

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

**24845** *Decreto-ley 4/2025, de 29 de julio, por el que se desarrollan los procedimientos para la valoración y calificación del grado de discapacidad de las personas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.*

Sea notorio a todos los ciudadanos y ciudadanas que el Gobierno de Canarias ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 47.1 del Estatuto de Autonomía de Canarias, promulgo y ordeno la publicación del Decreto-ley 4/2025, de 29 de julio, por el que se desarrollan los procedimientos para la valoración y calificación del grado de discapacidad de las personas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, ordenando a la ciudadanía y a las autoridades que lo cumplan y lo hagan cumplir.

#### ÍNDICE

- Exposición de motivos.
- Título I. Disposiciones generales.
  - Capítulo I. Objeto y ámbito de aplicación.
    - Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.
  - Título II. Competencias.
    - Capítulo I. Competencia funcional y territorial.
      - Artículo 2. Competencia funcional.
      - Artículo 3. Competencia territorial.
    - Capítulo II. Equipos de Valoración de la Discapacidad.
      - Artículo 4. Composición, competencias y funciones.
      - Artículo 5. Organización y coordinación.
      - Artículo 6. Otras funciones de los Equipos de Valoración de la Discapacidad.
  - Título III. Procedimiento.
    - Capítulo I. Inicio del procedimiento.
      - Artículo 7. Despacho en la tramitación de los expedientes.
      - Artículo 8. Iniciación del procedimiento mediante solicitud.
      - Artículo 9. Subsanación de deficiencias y mejora de la solicitud.
    - Capítulo II. Instrucción del procedimiento de reconocimiento del grado de discapacidad. Resolución.
      - Artículo 10. Instrucción del procedimiento.
      - Artículo 11. Dictamen propuesta.
      - Artículo 12. Resolución del procedimiento.
      - Artículo 13. Otras formas de finalización del procedimiento.

Capítulo III. Procedimiento específico para el reconocimiento del grado de discapacidad y valoración de situaciones de incapacidad.

Artículo 14. Procedimiento específico.

Artículo 15. Valoración de situaciones de incapacidad a efectos de prestaciones no contributivas.

Capítulo IV. Revisión.

Artículo 16. Revisión de grado de discapacidad.

Título IV. Reclamación administrativa.

Artículo 17. Reclamación administrativa previa a la vía judicial social.

Disposición adicional primera. Protocolo de buena administración.

Disposición adicional segunda. Tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad.

Disposición adicional tercera. Protección de datos en los expedientes de reconocimiento del grado de discapacidad.

Disposición adicional cuarta. Plan de actuación urgente para la resolución de los expedientes que exceden el plazo máximo de resolución.

Disposición transitoria única. Adaptación a la nueva normativa.

Disposición derogatoria única. Normas que se derogan.

Disposición final primera. Régimen jurídico de las enfermedades incluidas en el ámbito de aplicación de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible.

Disposición final segunda. Habilitación para adopción de medidas de ejecución y aplicación.

Disposición final tercera. Modificación de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Disposición final cuarta. Entrada en vigor.

Anexo.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El artículo 142 de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, del Estatuto de Autonomía de Canarias establece que la Comunidad Autónoma de Canarias asume la competencia exclusiva en materia de servicios sociales.

El mismo Estatuto de Autonomía, entre los derechos y deberes estatutarios, recoge en su artículo 16 que se debe de garantizar el derecho a una vida digna e independiente de todas las personas que se encuentren en situación de discapacidad o de dependencia, mandatando a los poderes públicos de Canarias a promover activamente el derecho de las personas en situación de discapacidad o de dependencia, a acceder en términos de igualdad y sin discriminación alguna al ejercicio de sus derechos, garantizando su desarrollo personal y social. Asimismo, se garantizará por los poderes públicos de Canarias, un sistema de calidad de los servicios y prestaciones especializados para las personas en situación de discapacidad o de dependencia.

Considerando que por el Reglamento Orgánico de la Consejería de Bienestar Social, Igualdad, Juventud, Infancia y Familias, aprobado por Decreto 446/2023, de 27 de diciembre, se establece en su artículo 6, que dentro de las competencias atribuidas en materia de servicios y políticas sociales, le corresponde a dicha Consejería proponer al

Gobierno la aprobación de la normativa que desarrolle la legislación en materia de servicios sociales, para el desempeño por la Consejería de las funciones atribuidas.

La Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias, instaura un nuevo marco legislativo, estableciendo como responsabilidad pública el garantizar el derecho de acceso a los servicios y prestaciones sociales a la ciudadanía, en condiciones de justicia y equidad, favoreciendo aquellos colectivos con mayor vulnerabilidad social, entre los que se incluyen la discapacidad y dependencia.

El presente texto normativo atiende a los principios de acceso a los recursos públicos por parte de la ciudadanía, el cual tiene que estar garantizado por una acción eficaz de la Administración Pública, y con mayor incidencia dirigida a los sectores poblacionales más desfavorecidos y con dificultades para un desenvolvimiento normalizado en las actividades de la vida diaria, como consecuencia de estar afectados de una discapacidad. Esta inclusión normalizada y de acceso a servicios y prestaciones especializadas, cuya finalidad en primera instancia ha de dirigirse al acceso al reconocimiento y valoración del grado de discapacidad, es el objetivo de las políticas en materia de discapacidad, debiendo evitar la privación de acceso de estas personas a los servicios y a la atención que son necesarias para mejorar su bienestar.

El Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, de carácter básico conforme al artículo 149.1.17.º de la Constitución Española, en su disposición final primera, atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las comunidades autónomas. Viene a actualizar el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, en sustitución del derogado Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, estableciendo los nuevos baremos aplicables, la determinación y funcionamiento de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento e introduciendo nuevos factores en la valoración utilizando el modelo biopsicosocial. Además, este Real Decreto 888/2022, persigue que esta valoración y reconocimiento de la discapacidad sea uniforme en todo el territorio del Estado, y con ello garantizar el acceso a los recursos y beneficios a la ciudadanía afecta de un grado de discapacidad.

El artículo 10 del Real Decreto 888/2022 establece la posibilidad de implantar una tramitación urgente del procedimiento de reconocimiento del grado de discapacidad.

Por tanto, se hace indispensable desarrollar, conforme establecen los artículos 5, 6 y 10 del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, la normativa procedimental estatal básica a la realidad de nuestra Comunidad Autónoma, con especial consideración al hecho insular, para que la prestación del servicio de valoración de la discapacidad sea homogénea en todas las islas y en igualdad de acceso a todas las prestaciones. Al objeto de cumplir con el principio de eficacia al facilitar la evaluación de la discapacidad por parte de los equipos multiprofesionales, ampliando y desarrollando lo contemplado en la normativa estatal de referencia.

A nivel estatal, la Orden 2 de noviembre de 2000 desarrolló en el ámbito de los centros dependientes del Instituto de mayores y Servicios Sociales, el procedimiento para la valoración del grado de discapacidad. La Orden de 18 de octubre de 2012 se encargó de establecer la normativa específica para determinar el procedimiento de valoración en nuestra Comunidad Autónoma y atendiendo los criterios establecidos en el Real Decreto 1971/1999. No obstante, con el actual Real Decreto 888/2022, se hace necesario la adaptación de los nuevos factores y condiciones que se recogen en este para la valoración de la discapacidad y que justifican este Decreto-ley.

En consideración a la materia y a los fines que se persiguen con el presente Decreto-ley, se establece dotarlo de un mayor rango normativo, frente a la regulación anterior al objeto de integrar la presente norma como parte vertebral del cuerpo normativo de los Sistemas de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias. Siguiendo la doctrina del Tribunal Constitucional, es objeto de regulación en este Decreto-ley, la determinación del sentido negativo del silencio en los procedimientos de reconocimiento de discapacidad y la obligación implícita que puede existir en la exigencia de comparecer para

proceder a la valoración. Una y otra necesitan estar amparadas en norma de rango legal –y no reglamentaria–. Es necesario abordar una regulación homogénea sobre el procedimiento, en un único texto normativo, incluyendo en su contenido aspectos a regular por norma reglamentaria y otros por norma de rango legal, que están estrechamente vinculadas entre sí; carecería de razonabilidad fragmentar la regulación de un procedimiento que por esencia debe ser unitaria y estar contenida en un único texto normativo.

Obedece el presente Decreto-ley y con ello se justifica su necesidad, la urgente atención de todas aquellas singularidades existentes en un territorio insular fragmentado, que en muchas ocasiones deriva en una primacía en la facilidad de acceso a los servicios en las grandes islas, frente a las islas no capitalinas. Es por ello que se requiere la adaptación de los procedimientos normativos, con el fin de garantizar ese tratamiento igualitario en la atención procedimental en cada una de las islas.

Para lograr los fines que se pretenden, y con las herramientas que se disponen con el nuevo Baremo contemplado en el Real Decreto 888/2022, se incluyen otras que vendrán a determinar una valoración más ágil y dando un trato específico a aquellas situaciones que requieren de una prioridad, y por circunstancias tales como el encontrarse en situaciones tanto de salud como de riesgo social que no pueden demorarse en su resolución, como consecuencia de una lenta, en ocasiones, tramitación administrativa. Para ello, debe priorizarse la valoración por parte de los equipos multiprofesionales y establecerse, con carácter preferente, los medios no presenciales o telemáticos sin perjuicio de su uso en el resto de valoraciones, en aquellos casos, una vez examinada la documental aportada, en que se pueda determinar el grado de discapacidad que corresponde.

Este Decreto-ley se configura como un instrumento necesario para favorecer que el procedimiento administrativo para el reconocimiento del grado de discapacidad, en la medida en que su regulación pretende que tal procedimiento sea más eficiente, acortando los plazos en los que la Administración reconoce esa situación de discapacidad y que este no suponga una carga para la ciudadanía, facilitando a los equipos multiprofesionales una aplicación más eficiente en el proceso de valoración y una mayor optimización de los recursos públicos, con procesos específicos de valoración.

El Decreto-ley se inspira en los principios de buena regulación contemplados en el artículo 66 de la Ley 4/2023, de 23 de marzo, de la Presidencia y del Gobierno de Canarias. En concreto, respecto de los principios de necesidad y eficacia, la medida es necesaria debido a la situación crítica que, en materia de resolución de expediente de solicitud de discapacidad, existe en las Islas Canarias. Este Decreto-ley responde a una necesidad urgente de resolver el colapso en la tramitación administrativa de los expedientes en curso, así como de dotar a las nuevas solicitudes de una tramitación que no agrave, la ya de por sí compleja situación existente en la actualidad.

De otro lado, el principio de proporcionalidad se cumple al optar por medidas menos gravosas y, en general, impulsar y aprobar medidas en favor de la ciudadanía, quienes verán sus derechos y la atención de sus necesidades sociales mejor tramitadas y resueltas por los poderes públicos competentes.

Asimismo, el Decreto-ley refuerza la seguridad jurídica, permitiendo que los interesados tengan un marco legal previsible y más eficaz en todo lo relacionado con el reconocimiento y revisión del grado de discapacidad.

También se da cumplimiento al principio de transparencia, en la medida en que el acceso al Decreto-ley es viable no solo como norma general, sino a través del portal de transparencia, recogiendo los objetivos de la norma.

Finalmente, la adopción de las medidas previstas se hace de manera eficiente, dado que las medidas implementadas en el Decreto-ley son aptas y eficaces en el uso de los recursos públicos, logrando el mayor rendimiento de dichos recursos en relación con la respuesta social y jurídica que debe darse a la ciudadanía.

La extraordinaria urgencia y necesidad del Decreto-ley derivan de que la situación de emergencia existente por la saturación de los recursos públicos y el colapso en la resolución de los expedientes administrativos generados ante el gran número de

peticiones de reconocimiento del grado de discapacidad, debiendo implementarse las medidas del presente Decreto-ley, no sólo para cambiar la tendencia sobre el retraso en la tramitación de los expedientes, sino para revertir la situación y lograr a medio plazo un escenario diferente del actual.

El artículo 46.1 del Estatuto de Autonomía de Canarias dispone que, en caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar normas con rango de ley, que recibirán el nombre de decretos-leyes. En virtud de la consolidada jurisprudencia del Tribunal Constitucional (por todas Sentencia 14/2020, de 28 de enero de 2020, FJ 2) es exigible «que el Gobierno haga una definición “explícita y razonada” de la situación concurrente, y segundo, que exista además una “conexión de sentido” entre la situación definida y las medidas que en el decreto-ley se adopten».

Por tanto, existe plena homogeneidad entre la situación descrita en la exposición de motivos y el contenido de la parte dispositiva; es decir, existe «conexión de sentido» entre la situación definida y las medidas que en el Decreto-ley se adoptan. El Decreto-ley constituye, por tanto, el instrumento constitucional y estatutariamente previsto a estos efectos, siempre que el fin que justifica la legislación de urgencia sea, tal y como reiteradamente ha exigido nuestro Tribunal Constitucional (sentencias 6/1983, de 4 de febrero, F. 5; 11/2002, de 17 de enero, F. 4, 137/2003, de 3 de julio, F. 3 y 189/2005, de 7 de julio, F. 3), subvenir a una situación concreta, que por razones difíciles de prever, requiere una acción normativa inmediata en un plazo más breve que el establecido por la vía normal o por el procedimiento abreviado o de urgencia para la tramitación parlamentaria de las leyes. Todos los motivos expuestos justifican, amplia y razonadamente, la extraordinaria y urgente necesidad de que por parte del Gobierno de Canarias se apruebe, conforme al apartado 1 del artículo 46 de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias, un decreto-ley como el que nos ocupa. Por otra parte, el contenido normativo proyectado no afecta a los supuestos previstos en el artículo 45 del Estatuto de Autonomía de Canarias, ni a la regulación esencial de los derechos y deberes establecidos en dicho Estatuto y en la Constitución Española.

El presente Decreto-ley se estructura en cuatro títulos, cuatro disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, cuatro disposiciones finales y un anexo. El título primero establece las disposiciones generales de objeto de la norma y ámbito de aplicación. El título segundo en su capítulo primero delimita las competencias funcional y territorial; en el capítulo segundo se regulan los Equipos de Valoración de la Discapacidad, encargados de la calificación y valoración de las solicitudes de reconocimiento del grado de discapacidad, sus funciones, organización y coordinación. En el título tercero se aborda el procedimiento para el reconocimiento del grado de discapacidad, en su capítulo primero se regula la iniciación del procedimiento a partir de la solicitud; en el capítulo segundo la instrucción y resolución de dicho procedimiento; en el capítulo tercero se establece un procedimiento específico para el reconocimiento del grado de discapacidad para determinadas patologías señaladas en el anexo de esta norma que pretende agilizar de manera ostensible dicho reconocimiento y también atiende la valoración de situaciones de incapacidad a efectos de prestaciones no contributivas. El capítulo cuarto se refiere a la revisión del grado reconocido de discapacidad a solicitud del interesado o de oficio. Por último el título cuarto se refiere a la reclamación administrativa previa a la vía judicial social para las resoluciones en materia de reconocimiento de la discapacidad. En cuanto a las disposiciones adicionales, la primera se refiere a la aprobación de un protocolo de buenas prácticas administrativas y de actuación de los equipos de valoración; la segunda a la tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad; la tercera sobre la protección de datos y la cuarta acerca de la elaboración de un plan especial para la resolución de los expedientes que exceden el plazo máximo de resolución. Tras una disposición transitoria y otra derogatoria, se encuentran cuatro disposiciones finales que se refieren, la primera al régimen jurídico de las enfermedades incluidas en el ámbito de aplicación de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con

Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible; la segunda a la autorización al Gobierno de Canarias para el desarrollo reglamentario de esta norma, la tercera a la modificación de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, y la cuarta a su entrada en vigor. Por último, se incorpora un anexo referido a las patologías susceptibles de ser objeto de procedimiento específico para el reconocimiento de la discapacidad regulado en el capítulo tercero del título tercero de esta norma.

En su virtud, en uso de la autorización contenida en el artículo 46 del Estatuto de Autonomía de Canarias y conforme al artículo 74 de la Ley 4/2023, de 23 de marzo, de la Presidencia y del Gobierno de Canarias, a propuesta de la Consejera de Bienestar Social, Igualdad, Juventud, Infancia y Familias, previa deliberación del Gobierno en su reunión celebrada el día 29 de julio de 2025, dispongo:

## TÍTULO I

### Disposiciones generales

#### CAPÍTULO I

##### Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

1. Es objeto del presente Decreto-ley regular los procedimientos administrativos para reconocer a las personas con discapacidad, con plena igualdad de condiciones de género, el grado que les corresponda, a fin de que puedan acceder a los beneficios, derechos económicos y servicios que otorguen los distintos organismos públicos. Asimismo regula los Equipos de Valoración de la Discapacidad.

2. El presente Decreto-ley será de aplicación a las solicitudes de reconocimiento del grado de discapacidad que se presenten por las personas físicas interesadas, que se encuentren empadronadas con residencia efectiva en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Si la persona interesada, con nacionalidad española, residiese fuera del territorio español, la competencia para el ejercicio de las funciones relacionadas en el artículo anterior, corresponderá a la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, si el último domicilio en el que la persona interesada figurase empadronada fuese en esta.

3. Asimismo, se regula la emisión de informes o certificaciones referentes al diagnóstico, valoración y orientación de situaciones de discapacidad, solicitados a instancia de parte interesada o requeridos de oficio por otros organismos públicos que, legal o reglamentariamente, sean atribuidas por la normativa reguladora para el establecimiento de determinadas prestaciones y servicios a las personas con discapacidad.

## TÍTULO II

### Competencias

#### CAPÍTULO I

##### Competencia funcional y territorial

Artículo 2. *Competencia funcional.*

1. Las competencias atribuidas a la Consejería competente en materia de políticas sociales del Gobierno de Canarias en el ámbito del reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad se ejercerán con arreglo a los principios generales y disposiciones contenidas en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento



Administrativo Común de las Administraciones Públicas o norma que la sustituya, con las especificaciones que se establecen en el presente Decreto-ley.

2. Las competencias que, en materia de calificación de grado de discapacidad corresponden a la Comunidad Autónoma de Canarias, conforme a la legislación básica del Estado, serán ejercidas por el centro directivo correspondiente, con arreglo a las atribuciones que determine el Reglamento Orgánico de la Consejería competente en materia de políticas sociales del Gobierno de Canarias.

Dichas competencias se concretan en el ejercicio de las siguientes funciones:

- a) El reconocimiento y revisión del grado de discapacidad.
- b) El reconocimiento de la necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria, así como de la dificultad para utilizar transportes públicos colectivos, a efectos de las prestaciones, servicios o beneficios públicos que establezca su normativa específica.
- c) Aquellas otras funciones referentes al diagnóstico, valoración y orientación de situaciones de discapacidad atribuidas o que puedan atribuirse por la legislación, tanto estatal como autonómica.

