



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

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

Ministerio de la Presidencia
«BOE» núm. 186, de 04 de agosto de 2001
Referencia: BOE-A-2001-15219

ÍNDICE

| | |
|---|---|
| <i>Preámbulo</i> | 4 |
| <i>Artículos</i> | 5 |
| Artículo único. Aprobación del Reglamento. | 5 |
| Disposición adicional única. Modificación de las plantillas de cuadros de mando de las Fuerzas Armadas para el período 1999-2004. | 5 |
| <i>Disposiciones transitorias</i> | 5 |
| Disposición transitoria primera. Personal de la Guardia Civil. | 5 |
| Disposición transitoria segunda. Procedimientos iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de este Real Decreto. | 6 |
| <i>Disposiciones derogatorias</i> | 6 |
| Disposición derogatoria única. Derogación normativa. | 6 |
| <i>Disposiciones finales</i> | 6 |
| Disposición final primera. Facultades de desarrollo. | 6 |
| Disposición final segunda. Entrada en vigor. | 6 |
| REGLAMENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA APTITUD PSICOFÍSICA DEL PERSONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS. | 6 |
| CAPÍTULO I. Objeto y ámbito de aplicación | 6 |
| Artículo 1. Objeto. | 6 |
| Artículo 2. Ámbito de aplicación. | 6 |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO II. Evaluación de condiciones psicofísicas. | 7 |
| Artículo 3. Condiciones psicofísicas. | 7 |
| Artículo 4. Reconocimientos médicos periódicos. | 7 |
| Artículo 5. Pruebas psicológicas periódicas. | 7 |
| Artículo 6. Pruebas físicas periódicas. | 8 |
| Artículo 7. Reconocimientos y pruebas no periódicas. | 8 |
| Artículo 8. Efectos de los reconocimientos médicos y de las pruebas psicológicas y físicas. | 9 |
| CAPÍTULO III. Evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas | 9 |
| Artículo 9. Evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas. | 9 |
| Artículo 10. Expediente de evaluación extraordinaria y plazo de resolución. | 10 |
| Artículo 11. Fase de instrucción. | 10 |
| Artículo 12. Fase de resolución. | 11 |
| Artículo 13. Reconocimiento de derechos pasivos. | 12 |
| Artículo 14. Recursos y fin de la vía administrativa. | 12 |
| Artículo 15. Rehabilitación. | 12 |
| CAPÍTULO IV. Normas de valoración de las condiciones psicofísicas | 13 |
| Artículo 16. Dictamen médico. | 13 |
| Artículo 17. Áreas funcionales. | 13 |
| Artículo 18. Valoración de las áreas funcionales. | 14 |
| Artículo 19. Condición psicofísica global. | 14 |
| Disposicion adicional única. Aplazamientos. | 15 |
| <i>Disposiciones transitorias</i> | 16 |
| Disposición transitoria única. Calendario para la aplicación de reconocimientos y pruebas. | 16 |
| <i>Disposiciones finales</i> | 16 |
| Disposición final única. | 16 |
| ANEXO. REGLAMENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA APTITUD PSICOFÍSICA Y LOS CUADROS DE CONDICIONES PSICOFÍSICAS DE APLICACIÓN EN LAS FUERZAS ARMADAS | 16 |
| CAPÍTULO 1. CAPACIDAD FÍSICA GENERAL (F) | 17 |
| CAPÍTULO 2. SISTEMA LOCOMOTOR | 29 |
| CAPÍTULO 3. ENFERMEDADES DE LA VISIÓN Y DE LOS OJOS (V) | 31 |
| CAPÍTULO 4. AUDICIÓN Y ENFERMEDADES DE GARGANTA, NARIZ Y OIDOS (A) | 33 |
| CAPÍTULO 5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (F). | 35 |

CAPÍTULO 6. PSIQUIATRÍA (P) 37

TEXTO CONSOLIDADO
Última modificación: 09 de noviembre de 2021

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

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

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

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

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

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

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

En algunas de las citadas resoluciones puede determinarse el pase a retiro o la resolución del compromiso del militar afectado. Por esta razón, para economizar medios y reducir trámites que alarguen innecesariamente los plazos para la determinación de la cuantía de las pensiones o indemnizaciones, cuando el órgano médico pericial que emite dictamen a efectos del expediente de aptitud psicofísica para el servicio en las Fuerzas

Armadas aprecie algún caso en que el afectado pudiera pasar a retiro o resolverse su compromiso, también incluirá en su informe el grado de minusvalía, de acuerdo con lo dispuesto en el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

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

DISPONGO:

Artículo único. *Aprobación del Reglamento.*

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

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

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

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

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

Hasta la aprobación del Reglamento al que se refiere el artículo 55.2 de la Ley 42/1999, de 25 de noviembre, de Régimen del Personal del Cuerpo de la Guardia Civil, la determinación de la aptitud psicofísica del personal del citado Cuerpo continuará rigiéndose por la normativa anterior salvo, para la evaluación por las Juntas médico-periciales de las consecuencias de la enfermedad que lo será por las normas establecidas en los baremos del anexo 1.A) del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad y, en relación con el plazo máximo para resolver el expediente y notificar la resolución al interesado, que será de seis meses. La suspensión o ampliación en su caso del plazo máximo establecido se realizará de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Las Juntas a las que se refiere el párrafo anterior serán los órganos competentes para emitir los dictámenes médicos, que se realizarán según lo dispuesto en el párrafo precedente, en los que se detallará el diagnóstico de la enfermedad o proceso patológico y el grado de limitaciones en la actividad basado en la severidad de las consecuencias de la enfermedad.

Los anteriores dictámenes se remitirán al órgano de evaluación constituido en el ámbito de la Guardia Civil, que requerirá dictamen al personal especializado competente en materia de la salud en el Cuerpo, constituido a tal efecto como órgano médico pericial, en el que se valorará la patología y grado de las limitaciones de la actividad que presente el interesado en relación con las funciones y cometidos que pudiera desempeñar, según las normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad establecidas en los baremos del anexo 1.A) del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, a efectos de lo dispuesto en el artículo 7 del Reglamento de evaluaciones y ascensos del personal del Cuerpo de la Guardia Civil, aprobado por el Real Decreto 1224/2006, de 27 de octubre.

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

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

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

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

a) Orden 21/1985, de 10 de abril, por la que se regula la tramitación de expedientes de inutilidad física.

b) Orden 7/1987, de 29 de enero, por la que se aprueba la tabla de aptitudes psicofísicas que pueden determinar el pase a la reserva activa.

Disposición final primera. *Facultades de desarrollo.*

Se autoriza a los Ministros de Defensa y del Interior, en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar separadamente o proponer conjuntamente cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo de este real decreto.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

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

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

JUAN CARLOS R.

El Ministro de la Presidencia,
JUAN JOSÉ LUCAS GIMÉNEZ

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

CAPÍTULO I

Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. *Objeto.*

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

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

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

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

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

CAPÍTULO II

Evaluación de condiciones psicofísicas

Artículo 3. *Condiciones psicofísicas.*

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

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

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

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

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

Artículo 4. *Reconocimientos médicos periódicos.*

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 5. *Pruebas psicológicas periódicas.*

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

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

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

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

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

Artículo 6. *Pruebas físicas periódicas.*

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

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

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

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

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

6. El Ministro de Defensa establecerá los cuadros de condiciones físicas a los que se refiere el apartado 1 de este artículo, podrá adecuar la frecuencia mínima establecida en los apartados anteriores del Cuerpo, Escala, especialidad, empleo y destino de los interesados y determinará la periodicidad con la que han de realizar las pruebas físicas los militares de carrera de los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas, y de los militares de complemento adscritos a los citados Cuerpos.

Artículo 7. *Reconocimientos y pruebas no periódicas.*

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

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

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

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

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

3. El Director general de Personal o el Jefe del Mando o Jefatura de Personal del Ejército respectivo, en función del Ejército o del Cuerpo al que pertenezcan los interesados, estimarán o desestimarán las propuestas y solicitudes a las que se refieren los apartados

anteriores y, en caso de estimarlas, ordenarán los reconocimientos médicos y las pruebas psicológicas que procedan, cuyo contenido se adaptará a las causas que los motiven.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

Evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 11. *Fase de instrucción.*

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

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

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

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

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

sea obligado su cumplimiento sucesivo, y observará los plazos y los motivos de suspensión, de acuerdo con el apartado 5 del artículo 42 de la Ley 30/1992.

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

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

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

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

a) Militares de carrera:

- I) Propuesta para cambio de especialidad fundamental.
- II) Pase a retiro.

b) Militares de complemento:

Resolución de compromiso, o pase a retiro.

c) Militares profesionales de tropa y marinería:

- I) Propuesta para cambio de especialidad.
- II) Resolución de compromiso, o pase a retiro.

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

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

Artículo 12. *Fase de resolución.*

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 13. *Reconocimiento de derechos pasivos.*

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 15. *Rehabilitación.*

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

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

3. En las resoluciones que hayan tenido como consecuencia el pase a retiro la revisión se iniciará mediante instancia del interesado dirigida al Subsecretario de Defensa. No se podrá instar la revisión hasta que, al menos, haya transcurrido un plazo mínimo de dos años desde la fecha que se dictó resolución, excepto en los casos que se acredite suficientemente

error de diagnóstico o se hayan producido cambios sustanciales que dieron lugar al reconocimiento, en que no será preciso agotar el plazo mínimo.

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

CAPÍTULO IV

Normas de valoración de las condiciones psicofísicas

Artículo 16. *Dictamen médico.*

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

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

Artículo 17. *Áreas funcionales.*

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

F: capacidad física general.

I: cintura pelviana y miembros inferiores.

S: cintura escapular y miembros superiores.

V: visión y oftalmología en general.

A: audición y otorrinolaringología en general.

P: psiquiatría.

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 18. *Valoración de las áreas funcionales.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 19. *Condición psicofísica global.*

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

2. Se aplicarán los siguientes criterios médicos periciales:

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

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

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

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

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

- 1.º Necesidad de su realización para discernir una valoración clave.
- 2.º Ausencia de contraindicación médica.
- 3.º Ausencia de dicha prueba o de otra de fiabilidad análoga, realizada anteriormente con fines diagnósticos por un servicio acreditado oficialmente.
- 4.º Ausencia de otra prueba con el mismo fin y de menor riesgo o molestia.
- 5.º Explicación al interesado, de manera clara, de las características de las pruebas, incluyendo su riesgo o penosidad, y obteniendo, en su caso, su libre autorización escrita.

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

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

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

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

b) Determinar si el evaluado precisaría de una tercera persona para los actos esenciales de la vida.

5. También se hará constar si la lesión o proceso patológico, somático o psíquico está estabilizado y es irreversible o de remota o incierta reversibilidad. Deben entenderse como irreversibles aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad racional de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado con el tratamiento de aplicación habitual en cada caso.

Disposicion adicional única. Aplazamientos.

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

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

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

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

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

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

Disposición final única.

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

ANEXO

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

CUADROS DE CONDICIONES PSICOFÍSICAS

INTRODUCCIÓN.

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

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

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

Se podrán aplicar coeficientes distintos a los que figuran en los cuadros siguientes, en función de las circunstancias del peritado, acompañadas de un informe justificativo.

En los casos de cambios morfológicos o anatómicos de cualquier naturaleza, se valorará la repercusión funcional que pudiera interferir con el servicio o ser perjudicial para la salud somática y psíquica de las personas.

Ante la asignación de un coeficiente 5, el dictamen médico pericial debe proponer, con la justificación oportuna y explicitando de forma clara las limitaciones de cada caso, una de las cuatro opciones siguientes:

- a) No puede ejercer las actividades que son exclusivas de las FAS, pero puede desempeñar otras actividades en las FAS comunes al ámbito laboral civil.
- b) Sólo puede desempeñar actividades laborales en el ámbito civil.
- c) No puede desempeñar ninguna profesión u oficio.
- d) No puede desempeñar ninguna profesión u oficio, ni las actividades de la vida diaria.

