan limitación para ocupar algún tipo de destino o hayan pasado a retiro, podrán ser rehabilitados en el supuesto de que desaparezca la incapacidad que motivó la insuficiencia.

2. En las resoluciones que hayan tenido como consecuencia la limitación para ocupar algún tipo de destino la revisión se iniciará por orden del Director general de Personal, en el caso de los miembros de los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas, y, en los demás casos, por el Jefe del Mando o Jefatura de Personal del Ejército correspondiente al interesado, cuando se tenga conocimiento fehaciente de que se han modificado las causas que originaron la limitación para ocupar determinados destinos y haya transcurrido, como mínimo, el plazo reseñado en la resolución dictada por el Ministro de Defensa.

3. En las resoluciones que hayan tenido como consecuencia el pase a retiro la revisión se iniciará mediante instancia del interesado dirigida al Subsecretario de Defensa. No se podrá instar la revisión hasta que, al menos, haya transcurrido un plazo mínimo de dos años desde la fecha que se dictó resolución, excepto en los casos que se acredite suficientemente error de diagnóstico o se hayan producido cambios sustanciales que dieron lugar al reconocimiento, en que no será preciso agotar el plazo mínimo.

4. El procedimiento de revisión de la insuficiencia de condiciones psicofísicas será el mismo que el empleado para dictar la evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de las mismas.

CAPÍTULO IV

Normas de valoración de las condiciones psicofísicas

Artículo 16. *Dictamen médico.*

1. El dictamen médico del órgano médico pericial de la Sanidad Militar, fundamentado en los cuadros de condiciones psicofísicas que se establecen en el anexo del presente Reglamento, se realizará mediante un informe médico que irá acompañado de un cuestionario de salud y ambos se ajustarán al modelo que determine el Ministro de Defensa.

2. El dictamen médico que, a juicio de la Junta médico-pericial, pudiera conllevar una resolución del Ministro de Defensa de pase a retiro o de resolución del compromiso, incluirá el grado de minusvalía o discapacidad dictado de acuerdo con lo dispuesto en el anexo 1 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, corregido por disposición de 13 de marzo de 2000, («Boletín Oficial del Estado» número 62) o, en su caso, los cuadros médicos que sean de aplicación de acuerdo con el Real Decreto 771/1999, de 7 de mayo, por el que se regulan las pensiones e indemnizaciones del Régimen de Clases Pasivas del Estado a los militares de empleo.

3. La incomparecencia del interesado, sin causa debidamente justificada, al reconocimiento para el que haya sido requerido, se hará constar en el informe. No obstante, la Junta médico-pericial deberá incluir en el informe médico el dictamen de la aptitud psicofísica, si a la vista de la documentación disponible fuese posible realizar una valoración de sus condiciones psicofísicas, y en caso contrario señalará la imposibilidad de realizarlo. Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias en las que el interesado pudiera haber incurrido.

Artículo 17. *Áreas funcionales.*

1. Las áreas funcionales que definirán la aptitud psicofísica son las siguientes:

- F: capacidad física general.
- I: cintura pelviana y miembros inferiores.
- S: cintura escapular y miembros superiores.
- V: visión y oftalmología en general.
- A: audición y otorrinolaringología en general.
- P: psiquiatría.

2. En cada área funcional, en la que se enumeran las principales enfermedades y dolencias, agrupadas en subáreas funcionales, se examinarán y evaluarán los órganos y aparatos, los sistemas funcionales, las enfermedades y los conceptos siguientes:

F: capacidad física general.—Condiciones y enfermedades generales, enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo, aparato respiratorio, aparato digestivo, aparato circulatorio y corazón, aparato urogenital, trastornos de la nutrición y cualquier otro defecto orgánico o enfermedad que repercuta en la capacidad física general de la persona.

Para la evaluación global de este área se tendrá en cuenta las afecciones puntuadas en otras áreas en cuanto sean capaces de repercutir sobre el conjunto del organismo con una disminución de la resistencia y actividad del sujeto.

I: cintura pelviana y extremidades inferiores.—Sistema nervioso lumbo-sacro, cintura pelviana, piernas y pies. La puntuación se hará en relación con fuerza, capacidad de movimiento y eficiencia general.

S: cintura escapular y extremidades superiores.—Sistema nervioso cervical, torácico y lumbar superior, cintura escapular, brazos y manos. La puntuación se hará en relación con la fuerza, la capacidad de movimiento y la eficiencia general.

V: visión y oftalmología.—Agudeza visual y enfermedades y defectos de los ojos.

A: audición y otorrinolaringología.—Agudeza acústica y enfermedades y defectos de los oídos y garganta.

P: psiquiatría.—Personalidad, estabilidad emocional y enfermedades y trastornos psiquiátricos.

Artículo 18. *Valoración de las áreas funcionales.*

1. Cada área funcional se evaluará mediante la aplicación de un coeficiente del 1 al 5, siguiendo las directrices generales siguientes:

Coeficiente 1: se aplicará a aquellas personas que en el área funcional evaluada posean una capacidad, acorde con la edad, muy elevada, y, por tanto, sean aptas para cualquier destino militar por elevadas que puedan ser las condiciones requeridas.

Coeficiente 2: se aplicará a aquellas personas que, en el área funcional evaluada, posean una capacidad habitual en relación con la edad, sin alcanzar el nivel anterior y, por tanto, sean apropiadas para cualquier destino militar excepto para en los que se exijan condiciones muy elevadas.

Coeficiente 3: se aplicará a aquellas personas con un nivel físico o psíquico aceptable aunque puedan tener algún defecto que no limite su capacidad operativa, excepto si se requirieran prestaciones elevadas.

Coeficiente 4: se aplicará en aquellas circunstancias en las que el individuo tenga unas condiciones médicas o defectos físicos o psíquicos que le impongan determinadas restricciones que deban tenerse en cuenta al asignársele destino, en especial si implican manejo de armas o sistemas de armas o mando y empleo de unidades de la fuerza. Se considerará física o psíquicamente

capaz de cumplir con una tarea apropiada a su capacidad funcional.

Coeficiente 5: se aplicará únicamente y exclusivamente en aquellos casos en los que la enfermedad o defecto psicofísico supongan una gran restricción a la asignación de destinos debido a su especial capacidad funcional, de tal modo que, considerándose incompatible con actividades que son exclusivas de las Fuerzas Armadas, pudiera existir compatibilidad con aquellas otras actividades que son comunes a las Fuerzas Armadas y al ámbito civil. A este respecto se tendrán en cuenta las funciones y cometidos que la Ley 17/1999, en sus artículos 26 a 42, y las disposiciones que los desarrollen, asignan al Cuerpo al que pertenece el interesado.

Como criterio de referencia, se trataría de discapacidades moderadas, con una valoración de 25 por 100 o superior en el anexo 1 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

2. Las normas complementarias para evaluar las áreas funcionales serán las siguientes:

a) Cuando en la persona reconocida se aprecie una enfermedad o limitación física o psíquica que, con carácter temporal, pudiera valorarse con coeficiente 5 por provocar la disminución de su capacidad funcional, se aplicará el coeficiente 5T.

b) Cuando en la persona reconocida se aprecie un área funcional que deba ser valorada con coeficiente 3 ó 4 y la afección es susceptible de curarse o evolucionar favorablemente, siendo previsible una mejoría en la enfermedad o limitación física o psíquica que lo motivó, o bien por falta de certeza o precisión sobre la posible gravedad de la afección, y sólo entraña una restricción temporal en las actividades que desarrolla, se aplicará el coeficiente 3T o 4T. Será compatible con la situación de actividad.

c) El coeficiente final de cada área funcional será el mayor de los asignados a los apartados correspondientes.

Artículo 19. *Condición psicofísica global.*

1. En la valoración psicofísica global y el consiguiente informe se tendrán en cuenta la edad y la actividad actual, así como la que podría desempeñar en el futuro, en aras a una posible limitación para ocupar determinados destinos.

2. Se aplicarán los siguientes criterios médicos periciales:

a) La valoración de la insuficiencia de condiciones psicofísicas se basará en razones médicas objetivas, debiendo matizarse con precisión la causa que la justifique. El diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo y sí lo es la discapacidad que origine.

b) Se tendrá en cuenta los antecedentes de la aptitud psicofísica, y otros sobre la complexión física general, que formarán parte del expediente de aptitud psicofísica.

c) Los resultados de las exploraciones médicas deberán fundamentarse exponiendo claramente las técnicas empleadas, los motivos de la decisión adoptada y la valoración sobre las alegaciones presentadas por el interesado.

d) La calificación tendrá en cuenta la discapacidad específica que cause y la posible agravación que pueda suponer el desempeño de los cometidos y funciones que la Ley 17/1999 establece para el Cuerpo del que es miembro, o está adscrito, el interesado, en caso de los militares de tropa y marinería, según la especialidad o cometidos profesionales. En todo caso, la calificación

se basará fundamentalmente en la posible capacidad para desarrollar un trabajo.

e) Los criterios que se deben seguir, ante la posible necesidad de realizar una prueba diagnóstica especial que entrañe algún riesgo o penosidad para el interesado, son los siguientes:

1.º Necesidad de su realización para discernir una valoración clave.

2.º Ausencia de contraindicación médica.

3.º Ausencia de dicha prueba o de otra de fiabilidad análoga, realizada anteriormente con fines diagnósticos por un servicio acreditado oficialmente.

4.º Ausencia de otra prueba con el mismo fin y de menor riesgo o molestia.

5.º Explicación al interesado, de manera clara, de las características de las pruebas, incluyendo su riesgo o penosidad, y obteniendo, en su caso, su libre autorización escrita.

f) La valoración de la patología mental corresponde al campo de la psiquiatría y es independiente de la valoración psicológica que pudiera realizarse.

3. En su caso, se deberá dictaminar desde el punto de vista médico pericial sobre la relación entre la insuficiencia de condiciones psicofísicas y el accidente o enfermedad en acto de servicio o como consecuencia del mismo. En caso de que sea una enfermedad la causante de la incapacidad, esta deberá constar como adquirida directamente en acto de servicio o como consecuencia directa de la naturaleza del servicio desempeñado.

4. Ante la asignación en el informe médico de valoración de aptitud psicofísica de un coeficiente 4 ó 5 en alguna de las áreas será necesario:

a) Dictaminar el grado de disminución física o psíquica apreciado, y explicar de forma clara y llana las limitaciones que suponen así como las dificultades para el ejercicio de las siguientes actividades: Profesión militar, otras actividades laborales, actividades de la vida diaria o toda profesión u oficio.

b) Cuantificar, en su caso, la minusvalía que corresponda al peritado y si precisaría de una tercera persona para los actos esenciales de la vida.