### Artículo 3. *Competencia territorial.*

1. En el ámbito territorial, serán competentes para el reconocimiento del grado de discapacidad los Equipos de Valoración de la Discapacidad, que se establezcan y determinen en cada una de las islas, de conformidad a lo establecido en el artículo 48.2 letra b) de la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales Canarias o norma que la sustituya, que constituirán unidades técnicas administrativas integradas en el centro directivo correspondiente, con competencias en materia de discapacidad.

2. La gestión y control de las referidas unidades administrativas para el reconocimiento y valoración de la discapacidad en las islas no capitalinas, podrán ser encomendadas a los Cabildos Insulares, mediante la suscripción de los correspondientes Convenios de Colaboración en los términos del artículo 11 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en concordancia con la Ley 8/2015, de 1 de abril, de Cabildos Insulares y la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias, con la finalidad de efectuar la valoración de las situaciones de discapacidad de las personas residentes en dichas islas, atendiendo a los principios de proximidad a la ciudadanía, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios públicos.

3. Para la aplicación de lo dispuesto en el párrafo anterior, la Consejería competente en materia de políticas sociales suscribirá con los Cabildos Insulares los correspondientes convenios de encomienda y colaboración, donde se fijen los términos y condiciones en que haya de realizarse la valoración de la discapacidad y de conformidad a lo dispuesto en el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre o norma que lo sustituya, el presente Decreto-ley y las disposiciones normativas de aplicación.

4. Asimismo, se podrán suscribir encargos a los medios propios dependientes de la Consejería competente en materia de políticas sociales, en los términos previstos en la legislación de aplicación de contratos de las administraciones públicas.

## CAPÍTULO II

### Equipos de valoración de la discapacidad

#### Artículo 4. *Composición, competencias y funciones.*

1. La Consejería competente en materia de políticas sociales distribuirá en los territorios insulares, de forma temporal o indefinida, Equipos de Valoración de la Discapacidad integrados por profesionales de las áreas sanitaria y social, encargados de la calificación y valoración de las solicitudes de reconocimiento del grado de discapacidad, o las que se le requieran de oficio, que actuarán de conformidad con lo

establecido en los artículos 7 y 8 del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, o norma básica en vigor.

Sus funciones específicas serán las siguientes:

a) Efectuar la valoración de las situaciones de discapacidad y elevar al centro directivo competente el dictamen técnico, que comprenderá:

1.º) Emitir la propuesta de reconocimiento a aquellas solicitudes que alcancen un grado mínimo de discapacidad del 33 %, si la solicitud cumple los requisitos previstos en la presente norma.

2.º) Calificar el grado de discapacidad y la revisión de este por intensificación o atenuación, error de diagnóstico o cualquier otra eventualidad.

3.º) Determinar el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de discapacidad.

b) Determinar y formular, al centro directivo competente, el dictamen propuesta sobre el grado de discapacidad y valoración de las diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones sociales y económicas reguladas en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y, en particular, las previstas en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, que regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas, o norma que la sustituya.

c) Determinar y formular dictamen propuesta sobre el grado de discapacidad y la necesidad de concurso de otra persona, para realizar los actos esenciales de la vida diaria; extremo que será comunicado al centro directivo competente, a efectos de las prestaciones de incapacidad en su modalidad no contributiva, reguladas en el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

d) Prestar asistencia técnica y asesoramiento en los procedimientos contenciosos o del orden social en los que sea parte la Comunidad Autónoma de Canarias en la materia regulada por esta norma, a requerimiento del Departamento competente en materia de servicios jurídicos a la persona titular del centro directivo competente.

e) Aquellas otras funciones referentes, a la valoración e informe de situaciones de discapacidad, que legal o reglamentariamente, sean atribuidas por la normativa reguladora para el establecimiento de determinadas prestaciones y servicios a las personas eventualmente beneficiarias, a requerimiento de otros organismos públicos o de las propias personas interesadas.

2. Los Equipos de Valoración de la Discapacidad actuarán conforme a criterios interdisciplinarios, pudiendo incorporarse a los mismos, en determinados casos, y a petición de las personas responsables de su coordinación o a instancia del centro directivo competente, otros profesionales de similar cualificación.

3. Los Equipos de Valoración de la Discapacidad elevarán al centro directivo la propuesta de valoración para la calificación y reconocimiento del grado de discapacidad con base en los informes emitidos salvo que, previo acuerdo motivado de la mayoría del equipo, se considere necesaria la realización de pruebas complementarias.

Si las necesidades del servicio y el volumen de solicitudes en tramitación lo justificaran, la Consejería competente en materia de políticas sociales podrá concertar con los Colegios profesionales de Médicos, de Psicología y de Trabajo Social de Canarias, los estudios biopsicosociales correspondientes y la emisión de informes de la valoración de las situaciones de discapacidad, según los criterios indicados en el artículo siguiente.

4. Los informes emitidos por medio de los Colegios profesionales, deberán ser realizados por profesionales con la titulación académica requerida legalmente y con formación específica en valoración de la discapacidad.



## Artículo 5. *Organización y coordinación.*

1. La coordinación de las actuaciones administrativas de los Equipos de Valoración de la Discapacidad será realizada por las personas designadas por el centro directivo con la función de organizar a dichos equipos, su relación con el personal administrativo de apoyo y la disposición de los medios materiales para alcanzar los objetivos determinados.

Los Equipos de Valoración de la Discapacidad se constituirán en Juntas de Valoración para la emisión de los dictámenes propuestas, que elevarán al centro directivo competente para la resolución de las solicitudes. Las Juntas nombrarán entre sus miembros a las personas que ostenten la presidencia y la secretaría. En caso de asistencia de la persona responsable de la coordinación, ésta ostentará la presidencia de la Junta de Valoración. En los casos de ausencia, vacante o enfermedad de los vocales titulares, la persona responsable de la coordinación o la titular del centro directivo podrá sustituirlos por profesionales de la misma titulación.

La persona titular del centro directivo competente ordenará la composición, organización y funciones de los Equipos de Valoración de la Discapacidad, constituidos en Juntas de Valoración.

Asimismo, la persona titular del centro directivo competente dictará instrucciones sobre el funcionamiento de los mencionados Equipos; la frecuencia de la convocatoria de las Juntas de Valoración; el número de solicitudes a incluir en el orden del día para la emisión de los dictámenes propuestas; la naturaleza, características y tipología de los expedientes incluidos en el índice de asuntos; las características procedimentales; el tipo de convocatoria: presencial, no presencial o mixta; las personas integrantes de los equipos y aquellas otras cuestiones propias de la organización de los recursos materiales y humanos. Todo ello, sin perjuicio de la facultad de proposición en estas materias y en el desempeño de las funciones propias de las personas responsables de la coordinación de los Equipos de Valoración de la Discapacidad, a las que podrá delegar las indicadas funciones.

2. El Régimen de funcionamiento de las Juntas de Valoración será el establecido para los órganos colegiados, en la sección 3.ª, capítulo II del título preliminar, de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público:

a) Para la válida constitución de las Juntas de Valoración se requerirá la asistencia, presencial o no presencial, al menos de la mitad de sus miembros. Se levantará un acta de cada sesión, en la que se hará constar el resultado de las valoraciones de los expedientes de solicitud de discapacidad objeto de la deliberación, así como las personas asistentes y la firma de estas.

b) Las Juntas de Valoración, a propuesta de los integrantes del Equipo de Valoración de la Discapacidad interviniente o de la persona responsable de la coordinación y, en su caso, de la persona titular del centro directivo, podrán requerir la asistencia de personas expertas o especialistas no integrantes del Equipo de Valoración de la Discapacidad, en cuyo caso no tendrán derecho a voto.

## Artículo 6. *Otras funciones de los Equipos de Valoración de la Discapacidad.*

Aquellas otras funciones de los Equipos de Valoración de la Discapacidad referentes a la valoración y orientación de situaciones de discapacidad que legal o reglamentariamente sean atribuidas por la normativa reguladora para el establecimiento de otras prestaciones y servicios a las personas eventualmente beneficiarias, deberán tramitarse de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Si la persona solicitante se encontrase valorada por el Equipo de Valoración de la Discapacidad y de los informes biopsicosociales aportados no se apreciase cambios relevantes que alterasen el grado de valoración, se constatará tal situación mediante informe emitido por la persona responsable de la coordinación o la titular de la

presidencia de la Junta de Valoración. En tal caso, la solicitud se resolverá por el centro directivo competente con base en el dictamen-propuesta emitido previamente sin necesidad de la emisión de un nuevo dictamen-propuesta del Equipo de Valoración de la Discapacidad.

b) Si fuera precisa una nueva valoración del Equipo de Valoración de la Discapacidad, se continuará la tramitación del expediente por los cauces del procedimiento de revisión.

## TÍTULO III

### Procedimiento

#### CAPÍTULO I

##### Inicio del procedimiento

*Artículo 7. Despacho en la tramitación de los expedientes.*

1. De conformidad a lo establecido en la legislación básica en el despacho de los expedientes, se guardará el orden riguroso de incoación en los asuntos de homogénea naturaleza. La persona titular del centro directivo podrá acordar motivadamente la prioridad en la tramitación de expedientes cuando concurren razones humanitarias, de especial necesidad social o circunstancias basadas en la severidad de las consecuencias de la deficiencia.

Con carácter general, se establece la prioridad en la tramitación de los expedientes, en los siguientes casos:

- a) Supuestos que presenten una limitada esperanza de vida o un alto grado de exclusión social.
- b) Cuando afecte a menores de dieciocho años.
- c) Cuando haga referencia a casos de violencia de género con afección de la salud.
- d) Cuando esté vinculada a otra solicitud relativa a la concesión de una pensión no contributiva.
- e) Cualquier otra situación de gravedad biopsicosocial suficientemente acreditada.

Las valoraciones de aquellos expedientes que requieran una atención prioritaria serán atendidas preferentemente de manera no presencial, salvo que la propia valoración requiera la presencia física de la persona solicitante.

2. En función de la demanda y del volumen de solicitudes registradas, se podrán establecer criterios de tramitación diferenciados, atendiendo al hecho insular y a la naturaleza o causa biopsicosocial de la solicitud.

3. El centro directivo competente podrá definir, en función de la ubicación de los Equipos de Valoración de la Discapacidad, su ámbito territorial, a efectos de la tramitación administrativa correspondiente, teniendo en cuenta el principio de máxima proximidad a la ciudadanía. Asimismo, la persona titular del centro directivo podrá ordenar el desplazamiento o intervención no presencial de profesionales ubicados en otros territorios insulares para completar y constituir Equipos de Valoración de la Discapacidad específicos o para agilizar la tramitación de solicitudes que excedan del plazo de seis meses sin resolución.

*Artículo 8. Iniciación del procedimiento mediante solicitud.*

1. El procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad se iniciará a solicitud de persona interesada o su representante legal o guardador de hecho. La solicitud podrá formularse de forma electrónica y en cualquiera de las formas previstas legalmente, mediante un formulario que se aprobará por el centro directivo competente.

2. Para que las solicitudes sean admitidas, deberán:
  - a) Contener, como mínimo, todos los datos requeridos por el artículo 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas o norma que lo sustituya.
  - b) Formularse en el modelo normalizado establecido al efecto.
  - c) Acompañarse de todos los documentos que se relacionan en el párrafo siguiente, salvo que obren en poder de la Consejería competente en materia de políticas sociales o que se autorice expresamente al centro directivo para su acceso y comprobación.
3. Los documentos a que se refiere la letra c) del apartado anterior son los informes médicos, psicológicos y sociales actualizados, que sean emitidos como máximo con seis meses de antelación a la presentación de la solicitud, que avalen las limitaciones alegadas, con diagnóstico y tratamiento, y, en su caso, los pertinentes informes psicopedagógicos y/o escolares.

Para que sean admitidos a trámite, los informes deberán detallar y describir las limitaciones funcionales y/o psicológicas ocasionadas por el proceso patológico que haya dado origen a las limitaciones cuya valoración se insta; su origen congénito o adquirido; el diagnóstico emitido por los organismos competentes y las medidas terapéuticas prescritas. El diagnóstico, secuelas, limitaciones y tratamiento terapéutico deberá estar documentado en los términos señalados en el anexo I del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre.

#### Artículo 9. *Subsanación de deficiencias y mejora de la solicitud.*

1. Cuando la solicitud de iniciación no reúna los requisitos indicados en el artículo anterior, se requerirá a la persona solicitante para que, en un plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición.

El plazo a que se refiere el párrafo anterior podrá ser ampliado hasta en otros cinco días a petición del solicitante.
2. El órgano competente para la instrucción del procedimiento informará a la persona solicitante de los derechos que le asisten con la finalidad de proponer la modificación de la solicitud en beneficio de sus derechos. De ser aceptada la propuesta, la solicitud modificada deberá constar en el expediente administrativo.
3. El requerimiento de subsanación de deficiencias y, en su caso, de modificación o mejora de la solicitud suspenderá, desde su notificación, la tramitación del procedimiento hasta que se produzca el cumplimiento del requerimiento en tiempo y forma o, en el caso de la modificación o mejora, la aceptación o rechazo por la persona solicitante.
4. Transcurrido el plazo de subsanación otorgado, o su prórroga, sin que el requerimiento sea cumplimentado, se dictará resolución teniendo por desistida la solicitud.

## CAPÍTULO II

### **Instrucción del procedimiento de reconocimiento del grado de discapacidad. Resolución**

#### Artículo 10. *Instrucción del procedimiento.*

Sin perjuicio de la facultad del centro directivo competente en materia de discapacidad para el impulso del procedimiento, corresponde a las personas responsables de la coordinación de los Equipos de Valoración de la Discapacidad o, por delegación, a las presidencias de estos Equipos, la realización de oficio, de cuantas actuaciones requiera la instrucción del procedimiento para la determinación, el

conocimiento y la comprobación de los datos en virtud de los cuales se efectúe el dictamen propuesta y, en todo caso, las siguientes:

1. La evaluación y calificación de las situaciones de discapacidad en orden al reconocimiento del grado por el órgano competente mediante:

a) Citación para reconocimiento. Recibida la solicitud, se comunicará a la persona interesada el día, la hora y la dirección de la dependencia en que hayan de realizarse los reconocimientos pertinentes. De no presentarse la persona interesada para la práctica de esta actuación, deberá practicarse una segunda y definitiva citación mediante notificación fehaciente. La no comparecencia en esta segunda citación comportará el archivo del procedimiento por caducidad de la solicitud, salvo acreditación de causa justificada suficiente de la incomparecencia.

De todas las actuaciones deberá dejarse constancia en el expediente, mediante las correspondientes diligencias.

b) Examen de la persona interesada. La valoración para el reconocimiento del grado de discapacidad se efectuará previo examen de la persona interesada por las personas profesionales integrantes del Equipo de Valoración de la Discapacidad. La persona interesada podrá estar acompañada por una persona de su confianza durante el proceso.

El Equipo de Valoración de la Discapacidad efectuará los exámenes que considere necesarios, incluso acordando su práctica por otros profesionales cualificados por su especialidad en virtud de los convenios o acuerdos suscritos con otros Departamentos del Gobierno de Canarias, con los Cabildos Insulares o Colegios profesionales de Médicos, de Psicología y de Trabajo Social de Canarias.

c) No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, la valoración podrá realizarse, en todo o en parte, por medios no presenciales en caso de la concurrencia de las circunstancias especiales determinadas en el seno de la Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Discapacidad, que son las siguientes:

1. Encontrarse la persona interesada inmovilizada o constatación de una situación sociosanitaria que desaconseje su traslado al centro de valoración.

2. Concurrencia de circunstancias ambientales o epidemiológicas que dificulten o desaconsejen la movilidad de la ciudadanía.

3. Situación de pacientes inmunodeprimidos o en tratamiento inmunosupresor, que desaconseje su traslado.

4. Situación de personas institucionalizadas para las que es desaconsejable su traslado.

5. Objetividad y suficiencia de la documentación que conste en el expediente o esté disponible en los sistemas de información de los servicios públicos de salud, servicios sociales y educación, para realizar la valoración y, en su caso la revisión, y estimación de la no posibilidad de que el resultado de la cita presencial vaya a aportar información relevante capaz de modificar la valoración de la discapacidad.

6. Aquellas otras circunstancias aprobadas por la Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Discapacidad o que fueran determinadas por la persona titular del centro directivo competente en materia de discapacidad de la Comunidad Autónoma de Canarias.

2. Cuando las características clínicas así lo aconsejen o resulte imposible o insuficiente los datos biopsicosociales contenidos en los informes aportados en el expediente, se requerirá fehacientemente a la persona solicitante la aportación de informes o pruebas complementarias.

3. Los informes y, en su caso, las pruebas solicitadas deberán ser entregadas en el plazo máximo de tres meses computados desde el día siguiente al de la notificación del requerimiento. Transcurrido dicho plazo sin que la entrega se haya producido, podrán

proseguirse las actuaciones y emitir el dictamen propuesta con los diagnósticos disponibles en el expediente, salvo que los informes o las pruebas fueran determinantes e imprescindibles para la emisión del referido dictamen. En este último caso, la ausencia de los informes o pruebas producirá la caducidad del procedimiento, con acuerdo del archivo de las actuaciones. La resolución de caducidad y archivo será notificada a la persona interesada.

## Artículo 11. *Dictamen propuesta.*

1. El dictamen propuesta emitido por los Equipos de Valoración de la Discapacidad, se formulará de acuerdo con los modelos normalizados y los criterios valorativos del modelo biopsicosocial, que se determinen en la normativa básica vigente.

Incluirá, en todo caso, necesariamente los siguientes elementos:

- a) El grado de discapacidad y el momento de su validez.
- b) Las puntuaciones obtenidas con la aplicación de los distintos baremos contenidos en los anexos del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, o norma que lo sustituya.
- c) Los códigos de diagnóstico, deficiencia, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación, barreras ambientales, y cualesquiera otros que puedan establecerse.
- d) Las puntuaciones de los baremos para determinar la necesidad del concurso de otra persona, en su caso.
- e) La existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes públicos colectivos, en su caso.

2. La calificación del grado de discapacidad a que se refiere la letra a) del apartado anterior podrá formularse con carácter definitivo o temporal según previsión del Equipo de Valoración de la Discapacidad sobre la posible atenuación o intensificación de las patologías de la persona afectada.

3. El Equipo de Valoración de la Discapacidad deberá emitir el dictamen propuesta y elevarlo al centro directivo competente en materia de discapacidad de forma que la resolución pueda ser dictada en el plazo máximo de seis meses.

## Artículo 12. *Resolución del procedimiento.*

1. La persona titular del centro directivo competente en materia de discapacidad, recibido el dictamen propuesta emitido por el Equipo de Valoración de la Discapacidad, deberá dictar resolución expresa a la vista de dicho dictamen propuesta en la que deberá hacerse constar el contenido del dictamen propuesta junto con, en su caso, la clasificación en las categorías de físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.

