

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Artículo 1. La determinación del grado de minusvalía exigido para tener la condición de beneficiario de las prestaciones reguladas en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero (RCL 1984\574), se regirá por el sistema general de valoración de la minusvalía que se establece en los arts. 2.º a 4.º siguientes.

Artículo 2. El grado de minusvalía, expresado en porcentaje, se determinará mediante la valoración, tanto de la discapacidad física, psíquica o sensorial del presunto minusválido como, en su caso, de los factores sociales complementarios que les afecten.

Se considerará la existencia de minusvalía cuando, a consecuencia de las valoraciones efectuadas, se alcance un grado igual o superior al 33 por 100 de la misma.

Artículo 3. 1. La valoración de la discapacidad, expresada en porcentajes, se realizará mediante la aplicación de las «Tablas de evaluación del menoscabo permanente», que se describen en el apartado A) del anexo I de la presente Orden.

2. La valoración de los factores sociales complementarios se obtendrá a través de la aplicación del baremo contenido en el apartado B) de dicho anexo I, relativo, entre otros factores, a edad, entorno familiar, situación laboral y profesional, niveles educativos y culturales, así como a las situaciones del entorno habitual del minusválido.

Artículo 4. Para la obtención del grado de minusvalía el porcentaje obtenido en la valoración de la discapacidad se modificará con la adición de la puntuación obtenida en el baremo de factores sociales complementarios, sin que ésta pueda sobrepasar, en ningún caso los 15 puntos.

El porcentaje mínimo de valoración de la discapacidad sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales complementarios no podrá ser inferior al 25%.

Artículo 5. La evaluación de aquellas situaciones específicas de la minusvalía que se establecen en los arts. 21, 23 y 25 del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero (RCL 1984\574), para tener derecho, respectivamente, al subsidio de garantía de ingresos mínimos, de ayuda de tercera persona y de movilidad y compensación por gastos de transporte se realizará de acuerdo con lo que se establece a continuación:

a) La relación exigida entre el grado de minusvalía y la imposibilidad de obtener empleo adecuado a causa del grado de la misma, a que se refiere el apartado c) del art. 21 del Real Decreto 383/1984, referido al subsidio de garantía de ingresos mínimos, vendrá determinada por la aplicación del baremo que sobre factores de edad, formación, profesión, mercado de trabajo y relación entre discapacidad y ocupación se recoge en el anexo II de la presente Orden.

Se estimará la existencia de imposibilidad de obtener un empleo adecuado por causa del grado de minusvalía, siempre que se obtenga en el referido baremo una puntuación de cinco en cualquier factor, o una puntuación de siete en la suma de todos los factores.

b) La determinación por el equipo multiprofesional de la necesidad de asistencia de tercera persona, a que se refiere el art. 23 del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, para ser beneficiario del subsidio de ayuda de tercera persona, se realizará mediante la aplicación del baremo que figura en el anexo III de esta Orden.

Se considerará la necesidad de asistencia de tercera persona, siempre que se obtenga en el baremo un mínimo de 15 puntos.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

c) La determinación de la existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos a que se refiere el apartado b) del art. 25 del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, se fijará por aplicación del baremo que figura como anexo IV en esta Orden.

Se considerará la existencia de tal dificultad siempre que el presunto beneficiario se encuentre incluido en algunas de las situaciones descritas en los apartados A), B) o C) del baremo, o aun no estándolo, cuando obtenga un mínimo de siete puntos por encontrarse en alguna de las situaciones recogidas en los restantes apartados del citado baremo.

Disposición transitoria.

De acuerdo con lo que se establece en la disposición transitoria 1.ª del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero (RCL 1984\574), hasta tanto se constituyan los equipos multiprofesionales a que hace referencia el art. 10 de la Ley 13/1982, de 7 de abril (RCL 1982\1051), serán los equipos de valoración y orientación de los Centros base del Instituto Nacional de Servicios Sociales los que tendrán atribuidas las competencias de valoración que, a través de los dictámenes técnicos pertinentes, específicamente les confiere el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, para las distintas prestaciones.

Disposición final.

Se faculta a la Dirección General de Acción Social para dictar las normas necesarias para la aplicación de la presente Orden.

ANEXO I

Baremo para la determinación del grado de minusvalía exigido para obtener la condición general de beneficiario de las prestaciones reguladas en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero (RCL 1984\574).

APARTADO A) TABLAS DE EVALUACION DE MENOSCABO PERMANENTE

Consideraciones generales.

Elaboradas por la Asociación Médica Americana las Guías para la evaluación del menoscabo permanente, proporcionan criterios y métodos para la valoración del grado de discapacidad de una persona, ocasionado por cualquier tipo de alteración anatómica o funcional.

Utilizadas por el Servicio Social de Minusválidos desde sus comienzos, como instrumento para la valoración de minusvalías las primitivas Guías han sido modificadas en sucesivas ocasiones con el fin de adaptar el método a las necesidades detectadas en los años precedentes.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Constan de trece capítulos y unas tablas de valores combinados. La discapacidad viene expresada en términos porcentuales de menoscabo global de la persona.

Cada capítulo contiene las tablas con los valores de porcentaje recomendados en relación con el grado y tipo de discapacidad.

Con carácter general se recomienda realizar la evaluación después de una rehabilitación llevada al máximo, en el momento en que la alteración se considere estable o no progresiva. No obstante, al existir discapacidades originadas por alteraciones de carácter inestable, puede ser necesario volver a evaluar al individuo en intervalos apropiados al caso.

Cuando coexisten dos o más tipos de discapacidad, deben combinarse los valores hallados para cada uno de ellos, utilizando la tabla de valores combinados que aparece al final de las Guías.

Índice de Tablas de evaluación del menoscabo permanente.

Capítulo 1. Extremidades y columna.

Capítulo 2. Los nervios espinales periféricos.

Capítulo 3. Sistema nervioso central.

Capítulo 4. El sistema respiratorio.

Capítulo 5. El sistema cardiovascular.

Capítulo 6. El sistema hematopoyético.

Capítulo 7. El sistema visual.

Capítulo 8. Oído, nariz, garganta y estructuras relacionadas.

Capítulo 9. El aparato digestivo.

Capítulo 10. El sistema genital y urinario.

Capítulo 11. El sistema endocrino.

Capítulo 12. La Piel.

Capítulo 13. Valoración de la discapacidad de los trastornos mentales.

Tabla de valores combinados.

CAPITULO I.-Extremidades y columna.

Introducción.

Esta guía está dividida en tres secciones: Extremidades superiores, extremidades inferiores y columna.

Cada sección trata de lo siguiente:

1. Tablas para evaluar el menoscabo relativo debido a limitaciones de la movilidad, anquilosis, amputaciones y otras circunstancias.
2. Métodos para combinar y relacionar las distintas deficiencias.

(Figura 1).Extremidades superiores: TABLA 1: AMPUTACIONES

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1713 y 1714)

(Figura 2).TABLA 3: ARTICULACION INTERFALANGICA DEL PULGAR

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1714 y 1715)

Dedo pulgar.-Cuando hay varias articulaciones implicadas.

1. Calcular por separado el menoscabo del pulgar correspondiente a cada articulación y registrarla.
2. Combinar los valores de menoscabo utilizando la tabla de valores combinados, para hallar la deficiencia del pulgar debida a todas las articulaciones.
3. Consultar la tabla 6 para hallar el menoscabo de la mano debido al pulgar.

(Figura 3).TABLA 6: DEDO PULGAR

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1715 y 1716)

Cualquier dedo (excepto pulgar).-Cuando dos o más articulaciones están afectadas.

1. Calcular por separado el menoscabo de los dedos debido a cada articulación y registrarlo.
2. Combinar los valores de menoscabo utilizando la tabla de valores combinados, para hallar el de los dedos, ocasionado por dos o más articulaciones.
3. Consultar la tabla 10 para cada dedo, para hallar la deficiencia de la mano debida a cada dedo.

Mano.-Cuando dos o más dedos están afectados.

1. Calcular por separado el menoscabo de cada dedo afectado y registrarlo.
2. Calcular por separado el menoscabo de la mano correspondiente a cada dedo y registrarlo.
3. Sumar todos los valores de menoscabos de la mano.

La suma de estos valores representa el menoscabo de la mano.

4. Consultar la tabla 11, para hallar el menoscabo de la extremidad superior debido a la mano.

(Figura 4).TABLA 10: DEDOS

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1716 y 1717)

Articulación de la muñeca.-Cuando dos arcos de movimiento están afectados.

Limitación del movimiento.

1. Calcular por separado el menoscabo de la extremidad superior correspondiente a cada arco de movimiento y registrarlo.
2. Sumar los valores de menoscabos de la extremidad superior, correspondiente a todos los arcos de movimiento.

La suma de estos valores representa el menoscabo de le extremidad superior, debida a la articulación de la muñeca.

Anquilosis:

1. Calcular por separado y registrar el menoscabo de la extremidad superior debido a anquilosis en cada posición.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

2. El valor mayor de menoscabo por anquilosis representa el menoscabo de la extremidad superior debido a la articulación de la muñeca.

(Figura 5).TABLA 15: ARTICULACION DEL CODO

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1718 y 1719)

Articulación del codo.-Cuando dos arcos de movimiento están afectados.

Limitación de movimiento:

1. Calcular por separado y registrar el menoscabo de la extremidad superior correspondiente a cada arco de movimiento.
2. Sumar los valores de menoscabo de la extremidad superior correspondiente a todos los arcos de movimiento. La suma de estos valores representa el menoscabo de la extremidad superior, debido a la articulación del codo.

Anquilosis:

1. Calcular por separado el menoscabo de la extremidad superior, debido a anquilosis en cada posición y registrarla.
2. El valor mayor de la pérdida de la capacidad por anquilosis representa el menoscabo de la extremidad superior, debido a la articulación del codo.

(Figura 6).TABLA 18: ARTICULACION DEL HOMBRO

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1719 y 1720)

Articulación del hombro.-Cuando dos o más arcos de movimiento están afectados.

Limitación del movimiento:

1. Calcular por separado y registrar el menoscabo de la extremidad superior correspondiente a cada arco de movimiento.
2. Sumar los valores de los menoscabo de la extremidad superior correspondiente a todos los arcos de movimiento. La suma de estos valores representa el menoscabo de la extremidad superior, debido a la articulación del hombro.

Anquilosis:

1. Calcular por separado y registrar el menoscabo de la extremidad superior, debido a la anquilosis en cada posición.
2. El valor mayor de menoscabo por anquilosis representa el menoscabo de la extremidad superior correspondiente a la articulación del hombro.

(Figura 7).TABLA 21: EXTREMIDAD SUPERIOR

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1721)

Extremidad superior.-Cuando dos o más segmentos están afectados.