5. También se hará constar si la lesión o proceso patológico, somático o psíquico está estabilizado y es irreversible o de remota o incierta reversibilidad. Deben

entenderse como irreversibles aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad racional de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado con el tratamiento de aplicación habitual en cada caso.

Disposición adicional única. *Aplazamientos.*

1. Los Jefes de los Mandos o Jefatura de Personal, en lo que afecte a militares del Ejército respectivo, y el Director general de Personal, en lo que afecte a militares de los Cuerpos Comunes, podrán aplazar los reconocimientos médicos y las pruebas psicológicas y físicas de los que estén destinados en el extranjero o participen en misiones para mantener la paz y seguridad internacionales.

2. Se podrán aplazar, a solicitud de las interesadas, los reconocimientos médicos y las pruebas psicológicas y físicas en los supuestos de embarazo, parto o permiso de maternidad.

3. Asimismo, cuando sea preciso se podrán aplazar los reconocimientos médicos y las pruebas psicológicas y físicas de quienes se encuentren en las situaciones administrativas de suspenso de empleo y de excedencia.

Disposición transitoria única. *Calendario para la aplicación de reconocimientos y pruebas.*

1. Los reconocimientos médicos y las pruebas psicológicas y físicas a los que se refieren los artículos 4, 5 y 6 del presente Reglamento serán de plena aplicación a los que hayan accedido o accedan a militar de carrera y a los militares de tropa profesional y marinería con una relación de servicios de carácter permanente con posterioridad a la fecha de entrada en vigor de la Ley 17/1999, de 18 de mayo, y a los militares profesionales que mantienen una relación de servicios de carácter temporal cuando soliciten un nuevo compromiso.

2. El Ministro de Defensa determinará un calendario para la aplicación progresiva de los citados reconocimientos y pruebas a los que eran militares de carrera o profesionales de tropa y marinería con relación de servicios de carácter permanente con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 17/1999.

Disposición final única.

La aplicación del presente Reglamento no supondrá incremento del gasto público, pues se cubrirá con el presupuesto ordinario de cada uno de los Departamentos implicados.

CUADROS DE CONDICIONES PSICOFÍSICAS
INDICE

INTRODUCCIÓN

REGLAMENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA APTITUD PSICOFÍSICA Y LOS CUADROS DE CONDICIONES PSICOFÍSICAS DE APLICACIÓN EN LAS FUERZAS ARMADAS

CUADROS DE CONDICIONES PSICOFÍSICAS

INTRODUCCIÓN

El objeto de estos Cuadros es determinar las condiciones generales de aptitud, enumerar las principales enfermedades y dolencias que deben incluirse en cada área o subárea funcional, así como orientar, en lo posible, al médico calificador sobre el coeficiente que se debe aplicar al valorar la aptitud psicofísica.

Es imposible contemplar de una manera exhaustiva cada uno de los casos que pueden presentarse a un médico calificador, sin embargo la patología incluida se considera suficiente para que, aquella que aparezca y no haya sido citada en el cuadro, pueda ser valorada por analogía con la que sí ha sido reflejada. La ausencia de patología o lesión será calificada como coeficiente 1, por otro lado podrán presentarse diversas alteraciones menores o banales, transitorias o permanentes, compatibles con el coeficiente 1.

En aquellos casos en que el calificador pueda escoger entre varios coeficientes, si decidiera aplicar el 5, deberá cerciorarse de que cumple los requisitos especificados en la presente norma y que la entidad del proceso y la repercusión funcional son muy marcados.

APARTADOS

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1. CAPACIDAD FÍSICA GENERAL (F) | |
| SECCIÓN 1: CAPACIDAD FÍSICA Y ENFERMEDADES GENERALES | |
| MUSCULATURA Y ROBUSTEZ FÍSICA GENERAL | 1 a 2 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 3 a 6 |
| ENFERMEDADES PARASITARIAS | 7 a 20 |
| TUMORES | 21 y 22 |
| ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS | 23 a 27 |
| ENFERMEDADES METABÓLICAS | 28 a 31 |
| ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS | 32 a 40 |
| SECCIÓN 2: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO | 41 a 76 |
| SECCIÓN 3: ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO | 77 a 84 |
| SECCIÓN 4: ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO | 85 a 99 |
| SECCIÓN 5: ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO | |
| ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | 100 a 109 |
| ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS | 110 a 114 |
| ENFERMEDADES DE LAS VENAS | 115 y 116 |
| ENFERMEDADES DEL SISTEMA LINFÁTICO | 117 y 118 |
| SECCIÓN 6: ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO | 119 a 132 |
| SECCIÓN 7: PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL | 133 a 144 |
| SECCIÓN 8: ENFERMEDADES REUMÁTICAS | 145 a 161 |
| CAPÍTULO 2. SISTEMA LOCOMOTOR (FMS) | |
| SECCIÓN 1: ENFERMEDADES DEL SISTEMA LOCOMOTOR EN GENERAL | |
| PATOLOGÍA DE LOS HUESOS | 162 a 169 |
| PATOLOGÍA DE LAS ARTICULACIONES | 170 a 176 |
| PATOLOGÍA YUXTA-ARTICULAR Y EXTRA-ARTICULAR | 177 a 182 |
| SECCIÓN 2: ESTUDIO TOPOGRÁFICO DE LAS AFECCIONES DEL SISTEMA LOCOMOTOR | 183 a 191 |
| CINTURA PELVIANA Y MIEMBRO INFERIOR (I) | 192 a 196 |
| CINTURA ESCAPULAR Y MIEMBRO SUPERIOR (S) | 197 a 201 |
| CAPÍTULO 3. ENFERMEDADES DE LA VISIÓN Y DE LOS OJOS (V) | 202 a 225 |
| CAPÍTULO 4. AUDICIÓN Y ENFERMEDADES DE GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS (A) | |
| SECCIÓN 1: OÍDO Y PABELLÓN AURICULAR | 226 a 234 |
| SECCIÓN 2: NARIZ Y SENOS | 235 a 238 |

SECCIÓN 3: FARINGE Y CAVUM 239
 SECCIÓN 4: LARINGE 240
 SECCIÓN 5: CUELLO 241
 SECCIÓN 6: PARES CRANEALES 242

CAPÍTULO 5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (F)

SECCIÓN 1: SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS 243 a 251
 SECCIÓN 2: ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS 252 a 262

CAPÍTULO 6. PSIQUIATRÍA (F)

SECCIÓN 1: CONSIDERACIONES GENERALES
 SECCIÓN 2: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO 263 a 269

CAPÍTULO 1. CAPACIDAD FÍSICA GENERAL (F)

Con independencia de cualquier afección, enfermedad o malformación física a las que se asigne un área funcional específica, se recogen en esta sección condiciones y enfermedades generales.

SECCIÓN 1.- CONDICIONES Y ENFERMEDADES GENERALES

MUSCULATURA Y ROBUSTEZ FÍSICA GENERAL

APARTADO 1: GENERAL

- a) Individuo fuerte, armoniosamente desarrollado y con buena musculatura 1 F
- b) Individuo normal, con musculatura satisfactoria, susceptible de mejorar bajo el efecto de entrenamiento físico. 2 F
- c) Individuo débil, con escaso desarrollo muscular. 3 F
- d) Individuo muy débil, con muy escaso desarrollo muscular. 4 F

PESO (VER TAMBIÉN ENFERMEDADES METABÓLICAS)

APARTADO 2: PESO

Será valorado según el Índice de masa corporal (IMC) teniendo en cuenta la constitución armónica del individuo

El IMC se calcula según el cociente:

$$IMC = \frac{\text{Peso (en kg)}}{\text{Talla (en m)}^2}$$

- a) IMC de 19 a 27, ambos incluidos 1 F
- b) IMC de 18,00 a 18,99 y de 27,01 a 27,99 2 F
- c) IMC inferior a 18 y superior a 28 3-5 F

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las enfermedades infecciosas agudas curadas en las que quede alguna secuela, y las de evolución crónica, podrán tener coeficientes 2 a 5. La diversidad existente de estas enfermedades no permite relacionarlas a todas. Sería inútil hacer un estudio extenso de las mismas, pues frecuentemente se tendrán que valorar más bien sus secuelas y, excepcionalmente, cuadros en fase aguda, en cuyo caso se añadiría la T de temporal.

APARTADO 3: TUBERCULOSIS

- a) Tuberculosis activa del aparato respiratorio con historia de resistencia a los tuberculostáticos mayores o con lesiones extensas con cavitación uni o bilateral, donde se prevea la posibilidad de secuelas extensas. 4-5 F
- b) Secuelas, según repercusión funcional 3-5 F

APARTADO 4: LEPROA

Según secuelas, trastorno funcional y pronóstico 3-5 F

APARTADO 5: BRUCELOSIS

Según secuelas, trastorno funcional y pronóstico 3-5 F

APARTADO 6: INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

- a) Con criterios CDC (Center for Disease Control) de caso SIDA 4-5 F
- b) Sin criterios CDC de caso SIDA, según estado general y requerimientos terapéuticos 3-4 F

ENFERMEDADES PARASITARIAS**APARTADO 7: AMEBIASIS**
Según secuelas

3-5

F

APARTADO 8: LEISMANIOSIS

- a) Cutánea (ver enfermedades de la piel)
b) Visceral (Kala Azar). Curada en función de las secuelas

3-5

F

APARTADO 9: PALUDISMO

Paludismo crónico, según secuelas

3-5

F

APARTADO 10: TOXOPLASMOSIS

Secuelas graves (ver órgano afectado)

4-5

F

APARTADO 11: TRIPANOSOMIASIS

Según secuelas

3-5

F

APARTADO 12: ANQUILOSTOMIASIS

Según repercusión digestiva y sanguínea

3-5

F

APARTADO 13: DISTOMATOSIS

Según secuelas

3-5

F

APARTADO 14: EQUINOCOCIAS

- a) Quiste hialidílico, según número, localización y pronóstico
b) Equinococosis alveolar ó diseminada

3-5

F

APARTADO 15: FILARIASIS

Filariasis, oncocercosis, loasis, dracunculosis

3-5

F

APARTADO 16: ESQUISTOSOMIASIS (BILHARZIOSIS)

Según secuelas

3-5

F

APARTADO 17: OTRAS HELMINTIASIS

- a) Triquinosis según secuelas
b) Larva Migrans: según repercusión visceral

3-5

F

APARTADO 18: MICOSIS SISTÉMICAS

Solo se considerarán las manifestaciones crónicas según el grado e importancia de la afectación o lesión que pueda repercutir en la vida militar

3-5

F

APARTADO 19: MICETOMAS

Pie de Madura y otras localizaciones (ver enfermedades de la piel)

3-5

F

APARTADO 20: MICOSIS CUTÁNEA

- a) Micosis cutáneas (ver enfermedades de la piel)
b) Otras micosis no descritas

3-5

F

TUMORES

Resulta imposible hacer una relación exhaustiva de tumores y atribuirles un coeficiente. Se da una línea de conducta general, para que se estudie cada sistema u órgano afectado.