Además, la resolución estimatoria de la solicitud, contendrá:

- a) El reconocimiento del grado de discapacidad, con indicación de sus efectos desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro y la validez en todo el territorio del Estado de su acreditación.
- b) El plazo a partir del cual puede instarse la revisión del grado de discapacidad por agravamiento o mejoría, cuando se reconozca un determinado grado de discapacidad, de conformidad a lo establecido en el artículo 12 del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre.

2. La resolución que ponga fin al procedimiento deberá adoptarse y notificarse dentro del plazo máximo de seis meses computado desde el día siguiente al de registro de entrada de la solicitud, salvo suspensión del plazo máximo para resolver el procedimiento y notificar su resolución, debidamente comunicada a la persona solicitante, al amparo de alguna de las causas previstas en el artículo 22 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, o norma que lo sustituya.

Cuando la resolución no se dicte en el plazo señalado, la solicitud podrá entenderse desestimada, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar resolución expresa, aunque haya transcurrido dicho plazo.

3. La resolución será notificada fehacientemente a la persona solicitante con indicación de los recursos que procedan contra la misma, el plazo y el órgano administrativo o jurisdiccional competente.

#### Artículo 13. *Otras formas de finalización del procedimiento.*

El desistimiento, la caducidad o la renuncia a los procedimientos regulados en este Decreto-ley, se sustanciarán por las reglas previstas en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, o norma que lo sustituya.

### CAPÍTULO III

#### **Procedimiento específico para el reconocimiento del grado de discapacidad y valoración de situaciones de incapacidad**

#### Artículo 14. *Procedimiento específico.*

1. Se habilita un procedimiento específico para aquellas solicitudes referidas al listado de enfermedades, procesos y patologías que se relacionan en el anexo del presente Decreto-ley y que vengan acompañadas de la acreditación documental necesaria.

2. Las patologías que cumplan los criterios del intervalo 3 del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, darán lugar a un reconocimiento del grado de discapacidad del 33 % y las que cumplan los criterios del intervalo 4 de dicho real decreto, darán lugar al reconocimiento de un grado de discapacidad de entre el 65 % y el 75 %.

3. El reconocimiento del grado de discapacidad derivado de este procedimiento, podrá ser revisado conforme al procedimiento previsto en el artículo 16 de esta norma.

4. Las patologías que requieran una exploración presencial para la graduación de los intervalos de gravedad de las limitaciones alegadas, quedan excluidas del anexo.

5. En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una patología que esté incluida en el anexo de esta norma y que además tenga otras patologías que no presenten limitaciones en la actividad, no implicará un incremento del grado de discapacidad.

#### Artículo 15. *Valoración de las situaciones de incapacidad para la obtención de prestaciones no contributivas.*

1. Para la valoración de la situación de incapacidad, a los efectos de la obtención de prestaciones en su modalidad no contributiva, los servicios tramitadores interesados, comunicarán de oficio al centro directivo competente en materia de discapacidad, la solicitud del dictamen propuesta sobre el grado de discapacidad, a fin de obtención de las prestaciones previstas en la normativa de aplicación mediante la tramitación de un procedimiento único.

2. La solicitud de una pensión no contributiva por incapacidad conllevará automáticamente la apertura de un expediente para el reconocimiento de la discapacidad, sin necesidad de nueva solicitud de la persona interesada.

3. Valorada la solicitud por el Equipo de Valoración de la Discapacidad competente, mediante el procedimiento regulado en el capítulo III, procederá a emitir dictamen propuesta sobre la concurrencia o no de la discapacidad y el grado correspondiente que será elevado a la persona titular del centro directivo y dictada la resolución, se dará



traslado al centro directivo competente en materia de prestaciones, a efectos de resolver la pensión no contributiva.

4. El contenido de la resolución sobre la discapacidad será notificada a la persona interesada en los términos previstos en el artículo 12.3 del presente Decreto-ley.

#### CAPÍTULO IV

##### Revisión

Artículo 16. *Revisión de grado de discapacidad.*

1. Iniciación del procedimiento de revisión.

La revisión podrá ser instada por las personas referidas en el artículo 8.1 de este Decreto-ley o de oficio por el centro directivo en materia de discapacidad en los términos del artículo 12.2 del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre.

El grado de discapacidad será objeto de revisión siempre que el Equipo de Valoración de la Discapacidad prevea una modificación de las circunstancias que dieron lugar a su reconocimiento, y en todo caso, en la fecha de revisión establecida en la resolución de reconocimiento.

En las revisiones de oficio, el Equipo de Valoración de la Discapacidad promoverá las actuaciones necesarias para la revisión del expediente que se formalizará mediante resolución del titular del centro directivo competente.

A la solicitud de revisión a instancia de parte, se acompañarán informes médicos y/o psicológicos, que justifiquen la modificación de las circunstancias que dieron lugar a la resolución cuya revisión se pretende. La falta de aportación de los informes con la solicitud o la autorización para el acceso a la historia clínica en la que consten por un periodo máximo de tres meses, una vez efectuado el requerimiento, dará lugar al archivo de la solicitud sin más trámites.

2. Instrucción del procedimiento.

Promovida la revisión según lo contemplado en el apartado anterior, la instrucción del procedimiento se ajustará a lo dispuesto en el artículo 10 de esta norma, salvo que procediera su tramitación conforme al procedimiento específico regulado en el artículo 14 del presente Decreto-ley.

3. Resolución.

a) El centro directivo competente, y dentro del plazo máximo previsto en el artículo 12.2 de este Decreto-ley, deberá dictar resolución expresa y notificarla.

El plazo máximo previsto para resolver y notificar se computará, en el caso de la revisión de oficio, desde la fecha del acuerdo de iniciación comunicada a la persona interesada.

b) Cuando en la resolución se reconozca un determinado grado de discapacidad, se hará constar el plazo a partir del cual se podrá instar la siguiente revisión del grado, por agravación o mejoría.

#### TÍTULO IV

##### Reclamación administrativa

Artículo 17. *Reclamación administrativa previa a la vía judicial social.*

1. Las personas interesadas, dentro del plazo de treinta días desde la notificación de la resolución por el centro directivo competente, podrán formular reclamación previa a la vía jurisdiccional social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, ante el mismo centro

directivo que dictó el acto, la cual deberá ser resuelta y notificada en el plazo de cuarenta y cinco días por la persona titular de dicho centro directivo. En caso contrario, se entenderá denegada por silencio administrativo, quedando expedita la vía judicial.

Si existiese un acto presunto negativo, el inicio del cómputo se producirá con el transcurso de los seis meses sin haber dictado una resolución expresa; esto es, desde la fecha en que deba entenderse producido el silencio administrativo.

2. Presentada la reclamación previa contra la resolución dictada de conformidad con lo previsto en el artículo 12 del presente Decreto-ley, cuando la misma se sustente en la discrepancia sobre la resolución que sea competencia del Equipo de Valoración de la Discapacidad y con independencia de las actuaciones procedentes para comprobar las alegaciones del reclamante, el escrito de reclamación se trasladará al referido Equipo de forma preferente para su conocimiento y elaboración del informe propuesta.

Disposición adicional primera. *Protocolo de buena administración.*

A fin de asegurar la homogeneidad en la tramitación de los procedimientos de reconocimiento de la discapacidad de los Equipos de Valoración de la Discapacidad, y mejorar la eficiencia en la gestión interna, el centro directivo competente en materia de discapacidad aprobará un protocolo de buenas prácticas administrativas, que establezca los criterios generales de actuación y los criterios técnicos que garanticen la uniformidad de actuación.

Disposición adicional segunda. *Tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad.*

Con carácter general, podrán obtener la tarjeta de estacionamiento las personas que tengan reconocido oficialmente un grado de discapacidad igual o superior al 33 % y además reúnan las condiciones básicas de emisión y uso de la citada tarjeta, de conformidad con el Real Decreto 1056/2014, de 12 de diciembre que las regula, o norma que lo modifique o sustituya, que habrá de acreditarse previo reconocimiento por el Equipo de Valoración de la Discapacidad, mediante resolución del centro directivo competente. En este caso, la administración competente tramitará de oficio dicha tarjeta de estacionamiento, salvo manifestación en contra de la persona interesada.

La tarjeta de estacionamiento se expedirá por el centro directivo competente en materia de discapacidad, de acuerdo con los requisitos regulados en el artículo 40 del Decreto 227/1997, de 18 de septiembre, que aprueba el Reglamento de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación, o norma que lo modifique o sustituya.

Disposición adicional tercera. *Protección de datos en los expedientes de reconocimiento del grado de discapacidad.*

1. La Consejería competente en materia de políticas sociales podrá recabar o facilitar datos a efectos estadísticos y de investigación respecto de la situación de la discapacidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, respetando las garantías legales establecidas en la legislación sobre protección de datos. Con tal finalidad, hará uso, entre otros, de la modalidad de la técnica de datos disociados, a que se refiere la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

2. Los empleados públicos y los profesionales externos que conozcan el historial clínico de la persona interesada por razón de su intervención en la tramitación del expediente de reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, están obligados a mantener la confidencialidad del mismo y el deber de secreto, de acuerdo con lo establecido en Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3. Las causas que determinan el grado de discapacidad reconocida, conforme a la información que conste en el expediente, solo se harán constar en las certificaciones a solicitud expresa de la persona interesada o de quien ostente su representación.

4. En los procedimientos para la valoración y calificación del grado de discapacidad, podrá omitirse la aportación de copia de los documentos correspondientes requeridos, siempre que en la solicitud se haya hecho constar autorización expresa a la administración gestora para recabar de oficio, en el marco de la cooperación interadministrativa, los datos, según proceda, de identidad, de empadronamiento y salud de la persona interesada, a través del Servicio de Verificación y Consulta de Datos de la Administración General del Estado, o de acceso por la Administración gestora al sistema de Verificación de Datos de Identidad, al sistema de Verificación de Datos de Residencia y a la historia clínica del Servicio Canario de la Salud.

5. La Consejería competente en materia de políticas sociales:

a) Podrá concertar protocolos de coordinación y colaboración en la comunicación de datos con las áreas de sanidad y empleo del Gobierno de Canarias, así como con educación, para el caso de menores en edad escolar y especialmente, con el Servicio Canario de Salud, que permitan acceder al historial clínico asociado al titular de la tarjeta sanitaria y, en su caso, a los informes relativos a las limitaciones funcionales de las personas interesadas, con el fin de agilizar trámites y evitar disfunciones en la veracidad de los datos alegados.

Las comunicaciones de datos se realizarán a los fines exclusivos de reconocimiento del grado de discapacidad de las personas afectadas, en el marco de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

b) Establecerá, en cuanto a la emisión del informe social, convenios de colaboración con los Ayuntamientos para establecer protocolos de actuación con los servicios sociales de atención primaria, que prevean la cesión de datos de valoración social del grado de discapacidad, mediante el Sistema de Información Canario de Servicios Sociales o cualquier otro entorno de comunicación que se pudiera establecer en el futuro entre ambas Administraciones, debiendo contar, en su caso, con el consentimiento de la persona interesada para la cesión de sus datos.

*Disposición adicional cuarta. Plan de actuación urgente para la resolución de los expedientes que exceden el plazo máximo de resolución.*

1. Con la finalidad de agilizar los trámites para el reconocimiento de los derechos de las personas solicitantes, la Consejería competente en materia de políticas sociales aprobará, en el plazo máximo de un mes, un Plan de Actuación Urgente que incluya las medidas necesarias para posibilitar la resolución de las solicitudes pendientes por plazo superior a 6 meses. El Plan de actuación se podrá complementar con las medidas adicionales necesarias a la vista de la evaluación del resultado.

2. Se integrará en el Plan de Actuación, siempre y cuando la presión asistencial en materia sanitaria lo permita, medidas de coordinación con la Consejería competente en materia de sanidad para posibilitar, de forma voluntaria por parte del personal, la participación de los profesionales sanitarios en la emisión de dictámenes técnicos o propuestas de valoración o su integración temporal en equipos de valoración de la discapacidad con la finalidad de resolver las solicitudes pendientes por más de seis meses. La Consejería competente en materia de políticas sociales asumirá la financiación de dicha actuación asumiendo el gasto de la implantación de planes especiales de choque de reducción de solicitudes pendientes y su tramitación administrativa y retributiva será igual a los ya vigentes en el Servicio Canario de la Salud, siendo responsabilidad de emitir los certificados de realización de los mismos la referida Consejería competente en materia de políticas sociales.

La Consejería competente en materia de políticas sociales deberá formar al citado personal en valoración de la discapacidad.

3. La Consejería competente en materia de políticas sociales podrá constituir Equipos de Valoración de la Discapacidad específicos para resolver las solicitudes que superen el plazo máximo de seis meses pendientes de resolución, justificando la prioridad en atención a las características de los constructos biopsicosociales.

Asimismo, se articularán medidas de incentivación de los Equipos de Valoración de la Discapacidad estableciendo objetivos periódicos, medidas de productividad económica y de medios tecnológicos.

Disposición transitoria única. *Adaptación a la nueva normativa.*

Las solicitudes de reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad que se encuentren en tramitación a la entrada en vigor del presente Decreto-ley, continuarán tramitándose conforme a la normativa anterior, salvo su incorporación de oficio al procedimiento específico para el reconocimiento del grado de discapacidad, regulado en el presente Decreto-ley.

Disposición derogatoria única. *Normas que se derogan.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones, de igual o inferior rango, se opongan a lo dispuesto en el presente Decreto-ley.

En particular, queda expresamente derogada la Orden de 18 de octubre de 2012, de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda, por la que se determina el procedimiento para la valoración y calificación del grado de discapacidad de las personas en el ámbito de gestión de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Disposición final primera. *Régimen jurídico de las enfermedades incluidas en el ámbito de aplicación de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible.*

El procedimiento de reconocimiento y revisión de la discapacidad en el caso de las enfermedades incluidas en el ámbito de aplicación de la citada Ley 3/2024, de 30 de octubre, se regirá por lo establecido en dicha norma.

Disposición final segunda. *Habilitación para la adopción de medidas de ejecución y aplicación.*

1. Se autoriza al Gobierno de Canarias a dictar cuantas normas y disposiciones sean necesarias para el desarrollo de lo dispuesto en el presente Decreto-ley.

2. El Gobierno de Canarias podrá modificar mediante Decreto la relación de enfermedades y patologías relacionadas en el anexo del presente Decreto-ley.

Disposición final tercera. *Modificación de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.*

Se añade una disposición adicional «novena» a la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, con la siguiente redacción:

«Novena.

Quienes fueran nombrados altos cargos en el departamento competente en materia de sanidad, y por cualquier vínculo estuvieran percibiendo sus retribuciones con cargo a ese Departamento, bien sea en el Servicio Canario de la Salud como en la Consejería, no percibirán retribuciones inferiores a las que vinieran percibiendo en el puesto que desempeñaban con anterioridad a su nombramiento.

De concurrir esta circunstancia, tendrá derecho al devengo, con efectos desde la fecha de la toma de posesión, de un complemento personal obtenido por la

diferencia retributiva, actualizable de acuerdo con lo que prevea la Ley de Presupuestos de cada año para las retribuciones de los empleados públicos o para los altos cargos, según proceda.»

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

El presente Decreto-ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Canarias».

Por tanto, ordeno a la ciudadanía y a las autoridades que lo cumplan y lo hagan cumplir.

Canarias, 29 de julio de 2025.—El Presidente del Gobierno, Fernando Clavijo Batlle.—La Consejera de Bienestar Social, Igualdad, Juventud, Infancia y Familias, María Candelaria Delgado Toledo.

(Publicado en el «Boletín Oficial de Canarias» número 159, de 12 de agosto de 2025.—Convalidación publicada en el «Boletín Oficial de Canarias» número 188, de 23 de septiembre de 2025)

## ANEXO

### Apartado A)

*Patologías susceptibles de determinar un grado de discapacidad del 33 %, 65 % ó 75 %*

A.1 Se contemplan los diagnósticos codificados por CIE 10 que son susceptibles de poder cumplir los criterios para obtener el 33 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (en adelante Real Decreto 888/2022).

1. Deficiencia intelectual, trastornos del neurodesarrollo y trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y adolescencia

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- F70 - Discapacidad intelectual (leve).
- F84 - Trastorno generalizado del desarrollo.
- F84.0 - Trastorno del Espectro Autista.

2. Otros trastornos mentales y del comportamiento

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- F20 - Esquizofrenia.
- F25 - Trastorno Esquizoafectivo.
- F31 - Trastorno Bipolar.

3. El sistema nervioso central y el periférico

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- B02 - Neuralgia del trigémino.
- F02.80 - Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento.
- G03 - Hidrocefalia congénita.
- G11.1 - Ataxia de Friedreich.

- G20 - Enfermedad de Parkinson.
- G30.0 - Enfermedad de Alzheimer.
- G30.3 - Demencia de cuerpos de Lewy.
- G35 - Esclerosis múltiple.
- G40 - Epilepsia y crisis epilépticas recurrentes.
- G40.2 –11 Epilepsia focal intratable con estado epiléptico.
- G40.4 - Síndrome de West.
- G40.4 - Síndrome de Lennox-Gastaut.
- G43.1 - Migraña crónica.
- G44.0 - Cefalea en racimos.
- G44.8 - Cefaleas trigémico-autonómicas (CTA).
- G44.84 - Hemicránea paroxística no controlada.
- G44.85 - Hemicránea continua.
- G44.86 - SUNCT.
- G61.0 - Síndrome de Guillain-Barré.
- G61.81 - Polineuritis desmielinizante inflamatoria crónica.
- G70 - Miastenia gravis.
- G71.01 - Distrofia muscular de Duchenne.
- G71.01 - Distrofia miotónica de Becker.
- G71.11 - Distrofia muscular miotónica.
- G81 - Hemiplejia y hemiparesia.

#### 4. Sistema visual

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- E70.3 - Albinismo ocular.
- H05.2 - Oftalmopatía de Graves.
- H35.5 - Sdme de Usher.
- H35.5 - Sdme de Stargardt.
- H35.52 - Retinosis pigmentaria.
- H35.54 - Distrofias que afectan principalmente a epitelio pigmentario de retina.
- H40 - Glaucoma.
- H47.2 - Atrofia óptica.
- H54 - Ceguera y baja visión.
- H53.4 - Defectos del campo visual.
- H55.0 - Sdme de nistagmus infantil.
- Q12.0 - Cataratas congénitas.

#### 5. Oído, nariz, garganta y estructuras relacionadas

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- H81.0 - Enfermedad de Menière.
- H90.0 - Hipoacusia conductiva bilateral.
- H90.3 - Hipoacusia neurosensorial bilateral.
- Z96.2 - Implante coclear niños y adultos.
- Q85.0 - Neurofibromatosis bilateral acústica.
- Z90.02 - Ausencia adquirida de Laringe.