1. Calcular por separado y registrar los menoscabo de la extremidad superior correspondientes a cada segmento (mano, articulación de la muñeca, articulación del codo y articulación del hombro).
2. Cuando el menoscabo de una extremidad superior se haya fijado entre 5 por 100, y 50 por 100, esta cifra deberá reducirse en un 5 por 100 si corresponde a la extremidad superior no preferida. Si el

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

menoscabo se sitúa entre 51 por 100 y 100 por 100, el valor deberá reducirse en un 10 por 100 para la extremidad superior no preferida, antes de convertirlo en menoscabo global de la persona.

3. Consultar la tabla 21 para hallar el menoscabo global de la persona, debido a la extremidad superior.

(Figura 8).TABLA 22: EXTREMIDADES INFERIORES

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1721 y 1722)

Dedo gordo del pie.-Cuando ambas articulaciones están afectadas.

1. Calcular y registrar por separado el menoscabo del dedo gordo correspondiente a cada articulación.

2. Combinar estos valores, utilizando la tabla de valores combinados para hallar el menoscabo del dedo gordo, debido a ambas articulaciones.

3. Consultar la tabla 27 para hallar el menoscabo del pie, debido al dedo gordo.

(Figura 9).TABLA 27: DEDO GORDO DEL PIE

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1722 a 1724)

Segundo a quinto dedo del pie.-Cuando dos o más articulaciones están afectadas.

1.º Calcular por separado y registrar el menoscabo del pie correspondiente a cada articulación.

2.º Combinar esos valores, usando la tabla de valores combinados para hallar el menoscabo, debido a dos o más articulaciones.

3.º Consultar la tabla 34 para hallar el menoscabo del pie correspondiente a cada dedo.

Tabla 34. Segundo a Quinto dedo.

Menoscabo/ Cada dedo	Menoscabo/Pie
0%	16%	0%
17%	49%	1%
50%	83%	2%
84%	100%	3%

Pie.-Cuando dos o más dedos están afectados.

1.º Calcular por separado y registrar el menoscabo de cada dedo afectado.

2.º Calcular por separado y registrar el menoscabo del pie, debido a cada dedo afectado.

3.º Sumar todos los valores hallados. La suma de esos valores representa el menoscabo del pie.

4.º Consultar la tabla 35 para hallar el menoscabo de la extremidad inferior, debido al pie.

(Figura 10).TABLA 35: PIE

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1724 y 1725)

Articulación del tobillo.-Cuando dos o más arcos de movimiento están afectados.

Limitación de movimiento:

1.º Calcular por separado y registrar los menoscabos de la extremidad inferior correspondiente a cada arco de movimiento.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

2.º Sumar los valores de los menoscabos de la extremidad inferior que corresponden a todos los arcos de movimiento. La suma de estos valores representa el menoscabo de la extremidad inferior, debido al tobillo.

Anquilosis:

1.º Calcular por separado y registrar los menoscabos de la extremidad inferior correspondientes a la anquilosis en cada posición.

2.º El valor mayor de menoscabo por anquilosis representa el menoscabo de la extremidad inferior, debido a la articulación del tobillo.

(Figura 11).TABLA 38: ARTICULACION DE LA RODILLA

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1725 y 1726)

Articulación de la cadera.-Cuando dos o más arcos de movimiento están afectados.

Limitación de movimiento:

1.º Calcular por separado y registrar los menoscabos de la extremidad inferior correspondientes a cada arco de movimiento.

2.º Sumar los valores de menoscabos de la extremidad inferior correspondientes a todos los arcos de movimiento. La suma de estos valores representa el menoscabo de la extremidad inferior debido a la cadera.

Anquilosis:

1.º Calcular por separado y registrar los menoscabos de la extremidad inferior correspondientes a anquilosis en cada posición.

2.º El mayor menoscabo por anquilosis representa el menoscabo de la extremidad inferior debido a la articulación de la cadera.

(Figura 12).TABLA 43: EXTREMIDAD INFERIOR

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1727)

Extremidad inferior.-Cuando dos o más segmentos están afectados.

1.º Calcular por separado y registrar los menoscabos de la extremidad inferior correspondientes a cada segmento (pie, articulación del tobillo, articulación de la rodilla y articulación de cadera).

2.º Combinar los valores hallados, utilizando la tabla de valores combinados, para hallar el menoscabo de la extremidad inferior debido a dos o más segmentos.

3.º Consultar la tabla 43 para hallar el menoscabo global de la persona debido a la extremidad inferior. Columna.

Vértebras-fracturas:

Una vértebra.

- Menoscabo global de la persona

Compresión del cuerpo de una vértebra mayor que 0% compresión curada 0%

Compresión del cuerpo de una vértebra mayor que 25% compresión 5%

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Compresión del cuerpo de una vértebra mayor que 50% compresión 10%
Compresión del cuerpo de una vértebra mayor que 50% compresión 20%
Elementos posteriores 5%

El menoscabo contribuido por la compresión del cuerpo de una vértebra y fractura de los elementos posteriores se combina, no se suma.

Nota.-La no unión de un apófisis espinosa resultará en 0 por 100 de menoscabo global de la persona. Los pedículos, láminas, apófisis articulares y apófisis transversales se incluyen todo bajo la consideración de menoscabo debido a fractura de elementos posteriores de una vértebra.

Dos o más vértebras.

1. Calcular por separado y registrar el menoscabo global de la persona contribuido por cada vértebra.
2. Combinar los valores de menoscabo, usando la carta de valores combinados para determinar el menoscabo global de la persona contribuido por dos o más vértebras.

Vértebras, dislocaciones o subluxaciones:

Dislocaciones y subluxaciones.

Reducidas.

- Menoscabo global de la persona

Una vértebra 10%

Dos o más vértebras: Combinar los valores de los menoscabos para el número de vértebras afectadas.

No reducidas.

Considerarlas como temporales hasta que sean reducidas, entonces valorar el menoscabo según la dislocación reducida. Si la reducción no es posible, evaluar el menoscabo según la limitación del movimiento en la región de la columna afectada.

Anquilosis:

(Figura 13).TABLA 44: VERTEBRAS

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1727 a 1729)

Cuando dos o más arcos de movimiento están afectados.

Limitación de movimiento:

1.º Calcular por separado y registrar el menoscabo correspondiente a cada arco de movimiento y registrarlo.

2.º Sumar los valores de los menoscabos de la columna correspondientes a todos los arcos de movimiento de la columna. La suma de estos valores representa el menoscabo global de la persona debido a la columna.

Anquilosis:

1.º Calcular por separado y registrar el menoscabo debido a anquilosis en cada posición de la columna.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

2.º El valor mayor de menoscabo por anquilosis representa el menoscabo global de la persona debido a la columna.

(Figura 14). Pérdidas

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1729 y 1730)

Otras lesiones:

Lesiones de los discos intervertebrales:

- Menoscabo global de la persona

1. Desorden de disco clínicamente establecido, no operado y sin residuos 0%
2. Operado, disco eliminado, sin residuos 5%
3. Operado o no, al desorden de disco clínicamente establecido, con residuos, se le asigna 5 por 100 de menoscabo global de la persona, siendo combinado con el valor/es apropiado/s para los residuos, sobre la base de:

- a) Anquilosis (fusión) en la columna o extremidades;
- b) Movimiento restringido en la columna o extremidades;
- c) Fracturas de las vértebras;
- d) Lesiones de la médula espinal;
- e) Menoscabos de la raíz de los nervios espinales, o
- f) Cualquier combinación de las anteriores.

Nota.-El capítulo III: El sistema nervioso central tiene una sección dedicada a la médula espinal, debiendo ser consultada a la hora de estimar las lesiones de la médula espinal. El capítulo II: Los nervios espinales periféricos cuentan con una sección dedicada a las raíces de los nervios espinales y deberá consultarse a la hora de evaluar el menoscabo de la raíz del nervio.

Columna.-Cuando están implicadas dos o más lesiones de columna.

1. Calcular por separado y registrar el porcentaje de menoscabo debido a cada lesión.
2. Combinar los valores de menoscabo usando la tabla de valores combinados para determinar el menoscabo global de la persona debido a dos o más lesiones de columna.

Pelvis:

- Menoscabo global de la persona

1. Fracturas sin desplazamiento, soldadas sin secuelas 0%
2. Fracturas con desplazamiento, soldadas sin secuelas:
 - A) Rama del pubis de un lado 0%
 - B) Rama del pubis bilateral 0%
 - C) Ilión 0%
 - D) Innominado 0%
 - E) Sínfisis del pubis, sin separación 5%
 - F) Sacro 5%

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

G) Coxis 0%

3. Fracturas con desplazamiento, soldadas con deformidad y secuelas:

A) Rama del pubis de un lado 0%

B) Rama del pubis bilateral 5%

C) Ilión 2%

D) Innominado, desplazado 2,5 cm o más 10%

E) Sífnisis del pubis, desplazada o separada 15%

F) Sacro, dentro de la articulación sacroilíaca 10%

G) Coxis, sin unión o escisión 5%

H) Fractura dentro del acetábulo. Evaluar sobre la base de la retricción de movimiento en la articulación de la cadera.

CAPITULO II.-Los nervios espinales periféricos.

Introducción.

Esta guía aporta criterios para evaluar el menoscabo permanente derivado de la disfunción de los diversos nervios espinales periféricos.

Los trastornos de la función de nervios autónomos pueden afectar a un órgano o sistema corporal. Se deberá emplear la guía en que se trata del sistema corporal afectado a la hora de determinar el grado de menoscabo global de la persona.

Para evaluar el menoscabo resultante de los efectos de lesiones de nervios espinales periféricos será preciso determinar el grado de pérdida de función debido a:

- a) Déficit sensorial, dolor o malestar, y
- b) Pérdida de fuerza muscular.

Cuando subsiste verdadera causalgia pese al tratamiento debido, la pérdida funcional de la extremidad afectada podría ser del orden del 100 por 100 de menoscabo de dicha extremidad.

Esta guía consta de las siguientes secciones:

- 1.^a Las raíces de los nervios espinales.
- 2.^a Los plexos de los nervios espinales.
- 3.^a Los nervios espinales nominados.

(Figura 15).TABLA 1: MENOSCABO UNILATERAL DE LA RAIZ DEL NERVIO ESPINAL

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1730)

La tabla 1 ha sido preparada para aportar valores correspondientes a las raíces de nervios espinales más frecuentemente implicados en el menoscabo permanente. Estos valores están referidos solamente

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

a la implicación unilateral. Cuando hay implicación bilateral los valores debieran ser combinados empleando la tabla de valores combinados que aparece al final de la guía.

(Figura 16). Plexos de los nervios espinales.

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1731)

Nervios espinales nominados.

Los porcentajes vienen expresados en forma de implicación unilateral. Cuando haya implicación bilateral los menoscabos individuales unilaterales deberán ser determinados separadamente y convertido cada uno en menoscabo global de la persona. Finalmente se combinan estos valores empleando la tabla de valores combinados.