APARTADO 21: TUMORES MALIGNOS

- a) En evolución o en tratamiento
b) Curado después de tratamiento

3-4

F

2-4

F

Se tomará como criterio de curación, la existencia de un período superior a cinco años, a contar desde que finalizó el tratamiento.

APARTADO 22: TUMORES BENIGNOS

La aptitud se aprecia en función de: potencial expansivo y riesgo de compresión, localización, complicaciones, curabilidad, signos y síntomas acompañantes

2-5

F

ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS**APARTADO 23: HIPÓFISIS**

Hiperfunciones adenohipofisarias

4-5

F

a) Acromegalia. Gigantismo

3-5

F

b) Hiperprolactinemias

4-5

F

c) Enfermedad de Cushing

4-5

F

Hipofunciones adenohipofisarias

4-5

F

d) Panhipofuitarismo

3-5

F

e) Hipogonadismos hipotálamo-hipofisarios

4-5

F

f) Diabetes insípida

4-5

F

g) Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética

4-5

F

h) Tumores hipotalámicos e hipofisarios. Síndrome de Fröhlich o distrofia adrenogenital

4-5

F

APARTADO 24: TIROIDES

Hipertiroidismos

4-5

F

a) Enfermedad de Graves-Basedow en actividad

4-5

F

b) Adenoma tiroideo tóxico en actividad

3-5

F

c) Otras formas de hipertiroidismo

3-5

F

Hipotiroidismos

3-4

F

d) Hipotiroidismo normalizado con tratamiento

3-5

F

e) Bocio normofuncional, difuso o nodular, según tamaño

3-5

F

f) Tumores tiroideos

3-5

F

g) Tiroiditis

3-5

F

APARTADO 25: PARATIROIDES

a) Hiperparatiroidismo

3-5

F

b) Hipoparatiroidismo

3-5

F

APARTADO 26: SUPRARRENALES

Hiperfunciones de la corteza suprarrenal

4-5

F

a) Síndrome de Cushing

4-5

F

b) Hiperaldosteronismos

4-5

F

c) Hiperplasia adrenal congénita

4-5

F

Hipofunción de la corteza suprarrenal

4-5

F

d) Insuficiencia corticosuprarrenal

4-5

F

e) Hipoaldosteronismo

4-5

F

f) Enfermedades de la médula suprarrenal, feocromocitomas

4-5

F

g) Tumores suprarrenales

4-5

F

APARTADO 27: GÓNADAS

a) Hipogonadismos primarios

3-4

F

b) Atrofia testicular bilateral

3-4

F

c) Anorquia

3-5

F

d) Genitales ambiguos

3-4

F

e) Ginecomastia unil o bilateral

3-4

F

| | | | | | |
|--|-------------------|-------------|--|--|--|
| APARTADO 51: FOTODERMATOSIS Fotodermatosis | 3-4 | F | APARTADO 69: PSEUDOLINFOMAS Pseudolinfomas | 2-4 | F |
| APARTADO 52: EPIDERMOLISIS AMPOLLOSAS Epidermolisis ampollosas, según el tipo clínico | 3-5 | F | APARTADO 70: PUSTULOSIS Pustulosis, según extensión, localización y afectación | 3-5 | F |
| APARTADO 53: ERITRODERMIA Eritrodermia | 3-5 | F | APARTADO 71: SARCOIDOSIS CUTÁNEA Sarcoidosis cutánea | 3-4 | F |
| APARTADO 54: ESCLERODERMIA a) Circunscrita b) Sistémica | 1-4 3-5 | F F | APARTADO 72: TUMORES CUTÁNEOS a) Epiteliomas b) Melanomas c) Otros tumores cutáneos malignos | 3-5 3-5 3-5 | F F F |
| APARTADO 55: HIDROSADENITIS Hidrosadenitis crónica | 2-4 | F | APARTADO 73: ULCERAS VARICOSAS Ulceras varicosas o con trastornos tróficos | 3-5 | F |
| APARTADO 56: FACOMATOSIS Facomatosis | 3-5 | F | APARTADO 74: URTICARIA a) Según el tipo clínico y evolución b) Edema angioneurótico | 2-4 3-5 | F F |
| APARTADO 57: HIPERHIDROSIS Hiperhidrosis | 3-4 | F | APARTADO 75: VASCULITIS Vasculitis, según tipo clínico y evolución | 2-5 | F |
| APARTADO 58: ICTIOSIS Ictiosis | 3-5 | F | APARTADO 76: VITÍLIGO Y ACROMÍA CONGÉNITA Vitíligo y acromía congénita, según extensión y localización | 2-5 | F |
| APARTADO 59: QUERATODERMIA Queratodermia | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 60: LIQUEN a) Liquen plano b) Liquen erosivo de mucosas c) Otros según etiología y repercusión | 2-4 3-5 2-5 | F F F | SECCIÓN 3.- ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO | | |
| APARTADO 61: LUPUS ERITEMATOSO a) Lupus eritematoso cutáneo benigno b) Lupus eritematoso cutáneo subagudo c) Lupus eritematoso cutáneo sistémico | 3-4 3-5 3-5 | F F F | APARTADO 77: PATOLOGÍA DEL ESÓFAGO a) Divertículo de Zencker b) Divertículo de tercio medio o distal esofágico c) Asinergia faringoesofágica primaria d) Trastornos motores del cuerpo esofágico e) Achalasia f) Enfermedad por reflujo gastroesofágico g) Secuelas de cirugía antirreflujo h) Esófago de Barrett i) Úlcera péptica esofágica j) Esofagitis por reflujo k) Esofagitis por cáusticos l) Esofagitis por radiación m) Esofagitis infecciosas n) Tumores benignos ñ) Tumores malignos o) Estenosis no tumoral del esófago p) Secuelas de traumatismos o de cirugía esofágica | 3-5 2-4 3-4 3-4 4-5 3-5 3-4 2-3 3-4 4-5 3-4 2-4 3-4 4-5 3-5 3-5 | F F F F F F F F F F F F F F F F |
| APARTADO 62: LINFOMA CUTÁNEO Linfoma cutáneo | 3-5 | F | APARTADO 78: PATOLOGÍA DEL ESTOMAGO a) Gastroparesia y disquinesias gástricas b) Hernia hiatal c) Hernia hiatal con patología asociada d) Divertículos gástricos e) Gastritis crónica atrófica y atrofia gástrica f) Gastritis por cáusticos g) Gastritis infecciosas | 3-5 3-5 2-3 3-5 2-4 3-4 4-5 2-4 | F F F F F F F F |
| APARTADO 63: CONECTIVOPATÍAS MIXTAS Enfermedad mixta del tejido conectivo y conectivopatías | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 64: MASTOCITOSIS CUTÁNEA Mastocitosis cutánea | 2-5 | F | | | |
| APARTADO 65: ONICOPATÍAS Onicopatías | 2-4 | F | | | |
| APARTADO 66: PANICULITIS Paniculitis, según tipo clínico y evolución | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 67: PARAPSORIASIS Parapsoriasis | 3-4 | F | | | |
| APARTADO 68: PSORIASIS Psoriasis: según extensión, localización y afectación | 3-5 | F | | | |