## 6. El lenguaje, la voz y el habla

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- Q35 - Fisura palatina.
- Q37 - Fisura del paladar y labio.
- Q87.0 - Sdme de Pierre Robin.

## 7. Sistema cardiovascular

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- I05.0 - Estenosis mitral reumática.
- I05.1 - Insuficiencia mitral reumática.
- I05.2 - Trastornos combinados de válvula mitral reumática.
- I06.0 - Estenosis aórtica reumática.
- I06.1 - Insuficiencia aórtica reumática.
- I06.2 - Trastornos combinados de válvula aórtica reumática.
- I07.0 - Estenosis tricuspídea reumática.
- I07.1 - Insuficiencia tricuspídea reumática.
- I13 - Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva.
- I25 - Cardiopatía isquémica crónica.
- I27.0 - Hipertensión pulmonar primaria.
- I27.2 - Hipertensión pulmonar secundaria.
- I34.1 - Prolapso de válvula mitral.
- I35.0 - Estenosis aórtica no reumática.
- I35.1 - Insuficiencia aórtica no reumática.
- I35.2 - Estenosis e insuficiencia aórtica no reumática.
- I36.0 - Estenosis no reumática tricuspídea.
- I36.1 - Insuficiencia no reumática tricuspídea.
- I36.2 - Trastornos combinados de válvula tricuspídea no reumática.
- I37.0 - Estenosis pulmonar no reumática.
- I37.1 - Insuficiencia pulmonar no reumática.
- I37.2 - Trastornos combinados de válvula pulmonar no reumática.
- I42.0 - Miocardiopatía dilatada.
- I42.8 - Displasia arritmogénica del VD.
- I45.81 - Sdme del QT largo.
- I47.2 - Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.
- I48.1 - Fibrilación auricular persistente.
- I49.8 - Sdme de Brugada.
- Q20.0 - Tronco arterioso persistente.
- Q20.3 - Transposición de grandes vasos.
- Q21.0 - Comunicación interventricular.
- Q21.1 - Comunicación interauricular.
- Q21.2 - Defecto del canal auriculoventricular común.
- Q21.3 - Tetralogía de Fallot.
- Q22.4 - Atresia y estenosis congénita tricúspide.
- Q25.0 - Ductus arterioso persistente.
- Q26.2 - Drenaje venoso pulmonar anómalo total.
- Z89.2 - Ausencia adquirida de una extremidad superior.
- Z89.5 - Ausencia adquirida de una extremidad inferior.

## 8. Sistema hematológico e inmunológico

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- B18.2 - Hepatitis C + B24 (VIH no especificada).
- B20 - VIH C3.
- C78 - Metástasis en órganos respiratorios y digestivos.
- C79 - Metástasis en otros sitios y sitios no especificados.
- C81 - Linfoma de Hodgkin.
- C82-C85 - LNH.
- C83.7 - Otros Linfomas.
- C90.0 - Mieloma múltiple.
- C91.0 - Leucemia linfocítica aguda.
- C91.1 - Leucemia linfocítica crónica.
- C92.0 - Leucemia mieloide aguda.
- C92.1 - Leucemia mieloide crónica.
- D46 - Síndrome mielodisplásico.
- D47.3 - Trombocitemia esencial.
- D51.0 - Anemia perniciosa.
- D56.1 - Talasemia beta.
- D57 - Anemia falciforme.
- D61.3 - Anemia aplásica.
- D63.8 - Anemia en otras enfermedades crónicas.
- D66 - Hemofilia A.
- D67 - Hemofilia B.
- D68.0 - Enfermedad de Von Willebrand tipo II y tipo III.
- D68.4 - Deficiencias de las proteínas C, S y antitrombina.
- D68.5 - Mutación genética del Factor V de Leiden.
- D68.5 - Mutación de la protrombina.
- D68.6 - Sdme antifosfolípido.
- D69.1 - Síndrome de Bernard-Soulier.
- D69.1 - Síndrome de Glanzmann.
- D69.1 - Púrpura trombocitopénica secundaria.
- D69.2 - Trastornos cualitativos de las plaquetas.
- D69.3 - PTI: corticodependientes o corticorresistencia. Brotes hemorrágicos.
- D69.5 - Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).
- D70.0 - Sdme de Kostmann o neutropenia congénita.
- D70.4 - Neutropenia cíclica.
- D70.9 - Neutropenia idiopática crónica.
- D83.0 - Inmunodeficiencia común variable.
- G35 - Esclerosis múltiple.
- M06.9 - Artritis Reumatoide.
- M08 - Artritis juvenil.
- M08.1 - Artritis juvenil asociada a entesopatía.
- M32.9 - Lupus Eritematoso Sistémico (LES).
- M33.0 - Dermatomiositis juvenil.
- M34.0 - Esclerosis difusa.
- M34.9 - Esclerodermia.
- M35.1 - Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC).
- Z51.3 - Transfusiones intermitentes de plaquetas o hemáties.

## 9. Sistema respiratorio

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- E84 - Fibrosis quística.
- J44 - EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- J47 - Bronquiectasias.
- J60 - Neumoconiosis.
- J61 - Asbestosis.
- J62 - Silicosis.
- J63 - Beriliosis y siderosis.
- J67 - Neumonitis por hipersensibilidad (Alveolitis alérgica extrínseca).
- J84.1 - EPID (Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa).
- J45.0 - Asma alérgica.
- J45.1 - Asma no alérgica.
- J45.9 - Asma no especificada.

## 10. Sistema digestivo

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- K50.9 - Enfermedad de Crohn con recurrencia postquirúrgica.
- K60.3 - EII con enfermedad perianal compleja.
- K74.0 - Fibrosis hepática grado 3.
- K74.3 - Colangitis biliar primaria.
- N82.1 - Colangitis esclerosante primaria.
- R15 - Incontinencia fecal.
- Z93 - Estomas en niños.
- Z93.1 - Gastrostomía.
- Z93.2 - Yeyunostomía.
- Z93.3 - Colostomía asociada a EII.
- Z93.4 - Ileostomía asociada a EII.

## 11. Sistema endocrino metabólico

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- D35.0 - Feocromocitoma.
- E10 - DM tipo 1.
- E31.2 - Neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2).
- Q85.8 - Síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL).

## 12. Neoplasias

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- C15 - Neoplasia de esófago.
- C16 - Neoplasia de estómago.
- C18 - Neoplasia de colon.
- C19 - Neoplasia de la unión rectosigmoidea.
- C20 - Neoplasia maligna de recto.
- C22 - Neoplasia de hígado.
- C25 - Neoplasia de páncreas.

- C34 - Neoplasia de pulmón.
- C40-C41 - Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing.
- C49 - GIST maligno (tumor del estroma gastrointestinal).
- C50 - Neoplasia de mama.
- C53 - Neoplasia de cuello de útero.
- C61 - Neoplasia de próstata.
- C64 - Tumor de Wilms.
- C69.2 - Retinoblastoma.
- C71 - Astrocitoma.
- C71 - Oligodendroglioma.
- C71.6 - Meduloblastoma.
- C71.6 - Astrocitoma cerebeloso.
- C71.9 - Glioblastoma.
- C81 - Enfermedad de Hodgkin.
- C82-C85 - LNH.
- C82 - Linfoma Folicular.
- C83 - Linfoma Difuso.
- C83.3 - Linfoma Difuso de células B grandes.
- C83.7 - Otros Linfomas.
- C84 - Linfoma de células T/NK y micosis fungoide.
- C85 - Linfoma no Hodgkin (LNH) de otro tipo y no especificado.
- C85.8.6 - Linfoma cerebral.
- C90.0 - Mieloma múltiple.
- C91.0 - Leucemia linfoblástica aguda (LLA).
- C92.0 - Leucemia mieloide aguda (LMA).

### 13. Sistema genitourinario

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- D69 - Púrpura de Schönlein-Henoch.
- N01.9 - Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
- N02.1 - Glomeruloesclerosis segmentaria y focal.
- N02.8 - Nefropatía por IgA (Enfermedad de Berger).
- N03 - Glomerulonefritis crónica infantil.
- N03.5 - Glomerulonefritis membranoproliferativa.
- N04.2 - Nefropatía membranosa.
- N14.8 - Nefropatía C3.
- N18 - Insuficiencia renal crónica.
- N30.1 - Cistitis intersticial.
- Q64.1 - Extrofia vesical.
- Q79.4 - Síndrome de Prune Belly.
- Z90.6 - Cistectomía con derivación.
- Z93 - Ostomía en niños.

### 14. Extremidades superiores

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- Z89.2 - Ausencia adquirida de extremidad superior.

## 15. Extremidades inferiores

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- Z89.5 - Ausencia adquirida de extremidad inferior.

## 16. Columna y pelvis

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- M48.0 - Estenosis de canal multisegmentaria con claudicación neurógena sin indicación quirúrgica por la edad.

## 17. Piel y estructuras relacionadas

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- L10.0 - Dermatitis ampollosas inmunológicas. Pénfigo Vulgar.
- L73.2 - Hidrosadenitis supurativa perianal o Estadio Hurley III c.
- N40 - Psoriasis.

## 18. Situaciones especiales no recogidas anteriormente trasplantados

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- T86 - Fallo de trasplante.
- T86.0 - EICH (Enfermedad Injerto contra Huésped).
- Z94 - Doble trasplante (pulmón, hígado y riñón, páncreas y riñón).

## 19. Infancia y adolescencia

33 %-65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- D82.1 - Síndrome de DiGeorge (deleción 22q11.2).
- E74.0 - Enfermedad de Von Gierke.
- E74.02 - Enfermedad de Pompe.
- E83.0 - Enfermedad de Wilson.
- E88.4 - Enfermedades mitocondriales.
- F84.2 - Síndrome de Rett.
- G40.4 - Síndrome de Lennox-Gastaut.
- G40.4 - Síndrome de West.
- N02.8 - Parte del Síndrome de Alport (componente renal).
- Q43.1 - Megacolon congénito (Enfermedad de Hirschsprung) con ostomía de descarga.
- Q44.2 - Atresia biliar.
- Q77.4 - Acondroplasia.
- Q78.0 - Osteogénesis imperfecta.
- Q85.0 - Neurofibromatosis tipo 1.
- Q85.1 - Esclerosis tuberosa.
- Q86.0 - Sdme alcohólico-fetal.
- Q87.0 - Síndrome de Goldenhar.
- Q87.1 - Síndrome de Prader-Willi.

- Q87.1 - Síndrome de Sotos (S. Door).
- Q87.1 - Síndrome de Cornelia de Lange.
- Q87.1 - Síndrome de Seckel.
- Q87.1 - Síndrome de Coffin-Lowry.
- Q87.1 - Síndrome de Noonan.
- Q87.2 - Síndrome de Rubinstein-Taybi.
- Q87.8 - Síndrome de Alport.
- Q87.8 - Síndrome de CHARGE.
- Q90.0 - Síndrome de Down.
- Q91 - Trisomía 18.
- Q93.5 - Síndrome de Angelman.
- Q99.2 - Síndrome del X frágil.
- Q99.8 - Trisomía 11.
- R62.8 - Fallo de medro.

A.2 Se contemplan los diagnósticos codificados por CIE 10 que son susceptibles de poder cumplir los criterios para obtener el 65 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- F02.80 - Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento.

- G10 - Enfermedad de Huntington.
- G11.1 - Ataxia de Friedreich con mayor limitación para la marcha.
- G12 - Atrofia muscular espinal (AME).
- G12.2 - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
- G20 - Enfermedad de Parkinson Estadio de Hoehn & Yahr 4-5.
- G30.0 - Enfermedad de Alzheimer GDS 4.
- G35 - Esclerosis múltiple (EDSS entre 5.5 y 7).
- G70 - Miastenia gravis (grado  $\geq$  IV).
- I25 - Cardiopatía isquémica crónica.
- I27.0 - Hipertensión pulmonar primaria.
- I27.2 - Hipertensión pulmonar secundaria.
- I42.0 - Miocardiopatía dilatada.
- I42.8 - Displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD).
- I45.81 - Síndrome del QT largo.
- I47.2 - Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.
- I48.1 - Fibrilación auricular persistente.
- I49.8 - Síndrome de Brugada.
- I73.1 - Enfermedad de Buerger.
- K74.6 - Cirrosis hepática 75 %.
- R27.0 - Ataxia no especificada.
- Z89.71 - Ausencia adquirida de ambas extremidades inferiores.
- Enfermedades Neurodegenerativas.

A.3 Se contemplan los diagnósticos codificados por CIE 10 que son susceptibles de poder cumplir los criterios para obtener el 75 % según severidad de manifestaciones y cumplimiento de criterios del Real Decreto 888/2022.

- B24 - Deficiencia secundaria a enfermedad por VIH.
- C95.9 - Leucemia/Linfoma/Mieloma o enfermedad metastásica sin especificar.
- D64.9 - Anemia crónica no especificada.
- G12.2 - ELA.
- G23.1 - PNSP.
- G30.0 - Enfermedad de Alzheimer GDS 5-6.
- G31.83 - Demencia por cuerpos de Lewy.



- G35 - Esclerosis múltiple EDSS  $\geq 7.5$ .
- N18.6 - Insuficiencia renal crónica en etapa final.

## Apartado B)

### *Justificación técnico-clínica del listado recogido en el apartado A)*

#### Ámbito de aplicación:

Enfermedades y procesos, que sin entrar en contradicción con las normas del Real Decreto 888/2022 para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, pueda de forma provisional aplicarse un 33 % o un 65 % en aquellas deficiencias en las que se considere que por su naturaleza pueda haber mejoría.

Excepcionalmente se podrá aplicar con carácter definitivo el 33 %, el 65 % o 75 % en aquellas circunstancias en las que se constate una deficiencia permanente no recuperable.

Dichas patologías deberán estar documentadas y su evolución quedar reflejada en informes clínicos evolutivos y pruebas funcionales y deben cumplir los criterios del intervalo 3 (33 %) e intervalo 4 (65 %-75 %) según las normas del Real Decreto 888/2022.

Esta norma se aplicará siempre con supervisión del Equipo de Valoración de la Discapacidad.

Según Real Decreto 888/2022 en su anexo I, punto 0.51 y 0.52:

En los baremos que conforman la evaluación del funcionamiento y la discapacidad: Baremo de evaluación del Funciones y Estructuras Corporales/Deficiencia Global de la Persona (BDGP) y el Baremo de Evaluación de las Capacidades/Limitaciones en la Actividad (BLA), y según la metodología general y criterios de inclusión de los porcentajes de gravedad del problema de funcionamiento evaluados en las clases de discapacidad, pueden darse dos situaciones:

1. (punto 0.5.1) «habitualmente una clase de discapacidad supone la coincidencia de los grados evaluados tanto de la deficiencia como de la limitación para realizar actividades dentro de los porcentajes de gravedad del problema propuesto por la CIF».

En la Clase MODERADA entre 25 y 49 % tanto de BDGP como de BLA.

En la Clase GRAVE entre 50 y 95 % tanto del BDGP como del BLA.

2. (punto 0.5.2) «en los casos de no coincidencia el Criterio Principal será el que determine la inclusión en una de las clases de discapacidad. Con carácter general, se considerará Criterio Principal el resultado de la evaluación de la deficiencia global de la persona por ser el más objetivo, fiable y permanente.

Para la evaluación de la condición de salud que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénita o adquirida, debe haber sido previamente diagnosticada por el Sistema de Salud, habérsele aplicado las medidas terapéuticas y rehabilitadoras correspondientes y estar documentada, alcanzando la máxima mejoría clínica dependiendo de la naturaleza de la patología subyacente.

Circunstancias en las que la valoración tendrá carácter provisional:

– En aquellas deficiencias que con los mismos criterios anteriores se considere que por su naturaleza pueda haber mejoría.

– Criterios específicos de evaluación en la infancia y la adolescencia y a efectos de facilitar una atención que minimice el impacto de las enfermedades en el desarrollo global y en la participación social se consideran dos situaciones excepcionales:

- Menores de edad que presenten una enfermedad grave de pronóstico incierto y que precisen tratamientos agresivos de larga duración y que tengan repercusión en la realización de las actividades.
- Aquellas en las que, aun no presentando en el momento de la evaluación una deficiencia suficiente como para ser reconocida la condición de discapacidad, se haya diagnosticado una enfermedad en la que, en su evolución clínica, se prevea una deficiencia significativa de carácter permanente, a corto-medio plazo.

Circunstancias en las que la valoración tendrá carácter definitivo:

En aquellas deficiencias que con los mismos criterios anteriores presenten estabilidad y que su evolución implique un deterioro progresivo y que el tratamiento pueda en todo caso aliviar los síntomas y/o ralentizar su avance.

Modificaciones del anexo y asimilaciones:

El anexo podrá ser revisado a criterio técnico pudiendo incluirse con posterioridad otras patologías que por circunstancias no queden recogidas en el presente documento.

Así mismo, se podrá asimilar la valoración en el caso de considerar que una patología que no esté incluida cumpla criterios similares a otra que sí se recogen en el siguiente anexo.

Revisión del grado de discapacidad:

Se procederá a la revisión de forma presencial en aquellos casos en que los que se prevea una modificación de las circunstancias que dieron lugar al reconocimiento de carácter excepcional.

Cuando se proceda a la revisión de la valoración, en el caso de que no se mantenga la condición de salud o las repercusiones en las AVD no sean significativas, se aplicará la norma del Real Decreto 888/2022 y se le asignará el porcentaje correspondiente a la situación que en ese momento presente el solicitante.

Deficiencias que no se incluyen el anexo:

Aquellas patologías que requieran para su valoración de una Exploración Física que permita la graduación de los intervalos de gravedad de la deficiencia, serán excluidas del presente anexo.

Consideraciones generales para la Evaluación de las Limitaciones En la Actividad (BLA):

Se evalúa su capacidad para realizar las actividades habituales en un entorno sin barreras, tomando en consideración los dispositivos de ayuda que le hayan sido prescritos o indicados y/o la necesidad del apoyo de otra u otras personas que pueda requerir y una vez aplicadas todas las medidas terapéuticas y/o los programas de rehabilitación y habilitación.

Según se recoge en el Acuerdo de la comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Discapacidad relativo a las circunstancias especiales que pueden dar lugar a la valoración del grado de discapacidad por medios no presenciales o telemáticos, y que fundamenta el presente anexo, en aquellas circunstancias en que aporten información objetiva y suficiente para realizar la valoración y se estime que la cita presencial no va a aportar una información relevante se podrá proceder a la valoración de la discapacidad.

En estos casos se determinará la magnitud de las limitaciones para la realización de las actividades de acuerdo con la escala genérica del problema de la CIF:

0. No limitación: 0 a 4 % (ninguna, insignificante).
1. Limitación leve: 5 a 49 % (poca, escasa).
2. Limitación moderada: 25 a 49 % (media, regular).
3. Limitación grave: 50 a 95 % (mucho, extrema).
4. Limitación completa: 96 a 100 % (total).