Cabeza, cuello y diafragma.

TABLA 3. MENOSCABO ESPECIFICO UNILATERAL DEL NERVIO ESPINAL QUE AFECTA A LA CABEZA Y AL CUELLO

(Figura 17).

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1731)

Un trastorno unilateral del nervio frénico daría lugar a un menoscabo mínimo o no funcional, toda vez que el paciente lo compensaría y continuaría realizando las actividades de la vida diaria. El menoscabo global de la persona por complicación frénica unilateral sería de 0 por 100 a 5 por 100. Por otra parte, una complicación frénica bilateral daría lugar a una reducción comprobable de la función ventilatoria y tendría que ser evaluada de acuerdo con los criterios fijados en la guía correspondiente.

(Figura 18). Extremidad superior

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1731 y 1732)

Los valores de porcentajes para la extremidad superior figuran en términos de la extremidad preferida. Por consiguiente, cuando se ha determinado que el menoscabo de una extremidad superior se halla comprendido entre un 5 por 100 y un 50 por 100, este valor debiera ser reducido en un 5 por 100, si el menoscabo de que se trata es de la extremidad superior no preferida. Si el valor está comprendido entre un 51 por 100 y un 100 por 100 de menoscabo de la extremidad superior, el valor debiera quedar reducido en un 10 por 100 para la extremidad no preferida antes de pasar a la conversión para saber el menoscabo global de la persona.

(Figura 19). Tronco, región inguinal y perineo.

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1732)

La evaluación del menoscabo del nervio intercostal y abdominal (T-2 L-1) se basa en el número de nervios implicados. Los porcentajes que aparecen en la tabla 7 se expresan en términos de completa pérdida de función de los nervios implicados. Los porcentajes correspondientes al menoscabo bilateral se han obtenido combinando los datos correspondientes al menoscabo unilateral por medio de la tabla de valores combinados. Cuando persista la neuralgia intercostal, el menoscabo global de la persona es de 0 por 100 al 3 por 100. La implicación unilateral del nervio pudiendo, incluyendo las ramificaciones hasta el nervio hemorroidal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del pene o clítoris dará por resultado la pérdida de función debida al déficit sensorial, dolor o malestar en un 0 por 100-5 por 100 y pérdida de fuerza en 0 por 100-5 por 100, que se combinan para dar un menoscabo global de la persona entre 0

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

por 100-10 por 100; sin embargo, la implicación bilateral resultará en porcentajes de menoscabo de 0 por 100-20 por 100 por pérdida de función debida al déficit sensorial, dolor o malestar, y pérdida de fuerza de 0 por 100-20 por 100, que se combinan para dar un menoscabo global de la persona entre 0 por 100-36 por 100.

(Figura 20).Extremidad inferior.

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1733)

Nota.-La conversión al valor global de la persona, en el menoscabo, sólo se debe hacer cuando hayan sido combinados todos los menoscabos que afecten a la extremidad inferior en cuestión.

(Figura 21).TABLA 10: CONVERSION DEL MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1733)

CAPITULO III.-Sistema nervioso central.

Esta Guía aporta criterios para la evaluación del menoscabo permanente que resulta de alguna alteración de la médula espinal o del cerebro. También se incluyen aquí los nervios craneales por sus nombres específicos, aunque ya mencionados en otras Guías que tratan de órganos específicos, ejemplo: los ojos y los oídos.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el grado de menoscabo permanente en el sistema nervioso central no es estático; a menudo estamos frente a un proceso evolutivo. Por ello, todos los hallazgos tienen que ser sometidos a revisión y es preciso reevaluar el estado del enfermo a intervalos para detectar nuevos deterioros o mejorías.

Se consideran dentro del sistema nervioso central los siguientes apartados:

- Los nervios craneales.
- La médula espinal.
- El cerebro.

(Figura 22).Los nervios craneales.

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1733 y 1734)

La médula espinal.

Los menoscabos más comunes debido a un deterioro de la médula espinal y el orden por el que se discutirán en esta Guía es el siguiente:

1) Posición y porte al andar; 2) el uso de las extremidades superiores; 3) respiración; 4) función de la vejiga; 5) función anorrectal, y 6) función sexual.

Las alteraciones sensoriales incluyen: 1) Pérdidas del tacto, sentido del dolor, temperatura, vibraciones y sentido de posición y 2) la existencia de parestesias, etc. Desórdenes vegetativos autonómicos como sudoración, circulación y regulación de la temperatura, pueden también aparecer en el curso de las

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

perturbaciones en la médula espinal, así como lesiones tróficas, cálculos en la orina, osteoporosis, alteraciones en la nutrición, infecciones y estados psicológicos reactivos. El grado en que cualquiera de ellos aumenta el menoscabo de la médula espinal deberá basarse en los criterios de las Guías adecuadas.

Postura y porte.-La capacidad para estar de pie y andar da los criterios para evaluar los desórdenes que afectan las extremidades inferiores. Ver tabla 2.

Uso de las extremidades superiores.-Como las tareas básicas de la vida diaria se dependen más de la extremidad superior preferida, la pérdida o disfunción de esta extremidad es un menoscabo mayor que la pérdida de la otra. La evaluación deberá revisarse periódicamente, pues el paciente puede llegar a ser tan diestro con la extremidad que le queda como lo era con la preferida que perdió. Ver tabla 2.

Respiración.-Ver tabla 2.

Funcionamiento de la vejiga.-Ver tabla 2.

Funcionamiento anorrectal.-Ver tabla 2.

Funcionamiento sexual.-Los valores dados en la tabla 2 se aumentan en un 50 por 100 para los de menos de cuarenta años, y disminuyen un 50 por 100 para los mayores de sesenta y cinco años, sobre los valores dados.

El cerebro.

Los menoscabos más comunes que resultan de las alteraciones en el cerebro y que se discuten aquí son: 1) Alteraciones sensoriales y motoras; 2) alteraciones en la comunicación; 3) perturbaciones de las funciones complejas e integradas del cerebro; 4) perturbaciones emotivas; 5) alteraciones de la consciencia; 6) alteraciones neurológicas episódicas.

Puede haber más de un tipo de manifestación de menoscabo que resulte de las alteraciones en el cerebro. En estos casos los diversos grados de menoscabo no se suman ni combinan, sino que el valor mayor es el que se usa y representa todos los otros tipos.

Alteraciones sensitivas y motrices:

Sensitivas.-Al evaluar estas alteraciones se deberá considerar: 1) Dolor y disestesias; 2) alteraciones en el conocimiento de medidas, formas y calidades de los objetos (astereognosis); 3) alteraciones en el sentido de la posición, y en la percepción de dos puntos; 4) parestesias de origen central, y 5) alteraciones que se pueden descubrir con otras pruebas más elaboradas, como los desórdenes en la imagen del cuerpo.

Motrices.-Estos desórdenes incluyen la hemiparesia y la hemiplejia con sus variaciones. Hay, además, otros muchos desórdenes que incluyen a: 1) Movimientos involuntarios como temblor, atetosis, corea o hemibalismo; 2) alteraciones en el tono y postura; 3) varias formas de aquinesia y disquinesia, en las cuales el movimiento puede estar gravemente afectado como en parkinsonismo; 4) menoscabo de movimientos asociados y cooperativos, y 5) alteraciones complejas de la manualidad y del porte, incluyendo las ataxias.

Los métodos para la evaluación de las diversas funciones se indican en otro lugar de esta guía.

Alteraciones en la comunicación.-Lo que discutimos en esta Guía es el mecanismo central del habla.

Las perturbaciones en este mecanismo producen afasia y disfasia. Las formas llamadas agrafía, alexia

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

o acalculia se reflejan en los criterios que a continuación se dan para evaluar el menoscabo de la comunicación debido a alteraciones patológicas del cerebro.

- 1) Puede comprender y hablar, pero con diversos grados de dificultad en su vida diaria 0 - 15%
- 2) Puede comprender, pero no puede hablar lo suficiente para hacerse comprender en las necesidades de su vida diaria 20 - 45%
- 3) No puede comprender y, por tanto, habla de manera ininteligible o inapropiada para las necesidades de su vida diaria 50 - 85%
- 4) No puede comprender ni hablar 95%

Perturbaciones de las funciones complejas e integradas del cerebro.-Estas perturbaciones constituyen el bien conocido síndrome orgánico del cerebro. Ver tabla 2.

Perturbaciones emotivas.-Pueden ser uno de los resultados de daño cerebral orgánico. Ver tabla 2.

Perturbaciones de la consciencia.-Incluyen estado orgánico confuso (hiper o hipoactivo), estupor (respuestas no coordinadas a estímulos nocivos) y coma (no hay respuesta). Ver tabla 2.

Desórdenes neurológicos episódicos.-Entre estos episodios se pueden nombrar (aunque no se limiten a ellos): Síncope, epilepsia, convulsiones, cataplexia y narcolepsia. Ver tabla 2.

(Figura 23).TABLA 2: VALORES DE INCAPACIDAD DE LA MEDULA ESPINAL Y CEREBRO

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1734 y 1735)

CAPITULO IV.-El sistema respiratorio.

Introducción.

Esta Guía proporciona criterios para evaluar el menoscabo permanente del aparato respiratorio y el efecto que éste tiene en la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades diarias.

En el texto se hace una clasificación basada en pruebas de laboratorio y observaciones clínicas. En cada clase hay descubrimientos subjetivos y objetivos y valores de porcentaje para determinar el menoscabo global de la persona. Puesto que hay una amplia variedad en los resultados de las pruebas de ventilación entre individuos normales, no puede definirse ningún porcentaje de menoscabo global hasta que el menoscabo funcional haya progresado hasta el punto de encontrarse dentro del criterio establecido para la clase II.

Por lo tanto, los pacientes con síntomas que están dentro de los criterios de la clase I, deberán tener un porcentaje de menoscabo global de 0 por 100, aunque haya anomalías anatómicas demostrables en el aparato respiratorio.

La clasificación del menoscabo del aparato respiratorio se basa en:

1. Grado de disnea.
2. Signos radiográficos.
3. Grado de menoscabo en la función de la ventilación.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Los resultados de las pruebas de ventilación deberán expresarse en litros o en litros por minuto y también como un porcentaje del valor predicho como normal.

Con objeto de facilitar la obtención de este porcentaje, la guía incluye las tablas de valores normales de pruebas de ventilación para hombres y mujeres de una edad y estatura dadas.

(Figura 24).TABLA 1: VALORES NORMALES PREDICHOS VEF 1.0 PARA HOMBRES (TAPS)

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1735 a 1740)

CAPITULO V.-El sistema cardiovascular.

Introducción.

Los diversos grados de menoscabo permanente pueden ser el resultado de cualquier desviación de la normalidad anatómica o funcional en el sistema cardiovascular. Esta guía señala unos criterios y métodos para determinar el grado de dicho menoscabo, en tanto afecta a la persona en su totalidad.