| SECCIÓN 4.- ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO | | | | |
|--|-----|---|--|-----|
| APARTADO 85: ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA (CUALQUIER ETIOLOGÍA) | | | | |
| a) Trastorno severo de la ventilación, equivalente a un VEMS inferior al 70% | 4-5 | F | | 3-5 |
| b) Trastorno de la ventilación, equivalente a un VEMS superior al 70% | 3-4 | F | | 3-5 |
| APARTADO 86: MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL PULMÓN, VASCULATURA PULMONAR, TRAQUEA, BRONQUIOS, PLEURA, MEDIASTINO Y PARED TORÁCICA. | | | | |
| Corregidas o no corregidas quirúrgicamente dependiendo de la función respiratoria, según el apartado 85 y de la evolución esperada | | | | |
| APARTADO 87: TUBERCULOSIS PLEURAL, PULMONAR O DE LOS GANGLIOS TORÁCICOS | 2-5 | F | | 3-5 |
| a) En evolución, en tratamiento en el momento del reconocimiento | 4-5 | F | | 3-5 |
| b) Curada y con secuelas funcionales | 3-5 | F | | 3-5 |
| c) Anomalías de evolución incierta, tales como nódulos apicales no tratados y con imposibilidad de constatar evolución | 3-5 | F | | 3-5 |
| APARTADO 88: ASMA BRONQUIAL | | | | |
| a) Asma severa | 4-5 | F | | 2-5 |
| b) Asma moderada o historia de agudizaciones graves | 4-5 | F | | 2-5 |
| c) Asma leve | 3 | F | | 2-5 |
| APARTADO 89: AFECCIONES CRÓNICAS DE LA TRAQUEA Y BRONQUIOS | | | | |
| a) Bronquiectasias mínimas y localizadas. Según clínica y alteración funcional | 2-3 | F | | 3-5 |
| b) Bronquiectasias que produzcan clínica permanente o interesen a zonas basales, según alteraciones radiológicas y funcionales | 4-5 | F | | 3-5 |
| c) Mucoviscidosis comprobada con test específicos y con alteraciones clínicas y radiológicas | 4-5 | F | | 3-5 |
| d) Bronquitis crónica no obstructiva | 3-4 | F | | 3-5 |
| e) Bronquitis crónica obstructiva dependiendo de la alteración funcional | 4-5 | F | | 3-5 |
| f) Estenosis traqueal de cualquier etiología | 3-5 | F | | 3-5 |
| APARTADO 90: ENFISEMA PULMONAR | | | | |
| La presencia de enfisema o bullas pulmonares, basada en datos clínicos radiológicos se valorará según la función pulmonar | | | | |
| APARTADO 91: QUISTE HIDATÍDICO DE PULMÓN | | | | |
| a) No operado | 3-5 | F | | 3-5 |
| b) Operado según secuelas funcionales | 3-5 | F | | 3-5 |
| APARTADO 92: DERRAMES PLEURALES | | | | |
| a) Pleuresia en evolución en tratamiento en el momento del reconocimiento | 4-6 | F | | 4-5 |
| b) Secuelas de pleuresias según alteraciones funcionales | 2-5 | F | | 4-5 |
| APARTADO 93: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO | | | | |
| a) Aislado, según la existencia de alteración parenquimatosa subyacente | 3-5 | F | | 4-5 |
| b) Recidivante | 4-5 | F | | 4-5 |
| c) Operado, según secuelas funcionales y hallazgos radiológicos | 2-5 | F | | 4-5 |
| APARTADO 94: TUMORES DE PULMÓN, TRÁQUEA, BRONQUIOS, PLEURA, MEDIASTINO, DIAFRAGMA O CAJA TORÁCICA | | | | |
| a) Tumores benignos | 2-5 | F | | 4-5 |
| b) Tumores malignos | | | | |
| APARTADO 95: SARCOIDOSIS ENDOTORÁCICA | | | | |
| Tanto la forma ganglionar como la acompañada de afectación parenquimatosa, se valorará por su extensión, evolución actividad y respuesta a tratamiento | | | | |
| APARTADO 96: PATOLOGÍA INTERSTICIAL PULMONAR | | | | |
| Afectación intersticial de cualquier etiología, según clínica, radiología y alteración funcional | | | | |
| APARTADO 97: ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL APARATO RESPIRATORIO | | | | |
| Se valorarán según afectación clínica, radiológica y funcional y grado estimado de actividad por historia laboral y evolución | | | | |
| APARTADO 98: SECUELAS DE TRAUMATISMOS TORÁCICOS O PLEUROPULMONARES | | | | |
| Se valorarán según secuelas radiológicas y funcionales | | | | |
| APARTADO 99: HERNIA DIAFRAGMÁTICA | | | | |
| Según secuelas clínicas, radiológicas y funcionales | | | | |
| SECCIÓN 5.- ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO | | | | |
| ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | | | | |
| APARTADO 100: ANTECEDENTES CARDIOLÓGICOS | | | | |
| a) De reumatismo articular agudo de menos de un año, según evolución y secuelas | 3-5 | F | | 3-5 |
| b) De enfermedades agudas resueltas, de menos de un año, según evolución y secuelas | 3-5 | F | | 3-5 |
| APARTADO 101: LESIONES ORGÁNICAS CRÓNICAS | | | | |
| a) Miocardiopatías primarias o secundarias | 4-5 | F | | 4-5 |
| b) Valvulopatías con signos de mala tolerancia clínica, radiológica o electrocardiográfica | 4-5 | F | | 4-5 |
| c) Valvulopatías con signos de buena tolerancia clínica, radiológica o electrocardiográfica | 3-5 | F | | 4-5 |
| d) Prolapso valvular mitral con criterios ecocardiográficos claros, con o sin soplo de insuficiencia mitral | 3-5 | F | | 4-5 |
| e) Pericarditis aguda benigna, recidivante, con intervalo libre de más de 1 año | 3-5 | F | | 4-5 |
| f) Pericarditis crónica | 4-5 | F | | 4-5 |
| APARTADO 102: INSUFICIENCIA CARDIACA | | | | |
| Cualquier etiología | | | | |
| APARTADO 103: TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO | | | | |
| a) Extrasístoles sintomáticas de una cardiopatía o de una enfermedad general crónica | 4-5 | F | | 4-5 |
| b) Extrasístoles no sintomáticas de una cardiopatía o de una enfermedad general crónica, según sea la frecuencia de extrasístoles y la tolerancia | 2-4 | F | | 4-5 |
| c) Taquicardia supraventricular | 3-5 | F | | 4-5 |
| d) Taquicardia ventricular | 4-5 | F | | 4-5 |
| e) Bradicardia por enfermedad del seno o distensión sinusal extrínseca cuando la frecuencia ventricular o pausas sinusales, incluso durante la noche, sea inferior a 40 latidos por minuto o superiores a 25 segundos, respectivamente | 4-5 | F | | 4-5 |
| f) Arritmia completa por fibrilación o flutter auricular | 4-5 | F | | 4-5 |

APARTADO 104: TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN

- a) Bloqueo AV de 1º grado estable, sin otro signo de cardiopatía
 b) Bloqueo AV de 2º grado tipo I, según frecuencia ventricular y tolerancia
 c) Otros bloqueos aurículo ventriculares (2º grado tipo II y 3º grado)
 d) Bloqueos de rama, sintomáticos de una cardiopatía orgánica comprobada
 e) Bloqueos de rama izquierda
 f) Bloqueos de rama derecha
 g) Hemibloqueos
 h) Bloqueo bifascicular
 i) Síndrome de Wolf-Parkinson-White
 j) Síndrome de Wolf-Parkinson-White no asociado a cardiopatía reconocida, con ablación completa
 k) Síndromes de PR corto, sin accesos taquicárdicos después de las pruebas de esfuerzo y Holter
 l) Otros síndromes de preexcitación

2-4 F
 3-5 F
 4-5 F
 4-5 F
 4-5 F
 1-4 F
 2-4 F
 3-5 F
 4-5 F
 2-3 F

APARTADO 105: OTRAS ANOMALÍAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS AISLADAS

Otras anomalías electrocardiográficas aisladas

APARTADO 106: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

No corregidas quirúrgicamente, con repercusión hemodinámica notable o con potencial evolutivo

2-3 F
 4-5 F

APARTADO 107: CARDIOPATÍAS CORREGIDAS QUIRÚRGICAMENTE

- a) Cardiopatías adquiridas
 b) Cardiopatías congénitas cuya corrección permite conseguir condiciones hemodinámicas normales
 c) Formas no incluidas en a) ó b)

4-5 F
 3-5 F
 3-5 F

APARTADO 108: CORONARIOPATÍAS

Enfermedades de las arterias coronarias, angor, infarto

4-5 F

APARTADO 109: OTRAS CARDIOPATÍAS NO INCLUIDAS ANTERIORMENTE

Otras patologías cardíacas no incluidas en los apartados anteriores

3-5 F

ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS**APARTADO 110: LESIONES DE LOS GRANDES VASOS**

- a) Afecciones de la aorta: coartación, aneurismas, disecciones y otras lesiones significativas
 b) Afecciones de la arteria pulmonar
 c) Afecciones de la cava

4-5 F
 3-5 F
 4-5 F

APARTADO 111: ARTERIOPATÍAS PERIFÉRICAS

- a) Arteriopatías inflamatorias o degenerativas
 b) Lesiones arteriales segmentarias enlazadas con una causa loco regional, no operadas
 c) Lesiones arteriales segmentarias enlazadas con una causa loco regional, operadas
 d) Aneurismas periféricos

3-5 F/IS
 4-5 F/IS

APARTADO 112: ACROSÍNDROMES

- a) Permanentes: acrorianois esencial
 b) Permanentes: con acropatías úlcero-múltiples
 c) Paroxísmicos: tipo Raynaud

4-5 F/IS
 4-5 F/IS
 4-5 F/IS

APARTADO 113: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- a) Hipertensión labil
 b) Hipertensión fija, sin repercusión visceral
 c) Hipertensión fija, con repercusión visceral

2-3 F
 3-4 F
 4-5 F

APARTADO 114: HIPOTENSIÓN ARTERIAL

Sincope, según etiología

3-5 F

ENFERMEDADES DE LAS VENAS**APARTADO 115: VARICES**

- a) Varices poco importantes
 b) Varices importantes con signos funcionales
 c) Úlceras varicosas ó con trastornos tróficos
 d) Fistulas arteriovenosas congénitas y aneurismas venosos

2-4 I
 4-5 I
 3-5 I
 4-5 I

APARTADO 116: FLEBITIS Y SUS SECUELAS

- a) Flebitis superficial y sus secuelas
 b) Antecedentes de trombosis venosa profunda
 c) Enfermedad tromboembólica
 d) Secuelas locales de flebitis

2-4 I/S
 3-5 I/S
 4-5 F
 2-4 I/S

ENFERMEDADES DEL SISTEMA LINFÁTICO**APARTADO 117: TRASTORNOS DE LA CIRCULACIÓN LINFÁTICA**

Trastornos en la circulación linfática. Edema crónico según la repercusión funcional

3-5 F/IS

APARTADO 118: LINFAGIECTASIAS

- a) Poco voluminosas sin molestias
 b) Con molestias funcionales importantes

3-4 F/IS
 4-5 F/IS

SECCIÓN 6.- ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO**APARTADO 119: NEFROPATÍA CRÓNICA**

- a) Secundaria, según etiología, evolución y repercusión funcional
 b) Primaria, según grado de insuficiencia renal

3-5 F
 3-5 F

APARTADO 120: NEFROPATÍAS AGUDAS

Nefropatías agudas según evolución

3-5 F

APARTADO 121: LITIASIS RENAL Y URETERAL

- a) Litiasis existente
 b) Tratada con secuelas
 c) Nefrocalcinosis incluso latente clínicamente

3-5 F
 3-5 F
 3-5 F

APARTADO 122: HIDRONEFROSIS

- a) Discreta y sin infección urinaria ni repercusión sobre la corteza renal
 b) Moderada o importante o con infección urinaria actual o anterior, o con adelgazamiento de la corteza renal

3-4 F
 3-5 F

APARTADO 123: MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA PORCIÓN ALTA DEL APARATO URINARIO

- a) Malformaciones congénitas sin repercusión
 b) Malformaciones congénitas con repercusión