Determinación de la limitación de movilidad de las personas, mediante el baremo de limitaciones en las actividades de movilidad (BLAM). movilidad reducida:

Se evalúa directamente con los datos obtenidos en el dominio de movilidad del BLA manteniendo los «pesos de tareas» asignados en el mismo y su puntuación de limitación en dicho dominio (LTD) expresado de 0 a 100 %, obteniéndose el sub-baremo «Baremo de Limitaciones en las Actividades de Movilidad (BLAM).

Cuando una vez evaluadas todas las actividades, el porcentaje de limitación obtenido en dominio de movilidad, asigne una limitación final de movilidad igual o superior al 25 % se determinará que la persona tiene Movilidad reducida y Dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos.

Solamente en aquellas circunstancias en las que se compruebe con los datos objetivos la existencia de limitaciones en las actividades de movilidad y que quede reflejado con una obtención del 25 % en el BLAM se obtendrá el reconocimiento de la existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes públicos colectivos, en su caso.

Dicha circunstancia será reevaluada en la revisión del grado cuando proceda.

Criterios específicos de evaluación en la infancia y adolescencia:

En el caso de las personas menores de edad, de conformidad con la CIF-Infancia y Adolescencia (OMS 2006), también se tomará en consideración el calificador de «Demora en el desarrollo» para determinar la extensión o magnitud de los retrasos o demoras en la realización de las actividades, partiendo de los criterios de normalidad, según los rangos de edad en cuanto al desempeño/realización estándar de la población, en base a la siguiente escala:

0. Sin demora (ninguna, insignificante,...).
1. Demora ligera (poca, escasa,...).
2. Demora moderada (media, regular,...).
3. Demora grave (mucho, extrema,...).
4. Demora completa (total,...).

#### *Desarrollo del anexo*

Se contempla inicialmente en cada capítulo los diagnósticos codificados por CIE 10 que son susceptibles de poder cumplir los criterios para obtener el 33 %.

Capítulo 1: Deficiencia intelectual, trastornos del neurodesarrollo y trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y adolescencia (CIE 10 C. 16-17).

- F79 - Discapacidad intelectual.
- F84 - TGD.
- F84.0 - TEA.
- F90.2 - TDHA.
- P91.63 - Encefalopatía hipóxica isquémica.
- Q99.2 - Cromosoma X frágil.

En la evaluación de los intervalos generales de gravedad de la deficiencia serán considerados intervalo 3 (50-65 %) e intervalo 4 (66 %-85 %), de aplicación conforme a lo dispuesto la tabla 1.1. Para incluir a la persona en alguno de los intervalos que suponen un grado de deficiencia (3, 4) tendrá que cumplir con los hallazgos clínicos descritos, en el intervalo de grado en cuestión, en los criterios que se aporten en la documentación: Exploración de Funciones mentales globales y específicas (Criterio 2). Y tener al menos uno de los hallazgos en el funcionamiento en actividades y participación, de los descritos en cada uno del resto de los criterios: Adaptación escolar (Criterio 3E) o Adaptación laboral (Criterio 3L), según ciclo vital, y Actividades de vida diaria (Criterio 4) o Intensidad de apoyo (Criterio 5).

En este BDGP (Baremo de evaluación de la deficiencia global de la persona) se realizará una primera aproximación a la repercusión que la deficiencia o alteración de las funciones mentales tiene en la limitación para la actividad y la participación de la persona a evaluar, determinantes con este la inclusión provisional en el 33 % hasta la evaluación más exhaustiva.

En los informes aportados deben de constar:

- El diagnóstico de la enfermedad, y su expresión sintomatológica, recogida en la historia clínica (HC).
- La exploración clínica (EC) de los síntomas y signos de deficiencia en las funciones mentales.
- Las posibilidades de inserción social, educativa-laboral.
- La repercusión sobre el funcionamiento en las AVDs (HF).

F79 Discapacidad intelectual.

Retraso madurativo o global del desarrollo.

En la evaluación de la discapacidad intelectual, se tendrá en cuenta:

- Provisionalidad de las evaluaciones y previsión de revisiones.
- Se aplican los criterios establecidos en el anexo, CRITERIOS ESPECÍFICOS DE EVALUACIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Trastorno del desarrollo psicológico: (TGD/TEA).

En los trastornos del desarrollo psicológico, igualmente se tendrán en consideración los que se encuadren en intervalo 3 y 4, siguiendo pautas específicas para los trastornos del habla y del lenguaje, del aprendizaje escolar, y para los trastornos generalizados del desarrollo.

Para el resto de los trastornos, la evaluación se realizará según las consideraciones generales para la evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento, y los intervalos de grado de deficiencia establecidas.

Trastornos del comportamiento y de las emociones: Trastornos hiperkinéticos y disociales.

En ninguno de los dos trastornos, aislados, se consideran en el baremo establecido en Real Decreto 888/2022 Intervalos 3 - 4 (tablas 1.7 y 1.8).

Capítulo 2: Otros trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10 C.5).

- F05 - Delirio debido a afección fisiológica conocida.
- F07.9 - Trastorno de personalidad y del comportamiento no especificado debidos a afección fisiológica conocida.
- F20.0 - Esquizofrenia paranoide.
- F32.3 - Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos.

- F33.3 - Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos.
- I69.31 - Deterioro cognitivo tras un infarto cerebral.

Para la inclusión de las deficiencias determinadas en este capítulo, se incluyen igualmente las que cumplan los criterios de intervalo 3 y 4, teniéndose en cuenta, además de las normas generales para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad recogidas en el anexo I y las normas para la evaluación de la deficiencia global de la persona recogidas en el anexo III, las especificadas en la introducción del capítulo 1 del anexo III del Real Decreto 888/2022.

El eje principal para la inclusión radica en el criterio de gravedad y el grado de repercusión en la capacidad de funcionamiento de la persona en todas las áreas de la vida:

1. Cumple criterios diagnósticos graves alteraciones conductuales y/o afectivas.
2. Presencia de alguna de las siguientes alteraciones:
  - i. Pérdida severa de memoria reciente.
  - ii. Aprendizajes muy elementales, con escasa funcionalidad.
  - iii. Deficiencia moderada - grave de las funciones del lenguaje incluido el lenguaje escrito.
  - iv. Desorientación témporo - espacial.
  - v. Afectación moderada - grave de las funciones cognitivas superiores.
  - vi. Limitación grave en AVD (instrumentales, personales y/o básicas) (lawton - Brody).

#### Capítulo 3: El sistema nervioso central y el periférico (CIE 10 C.6)

- B02 Neuralgia del trigémino.
- F02.80 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento.
- G03 Hidrocefalia congénita.
- G11.1 Ataxia de Friedreich.
- G20 Enfermedad de Parkinson.
- G30.0 Enfermedad de Alzheimer.
- G30.3 Demencia de cuerpos de Lewy.
- G35 Esclerosis múltiple.
- G40.–Epilepsia y crisis epilépticas recurrentes (genérico).
- G40.211 Epilepsia focal intratable con estado epiléptico.
- G40.4 Síndrome de West.
- G40.4 Síndrome de Lennox-Gastaut.
- G43.1 Migraña crónica.
- G44.0 Cefalea en racimos.
- G44.8 Cefaleas trigémino-autonómicas (CTA).
- G44.84 Hemicránea paroxística no controlada.
- G 44.85 Hemicránea continua.
- G44.86 SUNCT.
- G61.0 Síndrome de Guillain-Barré.
- G61.81 Polineuritis desmielinizante inflamatoria crónica.
- G70 Miastenia gravis.
- G71.0 Distrofia muscular de Duchenne.
- G71.0 Distrofia miotónica de Becker.
- G71.0 Distrofia de Emery-Dreifuss.
- G71.1 Distrofia miotónica tipo 1 (Enfermedad de Steinert).
- G81 Hemiplejia no especificada.

Habitualmente en los trastornos neurológicos se toma como criterio principal de evaluación de la deficiencia neurológica la repercusión de la capacidad para la

realización de las actividades de la vida diaria. Como referente de afectación se tendrá en cuenta la repercusión de la deficiencia neurológica en la puntuación obtenida en el baremo de las limitaciones en las AVD (BLA).

Trastornos permanentes o intermitentes de las funciones de la conciencia por disfunción del sistema nervioso central enfermedades neurodegenerativas: Tendrán carácter definitivo.

En las enfermedades neurodegenerativas la deficiencia a evaluar son los trastornos permanentes o intermitentes de las funciones de la conciencia, o enfermedades que afecten al sistema motor y trastornos del movimiento debido a disfunción del SNC y según escalas de uso clínico que permiten una evaluación objetiva de la progresión de estas enfermedades.

Alzheimer y otras demencias degenerativas (vascular, demencia frontotemporal).

Tabla 3.7 Intervalo 3 R D.

- F02.80 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento.
- G30.0 Enfermedad de Alzheimer.
- G30.3 Demencia de cuerpos de Lewy.

Según La Escala Global de Deterioro I (GDS).

GDS 3:

Deterioro cognitivo leve.  
Dificultad para encontrar palabras, nombres de personas recientemente conocidas.  
Puede haber problemas para retener información.

GDS 4: Deterioro cognitivo moderado. Dificultad para encontrar palabras, nombres de personas recientemente conocidas. Puede haber problemas para retener información.

MMSE (Mini-Mental State Examination) utilizada en la evaluación de deterioro cognitivo.

Escala Blessed.

ADAS-cog; Escala de valoración de la enfermedad de Alzheimer, que evalúa funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje y la praxis.

Enfermedad de Parkinson.

Tabla 3.10 y 3.11 R.D.

- G20 Enfermedad de Parkinson.

Escala Hoehn-Yahr.

Estadío II.

No afectación del equilibrio.  
Alteración de la expresión facial.  
Disminución del parpadeo.  
Postura en ligera flexión.  
Enlentecimiento en la realización de las actividades de la vida diaria.  
Síntomas depresivos.  
Posibilidad de efectos secundarios de la medicación.



Estadío III-IV. Pacientes moderadamente afectados.

Afectación bilateral con alteración del equilibrio.

Dificultades, pasos cortos, dificultad en los giros.

Dificultades en el equilibrio: caídas frecuentes, dificultad para pararse.

Sensación de fatiga.

Dolores.

Dificultades comunicativas.

Síntomas de disfunción autonómica.

Fenómenos on-off (en relación con la efectividad de los fármacos).

Discinesias.

Problemas conductuales: insomnio, alucinaciones, cuadros confusionales.

En estadio III (33 %) de carácter definitivo dada la naturaleza de la enfermedad.

Otras escalas generales de valoración de la Enfermedad de Parkinson.

Escala de actividades de la vida diaria de SchWab & England.

– 100 % a 0 %.

– 80 %: Completamente independiente para realizar la mayor parte de las tareas. Tarda el doble. Consciente de sus dificultades y lentitud.

– 70 %: No es totalmente independiente. Mayor dificultad con ciertas tareas. En algunas tarda tres o cuatro el tiempo habitual. Tiene que invertir gran parte del día en realizar las tareas.

– 60 % hasta 0 %: dependencia creciente.

En nivel 70 % (33 %) de carácter definitivo.

Otras escalas de valoración:

Escala Unificada de Valoración de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS).

Es bastante detallada y permite seguimiento exhaustivo de la progresión de la enfermedad y la eficacia del tto.

Evalúa el estado mental, Actividades de la Vida diaria, afectación motora.

Cada ítem se evalúa de 0 a 4 (sin discapacidad a discapacidad severa).

La discapacidad se puede evaluar en las AVD (parte II) y la afectación motora en la parte III.

Una puntuación que indica dificultades en varias actividades diarias, pero con cierto grado de independencia, podría considerarse como discapacidad moderada. Puntuaciones entre 2 o 3 en varios ítems.

Escala Intermedia de valoración de la Enfermedad de Parkinson (ISAPD-2 1B).

Evalúa actividades de la vida diaria, actividad motora, complicaciones motoras, lenguaje. Puntuación entre 0 - 2 ó 0 - 3.

Las puntuaciones intermedias de cada ítem sugieren que existe discapacidad moderada afectando a algunas actividades de la vida diaria.

ECOPA-MOTOR.

Evalúa específicamente los síntomas motores de la enfermedad.

Cada ítem se clasifica de 0 - 3 o 0 - 4.

Las puntuaciones específicas que indican discapacidad moderada generalmente estarían en un rango intermedio dentro de las puntuaciones posibles para cada ítem.

Índice de Impresión Clínica para la Enfermedad de Parkinson (CISI-PD).

Evaluación de ítems de 0 a 6: Signos motores, Discapacidad, Complicaciones motoras, estado cognitivo.

Una discapacidad moderada se situaría en un punto intermedio de la escala.

Esclerosis Múltiple Recurrente-Remitente.

Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva y Primaria Progresiva.

Tabla 9.11, Tabla 3.10 y Tabla 3.11 RD.

– G35 Esclerosis Múltiple.

Escala EDSS. Escala expandida del estado de discapacidad. Evalúa:

1. Función Piramidal.
2. Función cerebelosa.
3. Función del tronco cerebral.
4. Función sensitiva.
5. Función visual.
6. Función intestinal y vesical.
7. Función cerebral (o cognitiva).
8. Otras funciones.

EDDS 0 - 2.5: sin discapacidad, signos mínimos - Discapacidad mínima en dos SF.

EDDS 3: Discapacidad moderada en un SF (grado 3 en un SF y 0 ó 1 en el resto), o discapacidad leve en 3-4 SF (grado 2 en 4/4 SF y 0 ó 1 en el resto). Plena capacidad de deambulación.

EDDS 3.5 Plena capacidad de deambulación con discapacidad moderada que afecta a la actividad de vida diaria.

3.5: Discapacidad moderada en un SF (grado 3) y grado 2 en 1 ó 2 SF, grado 3 en dos SF o grado 2 en 5 SF (0 ó 1 en el resto).

EDDS 4. Plena capacidad de deambulación sin ayuda, autosuficiencia en periodo máximo de 12 h diarias pese a su discapacidad relativamente grave de grado 4 en un SF (0 ó 1 en el resto) o bien combinación de grados menores que excedan de los límites establecidos. Capacidad de andar unos 500 m sin ayuda ni descanso.

EDDS 4.5: plena capacidad de deambulación sin ayuda durante gran parte del día; capacidad de trabajar jornada completa con limitaciones para realizar una actividad plena o necesitar ayuda mínima. Caracterizado por un SF en grado 4 (0 ó 1 en el resto) o una combinación de grados menores. Capaz de andar unos 300 m sin ayuda ni discapacidad.

EDSS 5: Capacidad de andar unos 200 metros sin ayuda ni descanso. Discapacidad lo suficientemente grave como para afectar a la actividad diaria habitual. Equivalente a un 5 en un solo SF y 0 o 1 en el resto, o una combinación que supere las especificaciones del punta 4.0.

EDSS entre 3.5 y 5 para 33 % de carácter definitivo dada la naturaleza de la enfermedad.

Miopatías/Distrofias Musculares.

Tablas 03.11 y 03.17 RD.

- G71.0 - Distrofia muscular de Duchenne.
- G71.0 - Distrofia miotónica de Becker.
- G71.0 - Distrofia de Emery-Dreifuss.
- G71.1 - Distrofia miotónica tipo 1 (Enfermedad de Steiner).

Son un grupo de enfermedades genéticas, cada distrofia tiene características clínicas específicas que cursan con debilidad y pérdida de masa muscular progresiva.

Esta valoración tendrá carácter definitivo dada la naturaleza de la enfermedad.

Trastornos Neurológicos Episódicos.

Epilepsia.

Tabla 3.4 RD.

– G40 Epilepsia.

Debe cumplir los criterios de puntuación de la deficiencia del intervalo 3 por pérdidas de conciencia episódicas y otros trastornos paroxísticos episódicos: Epilepsia u otro trastorno paroxístico episódico grave (documentado en el último año), de intensidad y frecuencia de un episodio o más mensual, que limita de forma moderada las actividades diarias, precisando supervisión o protección preventiva.

Inclusión en la documentación de los siguientes ítems:

- 1) Farmacorresistencia: Tratamiento con más de dos fármacos.
- 2) Encefalopatía epiléptica.
- 3) Status epiléptico.
- 4) Epilepsia refractaria: Alta frecuencia de crisis.

La valoración de los trastornos neurológicos episódicos tendrá carácter provisional.

Migraña.

Tabla 3.21 RD.

- G43.1 - Migraña crónica.
- G44.0 - Cefalea en racimos.
- G44.8 - Hemicránea continua.
- G44.8 - CTA (Cefalea trigémino autonómicas).
- G44.8 - SUNCH.

Debe cumplir los criterios de puntuación de la deficiencia del intervalo 3 (21-35 %): Malestar severo y frecuencia semanal documentada médicamente y tratada adecuadamente. Evolución de al menos 1 año. Puntuación MIDAS 21.

Neuralgia del Trigémino y Glossofaríngeo y Afectación Pares Craneales.

Tabla 3.22 RD.

– G50.0 Neuralgia del trigémino.

Debe cumplir los criterios de evaluación de deficiencia relacionada con neuralgia del trigémino y glossofaríngeo y la afectación de los pares craneales del Intervalo 3 (21 %-35 %): Dolor neurálgico bilateral grave e incontrolado que interfiere en las AVD o deficiencia motora bilateral grave.

La valoración de las Migrañas y las Neuralgias tendrá carácter provisional.

Miastenia Gravis.

Tabla 3.11 Tabla 3.17 Tabla 3.15 de R.D.

– G70.0 Miastenia Gravis.

La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular autoinmune cuya característica principal es la debilidad muscular fluctuante que se categoriza y clasifica en la escala de Osserman.

Se estima que la Miastenia Gravis mayor o igual que el Grado IIB (Bulbar) cumple los criterios de gravedad suficiente para ser evaluada como discapacidad moderada en la aplicación de las tablas correspondientes.

Esta valoración tendrá carácter definitivo.