Criterios para la valoración del menoscabo en el sistema cardiovascular.

Por razones prácticas, se han establecido tres categorías:

- a) Enfermedades del corazón.
- b) Hipertensión vascular.
- c) Enfermedades vasculares que afectan a las extremidades.

Cada categoría se divide en una serie de clases.

Cuando los hallazgos clínicos son tales que un paciente no puede clasificarse en una de ellas o sale de las categorías indicadas, la evaluación del menoscabo, de acuerdo con cada una de las categorías, deberá combinarse.

Enfermedad del corazón:

(Figura 25).TABLA 1: TIPOS DE ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1740 a 1742)

CAPITULO VI.-El sistema hematopoyético.

Esta guía contiene criterios para evaluar la discapacidad producida por alteraciones en el sistema hematopoyético expresada en términos de menoscabo global de la persona.

Está dividida en los siguientes apartados:

- Anemia.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

- Policitemia.
- Alteraciones de los leucocitos.
- Alteraciones del sistema reticuloendotelial.
- Desórdenes hemorrágicos.
- Alteraciones de las plaquetas.

(Figura 26).Anemia

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1743)

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente relacionado con policitemia.

Clase 1. Menoscabo global de la persona 0-20 por 100: Un paciente con síntomas y señales de policitemia pertenece a la clase 1 cuando el nivel de hemoglobina es elevado, pero se mantiene a un nivel menor de 18 mg/100 ml de sangre, con tratamiento infrecuente o inexistente.

Clase 2. Menoscabo global de la persona 25-50 por 100: Un paciente con síntomas y señales de policitemia pertenece a la clase 2 cuando se necesita un tratamiento frecuente para mantener el nivel de hemoglobina en sangre periférica a menos de 18 mg/100 ml de sangre.

Clase 3. Menoscabo global de la persona 55-90 por 100: Un paciente con síntomas y señales de policitemia pertenece a la clase 3 cuando se requiere un intenso tratamiento para mantener el nivel de hemoglobina en sangre periférica a menos de 20 mg/100 ml de sangre.

Criterios para la evaluación del menoscabo producido por alteraciones de los leucocitos.

Clase 1. Menoscabo global de la persona 0-10 por 100. Un paciente pertenece a la clase 1 cuando:
a) Hay síntomas y señales de anormalidad en los leucocitos; b) no se necesita ningún tratamiento o sólo de forma infrecuente, y c) se pueden llevar a cabo todas o la mayoría de las actividades de la vida diaria.

Clase 2. Menoscabo global de la persona 15-25 por 100: Un paciente pertenece a la clase 2 cuando: a) Hay síntomas y señales de anormalidad en los leucocitos, y b) aunque se necesita tratamiento continuo, se pueden seguir realizando la mayoría de las actividades de la vida diaria.

Clase 3. Menoscabo global de la persona 30-50 por 100: Un paciente pertenece a la clase 3 cuando: a) Hay síntomas y señales de anormalidad en los leucocitos; b) se necesita tratamiento continuo, y c) hay interferencia en la realización de las actividades de la vida diaria, necesitándose ocasionalmente ayuda de otras personas.

Clase 4. Menoscabo global de la persona 55-90 por 100: Un paciente pertenece a la clase 4 cuando: a) Hay síntomas y señales de anormalidad en los leucocitos; b) se necesita tratamiento continuo, y c) se experimentan dificultades en la realización de las tareas diarias, necesitándose continua ayuda de los demás.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente producido por alteraciones del sistema reticuloentotelial.

Clase 1. Menoscabo global de la persona 0-20 por 100: Un paciente pertenece a la clase 1 cuando:
a) Existen síntomas o señales de enfermedad reticuloendotelial, y b) se pueden realizar las actividades de la vida diaria sin o con poca dificultad.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Clase 2. Menoscabo global de la persona 25-50 por 100: Un paciente pertenece a la clase 2 cuando: a) Existen síntomas y señales de enfermedad reticuloendotelial, y b) se pueden llevar a cabo la mayoría de las tareas diarias con algo de ayuda de los demás.

Clase 3. Menoscabo global de la persona 55-95 por 100: Un paciente pertenece a la clase 3 cuando: a) Existen síntomas y señales de enfermedad reticuloendotelial; b) se necesita tratamiento continuo, y c) no se pueden llevar a cabo sin ayuda las actividades de la vida diaria.

Desórdenes hemorrágicos.

Puesto que los pacientes con desórdenes hemorrágicos han de evitar las actividades que puedan conducir al trauma, existirá un menoscabo global de la persona de 0 a 10 por 100. Cualquier complicación (es) que pudiera seguir al desorden hemorrágico (ejemplo: daño permanente en las articulaciones), deberá evaluarse por separado de acuerdo con los criterios indicados en las Guías apropiadas para el cálculo de la complicación, sin tener en cuenta la causa. El valor en porcentaje adecuado a la complicación deberá entonces combinarse con el calculado para el desorden hemorrágico.

Hemofilia:

Teniendo en cuenta que existe siempre una pérdida del factor de seguridad ya que el hemofílico debe evitar actividades que puedan producir un traumatismo, el criterio seguido en general ha sido el de asignarles un porcentaje de minusvalía de, al menos, el 33 por 100.

Plaquetas.

Puesto que las personas con alteraciones plaquetarias tienen necesidad de evitar actividades que pudieran ocasionar trauma, y es constante la necesidad de hemostasis, un paciente que tenga un desorden establecido en las plaquetas tendrá un menoscabo global de la persona entre 0 y 10 por 100. Las complicaciones que puedan surgir como resultado del desorden en las plaquetas, tales como hemorragia o trombosis, deberán ser evaluadas de acuerdo con los criterios establecidos para la evaluación del menoscabo del sistema corporal u órgano (ejemplo: ojo, cerebro, tacto gastrointestinal) afectado, y combinados luego con el valor determinado para el desorden de las plaquetas.

Aunque la hemorragia o la trombosis resultante de la trombocitopenia o trombocitemia suele tener por resultado un menoscabo permanente en un sistema corporal distinto de hematopoyético, se reconoce que el flujo persistente -aisladamente- puede interferir en la realización de las actividades diarias, en ausencia de otra disfunción orgánica. Los pacientes que sufran tal persistencia de flujo de sangre, tendrán de 15 a 50 por 100 de menoscabo global de la persona, dependiendo de la frecuencia del tratamiento y hasta qué punto se vean interferidas las actividades diarias de la persona.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

CAPITULO VII.-El sistema visual.

Introducción.

Esta guía proporciona criterios para evaluar los grados de menoscabo producidos por alteraciones en la visión. Las deficiencias en la visión ocurren por una desviación de lo normal en una o más funciones de los ojos, incluyendo, agudeza visual corregida para lejos y para cerca, campos visuales y motilidad ocular sin diplopía. La evaluación del menoscabo visual se basa en estas tres funciones.

Se consideran otras funciones oculares y perturbaciones, en el grado en que se reflejan sobre una o más de estas funciones coordinadas. Tales funciones incluyen: Percepción del color, adaptación a la luz y a la oscuridad, acomodación y visión binocular. La alteración de estas funciones incluye: Paresia de la acomodación, iridoplegia, metamorfopsia, entropion, ectropion, epifora y lagoftalmos. En el caso de que alguna perturbación ocular produzca un menoscabo no reflejado en la agudeza visual, campos visuales o motilidad ocular sin diplopía, debe ser evaluada por el Médico en su grado de menoscabo y combinarse con el menoscabo del sistema visual, según se determina en los cálculos que siguen. En tales circunstancias, el Médico se guiará por el valor relativo a las funciones mensurables sobre las que se basa la evaluación en esta guía, así como por el valor asignado a los otros menoscabos visuales en cada caso particular. No se considerarán en esta guía las deformidades de la órbita y los defectos estéticos que no alteren la función ocular.

(Figura 27).Agudeza visual central

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1744)

Las notaciones de porcentajes de pérdida de visión central para cerca y para lejos que aparecen en la tabla 1 están incluidas solamente para indicar los valores básicos que se usan para la tabla 2.

La simple suma de dos porcentajes de pérdida que corresponden a las notaciones apropiadas para lejos y cerca, no dan un porcentaje verdadero de pérdida de visión central. La verdadera pérdida de visión central es la media de los dos porcentajes (tabla 2).

(Figura 28).TABLA 2: PERDIDA DE VISION CENTRAL

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1744)

La afaquia monocular se considera como un hándicap adicional y -en caso de aparecer- se le da un valor de 50 por 100 de disminución en la visión central corregida restante (tabla 2).

Para determinar la pérdida de visión central de un ojo:

1. Mídase y anótese la agudeza de visión para lejos y cerca, con lentes correctoras.
2. Consúltese la tabla 2 para hallar la correspondiente pérdida de visión central dependiente de la existencia de afaquia monocular.

Campos visuales.

Deberán obtenerse, por lo menos, dos campos periféricos que coincidan dentro del límite de 15 grados en cada meridiano. El resultado se representará gráficamente punteado en un diagrama normal de campo visual en cada uno de los ocho meridianos principales de 45 grados (fig. 1).

La extensión mínima normal de campo visual, desde el punto de fijación, se indica en la tabla 3.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Estas cifras son algo inferiores al término medio normal dejando margen de aparición para respuestas retardadas o pobres, o por si hay una prominencia muy marcada de cejas o nariz.

TABLA 3. EXTENSION MINIMA NORMAL DEL CAMPO VISUAL DESDE EL PUNTO DE FIJACION

Temporal	85 (Grados)
Temporal inferior	85 (Grados)
Inferior	65 (Grados)
Nasal inferior	50 (Grados)
Nasal	60 (Grados)
Nasal superior	55 (Grados)
Superior	45 (Grados)
Temporal superior	55 (Grados)
Total	500 (Grados)

(Figura 29).

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1745)

(Figura 30).TABLA 4: PERDIDA DE CAMPO VISUAL

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1745 y 1746)

Para determinar la pérdida de campo visual:

1. Expresar gráficamente -por punteo- la extensión de los campos visuales en cada uno de los ocho meridianos de 45 grados en un diagrama de campo visual normal (fig. 1).
2. a) Determínese los grados perdidos sumando los grados de campo visual perdidos en cada uno de los meridianos principales (tabla 3).
b) Si se ha perdido medio campo visual, súmese los grados perdidos a la mitad de la suma de los dos meridianos límites.
3. Consúltese la tabla 4 para ver el porcentaje correspondiente de pérdida de campo visual.