CUADROS DE CONDICIONES PSICOFÍSICAS

ÍNDICE

| | APARTADOS |
|--|------------------|
| INTRODUCCIÓN | |
| CAPÍTULO 1. CAPACIDAD FÍSICA GENERAL (F) | |
| SECCIÓN 1: CAPACIDAD FÍSICA Y ENFERMEDADES GENERALES | |
| MUSCULATURA Y ROBUSTEZ FÍSICA GENERAL | 1 a 2 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 3 a 6 |
| ENFERMEDADES PARASITARIAS | 7 a 20 |
| TUMORES | 21 y 22 |
| ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS | 23 a 27 |
| ENFERMEDADES METABÓLICAS | 28 a 31 |
| ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS | 32 a 40 |
| SECCIÓN 2: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO | 41 a 76 |
| SECCIÓN 3: ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO | 77 a 84 |
| SECCIÓN 4: ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO | 85 a 99 |
| SECCIÓN 5: ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO | |
| ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | 103 a 109 |
| ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS | 110 a 114 |
| ENFERMEDADES DE LAS VENAS | 115 y 116 |
| ENFERMEDADES DEL SISTEMA LINFÁTICO | 117 y 118 |
| SECCIÓN 6: ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURIMARIO | 119 a 132 |
| SECCIÓN 7: PATOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL | 133 a 144 |
| SECCIÓN 8: ENFERMEDADES REUMÁTICAS | 145 a 161 |
| CAPÍTULO 2. SISTEMA LOCOMOTOR (F//S) | |
| SECCIÓN 1: ENFERMEDADES DEL SISTEMA LOCOMOTOR EN GENERAL | |
| PATOLOGIA DE LOS HUESOS | 162 a 169 |
| PATOLOGIA DE LAS ARTICULACIONES | 170 a 176 |
| PATOLOGIA YUXTA-ARTICULAR Y EXTRA-ARTICULAR | 177 a 182 |
| SECCIÓN 2: ESTUDIO TOPOGRÁFICO DE LAS AFECCIONES DEL SISTEMA LOCOMOTOR | 183 a 191 |
| CINTURA PELVIANA Y MIEMBRO INFERIOR (I) | 192 a 196 |
| CINTURA ESCAPULAR Y MIEMBRO SUPERIOR (S) | 197 a 201 |
| CAPÍTULO 3. ENFERMEDADES DE LA VISIÓN Y DE LOS OJOS (V) | 202 a 225 |
| CAPÍTULO 4. AUDICIÓN Y ENFERMEDADES DE GARGANTA, NARIZ Y OIDOS (A) | |
| SECCIÓN 1: OIDO Y PABELLÓN AURICULAR | 226 a 234 |
| SECCIÓN 2: NARIZ Y SENOS | 235 a 238 |
| SECCIÓN 3: FARINGE Y CAVUM | 239 |
| SECCIÓN 4: LARINGE | 240 |
| SECCIÓN 5: CUELLO | 241 |
| SECCIÓN 6: PARES CRANEALES | 242 |
| CAPÍTULO 5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (F) | |
| SECCIÓN 1. SINTOMAS NEUROLÓGICOS | 243 a 251 |
| SECCIÓN 2: ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS | 252 a 262 |
| CAPÍTULO 6 PSIQUIATRÍA (P) | |
| SECCIÓN 1: CONSIDERACIONES GENERALES | |
| SECCIÓN 2: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | 263 a 269 |

CAPÍTULO 1. CAPACIDAD FÍSICA GENERAL (F)