<b>Clasificación clínica de Osserman</b> (aún vigente pero que tiende a ser reemplazada por la Clasificación de la Fundación Norteamericana de MG)
Grupo I. Ocular pura
Grupo II. Generalizada (músculos bulboprotuberanciales y/o de miembros)
a. Leve a moderada
b. Grave
Grupo III. Instalación respiratoria aguda
Grupo IV. Crónica
Grupo V. Atrófica

<b>Clasificación de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA)</b>
Clase I: debilidad de cualquier músculo ocular. Puede tener debilidad en el cierre palpebral. La fuerza del resto de los músculos es normal.
Clase II: debilidad leve que afecta otros músculos distintos de los oculares. Puede tener también debilidad de los músculos oculares de cualquier grado de severidad.
IIa. Debilidad predominante de músculos de miembros, axiales o ambos. Puede tener un compromiso menor de los músculos orofaríngeos.
IIb. Debilidad predominante de músculos oro faríngeos y respiratorios o ambos. Puede tener debilidad similar o igual de músculos de miembros, axiales o ambos.
Clase III: debilidad moderada que afecta otros músculos distintos de los oculares. Puede tener también debilidad de los músculos oculares de cualquier nivel de gravedad.
IIIa. Debilidad predominante de músculos de miembros, axiales o ambos. Puede tener un compromiso menor de los músculos orofaríngeos.
IIIb. Debilidad predominante de músculos orofaríngeos y respiratorios o ambos. Puede tener debilidad similar o igual de músculos de miembros, axiales o ambos.
Clase IV: debilidad grave que afecta otros músculos distintos de los oculares. Puede tener también debilidad de los músculos oculares de cualquier grado de severidad.
IVa. Debilidad predominante de músculos de miembros, axiales o ambos. Puede tener un compromiso menor de los músculos orofaríngeos.
IVb. Debilidad predominante de músculos orofaríngeos y respiratorios o ambos. Puede tener debilidad similar o igual de músculos de miembros, axiales o ambos.
Clase V: intubación, con o sin ventilación mecánica, excepto en su empleo de rutina en situación postoperatoria. El uso de sonda de alimentación posiciona al paciente en la Clase IVb.

Síndrome de Guillain-Barre.

Tabla 3.11 Tabla 3.17 Tabla 3.15 de R.D.

– G61 Síndrome de Guillain Barré.

El síndrome de Guillain Barré es un trastorno neurológico autoinmunitario que se evaluará en fase secuelar aplicando la Escala de Huges.

Se estima que el Síndrome de Guillain Barré mayor o igual a un grado 3 de la clasificación de Hughes cumple criterios de gravedad suficiente para ser valorada como discapacidad moderada en la aplicación de las tablas correspondientes.

Esta valoración tendrá carácter provisional.

La escala de discapacidad funcional de Guillain-Barré, también conocida como la escala de Hughes, se utiliza para evaluar la gravedad de la discapacidad en pacientes con el síndrome de Guillain-Barré. Esta escala clasifica a los pacientes en diferentes niveles de discapacidad, desde la ausencia de síntomas hasta la muerte. Aquí tienes un resumen de los niveles de la escala:

1. 0: Salud normal.
2. 1: Síntomas menores y capaz de correr.
3. 2: Capaz de caminar 5 metros sin ayuda, pero incapaz de correr.
4. 3: Capaz de caminar 5 metros con ayuda.
5. 4: Confinado a la cama o a una silla.
6. 5: Necesita asistencia ventilatoria.
7. 6: Muerte.

#### Capítulo 4: Sistema visual.

##### Tabla 4.2 R D.

- E70.3 Albinismo ocular.
- H05.2 Oftalmopatía de Graves.
- H35.5 Sdme de Usher.
- H35.5 Sdme de Stargardt.
- H 35.52 Retinosis pigmentaria.
- H35.54 Neuropatía óptica hereditaria de Leber o Amaurosis congénita de Leber.
- H 35.54 Síndrome de Goldmann-Favre.
- H40 Glaucoma.
- H47.2 Atrofia óptica Sdme de Wolfran (DIDMOAD).
- H52 Trastornos de la refracción.
- H53.4 Defectos del campo visual.
- H 55.0 Sdme de nistagmo infantil.
- Q12.0 Cataratas congénitas.

Será criterio de evaluación la deficiencia permanente del sistema visual en la medida que afecta a la capacidad individual para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, una vez conseguida la máxima mejoría clínica y con la mejor corrección óptica posible.

Se estima en un porcentaje de discapacidad de 33 %:

– Adultos y niños con AVCC de 0.25 en ambos ojos o un ojo CD y otro AVCC 0.5 valoración de 33 % de carácter provisional.

– En la infancia con diagnóstico en el que se considere una deficiencia permanente, aunque no pueda cuantificarse, o se prevea en su evolución, a pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, el desarrollo a corto-medio plazo de una deficiencia visual de importancia, se podrá asignar un grado inicial aproximado de deficiencia total de la persona del 33 %. Siempre tendrá carácter provisional hasta que se pueda determinar que sea definitiva.

Capítulo 5: Oído, nariz, garganta y estructuras relacionadas.

Sistema Auditivo.

Tabla 5.2 RD.

- H72 Perforación timpánica.
- H71 Colesteatoma.
- H74.4 Timpanoesclerosis.
- H80 Otosclerosis.
- H90.0 Hipoacusia conductiva bilateral.
- H90.3 Hipoacusia neurosensorial bilateral.
- Z96.2 Implante coclear niños y adultos.

Con relación a las pruebas complementarias se debe aportar audiometría acompañada de Informe de Especialista que justifique la estabilidad de la pérdida, así como el tipo de deficiencia.

En aquellas hipoacusias conductivas (Timpanoesclerosis, Otosclerosis, Perforación y atelectasia y Colesteatoma) que presenten indicación de tratamiento quirúrgico deberá alcanzarse la MMC para su valoración.

Se estima en un porcentaje de discapacidad de 33 %.

– En adulto con deficiencia auditiva binaural mayor o igual a 52 % en caso que sea neurosensorial y mixtas y deficiencia auditiva binaural mayor o igual a 82.5 % en caso de conductivas.

– En niños se aportarán PEATC:

En la infancia si existe un diagnóstico en el que se considere que existe una deficiencia permanente, aunque no pueda cuantificarse, o se prevea en su evolución, a pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, el desarrollo a corto-medio plazo de una deficiencia auditiva permanente, se podrá asignar un grado inicial de deficiencia total de la persona del 33 %. Siempre se hará de forma provisional hasta que se pueda medir la pérdida de audición de forma objetiva y cuantificable.

– En presencia de Implante Coclear se asignará directamente un 33 % de discapacidad.

Factores modificables:

- 1) Presencia de acúfenos: Se añadirá un 5 % a la deficiencia auditiva binaural.

Trastornos Vestibulares.

Tabla 5.4 RD.

- H81.0 Enfermedad de Menière idiopática o Sdme de Menière (de causa infecciosa, traumática, otosclerosis) con afectación bilateral.
- Q85.0 (NF 2) Neurofibromatosis bilateral acústica.

Deben cumplir los criterios para la puntuación de la deficiencia debida a trastornos vestibulares del intervalo 3 (25 %-49 %).

– CP: Síntomas o signos de desequilibrio vestibular coherentes con los resultados objetivos.

Presenta limitación moderada para realizar las AVD con grave dificultad para las actividades fuera del domicilio o Crisis de vértigo documentadas con una frecuencia de más de una al mes con una duración de al menos una hora con cortejo vegetativo.

– Resultados anómalos moderados a graves en la ENG o VNG, como el nistagmo posicional.



- Respuesta anómala a la prueba calórica, o signos anómalos del sistema nervioso central y balanceo anómalo.

- Anomalías en las pruebas sensoriales de la posturografía dinámica.
- Puede haber anomalías en la RMN cerebral.
- Inestabilidad de la marcha o dificultad para caminar sin ayuda.

Nariz, garganta y estructuras relacionadas.

Tabla 5.6 RD.

- Z90.02 Ausencia adquirida de Laringe.

Personas con traqueotomía o estoma permanente se puntúan con un 25 % de deficiencia total de la persona.

Capítulo 6: El lenguaje, la voz y el habla.

Este capítulo implica valoración presencial, pero cuando existe una malformación congénita que afecta al lenguaje, será de aplicación el presente baremo usando la tabla de demora a la espera de secuelas definitivas.

- Q35 Fisura palatina (de paladar duro y blando, completas unilaterales, completas bilaterales.

- Q37 Fisura del paladar y labio.
- Q87.0 Sdme de Pierre Robin.

Capítulo 7: Sistema cardiovascular.

Cardiopatías.

En el capítulo que nos ocupa, para su valoración es imprescindible la aportación de pruebas complementarias, principalmente ecocardiograma con FE y clase NYHA.

Estimamos en un porcentaje de discapacidad de 33 %:

En adultos:

En todas las Tablas de valoración se debe cumplir el CP del intervalo 3.

El CSA podrá estar en intervalo 2 o 3.

Los síntomas serán de carácter moderado a pesar del tratamiento.

Tendrán repercusión de carácter moderado en las AVD.

En el caso de que exista más de una patología valoraremos aquella con mayor repercusión.

Servirán de guía en este capítulo los resultados de las pruebas objetivas que deben manifestar una moderada disfunción o dilatación ventricular, así como también estenosis e Insuficiencias moderadas.

En relación a la repercusión funcional la ergometría tendrá un valor de MET mayor igual a 2 pero menor de 5.

En el caso de que exista imposibilidad para la corrección quirúrgica la valoración tendrá carácter definitivo, en el caso contrario tendrá carácter provisional.

En niños:

Consideraciones especiales para la evaluación de las cardiopatías congénitas en la infancia/Adolescencia:

Cuando en la infancia se presenta un diagnóstico de cardiopatía congénita en el que se considere que existe una deficiencia permanente, aunque no pueda cuantificarse, o se prevea en su evolución (a pesar de las medidas terapéuticas adecuadas) el desarrollo a corto-medio plazo de una deficiencia cardiaca permanente de importancia, se podrá asignar un grado inicial aproximado de deficiencia total de la persona del 33 %.

Tendrá carácter provisional hasta que el proceso se considere lo suficientemente estabilizado.

Cardiopatías cianosantes con cortocircuito derecha izquierda por su repercusión cumplirían el criterio anterior.

- Tetralogía de Fallot.
- Transposición de grandes vasos.
- Atresia y estenosis congénita de válvula tricúspide.
- Tronco arterioso persistente.
- Drenaje venoso pulmonar anómalo total.

Cardiopatías no cianosantes deben cumplir criterios de inclusión del intervalo 3: dilatación de la cámara, afectación valvular moderada, resistencia vascular pulmonar elevada).

- Comunicación interauricular (CIA).
- Comunicación interventricular (CIV).
- Ductus arterioso persistente.
- Canal auriculoventricular.

Cardiopatías valvulares:

Tabla 8.3 RD.

- I05.0 Estenosis mitral reumática.
- I05.1 Insuficiencia mitral reumática.
- I05.2 Trastornos combinados de válvula mitral reumática.
- I06.0 Estenosis aórtica reumática.
- I06.1 Insuficiencia aórtica reumática.
- I06.2 Trastornos combinados de válvula aórtica reumática.
- I07.0 Estenosis tricuspídea reumática.
- I07.1 Insuficiencia tricuspídea reumática.
- I34.1 Prolapso de válvula mitral.
- I35.0 Insuficiencia mitral no reumática.
- I35.0 Estenosis aórtica no reumática.
- I35.1 Insuficiencia aórtica no reumática.
- I35.2 Estenosis e insuficiencia aórtica no reumática.

Deben cumplir el CP del intervalo 3:

Moderada disfunción ventricular o dilatación de la cámara o moderada o grave estenosis o regurgitación en eco y como mínimo uno de los siguientes:

MET  $\geq$  a 2 pero  $<$  de 5.

Protocolo de bruce  $\geq$  a 1 pero  $<$  a 3 min tras cirugía valvular y reúne los criterios mencionados más arriba; VO<sub>2</sub> máx 10-15 BNP  $>$  100 pero  $<$  500 e AVA 1,0-1,5; AVG 25-50; MVA  $>$  1.0 - 1.5; MVG=5-10.

Cardiopatías isquémicas.

Tabla 8.4 RD.

- I25 Cardiopatía isquémica crónica.

Debe cumplir el CP del Intervalo 3:

Prueba de esfuerzo que muestre cambios en el segmento S T de 1-2 mm o angiografía coronaria que muestra una obstrucción mayor o igual del 70% y como mínimo uno de los siguientes:

MET mayor de  $\geq 2 < 5$ .

Protocolo de Bruce  $>1 < 3$ .

Gammagrafía miocárdica de perfusión o eco de esfuerzo con alteraciones moderadas (25-50 %) irreversibles y ha sido sometido a CRC o ICP y requiere tratamiento continuado.

Miocardiopatía dilatada:

Tabla 8.6 RD.

– I42.0 Miocardiopatía dilatada.

Debe cumplir el CP del intervalo 3:

Moderada deficiencia de la función del ventrículo izquierdo (FE 30-40 %) o moderada hipertrofia septal (1.3-1.4 cm) con gradiente moderado o evidencia de restricción o alteración diastólica moderada en eco presente bajo tratamiento y como mínimo uno de los siguientes:

BNP 100-500.

VO<sub>2</sub> máx 11-15.

MET  $>2 < 5$ .

Arritmias ventriculares malignas (tras la implantación de un DAI o un marcapasos biventricular y algún criterio anterior.

Arritmias.

Tabla 8.8 RD.

– I42.8 Displasia arritmogénica del VD.

– I45.81 Sdme del QT largo.

– I47.2 Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.

– I48.1 Fibrilación auricular persistente.

– I49.8 Sdme de Brugada.

Debe cumplir el CP del intervalo 3:

Ecocardiografía anómala con moderadas CIA o CIV, deficiencia moderada de la función del VI o del VD, alteración de función diastólica moderada, moderado agrandamiento cameral o estenosis o insuficiencia valvular moderada.

Y

Documentación por EKG o Holter de arritmia maligna tras ablación, marcapasos, o DAI que reúnan los criterios establecidos más arriba.

Hipertensión pulmonar.

Tabla 8.9 RD.

– I27.0 Hipertensión pulmonar primaria.

– I27.2 Hipertensión pulmonar secundaria.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Hipertensión pulmonar grave (PAP > 75) y aumento moderado del ventrículo derecho por eco (3-4 cm).

Y como mínimo uno de los siguientes:

BPN 100-500.

VO2max 10-15.

MET >2 < 5.

Hipertensión arterial.

Tabla 8.13 RD.

– I13 Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva.

Debe cumplir el CP del intervalo 3:

Proteinuria (albuminuria) o alteraciones del sedimento urinario.

Nitrógeno ureico y creatinina en suero aumentados y Aclaramiento de creatinina <20 % del valor normal, o Encefalopatía hipertensiva episódica, o Lesión cerebrovascular hipertensiva/ACVA, o Evidencia ecocardiográfica de HVI con alteración de la función diastólica y/o signos de IC.

Sistema Vascular Periférico Extremidad Inferior.

Tabla 8.16 RD.

– Z89.5 Ausencia adquirida de una extremidad inferior.

Debe cumplir el CP del intervalo 3:

Amputaciones a nivel del tobillo o por encima o dos o más dedos con evidencia de enfermedad vascular persistente.

Sistema Vascular Periférico Extremidad Superior.

Tabla 8.17 RD.

– Z89.2 Ausencia adquirida de una extremidad superior.

Amputación de dos o más dedos de una extremidad con evidencia de enfermedad vascular persistente en ambas extremidades superiores confirmada con estudio doppler.

Capítulo 8: Sistema hematológico e inmunológico.

Tabla 9.2 RD.

- B18.2 Hepatitis C + B24 (VIH no especificada).
- B20 VIH C3.
- D46 Síndrome mielodisplásico.
- D51.0 Anemia perniciosa.
- D56.1 Talasemia beta.
- D57 Anemia falciforme.
- D61.3 Anemia aplásica.
- D63.8 Anemia en otras enfermedades crónicas.
- D66 Hemofilia A.
- D67 Hemofilia B.
- D69.1 Síndrome de Bernard-Soulier.
- D69.1 Síndrome de Glanzmann.
- D69.3 PTI: corticodependientes o corticorresistencia. Brotes hemorrágicos.
- D70.0 Sdme de Kostmann o neutropenia congénita.

- D70.4 Neutropenia cíclica.
- D70.9 Neutropenia idiopática crónica.
- D83.0 Inmunodeficiencia común variable.
- G35 Esclerosis múltiple.
- M06.9 Artritis Reumatoide.
- M32.9 LES.
- M34.0 Esclerosis difusa.
- M34.9 Esclerodermia.
- Z51.3 Transfusiones intermitentes de plaquetas o hematíes.

Las valoraciones siempre serán revisables.

Los criterios para la asignación del porcentaje provisional del 33 % de deficiencia deberán de estar basados en datos objetivos sobre el grado de interferencias en las limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria e integrar los resultados en la información subjetiva para estimar el grado de deficiencia permanente.

Carga de cumplimiento de tratamiento: el tratamiento puede producir efectos secundarios considerables, en este capítulo la Carga Cumplimiento de Tratamiento se considera frecuentemente como criterio principal, con unos criterios específicos de evaluación.

La tabla 9.1 se utiliza para asignar los porcentajes adicionales de deficiencia de que reflejan la carga de cumplimiento (adherencia) de tratamiento para la enfermedad hematológica.

Anemias.

Tabla 9.2 RD.

- D51.0 Anemia perniciosa.
- D56.1 Talasemia beta.
- D57 Anemia falciforme.
- D61.3 Anemia aplásica.
- D63.8 Anemia en otras enfermedades crónicas.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Antecedentes de anemia crónica con síntomas moderados continuos y exacerbaciones graves ocasionales o Necesidad de transfusiones de 2 a 3 U cada 4 semanas.

Resultado de pruebas objetivas: Hemoglobina  $\geq 6$  pero  $>8$  g/dl.

Trastornos Mieloproliferativos.

En el caso de la mielofibrosis la deficiencia primaria se puntúa en primer lugar y su resultado se combina con la puntuación de la deficiencia atribuida a los déficits de las otras líneas celulares.

Solo se incluirá en el caso de que una de las series (roja o blanca) se encuentre en intervalo 3.

Su valoración siempre será revisable hasta haber alcanzado MMC.

En la policitemia vera y la trombocitosis esencial la deficiencia se basa en la afectación de órgano diana y por sí misma no cumple criterios para la aplicación del 33 %.

Tabla 9.2 y Tabla 9.3.

Deficiencias de Leucocitos:

Neutropenias primarias:

- D70.0 Sdme de Kostmann o neutropenia congénita.
- D70.4 Neutropenia cíclica.
- D70.9 Neutropenia idiopática crónica.

Neutropenias secundarias:

- D46 Síndrome mielodisplásico.
- D61.3 Anemia aplásica.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Neutrófilos  $>250 \leq 500$ .

Anamnesis: Tratamiento crónico intermitente oral con antibióticos asociado a infecciones bacterianas agudas que precisen hospitalización no más de una vez al año.

Leucemias, linfomas mielomas o enfermedad metastásica:

Tabla 9.4 RD.

- C78 Metástasis en órganos respiratorios y digestivos.
- C79 Metástasis en otros sitios y sitios no especificados.
- C81 Linfoma de Hodgkin.
- C82-C85 LNH.
- C83.7 Otros Linfomas.
- C90.0 Mieloma múltiple.
- C91.0 Leucemia linfocítica aguda.
- C91.1 Leucemia linfocítica crónica.
- C92.0 Leucemia mieloide aguda.
- C92.1 Leucemia mieloide crónica.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Tratamiento quimioterapia de 3 a 6 veces al año.