1-3 F
 3-5 F

| | | | | | |
|---|-----|------|---|-----|---|
| c) Riñón único | 3-4 | F | f) Alteraciones del desarrollo puberal, del ciclo ovárico, dismenorrea, tensión premenstrual y síndrome de congestión pélvica. Trastornos psicossomáticos | 2-4 | F |
| APARTADO 124: TRAUMATISMO DEL RIÑÓN Y DEL URÉTER | | | | | |
| a) Traumatismo renal con secuelas | 3-5 | F | | | |
| b) Traumatismo ureteral con secuelas | 3-5 | F | | | |
| c) Nefrectomía | 3-4 | F | | | |
| APARTADO 125: FIBROSIS RETROPERITONEAL | | | | | |
| Fibrosis retroperitoneal | | | | | |
| a) Evolutiva o con tratamiento de menos de un año | 4-5 | F | | | |
| b) Tratada con secuelas | 4-5 | F | | | |
| APARTADO 126: TUBERCULOSIS GÉNITO-URINARIA | | | | | |
| a) Evolutiva o con tratamiento de menos de un año | 3-5 | F | | | |
| b) Tratada con secuelas | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 127: TUMORES DE LA PORCIÓN ALTA DEL APARATO URINARIO | | | | | |
| a) Tumores malignos del riñón y las vías excretoras | 3-5 | F | | | |
| b) Tumores benignos y quistes de riñón | 3-5 | F | | | |
| c) Tumores retroperitoneales malignos | 3-5 | F | | | |
| d) Tumores retroperitoneales benignos | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 128: AFECCIONES DE LA VEJIGA | | | | | |
| a) Malformaciones congénitas de vejiga con repercusión | 3-5 | F | | | |
| b) Traumatismos vesicales con secuelas | 3-5 | F | | | |
| c) Cistitis recidivante y cistopatías | 3-5 | F | | | |
| d) Disecstasia del cuello vesical | 3-5 | F | | | |
| e) Vejiga neurogénica | 3-5 | F | | | |
| f) Tumores vesicales benignos | 3-5 | F | | | |
| g) Tumores vesicales malignos | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 129: MALFORMACIONES DE LA URETRA | | | | | |
| Malformaciones congénitas con repercusión | | | | | |
| APARTADO 130: TRAUMATISMOS DE LA URETRA | | | | | |
| a) Traumatismos con secuelas | 3-4 | F | | | |
| b) Estenosis según repercusión | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 131: APARATO GENITAL MASCULINO | | | | | |
| a) Malformaciones congénitas con repercusión | 3-5 | F | | | |
| b) Traumatismos según secuelas | 3-5 | F | | | |
| c) Prostatitis y prostatodinia | 3-5 | F | | | |
| d) Tumores malignos | 3-5 | F | | | |
| e) Ausencia de ambos testículos | 3-5 | F | | | |
| f) Fistulas urinarias. Incontinencia y retención de orina | 3-4 | F | | | |
| g) Orquitis y orquiepididimitis | 2-3 | F | | | |
| h) Hidrocele o varicocele esencial significativo | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 132: APARATO GENITAL FEMENINO | | | | | |
| a) Alteraciones congénitas y estados intersexuales. Disgenesias gonadales. Hermatroidismos y pseudohermatroidismos | 3-5 | F | | | |
| b) Endometriosis | 3-5 | F | | | |
| c) Enfermedad inflamatoria pélvica. Leucorreas infecciosas. Enfermedad de transmisión sexual con secuelas | 3-5 | F | | | |
| d) Prolapso genital con secuelas | 3-5 | F | | | |
| e) Incontinencia urinaria con repercusión | 3-5 | F | | | |
| f) Fistulas genitales | 3-5 | F | | | |
| g) Tumores benignos del aparato genital y de la mama | 3-5 | F | | | |
| h) Tumores malignos del aparato genital y de la mama | 3-5 | F | | | |
| SECCIÓN 7.- PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL | | | | | |
| APARTADO 133: AUSENCIA DE ÓRGANOS DENTARIOS | | | | | |
| Según etiología y el grado de repercusión funcional | | | | | |
| | 2-5 | F | | | |
| APARTADO 134: PATOLOGÍA RELACIONADA CON LA CARIES DENTAL | | | | | |
| Polycaries con afectación pulpar y periodontal, según grado y afectación funcional | | | | | |
| | 3-4 | F | | | |
| APARTADO 135: ENFERMEDAD PERIODONTAL | | | | | |
| Enfermedad periodontal moderada o avanzada según repercusión funcional | | | | | |
| | 3-4 | F | | | |
| APARTADO 136: DIENTES INCLUIDOS | | | | | |
| Dientes incluidos o en situación intraósea, con evidencia radiológica de patología periodontaria | | | | | |
| | 3 | F | | | |
| APARTADO 137: ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA MUCOSA BUCAL | | | | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | | | | | |
| | 3-4 | F | | | |
| APARTADO 138: ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES | | | | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | | | | | |
| | 2-4 | F | | | |
| APARTADO 139: ENFERMEDADES DE LOS LABIOS | | | | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | | | | | |
| | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 140: ENFERMEDADES DE LA LENGUA Y SUELO DE LA BOCA | | | | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | | | | | |
| | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 141: ENFERMEDADES DEL PALADAR | | | | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | | | | | |
| | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 142: ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR | | | | | |
| a) Síndrome dolor-difunción | 3-4 | F | | | |
| b) Artritis temporomandibular | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 143: ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES | | | | | |
| Maloclusión severa según grado, etiología y repercusión funcional | | | | | |
| | 3-5 | F | | | |
| APARTADO 144: PATOLOGÍA CRANEO-FACIAL | | | | | |
| a) Disarmonia dento-maxilar con dismorfosis facial, según alteración funcional y perjuicio estético | 3-5 | F | | | |
| b) Pérdida de sustancia ósea craneal de más de 2 cm de diámetro con plastia craneal o con recubierta con hueso propio | 4-5 | F | | | |
| c) Deformaciones craneo faciales adquiridas con perjuicio estético según función | 3-5 | F | | | |
| d) Pérdida de sustancia ósea craneal de menos de 2 cm no pulsátiles y con ausencia de signos neurológicos | 3-4 | F | | | |
| SECCIÓN 8.- ENFERMEDADES REUMÁTICAS | | | | | |
| APARTADO 145: ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN ARTICULAR (cualquier etiología) | | | | | |
| a) Trastorno severo articular en zonas de carga y columna vertebral | 4-5 | F/I | | | |
| b) Trastorno articular de leve a moderado | 3-4 | F/IS | | | |
| APARTADO 146: MONOARTRITIS Y OLIGO-POLIARTRITIS | | | | | |
| a) Monoartritis | 3-4 | F/IS | | | |
| b) Oligopoliartritis | 3-5 | F/IS | | | |

| CAPITULO 2. SISTEMA LOCOMOTOR | |
|---|-------------------------------------|
| SECCIÓN 1.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA LOCOMOTOR EN GENERAL | |
| PATOLOGIA DE LOS HUESOS | |
| APARTADO 147: ARTRITIS, LUPUS, ESCLERODERMIA a) Artritis reumatoide b) Lupus eritematoso sistémico c) Esclerodermia | 3-5 F/N/S 3-5 F/N/S 3-5 F/N/S |
| APARTADO 148: MIOPATÍAS INFLAMATORIAS Miopatías inflamatorias | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 149: SÍNDROME DE SJÖGREN a) Primario b) Secundario según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-4 F 3-5 F |
| APARTADO 150: ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO Y SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN Enfermedad mixta del tejido conectivo y síndrome de superposición | 3-5 F |
| APARTADO 151: VASCULITIS Vasculitis según la localización, evolución y repercusión funcional | 2-5 F |
| APARTADO 152: ESPONDILOARTROPATÍAS INFLAMATORIAS Espondiloartropatías inflamatorias según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 153: ARTRITIS CRÓNICA JUVENIL Artritis crónica juvenil según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 154: INFECCIONES EN REUMATOLOGÍA Infecciones en reumatología según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 155: ARTROPATÍAS MICROCRISTALINAS Artropatías microcristalinas según la localización, evolución y repercusión funcional | 2-5 F/N/S |
| APARTADO 156: REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS Reumatismos de parte blandas según repercusión funcional | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 157: SÍNDROME FIBROMIÁLGICO Y REUMATISMOS PSICÓGENOS Síndrome fibromiálgico y reumatismos psicogénicos | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 158: REUMATISMOS INTERMITENTES Reumatismo polidrómico, hidrartrosis intermitente y fiebre mediterránea familiar | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 159: ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS Enfermedades metabólicas óseas según la localización, evolución y repercusión funcional | 2-5 F/N/S |
| APARTADO 160: REUMATISMOS Y SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS Reumatismos y síndromes paraneoplásicos según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 F |
| APARTADO 161: MANIFESTACIONES ARTICULARES ACOMPAÑANTES A LAS ENFERMEDADES DE OTROS ÓRGANOS Y SISTEMAS Manifestaciones articulares acompañantes a las enfermedades de otros órganos y sistemas, según repercusión funcional | 3-5 F/N/S |
| PATOLOGIA DE LAS ARTICULACIONES | |
| APARTADO 162: FRACTURAS EN VÍAS DE CONSOLIDACIÓN Fracturas en vías de consolidación | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 163: FRACTURAS CONSOLIDADAS a) Fracturas consolidadas sin secuela funcional pero con material de osteosíntesis poco voluminoso y bien tolerado b) Fracturas consolidadas sin secuela funcional pero con un material de osteosíntesis relativamente voluminoso c) Fracturas consolidadas con secuelas, a valorar teniendo en cuenta la localización, la naturaleza de las secuelas, del trastorno funcional, de las posibilidades de curación | 1-3 F/N/S 3-4 F/N/S 3-5 F/N/S |
| APARTADO 164: INFECCIONES ÓSEAS a) Infección aguda o crónica reactivada b) Infección crónica, según extensión y repercusión funcional | 3-5 F/N/S 3-5 F/N/S |
| APARTADO 165: TUMORES ÓSEOS a) Tumores Benignos, según localización y repercusión funcional b) Tumores Óseos malignos, según localización y repercusión funcional | 2-5 F/N/S 3-5 F/N/S |
| APARTADO 166: PSEUDOARTROSIS Pseudoartrosis, según localización, repercusión funcional y posibilidades de curación | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 167: OSTEOPOROSIS Osteoporosis según extensión y repercusión funcional | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 168: OSTEONECROSIS Osteonecrosis del adulto. Osteocondritis, según localización y el grado de repercusión funcional | 3-5 I/S |
| APARTADO 169: ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET Enfermedad ósea de Paget | 3-5 F/N/S |
| APARTADO 170: ARTROSIS Artrosis, según localización y repercusión funcional | 2-5 F/N/S |
| APARTADO 171: CUERPOS INTRARTICULARES Cuerpos intraarticulares, cualquiera que sea el origen, según la alteración funcional | 2-4 I/S |
| APARTADO 172: RIGIDEZ DE GRANDES ARTICULACIONES Rigidez o anquilosis establecida de las grandes articulaciones | 3-5 I/S |
| APARTADO 173: SECUELAS DE CIRUGÍA MAYOR Secuelas de intervenciones mayores sobre las grandes articulaciones según trastorno funcional | 3-5 I/S |
| APARTADO 174: LAXITUD ARTICULAR a) Laxitud articular sin inestabilidad | 2-3 I/S |