Aunque la extensión de la pérdida del campo visual no se puede determinar exactamente por escotomas, se puede obtener una aproximación restando el ancho del escotoma del valor del campo visual periférico en los mismos meridianos. Una estimación similar de la pérdida del campo visual se puede aplicar al aumento de la mancha ciega haciendo una prueba con un objeto de dos milímetros a una distancia de un metro de una pantalla tangente, llevando el paciente sus lentes correctores. Por ejemplo: un aumento general de la mancha ciega de 5 grados tendría por consecuencia una pérdida del campo visual de $8 * 5 = 40$ por 100 de pérdida. Como el escotoma central afecta directamente la agudeza visual central, la cual se evalúa primero, esta pérdida de campo visual no se vuelve a usar en el cálculo final de pérdida visual.

Motilidad ocular.

A menos que haya diplopía en el límite de 30 grados a partir del centro de fijación, muy raramente es causa de pérdida de visión, excepto al mirar hacia abajo. La extensión de la diplopía en las diferentes direcciones se determina en el perímetro a 330 milímetros o en cualquier pantalla tangente a la distancia

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

de un metro del paciente en cada uno de los meridianos de 45 grados, con una luz pequeña de prueba y sin lentes de colores o prismas correctores.

Para determinar la pérdida de motilidad ocular en un ojo:

1. Puntear gráficamente la separación de dos imágenes en un diagrama de campo visual.
2. Añádese el porcentaje correspondiente de la pérdida de motilidad causada por diplopía, con la mirada en varias direcciones como se mide en la figura 2.

(Figura 31).

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1746)

Aparato de la visión.

Para determinar el menoscabo del aparato de la visión:

1. Calcular y anotar separadamente para cada ojo:
 - a) Porcentaje de pérdida de visión central (VC).
 - b) Porcentaje de pérdida de campo visual (CV).
 - c) Porcentaje de pérdida de motilidad ocular (MO).
2. Usando la tabla de valores combinados, combínese el porcentaje de la pérdida de visión central en cada ojo separadamente.
3. Volviendo a usar la tabla de valores combinados, combínese el porcentaje de la pérdida de motilidad ocular en el ojo que la tenga mayor, con el valor combinado de la visión central y del campo visual en aquel ojo. No se tenga en cuenta la pérdida de motilidad en el otro ojo.
4. Consúltese la tabla 5 para determinar el menoscabo del aparato de la visión.

(Figura 32).TABLA 5: EL APARATO DE LA VISION

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1747 a 1749)

Para determinar el menoscabo global de la persona debido al aparato de la visión.

Consúltese la tabla 6 para determinar el menoscabo global de la persona debido al aparato de la visión.

(Figura 33).TABLA 6: EL APARATO DE LA VISION

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1750)

CAPITULO VIII.-Oído, nariz, garganta y estructuras relacionadas.

Esta guía aporta criterios para la evaluación del menoscabo permanente que resulte de las deficiencias de estos aparatos y obtener el correspondiente menoscabo en términos globales de la persona.

Dicho menoscabo deberá ser determinado sin que el paciente lleve ningún aparato protésico.

El oído.

Se consideran dentro de este apartado las funciones de audición y equilibrio por separado.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Algunas enfermedades del oído no se pueden medir y el Médico les dará un valor, basándose en la severidad e importancia.

Las deformaciones de la aurícula y otras de estética que no alteren función, no se consideran. El tinitus en sí no se considera causa de menoscabo.

El menoscabo auditivo biauricular debe utilizarse a la hora de determinar el menoscabo global de la persona.

a) Audición.-En la evaluación del menoscabo auditivo se utilizan los siguientes términos:

1. Decibelio = DB.
2. Ciclos por segundo = cps.
3. Nivel de umbral auditivo (pérdida de audición).

La estimación del nivel de audición para el habla es el promedio simple de los niveles de audición de las tres frecuencias de 500, 1.000 y 2.000 Hz.

TABLA 1. CONVERSION DEL NIVEL ESTIMADO DE AUDICION PARA EL HABLA EN UN PORCENTAJE DE MENOSCABO AUDITIVO MONOAURAL.

(Figura 34).

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1750 a 1752)

b) Equilibrio.-En la evaluación del menoscabo por alteraciones del equilibrio se considerarán únicamente las debidas a defectos del laberinto, vestíbulo y sus vías.

Pérdida completa de la función vestibular:

Esta pérdida puede ser bilateral o unilateral. Cuando la pérdida es unilateral el equilibrio no se ha alterado permanentemente. Por lo tanto, no se da porcentaje para esto. Cuando la pérdida es bilateral puede esperarse cierto grado de compensación de los mecanismos quinestésicos y visuales. Dependiendo del grado de esta compensación, el porcentaje de menoscabo global irá de 0 a 25 por 100.

Alteraciones de la función del laberinto y vestíbulo:

Estas alteraciones se evidencian por vértigo periférico. Vértigo verdadero debido a una irritación no central.

Los pacientes con vértigo debido a una anomalía en el laberinto se consideran temporalmente menoscabados.

Clase 1. Menoscabo global de la persona: 0 por 100.

Un paciente pertenece a esta clase cuando: a) tiene síntomas de vértigo periférico, b) puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ninguna clase de ayuda.

Clase 2. Menoscabo global de la persona: 5 por 100-10 por 100.

El paciente pertenece a la clase 2, cuando: a) tiene síntomas de vértigo periférico, y b) puede llevar a cabo sin ayuda las actividades de la vida diaria, excepto las que encierran peligro personal o para otros, como conducir, etc.

Clase 3. Menoscabo global de la persona: 15 por 100-25 por 100.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

El paciente pertenece a la clase 3 cuando: a) tiene síntomas de vértigo, y b) no puede llevar a cabo las actividades de su vida diaria sin que le ayuden, excepto las que son muy simples, como cuidar de sí mismo, cuidar la casa, andar por la calle e ir en un vehículo conducido por otro.

Clase 4. Menoscabo global de la persona: 30 por 100-45 por 100.

El paciente pertenece a la clase 4 cuando: a) tiene síntomas de vértigo, y b) no puede llevar a cabo las actividades de su vida diaria, excepto el cuidado de sí mismo.

Clase 5. Menoscabo global de la persona: 50 por 100-70 por 100.

El paciente pertenece a la clase 5 cuando: a) tiene síntomas de vértigo periférico; b) las actividades de la vida diaria no puede hacerlas sin ayuda, excepto el cuidado de sí mismo, y c) no puede salir de casa o ir muy lejos.

Nariz, garganta y estructuras relacionadas.

Se evaluará únicamente los menoscabos de las funciones dependientes de las citadas estructuras.

Estas estructuras se discutirán en el orden siguiente:

- 1) Respiración
- 2) Masticación y deglución
- 3) Olfato y gusto
- 4) Habla.

Respiración.-En esta guía nos limitamos a discutir el menoscabo de la respiración debido a defectos en las vías respiratorias.

(Figura 35).TABLA 4: CLASES DE DEFECTOS EN LAS VIAS RESPIRATORIAS

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1752 y 1753)

Masticación y deglución.-El paciente necesita por regla general restricciones en su dieta. Estas restricciones son, por lo tanto, los criterios más objetivos para evaluar la incapacidad permanente de estos pacientes.

Estos criterios son:

1. Dieta semisólida, 10-15 por 100.
2. Dieta líquida, 20-30 por 100.
3. Ingestión por gastrostomía, 40-60 por 100.

Olfato y gusto.-En esta guía se da un valor único de 3 por 100 de menoscabo global de la persona cuando haya una pérdida completa de estos sentidos.

Habla.-Se evalúa específicamente la producción de la voz y la articulación no el contenido o la estructura de la comunicación del paciente.

Ver tabla 5.

(Figura 36).TABLA 5: CUADRO DE CLASIFICACION DE ANOMALIAS EN LA AFONIA

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1753 y 1754)

Valores que combinados determinan un porcentaje de minusvalía 58 por 100:

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Este porcentaje puede ser menor si la pérdida auditiva es menor o si se posee un lenguaje oral adecuado.

CAPITULO IX.-El aparato digestivo.

Introducción.

El criterio seguido para evaluar el aparato digestivo se basa en los efectos que el menoscabo permanente del mismo puede tener en la capacidad del individuo para llevar a cabo las tareas de su vida diaria.

En esta guía la discusión del aparato digestivo se expresará en: 1.º) Esófago, estómago y primera porción del duodeno, intestino delgado y páncreas, 2.º) colon y recto, 3.º) conducto anal, 4.º) hígado y vías biliares, 5.º) estomas quirúrgicos.

A efectos de valoración, y según el cuadro clínico, cada uno de estos grupos se ha dividido en varias clases, según el porcentaje de menoscabo global.

(Figura 37).TABLA 1: CLASES DE MENOSCABO DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1754 a 1756)

Estomas quirúrgicos.

Si un paciente tiene un estoma quirúrgico permanente los valores siguientes deberán combinarse con los valores determinados dados para el sistema involucrado:

Esofagotomía	10 (Porcentaje de menoscabo global de la persona)
Gastrostomía	10 (Porcentaje de menoscabo global de la persona)
Yeyunostomía	15 (Porcentaje de menoscabo global de la persona)
Ileostomía	15 (Porcentaje de menoscabo global de la persona)
Colostomía	0 (Porcentaje de menoscabo global de la persona)

CAPITULO X.-El sistema genital y urinario.

Introducción.

Esta guía aporta criterios para evaluar los efectos que el menoscabo permanente de los sistemas genital y/o urinario produce en la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

En esta guía la discusión de estos sistemas se refiere: 1) al tracto urinario superior, con una sección sobre diversificaciones urinarias; 2) a la vejiga; 3) a la uretra; 4) a los órganos genitales masculinos; 5) a los órganos genitales femeninos.

Criterios para la valoración del menoscabo del tracto urinario superior.

La persona con un solo riñón cualquiera que sea la causa, debiera ser valorada con un 10 por 100 de menoscabo global de la persona, porque ha tenido una pérdida estructural de un órgano esencial. Este valor tiene que ser combinado con cualquier menoscabo permanente (incluyendo cualquier menoscabo en el riñón restante) que sea relevante en el caso considerado.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0 por 100-10 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando: a) existe disminución de la función del tracto urinario superior, comprobada por la depuración de creatinina de 75 a 90 litros/24 horas (52 a 62,5 ml/min) y secreción de PSP de 15 por 100 a 20 por 100 en 15 minutos; o bien b) existen síntomas y señales intermitentes de disfunción del tracto urinario superior que no requiere un tratamiento o vigilancia continuo.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 15 por 100-30 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando: a) existe una disminución de la función del tracto urinario superior, comprobada por la depuración de creatinina de 60 a 75 litros/24 horas (42 a 52 ml/min) y secreción de PSP de 10 por 100 a 15 por 100 en 15 minutos; o bien b) aunque la depuración de creatinina sea mayor de 75 litros/24 horas (52 ml/min) y la secreción de PSP sea superior a un 15 por 100 en 15 minutos los síntomas y señales de enfermedad o de disfunción del tracto urinario superior precisan una vigilancia continua y un tratamiento frecuente.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 35 por 100-60 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando: a) aparece una disminución de su función del tracto urinario superior, comprobada por la depuración de creatinina de 40 a 60 litros/24 horas (28 a 42 ml/min) y por secreción de PSP de 5 por 100 a 10 por 100 en 15 minutos; o bien b) aunque la depuración de creatinina sea de 60 a 75 litros/24 horas (42 a 52 ml/min) y la secreción de PSP de 10 por 100 a 15 por 100 en 15 minutos, los síntomas y señales de la enfermedad o de la disfunción del tracto urinario superior sean controlados de forma incompleta por tratamiento quirúrgico o por tratamiento médico constante.