Limitación moderada en AVD.

Añadir en CCT 10 % de deficiencia si la persona no ha respondido de forma adecuada al trasplante de MO y un 1 % por ciclo de quimioterapia hasta un máximo 6 % y un 1 % por unidad de hematíes transfundida mensualmente.

Trastornos Hemorrágicos y de las Plaquetas.

Deficiencias permanente secundaria a trastorno de plaquetas.

Tabla 9.5 RD.

- D47.3 Trombocitemia esencial.
- D69.1 Púrpura trombocitopénica secundaria.
- D69.2 Trastornos cualitativos de las plaquetas.
- D69.5 Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Trombocitopenia grave, precisa transfusión intermitente pero responde al tratamiento con plaquetas y/o presenta hemorragias ocasionales ( $\leq 2$  veces al año).

Recuento plaquetario:  $20-60 \times 10^3/\mu\text{L}$ .

Deficiencia permanente secundaria a trastorno de la coagulación: Hemofilias.

Tabla 9.6 RD.

- D66 hemofilia A.
- D67 Hemofilia B.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Antecedente de tres o más episodios hemorrágicos por año.

Requerimientos terapéuticos: Necesita tratamiento con factores de la coagulación con desarrollo de anticuerpos y/o ha necesitado transfusión de hematíes durante los episodios hemorrágicos.



Deficiencia del factor grave: menos del 1 %.

Deficiencia secundaria a otros trastornos hemorrágicos.

Tabla 9.8 RD.

– D68.0 Enfermedad de Von Willebrand tipo II y tipo III.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Antecedente de dos o más sangrados no procedentes de mucosas que han condicionado una limitación grave de la actividad y/o ingreso durante el pasado año.

Habitualmente precisa menos de dos transfusiones de hematíes.

Trastornos Trombóticos.

Tabla 9.8 RD.

– D68.4 Deficiencias de las proteínas C, S y antitrombina.

– D68.5 Mutación genética del Factor V de Leiden.

– D68.5 Mutación de la protrombina.

– D68.6 Sdme antifosfolípido.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Uno o más episodios trombóticos al año.

Estado de hipercoagulabilidad: dos de los siguientes: Concentración de proteína C o S < 35 % del normal y/o Mutación homocigota del factor V de Leiden y/o anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina o antifosfolípido u otro estado de hipercoagulabilidad grave.

Asignar el 40 % si la persona reúne los dos criterios para el intervalo de gravedad 3; y el 35 % si sólo reúne el criterio principal.

Infección VIH.

Tabla 9.10 RD.

– B18.2 Hepatitis C + B24 (VIH no especificada).

– B20 VIH C3.

Debe cumplir el CP del intervalo 3.

Recuento de CD4 < 200 pero > 100\*.

---

\* Aquellos adultos cuyas cifras de CD4 sean menores de 200 en el último año tendrán un porcentaje mínimo de discapacidad del 33 %.

Precisa tratamiento antirretrovírico constante y tratamiento crónico supresor, con al menos dos infecciones oportunistas activas o más de seis episodios que hayan requerido asistencia médica en el último año y/o infecciones oportunistas que hayan requerido de ingreso hospitalario al menos una vez por año en los últimos años.

Limitación moderada a las AVD.

Tal y como se documenta en el Real Decreto 888/2022 En la situación de coinfección del VIH y del Virus de la Hepatitis C (VHC) y tras la constatación documentada de fracaso terapéutico en la erradicación de este último, o infección por VHC no tratadas, se evaluará con un mínimo de 33 % que será revisable en el caso de infección no tratada.

Las personas menores de 13 años en clase C3 (clasificación de 1994) tendrán un porcentaje mínimo de discapacidad del 33 %, con carácter provisional, para una vez superada esa edad realizar una evaluación de la deficiencia permanente siguiendo los criterios generales.

Enfermedades Sistémicas Autoinmunes.

Con afectación articular predominante:

- M06.9 Artritis Reumatoide.
- M08 Artritis juvenil.
- M08.1 Artritis juvenil asociada a entesopatía.

Conectivopatías.

- M33.0 Dermatomiositis juvenil.
- M32.9 Lupus Eritematoso Sistémico (LES).
- M34.0 Esclerosis difusa.
- M34.9 Esclerodermia.
- M35.1 Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC).

Enfermedades autoinmunes de predominio no articular.

- G35 Esclerosis múltiple.

Se tendrá en cuenta el criterio especial de frecuencia de brotes, en la cual se documenta un número superior a 6 episodios anuales de reactivación, dicha situación por sí misma podrá considerarse como criterio principal y se incluiría en el intervalo 3 de gravedad estableciéndose el 33 % provisional.

Intervalo 3: Signos o síntomas de conectivopatía moderados frecuentes o graves intermitentes. Si cursa en brotes: frecuencia de remisión inferior a 6 meses en último año. Precisa tratamiento continuado.

<b>DAS28 &lt;2.6: Remisión</b>
<b>DAS28 &gt;=2.6 y &lt;= 3.2: Actividad de la enfermedad baja</b>
<b>DAS28 &gt;3.2 y &lt;=5.1: Actividad de la enfermedad moderada</b>
<b>DAS28 &gt;5.1: Actividad de la enfermedad alta</b>

Capítulo 9: Sistema respiratorio (CIE 10 C.10).

Tabla 10.3 y 10.4 de RD.

Alteración pulmonar.

- E84 Fibrosis quística.
- J44 EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- J47 Bronquiectasias.
- J60 Neumoconiosis.
- J61 Asbestosis.
- J62 Silicosis.
- J63 Beriliosis y siderosis.
- J67 Neumonitis por hipersensibilidad (Alveolitis alérgica extrínseca).
- J84.1 EPID (Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa).

Asma.

- J45.0 Asma alérgica.
- J45.1 Asma no alérgica.
- J45.9 Asma no especificada.

En este capítulo la evaluación se fundamenta en el resultado de pruebas funcionales objetivas, como la espirometría forzada tras broncodilatación, la capacidad de difusión de monóxido de carbono (CP) y la medida de capacidad de la capacidad del ejercicio, complementada con los criterios clínicos.

La evaluación de la deficiencia se realizará en condiciones de estabilización y en periodos intercríticos.

Alteración Pulmonar:

Tabla 10.3 de RD.

- E84 Fibrosis quística.
- J44 EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- J47 Bronquiectasias.
- J60 Neumoconiosis.
- J61 Asbestosis.
- J62 Silicosis.
- J63 Beriliosis y siderosis.
- J67 Neumonitis por hipersensibilidad (Alveolitis alérgica extrínseca).
- J84.1 EPID (Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa).

Los criterios de evaluación de la deficiencia permanente secundaria a la alteración pulmonar deben cumplir el CP del intervalo 3 y serán de carácter revisable.

Resultado de PFR:

- CVF entre 50 % y 59 % del teórico, o.
- FEV1 entre 45 % y 54 % del teórico, o.
- FEV1 /CVF entre 45 % y 54 % del teórico. o.
- DLCO entre 45 % y 54 % del teórico, o.
- PaO<sub>2</sub> basal < 70 mm/HG (sin oxigenoterapia y confirmado al menos en tres ocasiones).
- VO<sub>2</sub> max entre 17 y 15 ml/(kg.min).
- MET 5-6 METs.

Criterios secundarios de ajuste (CSA):

Anamnesis:

Disnea persistente moderada a pesar de tratamiento continuo, o disnea grave intermitente a pesar del tratamiento continuo mMCR en grado 3: la disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.

Exploración Física:

Signos moderados persistentes a pesar de tratamiento continuo o signos graves intermitentes.

Asma.

Tabla 10.4 de R.D.

- J45.0 Asma alérgica.
- J45.1 Asma no alérgica.
- J45.9 Asma no especificada.

Los criterios de evaluación de la deficiencia permanente secundaria al asma deben cumplir el CP del intervalo 3 y serán de carácter revisable.

PC20 0.5-0.25 mg/mlb, o FEV1 postbroncodilatador 50 %-59 %.

Criterios secundarios de ajuste (CSA):

Anamnesis:

Inhalación diaria a dosis media o alta (500-1000 mcg por día) de esteroides y/o periodos breves de esteroides orales y broncodilatador de vida media larga.

Uso diario de esteroides sistémicos e inhalados y uso diario del máximo tratamiento con broncodilatadores.

Exploración Física:

Asma persistente moderada o grave o Síntomas diarios discontinuos.

Cuantifica en un porcentaje de discapacidad de 33 % revisable:

Criterio especial de frecuencia para la FQ, bronquiectasias, neumonitis por hipersensibilidad, EPID y EPOC en los que el criterio de frecuencia se considera como Criterio Principal evaluando con un porcentaje del 33 % de discapacidad de forma provisional revisable en dos años, y siempre que esta situación clínica se haya mantenido al menos un año: que en situación basal intercrisis esté incluido en Intervalo 0, 1 o 2 con agudizaciones documentadas cada 2 meses o una media de 6 episodios al año que requieran tratamiento hospitalario de al menos 24 horas.

Capítulo 10: Sistema digestivo (CIE 10 C 11).

- K50.9 Enfermedad de Crohn con recurrencia postquirúrgica (Rutgeerts > i2.a).
- K60.3 EII con enfermedad perianal compleja (Clasificación de la AGA.b).
- K74.0 Fibrosis hepática grado 3 (fibroscan 9.4–12) o Child-Pugh B.
- K74.3 Colangitis biliar primaria.
- N82.1 Colangitis esclerosante primaria.
- R15 Incontinencia fecal.
- Z93 Estomas en niños.
- Z93.1 Gastrostomía.
- Z93.2 Yeyunostomía.
- Z93.3 Colostomía asociada a EII.
- Z93.4 Ileostomía asociada a EII.

a.

Rutgeerts grade	Decoding
i0	post-surgery remission
i1	post-surgery remission
i2	substantial post-surgery recurrence
i3	advanced post-surgery recurrence
i4	advanced post-surgery recurrence

b.

Clasificación de la *American Gastroenterological Association* (AGA) de las fístulas perianales

Fístulas simples	Fístulas complejas
• Bajas (superficial, interesfinteriana, transesfinteriana baja) • Orificio externo único • No dolor ni fluctuación • ¿Actividad rectal?	• Altas (inter o transesfinteriana alta, supra o extraesfinteriana) • Múltiples orificios • Dolor/fluctuación que sugiere absceso perianal • Actividad rectal • Fístulas rectovaginales • Estenosis anal

Los intervalos de grado de deficiencia y las puntuaciones porcentuales reflejan las anomalías anatómicas, fisiológicas y funcionales del órgano y sistema y el impacto de la enfermedad del tracto gastrointestinal en la capacidad para realizar las AVD, incluyendo las modificaciones de la dieta.

No serán objeto de evaluación aquellas patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico mientras éste no se lleve a cabo. En estos casos la valoración deberá realizarse una vez se ha conseguido la situación de MMC.

Para la evaluación del tracto digestivo se debe cumplir el criterio principal (CP) del intervalo 3 para la deficiencia del tracto digestivo superior como para la deficiencia colónica o rectal y se deberá cumplir el CP del el intervalo 4 para la deficiencia permanente secundaria a enfermedad anal.

En la puntuación de la deficiencia hepática se debe cumplirse el CP del intervalo 3.

En la puntuación de la deficiencia del tracto biliar se debe cumplir el CP del intervalo 3.

Tracto digestivo superior.

Tabla 11.3 RD.

- K50.9 Enfermedad de Crohn con recurrencia postquirúrgica Rutgeerts > i2.a.
- Z93 Estomas en niños.
- Z93.1 Gastrostomía.
- Z93.2 Yeyunostomía.
- Z93.4 Ileostomía asociado a EII.

Los criterios de evaluación de la deficiencia del tracto digestivo superior deben cumplir el CP del intervalo 3 y serán de carácter revisable.

Anamnesis (CP).

Síntomas o signos de enfermedad del tracto digestivo superior graves frecuentes o bien síntomas extremos ocasionales y si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a un mes y precisa medicación diaria y / o requiere restricciones dietéticas o alimentación parenteral.

Criterio secundario de ajuste (CSA):

Pérdida ponderal entre el 10-20 % por debajo del peso ideal debida a trastorno del tracto digestivo superior.

Alteración anatómica o deficiencia funcional grave.

Deficiencia colónica o rectal.

Tabla 11.4 RD.

- K50.9 Enfermedad de Crohn con recurrencia postquirúrgica Rutgeerts > i2.a.
- K60.3 EII con enfermedad perianal compleja. Clasificación de la AGA. b.
- Z93 Estomas en niños.
- Z93.3 Colostomía asociada a EII.

Los criterios de evaluación de la deficiencia colónica o rectal deben cumplir el CP del intervalo 3 y serán de carácter revisable.

Síntomas o signos de enfermedad colónica o rectal moderados frecuentes o signos y síntomas graves ocasionales a pesar del tratamiento diario y/o restricciones dietéticas adecuadas y Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a los 6 meses.

Criterio secundario de ajuste (CSA):

Pérdida ponderal entre el 10-20 % por debajo del peso ideal secundaria a trastorno colónico o rectal.

Alteración anatómica o deficiencia funcional grave.

– Pérdida completa del mecanismo del esfínter anal 33 % definitivo.

Estomas.

Se incluirán aquellos estomas asociados a Enfermedad Digestiva crónica que requieran tratamiento inmunomodulador para su control. En este caso y en la recurrencia postquirúrgica se aplicará la Tabla correspondiente en intervalo 3 y no la tabla de estoma.

Ambas circunstancias tendrán carácter revisable.

En el caso de que el estoma sea permanente se combinará con el porcentaje de enfermedad causante y tendrá carácter definitivo.

En niños en los que no existe autonomía para la manipulación del estoma se valorará aplicando la tabla de Demora.

Deficiencia Hepática.

Tabla 11.8.

– K74.0 Fibrosis hepática grado 3 (fibroscan 9.4–12) o Child-Pugh B.

Los criterios de evaluación de la deficiencia hepática deben cumplir el CP del intervalo 3 y serán de carácter revisable.

Enfermedad hepática crónica progresiva que presenta historia en el último año de manifestaciones ascíticas, icterica o hemorragia por varices esofágicas o encefalopatía hepática en Child-Pugh: B.

Criterio secundario de ajuste (CSA):

Signos cutáneos y oculares de enfermedad hepática crónica con afectación moderada del estado nutricional y de la fuerza.

Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o estudios funcionales indican daño hepático grave con repercusión sistémica de la enfermedad tal como alteración de las proteínas, de la albúmina o de los criterios de coagulación.

Fibrosis 3 Fibroscan 9,4 a 12.

Deficiencia del Tracto Biliar.

Tabla 11.9 R.D.

– K74.3 Colangitis biliar primaria.

– N82.1 Colangitis esclerosante primaria.

Los criterios de evaluación de la deficiencia del tracto biliar deben cumplir el CP del intervalo 3 y serán de carácter revisable.

Deficiencia irreparable del tracto biliar con colangitis recurrente y/o necesidad de endoprótesis biliar permanente.

Criterio secundario de ajuste (CSA):



Episodios recurrentes de dolor en cuadrante abdominal superior derecho e ictericia permanente.

Las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen muestran enfermedad crónica estable del tracto biliar.

Capítulo 11: Sistema endocrino metabólico (CIE 10 C.4).

- D35.0 Feocromocitoma.
- E10 DM tipo 1 hasta los 13 años.
- E31.2 MEN2.
- Q85.8 Enfermedad de Von Hippel Lindau.

En este capítulo evaluaremos solo los hallazgos clínicos no atribuibles a la alteración de otros órganos y sistemas, como serían la fatiga, astenia, debilidad y pérdida de peso etc.

Aquellos otros hallazgos debidos a trastornos locales o a distancia se evaluarán siguiendo los criterios del capítulo correspondiente al órgano, sistema o función alterada debiendo combinar posteriormente ambos porcentajes.

Alteraciones de la Médula Suprarrenal.

- D35.0 Feocromocitoma.
- E31.2 MEN2.

Entrarían en el intervalo 3 de gravedad:

- Presenta signos y síntomas de exceso de catecolaminas que pueden ser controlados con agentes bloqueantes algunas veces (> 24 % y 50 %) del tiempo.
- CCT de 7 - 10 puntos.

En la evaluación de la deficiencia secundaria a Diabetes Mellitus se contempla en el Real Decreto 888/2022 el criterio especial de frecuencia de descompensaciones:

- Cuando se requiera de hospitalizaciones periódicas por descompensaciones agudas, con una periodicidad de dos o más por año y con una duración de más de 48 horas cada una, siempre que no se atribuya a mal seguimiento de la pauta terapéutica y normas dietéticas. En estos casos se le atribuye un mínimo de deficiencia del 33 %, revisable cada 2 años.

Consideraciones especiales en la infancia y la adolescencia: los menores que requieran obligatoriamente la ayuda de un adulto más de 3 o cuatro veces por día para la administración de la insulina y control glucémico se clasificará como criterio principal en el intervalo 4 e, de forma provisional hasta adquirir autonomía personal. (debe de considerarse a los 13 años f, no solo por el control de la ingesta, sino la utilización de las nuevas tecnologías de control como inserción de sensores, cambios de catéter de bomba, cambios de reservorio...).

e. Criterios de Intervalo 4.

- HbA1c elevada, >0,10 (>10 %).
- CCT ≥ 16.
- Evidencia de vasculopatía o polineuropatía diabética.

f. Criterio establecido para la edad en el capítulo 9 apartado 9.7.3.

Capítulo 12: Neoplasias. (CIE 10 C.2).

1. Afectación cerebral tumoral:

- C71 Astrocitoma.
- C71 Oligodendroglioma.

- C71.6 Meduloblastoma.
- C71.9 Glioblastoma.
- C85.8.6 Linfoma cerebral.

Los tumores cerebrales no se clasifican comúnmente en estadios de la misma manera que los originados en otros órganos. Se clasifican principalmente por su grado, que está determinado por su apariencia histológica y comportamiento biológico. Según la OMS:

Grado I: de crecimiento lento, y en general con un pronóstico más favorable.

Grado II: de crecimiento relativamente lento, pero puede recurrir como tumores de mayor grado. Tienen un comportamiento más infiltrativo.

Grado III: Tumores malignos que crecen más rápidamente y tienen características celulares anormales.

Grado IV: Tumores muy agresivos con crecimiento rápido y características malignas.

Pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y pueden llevar a discapacidad de diversos tipos, dependiendo de la ubicación del tumor, su tamaño, el tipo celular y el tratamiento recibido.

La funcionalidad que puede estar afectada.