CINTURA ESCAPULAR Y MIEMBRO SUPERIOR (S)

APARTADO 197: AFECCIONES DE LA CINTURA ESCAPULAR

- a) Sin repercusión funcional en los movimientos del hombro
- b) Con repercusión funcional en los movimientos del hombro
- c) Luxación recidivante de hombro

APARTADO 198: AFECCIONES DEL CODO

Afecciones del codo

APARTADO 199: AFECCIONES DEL ANTEBRAZO

Afecciones del antebrazo

APARTADO 200: AFECCIONES DE LA MUÑECA

Afecciones de la muñeca

APARTADO 201: AFECCIONES DE LA MANO

- a) Afecciones de la mano: sindactilia, camptodactilia, clinodactilia, dedos supernumerarios y otras
- b) Secuelas de afecciones de la mano
- c) Alteraciones postraumáticas de la mano

CAPITULO 3.- ENFERMEDADES DE LA VISIÓN Y DE LOS OJOS (V)

APARTADO 202: AGUDEZA VISUAL VALORADA EN ESCALA DECIMAL DE 0 A 1

COMO VALOR MÁXIMO (valoración subjetiva para el pase a los grupos 4 y 5)

- a) Agudeza visual sin corrección igual o superior a 0,7 en ambos ojos y de la unidad con corrección en ambos ojos 1 V
- b) Suma de las agudezas visuales con corrección igual o superior a 1,4 y agudeza visual en el ojo peor igual o superior a 0,5 2 V
- c) Suma de agudezas visuales con corrección igual o superior a 0,7 y agudeza visual en el ojo peor igual o superior a 0,05 3-4 V
- d) Suma de agudezas visuales con corrección inferior a 0,7 o agudeza visual en el ojo peor inferior a 0,05 4-5 V

NOTA 1: Los defectos de refracción debe ser medidos por esquiastopia o bien por autorefractómetro bajo cicloplejia; en el caso de que exista astigmatismo asociado a una miopía o hipermetropía se determinará el valor del equivalente esférico, sumándose o restándose la mitad del valor del astigmatismo al componente esférico.

APARTADO 203: MIOPIAS

- a) Miopía igual o inferior a 0,5 dioptrías en cualquier ojo 1 V
- b) Miopía superior a 0,5 e inferior o igual a 3 dioptrías en cualquier ojo 2 V
- c) Miopía superior a 3 e inferior o igual a 4 dioptrías en cualquier ojo 3 V
- d) Miopía superior a 4 e inferior o igual a 9 dioptrías en cualquier ojo 4 V
- e) Miopía superior a 9 dioptrías en cualquier ojo, con lesiones corneales 4-5 V

APARTADO 204: HIPERMETROPIAS

- a) Hipermetropía igual o inferior a 3 dioptrías (diop.) en cualquier ojo 1 V
- b) Hipermetropía superior a 3 e inferior o igual a 4 diop. en cualquier ojo 2 V
- c) Hipermetropía superior a 4 e inferior o igual a 6 diop. en cualquier ojo 3 V
- d) Hipermetropía superior a 6 e inferior o igual a 8 diop. en cualquier ojo 4 V
- e) Hipermetropía superior a 8 diop. en cualquier ojo 4-5 V

APARTADO 205: ASTIGMATISMOS

- a) Astigmatismo igual o inferior a 0,75 dioptrías (diop.) en cualquier ojo 1 V
- b) Astigmatismo superior a 0,75 e inferior o igual a 2 diop. en cualquier ojo 2 V
- c) Astigmatismo superior a 2 e inferior o igual a 3 diop. en cualquier ojo 3 V
- d) Astigmatismo superior a 3 e inferior o igual a 6 diop. en cualquier ojo 4 V
- e) Astigmatismo superior a 6 diop. en cualquier ojo 4-5 V

APARTADO 206: ACOMODACIÓN-CONVERGENCIA

- a) Visión próxima normal, con corrección óptica 2-3 V
- b) Alteraciones en la acomodación convergencia que impidan una visión próxima normal, quedando excluidas las alteraciones involutivas propias de la edad (presbicia) 4 V

APARTADO 207: CAMPO VISUAL

- a) Campo visual normal o reducción inferior a 15° 1 V
- b) Reducción del campo visual superior a 15° e inferior o igual a 25° 2 V
- c) Pequeños escolomas periféricos o centrales que no repercutan sobre la agudeza visual 3 V
- d) Estrechamientos periféricos uni o bilaterales que no sobrepasen los 20 grados y al menos un campo visual temporal íntegro 4 V
- e) Alteraciones campimétricas mayores que en grupo anterior 4-5 V

| | | | | | |
|--|-----|---|--|--|--|
| APARTADO 208: VISIÓN CROMÁTICA | | | | | |
| a) Visión cromática normal | 1 | V | | | |
| b) Algun error en lectura de las laminas de Ishihara pero reconociendo aisladamente los colores y sus tonalidades | 2 | V | | | |
| c) Múltiples errores en la lectura de las láminas de Ishihara, pero reconociendo aisladamente los colores | 3 | V | | | |
| d) No reconocimiento de los colores aislados | 4 | V | | | |
| | 4-5 | V | | | |
| APARTADO 209: CEGUERA NOCTURNA | | | | | |
| Alteraciones electrofisiológicas características demostradas | | | | | |
| APARTADO 210: TUMORES DEL OJO Y SUS ANEJOS | | | | | |
| En base a su repercusión funcional y posibilidades terapéuticas | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 211: CUERPOS EXTRAÑOS INTRAORBITARIOS O INTRAOCULARES | | | | | |
| En base a su repercusión funcional | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 212: PATOLOGÍA PALPEBRAL | | | | | |
| Cicatrices y deformaciones pronunciadas, ectropion, entropion, triquiasis, ptosis y lagofthalmos, dependiendo de su magnitud y posibilidades terapéuticas | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 213: VIAS LAGRIMALES | | | | | |
| Vía lagrimal obstruida con epifora muy pronunciada, dacriocistitis de repetición | 3-4 | V | | | |
| APARTADO 214: CONJUNTIVA | | | | | |
| Alteraciones cicatriciales. Pterigion, dependiendo de su magnitud y repercusión funcional. Conjuntivitis crónica. Tracoma. Xerofthalmia. | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 215: CórNEA Y ESCLERA | | | | | |
| a) Córnea y esclera sin alteraciones. Córnea íntegra no sometida a cirugía refractiva (Láser o queratomioma radial) | 1 | V | | | |
| b) Leucomas de pequeño tamaño no evolutivos, sin vascularizar que no afecten la función visual ni produzcan deslumbramiento | 2 | V | | | |
| c) Lesiones corneales, uni ó bilaterales, no evolutivas, por lo tanto no susceptibles de reactivarse, según el grado de disminución de la visión y la ausencia de deslumbramiento | 3 | V | | | |
| d) Procesos evolutivos corneales susceptibles de empeoramiento como leucoma herpético, queratocono y otras distrofias corneales; valorar según repercusiones funcionales. Opacidades de la córnea, valorar según repercusiones funcionales. Estafilomas de córnea y esclera dependiendo de su magnitud y riesgo de perforación | 4-5 | V | | | |
| APARTADO 216: IRIS Y CUERPO CILIAR | | | | | |
| a) Trastornos pupilares que no causen alteraciones funcionales | 3 | V | | | |
| b) Trastornos pupilares que causen leves trastornos funcionales en función de la causa. Irídocolitis con secuelas y repercusión funcional | 4 | V | | | |
| c) Trastornos pupilares que causen graves trastornos funcionales en función de su causa. Irídocolitis con graves secuelas y gran repercusión funcional | 4-5 | V | | | |
| APARTADO 217: CRISTALINO | | | | | |
| Cataratas. Subluxación y luxación del cristalino. Afacia y pseudoafacia, según repercusión funcional | 4-5 | V | | | |
| APARTADO 218: TENSIÓN OCULAR | | | | | |
| Glaucoma e hipertensiones secundarias en función de la causa y grado de repercusión funcional | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 219: VÍTREO | | | | | |
| Hemorragias, valorar causa y repercusión funcional hemorragias recidivantes. Vitreitis y organización fibrosa del vítreo, valorar causa, secuelas y grado de repercusión funcional | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 220: COROIDES | | | | | |
| a) Cicatrices coroides antiguas, no evolutivas, en función de la causa y repercusión funcional | 3 | V | | | |
| b) Colobomas, cicatrices, albinismo y coroiditis, en función de la causa y repercusión funcional | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 221: RETINA | | | | | |
| a) Degeneraciones retinianas periféricas predisponentes no tratadas, que por su tamaño, naturaleza y estado del vítreo constituyan un grave riesgo de padecer un desprendimiento de retina. Microagujeros y desgarros retinianos tratados con éxito según el grado de repercusión funcional | 3-4 | V | | | |
| b) Desprendimiento de retina tratado con éxito anatómico según el grado de repercusión funcional | 3-5 | V | | | |
| c) Trombosis de rama. Embolias de rama. Vasculitis. Retinitis. Degeneraciones maculares. Degeneraciones tapeto-retinianas. Cicatrices. Hemorragias. Exudados y edemas; en función de la causa, reversibilidad y repercusión funcional | 4-5 | V | | | |
| d) Desprendimiento de retina con gran repercusión funcional, tromboisis de la vena central. Embolia de la arteria central. Desprendimiento de retina no tratado o tratado sin éxito anatómico completo. Desgarros retinianos y agujero macular en los cuales no se pueda lograr tratamiento satisfactorio | 4-5 | V | | | |
| e) Alteraciones no incluidas en apartados anteriores | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 222: PÁPILA Y VÍA ÓPTICA | | | | | |
| Edema de papila. Atrofia óptica. Neuritis óptica. Se valorará en función de la causa, repercusión funcional y secuelas | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 223: ÓRBITA | | | | | |
| Exoftalmos y otra patología orbitaria. Se valorará según la causa y repercusión funcional | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 224: MOTILIDAD OCULAR EXTRINSECA | | | | | |
| a) Hasta 10 dioptrías prismáticas de endoforia. Hasta 5 dioptrías prismáticas de exoforia y hasta 1 dioptría de hiperforia | 1 | V | | | |
| b) Heteroforías superiores a las del grupo anterior sin diplopia | 2 | V | | | |
| c) Heterotropía igual o inferior a 3 grados | 3 | V | | | |
| d) Heterotropía superior a 3 grados | 4 | V | | | |
| e) Parálisis y paresia en base a la repercusión funcional | 4-5 | V | | | |
| f) Diplopias establecidas | 4-5 | V | | | |
| g) Nistagmus, según amplitud y repercusión funcional | 3-5 | V | | | |
| APARTADO 225: TRAUMATISMOS DEL GLOBO OCULAR Y SUS ANEXOS | | | | | |
| Valorar en función de la repercusión anatómica y funcional así como la aparición de posibles complicaciones | 1-5 | V | | | |