Clase IV. Menoscabo global de la persona: 65 por 100-90 por 100:

Un paciente pertenece a la clase IV cuando: a) existe disminución de la función del tracto urinario superior, comprobada por la depuración de creatinina inferior a 40 litros/24 horas (28 ml/min) y secreción de PSP inferior a un 5 por 100 en 15 minutos; o bien b) aunque la depuración de creatinina sea de 40 a 60 litros/24 horas (28 a 42 ml/min) y secreción de PSP sea de un 5 por 100 a un 10 por 100 en 15 minutos, los síntomas y señales de enfermedad o de disfunción del tracto urinario superior persisten pese al tratamiento quirúrgico o médico constante.

Derivación urinaria.

Sin tener en cuenta cómo funcionan estas derivaciones en la preservación de la integridad renal y en la disposición de la orina, los valores siguientes para la derivación debieran ser combinados con los determinados bajo los criterios previamente dados para la porción del tracto urinario implicado:

Derivaciones urétero-intestinales 10 (Porcentaje del menoscabo global de la persona)

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Ureterostomía cutánea sin intubación 10 (Porcentaje del menoscabo global de la persona)

Nefrostomía o ureterostomía intubada 15 (Porcentaje del menoscabo global de la persona)

Criterios para evaluar el menoscabo permanente de la vejiga.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0 por 100-10 por 100:

Un paciente pertenece a la clase I cuando existen síntomas y señales de trastornos en la vejiga que requieren tratamiento, pero sin existir mal funcionamiento.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 15-20 por 100:

Un paciente pertenece a la clase II cuando: a) hay síntomas y/o señales de trastorno en la vejiga, que requieren tratamiento constante; o bien b) existe buena actividad refleja de vejiga, pero no hay control voluntario.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 25-35 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando la vejiga posee una pobre actividad reflejada (goteo intermitente) y no hay control voluntario.

Clase IV. Menoscabo global de la persona: 40 por 100-60 por 100.

Un paciente pertenece a la clase IV cuando no hay control reflejo, no voluntario, de la vejiga (goteo constante).

Nota: La extirpación de la vejiga por cualquier razón, con la consiguiente derivación urinaria, debiera tener asignado un tipo similar de menoscabo.

Criterios para la evaluación permanente del menoscabo de la uretra.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-5 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando existen síntomas y señales de desorden uretral, los cuales requieren terapia intermitente para su control.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 10-20 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando hay síntomas y señales de desorden uretral que pueden ser controlados efectivamente mediante tratamiento.

Organos genitales masculinos.

Los órganos genitales masculinos, comprenden el pene, el escroto, los testículos el epidídimo, los cordones espermáticos, la próstata y las vesículas seminales. Los valores del impedimento de los órganos genitales masculinos son para varones comprendidos entre los 40 y los 65 años de edad. Estos valores pueden ser incrementados en un 50 por 100 de valor dado (por ejemplo, 50 por 100 de aumento de 20 por 100 de menoscabo igual al 30 por 100), para aquellos varones menores de 40 años de edad y reducidos en un 50 por 100 para los mayores de 65 años.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 5-10 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando es posible la función sexual, pero con grados diversos de dificultad de erección, de eyaculación y/o de conciencia.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 10-15 por 100.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Un paciente pertenece a la clase II cuando es posible la función sexual, con erección suficiente, pero sin eyaculación o conciencia.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 20 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando no es posible la función sexual.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente del escroto.

Clase I. Impedimento de toda la persona: 0-5 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando existen síntomas y señales de pérdidas o de enfermedad de escroto y no hay prueba de mala función testicular, aunque pueda haber mala postura de los testículos.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 10-15 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando:

- a) Existan síntomas y señales de tal alteración arquitectural o de tal enfermedad del escroto, que los testículos tienen que ser colocados en otra postura distinta a la escrotal para preservar la función testicular y exista dolor o incomodidad con actividad; o bien
- b) Existe pérdida total del escroto.

Criterios para evaluar el menoscabo permanente de testículos de epidídimos y de cordones espermáticos.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-5 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad de los testículos, de los epidídimos y/o de los cordones espermáticos, registrándose además alteración anatómica.
- b) No se requiere tratamiento constante.
- c) No existen anomalías de la función seminal u hormonal; o bien
- d) Existe un testículo sólo.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 10-15 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad de los testículos de los epidídimos y/o del cordón espermático y existe alteración anatómica.
- b) Se requiere tratamiento frecuente o constante.
- c) Existen anomalías seminales u hormonales detectables.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 15-20 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando el trauma o la enfermedad produce pérdida anatómica bilateral o no existe función seminal y hormonal detectable de los testículos, de los epidídimos y/o de los cordones espermáticos.

Criterios para evaluación del menoscabo permanente de la próstata y de las vesículas seminales.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-5 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando:

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

- a) Existen síntomas y señales de disfunción o enfermedad prostática y/o vesicular seminal.
- b) Existe alteración anatómica.
- c) No se requiere tratamiento constante.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 10-15 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando:

- a) Existan síntomas y señales frecuentes de disfunción o de enfermedad prostática y/o vesicular seminal.
- b) Existe alteración anatómica.
- c) Se requiere tratamiento constante.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 15-20 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando ha habido ablación de la próstata y/o de las vesículas seminales.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente de la vulva y de la vagina.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-10 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad de la vulva y/o de la vagina que no requieren tratamiento constante.
- b) Es posible el coito.
- c) La vagina está preparada para el parto durante los años premenopáusicos.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 15-25 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad de la vulva y/o de la vagina, que requieren tratamiento constante.
- b) Es posible el coito con diferentes grados de dificultad.
- c) Durante los años premenopáusicos está limitada la adecuación para el parto vaginal.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 30-35 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad de la vulva y/o de la vagina que no están controladas por tratamiento.
- b) No es posible el coito.
- c) Durante los años premenopáusicos no es posible el parto vaginal.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente del cuello y de la matriz.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-10 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad del cuello y/o de la matriz, que no requieren tratamiento constante; o bien

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

- b) La estenosis cervical, si es que existe, no requiere tratamiento; o bien
- c) Existe pérdida anatómica del cuello y/o de la matriz en los años postmenopáusicos.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 15-25 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad del cuello y/o de la matriz que requieren tratamiento continuo; o bien
- b) Si existe estenosis cervical requiere tratamiento continuo.

Clase III. Menoscabo global de la persona 30-35 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad del cuello y/o de la matriz que no son controlados por tratamiento; o bien
- b) La estenosis cervical es completa, o bien
- c) En los años premenopáusicos tiene lugar la pérdida funcional anatómica o completa del cuello y/o de la matriz.

Criterios para evaluar el menoscabo permanente de las trompas de Falopio y de los ovarios.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-10 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad de las trompas de Falopio y/o de ovarios que no requieren tratamiento continuo; o bien
- b) Sólo una trompa de Falopio y/o ovario está funcionando en los años premenopáusicos; o bien
- c) Exista pérdida bilateral de la función de las trompas de Falopio y/o de los ovarios de los años postmenopáusicos.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 15-25 por 100.

Un paciente pertenece a la clase II cuando existan síntomas y señales de enfermedad o deformidad de las trompas de Falopio y/o de ovarios que requieren tratamiento constante, pero subsiste la abertura de las trompas y es posible la ovulación.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 30-35 por 100.

Un paciente pertenece a la clase III cuando:

- a) Existen síntomas y señales de enfermedad o deformidad de las trompas de Falopio y/o de ovarios y hay pérdida total de abertura de trompas o fallo total para producir óvulos en los años premenopáusicos; o bien
- b) Existe pérdida bilateral de las trompas de Falopio y/o de los ovarios en los años premenopáusicos.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

CAPITULO XI.-El sistema endocrino.

Introducción.

Esta guía aporta criterios para la evolución del menoscabo permanente de las glándulas endocrinas en términos de menoscabo global de la persona.

El capítulo está dividido en: El complejo hipófisis-hipotálamo, tiroides, paratiroides, suprarrenales, tejido de las isletas en el páncreas y gónadas.

Puesto que las secreciones de las glándulas endocrinas tienen tanta influencia sobre el funcionamiento de las glándulas mamarias y el metabolismo óseo, se han establecido los criterios para evaluar el menoscabo asociado con ellos. Y criterios específicos para la valoración de enanismo y acondroplasia.

En esta guía se da la evaluación del menoscabo físico que puede resultar de un mal funcionamiento endocrino y no de las complicaciones estéticas o psicológicas que puedan asociarse con este mal funcionamiento.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente de hipófisis-hipotálamo.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-10 por 100.

Un paciente con una enfermedad de hipófisis-hipotálamo puede considerarse en la clase I cuando la enfermedad puede controlarse con un tratamiento continuo.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 15-20 por 100.

El paciente con enfermedad de hipófisis-hipotálamo pertenece a esta clase cuando los síntomas no pueden controlarse bien con el tratamiento.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 25-50 por 100.

El paciente con enfermedad de hipófisis-hipotálamo pertenece a la clase III cuando los síntomas severos y señales persisten a pesar del tratamiento.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente del tiroides.

El hipertiroidismo no se considera una causa de menoscabo permanente porque el estado hipermetabólico se puede corregir en forma permanente mediante tratamiento en casi todos los pacientes. Después de la remisión de hipertiroidismo puede haber menoscabo en los sistemas visual o cardiovascular, que deberá evaluarse según las guías correspondientes.

El hipotiroidismo puede, en la mayoría de los casos, controlarse satisfactoriamente por la administración de original: thyroid. A veces, si hay otras enfermedades, puede no ser posible el reemplazo hormonal total.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-10 por 100.

El paciente pertenece a la clase I cuando: a) le hace falta una terapéutica continua para la corrección de la insuficiencia de tiroides o para el mantenimiento anatómico normal de ésta; o bien b) no existen contraindicaciones físicas o del laboratorio para esta terapéutica.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 15-20 por 100.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

El paciente pertenece a la clase II cuando: a) hay síntomas de enfermedad de tiroides o hay pérdida o alteración anatómica; o bien b) hace falta una terapéutica de tiroides continua. Pero c) sufre otras enfermedades que permiten el reemplazo de la hormona de tiroides sólo de manera parcial.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente de las paratiroides.