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

| SECCION 1. CONDICIONES Y ENFERMEDADES GENERALES | | |
|--|---|---|
| MUSCULATURA Y ROBUSTEZ FÍSICA GENERAL | | |
| APARTADO 1: GENERAL | | |
| a) Individuo fuerte, armoniosamente desarrollado y con buena musculatura | 1 | F |
| b) Individuo normal, con musculatura satisfactoria, susceptible de mejorar bajo el efecto de entrenamiento físico. | 2 | F |
| c) Individuo débil, con escaso desarrollo muscular. | 3 | F |
| d) Individuo muy débil, con muy escaso desarrollo muscular. | 4 | F |
| PESO (VER TAMBIÉN ENFERMEDADES METABÓLICAS) | | |
| APARTADO 2: PESO | | |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|---|
| Será valorado según el índice de masa corporal (IMC) teniendo en cuenta la constitución armónica del individuo | | |
| El IMC se calcula según el cociente: IMC= Peso (en kgr)/Talla (en m ²) | | |
| a) IMC de 19 a 27, ambos incluidos | 1 | F |
| b) IMC de 18,00 a 18,99 y de 27,01 a 27,99 | 2 | F |
| c) IMC inferior a 18 y superior a 28 | 3-5 | F |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | | |
| Las enfermedades infecciosas agudas curadas en las que quede alguna secuela, y las de evolución crónica, podrán tener coeficientes 2 a 5. La diversidad existente de estas enfermedades no permite relacionarlas a todas. Sería inútil hacer un estudio extenso de las mismas, pues frecuentemente se tendrán que valorar más bien sus secuelas y, excepcionalmente, cuadros en fase aguda, en cuyo caso se añadiría la T de temporal. | | |
| APARTADO 3: TUBERCULOSIS | | |
| a) Tuberculosis activa del aparato respiratorio con historia de resistencia a los tuberculostáticos mayores o con lesiones extensas con cavitación uni o bilateral, donde se prevea la posibilidad de secuelas extensas. | 4-5 | F |
| b) Secuelas, según repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 4: LEPROA | | |
| Según secuelas, trastorno funcional y pronóstico | 3-5 | F |
| APARTADO 5: BRUCELOSIS | | |
| Según secuelas, trastorno funcional y pronóstico | 3-5 | F |
| APARTADO 6: INMUNODEFICIENCIAS | | |
| Congénitas o adquiridas | 1-5 | F |
| ENFERMEDADES PARASITARIAS | | |
| APARTADO 7: AMEBIASIS | | |
| Según secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 8: LEISMANIOSIS | | |
| a) Cutánea (ver enfermedades de la piel) | 3-5 | F |
| b) Visceral (Kala Azar). Curada on función de las secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 9: PALUDISMO | | |
| Paludismo crónico, según secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 10: TOXOPLASMOSIS | | |
| Secuelas graves (ver órgano afectado) | 4-5 | F |
| APARTADO 11: TRIPANOSOMIASIS | | |
| Según secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 12: ANQUILOSTOMIASIS | | |
| Según repercusión digestiva y sanguínea | 3-5 | F |
| APARTADO 13: DISTOMATOSIS | | |
| Según secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 14: EQUINOCOCIAS | | |
| a) Quiste hidatídico, según número, localización y pronóstico | 3-5 | F |
| b) Equinococosis alveolar ó diseminada | 4-5 | F |
| APARTADO 15: FILARIASIS | | |
| Filariasis, oncocercosis, loasis, draconculosis | 3-5 | F |
| APARTADO 16: ESQUISTOSOMIASIS (BILHARZIOSIS) | | |
| Según secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 11: OTRAS HELMINTIASIS | | |
| a) Triquinosis según secuelas | 3-5 | F |
| b) Larva Migrans: según repercusión visceral | 3-5 | F |
| APARTADO 18: MICOSIS SISTÉMICAS | | |
| Solo se considerarán las manifestaciones crónicas según el grado e importancia de la afectación o lesión que pueda repercutir en la vida militar | 3-5 | F |
| APARTADO 19: MICETOMAS | | |
| Pie de Madura y otras localizaciones (ver enfermedades de la piel) | 3-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|-------|
| APARTADO 20: MICOSIS CUTÁNEA | | |
| a) Micosis cutáneas (ver enfermedades de la piel) | 3-5 | F |
| b) Otras micosis no descritas | 3-5 | F |
| TUMORES | | |
| Resulta imposible hacer una relación exhaustiva de tumores y atribuirles un coeficiente. Se da una línea de conducta general, para que se estudie cada sistema u órgano afectado. | | |
| APARTADO 21: TUMORES MALIGNOS | | |
| a) En evolución o en tratamiento | 3-5 | F |
| b) Curado después de tratamiento | 2-4 | F |
| Se tomará como criterio de curación, la existencia de un período superior a cinco años, a contar desde que finalizó el tratamiento. | | |
| APARTADO 22: TUMORES BENIGNOS | | |
| La aptitud se aprecia en función de: potencial expansivo y riesgo de compresión, localización, complicaciones, curabilidad, signos y síntomas acompañantes. | | 2-5 F |
| ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS | | |
| APARTADO 23: HIPÓFISIS | | |
| Hiperfunciones adenohipofisarias | | |
| a) Acromegalia. Gigantismo | 4-5 | F |
| b) Hiperprolactinemias | 3-5 | F |
| e) Enfermedad de Cushing | 4-5 | F |
| Hipofunciones adenohipofisarias | | |
| d) Panhipopituitarismo | 4-5 | F |
| e) Hipogonadismo hipotálamo-hipofisarios | 3-5 | F |
| f) Diabetes insípida | 4-5 | F |
| g) Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética | 4-5 | F |
| h) Tumores hipotalámicos e hipofisarios. Síndrome de Fröhlich o distrofia adrenogenital | 4-5 | F |
| APARTADO 24: TIROIDES | | |
| Hipertiroidismos | | |
| a) Enfermedad de Graves-Basedow en actividad | 4-5 | F |
| b) Adenoma tiroideo tóxico en actividad | 4-5 | F |
| c) Otras formas de hipertiroidismo | 3-5 | F |
| Hipotiroidismos | | |
| d) Hipotiroidismo normalizado con tratamiento | 3-4 | F |
| e) Bocio normofuncional, difuso o nodular, según tamaño | 3-5 | F |
| f) Tumores tiroideos | 3-5 | F |
| g) Tiroiditis | 3-5 | F |
| APARTADO 25: PARATIROIDES | | |
| a) Hiperparatiroidismo | 3-5 | F |
| b) Hipooperatiroidismo | 3-5 | F |
| APARTADO 26: SUPRARRENALES | | |
| Hiperfunciones de la corteza suprarrenal | | |
| a) Síndrome de Cushing | 4-5 | F |
| b) Hiperaldosteronismos | 4-5 | F |
| c) Hiperplasia adrenal congénita | 4-5 | F |
| Hipofunción de la corteza suprarrenal | | |
| d) Insuficiencia corticosuprarrenal | 4-5 | F |
| e) Hipoaldosteronismo | 4-5 | F |
| f) Enfermedades de la médula suprarrenal, feocromocitomas | 4-5 | F |
| g) Tumores suprarrenales | 4-5 | F |
| APARTADO 27: GÓNADAS | | |
| Trastornos o lesiones con repercusión funcional o psíquica que incida en el servicio o que se puedan agravar por éste | | 3-5 F |
| ENFERMEDADES METABÓLICAS | | |
| APARTADO 28: HIPERURICEMIAS | | |
| a) Con manifestaciones articulares | 3-5 | F |
| b) Con antecedentes de litiasis | 3-4 | F |
| c) Con repercusión renal | 4-5 | F |
| APARTADO 29: PÁNCREAS ENDOCRINO | | |
| Procesos endocrinometabólicos que produzcan alteraciones funcionales de importancia pronóstica o que requieran terapia sustitutiva continua | | 3-5 F |
| APARTADO 30: HIPOGLUCEMIAS DE CAUSA ORGÁNICA | | |
| Valorar en función de la etiología. | | |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|---|
| APARTADO 31: HIPERLIPIDEMIAS | | |
| a) Hiperlipidemias aisladas, sin manifestaciones clínicas | 3-4 | F |
| b) Hipertipidemias severas con repercusión clínica | 3-5 | F |
| ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS | | |
| APARTADO 32: ANEMIAS ARREGENERATIVAS | | |
| a) Aplasia medular | 45 | F |
| b) Aplasia medular en remisión | 3-5 | F |
| e) Hemoglobinuria paroxística nocturna | 3-5 | F |
| d) Síndromes mielodisplásicos | 4-5 | F |
| e) Anemias macrocíticas megaloblásticas, en función de la etiología | 1-5 | F |
| f) Anemias macrocíticas no megaloblásticas, en función de la etiología | 3-5 | F |
| APARTADO 33: ANEMIAS REGENERATIVAS | | |
| a) Anemias hemolíticas, según de la gravedad y respuesta al tratamiento | 3-5 | F |
| b) Hemoglobinopatías, según existencia o no de anemia y su severidad | 2-5 | F |
| APARTADO 34: POLIGLOBULIAS | | |
| a) Policitemia vera | 3-5 | F |
| b) Poliglobulia de estrés | 2-4 | F |
| c) Poliglobulias secundarias, según etiología | 3-5 | F |
| APARTADO 35: PATOLOGÍA DE LOS GRANULOCITOS | | |
| a) Leucocitosis neutrofílica, según causa ecológica | 3-5 | F |
| b) Hipereosinofilia, según ecología | 3-5 | F |
| c) Hiperbasofilia, según etiología | 3-5 | F |
| d) Neutrogonias, aisladas o asociadas a otras anomalías, según gravedad | 3-5 | F |
| e) Granulocitopatías, según gravedad | 3-5 | F |
| APARTADO 36: SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS | | |
| a) Síndromes mieloproliferativos crónicos | 4-5 | F |
| b) Trombocitemia esencial | 3-5 | F |
| c) Leucemia mielomonocítica crónica | 4-5 | F |
| d) Leucemias agudas en sus diversas variedades | 3-5 | F |
| APARTADO 37: PATOLOGÍA DEL SISTEMA LINFOPLASMOCITARIO O INMUNOLÓGICO | | |
| a) Síndromes mononucleósicos según evolución | 2-5 | F |
| b) Síndromes linfoproliferativos crónicos, leucemias linfoides crónicas en sus diversas variedades morfológicas e inmunofenotípicas | 4-5 | F |
| c) Linfocitosis crónicas no filíadas | 3-5 | F |
| d) Linfomas no Hodgkin | 3.5 | F |
| e) Linfomas Hodgkin | 4-5 | F |
| f) Gammapatía monoclonal maligna | 4-5 | F |
| g) Hipogammaglobulinemia | 3-5 | F |
| APARTADO 38: PATOLOGÍA GANGLIONAR | | |
| a) Adenopatías de origen infecto parasitario, según etiología | 1-5 | F |
| b) Adenopatías de enfermedades sistémicas (sarcoidosis, lupus, artritis y otras) según enfermedad de base | 3-5 | F |
| APARTADO 39: PATOLOGÍA ESPLÉNICA | | |
| a) Esplenomegalia, en función de la etiología | 3-5 | F |
| b) Esplenectomía, en función de la causa que la indicó | 3-5 | F |
| APARTADO 40: PATOLOGÍA DE LA HEMOSTASIA Y COAGULACIÓN | | |
| a) Púrpura trombopénica según etiología | 3-5 | F |
| b) Púrpura vascular no inflamatoria | 2-4 | F |
| c) Púrpura trombopática | 3-4 | F |
| d) Enfermedad de Von Willebrand según variante o tipo | 3-5 | F |
| e) Diátesis hemorrágica por déficit de factores | 3-5 | F |
| f) Hipercoagulabilidad | 3-5 | F |
| SECCIÓN 2. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO | | |
| APARTADO 41: ACNÉ | | |
| Acné: formas noduloquísticas, acné conglobata, fulminans y necroticans | 2-4 | F |
| APARTADO 42: ALOPECIA | | |
| Alopecia areata, en función de la etiología y extensión | 2-4 | F |
| APARTADO 43: ANGIOMAS CUTÁNEOS | | |
| Grandes angiomas planos o tuberosas con gran repercusión estética o funcional | 3-4 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|---|
| APARTADO 44: AFTOSIS | | |
| a) Aftosis recidivantes | 3-5 | F |
| b) Enfermedad de Behcet | 3-5 | F |
| APARTADO 45: CICATRICES DISTRÓFICAS | | |
| Cicatrices distróficas, según la extensión, la repercusión funcional y localización | 2-5 | F |
| APARTADO 46 : DISQUERATOSIS | | |
| Disqueratosis | 2-4 | F |
| APARTADO 47: DERMATOMIOSITIS Y POLIMIOSITIS | | |
| Dermatomiositis y polimiositis | 3-5 | F |
| APARTADO 48: DERMATOSIS AMPOLLOSAS | | |
| Dermatosis ampollasas. Según etiología y cronicidad | 3-5 | F |
| APARTADO 49: DERMATOSIS METABÓLICAS Y NUTRICIONALES | | |
| Dermatosis metabólicas y nutricionales (porfiria, amiloidosis, hemocromatosis) según etiología y repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 50: ECZEMA | | |
| a) Eczema atópico o constitucional | 1-5 | F |
| b) Eczema adquirido | 1-5 | F |
| APARTADO 51: FOTODERMATOSIS | | |
| Fotodermatosis | 3-4 | F |
| APARTADO 52: EPIDERMOLISIS AMPOLLOSAS | | |
| Epidermolisis ampollasas, según el tipo clínico | 3-5 | F |
| APARTADO 53: ERITRODERMIA | | |
| Eritrodermia | 3-5 | F |
| APARTADO 54: ESCLERODERMIA | | |
| a) Circunscrita | 1-4 | F |
| b) Sistémica | 3-5 | F |
| APARTADO 55: HIDROSADENITIS | | |
| Hidrosadenitis crónica | 2-4 | F |
| APARTADO 56: FACOMATOSIS | | |
| Facomatosis | 3-5 | F |
| APARTADO 57: HIPERHIDROSIS | | |
| Hiperhidrosis | 3-4 | F |
| APARTADO 58: ICTIOSIS | | |
| Ictiosis | 3-5 | F |
| APARTADO 59: QUERATODERMIA | | |
| Queratodermla | 3-5 | F |
| APARTADO 60: LIQUEN | | |
| a) Liquen plano | 2-4 | F |
| b) Liquen erosivo de mucosas | 3-5 | F |
| c) Otros según etiología y repercusión | 2-5 | F |
| APARTADO 61: LUPUS ERITEMATOSO | | |
| a) Lupus eritematoso cutáneo benigno | 3-4 | F |
| b) Lupus eritematoso cutáneo subagudo | 3-5 | F |
| c) Lupus eritematoso cutáneo endémico | 3-5 | F |
| APARTADO 62: LINFOMA CUTANEO | | |
| Linfoma cutáneo | 3-5 | F |
| APARTADO 63: CONECTIVOPATÍAS MIXTAS | | |
| Enfermedad mixta del tejido conectivo y conectivopatías | 3-5 | F |
| APARTADO 64: MASTOCITOSIS CUTÁNEA | | |
| Mastocitosis cutánea | 2-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|---|
| APARTADO 65: ONICOPATIAS | | |
| Onicopatías | 2-4 | F |
| APARTADO 66: PANICULITIS | | |
| Paniculitis, según tipo clínico y evolución | 3-5 | F |
| APARTADO 67: PARAPSORIASIS | | |
| Parapsoriasis | 3-4 | F |
| APARTADO 68: OTRAS DERMATOSIS | | |
| Dermatosis extensas y generalizadas de la piel o cuero cabelludo, de tendencia crónica o recidivante | 3-5 | F |