CAPITULO 4. AUDICIÓN Y ENFERMEDADES DE GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS (A)

SECCIÓN 1.- OÍDO Y PABELLÓN AURICULAR

APARTADO 226: MALFORMACIONES

- a) Malformaciones congénitas del oído medio e interno
- b) Ostrismos obstructivos bilaterales del conducto auditivo externo
- c) Atresia auris completa y otras malformaciones con atresia de CAE y/o agenesia del pabellón

APARTADO 227: INFLAMACIONES DEL OÍDO EXTERNO

- a) Lesiones inflamatorias crónicas y/o recidivantes no perturbadoras de la actividad del sujeto
- b) Lesiones inflamatorias crónicas y recidivantes que necesiten cuidados frecuentes

APARTADO 228: INFLAMACIONES DEL OÍDO MEDIO

- a) Otitis seromucosas con drenaje timpánico unilateral o bilateral
- b) Otitis escleroadhesivas o timpanoesclerosis marcadas con repercusión auditiva unilateral o bilateral
- c) Otitis media crónica no colestomatosa unilateral o bilateral
- d) Otitis media crónica colestomatosa

APARTADO 229: SECUELAS DE INTERVENCIONES

- a) Miringoplastias e tímpanoplastias tipo 1 con injerto íntegro
- b) Alicoantrotomías sin actividad
- c) Alicoantrotomías con actividad
- d) Vaciamientos petromastoides

APARTADO 230: AFECCIONES DE MASTOIDES

- a) Mastoidectomía cicatrizada con secuelas
- b) Mastoidectomía no cicatrizada con supuración

APARTADO 231: OTORESCLEROSIS

- a) Otoresclerosis operada
- b) Otoresclerosis no operada según audición

APARTADO 232: ANOMALÍAS TIMPÁNICAS

- a) Perforación timpánica inactiva unilateral
- b) Perforación timpánica inactiva bilateral
- c) Infiltraciones calcáreas del tímpano superior al 50%

APARTADO 233: HIPOACUSIAS

a) GRUPO I - Sin alteraciones, e hipoacusia unilateral inferior al 3%

- H. unilateral: pérdida no superior al 12%
- H. bilateral: no superior al 7%

b) GRUPO II - H. unilateral: no superior al 18%

- H. bilateral: no superior al 12%

c) GRUPO III - H. unilateral: no superior al 25%

- H. bilateral: no superior al 18%

d) GRUPO IV: - H. unilateral: superior al 25%

- H. bilateral: superior al 18%

- Anacusia o cofosis total de un oído

- Traumatismos acústicos bilaterales evolutivos con sintomatología asociada y cuya pérdida sea igual o superior a 80 Db en la frecuencia 4000 Hz

e) GRUPO V: - Hipoacusia bilateral con pérdida global igual o superior al 44%

- Se valorarán con las normas ISO-ANSI en tabla adjunta:

| PERLE (dB) | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
|------------|------|------|------|------|
| 5 | | | | |
| 10 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,1 |
| 15 | 0,5 | 0,9 | 1,3 | 0,3 |
| 20 | 1,1 | 2,1 | 2,9 | 0,9 |
| 25 | 1,8 | 3,6 | 4,9 | 1,7 |
| 30 | 2,6 | 5,4 | 7,3 | 2,7 |
| 35 | 3,7 | 7,7 | 9,8 | 3,8 |
| 40 | 4,9 | 10,2 | 12,9 | 5,0 |
| 45 | 6,3 | 13,0 | 17,3 | 6,4 |
| 50 | 7,9 | 15,7 | 22,4 | 8,0 |
| 55 | 9,6 | 19,0 | 25,7 | 9,7 |
| 60 | 11,3 | 21,5 | 28,0 | 11,2 |
| 65 | 12,8 | 23,5 | 30,2 | 12,5 |
| 70 | 13,8 | 25,5 | 32,2 | 13,5 |
| 75 | 14,6 | 27,2 | 34,0 | 14,2 |
| 80 | 14,8 | 28,8 | 35,8 | 14,6 |
| 85 | 14,9 | 29,8 | 37,5 | 14,8 |
| 90 | 15,0 | 29,9 | 39,2 | 14,9 |
| 95 | 15,0 | 30,0 | 40,0 | 15,0 |
| 100 | | | | |

Pérdida global en % = % Pérdida en oído mejor x 7 + % Pérdida en oído peor

8

- En la frecuencia 4.000 Hz se aplicará la siguiente corrección:

| Años | db a deducir |
|------|--------------|
| 25 | 0 |
| 30 | 3 |
| 35 | 7 |
| 40 | 11 |
| 45 | 15 |
| 50 | 20 |
| 55 | 26 |
| 60 | 32 |

APARTADO 234: PERTURBACIONES DEL EQUILIBRIO

- a) Lesiones vestibulares periféricas compensadas, según etiología
- b) Lesiones vestibulares periféricas no compensadas según etiología
- c) Enfermedad de Ménière

4-5

A

3

A

A

4-5

CAPITULO 5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (F)

| | A | 4-5 | |
|--|---|-----|-----|
| d) Lesiones centrales en función del contexto neurológico, intensidad de la crisis y existencia de signos vestibulares | | | |
| SECCIÓN 2.- NARIZ Y SENOS | | | |
| APARTADO 235: DEFORMACIONES, MALFORMACIONES Y ESTENOSIS CONGENITAS O ADQUIRIDAS DE NARIZ, FOSAS NASALES Y COANAS | | | |
| a) Sin alteraciones de la respiración o fonación | F | 2-3 | 3-5 |
| b) Con repercusión moderada | F | 3 | 4-5 |
| c) Con alteraciones manifiestas de la respiración, fonación o deglución | F | 4 | 5 |
| APARTADO 236: RINITIS CRÓNICAS (NO ALÉRGICAS) | | | |
| a) Rinitis crónica, no alérgica, sin trastornos funcionales | F | 2-3 | 3-5 |
| b) Ocaso | F | 4 | 5 |
| APARTADO 237: RINITIS ALÉRGICAS | | | |
| Rinitis alérgicas | | | |
| APARTADO 238: POLIPOSIS, SINUSOPATIAS, PERFORACION DE TABIQUE | | | |
| a) Poliposis nasales y nasosinusales, según evolución y localización | F | 2-4 | 3-5 |
| b) Sinusopatías crónicas según localización, evolución y secuelas | F | 2-4 | 3-5 |
| c) Perforaciones de tabique, según origen y evolución | F | 2-4 | 3-5 |
| SECCIÓN 3.- FARINGE Y CAVUM | | | |
| APARTADO 239: FARINGE Y CAVUM | | | |
| a) Faringitis crónica | F | 2-3 | 3-5 |
| b) Hipertrofia amigdalina y amigdalitis crónica | F | 2-3 | 3-5 |
| c) Fibromas nasofaríngeos, según evolución y secuelas | F | 4-5 | 5 |
| SECCIÓN 4.- LARINGE | | | |
| APARTADO 240: LARINGE | | | |
| a) Laringitis crónicas: según etiología y evolución | F | 3-4 | 3-5 |
| b) Tumores benignos de laringe | F | 3-4 | 3-5 |
| c) Tumores malignos de laringe | F | 4-5 | 5 |
| d) Parálisis laríngea según etiología y localización | F | 3-5 | 3-5 |
| e) Secuelas de cirugía laríngea | F | 3-5 | 3-5 |
| f) Estenosis laríngeas o traqueales, según evolución, repercusión y secuelas | F | 4-5 | 5 |
| SECCIÓN 5.- CUELLO | | | |
| APARTADO 241: CUELLO | | | |
| a) Quistes y fistulas laterales del cuello según evolución y secuelas | F | 2-4 | 3-5 |
| b) Laringoceles, según evolución y secuelas | F | 3-4 | 3-5 |
| c) Divertículos faringoesofágicos según evolución y secuelas | F | 3-4 | 3-5 |
| SECCIÓN 6.- PARES CRANEALES | | | |
| APARTADO 242: PARES CRANEALES | | | |
| a) Parálisis faciales según origen, evolución y secuelas | F | 3-5 | 3-5 |
| d) Tumores benignos del estatoacústico, según evolución y secuelas | F | 3-5 | 3-5 |
| SECCIÓN 1.- SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS | | | |
| APARTADO 243: PARÁLISIS POR LESIÓN CENTRAL | | | |
| a) Hemiparesia | | | 3-5 |
| b) Hemiplejía | | | 4-5 |
| c) Monoparesia | | | 3-4 |
| d) Monoplejía | | | 5 |
| e) Paraplejía | | | 5 |
| f) Cuadriplejía | | | 5 |
| APARTADO 244: PARÁLISIS POR LESIÓN PERIFÉRICA | | | |
| Miembros | | | |
| a) Parálisis por lesión periférica, según repercusión funcional | | | 3-5 |
| Pares craneales | | | |
| b) Lesiones de pares craneales según etiología y repercusión funcional | | | 3-5 |
| APARTADO 245: MOVIMIENTOS ANORMALES | | | |
| Movimientos anormales, según etiología y repercusión funcional | | | 3-5 |
| APARTADO 246: NEURALGIAS | | | |
| a) Neuralgia sintomática: de lesiones que irriten o compriman las estructuras nerviosas: radiculitis zosteriana, mielitis, herida de nervio, neuroma de amputación y otras | | | 3-5 |
| b) Neuralgias esenciales | | | 3-5 |
| (Se valorará en función de su curabilidad y de la lesión causal. El dolor no interviene sino como factor sobreañadido) | | | 3-4 |
| APARTADO 247: TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD | | | |
| Trastornos de la sensibilidad, según etiología y repercusión funcional | | | 3-4 |
| APARTADO 248: TRASTORNOS DE LA COORDINACIÓN | | | |
| Trastornos de la coordinación según etiología y repercusión funcional | | | 3-5 |
| APARTADO 249: EPILEPSIA | | | |
| a) Idiopática según etiología y repercusión funcional | | | 3-5 |
| b) Sintomática según etiología y repercusión funcional | | | 3-5 |
| APARTADO 250: TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES SUPERIORES E INTEGRACIÓN | | | |
| a) Trastornos de la función del lenguaje (afasia, agrafia, alexia, acalculia), según trastorno funcional | | | 4-5 |
| b) Otros trastornos de las funciones corticales con grave repercusión funcional | | | 4-5 |
| APARTADO 251: TRASTORNOS DEL SUEÑO | | | |
| Trastornos del sueño según origen y evolución | | | 3-5 |
| SECCIÓN 2.- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. | | | |
| APARTADO 252: DISPLASIAS Y MALFORMACIONES | | | |
| a) Síndromes neurocutáneos | | | 3-5 |
| b) Siringomielia, | | | 3-5 |
| c) Disrafias | | | 3-5 |
| d) Hidrocefalias | | | 3-5 |
| e) Otras malformaciones | | | 3-5 |
| APARTADO 253: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y HEREDODEGENERATIVAS | | | |
| a) Demencias y deterioro cognitivo | | | 4-5 |