El hiperparatiroidismo con hipercalcemia resultante, a menos que se deba a un carcinoma inoperable, se considera por regla general una enfermedad que se puede corregir, aunque a veces esta corrección puede ser difícil. Una hipercalcemia persistente, sea o no debida a hiperparatiroidismo, puede requerir un tratamiento prolongado. Las deformidades de los huesos o el daño renal pueden persistir después del tratamiento y para la evaluación de estas condiciones deben usarse las guías correspondientes.

Cuando la hipercalcemia con síntomas requiere un tratamiento prolongado la evaluación del menoscabo deberá basarse en la interferencia de la enfermedad con las diarias actividades del paciente, pudiendo variar de 0 a 5 por 100 en menoscabo global. Este valor deberá ser combinado con cualesquiera otros valores de menoscabo pertinentes al caso.

Hipoparatiroidismo:

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-10 por 100.

El paciente pertenece a la clase I cuando el funcionamiento de las paratiroides es deficiente, los niveles del calcio se mantienen gracias a la terapéutica y no hay síntomas.

Clase II. Incapacidad de la persona: 15-20 por 100.

El paciente pertenece a la clase II cuando no tiene paratiroides y el nivel del calcio sube y baja intermitentemente a pesar de seguir el tratamiento al pie de la letra. Puede tener o no tener síntomas debidos a estos niveles anormales del calcio en sangre.

Criterios para la evaluación del menoscabo de la corteza de las suprarrenales.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-15 por 100.

El paciente pertenece a la clase I cuando: a) hay una anomalía en la secreción o una prolongada administración de grandes cantidades de hormonas corticales o pérdida de las dos cápsulas, b) necesita un tratamiento continuo y c) puede desarrollar todas o casi todas las actividades de su vida diaria.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 20-35 por 100.

El paciente pertenece a la clase II cuando: a) hay una anomalía en la secreción o una administración prolongada de grandes cantidades de hormonas corticales o pérdida de las cápsulas suprarrenales, b) necesita tratamiento continuo y c) hace con dificultad las actividades de la vida diaria.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente en la médula de las cápsulas suprarrenales.

La médula no es esencial para la vida o el bienestar de la persona y, por lo tanto, la ausencia de ésta constituye 0 por 100 de incapacidad personal.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-15 por 100.

El paciente pertenece a la clase I cuando: a) hay una anomalía en la secreción de las hormonas medulares de las cápsulas suprarrenales, b) se necesita tratamiento continuo, c) puede llevar a cabo

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

todas o casi todas las actividades de la vida diaria y d) no ha quedado secuela después de la intervención quirúrgica.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 20-35 por 100.

El paciente pertenece a la clase II cuando: a) hay una anomalía en la secreción de las hormonas de la médula de las cápsulas suprarrenales, b) el tratamiento continuo no controla los síntomas o señales completamente y c) realiza con dificultad las actividades de su vida ordinaria.

Páncreas (isletas de Langerhans). Criterios para la evaluación del menoscabo permanente debido a la diabetes.

Clase I. Menoscabo global de la persona: 0-5 por 100.

Un paciente pertenece a la clase I cuando una tolerancia anormal de hidrato de carbono se puede controlar con la dieta solamente.

Clase II. Menoscabo global de la persona: 5-10 por 100.

Un paciente con diabetes pertenece a la clase II cuando para controlarle la glucosa en sangre necesita, además de una restricción en la dieta, un hipoglucémico oral.

Clase III. Menoscabo global de la persona: 15-20 por 100.

Un paciente con diabetes pertenece a la clase III cuando además de la restricción en la dieta necesita insulina para controlar la glucosa en sangre.

Clase IV. Menoscabo global de la persona: 25-40 por 100.

Un paciente con diabetes pertenece a la clase IV cuando el control de la glucosa en sangre es difícil de conseguir a pesar de llevar concienzudamente el plan.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente debido a hiperinsulinismo.

Después de la extirpación de un adenoma en las isletas, el menoscabo será de 0 por 100 si no quedan secuelas postoperatorias ni síntomas o señales de hiperinsulinismo.

Un paciente con síntomas de hipoglucemia puede sufrir un menoscabo global de 5 a 50 por 100, depende del grado de control que se obtenga con la dieta y la medicación, y en los efectos que esto tenga en su vida diaria.

Criterios para la evaluación del menoscabo permanente de las gónadas.

Un paciente con pérdida anatómica o alteración de las gónadas que resulte en anomalías de la secreción hormonal tendrá un menoscabo global de 0-5 por 100. El deterioro de las funciones de reproducción y otros sistemas afectados deberán ser evaluados en sus guías apropiadas.

Glándulas mamarias.

Una mujer sin mamas en edad fértil, o con galactorrea excesiva, o un varón con una ginecomastía dolorosa que interfiera en sus actividades diarias, tendrán un menoscabo global entre 0 y 5 por 100.

Enfermedades metabólicas de los huesos.

Enfermedades metabólicas de los huesos tales como las osteoporosis, la osteomalacia resistente a la vitamina D y la enfermedad de Paget, pueden requerir una terapia continua. Estos estados, a menos que vayan acompañados de dolor, deformidades del esqueleto o afectación de los nervios periféricos

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

deberán valorarse con 0 por 100 de menoscabo global de la persona. Cuando se consigue una completa remisión de los síntomas mediante una terapia continua a base de hormonas y minerales, se puede considerar el menoscabo global en 3 por 100. Cuando se necesita terapia continua para aliviar el dolor, y las actividades diarias del sujeto se ven afectados por éste, puede haber un menoscabo global entre 5 y 15 por 100.

Valoración de presuntos minusválidos afectados de enanismo y acondroplasia.

Para la valoración de dichas minusvalías debe seguirse el criterio siguiente:

1.º Casi todos los casos de enanismo hipofisario pertenecen al grado 3.º de menoscabo permanente de hipófisis-hipotálamo, valorable de 25 a 50 por 100 cuando los síntomas persisten a pesar del tratamiento.

Con respecto a los acondroplásicos, dadas sus limitaciones orgánicas y funcionales que acompañan a su baja talla, puede ser de aplicación el criterio anterior.

2.º Se debe aplicar asimismo el criterio de «dificultad para realizar las actividades de la vida diaria».

3.º Por todo ello, a estos casos corresponde un porcentaje de incapacidades del 35 por 100.

CAPITULO XII.-La piel.

Introducción.

Esta guía suministra criterios para la evaluación del efecto que el menoscabo permanente de la piel y sus apéndices tiene sobre la capacidad de un individuo para realizar las tareas de su vida diaria.

(Figura 38).TABLA 1: CRITERIOS PARA LA EVALUACION DEL MENOSCABO DE LA PIEL

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1760)

CAPITULO XIII.-Valoración de la discapacidad de los trastornos mentales.

Deficiencias mentales.

Comprende a aquellos sujetos que presentan perturbación en el ritmo y grado de desarrollo de sus funciones intelectuales que limitan o impiden la realización de conductas que se considerarían normales en su caso, en función de la edad, sexo y entorno socio-cultural.

La determinación del nivel y grado de discapacidad resultará de la evaluación del desarrollo y funcionamiento intelectual, así como de la valoración de la conducta adaptativa, según el baremo siguiente:

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Deficiencia mental límite:

C. I.: 70-80.

Sujetos cuyo bajo nivel no se debe a causa orgánica conocida, sino que es consecuencia de una sub-educación, carencias ambientales, trastornos afectivos, etc. Presentan en su desarrollo algún déficit o inmadurez parcial, acompañado a menudo de problemas caracteriales. Suelen tener problemas en su adaptación social, escolar, laboral ...

Porcentaje global de la persona: de 0 a 15 por 100.

Deficiencia mental ligera:

C. I.: 51-69.

Sujetos educables, capaces de adquirir la lecto-escritura y el cálculo elemental. Pueden alcanzar, tras una educación adecuada, una adaptación satisfactoria en el campo laboral, así como una vida autónoma suficiente.

Porcentaje global de la persona: de 16 a 49 por 100.

Deficiencia mental media:

C. I.: 35-50.

Sujetos que dependen de otras personas para su subsistencia, pero no necesariamente para el cuidado y aseo personal. Pueden ser adiestrados en habilidades sociales y en tareas manuales sencillas, pero no en materias académicas. Precisan una supervisión moderada en ambientes controlados y total fuera de estos ambientes.

Porcentaje global de la persona: de 50 a 64 por 100.

Deficiencia mental severa:

C. I.: 21-34.

Sujetos que pueden alcanzar una capacidad mínima de auto-cuidado a través de un adiestramiento sistemático. Precisan la disponibilidad continua y la supervisión intermitente de otra persona para su protección y para la satisfacción de sus necesidades básicas y siempre en ambientes controlados.

Porcentaje global de la persona: de 65 a 84 por 100.

Deficiencia mental profunda:

C. I.: inferior a 20.

Sujetos con una capacidad nula «para cuidarse en lo concerniente a las actividades fisiológicas básicas y al cuidado propio». Necesitan una asistencia constante y una vigilancia absoluta y, a veces, intensiva de otra persona, así como de ambientes controlados.

Porcentaje global de la persona: de 85 a 95 por 100.

Enfermedades mentales.

Están comprendidos en este apartado aquellos sujetos que presentan uno o más de los siguientes trastornos psíquicos:

Transtornos del pensamiento.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Trastornos de la memoria.

Trastornos de la conciencia y del estado de vigilia.

Trastornos de la percepción y atención.

Trastornos de la afectividad.

Trastornos psicomotores o psicósomáticos.

Trastornos en el comportamiento social.

La determinación del porcentaje global de discapacidad resultará de la evaluación de:

A) De la clase, número y grado de afectación de las funciones psicológicas perturbadas.

B) De la severidad de las discapacidades que presenta el sujeto para conducirse, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros, y, en general, en todas aquellas actividades que se considerarían normales en su caso, en función de la edad, sexo y entorno socio-cultural.

C) Del grado de cronicidad y del pronóstico sobre el curso probable del estado de discapacidad del sujeto.

Trastornos de la personalidad:

Sujetos inmaduros, inestables o incapaces de controlar su comportamiento, que presentan pautas de conducta inadaptada profundamente arraigadas, pero diferentes en cualidad de las psicosis y neurosis. A causa de su conducta sufren o hacen sufrir a otros y provocan un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad.

La evaluación de estos sujetos se atenderá al siguiente baremo:

Sujetos con alguna dificultad en controlar su comportamiento, pero con la suficiente capacidad para evitar choques serios en sus relaciones con la comunidad o evitar el hacerse daño a sí mismos.

Manifiestan crisis episódicas desde la adolescencia o antes y son susceptibles de recuperación o mejora sensible de su estado.

Porcentaje global de la persona: de 0 a 15 por 100.