| APARTADO 69: PSEUDOLINFOMAS | | |
| Pseudolinfomas | 2-4 | F |
| APARTADO 70: PUSTULOSIS | | |
| Pustulosis, según extensión, localización y afectación | 3-5 | F |
| APARTADO 71: SARCOIDOSIS CUTÁNEA | | |
| Sarcoidosis cutánea | 3-4 | F |
| APARTADO 72: TUMORES CUTÁNEOS | | |
| a) Eiteliomas | 3-5 | F |
| b) Melanomas | 3-5 | F |
| c) Otros tumores cutáneos malignos | 3-5 | F |
| APARTADO 73: ULCERAS VARICOSAS | | |
| Úlceras varicosas o con trastornos tróficos | 3-5 | F |
| APARTADO 74: URTICARIA | | |
| a) Según el tipo clínico y evolución | 2-4 | F |
| b) Edema angioneurótico | 3-5 | F |
| APARTADO 75: VASCULITIS | | |
| Vasculitis, según tipo clínico y evolución | 2-5 | F |
| APARTADO 76: VITILIGO Y ACROMIA CONGÉNITA | | |
| Vitiligo y acromia congénita, según extensión y localización | 2-5 | F |
| SECCIÓN 3. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO | | |
| APARTADO 77: PATOLOGÍA DEL ESÓFAGO | | |
| a) Divertículo de Zencker | 3-5 | F |
| b) Divertículo de tercio medio a distal esofágico | 2-4 | F |
| c) Asinergia faringoesofágica primaria | 3-4 | F |
| d) Trastornos motores del cuerpo esofágico | 3-4 | F |
| e) Acalasia | 4-5 | F |
| f) Enfermedad por reflujo gastroesofágico | 3-5 | F |
| g) Secuelas de cirugía antirreflujo | 3-4 | F |
| h) Esófago de Barrett | 2-3 | F |
| i) Úlcera péptica esofágica | 3-4 | F |
| j) Esofagitis por reflujo | 3-4 | F |
| k) Esofagitis por cáusticos | 4-5 | F |
| l) Esofagitis por radiación | 3-4 | F |
| m) Esofagitis infecciosas | 2-4 | F |
| n) Tumores benignos | 3-4 | F |
| ñ) Tumores malignos | 4-5 | F |
| o) Estenosis no tumoral del esófago | 3-5 | F |
| p) Secuelas de traumatismos o de cirugía esofágica | 3-5 | F |
| APARTADO 78: PATOLOGÍA DEL ESTOMAGO | | |
| a) Gastroparesia y disquinesias gástricas | 3-5 | F |
| b) Hernia hiatal | 2-3 | F |
| c) Hernia hiatal con patología asociada | 3-5 | F |
| d) Divertículos gástricos | 2-4 | F |
| e) Gastritis crónica atrófica y atrofia gástrica | 3-4 | F |
| f) Gastritis por cáusticos | 4-5 | F |
| g) Gastritis infecciosas | 2-4 | F |
| h) Úlcera péptica gástrica | 3-4 | F |
| i) Úlcera péptica gástrica complicada | 3-5 | F |
| j) Angiodisplasia | 4 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|---|
| k) Tumores benignos gástricos | 3-4 | F |
| l) Tumores malignos gástricos | 4-5 | F |
| m) Secuelas de traumatismos o de la cirugía gástrica | 3-5 | F |
| APARTADO 79: PATOLOGÍA INTESTINAL | | |
| a) Divertículos intestinales | 2-4 | F |
| b) Disquinesias intestinales | 3-5 | F |
| c) Intestino irritable y patología funcional | 3-4 | F |
| d) Bulbitis-duodenitis | 2-4 | F |
| e) Enteritis por radiación | 4-5 | F |
| f) Úlcera péptica duodenal | 3-4 | F |
| g) Úlcera péptica duodenal complicada | 3-5 | F |
| h) Angiodisplasia | 4 | F |
| i) Úlcera intestinal | 3-4 | F |
| j) Úlcera solitaria de recto | 3-4 | F |
| k) Alergias alimenticias | 3-4 | F |
| l) (Sin contenido) | 4-5 | F |
| m) Enfermedad de Whipple | 3-4 | F |
| n) Maldigestión y malabsorción intestinal | 3-5 | F |
| ñ) Amiloidosis Intestinal | 4-5 | F |
| o) Malakoplakia | 4-5 | F |
| p) Neumatosis quística intestinal | 3-4 | F |
| q) Isquemia mesentérica | 4-5 | F |
| r) Síndrome de intestino corto | 4-5 | F |
| s) Enteropatía pierdepoteínas | 4-5 | F |
| t) Enfermedad inflamatoria intestinal | 4-5 | F |
| u) Endometriosis intestinal | 4-5 | F |
| v) Secuelas de tuberculosis intestinal | 4-5 | F |
| w) Infecciones y parasitosis por inmunodeficiencia | 4-5 | F |
| x) Tumores benignos del intestino | 3-4 | F |
| y) Tumores malignos del intestino | 4-5 | F |
| z) Trasplante intestinal | 4-5 | F |
| Aa) Secuelas de traumatismos o de cirugía intestinal | 3-5 | F |
| APARTADO 80: PATOLOGÍA DEL ANO Y PERINÉ | | |
| a) Disquinesias anorrectales | 3-5 | F |
| b) Hemorroides con trastornos funcionales | 3-5 | F |
| c) Fisuras anales | 2-3 | F |
| d) Fístulas anales | 2-5 | F |
| e) Tumores benignos | 3-4 | F |
| f) Tumores malignos | 4-5 | F |
| g) Prolapso rectal sin incontinencia | 2-5 | F |
| h) Prolapso rectal con incontinencia | 4 | F |
| i) Secuelas de traumatismos o de la cirugía perineal y anorrectal | 3-5 | F |
| APARTADO 81: PATOLOGÍA DEL MESENTERIO Y DEL PERITONEO | | |
| a) Quistes mesentéricos | 3-4 | F |
| b) Paniculitis mesentéricas | 4-5 | F |
| c) Mesenteritis retráctil | 4-5 | F |
| d) Fiebre mediterránea familiar | 4 | F |
| e) Tumores benignos del peritoneo | 3-4 | F |
| f) Tumores malignos del peritoneo | 4-5 | F |
| g) Peritonitis tuberculosa | 4 | F |
| h) Secuelas de traumatismos o de la cirugía abdominal | 3-5 | F |
| APARTADO 82: PATOLOGÍA DEL PÁNCREAS | | |
| a) Páncreas divisum | 3-4 | F |
| b) Fibrosis quística pancreática | 4-5 | F |
| c) Pancreatitis hereditarias | 4-5 | F |
| d) Complicaciones de pancreatitis aguda | 3-5 | F |
| e) Pancreatitis crónica | 3-5 | F |
| f) Tumores pancreático benignos | 3-4 | F |
| g) Tumores pancreáticos malignos | 4-5 | F |
| h) Trasplante pancreático | 4-5 | F |
| i) Secuelas de traumatismos o cirugía pancreática | 3-5 | F |
| APARTADO 83: PATOLOGÍA DEL HÍGADO Y VÍAS BILIARES | | |
| a) Quiste simple hepático | 3-4 | F |
| b) Poliquistosis hepática y complejo Meyerburg | 4-5 | F |
| c) Enfermedad de Caroli | 4-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|---|
| d) Quistes coledocales | 4-5 | F |
| e) Errores congénitos metabolismo bilirrubina | 2-4 | F |
| f) Colostasis congénita de Alangille | 4-5 | F |
| g) Ductopenia biliar adquirida | 4-5 | F |
| h) Hepatopatías metabólicas | 4-5 | F |
| i) Hepatitis aguda fulminante recuperada | 3-4 | F |
| j) Hepatitis crónica | 3-5 | F |
| k) Granulomatosis hepática | 4-5 | F |
| l) Absceso hepático | 3-5 | F |
| m) Hidatidosis hepática | 4 | F |
| n) Hepatopatía alcohólica no cirrótica | 4 | F |
| ñ) Hepatopatías tóxicas | 4-5 | F |
| o) Cirrosis | 4-5 | F |
| p) Hipertensión portal, no hepática | 4-5 | F |
| q) Aneurismas hepato-esplénicos | 4 | F |
| r) Tumores hepáticos benignos | 3-4 | F |
| s) Tumores hepáticos malignos | 4-5 | F |
| t) Laceración hepática intervenida | 3-4 | F |
| u) Hepatectomías parciales por procesos no malignos | 3-4 | F |
| v) Trasplante hepático | 4-5 | F |
| w) Complicaciones de la cirugía hepática y secuelas de traumatismos | 3-5 | F |
| x) Anomalías congénitas de la vía biliar | 2-4 | F |
| y) Colesterosis vesicular; vesícula de porcelana | 3-4 | F |
| x) Divertículos en la vía biliar | 3 | F |
| Aa) Disquinesias biliares confirmadas | 3-4 | F |
| Ab) Colangitis esclerosante primaria | 3-5 | F |
| Ac) Colelitiasis asintomática | 3 | F |
| Ad) Colelitiasis sintomática no intervenida | 4 | F |
| Ae) Tumores benignos de la vía biliar | 3-4 | F |
| Af) Tumores malignos de la vía biliar | 4-5 | F |
| Ag) Secuelas de traumatismos o de la cirugía de la vesícula y de las vías biliares | 3-5 | F |
| APARTADO 84: PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL | | |
| a) Hernias de la pared abdominal | 3-5 | F |
| b) Fístula abdominal en relación con una víscera subyacente o parietal | 4-5 | F |
| c) Tumores benignos | 3-5 | F |
| d) Tumores malignos | 3-5 | F |
| e) Secuelas en la pared abdominal de traumatismos o cirugía | 1-5 | F |
| SECCIÓN 4. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO | | |
| APARTADO 85: ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA (CUALQUIER ETIOLOGÍA) | | |
| a) Trastorno severo de la ventilación equivalente a un VEMS inferior al 70% | 4-5 | F |
| b) Trastorno de la ventilación, equivalente a un VEMS superior al 70 % | 3-4 | F |
| APARTADO 86: MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL PULMÓN, VASCULATURA PULMONAR, TRAQUEA, BRONQUIOS, PLEURA, MEDIASTINO Y PARED TORÁCICA. | | |
| Corregidas o no corregidas quirúrgicamente dependiendo de la función respiratoria, según el apartado B5 y de la evolución esperada | 2-5 | F |
| APARTADO 87: TUBERCULOSIS PLEURAL, PULMONAR O DE LOS GANGLIOS TORÁCICOS | | |
| a) En evolución, en tratamiento en el momento del reconocimiento | 4-5 | F |
| b) Curada y con secuelas funcionales | 3-5 | F |
| c) Anomalías de evolución incierta, tales como nódulos apicales no tratados y con imposibilidad de constatar evolución | 3-5 | F |
| APARTADO 88: ASMA BRONQUIAL | | |
| a) Asma severa | 4-5 | F |
| b) Asma moderada o historia de agudizaciones graves | 4-5 | F |
| c) Asma leve | 3 | F |
| APARTADO 89: AFECCIONES CRÓNICAS DE LA TRAQUEA Y BRONQUIOS | | |
| a) Bronquiectasias mínimas y localizadas. Según clínica y alteración funcional | 2-3 | F |
| b) Bronquiectasias que produzcan clínica permanente o interesen a zonas banales, según alteraciones radiológicas y funcionales | 4-5 | F |
| c) Mucoviscidosis comprobada con test específicos y con alteraciones clínicas y radiológicas | 4-5 | F |
| d) Bronquitis crónica no obstructiva | 3-4 | F |
| e) Bronquitis crónica obstructiva dependiendo de la alteración funcional | 4-5 | F |
| f) Estenosis traqueal de cualquier etiología | 3-5 | F |
| APARTADO 90: ENFISEMA PULMONAR | | |
| La presencia de enfisema o bullas pulmonares, basada en datos clínicos radiológicos se valorará según la función pulmonar | 3-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|---|
| APARTADO 91: QUISTE HIDATIDICO DE PULMÓN | | |
| a) No operado | 3-5 | F |
| b) Operado según secuelas funcionales | 3-5 | F |
| APARTADO 92: DERRAMES PLEURALES | | |
| a) Pleuresía en evolución en tratamiento en el momento del reconocimiento | 4-4 | F |
| b) Secuelas de pleuresías según alteraciones funcionales | 2-5 | F |
| APARTADO 93: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO | | |
| a) Aislado, según la existencia de alteración parenquimatosa subyacente | 3-5 | F |
| b) Recidivante | 4-5 | F |
| c) Operado, según secuelas funcionales y hallazgos radiológicos | 2-5 | F |
| APARTADO 94: TUMORES DE PULMÓN, TRÁQUEA, BRONQUIOS,. PLEURA, MEDIASTINO, DIAFRAGMA O CAJA TORÁCICA | | |
| a) Tumores benignos | 2-5 | F |
| b) Tumores malignos | 3-5 | F |
| APARTADO 95: SARCOIDOSIS ENDOTORACICA | | |
| Tanto la forma ganglionar como la acompañada de afectación parenquimatosa, se valorará por su extensión, evolución actividad y respuesta a tratamiento | 3-5 | F |
| APARTADO 96: PATOLOGIA INTERSTICIAL PULMONAR | | |
| Afectación intersticial de cualquier etiología, según clínica, radiología y alteración funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 97: ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL APARATO RESPIRATORIO | | |
| Se valorarán según afectación clínica, radiológica y funcional y grado estimado de actividad por historia laboral y evolución | 3-5 | F |
| APARTADO 98: SECUELAS DE TRAUMATISMOS TORÁCICOS O PLEUROPULMONARES | | |
| Se valorarán según secuelas radiológicas y funcionales | 3-5 | F |
| APARTADO 99: HERNIA DIAFRAGMÁTICA | | |
| Según secuelas clínicas, radiológicas y funcionales | 2-5 | F |
| SECCIÓN 5. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO | | |
| ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | | |
| APARTADO 100: ANTECEDENTES CARDIOLÓGICOS | | |
| a) De reumatismo articular agudo de menos de un año, según evolución y secuelas | 3-5 | F |
| b) De enfermedades agudas resueltas, de menos de un año, según evolución y secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 101: LESIONES ORGÁNICAS CRÓNICAS | | |
| a) Miocardiopatías primarias o secundarias | 4-5 | F |
| b) Valvulopatías con signos de mala tolerancia clínica, radiológica o electrocardiográfica | 4-5 | F |
| c) Valvulopatías con signos de buena tolerancia clínica, radiológica o electrocardiográfica | 3-5 | F |
| d) Prolapso valvular mitral con criterios ecocardiográficos claros, con o sin soplo de insuficiencia mitral | 3-5 | F |
| e) Pericarditis aguda benigna, recidivante, con intervalo libre de más de 1 año | 3-5 | F |
| f) Pericarditis crónica | 4-5 | F |
| APARTADO 102: INSUFICIENCIA CARDIACA | | |
| Cualquier etiología | 4-5 | F |
| APARTADO 103: TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO | | |
| a) Extrasístoles sintomáticos de una cardiopatía o de una enfermedad general crónica | 4-5 | F |
| b) Extrasístoles no sintomáticos de una cardiopatía o de una enfermedad general crónica, según sea la frecuencia de extrasístoles y la tolerancia | 2-4 | F |
| c) Taquicardia supraventricular | 3-5 | F |
| d) Taquicardia ventricular | 4-5 | F |
| e) Bradicardia por enfermedad del seno o disfunción sinusal extrínseca cuando la frecuencia ventricular o pausas sinusales, incluso durante la noche, sea inferior a 40 latidos por minuto o superiores a 2,5 segundos, respectivamente | 4-5 | F |
| f) Arritmia completa por fibrilación o flutter auricular | 4-5 | F |
| APARTADO 104: TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN | | |
| a) Bloqueo AV de 1º grado estable, sin otro signo de cardiopatía | 2-4 | F |
| b) Bloqueo AV de 2º grado tipo I, según frecuencia ventricular y tolerancia | 3-5 | F |
| c) Otros bloqueos aurículo ventriculares (2º grado tipo II y 3º grado) | 4-5 | F |
| d) Bloqueos de rama, sintomáticos de una cardiopatía orgánica comprobada | 4-5 | F |
| e) Bloqueos de rama izquierda | 4-5 | F |
| f) Bloqueos de rama derecha | 1-4 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|-------|
| g) Hemibloqueos | 2-4 | F |
| h) Bloqueo bifascicular | 3-5 | F |
| i) Síndrome de Wolf-Parkinson-White | 4-5 | F |
| j) Síndrome de Wolf-Parkinson-White no asociado a cardiopatía reconocida, con ablación completa | 2-3 | F |
| k) Síndromes de PR corto, sin accesos taquicárdicos después de las pruebas de esfuerzo y Holter | 2-3 | F |
| l) Otros síndromes de posesión | 3-5 | F |
| APARTADO 105: OTRAS ANOMALIAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS AISLADAS | | |
| Otras anomalías electrocardiográficas aisladas | 2-3 | F |
| APARTADO 106: CARDIOPATIAS CONGÉNITAS | | |
| No corregidas quirúrgicamente, con repercusión hemodinámica notable o con potencial evolutivo | 4-5 | F |
| APARTADO 107: CARDIOPATÍAS CORREGIDAS QUIRÚRGICAMENTE | | |
| a) Cardiopatías adquiridas | 4-5 | F |
| b) Cardiopatías congénitas cuya corrección permite conseguir condiciones hemodinámicas normales | 3-5 | F |
| e) Formas no incluidas en a) ó b) | 3-5 | F |
| APARTADO 108: CORONARIOPATIAS | | |
| Enfermedades de las arterias coronarias, angor, infarto | 4-5 | F |
| APARTADO 109: OTRAS CARDIOPATÍAS NO INCLUIDAS ANTERIORMENTE | | |
| Otras patologías cardíacas no incluidas en los apartados anteriores | 3-5 | F |
| ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS | | |
| APARTADO 110: LESIONES DE LOS GRANDES VASOS | | |
| a) Afecciones de la aorta: coartación, aneurismas, disecciones y otras lesiones significativas | 4-5 | F |
| b) Afecciones de la arteria pulmonar | 3-5 | F |
| c) Afecciones de la cava | 4-5 | F |
| APARTADO 111: ARTERIOPATIAS PERIFÉRICAS | | |
| a) Arteriopatías inflamatorias o degenerativas | 3-5 | F/I/S |
| b) Lesiones arteriales segmentarias enlazadas con una causa loco regional, no operadas | 4-5 | F/I/S |
| c) Lesiones arteriales segmentarias enlazadas con una causa loco regional, operadas | 3-5 | F/I/S |
| d) Aneurismas periféricos | 4-5 | F/I/S |
| APARTADO 112: ACROSINDROMES | | |
| a) Permanentes: acrocianosis esencial | 4-5 | F/I/S |
| b) Permanentes: con acropatías úlcero-mutilantes | 4-5 | F/I/S |
| c) Paroxísticos: tipo Raynaud | 4-5 | F/I/S |
| APARTADO 113: HIPERTENSIÓN ARTERIAL | | |
| a) Hipertensión lábil | 2-3 | F |
| b) Hipertensión fija, sin repercusión visceral | 3-4 | F |
| c) Hipertensión fija, con repercusión visceral | 4-5 | F |
| APARTADO 114: HIPOTENSIÓN ARTERIAL | | |
| Síncope, según etiología | 2-5 | F |
| ENFERMEDADES DE LAS VENAS | | |
| APARTADO 115: VARICES | | |
| a) Varices poco importantes | 2-4 | I |
| b) Varices importantes con signos funcionales | 4-5 | I |
| c) Úlceras varicosas ó con trastornos tróficos | 3-5 | I |
| d) Fístulas arteriovenosas congénitas y aneurismas venosos | 4-5 | I |
| APARTADO 116: FLEBITIS Y SUS SECUELAS | | |
| a) Flebitis superficial y sus secuelas | 2-4 | I/S |
| b) Antecedentes de trombosis venosa profunda | 3-5 | I/S |
| c) Enfermedad tromboembólica | 4-5 | F |
| d) Secuelas locales de flebitis | 2-4 | I/S |
| ENFERMEDADES DEL SISTEMA LINFÁTICO | | |
| APARTADO 117: TRASTORNOS DE LA CIRCULACIÓN LINFÁTICA | | |
| Trastornos en la circulación linfática. Edema crónico según la repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 118: LINFAGIECTASIAS | | |
| a) Poco voluminosas sin molestias | 3-4 | F/I/S |
| b) Con molestias funcionales importantes | 4-5 | F/I/S |
| SECCIÓN 6. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO | | |
| APARTADO 119: NEFROPATIA CRÓNICA | | |
| a) Secundaria, según etiología, evolución y repercusión funcional | 3-5 | F |
| b) Primaria, según grado de insuficiencia renal | 3-5 | F |
| APARTADO 120: NEFROPATIAS AGUDAS | | |
| Nefropatías agudas según evolución | 3-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|---|
| APARTADO 121: LITIASIS RENAL Y URETERAL | | |
| a) Litiasis existente | 3-5 | F |
| b) Tratada con secuelas | 3-5 | F |
| c) Nefrocalcinosis incluso latente clínicamente | 3-5 | F |
| APARTADO 122: HIDRONEFROSIS | | |
| a) Discreta y sin infección urinaria ni repercusión sobre la corteza renal | 3-4 | F |
| b) Moderada o importante o con infección urinaria actual o anterior, o con adelgazamiento de la corteza renal | 3-5 | F |
| APARTADO 123: MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA PORCIÓN ALTA DEL APARATO URINARIO | | |
| a) Malformaciones congénitas sin repercusión | 1-3 | F |
| b) Malformaciones congénitas con repercusión | 3-5 | F |
| c) Riñón único | 3-4 | F |
| APARTADO 124: TRAUMATISMO DEL RIÑÓN Y DEL URÉTER | | |
| a) Traumatismo renal con secuelas | 3-5 | F |
| b) Traumatismo ureteral con secuelas | 3-5 | F |
| c) Nefrectomía | 3-4 | F |
| APARTADO 125: FIBROSIS RETROPERITONEAL | | |
| Fibrosis retroperitoneal | 4-5 | F |
| APARTADO 128: TUBERCULOSIS GÉNITO-URINARIA | | |
| a) Evolutiva o con tratamiento de menos de un año | 4-5 | F |
| b) Tratada con secuelas | 3-5 | F |
| APARTADO 127: TUMORES DE LA PORCIÓN ALTA DEL APARATO URINARIO | | |
| a) Tumores malignos del riñón y las vías excretoras | 3-5 | F |
| b) Tumores benignos y quistes de riñón | 3-5 | F |
| c) Tumores retroperitoneales malignos | 3-5 | F |
| d) Tumores retroperitoneales benignos | 3-5 | F |
| APARTADO 128: AFECCIONES DE LA VEJIGA | | |
| a) Malformaciones congénitas de vejiga con repercusión | 3-5 | F |
| b) Traumatismos vesicales con secuelas | 3-5 | F |
| c) Cistitis recidivante y cistopatías | 3-5 | F |
| d) Disectasia del cuello vesical | 3-5 | F |
| e) Vejiga neurógena | 3-5 | F |
| f) Tumores vesicales benignos | 3-5 | F |
| g) Tumores vesicales malignos | 3-5 | F |
| APARTADO 129: MALFORMACIONES DE LA URETRA | | |
| Malformaciones congénitas con repercusión | 3-5 | F |
| APARTADO 130: TRAUMATISMOS DE LA URETRA | | |
| a) Traumatismos con secuelas | 3-4 | F |
| b) Estenosis según repercusión | 3-5 | F |
| APARTADO 131: APARATO GENITAL MASCULINO | | |
| a) Malformaciones congénitas con repercusión | 3-5 | F |
| b) Traumatismos según secuelas | 3-5 | F |
| c) Prostatitis y prostatodinia | 3-5 | F |
| d) Tumores malignos | 3-5 | F |
| e) Malformaciones o cambios morfológicos de los genitales externos con repercusión funcional o psíquica, que incida en el servicio o que se puedan agravar por éste | 3-5 | F |
| f) Fístulas urinarias. Incontinencia y retención de orina | 3-5 | F |
| g) Orquitis orquiepididimitis | 3-4 | F |
| h) Hidrocele o varicocele esencial significativo | 2-3 | F |
| APARTADO 132: APARATO GENITAL FEMENINO | | |
| a) Malformaciones o cambios morfológicos de los genitales externos con repercusión funcional o psíquica, que incida en el servicio o que se puedan agravar por éste | 3-5 | F |
| b) Endometriosis | 3-5 | F |
| c) Enfermedad inflamatoria pélvica. Leucorreas infecciosas. Enfermedad de transmisión sexual con secuelas | 3-5 | F |
| d) Prolapso genital con secuelas | 3-5 | F |
| e) Incontinencia urinaria con repercusión | 3-5 | F |
| f) Fístulas genitales | 3-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|-------|
| g) Tumores benignos del aparato genital y de la mama | 3-5 | F |
| h) Tumores malignos del aparato genital y de la mama | 3-5 | F |
| i) Alteraciones del desarrollo puberal, del ciclo ovárico, dismenorrea, tensión premenstrual y síndrome de congestión pelviana. Trastornos psicósomáticos | 2-4 | F |
| SECCIÓN 7. PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL | | |
| APARTADO 133: AUSENCIA DE ÓRGANOS DENTARIOS | | |
| Según etiología y el grado de repercusión funcional | 2-5 | F |
| APARTADO 134: PATOLOGÍA RELACIONADA CON LA CARIES DENTAL | | |
| Policaries con afectación pulpar y periodontal, según grado y afectación funcional | 3-4 | F |
| APARTADO 135: ENFERMEDAD PERIODONTAL | | |
| Enfermedad periodontal moderada o avanzada según repercusión funcional | 3-4 | F |
| APARTADO 138: DIENTES INCLUIDOS | | |
| Dientes incluidos o en situación intraósea, con evidencia radiológica de patología Peridentaria | 3 | F |
| APARTADO 137: ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA MUCOSA BUCAL | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | 3-4 | F |
| APARTADO 138: ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | 2-4 | F |
| APARTADO 139: ENFERMEDADES DE LOS LABIOS | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 140: ENFERMEDADES DE LA LENGUA Y SUELO DE LA BOCA | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 141: ENFERMEDADES DEL PALADAR | | |
| Según la etiología y el grado de repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 142: ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO MANDIBULAR | | |
| a) Síndrome dolor-disfunción | 3-4 | F |
| b) Anquilosis temporomandibular | 3-5 | F |
| APARTADO 143: ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES | | |
| Maloclusión severa según grado, etiología y repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 144: PATOLOGÍA CRANEO-FACIAL | | |
| a) Disarmonía dento-maxilar con dismorfosis facial, según alteración funcional y perjuicio estético | 3-5 | F |
| b) Pérdida de sustancia ósea craneal de más de 2 cm de diámetro con plastia craneal o con recubierta con hueso propio | 4-5 | F |
| c) Deformaciones cráneo faciales adquiridas con perjuicio estético según función | 3-5 | F |
| d) Pérdida de sustancia ósea craneal de menos de 2 cm no pulsátiles y con ausencia de signos neurológicos | 3-4 | F |
| SECCIÓN 8. ENFERMEDADES REUMÁTICAS | | |
| APARTADO 145: ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN ARTICULAR (cualquier etiología) | | |
| a) Trastorno severo articular en zonas de carga y columna vertebral | 4-5 | F/I |
| b) Trastorno articular de leve a moderado | 3-4 | F/I/S |
| APARTADO 148: MONOARTRITIS Y OLIGO-POLIARTRITIS | | |
| a) Monoartritis | 3-4 | F/I/S |
| b) Oligopoliartritis | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 147: ARTRITIS, LUPUS, ESCLERODERMIA | | |
| a) Artritis raumatoide | 3-5 | F/I/S |
| b) Lupus eritematoso sistémico | 3-5 | F/I/S |
| c) Esclerodermia | 3-5 | FNS |
| APARTADO 148: MIOPATIAS INFLAMATORIAS | | |
| Miopatías inflamatorias | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 149: SÍNDROME DE SJÖGREN | | |
| a) Primario | 3-4 | F |
| b) Secundario según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 150: ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO Y SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN | | |
| Enfermedad mixta del tejido conectivo y síndrome de superposición | 3-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|-------|
| APARTADO 151: VASCULITIS | | |
| Vasculitis según la localización , evolución y repercusión funcional | 2-5 | F |
| APARTADO 152: ESPONDILOARTROPATIAS INFLAMATORIAS | | |
| Espondiloartropatías inflamatorias según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 153: ARTRITIS CRÓNICA JUVENIL | | |
| Artritis crónica juvenil según la localización , evolución y repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 154: INFECCIONES EN REUMATOLOGIA | | |
| Infecciones en reumatología según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 155: ARTROPATIAS MICROCRISTALINAS | | |
| Artropatías microcristalinas según la localización , evolución y repercusión funcional | 2-5 | F/I/S |
| APARTADO 156: REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS | | |
| Reumatismos de parte blandas según repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 157: SINDROME FIBROMIALGICO Y REUMATISMOS PSICÓGENOS | | |
| Síndrome fibromiálgico y reumatismos psicogénicos | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 158: REUMATISMOS INTERMITENTES | | |
| Reumatismo polindrómico, hidrartrosis intermitente y fiebre mediterránea familiar | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 159: ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS | | |
| Enfermedades metabólicas óseas según la localización , evolución y repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 160: REUMATISMOS Y SINDROMES PARANEOPLASICOS | | |
| Reumatismos y síndromes paraneoplásicos según la localización, evolución y repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 161: MANIFESTACIONES ARTICULARES ACOMPAÑANTES A LAS ENFERMEDADES DE OTROS ÓRGANOS Y SISTEMAS | | |
| Manifestaciones articulares acompañantes a las enfermedades de otros órganos y sistemas, según repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |

CAPÍTULO 2. SISTEMA LOCOMOTOR

| | | |
|---|-----|-------|
| SECCIÓN 1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA LOCOMOTOR EN GENERAL | | |
| PATOLOGIA DE LOS HUESOS | | |
| APARTADO 162: FRACTURAS EN VIAS DE CONSOLIDACIÓN | | |
| Fracturas en vías de consolidación | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 163: FRACTURAS CONSOLIDADAS | | |
| a) Fracturas consolidadas sin secuela funcional pero con material de osteosíntesis poco voluminoso y bien tolerado | 1-3 | F/I/S |
| b) Fracturas consolidadas sin secuela funcional pero con un material de osteosíntesis relativamente voluminoso | 3-4 | F/I/S |
| c) Fracturas consolidadas con secuelas, a valorar teniendo en cuenta la localización, la naturaleza de las secuelas , del trastorno funcional, de las posibilidades de curación | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 164: INFECCIONES ÓSEAS | | |
| a) Infección aguda o crónica reactivada | 3-5 | F/I/S |
| b) Infección crónica, según extensión y repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 165: TUMORES ÓSEOS | | |
| a) Tumores Benignos, según localización y repercusión funcional | 2-5 | F/I/S |
| b) Tumores óseos malignos, según localización y repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 166: PSEUDOARTROSIS | | |
| Pseudoartrosis, según localización, repercusión funcional y posibilidades de curación | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 167: OSTEOPOROSIS | | |
| Osteoporosis según extensión y repercusión funcional | 3-5 | F/I/S |
| APARTADO 168: OSTEONECROSIS | | |
| Osteonecrosis del adulto. Osteocondritis. según localización y el grado de repercusión funcional | 3-5 | I/S |
| APARTADO 169: ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET | | |
| Enfermedad ósea de Paget | 3-5 | F/I/S |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| PATOLOGIA DE LAS ARTICULACIONES | | |
|--|-----|-------|
| APARTADO 170: ARTROSIS | | |
| Artrosis, según localización y repercusión funcional | 2-5 | F/I/S |
| APARTADO 171: CUERPOS INTRARTICULARES | | |
| Cuerpos intrarticulares, cualquiera que sea el origen, según la alteración funcional | 2-4 | I/S |
| APARTADO 172: RIGIDEZ DE GRANDES ARTICULACIONES | | |
| Rigidez o anquilosis establecida de las grandes articulaciones | 3-5 | I/S |
| APARTADO 173: SECUELAS DE CIRUGIA MAYOR | | |
| Secuelas de intervenciones mayores sobre las grandes articulaciones según trastorno funcional | 3-5 | I/S |
| APARTADO 174: LAXITUD ARTICULAR | | |
| a) Laxitud articular sin inestabilidad | 2-3 | I/S |
| b) Laxitud articular con inestabilidad | 4-5 | I/S |
| APARTADO 175: HIDRARTROS O HEMARTROS | | |
| Hidrartros o hemartros postraumático reciente | 3-4 | I/S |
| APARTADO 176: QUISTE SINOVIAL | | |
| Quiste sinovial, según la localización y grado de trastorno funcional | 1-3 | I/S |
| PATOLOGIA YUXTA-ARTICULAR Y EXTRA-ARTICULAR | | |
| APARTADO 177: ROTURAS, HERNIAS O PERDIDAS DE SUSTANCIA MUSCULARES | | |
| a) Roturas, hernias o pérdidas de sustancia musculares. Poco extensas, con escasa repercusión funcional | 1-3 | I/S |
| b) Roturas, hernias o pérdidas de sustancia musculares con trastornos funcionales importantes | 4-5 | I/S |
| APARTADO 178: ADHERENCIAS Y RETRACCIONES MUSCULARES | | |
| a) Adherencias y retracciones musculares con escasa repercusión funcional | 2-3 | F/I/S |
| b) Adherencias y retracciones musculares con importante repercusión funcional | 4-5 | F/I/S |
| APARTADO 179: ALGODISTROFIAS, CUALQUIERA QUE SEA SU ETIOLOGIA: | | |
| Algodistrofias, según repercusión funcional | 2-5 | I/S |
| APARTADO 180: ENFERMEDAD DE DUPUYTREN | | |
| Enfermedades de Dupuytren y Ledderhose según el estado evolutivo y la unilateralidad ó bilateralidad y repercusión funcional | 2-5 | I/S |
| APARTADO 181: TENDINOPATIAS | | |
| Tendinopatias según localización y secuelas | 2-4 | I/S |
| APARTADO 182: HIGROMA | | |
| Higroma | 2-3 | I/S |
| SECCIÓN 2. ESTUDIO TOPOGRÁFICO DE LAS AFECCIONES DEL SISTEMA LOCOMOTOR | | |
| APARTADO 183: ALGIAS DEL RAQUIS | | |
| Cervicalgias, darsalgias y lumbalgias idiopáticas | 2-3 | F |
| APARTADO 184: ANOMALIAS TRANSICIONALES DE LA CHARNELA CERVICOOCIPITAL | | |
| a) Anomalías transicionales de la charnela cervicooccipital: Casos menores y equilibrados | 2-3 | F |
| b) Anomalías transicionales de la charnela cervicooccipital con asimetría y desequilibrio según sintomatología | 4-5 | F |
| APARTADO 185: ANOMALIAS TRANSICIONALES LUMBOSACRAS | | |
| a) Anomalías transicionales lumbosacras sin trastornos estáticos | 2-3 | F |
| b) Anomalías transicionales lumbosacras con trastornos estáticos según repercusión funcional | 4-5 | F |
| APARTADO 186: ESCOLIOSIS | | |
| a) Escoliosis por debajo de 15° | 1-3 | F |
| b) Escoliosis de 15 a 30° | 3-4 | F |
| c) Escoliosis superior a 30° | 4-5 | F |
| APARTADO 167: CIFOSIS | | |
| a) Inferior a 45° | 1 | F |
| b) Con alteraciones vertebrales manifiestas, según extensión, repercusión estructural y funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 188: ESPONDILOLISIS | | |
| a) Espondilolisis sin listesis | 2-4 | F |
| b) Espondilolisis con listesis lumbar de grado II o inferior | 4 | F |
| c) Espondilolisis con listesis de grado III o superior | 4-5 | F |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|---|
| APARTADO 189: FUSIONES VERTEBRALES | | |
| a) Fusiones vertebrales de dos vértebras sin modificación significativa de la estática (tipo fusión C2-C3) | 1-2 | F |
| b) Fusiones vertebrales de dos vértebras con modificaciones morfológicas de los cuerpos vertebrales (hemivértebra, hemicuerpos), según repercusión sobre la estática | 3-5 | F |
| APARTADO 190: SECUELAS DE FRACTURAS Y ESGUINCES | | |
| a) Secuelas de fracturas y esguinces sin signos neurológicos ni inestabilidad residual | 2-4 | F |
| b) Secuelas de fracturas y esguinces con signos neurológicos e inestabilidad residual | 3-5 | F |
| APARTADO 191: HERNIA DISCAL | | |
| a) Hernia discal sin secuelas | 3 | F |
| b) Hernia discal intervenida con inestabilidad | 3-5 | F |
| CINTURA PELVIANA Y MIEMBRO INFERIOR (I) | | |
| APARTADO 192: DESIGUALDAD EN LA LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES | | |
| a) De menos de 2 cm | 1 | I |
| b) De 2,1 a 3 cm | 2-3 | 1 |
| c) De más de 3 cm | 4-5 | I |
| APARTADO 193: AFECCIONES DE LA CADERA | | |
| Secuelas de afecciones de la cadera | 2-5 | I |
| APARTADO 194: AFECCIONES DE LA RODILLA | | |
| a) Secuelas de las afecciones de la rodilla | 2-5 | I |
| b) Lesiones internas de la rodilla: lesiones meniscales, condropatías según el trastorno funcional y posibilidades de curación | 2-4 | I |
| c) Lesiones del aparato extensor de la rodilla, pateleotomía, luxación recidivante de la rótula, según el trastorno funcional | 3-5 | I |
| APARTADO 195: AFECCIONES DEL TOBILLO | | |
| Secuelas de afecciones del tobillo | 2-5 | I |
| APARTADO 196: AFECCIONES DEL PIE | | |
| a) Afecciones del pie (hallus valgus, quintus virus, dedos supernumerarios, sindactilias, dedos en martillo, dedos en garra y otras) | 2-4 | I |
| b) Secuelas de las afecciones del pie | 3-5 | I |
| c) Alteraciones postraumáticas del pie | 2-5 | I |
| CINTURA ESCAPULAR Y MIEMBRO SUPERIOR (S) | | |
| APARTADO 197: AFECCIONES DE LA CINTURA ESCAPULAR | | |
| a) Sin repercusión funcional en los movimientos del hombro | 2 | S |
| b) Con repercusión funcional en los movimientos del hombro | 3-5 | S |
| e) Luxación recidivante de hombro | 3-5 | S |
| APARTADO 198: AFECCIONES DEL CODO | | |
| Afecciones del codo | 2-5 | S |
| APARTADO 199: AFECCIONES DEL ANTEBRAZO | | |
| Afecciones del antebrazo | 2-5 | S |
| APARTADO 200: AFECCIONES DE LA MUÑECA | | |
| Afecciones de la muñeca | 3-5 | S |
| APARTADO 201: AFECCIONES DE LA MANO | | |
| a) Afecciones de la mano: sindactilia, camptodactilia, clinodactilia, dedos supernumerarios y otras | 2-4 | S |
| b) Secuelas de afecciones de la mano | 2-5 | S |
| c) Alteraciones postraumáticas de la mano | 2-5 | S |