CAPITULO 6. PSIQUIATRÍA (P)

SECCIÓN 1.- CONSIDERACIONES GENERALES

| | | | |
|---|-----|---|---|
| b) De ganglios basales | 4-5 | F | |
| c) De médula | 4-5 | F | |
| d) Espinocerebelosas | 4-5 | F | |
| e) Neuropatías periféricas degenerativas | 4-5 | F | |
| APARTADO 254: SECUELAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL SISTEMA NERVIOSO Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema nervioso | 2-5 | F | Los trastornos psiquiátricos sobrevenidos, en el transcurso de la profesión militar, serán valorados según una gradación escalonada de limitación de sus responsabilidades y funciones. Por ello se establecen una serie de coeficientes que contemplan la mayor parte de situaciones. |
| APARTADO 255: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS E INMUNITARIAS DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA | | | LA SIGNIFICACIÓN DE LOS COEFICIENTES DE LA SIGLA "P" ES LA SIGUIENTE: |
| a) Enfermedades desmielinizantes | 3-5 | F | a) (P1): Implica un elevado desarrollo equilibrado de su personalidad con actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades y valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Es apto para todo tipo de unidad y puesto de responsabilidad. |
| b) Conectivopatías con síntomas neurológicos | 3-5 | F | b) (P2): Representaría, dentro de la normalidad, un grado menor del anterior, determinado por un menor desarrollo o ajuste de la personalidad, aunque eficaz desde el punto de vista sociolaboral. Es apto para todo tipo de unidad y puesto, con excepción de aquellos de elevada exigencia o responsabilidad. |
| APARTADO 256: AFECIONES VASCULARES. Afecciones vasculares, de naturaleza isquémica, hemorrágica y malformativa | 3-5 | F | c) (P3): Se caracterizaría por la presencia de trastornos mentales o del comportamiento de carácter leve y evolución prolongada que produzcan una ligera, aunque persistente, alteración de la actividad sociolaboral. No es apto para unidades operativas y funciones de responsabilidad relacionadas con el servicio de armas. |
| APARTADO 257: TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, PERIFÉRICO Y DE LAS MENINGES Según secuelas, posibilidades terapéuticas y pronóstico | 3-5 | F | d) (P4): Corresponde a los trastornos mentales o de la personalidad de grado medio y evolución crónica o con secuelas que determinen dificultades moderadas y persistentes de la actividad sociolaboral. La aptitud está limitada a destinos y funciones que no impliquen decisiones autónomas, actuando bajo supervisión. |
| APARTADO 258: ENFERMEDADES TÓXICO-METABÓLICAS Y CARENCIALES DEL SISTEMA NERVIOSO | | | e) (P5): Incluye los trastornos mentales o de la personalidad de suficiente intensidad y persistencia como para determinar graves y persistentes dificultades en la actividad sociolaboral. Podría determinar la no aptitud para el servicio. |
| a) Hereditarias | 3-5 | F | |
| b) Adquiridas | 3-5 | F | |
| APARTADO 259: TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO Traumatismo craneoencefálico. Se valorará en función de las secuelas neurológicas | 1-5 | F | El coeficiente "T", de temporal, sería aplicable para aquellos trastornos mentales o del comportamiento significativos, pero susceptibles de remisión en un plazo de tiempo inferior a dos años. Implica una pérdida temporal de aptitud para el servicio. Transcurrido este período sin alcanzar la oportuna remisión, procedería su inclusión en los apartados anteriores. |
| APARTADO 260: ENFERMEDADES MUSCULARES | | | La asignación de los coeficientes "1" y "2", al tratarse de sujetos sin patología psiquiátrica, no son competencia de los especialistas en psiquiatría y corresponderá a los resultados de evaluaciones psicológicas por los servicios pertinentes. |
| a) Primarias | 3-5 | F | |
| b) Adquiridas | 3-5 | F | |
| APARTADO 261: TRASTORNOS DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSCULAR Miastenia y síndromes miasténicos permanentes | 3-5 | F | El sistema de referencia básico, en el siguiente cuadro médico, es el nosológico adoptando los criterios diagnósticos internacionales (CIE-10 de la OMS) que puede incluir, según las características del caso, la valoración, dentro del marco estrictamente clínico, de factores como el desarrollo de la personalidad o la vulnerabilidad a situaciones de estrés. Más que la elaboración de un diagnóstico, el objetivo de la valoración persigue el establecimiento de un pronóstico cara a la eficacia funcional del sujeto en el servicio. |
| APARTADO 262: CEFALEAS Cefaleas: según frecuencia, duración y medicación preventiva | 2-4 | F | La valoración de factores como los rendimientos profesionales o el nivel de motivaciones y aptitudes vocacionales, son competencia de otros sistemas y procesos de selección al margen de la psiquiatría. |

SECCIÓN 2.- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO**APARTADO 263: TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS**

- | | | |
|--|-----|---|
| a) Demencias (Alzheimer, vasculares, otras) | 4-5 | P |
| b) Otros trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (delirium, síndrome amnésico, trastorno orgánico de la personalidad, otros) según gravedad y cronicidad | 4-5 | P |

APARTADO 264: TRASTORNOS MENTALES Y DE LA CONDUCTA DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS, INCLUIDO EL ALCOHOL

- | | | |
|--|-----|---|
| a) Consumo perjudicial de psicotropos, incluido el alcohol | 3-5 | P |
| b) Dependencia de psicotropos, incluido el alcohol | 4-5 | P |
| c) Trastornos mentales inducidos por psicotropos o alcohol (psicosis, amnesias, otros) | 4-5 | P |

APARTADO 265: ESQUIZOFRENIAS, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y ESQUIZOAFECTIVOS, TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES, OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

- | | | |
|---|-----|---|
| a) Esquizofrenias según forma clínica y evolución | 4-5 | P |
| b) Trastornos esquizotípicos y esquizoafectivos según su evolución y repercusión en el comportamiento | 4-5 | P |
| c) Trastornos de ideas delirantes persistentes, según gravedad y repercusión conductual | 4-5 | P |
| d) Trastornos psicóticos agudos, según evolución y riesgo de recidivas | 4-5 | P |
| e) Psicosis funcionales atípicas, según evolución y secuelas | 4-5 | P |

APARTADO 266: TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

- | | | |
|--|-----|---|
| a) Trastornos bipolares o depresivos recurrentes con episodios graves o con síntomas psicóticos | 4-5 | P |
| b) Trastornos bipolares o depresivos recurrentes con episodios de intensidad leve a moderada. Episodios maníacos o depresivos aislados | 3-4 | P |
| c) Trastornos del humor persistentes (ciclotimia, distimia, otros) | 4-5 | P |

APARTADO 267: TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- | | | |
|--|-----|---|
| a) Trastornos de ansiedad fóbica. Trastorno de pánico. Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno mixto ansiedad-depresión; según gravedad duración, tendencia a recidivar y repercusión conductual | 3-5 | P |
| b) Trastorno obsesivo-compulsivo; según gravedad, evolución y repercusión en la conducta | 3-5 | P |
| c) Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, según su intensidad, duración y repercusión en la conducta | 3-5 | P |
| d) Trastornos disociativos y somatomorfos, según su intensidad y repercusión en la conducta | 3-5 | P |

APARTADO 268: TRASTORNOS Y VARIACIONES ANÓMALAS DE LA PERSONALIDAD

- | | | |
|---|-----|---|
| a) Descompensaciones de trastornos específicos de la personalidad con repercusión en la conducta socioprofesional, según intensidad | 3-5 | P |
| b) Transformaciones persistentes de la personalidad no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral, según intensidad y repercusión socio-profesional | 4-5 | P |
| c) Trastornos del control de impulsos, según su intensidad y repercusión en la conducta socio-profesional | 4-5 | P |

APARTADO 269: OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

- | | | |
|--|-----|---|
| a) Trastornos de la conducta alimentaria, según gravedad | 4-5 | P |
| b) Otros trastornos (tics, estereotipias motoras, trastornos del sueño, enuresis, encopresis, tartamudeo, etc) cuando por su intensidad repercutan en la eficiencia del sujeto | 4-5 | P |

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

15220 *CORRECCIÓN de erratas del texto del Real Decreto 664/2001, de 22 de junio, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de la gestión realizada por el Instituto Nacional de Empleo en el ámbito del trabajo, el empleo y la formación.*

Advertidos errores en el texto del Real Decreto 664/2001, de 22 de junio, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de la gestión realizada por el Instituto Nacional de Empleo en el ámbito del trabajo, el empleo y la formación, publicado en el «Boletín

Oficial del Estado», número 160, de 5 de julio de 2001, se procede a efectuar las oportunas correcciones:

En la página 24006, segunda columna, punto 5 del apartado B) del anexo, segundo párrafo, primera línea, donde dice: «La Comunidad de Extremadura registrará y...», debe decir: «La Comunidad Autónoma de Extremadura exigirá y...».

En la misma página, segunda columna, apartado C) del anexo, séptima línea, donde dice: «... Real Decreto 939/1987, de 20 de junio», debe decir: «... Real Decreto 939/1997, de 20 de junio».

MINISTERIO DE ECONOMÍA

15221 *REAL DECRETO 948/2001, de 3 de agosto, sobre sistemas de indemnización de los inversores.*

El artículo 77 de la Ley 24/1988, de 28 de julio, del Mercado de Valores, en la redacción dada por la