Sujetos con pérdida considerable de autocontrol, que no tienen conciencia del daño que causan a la comunidad o a sí mismos. Son incapaces de aprender por la experiencia. Presentan perturbaciones constantes de conducta desde la adolescencia o antes. Pueden recibir asistencia, pero son poco susceptibles de recuperación o mejora.

Porcentaje global de la persona: de 16 a 45 por 100.

Neurosis:

Sujetos que manifiestan graves sufrimientos, caracterizados por ansiedad, miedos, obsesiones, trastornos somáticos, etc., que hacen que disminuyan sus aptitudes y rendimiento y su capacidad para establecer unas adecuadas relaciones interpersonales.

Sujetos que presentan síntomas neuróticos leves y mecanismos de ajuste a la realidad regresivos sólo en situaciones reactivas y con carácter transitorio. Únicamente en estos períodos tienen cierta dificultad para mantener relaciones interpersonales adecuadas o cumplir sus obligaciones laborales, sin llegar a precisar ayuda, ni faltar a sus ocupaciones.

Porcentaje global de la persona: de 0 a 15 por 100.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Sujetos que presentan crisis transitorias, de duración variable y periodicidad cíclica e irregular, que limitan su capacidad ocupacional al obligarle a ausencias intermitentes o al tener dificultades para cumplir con todas sus obligaciones. Sus relaciones interpersonales están restringidas a un grupo reducido de su entorno: familia, amigos y compañeros.

Porcentaje global de la persona: de 16 a 24 por 100.

Sujetos que presentan crisis agudas frecuentes o un cuadro estabilizado de síntomas y signos de carácter crónico que le imposibilitan cumplir las obligaciones inherentes a una ocupación laboral o escolar normal, teniendo sólo acceso a centros especiales o a puestos adaptados. Tienen dificultades para mantener relaciones con amigos, vecinos y compañeros.

Porcentaje global de la persona: de 25 a 45 por 100.

Sujetos que presentan un cuadro crónico en deterioro y con pocas posibilidades de mejora como consecuencia del cual tienen muy serias dificultades a la hora de conseguir o mantener una ocupación. Sólo pueden relacionarse con las personas más próximas: padres, esposa, hermanos.

Porcentaje global de la persona: de 46 a 70 por 100.

Sujetos que presentan un cuadro crónico muy deteriorado e irreversible. Incapacidad absoluta de tener cualquier tipo de ocupación socialmente rentable. Son completamente incapaces de relacionarse con otras personas, incluso con las más próximas.

Porcentaje global de la persona: de 71 a 95 por 100.

Psicosis funcionales:

Sujetos cuyas alteraciones de las funciones psíquicas han alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad de mantener un adecuado contacto con la realidad o para afrontar las actividades de la vida diaria.

La evaluación de estos sujetos se atenderá al siguiente baremo:

Alternancia de episodios psicóticos con períodos de remisión en los que el sujeto presenta todavía algunos síntomas leves y conductas residuales inadaptadas, que dificultan seriamente su normal integración social y ocupacional. Pueden llevar una vida autónoma suficiente salvo en los períodos de crisis.

Porcentaje global de la persona: de 0 a 24 por 100.

Estado crónico estable o con posibilidad de mejora, pero que en la actualidad imposibilita al sujeto para seguir las obligaciones rutinarias que impone una ocupación laboral o escolar normal. Pueden llevar una vida autónoma suficiente y sólo precisan una supervisión moderada.

Porcentaje global de la persona: de 25 a 45 por 100.

Estado crónico en deterioro con pocas posibilidades de mejora, que dificulta seriamente la capacidad del sujeto para mantenerse en una ocupación restringida o especial. Precisan una supervisión intermitente en ambientes controlados y total fuera de estos ambientes.

Porcentaje global de la persona: de 46 a 74 por 100.

Estado crónico muy deteriorado e irreversible que imposibilita al sujeto para tener cualquier tipo de ocupación. Necesitan una asistencia constante y una vigilancia absoluta y, a veces, intensiva de otra

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

persona, debido a su incapacidad de eludir riesgos y de cuidarse a sí mismo en lo concerniente a las actividades fisiológicas básicas. Demandan ambientes controlados.

Porcentaje global de la persona: de 75 a 95 por 100.

(Figura 39).TABLA DE VALORES COMBINADOS

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1762 a 1764)

ANEXO I. APARTADO B

Baremo de factores sociales complementarios.

FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS

Introducción.

La práctica en la aplicación de los sistemas de evaluación de minusvalías en nuestro país, así como las tendencias actuales en otros países europeos, han evidenciado la necesidad de evaluar con la suficiente entidad otros factores que, además de la discapacidad, intervienen en la determinación de la valoración de la minusvalía.

Desde esa concepción se ha elaborado el baremo denominado de «Factores Sociales Complementarios», para la medida de aquellos aspectos de carácter social (edad, entorno familiar, situación laboral, profesional, nivel educativo y cultural, etc.), que se han considerado que junto a la valoración de la discapacidad de la persona, intervienen en la conformación de la minusvalía bajo una visión globalizada del sujeto en la que se ponen de manifiesto las desventajas que le suponen en relación con el medio social en que se desenvuelve.

La puntuación obtenida en el baremo de factores sociales sólo será sumable a partir de la obtención de un mínimo en la medida básica de la discapacidad, que será el 25 por 100. La suma de la puntuación obtenida en la medida de la discapacidad y la de los factores complementarios dará como resultado el grado de minusvalía.

Cada factor tiene establecida una puntuación máxima que define la gravedad de las distintas situaciones del sujeto. El valor máximo añadido entre todos los factores sociales será de 15 puntos.

Los ítems específicos de cada factor, a excepción de la edad que tiene puntuaciones absolutas, se expresan dentro de un intervalo según la gravedad de la situación estudiada por el profesional, y por tanto será el propio criterio del profesional, tras un estudio de la situación específica, el que determine la puntuación dentro del margen establecido.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

BAREMO DE FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS

- Puntuación

1. Situaciones familiares.

A) Problemas graves en miembros de la familia Hasta 3

Minusvalía o ancianidad de padres, tutores.

Minusvalía en hijos.

Minusvalía en hermanos y otros familiares allegados.

Ancianos de más de setenta años.

B) Ausencia de miembros responsables de la unidad familiar Hasta 2

Por muerte.

Por abandono.

Otros.

C) Relaciones intrafamiliares que dificulten la integración del minusválido Hasta 1,5

Sobrepotección.

Abandono encubierto.

Explotación.

Otros.

D) Otras situaciones no contempladas Hasta 3

Situaciones graves marginantes.

Bajo nivel cultural familiar.

Inhabilidad social.

Otras.

- $A + B + C + D = 3$ máximo

2. Recursos económicos.

A) Ingresos económicos familiares escasos en relación con Hasta 2,5

Número de miembros que trabajan.

Profesión e ingresos de los miembros de la familia.

Situaciones de paro.

Otros.

B) Gastos producidos por la vivienda Hasta 1,5

Vivienda en alquiler.

Vivienda propia en adquisición.

C) Gastos extraordinarios Hasta 1

Necesidad de educación o medidas de apoyo especial.

Enfermedades crónicas.

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

Otros.

- A + B + C = 2,5 máximo

3. Edad.

De 45 a 50 años Hasta 1

De 51 a 55 años Hasta 2

De 56 o más años Hasta 2,5

4. Situación laboral y profesional.

A) No ha trabajado nunca Hasta 2,5

No tiene oportunidad de asistir a Centro ocupacional Hasta 2,5

No ha obtenido empleo en los últimos años Hasta 2

Trabaja en actividad inadecuada a su discapacidad, o asiste a Centro ocupacional por no encontrar empleo normalizado pudiéndolo realizar Hasta 1,5

Subempleo Hasta 1

B) Carece de formación profesional Hasta 2

Formación Profesional incompatible Hasta 1,5

Formación Profesional inadecuada Hasta 1

- A + B = 2,5 máximo

Cada una de las situaciones contempladas deberán puntuarse en relación directa con la edad del sujeto; a mayor edad del mismo se puntuarán hasta el máximo del intervalo previsto en el baremo.

5. Nivel cultural.

Analfabeto-neoelector, o no escolarizado en edades escolares Hasta 2,5

Certificado de escolaridad o equivalente Hasta 2

CEP Hasta 1

Graduado escolar y bachiller elemental Hasta 0,5

Sólo podrá puntuarse en uno de los niveles.

6. Situaciones sociales del entorno habitual del minusválido.

A) Falta de infraestructura de recursos Hasta 1,5

Recursos sanitarios y de rehabilitación.

Educativos, culturales y profesionales.

Otros asistenciales.

B) Vivienda y barreras arquitectónicas Hasta 2

Vivienda inadecuada.

Barreras en el entorno.

Falta de transportes.

C) Otros (carencia de otros recursos, especifíquese) Hasta 1

- A + B + C = 2 máximo

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

La puntuación máxima a otorgar en la suma de todos los factores será de 15 puntos.

ANEXO II

Baremo para la evaluación de la imposibilidad de obtener un empleo adecuado a causa del grado de minusvalía (artículo 21 del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero (RCL 1984\574)

(Figura 40).

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1766)

(Figura 41).ANEXO III

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pgs. 1766 y 1767)

(Figura 42).ANEXO IV

(Ver Repertorio Cronológico Legislación 1984, TOMO I, pg. 1767)

CORRECCION DE ERRORES CON MARGINAL 1984/1436

En el anexo I, apartado A), capítulo primero, tabla 17, donde dice: «Tabla 17. Articulación del codo», debe decir: «Tabla 17. Articulación del hombro».

En el mismo anexo I, apartado A), capítulo primero, tabla 44 donde dice:

«Posición desfavorable Menoscabo global de la persona

D12 y L1

2 Lumbares cualquiera

3 Lumbares cualquiera

4 Lumbares cualquiera

5 Lumbares cualquiera

C1-C7

D1-D12

L1-L5

C1-D12

ORDEN de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se establece los baremos para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84. (B.O.E. nº 65, de 16 de marzo de 1984 y nº 66, de 17 de marzo de 1984)

D1-L5 6

C1-L5»

Debe decir:

«Posición desfavorable Menoscabo global de la persona

D12 y L1 6

2 Lumbares cualquiera 10

3 Lumbares cualquiera 20

4 Lumbares cualquiera 30

5 Lumbares cualquiera 40

C1-C7 40

D1-D12 20

L1-L5 40

C1-D12 52

D1-L5 52

C1-L5 71.»

En el anexo I, apartado B), página 1765, columna segunda, donde dice:

«3. Edad.

De 45 a 50 años Hasta 1 (Puntuación)

De 51 a 55 años Hasta 2 (Puntuación)

De 56 o más años Hasta 2,5.» (Puntuación)

Debe decir:

«3. Edad.

De 45 a 50 años 1 (Puntuación)

De 51 a 55 años 2 (Puntuación)

De 56 o más años 2,5.» (Puntuación)