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

| | | |
|--|-----|---|
| APARTADO 202: AGUDEZA VISUAL VALORADA EN ESCALA DECIMAL DE 0 A 1 COMO VALOR MÁXIMO (valoración subjetiva para el pase a los grupos 4 y 5) | | |
| a) Agudeza visual sin corrección igual o superior a 0,7 en ambos ojos y de la unidad con corrección en ambos ojos | 1 | V |
| b) Suma de las agudezas visuales con corrección igual o superior a 1,4 y agudeza visual en el ojo peor igual o superior a 0,5 | 2 | V |
| c) Suma de agudezas visuales con corrección igual o superior a 0,7 y agudeza visual en el ojo peor igual o superior a 0,05 | 3-4 | V |
| d) Suma de agudezas visuales con corrección inferior a 0,7 o agudeza visual en el ojo peor inferior a 0,05 | 4-5 | V |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|---|
| NOTA 1: Los defectos de refracción debe ser medidos por esquiastropia o bien por autorefractómetro bajo cicloplejia; en el caso de que exista astigmatismo asociado a una miopía o hipermetropía se determinará el valor del equivalente esférico, sumándose o restándose la mitad del valor del astigmatismo al componente esférico. | | |
| APARTADO 203: MIOPIAS | | |
| a) Miopía igual o inferior a 0,5 dioptrías en cualquier ojo | 1 | V |
| b) Miopía superior a 0,5 e inferior o igual a 3 dioptrías en cualquier ojo | 2 | V |
| c) Miopía superior a 3 e inferior o igual a 4 dioptrías en cualquier ojo | 3 | V |
| d) Miopía superior a 4 e inferior o igual a 9 dioptrías en cualquier ojo | 4 | V |
| e) Miopía superior a 9 dioptrías en cualquier ojo, con lesiones coriorretinianas 4-5 V | 4-5 | |
| APARTADO 204: HIPERMETROPIAS | | |
| a) Hipermetropía igual o inferior a 3 dioptrías (diop.) en cualquier ojo | 1 | V |
| b) Hipermetropía superior a 3 e inferior o igual a 4 diop. en cualquier ojo | 2 | V |
| c) Hipermetropía superior a 4 e inferior o igual a 6 diop. en cualquier ojo | 3 | V |
| d) Hipermetropía superior a 6 e inferior o igual a 8 diop. en cualquier ojo | 4 | V |
| e) Hipermetropía superior a 8 diop. en cualquier ojo | 4-5 | V |
| APARTADO 205: ASTIGMATISMOS | | |
| a) Astigmatismo igual o inferior a 0,75 dioptrías (diop.) en cualquier ojo | 1 | V |
| b) Astigmatismo superior a 0,75 e inferior o igual a 2 diop. en cualquier ojo | 2 | V |
| c) Astigmatismo superior a 2 e inferior o igual a 3 diop. en cualquier ojo | 3 | V |
| d) Astigmatismo superior a 3 e inferior o igual a 6 diop. en cualquier ojo | 4 | V |
| e) Astigmatismo superior a 6 diop. en cualquier ojo | 4-5 | V |
| APARTADO 206: ACOMODACIÓN-CONVERGENCIA | | |
| a) Visión próxima normal, con corrección óptica | 2-3 | V |
| b) Alteraciones en la acomodación convergencia que impidan una visión próxima normal, quedando excluidas las alteraciones involutivas propias de la edad (presbicia) | 4 | V |
| APARTADO 207: CAMPO VISUAL | | |
| a) Campo visual normal o reducción inferior a 15° | 1 | V |
| b) Reducción del campo visual superior a 15° e inferior o igual a 25° | 2 | V |
| c) Pequeños escotomas periféricos o centrales que no repercutan sobre la agudeza visual | 3 | V |
| d) Estrechamientos periféricos uni o bilaterales que no sobrepasen los 20 grados y al menos un campo visual temporal íntegro | 4 | V |
| e) Alteraciones campimétricas mayores que en grupo anterior | 4-5 | V |
| APARTADO 208: VISIÓN CROMÁTICA | | |
| a) Visión cromática normal | 1 | V |
| b) Algún error en lectura de las laminas de Ishihara pero reconociendo aisladamente los colores y sus tonalidades | 2 | V |
| c) Múltiples errores en la lectura de las láminas de Ishihara, pero reconociendo aisladamente los colores | 3 | V |
| d) No reconocimiento de los colores aislados | 4 | V |
| APARTADO 209: CEGUERA NOCTURNA | | |
| Alteraciones electrofisiológicas características demostradas | 4-5 | V |
| APARTADO 210: TUMORES DEL OJO Y SUS ANEJOS | | |
| En base a su repercusión funcional y posibilidades terapéuticas | 3-5 | V |
| APARTADO 211: CUERPOS EXTRAÑOS INTRAORBITARIOS O INTRAOCULARES | | |
| En base a su repercusión funcional | 3-5 | V |
| APARTADO 212: PATOLOGÍA PALPEBRAL | | |
| Cicatrices y deformaciones pronunciadas, ectropion, entropion, triquiasis, ptosis y lagofthalmos, dependiendo de su magnitud y posibilidades terapéuticas | 3-5 | V |
| APARTADO 213: VÍAS LAGRIMALES | | |
| Vía lagrimal obstruida con epifora muy pronunciada, dacriocistitis de repetición | 3-4 | V |
| APARTADO 214: CONJUNTIVA | | |
| Alteraciones cicatriciales. Pterigion, dependiendo de su magnitud y repercusión funcional. Conjuntivitis crónica Tracoma. Xeroftalmia. | 3-5 | V |
| APARTADO 215: CORNEA Y ESCLERA | | |
| a) Córnea y esclera sin alteraciones. Córnea íntegra no sometida a cirugía refractiva (Láser o queratotomía radial) | 1 | V |
| b) Leucomas de pequeño tamaño no evolutivos, sin vascularizar que no afecten la función visual ni produzcan deslumbramiento | 2 | V |
| c) Lesiones corneales, uni ó bilaterales, no evolutivas, por lo tanto no susceptibles de reactivarse, según el grado de disminución de la visión y la ausencia de deslumbramiento | 3 | V |
| d) Procesos evolutivos corneales susceptibles de empeoramiento como leucoma herpético, queratocono y otras distrofias corneales: valorar según repercusiones funcionales. Opacidades de la córnea, valorar según repercusiones funcionales. Estafilomas de córnea y esclera dependiendo de su magnitud y riesgo de perforación | 4-5 | V |
| APARTADO 216: IRIS Y CUERPO CILIAR | | |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|---|
| a) Trastornos pupilares que no causen alteraciones funcionales | 3 | V |
| b) Trastornos pupilares que causen leves trastornos funcionales en función de la causa. Iridociditis con secuelas y repercusión funcional | 4 | V |
| c) Trastornos pupilares que causen graves trastornos funcionales en función de su causa. Iridociditis con graves secuelas y gran repercusión funcional | 4-5 | V |
| APARTADO 217: CRISTALINO | | |
| Cataratas. Subluxación y luxación del cristalino. Afaquia y pseudoafqula, según repercusión funcional | 4-5 | V |
| APARTADO 218: TENSIÓN OCULAR | | |
| Glaucoma e hipertensiones secundarias en función de la causa y grado de repercusión funcional | 3-5 | V |
| APARTADO 219: VÍTREO | | |
| Hemorragias, valorar causa y repercusión funcional hemorragias recidivantes. Vitreitis y organización fibrosa del vítreo, valorar causa, secuelas y grado de repercusión funcional | 3-5 | V |
| APARTADO 220: COROIDES | | |
| a) Cicatrices coroideas antiguas, no evolutivas, en función de la causa y repercusión funcional | 3 | V |
| b) Colobomas, cicatrices, albinismo y coroiditis, en función de la causa y repercusión funcional | 3-5 | V |
| APARTADO 221: RETINA | | |
| a) Degeneraciones retinianas periféricas predisponentes no tratadas, que por su tamaño, naturaleza y estado del vítreo constituyan un grave riesgo de padecer un desprendimiento de retina. Microagujeros y desgarros retinianos tratados con éxito según el grado de repercusión funcional | 3-4 | V |
| b) Desprendimiento de retina tratado con éxito anatómico según el grado de repercusión funcional | 3-5 | V |
| c) Trombosis de rama. Embolias de rama. Vasculitis. Retinitis. Degeneraciones maculares. Degeneraciones tapeto-retinianas. Cicatrices. Hemorragias. Exudados y edemas; en función de la causa, reversibilidad y repercusión funcional | 4-5 | V |
| d) Desprendimiento de retina con gran repercusión funcional, trombosis de la vena central. Embolia de la arteria central. Desprendimiento de retina no tratado o tratado sin éxito anatómico completo. Desgarros retinianos y agujero macular en los cuales no se pueda lograr tratamiento satisfactorio | 4-5 | V |
| e) Alteraciones no incluidas en apartados anteriores | 3-5 | V |
| APARTADO 222: PAPILA Y VÍA ÓPTICA | | |
| Edema de papila, Atrofia óptica. Neuritis óptica. Se valorará en función de la causa, repercusión funcional y secuelas | 3-5 | V |
| APARTADO 223: ÓRBITA | | |
| Exoftalmos y otra patología orbitaria. Se valorará según la causa y repercusión funcional | 3-5 | V |
| APARTADO 224: MOTILIDAD OCULAR EXTRÍNSECA | | |
| a) Hasta 10 dioptrías prismáticas de endoforia. Hasta 5 dioptrías prismáticas de exoforia y hasta 1 dioptría de hiperforia | 1 | V |
| b) Heteroforias superiores a las del grupo anterior sin diplopia | 2 | V |
| c) Heterotropía igual o inferior a 3 grados | 3 | V |
| d) Heterotropía superior a 3 grados | 4 | V |
| e) Parálisis y paresia en base a la repercusión funcional | 4-5 | V |
| f) Diplopias establecidas | 4-5 | V |
| g) Nistagmus, según amplitud y repercusión funcional | 3-5 | V |
| APARTADO 225: TRAUMATISMOS DEL GLOBO OCULAR Y SUS ANEXOS | | |
| Valorar en función de la repercusión anatómica y funcional así como la aparición de posibles complicaciones | 1-5 | V |

CAPÍTULO 4. AUDICIÓN Y ENFERMEDADES DE GARGANTA, NARIZ Y OIDOS (A)

| SECCIÓN 1. OIDO Y PABELLÓN AURICULAR | | |
|---|-----|---|
| APARTADO 226: MALFORMACIONES | | |
| a) Malformaciones congénitas del oído medio e interno | 3-4 | A |
| b) Osteomas obstructivos bilaterales del conducto auditivo externo | 3-4 | A |
| c) Atresia auris completa y otras malformaciones con atresia de CAE y/o agenesia del pabellón | 4-5 | A |
| APARTADO 227: INFLAMACIONES DEL OIDO EXTERNO | | |
| a) Lesiones inflamatorias crónicas y/o recidivantes no perturbadoras de la actividad del sujeto | 2-3 | A |
| b) Lesiones inflamatorias crónicas y recidivantes que necesiten cuidados frecuentes | 3-4 | A |
| APARTADO 228: INFLAMACIONES DEL OIDO MEDIO | | |
| a) Otitis seromucosas con drenaje transtimpánico unilateral o bilateral | 3-4 | A |
| b) Otitis escleroadhesivas o timpanoesclerosis marcadas con repercusión auditiva unilateral o bilateral | 4 | A |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|-----|---|
| c) Otitis media crónica no colesteatomatosa unilateral o bilateral | 3-4 | A |
| d) Otitis media crónica colesteatomatosa | 4-5 | A |
| APARTADO 229: SECUELAS DE INTERVENCIONES | | |
| a) Miringoplastias e timpanoplastias tipo 1 con injerto íntegro | 3 | A |
| b) Aticoantrotomías sin actividad | 3 | A |
| c) Aticoantrotomías con actividad | 4 | A |
| d) Vaciamientos petromastoideos | 4 | A |
| APARTADO 230: AFECCIONES DE MASTOIDES | | |
| a) Mastoidectomía cicatrizada con secuelas | 3-4 | A |
| b) Mastoidectomía no cicatrizada con supuración | 4-5 | A |
| APARTADO 231: OTORESCLEROSIS | | |
| a) Otoesclerosis operada | 3-4 | A |
| b) Otoesclerosis no operada según audición | 3-4 | A |
| APARTADO 232: ANOMALÍAS TIMPÁNICAS | | |
| a) Perforación timpánica inactiva unilateral | 3 | A |
| b) Perforación timpánica inactiva bilateral | 4 | A |
| c) Infiltraciones calcáreas del tímpano superior al 50% | 2-3 | A |
| APARTADO 233: HIPOACUSIAS | | |
| a) GRUPO I - Sin alteraciones, e hipoacusia unilateral inferior al 3% | 1 | A |
| - H. unilateral: pérdida no superior al 12% | 2 | A |
| - H. bilateral: no superior al 7% | 2 | A |
| b) GRUPO II - H. unilateral: no superior al 18% | 3 | A |
| - H. bilateral: no superior al 12% | 3 | A |
| c) GRUPO III - H. unilateral: no superior al 25% | 3-4 | A |
| - H. bilateral: no superior al 18 % | 3-4 | A |
| d) GRUPO IV: - H. unilateral: superior al 25% | 4 | A |
| - H. bilateral: superior al 18% | 4 | A |
| - Anacusia o cofosis total de un oído | 4 | A |
| - Traumatismos acústicos bilaterales evolutivos con sintomatología asociada y cuya pérdida sea igual o superior a 80 Db en la frecuencia 4000 Hz | 4 | A |
| e) GRUPO V: - Hipoacusia bilateral con pérdida global igual o superior al 44% | 4-5 | A |

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

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

Pérdida global en % = (% Pérdida en oído mejor × 7 + % Pérdida en oído peor) / 8

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

| Años | db a deducir |
|------|--------------|
| 25 | '0 |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

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

| | | |
|---|-----|---|
| APARTADO 234: PERTURBACIONES DEL EQUILIBRIO | | |
| a) Lesiones vestibulares periféricas compensadas, según etiología | 3 | A |
| b) Lesiones vestibulares periféricas no compensadas según etiología | 4 | A |
| c) Enfermedad de Menière | 4-5 | A |
| d) Lesiones centrales en función del contexto neurológico, intensidad de la crisis y existencia de signos vestibulares | 4-5 | A |
| SECCIÓN 2. NARIZ Y SENOS | | |
| APARTADO 235: DEFORMACIONES, MALFORMACIONES Y ESTENOSIS CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS DE NARIZ, FOSAS NASALES Y COANAS | | |
| a) Sin alteraciones de la respiración o fonación | 2-3 | F |
| b) Con repercusión moderada | 3 | F |
| c) Con alteraciones manifiestas de la respiración, fonación o deglución | 4 | F |
| APARTADO 236: RINITIS CRÓNICAS (NO ALÉRGICAS) | | |
| a) Rinitis crónica, no alérgica, sin trastornos funcionales | 2-3 | F |
| b) Ocenia | 4 | F |
| APARTADO 237: RINITIS ALÉRGICAS | | |
| Rinitis alérgicas | 3-4 | F |
| APARTADO 238: POLIPOSIS, SINUSOPATIAS, PERFORACION DE TABIQUE | | |
| a) Poliposis nasales y nasosinusales, según evolución y localización | 2-4 | F |
| b) Sinusopatías crónicas según localización, evolución y secuelas | 2-4 | F |
| c) Perforaciones de tabique, según origen y evolución | 2-4 | F |
| SECCIÓN 3. FARINGE Y CAVUM | | |
| APARTADO 239: FARINGE Y CAVUM | | |
| a) Faringitis crónica | 2-3 | F |
| b) Hipertrofia amigdalina y amigdalitis crónica | 2-3 | F |
| c) Fibromas nasofaríngeos, según evolución y secuelas | 4-5 | F |
| SECCIÓN 4. LARINGE | | |
| APARTADO 240: LARINGE | | |
| a) Laringitis crónicas: según etiología y evolución | 3-4 | F |
| b) Tumores benignos de laringe | 3-4 | F |
| c) Tumores malignos de laringe | 4-5 | F |
| d) Parálisis laríngea según etiología y localización | 3-5 | F |
| e) Secuelas de cirugía laríngea | 3-5 | F |
| f) Estenosis laríngeas o traqueales, según evolución, repercusión y secuelas | 4-5 | F |
| SECCIÓN 5. CUELLO | | |
| APARTADO 241: CUELLO | | |
| a) Quistes y fístulas laterales del cuello según evolución y secuelas | 2-4 | F |
| b) Laringoceles, según evolución y secuelas | 3-4 | F |
| c) Divertículos faringoesofágicos según evolución y secuelas | 3-4 | F |
| SECCIÓN 6. PARES CRANEALES | | |
| APARTADO 242: PARES CRANEALES | | |
| a) Parálisis faciales según origen, evolución y secuelas | 3-5 | F |
| d) Tumores benignos del estatoacústico, según evolución y secuelas | 3-5 | F |