1. Función motora y coordinación.
2. Función cognitiva.
3. lenguaje y comunicación.
4. Visión y percepción.
5. Función emocional y conductual.

En estos casos aplicaríamos la Tabla 13.03 (Intervalo 3) según las repercusiones sobre el BLA de la propia enfermedad y de los efectos causantes del tratamiento siempre que este sea de carácter curativo (BLA moderado).

2. Neoplasias malignas más comunes.

- C15 Neoplasia de esófago.
- C16 Neoplasia de estómago.
- C18 Neoplasia de colon.
- C19 Neoplasia de la unión rectosigmoidea.
- C20 Neoplasia maligna de recto.
- C22 Neoplasia de hígado.
- C25 Neoplasia de páncreas.
- C34 Neoplasia de pulmón.
- C49 GIST maligno (tumor del estroma gastrointestinal).
- C50 Neoplasia de mama.
- C53 Neoplasia de cuello de útero.
- C61 Neoplasia de próstata.
- C90.0 Mieloma múltiple (hematológico).

3. Neoplasia en niños:

- C40–C41 Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing.
- C64 Tumor de Wilms.
- C69.2 Retinoblastoma.
- C71.6 Astrocitoma cerebeloso.
- C71.6 Meduloblastoma.
- C81 Enfermedad de Hodgkin.
- C82 Linfoma Folicular.
- C85 Linfoma no Hodgkin (LNH).

- C91.0 Leucemia linfoblástica aguda (LLA).
- C92.0 Leucemia mieloide aguda (LMA).

Principios de la evaluación:

El grado de deficiencia a que se hace referencia en los criterios para la asignación del intervalo de grado en la enfermedad tumoral está basado en el diagnóstico de extensión tumoral y pronóstico del mismo.

Las pruebas objetivas (clasificación del estadio tumoral) se considerarán como criterio principal que asignará el grado central del intervalo, incluyéndose en el 33 % provisional de manera automática aquellos tumores de la índole que sea con ESTADIO III: T3-4N2-3M0.

Las secuelas de tratamiento y propias de la neoplasia, se utilizarán normalmente como modificadores de grado dentro del intervalo de gravedad asignado a la neoplasia.

Este capítulo es el más adecuado para evaluar la repercusión cuando constituyen una deficiencia única o para evaluar en los casos más graves.

Será alternativa en el caso de patología tumoral del capítulo 9 para evitar la duplicidad de la evaluación de dicha patología tumoral.

En caso de patología neoplásica con tratamientos potencialmente curativos se deberá evaluar cuando se haya alcanzado la máxima mejoría clínica. El tiempo mínimo requerido para evaluar a una persona después de realizar los tratamientos será de seis meses.

En caso de tratamiento quirúrgico aislado, la evaluación se hará seis meses después de la intervención.

Consideraciones especiales en la infancia y la adolescencia: con el diagnóstico de la enfermedad oncológica que precisan tratamientos de alta intensidad y larga duración con repercusión en el estado clínico con ingresos frecuentes y que repercuten en las actividades diarias se podrá asignar un intervalo de grado 3 sin esperar a la máxima mejoría de forma provisional y se hará revisión entre 1-2 años y posteriormente dependiendo de la evolución se harán nuevas revisiones hasta que pueda concretarse remisión o la deficiencia pueda considerarse permanente.

Capítulo 13: Sistema genitourinario (CIE 10 C.14).

- D69 Púrpura de Schönlein-Henoch (puede afectar riñón como vasculitis secundaria).
- N01.9 Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
- N02.1 Glomerulosclerosis segmentaria y focal.
- N02.8 Nefropatía por IgA (Enfermedad de Berger).
- N03 Glomerulonefritis crónica infantil (síndromes nefrítico, nefrótico, IR rápidamente progresiva).
- N03.5 Glomerulonefritis membranoproliferativa.
- N04.2 Nefropatía membranosa.
- N14.8 Nefropatía C3.
- N18 Insuficiencia renal crónica en estadio 3b y 4.
- N30.1 Cistitis intersticial.
- Q64.1 Extrofia vesical.
- Q64.2 Válvulas de uretra posterior.
- Q79.4 Síndrome de Prune Belly.
- Z90.6 Cistectomía con derivación.
- Z93 Ostomía en niños.

Es preciso tener en cuenta que la enfermedad renal no es estática, disponiéndose actualmente de métodos eficaces de tratamiento que han modificado el pronóstico vital de los enfermos renales. Esto hace necesaria su revisión periódica, teniendo presente la posibilidad de mejoría tras las intervenciones terapéuticas adecuadas.

De esta manera, la inclusión en el grupo del 33 % provisional, se realizará teniendo en cuenta las Tablas del Real Decreto 888/2022, y que se cumplan los criterios para estar en el intervalo de gravedad -, que principalmente son:

Tracto Urinario Superior.

Tabla 14.2.

- Disminución moderada-grave de la función del tracto superior: tal como demuestra el aclaramiento de creatinina entre 40-50 l/24h (28-39 ml/min).
- ERC 3b y 4\*\*

También entran como susceptibles del 33 % provisional:

- Procesos tanto congénitos como adquiridos que impliquen doble derivación.

Tracto Urinario Inferior.

- Autonomía miccional menor de 45 min, síntomas moderados continuados o graves ocasionales de dolor a pesar del tratamiento o uso continuo de pañales o signos de enfermedad vesical urinaria moderados continuados a pesar del tratamiento o graves ocasionales que responden sólo parcialmente al tratamiento o alteración anatómica grave.

Capacidad vesical disminuida (< 75 ml en CM3D o < 100 ml en EUD), capacidad vesical bajo anestesia < 100 ml.

- Sondaje intermitente y permanente combinado con la enfermedad causante.
- Incontinencia grave de causa uretral (Intervalo 4).

Capítulo 14: Extremidades superiores (CIE 10 C.13).

Las deficiencias en la Extremidad superior, para que alcancen el 33 % en DTP deberán de estar en el intervalo 4 de gravedad de deficiencia de la extremidad, que establece el Real Decreto 888/2022, para que su conversión a DTP implique  $\geq 33\%$ :

- Amputaciones (cuando incluya todos los dedos con o sin pulgar).
- EN LAS DEFICIENCIAS NERVIOSAS, las que impliquen:

- Ausencia del dolor cutáneo superficial y sensibilidad táctil del plexo braquial Intervalos 3 y 4.
- Deficiencia motora Grado 0-1/5 (sin evidencia de contractilidad ni movimiento articular a leve contracción sin movimiento articular) del plexo braquial, tronco superior y tronco inferior.

Capítulo 15: Extremidades inferiores (CIE 10 C.13).

En la misma línea que en el Capítulo de la EESS, las deficiencias en la Extremidad inferior, para que alcancen el 33 % en DTP deberán de estar en el intervalo 4 de gravedad de deficiencia de la extremidad, que establece el Real Decreto 888/2022, para que su conversión a DTP implique  $\geq 33\%$ :

- Amputaciones (por encima del tobillo).
- EN LAS DEFICIENCIAS NERVIOSAS, las que impliquen:

- Deficiencia motora Grado 0-1/5 del nervio ciático (sin evidencia de contractilidad ni movimiento articular a leve contracción sin movimiento articular).

La ausencia de marcha, incapacidad para la deambulación y/o encamamiento, cumple criterios para valoración prioritaria por BGLTAA > 25 % y VNP.

Capítulo 16: Columna y pelvis (CIE 10 C.13).

– M48.0 Estenosis de canal multisegmentaria con claudicación neurógena sin indicación quirúrgica por la edad.

En este capítulo, la ALTERACIÓN DE LA MARCHA, con uso obligatorio de bastones, muletas entran en Intervalo 3 de gravedad y se cumple criterios para introducir en el 33% provisional.

Capítulo 17: Piel y estructuras relacionadas (CIE 10 C.12).

- L10.0 Dermatitis ampollosas inmunológicas. Pénfigo Vulgar.
- L73.2 Hidrosadenitis supurativa perianal o Estadio Hurley III c.
- N 40 Psoriasis.

Se considerarán para la inclusión en el 33 % provisional, aquellos déficit que cumplan criterios de intervalo de gravedad 3 - 4 de la tabla 18.1 del capítulo correspondiente en el RDL del 888/2022 esto es:

- Los sg y síntomas cutáneos se manifiestan >51 % del tiempo y precisan tto continuo con fármacos tópicos y sistémicos.
- Afectan a más del 25 %-50 % de la superficie corporal disimulando solo parcialmente en las situaciones sociales.
- Afectar por completo a palmas, cara y cuello.
- Úlceras profundas crónicas.

## Etapas de Hurley

El sistema Hurley describe tres etapas clínicas distintas [1].

Etapas 1: solitario o múltiple, aislado absceso formación sin cicatrices o seno tratados

Etapas 2 – recurrente abscesos, único o múltiple ampliamente separado lesiones, con formación del tracto sinusal

Etapas 3 – difuso o afectación amplia, con múltiples abscesos y tractos sinusales interconectados.

Situaciones especiales no recogidas anteriormente trasplantados:

- T86 Fallo de trasplante.
- Valoración sugerida: Intervalo 3, carácter provisional, por síntomas moderados frecuentes.
- T86.0 EICH (Enfermedad Injerto contra Huésped).
- Relacionada con trasplantes de médula ósea.
- Valoración sugerida: Tabla 9.4, Intervalo 4, carácter provisional.
- Z94 Doble trasplante (pulmón, hígado y riñón, páncreas y riñón).
- Valoración sugerida: Combinación de Intervalo 2 por cada órgano, carácter definitivo.

Patología Combinada:

– En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una patología que esté incluida en el anexo anterior y que además tenga otras que no presenten limitaciones en la actividad y que por tanto la presencia de estas no implicaría un incremento del grado de discapacidad.

– En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una DM tipo 1 vs 2 complicada que por sus características reúna los criterios de intervalo 3 o 4 y además tenga diagnóstico de CI que cumpla criterios del intervalo 2-3 serán subsidiarios de ser valoradas con un 33 % provisional.

– En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una DM tipo 1 vs 2 complicada que por sus características reúna los criterios del intervalo 3 o 4 y además tenga diagnóstico de Cardiopatía Hipertensiva serán subsidiarios de ser valoradas con un 33% provisional.

En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una DM tipo 1 vs 2 complicada que por sus características reúna los criterios de intervalo 3 y además tenga diagnóstico de Nefropatía diabética que cumpla criterios del intervalo 2 o intervalo 3 serán subsidiarios de ser valoradas con un 33 % provisional.

En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una IRC que cumpla criterios de de intervalo 2 o 3 y además tenga diagnóstico de Cardiopatía hipertensiva serán subsidiarios de ser valoradas con un 33% provisional.

En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una Enfermedad vascular periférica > = Grado IIb de Fontaine y además tenga diagnóstico de Cardiopatía hipertensiva serán subsidiarios de ser valoradas con un 33% provisional.

En aquellas circunstancias en que la persona valorada presente una Enfermedad vascular periférica > = Grado IIb de Fontaine y además tenga diagnóstico de Cardiopatía Isquémica crónica en la que se hayan aplicado las medidas pertinentes (intervencionista), que requieran tratamiento continuado, serán subsidiarios de ser valoradas con un 33 % provisional.

Infancia y Adolescencia:

1) Síndromes y Enfermedades genéticas:

- D82.1 Síndrome de DiGeorge (deleción 22q11.2).
- E74.0 Enfermedad de Von Gierke.
- E74.02 Enfermedad de Pompe.
- E88.4 Enfermedades mitocondriales.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- G40.4 Síndrome de West.
- N02.8 Parte del Síndrome de Alport (componente renal).
- Q77.4 Acondroplasia.
- Q85.0 Neurofibromatosis tipo 1.
- Q85.1 Esclerosis tuberosa.
- Q87.0 Síndrome de Goldenhar.
- Q87.1 Síndrome de Prader-Willi.
- Q87.1 Síndrome de Sotos (S. Door).
- Q87.1 Síndrome de Cornelia de Lange.
- Q87.1 Síndrome de Seckel.
- Q87.1 Síndrome de Coffin-Lowry.
- Q87.1 Síndrome de Noonan.
- Q87.2 Síndrome de Rubinstein-Taybi.
- Q87.8 Síndrome de Alport.
- Q87.8 Síndrome de CHARGE.
- Q90.0 Síndrome de Down.
- Q91 Trisomía 18.
- Q93.5 Síndrome de Angelman.
- Q99.2 Síndrome del X frágil.
- Q99.8 Trisomía 11.

2) Otros Sdmes congénitos:

- G40.4 Sdme de Lenox-Gastaut.
- Q86.0 Sdme alcohólico-fetal.



- 3) Otras enfermedades que afectan a la infancia:
- E83.0 Enfermedad de Wilson.
  - Q43.1 Megacolon congénito (Enfermedad de Hirschsprung) con ostomía de descarga.
  - Q44.2 Atresia biliar.
  - Q78.0 Osteogénesis imperfecta.
  - R62.8 Fallo de medro.

*Anexo 2. 65 % definitivo o provisional*

Capítulo 3.

Otras enfermedades neurodegenerativas:

- F02.80 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento.
- G10 Enfermedad de Huntington.
- G11.1 Ataxia de Friedreich con mayor limitación para la marcha.
- G12 Atrofia muscular espinal (AME).
- G12.2 Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
- G20 Enfermedad de Parkinson Estadio de Hoehn & Yahr 4–5.
- G30.0 Enfermedad de Alzheimer GDS 4.
- G35 Esclerosis múltiple (EDSS entre 5.5 y 7).
- G70 Miastenia gravis (grado  $\geq$  IV).
- R27.0 Ataxia no especificada.

Capítulo 4.

- H54 AV cc  $< 0.1$  en AO o menos de  $10.^\circ$  en AO.

Capítulo 7.

Cardiopatías isquémicas.

Cardiopatía isquémica crónica en la que se hayan aplicado las medidas pertinentes (intervencionista) con resultados subóptimos, que requieran tratamiento farmacológico continuado; La ergometría mostrará cambios en segmento ST  $> 2$ mm y en la gammagrafía de perfusión alteraciones graves e irreversibles o MET  $< 2$ .

- I25 Cardiopatía isquémica crónica.

Miocardiopatía dilatada:

Miocardiopatía con grave deficiencia de la función del ventrículo izquierdo (FE  $< 30\%$ ) o grave hipertrofia septal o disfunción diastólica grave. Y presentar arritmias ventriculares malignas (DAI) o MET  $< 2$ .

- I42.0 Miocardiopatía dilatada.

Arritmias.

Ecocardiografía anómala con grave CIA o CIV, deficiencia grave de la función del VI o del VD, alteración de función diastólica grave, grave agrandamiento cameral o estenosis o insuficiencia valvular grave.

Se deben haber aplicado las medidas terapéuticas (Ablación, marcapasos o DAI).

Debe constatar además de la presencia de arritmia maligna una deficiencia grave de la función ventricular o a nivel valvular.

Clase IV de NYHA.

- I42.8 Displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD).
- I45.81 Síndrome del QT largo.
- I47.2 Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.
- I48.1 Fibrilación auricular persistente.
- I49.8 Síndrome de Brugada.

Hipertensión pulmonar a Hipertensión pulmonar grave (PAP> 75) y aumento grave del ventrículo derecho por eco y MET >2.

- I27.0 Hipertensión pulmonar primaria.
- I27.2 Hipertensión pulmonar secundaria.

III	Pacientes con HP quienes tienen una limitación muy marcada en su actividad física. No sienten malestar al descansar o reposar, pero la menor actividad física normal causa un aumento de la disnea (asfixia), fatiga (cansancio), dolor en el pecho y pre-síncope (pérdida de conciencia).
IV	Pacientes con HP quienes son incapaces de realizar una actividad física y al descansar presentan síntomas de falla ventricular derecha. La disnea (asfixia) y la fatiga (cansancio) pueden presentarse al reposar o descansar y los síntomas se incrementan con las más mínima actividad física.
Hoeper M, Oudiz R, Peacock A et al. <i>J Am Coll Cardiol</i> 2004; 43: S48-S55.	

Sistema Vascular Periférico.

- I73.1 Enfermedad de Buerger.
- Z89.71 Ausencia adquirida de ambas extremidades inferiores.

Amputaciones a nivel del tobillo o por encima de dos extremidades o amputación de dedos y presencia de enfermedad vascular persistente grave (elefantiasis, úlcera profunda) en ambas extremidades.

Sistema Vascular Periférico Extremidad Superior.

- I73.1 Enfermedad de Buerger.
- Z89.61 Ausencia adquirida de ambas extremidades superiores.

Amputación de todos los dedos de una mano con evidencia de enfermedad vascular persistente en ambas extremidades superiores confirmada con estudio Doppler.

Capítulo 10.

- Cuantifica en un porcentaje de discapacidad de 65 % revisable.

Criterio especial de frecuencia para la FQ, bronquiectasias, neumonitis por hipersensibilidad, EPID y EPOC en los que el criterio de frecuencia se considera como Criterio Principal evaluando con un porcentaje del 33% de discapacidad de forma provisional revisable en dos años, y siempre que esta situación clínica se haya mantenido al menos un año: que en situación basal intercrisis esté incluido en Intervalo 3 con agudizaciones documentadas cada 2 meses o una media de 6 episodios al año, que requieran tratamiento hospitalario de al menos 24 horas.

## Capítulo 11.

- K74.6 Cirrosis hepática.

Cirrosis hepática en intervalo 4, Child -Pugh C y Fibrosis grado 4.  
Provisional o definitivo en función de pronóstico.

## Capítulo 12.

## Neoplasias.

Aquellos con recidivas y metástasis a distancias, cumplen los criterios establecidos para la baremación urgente y no presencial.

*Anexo 3. 75 %*

## Capítulo 3.

## Enfermedades Neurodegenerativas:

- G31.83 Demencia por cuerpos de Lewy.
- G23.1 PSP.
- G12.2 ELA.
- G30.0 Enfermedad de Alzheimer GDS 5-6.
- G35 Esclerosis múltiple EDSS  $\geq 7.5$ .

## Capítulo 8.

– Aquellas patologías que puedan ser valoradas mediante el uso de las Tablas 9.2 Anemias crónicas 9.4 Leucemia, Linfoma, Mieloma o Enfermedad metastásica 9.10 Deficiencia secundaria a enfermedad por VIH, que cumplan criterios del intervalo 4 y que que presente una puntuación del BLGTAA  $>25$  se les asignará un porcentaje de discapacidad de 75 %.

– Dicha valoración tendrá carácter provisional salvo en el caso de enfermedad metastásica incurable.

- Valoración alternativa al capítulo de neoplasias.

## Capítulo 13.

- N18.6 Insuficiencia renal crónica en etapa final.

Hemodiálisis durante largos periodos de tiempo (terminal) ERC E 5 D y que presente una puntuación del BLGTAA  $>25$  se les asignará un porcentaje de discapacidad de 75 %.