CAPÍTULO 5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (F)

| | | |
|--|-----|-----|
| SECCIÓN 1. SINTOMAS NEUROLÓGICOS | | |
| APARTADO 243: PARÁLISIS POR LESIÓN CENTRAL | | |
| a) Hemiparesia | 3-5 | F |
| b) Hemiplejia | 4-5 | F |
| c) Monoparesia | 3-4 | I/S |
| d) Monoplejia | 5 | I/S |
| e) Paraplejia | 5 | I/S |
| f) Cuadruplejia | 5 | F |
| APARTADO 244: PARÁLISIS POR LESIÓN PERIFÉRICA | | |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|--|------|------|
| Miembros | | |
| a) Parálisis por lesión periférica, según repercusión funcional. Pares craneales | 3-5 | F |
| b) Lesiones de pares craneales según etiología y repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 245: MOVIMIENTOS ANORMALES | | |
| Movimientos anormales, según etiología y repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 246: NEURALGIAS | | |
| a) Neuralgia sintomática: de lesiones que irriten o compriman las estructuras nerviosas: radiculitis zosteriana, mielitis, herida de nervio, neuroma de amputación y otras | 3-5 | F//S |
| b) Neuralgias esenciales | 3-4 | F//S |
| (Se valorará en función de su curabilidad y de la lesión causal. El dolor no interviene sino como factor sobreañadid | | |
| APARTADO 247: TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD | | |
| Trastornos de la sensibilidad, según etiología y repercusión funcional | 3-4 | F//S |
| APARTADO 248: TRASTORNOS DE LA COORDINACIÓN | | |
| Trastornos de la coordinación según etiología y repercusión funcional | 3-5 | F |
| APARTADO 249: EPILEPSIA | | |
| a) Idiopática según etiología y repercusión funcional | 3-5 | F |
| b) Sintomática según etiología y repercusión funcional | 35 . | F |
| APARTADO 250: TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES SUPERIORES E INTEGRACIÓN | | |
| a) Trastornos de la función del lenguaje (afasia, agrafia, alexia, acalculia), según trastorno funcional | 4-5 | F |
| b) Otros trastornos de las funciones corticales con grave repercusión funcional | 4-5 | F |
| APARTADO 251: TRASTORNOS DEL SUEÑO | | |
| Trastornos del sueño según origen y evolución | 3-5 | F |
| SECCIÓN 2. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. | | |
| APARTADO 252: DISPLASIAS Y MALFORMACIONES | | |
| a) Síndromes neurocutáneos | 3-5 | F |
| b) Siringomelia, | 3-5 | F |
| c) Disraflas | 3-5 | F |
| d) Hidrocefalias | 3-5 | F |
| e) Otras malformaciones | 3-5 | F |
| APARTADO 253: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y HEREDODEGENERATIVAS | | |
| a) Demencias y deterioro cognitivo | 4-5 | F |
| b) De ganglios banales | 4-5 | F |
| c) De médula | 4-5 | F |
| d) Espinocerebelosas | 4-5 | F |
| a) Neuropatías periféricas degeneradvas | 4-5 | F |
| APARTADO 254: SECUELAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL SISTEMA NERVIOSO | | |
| Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema nervioso | 2-5 | F |
| APARTADO 255: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS E INMUNITARIAS DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA | | |
| a) Enfermedades desmielinizantes | 3-5 | F |
| b) Conectivopatias con síntomas neurológicos | 3-5 | F |
| APARTADO 256: AFECCIONES VASCULARES . | | |
| Afecciones vasculares, de naturaleza isquémica, hemorrágica y malformativa | 3-5 | F |
| APARTADO 257: TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, PERIFERICO Y DE LAS MENINGES | | |
| Según secuelas, posibilidades terapéuticas y pronóstico | 3-5 | F |
| APARTADO 256: ENFERMEDADES TÓXICO-METABÓLICAS Y CARENCIALES DEL SISTEMA NERVIOSO | | |
| a) Hereditarias | 3-5 | F |
| b) Adquiridas | 3-5 | F |
| APARTADO 250: TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO | | |
| Traumatismo craneoencefálico. Se valorara en función de las secuelas néurológicas | 1-5 | F |

| | | |
|--|-----|---|
| APARTADO 260: ENFERMEDADES MUSCULARES | | |
| a) Primarias | 3-5 | F |
| b) Adquiridas | 3-5 | F |
| APARTADO 261: TRASTORNOS DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSCULAR | | |
| Miastenia y síndromes miasténicos permanentes | 3-5 | F |
| APARTADO 262: CEFALEAS | | |
| Cefaleas: según frecuencia, duración y medicación preventiva | 2-4 | F |

CAPÍTULO 6. PSIQUIATRÍA (P)

SECCIÓN 1. CONSIDERACIONES GENERALES

Los trastornos psiquiátricos sobrevenidos, en el transcurso de la profesión militar, serán valorados según una gradación escalonada de limitación de sus responsabilidades y funciones. Por ello se establecen una serie de coeficientes que contemplan la mayor parte de situaciones.

LA SIGNIFICACIÓN DE LOS COEFICIENTES DE LA SIGLA «P» ES LA SIGUIENTE:

a) (P1): Implica un elevado desarrollo equilibrado de su personalidad con actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades y valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Es apto para todo tipo de unidad y puesto de responsabilidad.

b) (P2): Representaría, dentro de la normalidad, un grado menor del anterior, determinado por un menor desarrollo o ajuste de la personalidad, aunque eficaz desde el punto de vista sociolaboral. Es apto para todo tipo de unidad y puesto, con excepción de aquellos de elevada exigencia o responsabilidad.

c) (P3) Se caracterizaría por la presencia de trastornos mentales o del comportamiento de carácter leve y evolución prolongada que produzcan una ligera, aunque persistente, alteración de la actividad sociolaboral. No es apto para unidades operativas y funciones de responsabilidad relacionadas con el servicio de armas.

d) (P4): Corresponde a los trastornos mentales o de la personalidad de grado medio y evolución crónica o con secuelas que determinen dificultades moderadas y persistentes de la actividad sociolaboral. La aptitud está limitada a destinos y funciones que no impliquen decisiones autónomas, actuando bajo supervisión.

e) (P5): Incluye los trastornos mentales o de la personalidad de suficiente intensidad y persistencia como para determinar graves y persistentes dificultades en la actividad sociolaboral. Podría determinar la no aptitud para el servicio.

El coeficiente "T", de temporal, sería aplicable para aquellos trastornos mentales o del comportamiento significativos, pero susceptibles de remisión en un plazo de tiempo inferior a dos años. Implica una pérdida temporal de aptitud para el servicio. Transcurrido este período sin alcanzar la oportuna remisión, procedería su inclusión en los apartados anteriores.

La asignación de los coeficientes "1" y "2" al tratarse de sujetos sin patología psiquiátrica, no son competencia de los especialistas en psiquiatría y corresponderá a los resultados de evaluaciones psicológicas por los servicios pertinentes.

El sistema de referencia básico, en el siguiente cuadro médico, es el nosológico adoptando los criterios diagnósticos internacionales (CIE-10 de la OMS) que puede incluir, según las características del caso, la valoración, dentro del marco estrictamente clínico, de factores como el desarrollo de la personalidad o la vulnerabilidad a situaciones de estrés. Más que la elaboración de un diagnóstico, el objetivo de la valoración persigue el establecimiento de un pronóstico cara a la eficacia funcional del sujeto en el servicio.

La valoración de factores como los rendimientos profesionales o el nivel de motivaciones y aptitudes vocacionales, son competencia de otros sistemas y procesos de selección al margen de la psiquiatría.

| | | |
|---|-----|---|
| SECCIÓN 2. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | | |
| APARTADO 263: TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS | | |
| a) Demencias (Alzheimer, vasculares, otras) | 4-5 | P |

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

| | | |
|---|-----|---|
| b) Otros trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (delirium, síndrome amnésico, trastorno orgánico de la personalidad, otros) según gravedad y cronicidad | 4-5 | P |
| APARTADO 264: TRASTORNOS MENTALES Y DE LA CONDUCTA DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS, INCLUIDO EL ALCOHOL | | |
| a) Consumo perjudicial de psicotropos, incluido el alcohol | 3-5 | P |
| b) Dependencia de psicotropos, incluido el alcohol | 4-5 | P |
| c) Trastornos mentales inducidos por psicotropos o alcohol (psicosis, amnesias, otros) | 4-5 | P |
| APARTADO 265: ESQUIZOFRENIAS, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y ESQUIZOAFECTIVOS, TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES, OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS | | |
| a) Esquizofrenias según forma clínica y evolución | 4-5 | P |
| b) Trastornos esquizotípicos y esquizoafectivos según su evolución y repercusión en el comportamiento | 4-5 | P |
| c) Trastornos de ideas delirantes persistentes, según gravedad y repercusión conductual | 4-5 | P |
| d) Trastornos psicóticos agudos, según evolución y riesgo de recidivas | 4-5 | P |
| e) Psicosis funcionales atípicas, según evolución y secuelas | 4-5 | P |
| APARTADO 266: TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) | | |
| a) Trastornos bipolares o depresivos recurrentes con episodios graves o con síntomas psicóticos | 4-5 | P |
| b) Trastornos bipolares o depresivos recurrentes con episodios de intensidad leve a moderada. Episodios maníacos o depresivos aislados | 3-4 | P |
| c) Trastornos del humor persistentes (ciclotimia, distimia, otros) | 4-5 | P |
| APARTADO 267: TRASTORNOS DE ANSIEDAD | | |
| a) Trastornos de ansiedad fóbica. Trastorno de pánico. Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno mixto ansiedad-depresión; según gravedad duración, tendencia a recaer y repercusión conductual | 3-5 | P |
| b) Trastorno obsesivo-compulsivo; según gravedad, evolución y repercusión en la conducta | 3-5 | P |
| c) Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, según su intensidad, duración y repercusión en la conducta | 3-5 | P |
| d) Trastornos disociativos y somatomorfos, según su intensidad y repercusión en la conducta | 3-5 | P |
| APARTADO 268: TRASTORNOS Y VARIACIONES ANÓMALAS DE LA PERSONALIDAD | | |
| a) Descompensaciones de trastornos específicos de la personalidad con repercusión en la conducta socioprofesional, según intensidad | 3-5 | P |
| b) Transformaciones persistentes de la personalidad no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral, según intensidad y repercusión socio-profesional | 4-5 | P |
| c) Trastornos del control de impulsos, según su intensidad y repercusión en la conducta socio-profesional | 4-5 | P |
| APARTADO 269: OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO | | |
| a) Trastornos de la conducta alimentaria, según gravedad | 4-5 | P |
| b) Otros trastornos (tics, estereotipias motoras, trastornos del sueño, enuresis, encopresis, tartamudeo, etc) cuando por su intensidad repercutan en la eficiencia del sujeto | 4-5 | P |

Este documento es de carácter informativo y no tiene valor jurídico.